



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

***Etude rétrospective sur les données de la base des cas
d'exposition du centre antipoison de Lille de 2019 à 2025***

Présentée et soutenue publiquement le 12/06/2026
au *Pôle Formation*
par **Maxime GARAS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Fanny SERMAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence Régionale de Santé
BNPC	Banque Nationale des Produits et des Compositions
CAPTV	Centre Antipoison et de Toxicovigilance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
DIU	Diplôme InterUniversitaire
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'accompagnement par le travail
FAM	Foyer accueil médicalisé
FAS	Foyer accueil spécialisé
IA	Intelligence Artificielle
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
ISRSNa	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MAS	Maison accueil spécialisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds ratio, rapport de cote
PSS	<i>Poisoning Severity Score</i> , score de sévérité de l'intoxication
RRéVA	Réseau Régional de Vigilance et d'appui de l'ARS
RTU	Réponse Téléphonique Urgente
SI-CAP	Système d'Information des Centres Antipoison
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	8
Sommaire	9
Introduction.....	12
1 Toxicovigilance et centre antipoison en France.....	12
1.1 Généralités	12
1.2 Rôle et organisation de la vigilance sanitaire en France	12
1.3 Organisation de la toxicovigilance en France	13
1.3.1 Les acteurs nationaux.....	13
1.3.2 Les acteurs locaux	13
1.3.3 Missions des centres antipoison – focus sur le CAPTV de Lille.....	14
1.3.4 Mission d'évaluation du risque	15
1.3.5 Mission de suivi.....	15
1.3.6 Mission de collecte d'information	16
1.3.7 Mission de toxicovigilance.....	16
1.3.8 Mission d'alerte	16
1.3.9 Mission d'expertise	16
1.3.10 Mission de recherche.....	16
1.3.11 Mission de formation.....	16
1.3.12 Rapport annuel	17
2 Etat des connaissances.....	17
3 Justification de l'étude	18
4 Objectif	18
Matériel et méthode	19
1 Matériel.....	19
1.1 Origine des données	19
1.1.1 Critères d'inclusion.....	19
1.1.2 Critères d'exclusion.....	19
1.2 Variables et regroupement des variables	20
1.2.1 Date de l'exposition.....	21
1.2.2 Lieu d'exposition	21

1.2.3	Circonstance d'exposition	21
1.2.4	Classe d'agent	22
1.2.5	Evolution finale.....	22
1.2.6	Type d'exposition	22
2	Méthode	23
2.1	Extraction et traitement des données	23
2.2	Analyse des données	23
2.3	Cadre réglementaire.....	24
	Résultats.....	25
1	Diagramme de flux	25
2	Analyse descriptive.....	26
2.1	Données générales	26
2.2	Répartition des circonstances d'exposition.....	26
2.2.1	Répartition des circonstances d'exposition selon l'âge	26
2.2.2	Répartition des circonstances d'exposition dans le temps	27
2.3	Répartition des classes d'agent.....	28
2.3.1	Répartition des classes d'agent selon l'âge	28
2.3.2	Répartition des classes d'agents dans le temps	30
2.4	Multiplicité des agents	30
2.5	Focus sur les intoxications volontaires	32
2.6	Focus sur les évolutions défavorables.....	33
2.7	Focus sur les décès.....	34
3	Profils types.....	36
3.1.1	Intoxications graves chez l'enfant	36
3.1.2	Intoxications graves chez l'adolescent.....	36
3.1.3	Intoxications graves chez l'adulte	37
3.1.4	Intoxications graves chez les plus de 65 ans	39
	Discussion	40
1	Principaux résultats	40
2	Stratégies de prévention.....	40
3	Discussion de la méthode	41
3.1	Forces de l'étude	41
3.2	Faiblesses de l'étude.....	42
4	Mise en perspective.....	42
	Liste des tables.....	43

Liste des figures	44
Liste des annexes.....	45
Références	46
Annexes.....	48

Introduction

1 Toxicovigilance et centre antipoison en France

1.1 Généralités

L'intoxication est définie comme l'ensemble des troubles dus à l'exposition, volontaire ou non, dans l'organisme d'une ou de plusieurs substances exogènes. [1]

La toxicologie est la science traitant des substances toxiques, de leurs effets sur l'organisme et de leur identification. [2]

1.2 Rôle et organisation de la vigilance sanitaire en France

Les réseaux de vigilance garantissent la sécurité du patient et l'efficacité des produits autorisés à la consommation. Leurs missions consistent en la surveillance des risques d'incident ou d'effets indésirables après leur mise sur le marché. Il existe de nombreux systèmes de vigilance. Ils couvrent l'ensemble des produits auquel l'être humain est exposé :

- Biovigilance concernant les éléments et produits issus du corps humain, à l'exclusion des gamètes et produits sanguins labiles ;
- Cosmétovigilance concernant l'ensemble des produits cosmétiques
- Hémovigilance concernant les incidents et les effets indésirables chez les donneurs et receveurs de produits sanguins labiles ;
- Matériovigilance concernant les dispositifs médicaux après leurs mises sur le marché ;
- Addictovigilance (ou Pharmacodépendance) concernant les cas d'abus, de dépendance et d'usages détournés de substances psychoactives
- Pharmacovigilance dont la mission est d'identifier, d'évaluer, d'établir une prévention de risque, potentiel ou avéré, d'effets indésirables des médicaments ;
- Réactovigilance concernant les incidents et les risques d'incidents liés à l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ;

- Vigilance des produits de tatouage concernant l'ensemble des produits de tatouage après leur mise sur le marché ;
- Toxicovigilance concernant la surveillance des effets toxiques pour l'homme, aigus ou chroniques, d'un mélange ou d'une substance, naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement. Cette activité vise à la mise en œuvre d'actions d'alerte, de prévention, de formation et d'information. Couvrant l'ensemble des xénobiotiques, cette vigilance est transversale et alimente les autres réseaux [3].

1.3 Organisation de la toxicovigilance en France

1.3.1 Les acteurs nationaux

La toxicovigilance est sous l'égide de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) [4]. Elle coordonne l'action des CAPTV (Centre antipoison et de toxicovigilance) (Figure 1: CAPTV et maillage territorial [7][Figure 1](#)). Les données récoltées au niveau local sont centralisées et analysées par l'ANSES. Cela permet d'émettre des avis et des recommandations. L'ANSES peut saisir les autorités sanitaires et alerter le grand public.

Santé Publique France coordonne des actions de vigilance sur le plan national. Elle contribue aux actions de prévention et de gestion de crise. Elle participe à la réponse par le biais des ARS (agences régionales de santé) [5,6]

1.3.2 Les acteurs locaux

1.3.2.1 Les centres antipoison et de toxicovigilance

Le territoire français est réparti entre 8 CAPTV en France métropolitaine et 2 dispositifs de toxicovigilance (DTV) aux Antilles et dans l'océan Indien. Ce sont des services hospitaliers rattachés à des CHU qui offrent un avis médical spécialisé 24h/24 et 7j/7. Ils sont contactés par les professionnels de santé ou par les particuliers. [7,8]

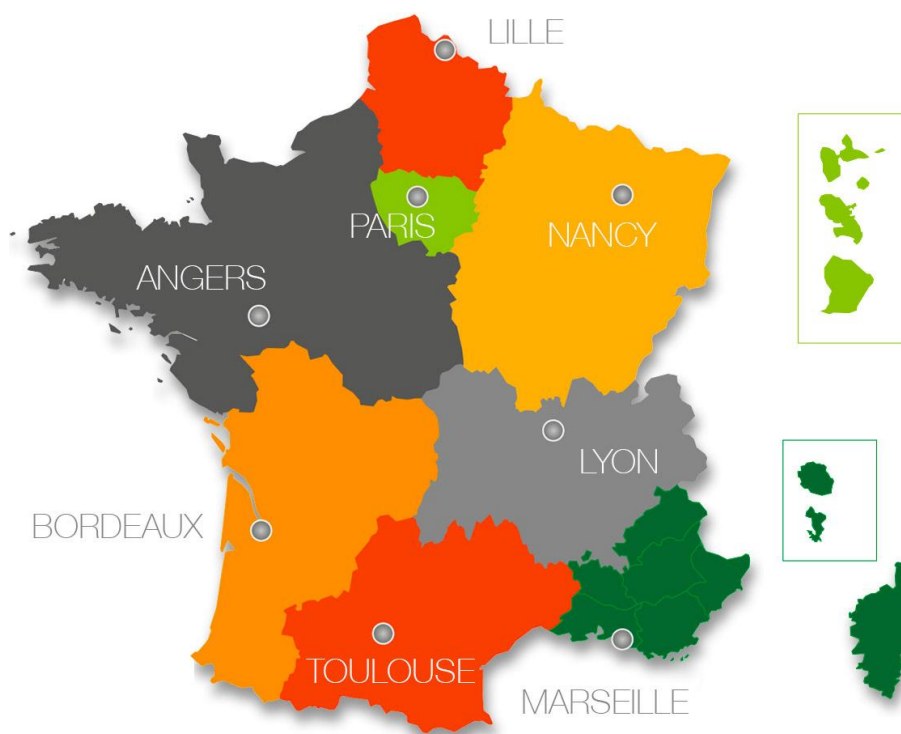


Figure 1: CAPTV et maillage territorial [7]

1.3.2.2 Autres acteurs locaux

Les professionnels de santé et le grand public sont à la base du système de la toxicovigilance. Ce sont eux qui déclarent les cas d'intoxication aux CAPTV.

Les industriels doivent déclarer la composition exacte et détaillée de leurs produits. Ces informations, couvertes par le secret industriel, sont référencées dans la base nationale des produits et des compositions (BNPC). [9]

1.3.3 Missions des centres antipoison – focus sur le CAPTV de Lille

Le centre antipoison de Lille reçoit les appels provenant de la région Hauts-de-France. En pratique, les appels proviennent régulièrement d'autres territoires en raison de problèmes d'effectif ou de délais de réponse. Tous les appels sont enregistrés dans une base de données appelée SI-CAP [10]

L'activité médicale du CAPTV de Lille est principalement avec une réponse téléphonique. Il a traité en 2022 environ 20 000 cas [11]. Le CAPTV de Lille ne possède pas d'activité lit d'hospitalisation, de consultation physique ou de laboratoire d'analyse.

Les missions décrites ci-dessous sont résumées dans la [Figure 2](#).

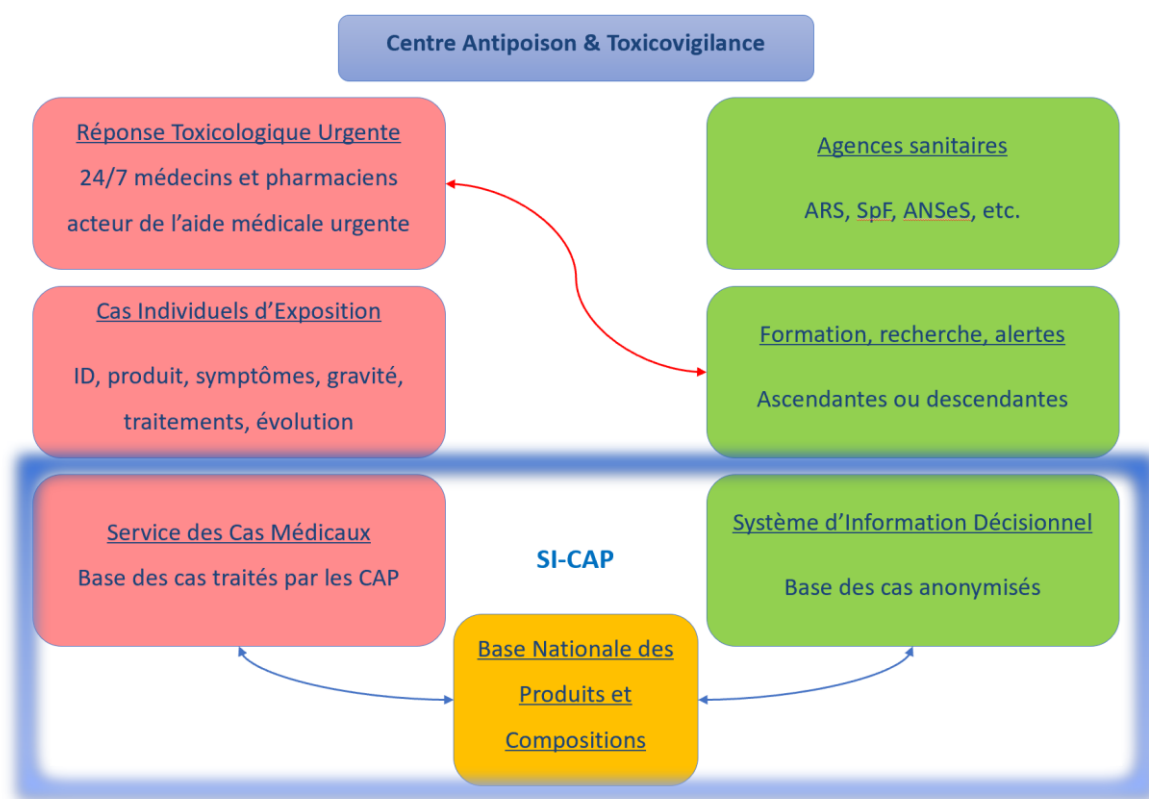


Figure 2: Organisation et missions du CAPTV

1.3.4 Mission d'évaluation du risque

C'est la mission première du CAPTV. Le médecin ou pharmacien toxicologue répond à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit ou substance d'origine naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement. [8,10,12].

Cette évaluation repose sur un entretien structuré et la collecte d'informations liées à l'agent d'exposition.

1.3.5 Mission de suivi

Le centre antipoison suit les dossiers après leur prise en charge initiale. Cela permet de connaître le devenir du patient exposé, de réévaluer quotidiennement les conduites à tenir et colliger l'évolution des cas à des fins de recherche et de vigilance. [8,10,12].

1.3.6 Mission de collecte d'information

Les données récoltées sont ajoutées à la base de données SI-CAP. Cette base bénéficie de ressources documentaires (revues, livres, base de données). Cela permet de mettre en place des protocoles de prise en charge qui sont mis à jour quotidiennement. [8,10,12]

1.3.7 Mission de toxicovigilance

Il procède à la collecte d'informations sur les autres cas survenus dans sa zone géographique, en particulier en partenariat avec les correspondants de toxicovigilance (SAMU-Centre 15), les hôpitaux sentinelles, les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes. [8,10,12]

1.3.8 Mission d'alerte

Le CAPTV exerce une mission d'alerte auprès des services du ministre chargé de la santé et des autres services compétents, notamment ceux en charge de la consommation et de la répression des fraudes. Il fait partie du réseau régional de vigilance et d'appui de l'ARS (RREVA) et alerte l'ARS en cas de danger pour la santé publique. [8,10,12,13]

1.3.9 Mission d'expertise

Le CAPTV remplit une mission d'expertise auprès des autorités administratives et des instances consultatives. Il participe à l'astreinte, mise en place par le ministère de la santé, en cas de risque chimique ou toxicologique majeur [8,10,12]

1.3.10 Mission de recherche

La base de données du Système d'information des centres antipoison (SI-CAP) est exploitée à des fins de recherche en santé publique, toxicologie clinique et de science des données. [8,10,12]

1.3.11 Mission de formation

Le CAPTV de Lille forme les correspondants locaux dont il assure l'actualisation des connaissances sur les risques toxiques. Ils participent enfin à la prévention des intoxications et à l'éducation sanitaire de la population en matière de prévention du risque toxique. [8,10,12]

Des étudiants des trois cycles des études médicales et pharmaceutiques sont accueillis ainsi que des étudiants en science des données. Cette mission pallie, autant que faire se peut, la rareté de l'enseignement en toxicologie en deuxième et troisième cycles des études médicales, tandis que le diplôme interuniversitaire (DIU) de « Toxicologie médicale – industrielle et environnementale » porté par l'université de Lille n'a pas été renouvelé.

1.3.12 Rapport annuel

Selon la loi,

« Chaque centre antipoison rédige un rapport annuel d'activités, assorti d'une évaluation de ses pratiques et de son organisation. Ce rapport est établi selon le modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé et soumis à la délibération du conseil d'administration du centre hospitalier régional » [8,10,12]

Il semble nécessaire de faire régulièrement un état des lieux sur les tendances concernant les intoxications afin de prévenir les crises, anticiper les tendances et de prévenir le public et les professionnels de santé. Ce rapport est adressé à l'ANSES concernant l'activité de toxicovigilance.

2 Etat des connaissances

Le nombre d'appel aux centres antipoison est en hausse constante depuis leur création [12]. Les appels sont majoritairement passés par le grand public [12]. Cette tendance s'accroît. En parallèle le nombre d'intoxications graves se majore [14]. Or, les intoxications sont des pathologies circonstanciées évitables et non des événements acceptables d'évolution naturelle. Leur prévention est donc un enjeu de santé publique.

Moins de la moitié des pays possèdent un centre antipoison. En France, certains CAPTV ne peuvent fonctionner 24 heures sur 24 par manque de ressources. Pourtant, aux États-Unis, il a été démontré [14] que chaque 1 \$ investi dans les dispositifs de prévention en toxicologie permettait d'économiser 10 \$ en soins (hospitalisation, consultations aux urgences...) [15].

3 Justification de l'étude

Au niveau mondial, peu d'études récentes décrivent les intoxications graves. L'absence de rapport annuel public de la part de CAPTV ou d'étude nationale rend difficile l'appréciation du phénomène en France.

Il est important de mettre régulièrement à jour les données en raison des nouveaux produits disponibles et modes de consommation. Ces produits peuvent être distribués par les circuits traditionnels (magasins physiques ou commerce en ligne) ou via le marché parallèle. Ils appartiennent à l'usage courant avant que l'on puisse avoir du recul sur leur toxicité éventuelle.

Nous avons donc voulu réaliser une étude descriptive sur les intoxications graves ou mortelles traitées par le CAPTV de Lille en Hauts-de-France en utilisant sur la base du SI-CAP entre 2019 et 2025.

4 Objectif

L'objectif stratégique de cette étude était de repérer les produits, circonstances et profils à risque d'intoxications graves. Les résultats de ces travaux ont pour but d'informer sur les produits les plus à risque et d'alerter le grand public, la communauté médicale et les autorités sanitaires.

Quelles sont les causes, circonstances et profils d'intoxications graves ou mortelles dans les Hauts-de-France, de 2019 à 2025, selon les données du centre antipoison de Lille ?

Matériel et méthode

1 Matériel

1.1 Origine des données

Nous avons utilisé les données du SI-CAP du CAP de Lille. Notre étude concernait les cas enregistrés du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2025. Tous les appels relevant de la réponse téléphonique à l'urgence (RTU) concernant un cas grave ([Annexe 1](#)) ont été analysés, pour tout agent et toute imputabilité non nulle.

1.1.1 Critères d'inclusion

Etaient inclus :

- Les appels pour intoxication dans le territoire des Hauts-de-France
- Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2025
- D'imputabilité non nulle
- De sévérité forte ou évoluant vers le décès

1.1.2 Critères d'exclusion

Etaient exclus les cas :

- Hors de la période définie
- Traités par le CAP de Lille en dehors des Hauts-de-France
- D'imputabilité nulle
- De sévérité nulle à moyenne

La sévérité des cas a été évaluée selon le « *Poisoning Severity Score* (PSS) » [16].

La sévérité comporte cinq niveaux selon cette échelle ([Annexe 1](#)) :

- PSS 0 : Pas de symptôme ou signe
- PSS 1 : Symptômes ou signes mineurs, faibles régressant spontanément
- PSS 2 : Symptômes ou signes prononcés ou prolongés
- PSS 3 : Symptômes ou signes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital
- PSS 4 : décès

Les cas graves sont ici définis comme PSS 3 ou PSS 4.

L'imputabilité a été établie pour les cas symptomatiques selon la méthode d'imputabilité en toxicovigilance. Elle indique la force du lien causal entre une exposition à un agent et la survenue d'un effet de santé (symptôme, d'un syndrome ou d'une maladie). Elle est évaluée à partir de six déterminants (exposition, symptomatologie, chronologie, éléments objectifs de caractérisation causale, diagnostics différentiels, bibliographie) et comporte cinq niveaux :

- imputabilité très probable [I4],
- imputabilité probable [I3],
- imputabilité possible [I2],
- imputabilité douteuse/ non exclue / non nulle [I1],
- imputabilité nulle [I0].

Pour les cas associés à plusieurs symptômes, l'imputabilité globale du cas correspond à l'imputabilité du couple [exposition-symptôme] la plus élevée.

En dehors de l'exclusion des imputabilités nulles, l'imputabilité n'a pas été analysée dans les analyses macroscopiques.

Les données récoltées lors de chaque téléconsultation sont enregistrées dans le SI-CAP. Les données relatives au patient et au produit sont encodées dans la base de données. Un score PSS a été associé à l'événement une fois celui-ci clôturé. Dans le cadre de cette étude, les données de gravité et d'imputabilité ont été relues par un toxicologue expert afin de vérifier le score associé à l'évènement.

1.2 Variables et regroupement des variables

Les variables étudiées pendant l'étude étaient :

- date de la survenue du cas
- le sexe
- l'âge
- le lieu d'exposition
- la circonstance d'exposition
- la classe de l'agent
- le pronostic maximal
- l'évolution finale
- le type d'exposition

1.2.1 Date de l'exposition

Nous avons étudié la date de l'évènement selon le jour de la semaine, le mois et l'année ainsi que la saison.

1.2.2 Lieu d'exposition

Les cas ont été classés selon leur lieu de survenue. Les lieux codés dans le thésaurus SI-CAP ont été regroupés par catégorie :

- Commerce / loisir : Hôtel, magasin / boutique / centre commercial, piscine / thermes / SPA / hammam, discothèque / club / boîte, administration / siège d'une autorité
- Domicile : habitation / domicile
- EHPAD / médico-social : EHPAD / Maison de retraite, Collectivité (centre d'hébergement, foyer de vie...), Etablissement médico-social (MAS / FAS / FAM / ESAT)
- Etablissement sanitaire : hôpital général / clinique, cabinet médical de ville, Hôpital psychiatrique (CHS) / clinique psychiatrique / CMP, SSR
- Enfermement : prison / secteur pénitentiaire, structure militaire / caserne / commissariat
- Enseignement : école maternelle, école primaire enseignement professionnel, lycée, périscolaire / centre aéré
- Lieux de travail : agriculture / horticulture (non précisé), champs / cultures (agriculture), serre (horticulture), usine / atelier, bateau, lieu de travail autre
- Voie publique / nature : jardin public / parc, nature / air libre, véhicule perso / pro, voie publique / trottoir / rue
- Inconnu / autre : lieu d'exposition autre, inconnue

1.2.3 Circonstance d'exposition

Les cas ont été classés par circonstance d'exposition. Les circonstances codées dans le thésaurus du SI-CAP ont été regroupées par catégorie :

- Accident de la vie courante : bricolage / ménage, accident de la vie courante (classique), accidentelle autre (circonstance), accidentelle indéterminée (circonstance), déconditionnement (accident lié à un), défaut de perception du risque (accident lié à un), jardinage (accident de), siphonage (accident lié à un), travaux pratiques (accident lié à une activité de)

- Suicide : suicide (conduite suicidaire)
- Toxicomanie : toxicomanie / addiction
- Alimentaire : alimentaire
- Criminel : criminel / acte de malveillance, soumission chimique
- Iatrogène : accident thérapeutique, effet indésirable autre que médicamenteux, erreur thérapeutique,
- Incendie : incendie
- Pollution : pollution de l'environnement, pollution de l'air intérieur
- Mésusage : mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire
- Volontaire autre : volontaire autre (intoxication), volontaire indéterminée (intoxication)
- Indéterminée : indéterminée (circonstance)

1.2.4 Classe d'agent

Devant la variété des agents d'intoxication impliqués, ceux-ci ont été regroupés par classe : alcool et drogues, médicaments, produits chimiques, monoxyde de carbone.

Dans la catégorie alcool et drogue figurent les alcools, les drogues cannabinoïdes, les drogues opioïdes et les drogues stimulantes.

Les médicaments ont été regroupés selon les classes suivantes : AINS, anti-diabétiques, anti-dépresseurs (ISRS, IRSNa, tricyclique, autres), anti-épileptiques, antihistaminiques sédatifs, antipsychotiques, benzodiazépines, bêtabloquants, digitaliques, inhibiteurs calciques, lithium, opiacés, paracétamol et Z-drugs (zolpidem et zopiclone)

Les produits chimiques comprennent les corrosifs basiques, les corrosifs acides, les solvants, la javel avec les dérivés chlorés.

1.2.5 Evolution finale

Pour chaque cas, nous avons cherché à déterminer l'issue de celui-ci. L'évolution a été classée après suivi selon les catégories décès, guérison, séquelles, inconnue et non renseignée.

1.2.6 Type d'exposition

Nous nous sommes intéressés au nombre d'agents impliqués dans l'intoxication ainsi qu'à la récurrence d'intoxications croisées.

2 Méthode

2.1 Extraction et traitement des données

Les données ont été extraites de la base de données SI-CAP. Le nettoyage, écrasement, typage et le recodage des données ont été réalisés par le logiciel R avec le *pipeline* ANCILIA (l'intégralité des *packages* utilisés sont détaillés en [Annexe 2](#)). Ils ont également été utilisés pour l'analyse statistique et graphique. Une vérification des données a été réalisée sur tableur.

2.2 Analyse des données

Pour étudier le lien entre les circonstances et les classes d'âge, nous avons appliqué un test du χ^2 de Pearson, dont nous avons mesuré l'intensité par le V de Cramer. Afin de repérer les situations qui s'écartaient le plus de l'indépendance, nous avons analysé les résidus standardisés de Pearson aux seuils de ± 2 et ± 3 (Agresti, 2007). Compte tenu du grand nombre de cellules et dans le but de limiter le risque de faux positifs, nous avons volontairement retenu un seuil plus strict sur ces résidus ($p < 0,001$).

L'évolution annuelle des principaux agents a été modélisée par une régression de Poisson, l'année étant traitée comme une variable continue. Le test de tendance, de portée exploratoire, repose sur le coefficient de l'année. En parallèle, et indépendamment du modèle, les barres d'erreur des effectifs annuels ont été calculées directement à partir des comptages observés ($n \pm 1,96\sqrt{n}$). Pour cartographier les co-expositions entre classes pharmacologiques, nous avons opté pour une représentation en réseau (algorithme de Fruchterman-Reingold), en écartant les associations partagées par moins de trois patients afin de ne pas encombrer la figure.

Enfin, les intoxications volontaires et les évolutions défavorables ont été analysées par régression logistique multivariée, toutes les variables étant intégrées d'emblée, sans sélection automatique. Lorsqu'une séparation complète ou quasi complète des données apparaissait, le modèle a été remplacé par une régression pénalisée de Firth. Les résultats sont présentés en odds ratios ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95 %, calculés par profil de vraisemblance. Le faible nombre de décès nous a conduits à les explorer par simple analyse bivariée. Pour chaque modèle, seules les

observations disposant de toutes les données requises ont été retenues (analyse en cas complets). Le seuil de significativité a été fixé à 0,05, pour ces analyses.

2.3 Cadre réglementaire

Cette étude a été conduite conformément aux exigences éthiques et réglementaires en vigueur en France. Elle ne nécessitait pas le recueil du consentement individuel, conformément aux dispositions relatives aux recherches n'impliquant pas la personne humaine, selon la méthodologie de référence 004 de la CNIL. Toutes les données étaient anonymisées avant extraction.

Résultats

1 Diagramme de flux

A partir de la base de données SI-CAP, 1462 patients ont été extraits pour 1441 cas retenus. Tous ces patients ont été classés comme sujets d'intoxication grave. Les cas exclus l'ont été pour âges aberrants ou imputabilité nulle. Les appels à la RTU ont eu lieu entre le 01/01/2019 et le 31/12/2025. Sur la période, 156 714 cas étaient recensés en Hauts-de-France dans SI-CAP.

Parmi tous les cas de la cohorte, 870 cas ont vu leur évolution renseignée soit 60% des cas. Sur la durée de l'étude, 88 patients décédés ont été recensés. La majorité des cas a évolué vers une guérison sans séquelle soit 52 % de la cohorte ([Figure 3](#)).

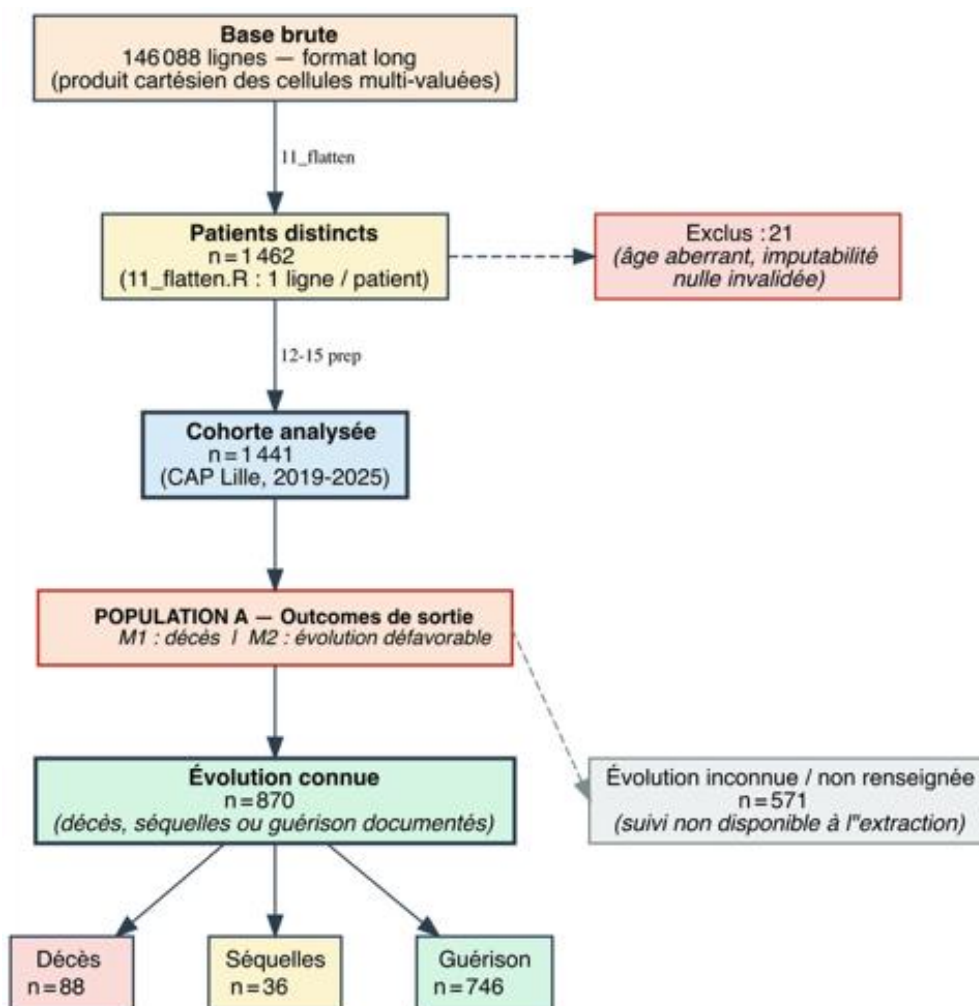


Figure 3: Diagramme de flux

2 Analyse descriptive

2.1 Données générales

Dans l'ensemble de la cohorte, le genre était équitablement réparti (Homme : 51% ; Femme : 49%). La classe d'âge la plus représentée était les 25-64 ans. L'âge moyen des patients était de 44,5 ans, pour une médiane de 44 ans.

On observe un plus grand nombre d'intoxications graves pour les années 2019, 2020 et 2025. On note une augmentation de 39% des cas entre 2019 et 2025. Elles sont plutôt équitablement réparties selon les saisons (avec toutefois une très discrète majoration à l'automne et en hiver). Pour les jours de la semaine, on note un nombre de cas plus important les mardi et mercredi. Les jours avec le moins d'intoxication sont les samedis et dimanches ([Annexe 3](#))

La grande majorité des cas sont survenus à domicile (86%) ([Annexe 4](#))

La circonstance la plus courante est l'intoxication volontaire (suicide) représentant 59% des cas, suivi par les accidents de la vie courante (14%) et l'iatrogénie (10%).

Les intoxications étaient quasi exclusivement aiguës (97%). Elles étaient multiples dans la moitié des cas (50%).

La guérison était l'évolution finale la plus fréquente (52%). On note une grande part d'incertitude avec les catégories « inconnue » et « non renseignée » comptant pour 39% de la cohorte.

Les données sont synthétisées dans l'[Annexe 5](#).

2.2 Répartition des circonstances d'exposition

2.2.1 Répartition des circonstances d'exposition selon l'âge

Le [Tableau 1](#) ci-dessous synthétise les circonstances en fonction de classes d'âge plus fines.

On notait que les accidents de la vie courante représentaient 63 % des intoxications graves des 0-3 ans et 36 % des 4-11 ans. Les patients de la classe 45-64 ans étaient significativement moins représentés dans les accidents de la vie courantes (9%)

Les enfants entre 4 et 11 ans et les personnes âgées (65-74 ans et ≥ 75 ans) présentait une surreprésentation des intoxications graves iatrogènes par rapport aux autres

populations de l'étude. Les enfants de 4 à 11 ans représentent 24% des intoxications iatrogène, le taux monte à 31% pour les plus de 75 ans.

La circonstance suicide représentait 66 % des intoxications graves des 25-44 ans et 72% des 45-64 ans. Ces classes d'âge présentaient un surrisque important par rapport au reste de la cohorte. Cette circonstance n'était pas retrouvée chez les moins de 3 ans, constituait 12 % des cas graves de la tranche 4-11ans et 36 % des cas des plus de 75 ans.

Les troubles liés à l'usage de substances (libellés toxicomanie et addiction dans SI-CAP) concernaient majoritairement les 12 à 44 ans.

La pollution était plus courante dans les intoxications graves pour les 4-11 ans (16%).

Les enfants de 11 ans et moins étaient plus concernés par les intoxications de circonstances indéterminées.

Cellules : n (% dans la strate d'âge) ± flèches résidus standardisés Pearson. Test $\chi^2(70) = 434,4$, $p < 0,001$. V de Cramér = 0,209.

Circonstance	0-3	4-11	12-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Accidentel (vie courante)	27 (63 %) ↑↑	9 (36 %) ↑↑	9 (9 %)	21 (17 %)	56 (13 %)	39 (9 %) ↓↓	14 (12 %)	28 (20 %)
Alimentaire	0	0	1 (1 %)	3 (2 %)	4 (1 %)	4 (1 %)	2 (2 %)	4 (3 %)
Criminel / malveillance	0	0	0	1 (1 %)	2 (0 %)	2 (0 %)	0	0
Iatrogène	8 (19 %)	6 (24 %) ↑	2 (2 %) ↓	3 (2 %) ↓	17 (4 %) ↓↓	31 (7 %) ↓	26 (23 %) ↑↑	45 (31 %) ↑↑
Incendie	0	1 (4 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	4 (1 %)	4 (1 %)	3 (3 %)	4 (3 %)
Indéterminée	4 (9 %) ↑↑	2 (8 %) ↑	0	3 (2 %)	2 (0 %) ↓	6 (1 %)	1 (1 %)	2 (1 %)
Mésusage médicamenteux	0	0	0	2 (2 %)	4 (1 %)	3 (1 %)	0	4 (3 %) ↑
Pollution	2 (5 %)	4 (16 %) ↑↑	4 (4 %)	0	10 (2 %)	7 (2 %)	3 (3 %)	2 (1 %)
Suicide	0	3 (12 %) ↓↓	65 (64 %)	67 (54 %)	287 (66 %) ↑↑	317 (72 %) ↑↑	59 (53 %)	51 (36 %) ↓↓
Toxicomanie	1 (2 %)	0	13 (13 %) ↑	20 (16 %) ↑↑	39 (9 %) ↑	16 (4 %) ↓	1 (1 %) ↓	0
Volontaire (autre)	1 (2 %)	0	6 (6 %) ↑	2 (2 %)	8 (2 %)	9 (2 %)	3 (3 %)	3 (2 %)

Résidus standardisés (test χ^2 post-hoc) : ↑↑ = sur-représentation forte (résidu > 3), ↑ = sur-représentation (> 2), ↓↓ = sous-représentation forte (< -3), ↓ = sous-représentation (< -2).
Référence Agresti 2007.

Tableau 1: Profils circonstanciels des cas graves par classes d'âge affinées

2.2.2 Répartition des circonstances d'exposition dans le temps

La [Figure 4](#) permet d'apprécier le nombre d'occurrence chaque circonstance en fonction de l'année.

Le nombre d'intoxications volontaires a augmenté entre 2019 et 2021 avant de chuter en 2022. Il s'en est suivi une hausse progressive jusqu'à sensiblement retrouver les niveaux antérieurs en 2025.

Les cas graves iatrogènes demeurent stables sur la durée de l'étude.

Les accidents de la vie courante ont plus que doublé sur la période étudiée.

Le nombre de cas de troubles liés à l'usage de substances a lui aussi connu une forte croissance. Il a quasiment été multiplié par 4 entre 2019 et 2025.

Ces évolutions sont à mettre en perspective du nombre total d'intoxication par circonstances. On note de grande disparité selon les circonstances ([Annexe 6](#)).

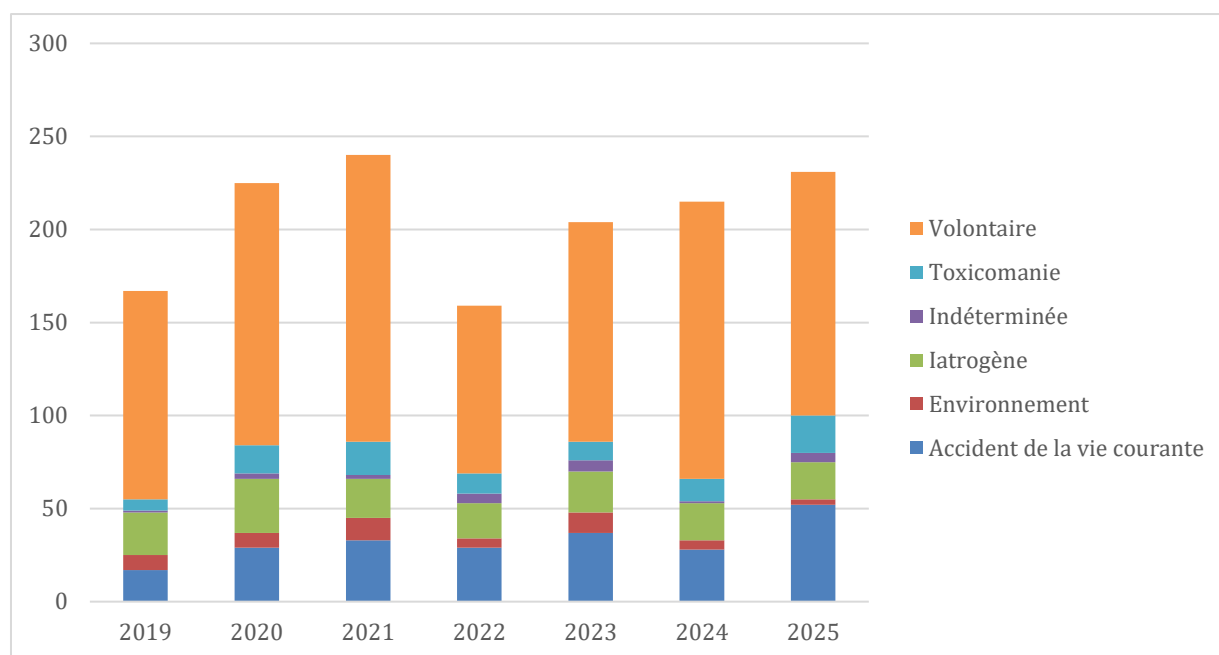


Figure 4: Répartition des circonstances par année

2.3 Répartition des classes d'agent

2.3.1 Répartition des classes d'agent selon l'âge

La [Figure 5](#) permet de visualiser la répartition des profils d'agent pour les cas graves par rapport aux classes d'âge. Les données sont présentées sous forme de carte thermique.

La fréquence des intoxications par benzodiazépine augmentait avec l'âge, avec un pic de leur implication pour les classes 25-44 ans et 45-64 ans.

Les intoxications aux médicaments opiacés concernaient autant les adolescents (entre 12 et 17 ans) que les adultes entre 18 et 65 ans.

Le paracétamol était surtout impliqué chez les adolescents (11-17 ans) et adultes jeunes (18-24 ans) puis diminuait avec l'âge.

Les jeunes enfants étaient également les plus sujets aux intoxications graves par drogues récréatives (cannabinoïdes ou stimulantes) et solvants.

Les drogues récréatives concernent ensuite plutôt les patients jeunes (12-17 ans et 18-25 ans).

L'intoxication aux digitaliques concernait presque exclusivement les adultes âgés de plus de 65 ans.

L'intoxication grave au monoxyde de carbone était plus fréquente chez les patients jeunes (≤ 11 ans).



Figure 5: carte thermique des classes d'agents par classe d'âge

2.3.2 Répartition des classes d'agents dans le temps

Pour toutes les classes d'agents présentées [Figure 6](#), on notait sensiblement le même schéma. Le nombre de cas augmentait entre 2019 et 2021 et après 2022. 2022 était la seule exception à cette tendance.

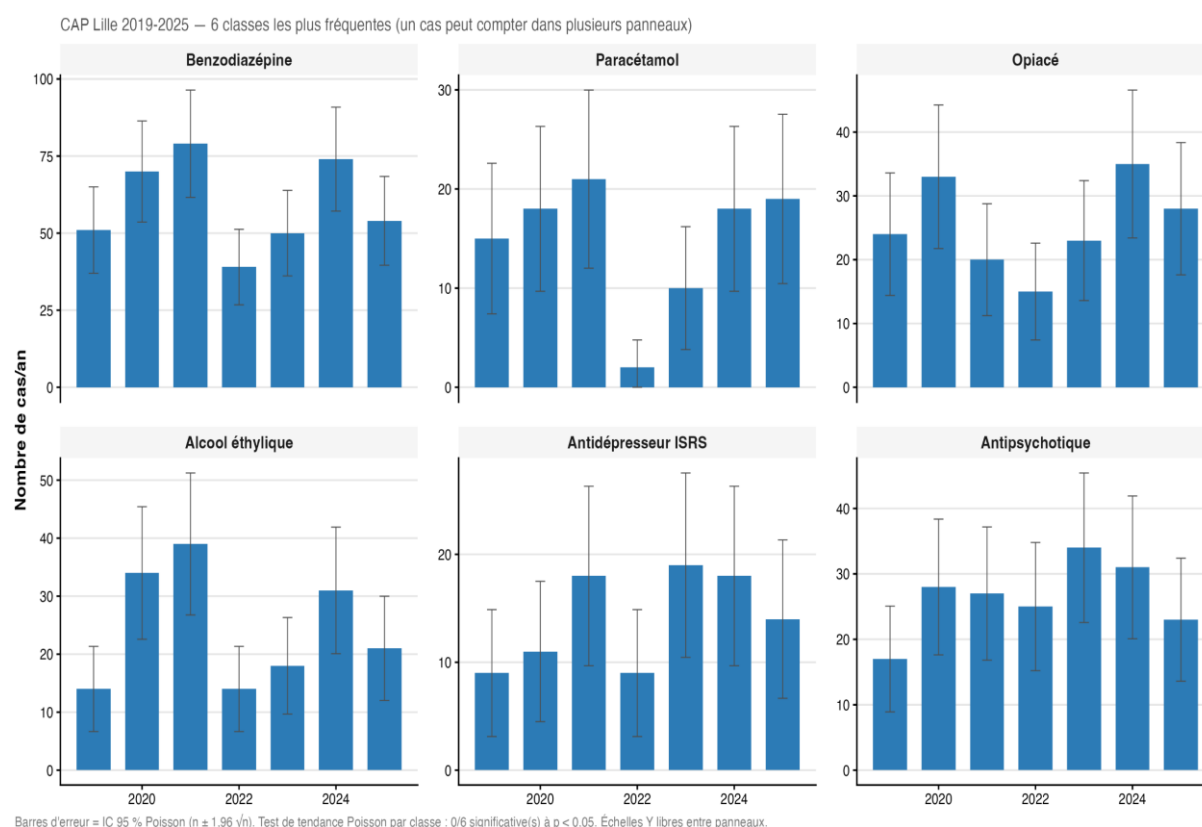


Figure 6:Évolution annuelle des principaux agents

2.4 Multiplicité des agents

La moitié des cas d'intoxication impliquait plusieurs agents ([Figure 7](#)). La majorité des cas d'intoxication à visée suicidaire étaient à plusieurs agents (71%). A l'inverse, la pollution concernait presque toujours un agent unique.

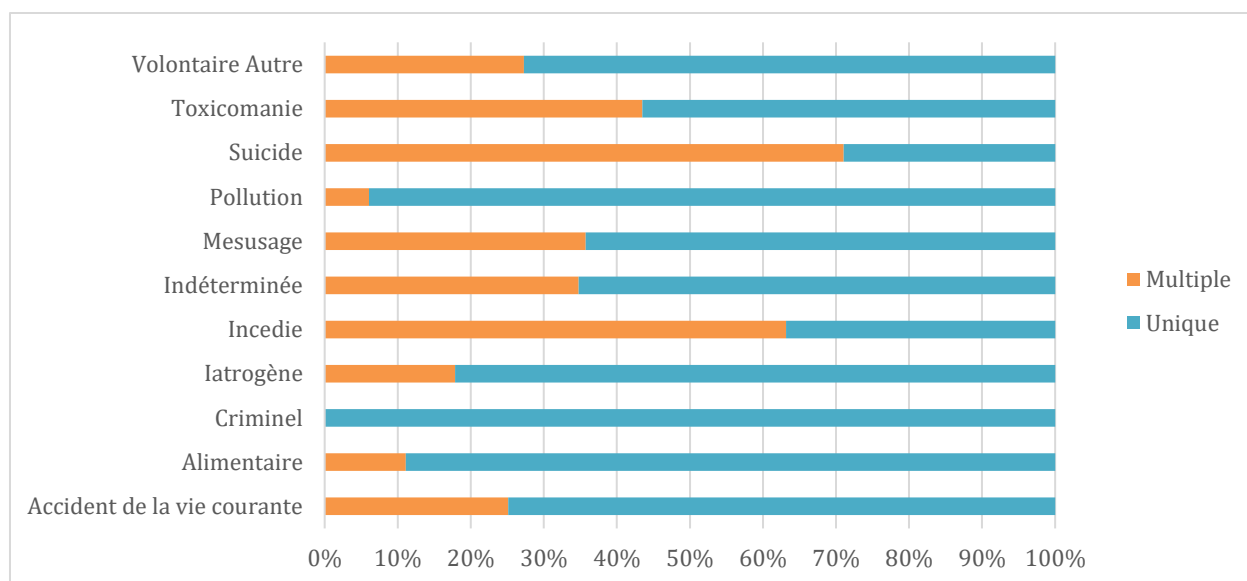
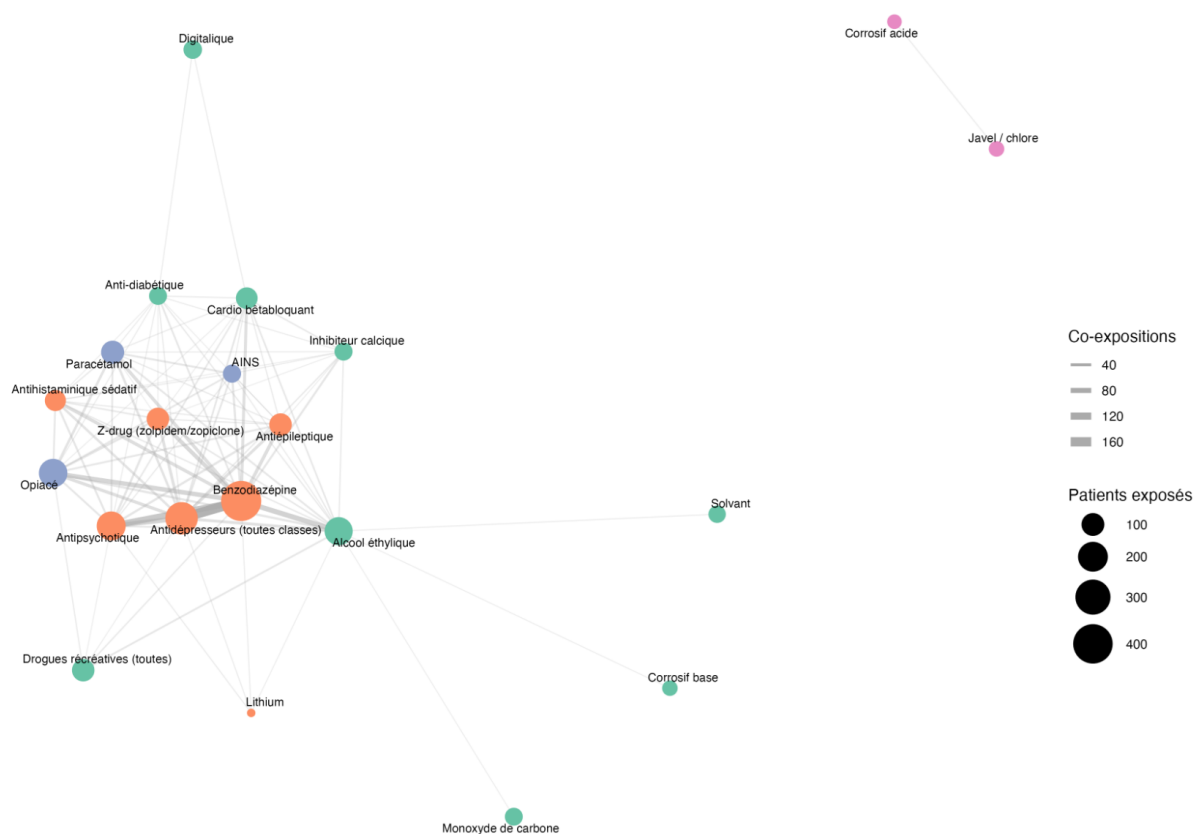


Figure 7: Répartition de la multiplicité des agents selon les circonstances

La [Figure 8](#) présente le réseau de co-occurrence des intoxications à plusieurs agents. la taille des nœuds correspond au nombre de patients exposés, l'épaisseur des liens au nombre de co-expositions, les associations observées chez moins de trois patients ont été exclues. Les benzodiazépines, l'alcool éthylique et les anti-dépresseurs étaient les classes d'agents les plus impliquées dans les intoxications à plusieurs agents. Les produits ménagers (corrosif acide et basique, javel / dérivé chloré) et le monoxyde de carbone semblaient plus souvent liés à des intoxications uniques. L'[Annexe 7](#) liste les paires d'agents les plus souvent impliquées.



Centre antipoison Lille — cas graves 2019-2025

Figure 8: réseau de co-occurrence des agents

2.5 Focus sur les intoxications volontaires

863 cas d'intoxications volontaires étaient dénombrés. La [Figure 9](#) présente les rapports de cote relatifs à différentes variables pour la survenue d'intoxications volontaires. Le tableau détaillé correspondant à cette figure est retrouvé en annexe ([Annexe 8](#)).

Dans notre étude, les femmes étaient significativement plus sujettes que les hommes aux intoxications volontaires.

Concernant la localisation de l'intoxication, les établissements de santé / sociaux et les lieux publics et professionnels étaient moins souvent le lieu d'intoxications graves.

Les intoxications étaient le plus souvent à de multiples agents. Les antalgiques (paracétamol et opiacés), les benzodiazépines et les Z-drugs étaient plus fréquemment retrouvées dans les intoxications volontaires.

L'intoxication au monoxyde de carbone était le plus souvent involontaire.

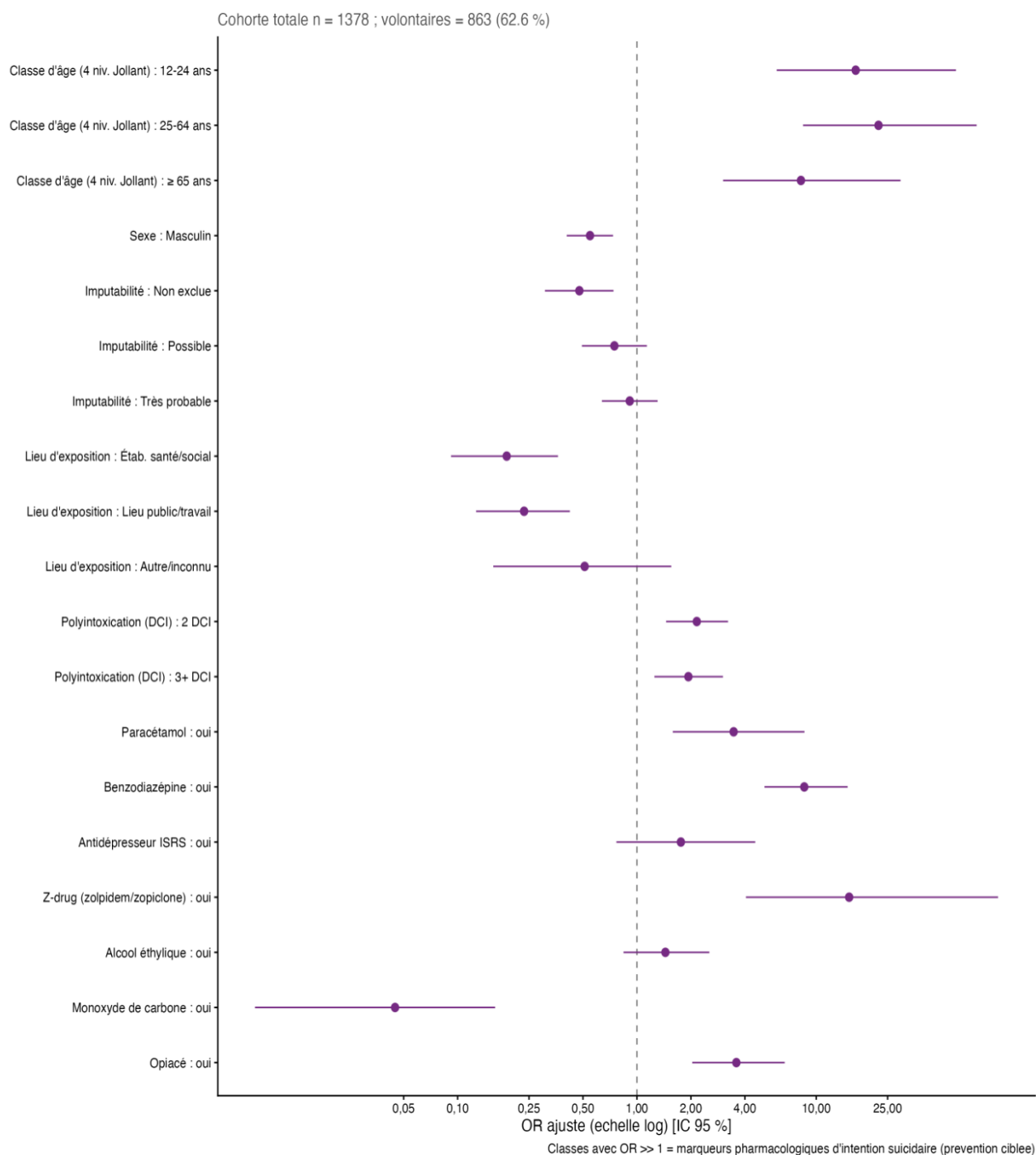


Figure 9: Rapports de cotes relatifs aux intoxications volontaires

2.6 Focus sur les évolutions défavorables

Etait définie comme défavorable une issue fatale ou une survie avec séquelle. Cela concernait au total 117 patients sur la durée de l'étude (14%). La [Figure 10](#) présente les rapports de cote concernant ces issues défavorables. Elle est issue de l'[Annexe 9](#).

Les intoxications multiples sont, dans notre étude, moins en cause dans les évolutions défavorables.

Le groupe des plus de 65 ans était significativement plus touché par les intoxications entraînant une évolution défavorable.

Les autres valeurs étudiées n'étaient pas significatives.

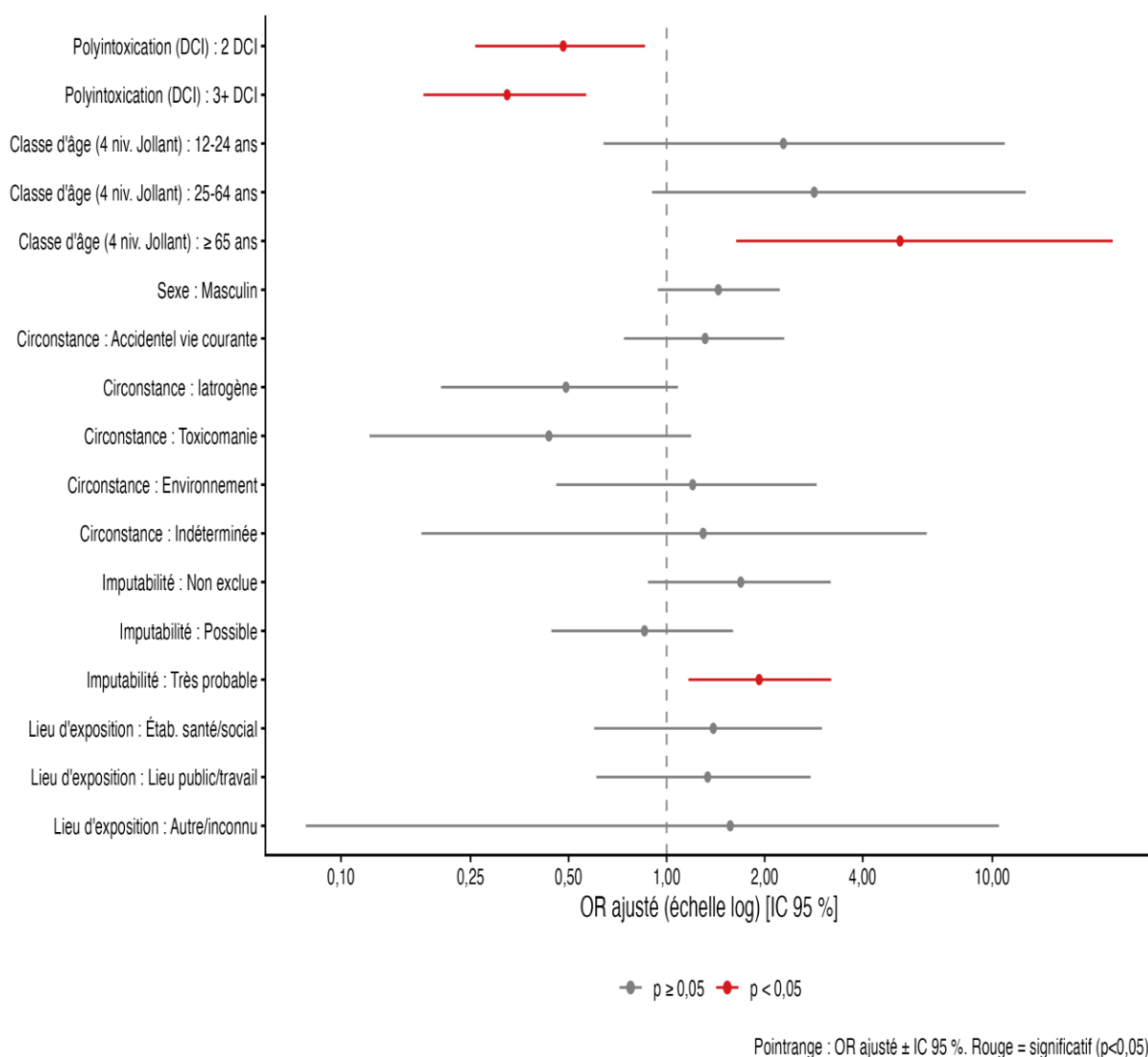


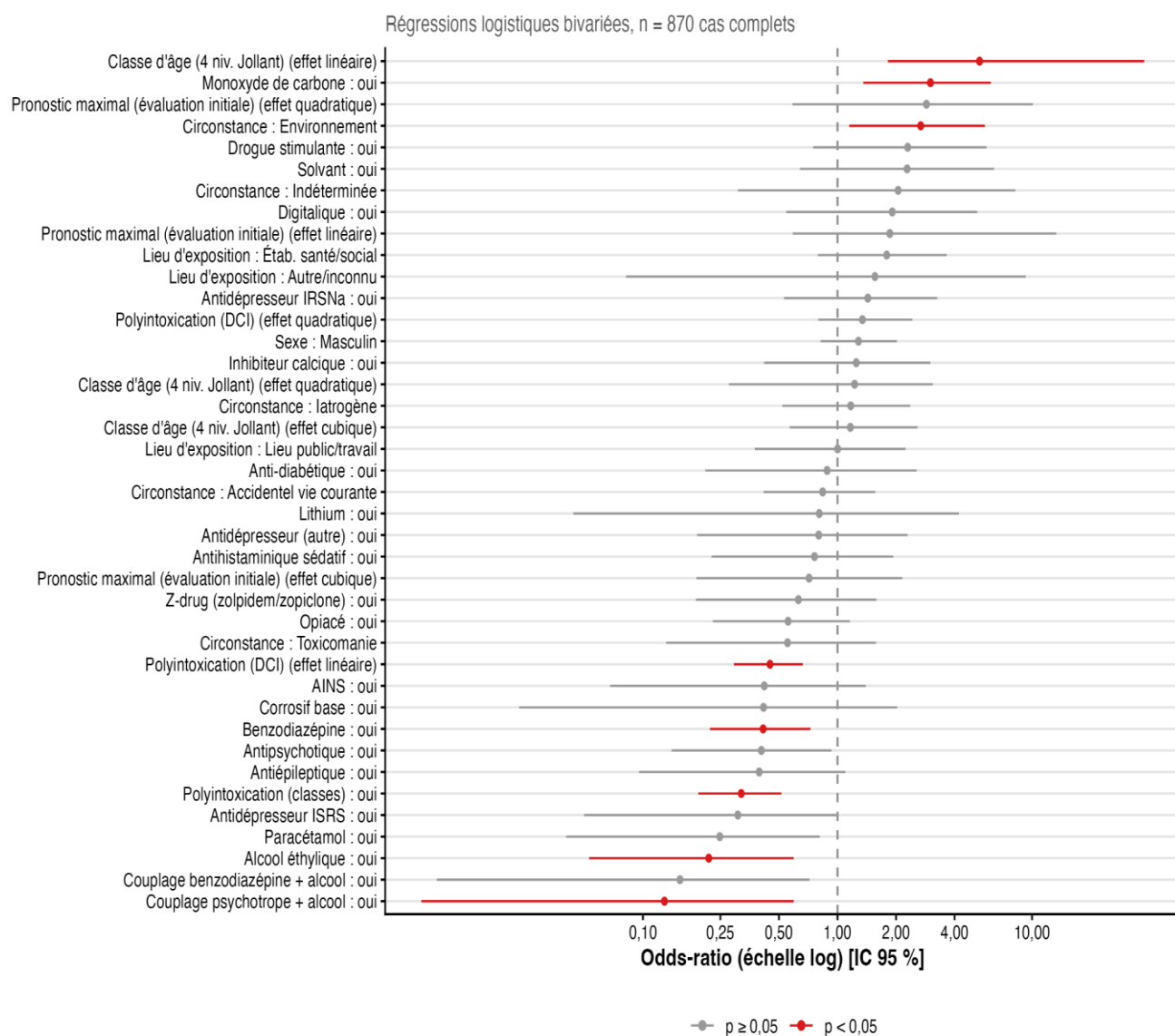
Figure 10: Rapports de cotes relatifs aux évolutions défavorables

2.7 Focus sur les décès

88 décès étaient rapportés toutes circonstances d'intoxication confondues. De nombreux paramètres influençaient l'évolution vers le décès. Les rapports de cote sont présentés dans la [Figure 11](#) et les données détaillées dans l'[Annexe 10](#).

Comme pour les évolutions défavorables, l'âge est la variable influençant le plus le risque de décès. Les intoxications par monoxyde de carbone sont de mauvais pronostic. Par association, la circonstance environnement était significativement associée au risque de décès.

L'association alcool éthylique et psychotropes n'entraînait pas de sur-risque de décès parmi les cas graves.



Variables avec IC95 trop large (>50 ou <0,001) filtrées. Non-ajusté — à interpréter avec prudence (médiateurs, confondants).

Figure 11: Rapports de cotes relatifs aux décès

3 Profils types

Chaque profil était la rencontre d'un patient (âge, genre), d'un ou plusieurs produits (selon la classe d'agent) dans une circonstance donnée. Des profils types se dégagèrent des tendances décrites ci-dessus.

3.1.1 Intoxications graves chez l'enfant

Le profil de la tranche 0-3 ans, était l'intoxication domestique involontaire à des drogues cannabinoïdes ou stimulantes.

L'autre circonstance retrouvée le plus souvent était l'intoxication iatrogène.

On peut résumer les cas pour les ≤ 11 ans dans la [Figure 12](#).

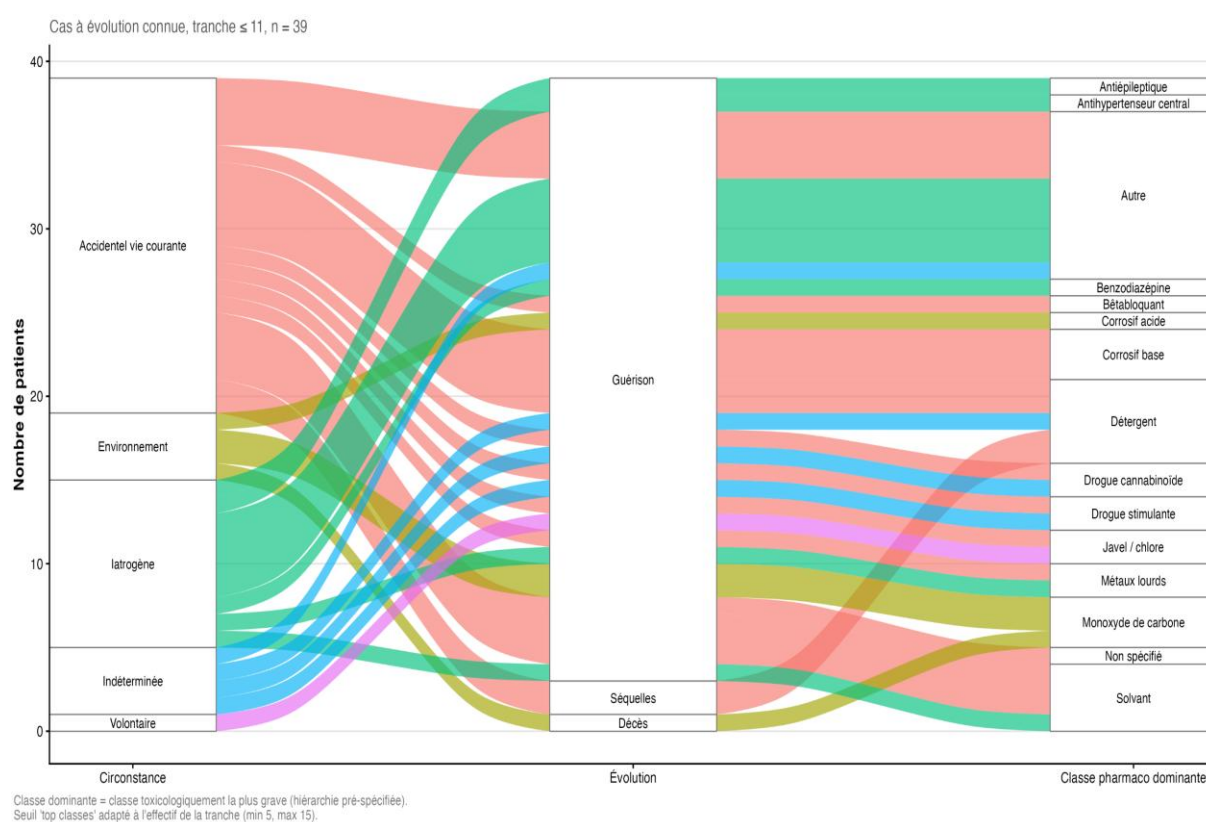


Figure 12: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 11 ans et moins

3.1.2 Intoxications graves chez l'adolescent

Chez l'adolescent, on retrouvait principalement des intoxications volontaires aux antalgiques et psychotropes ([Figure 13](#)).

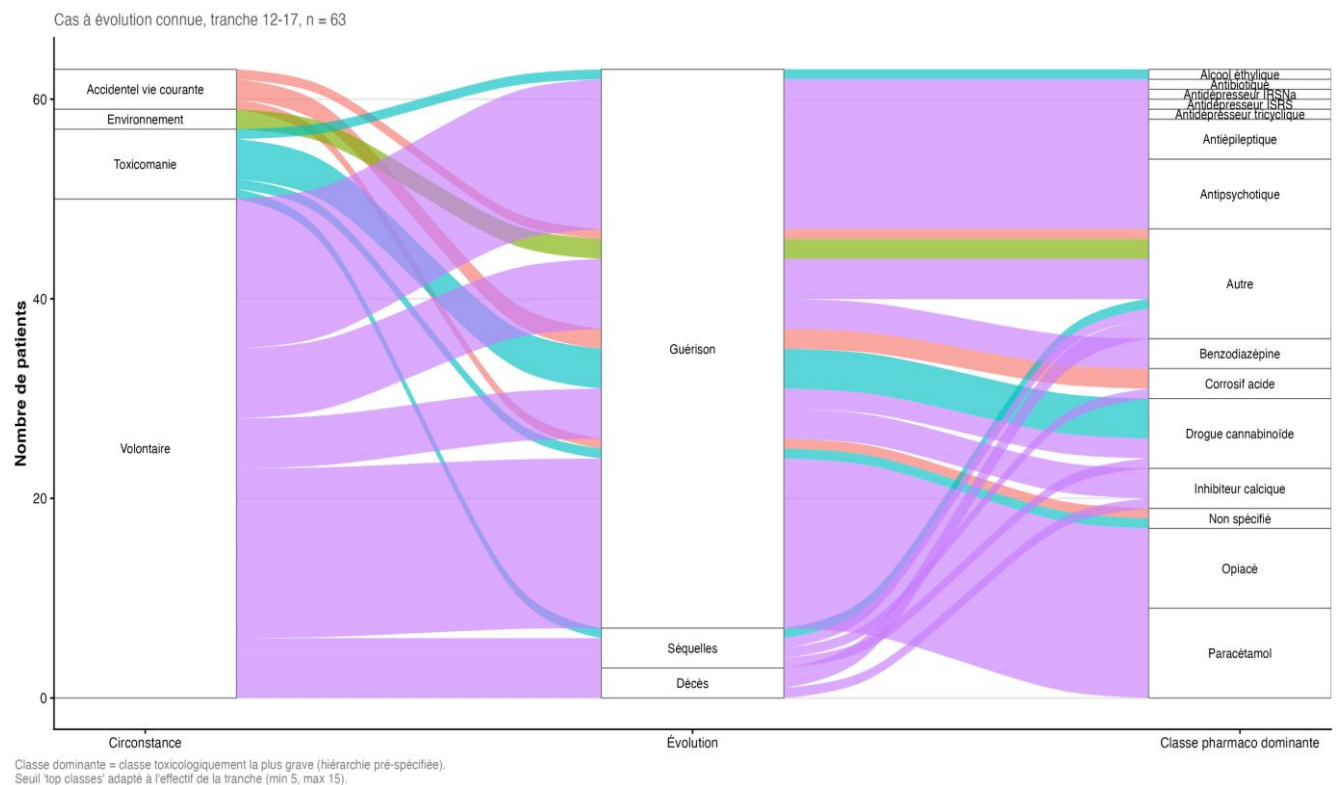


Figure 13: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 12 à 17 ans

3.1.3 Intoxications graves chez l'adulte

Chez l'adulte jeune, la circonstance la plus fréquente était l'intoxication médicamenteuse volontaire multiple, impliquant notamment les benzodiazépines, le paracétamol, les Z-drugs. On retrouve souvent une consommation d'alcool éthylique associée. Le profil est majoritairement féminin.

Les troubles liés à l'usage de substances étaient une autre cause d'intoxication fréquente. [Figure 14](#) et [Figure 15](#).

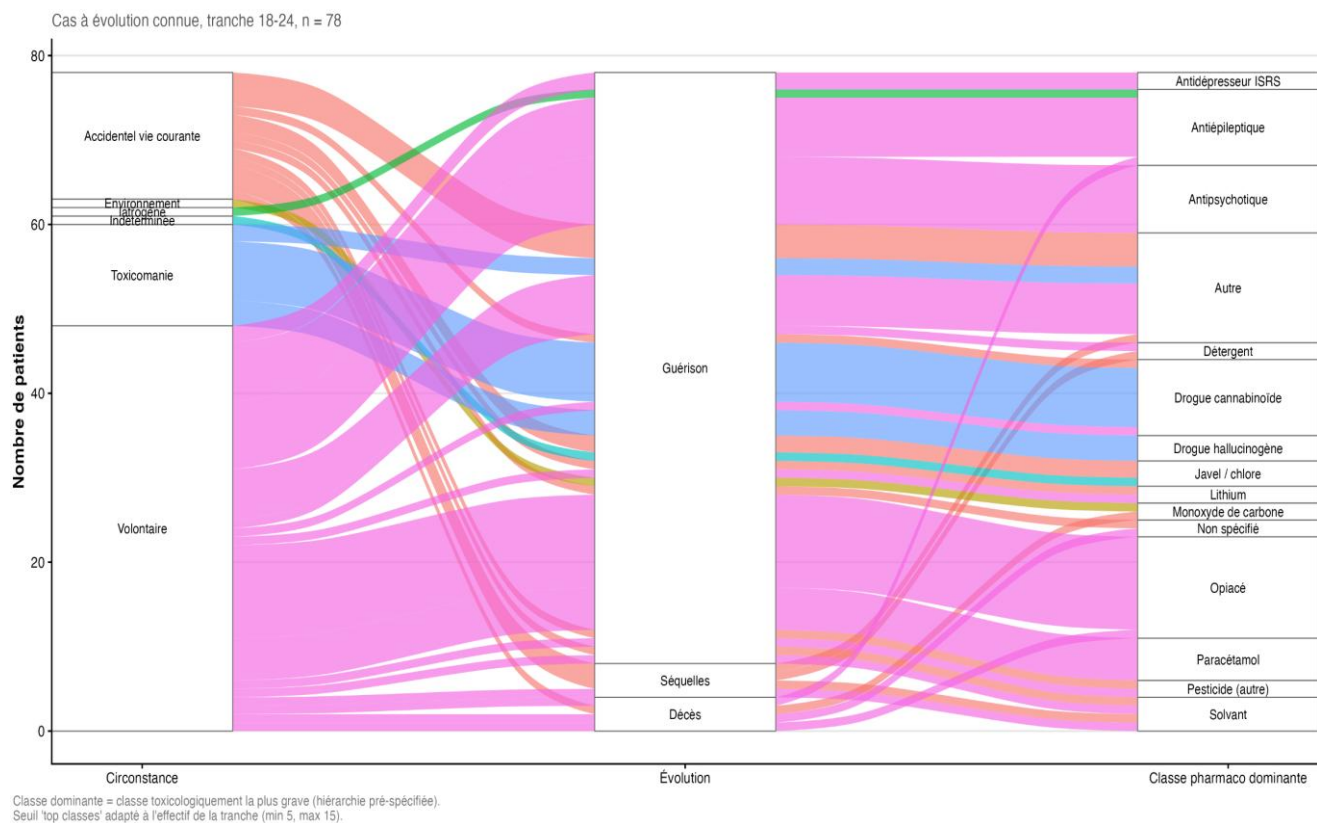


Figure 14: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 18 à 24 ans

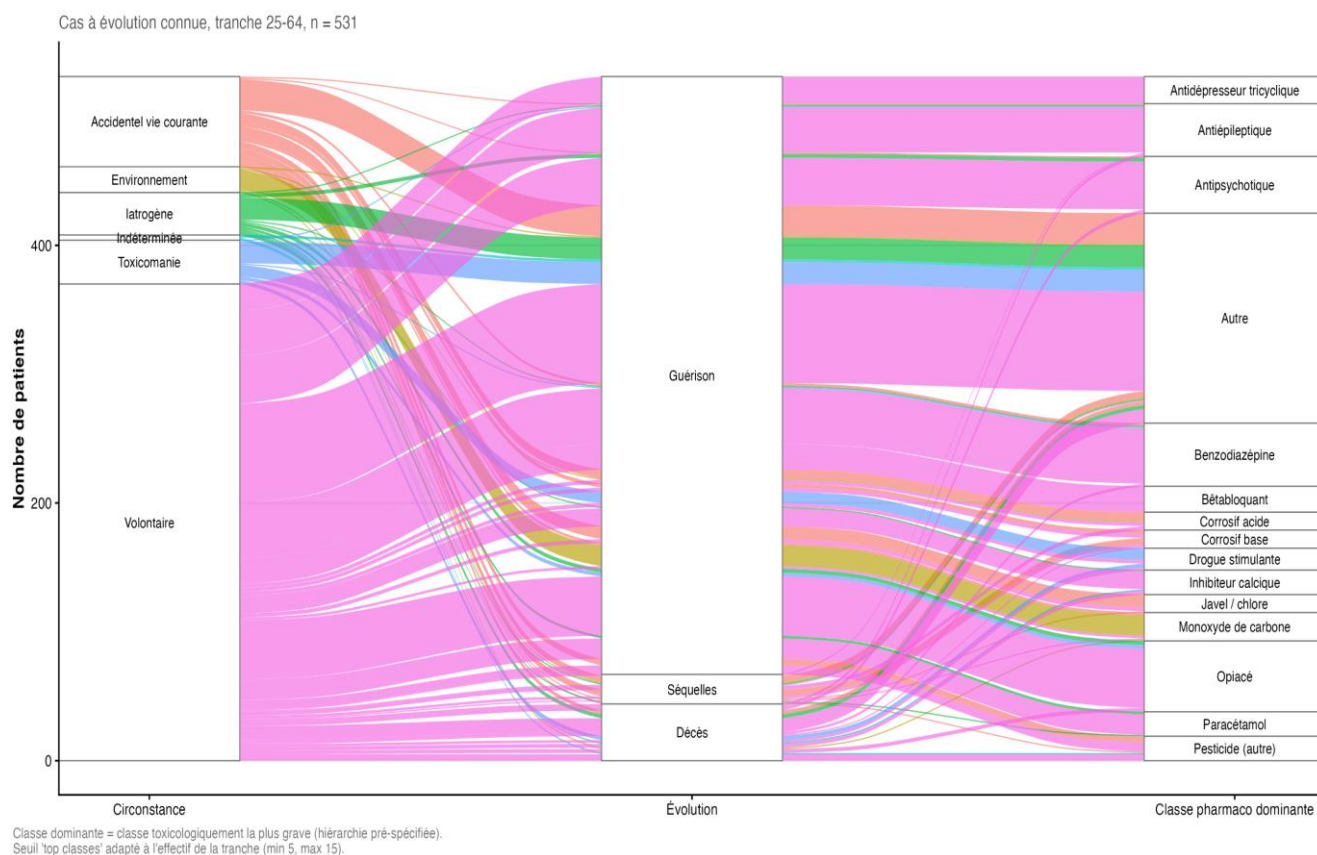


Figure 15: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 25 à 64 ans

3.1.4 Intoxications graves chez les plus de 65 ans

La circonstance iatrogène était prédominante avec les digitaliques et les benzodiazépines. Une erreur thérapeutique pouvait provenir du patient ou des aidants.

Bien que moins fréquente que chez les adultes plus jeunes, l'intoxication médicamenteuse volontaire restait une circonstance observée et aboutissant plus fréquemment au décès [Figure 16](#).

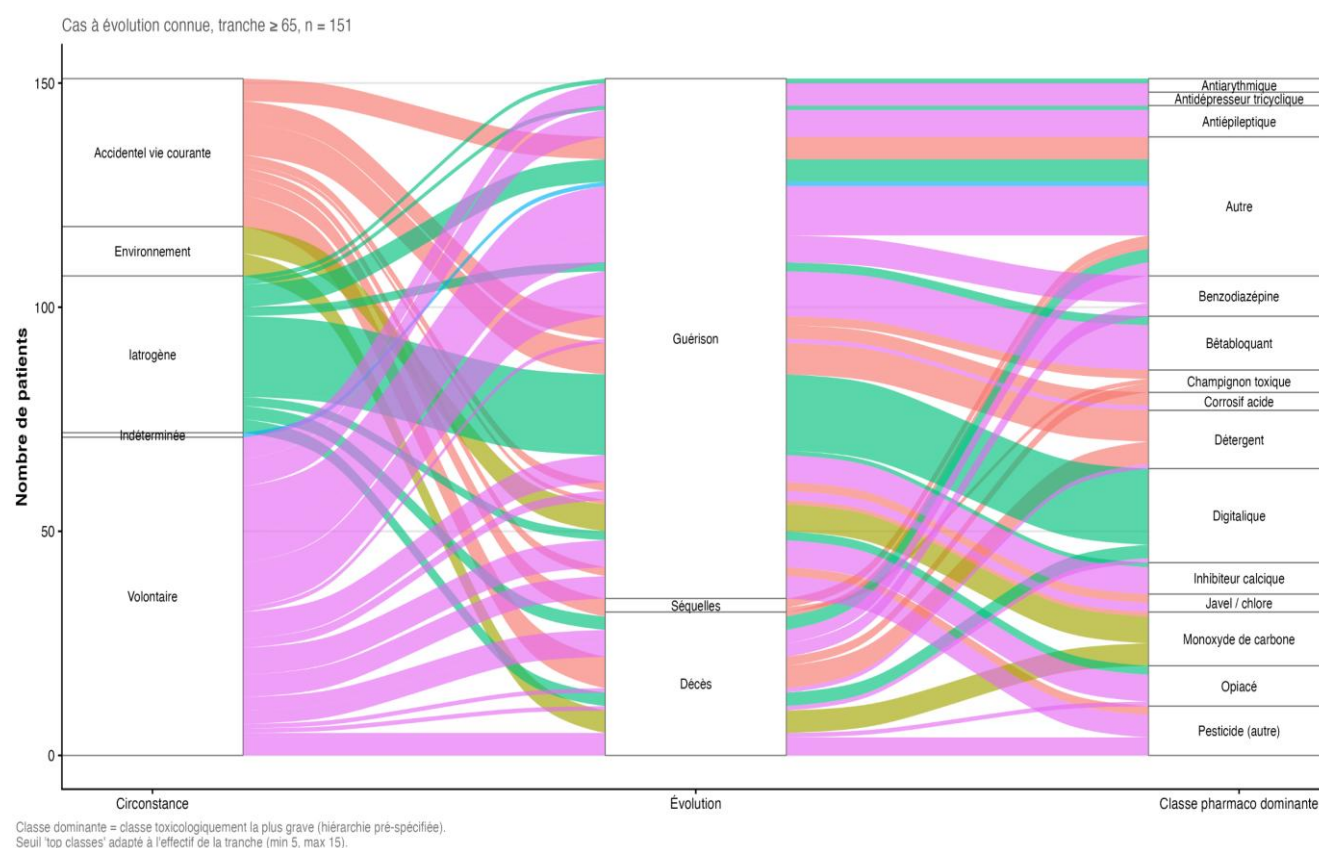


Figure 16: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 65 ans et plus

Discussion

1 Principaux résultats

Dans cette étude, nous avons souhaité établir un profil type des intoxications les plus courantes.

Le taux de suicide en France reste stable en France depuis 2023. Les décès par suicide (tout sexe et âge confondu) sont pour la moitié par pendaison [17]. Les intoxications médicamenteuses volontaires sont la seconde cause la plus représentée chez la femme (3 fois plus que chez l'homme). Les données de notre étude concordaient avec les observations épidémiologiques nationales.

Dans notre cohorte, les intoxications multiples semblaient moins à risque de décès, de manière contre-intuitive. Néanmoins, cette observation concorde avec les données de la littérature, par la dose supra-toxique de l'agent d'exposition [18]. Chez le patient âgé, les intoxications multiples seraient les plus dangereuses, impliquant notamment plusieurs cardiotropes à marge thérapeutique étroite [19] .

Cette étude met en évidence une surrisque de mortalité chez les personnes âgées intoxiquée. La littérature va dans ce sens [20,21] mais fait état de nombreux facteurs confondants.

Chez les enfants, un rapport de l'ANSES sur les expositions pédiatriques accidentelles est concordant avec les circonstances et agents d'intoxication retrouvés dans notre étude. L'aggravation des tableaux cliniques d'intoxications pédiatriques aux cannabinoïdes. Ce résultat s'explique par une concentration accrue en delta-9-tétrahydrocannabinol dans les plants de cannabis actuels [22]

2 Stratégies de prévention

Les intoxications pédiatriques restent une préoccupation de santé publique, comme les autres accidents de la vie courante chez l'enfant. La fréquence de survenue des cas graves enjoint à renforcer et diversifier les actions à destination du grand public, surtout les jeunes parents et les professionnels de l'enfance. Alors que l'intoxication

au monoxyde de carbone est rétrogradée des priorités de santé publique, l'effort de prévention mériterait d'être maintenu. Les thématiques pourraient être actualisées avec les données de cette étude, notamment sur les produits stupéfiants.

Les pouvoirs publics pourraient encourager les initiatives des industriels allant dans le sens d'une meilleure prévention des intoxications de l'enfant : emballages sécurisés (médicaments, piles boutons, dosettes de lessive liquides, ...), ajout d'un amérissant limitant la quantité ingérée ou faisant rejeter le produit (produits ménagers, piles boutons...).

Les adolescents constituent une population difficile à aborder en médecine générale, ils consultent peu et la santé mentale peut être difficile à aborder en présence d'un autre adulte.

Chez l'adulte, les données sont concordantes avec d'autres travaux du centre antipoison en cours de publication concernant benzodiazépines et Z-Drug.

Pour les plus de 65 ans, les stratégies de déprescription et le dépistage systématique des troubles de santé mentale sont à encourager. Selon les données du Système national des données de santé (SNDS), les patients de 90 ans et plus prenaient plus de 5 médicaments pour 77% d'entre eux [23]. La réduction de la iatrogénie est liée à l'amélioration du circuit du médicament en établissement médico-social. Il s'agit d'une priorité du RRéVA des Hauts-de-France avec une étude pilote menée par le CAPTV de Lille.

3 Discussion de la méthode

3.1 Forces de l'étude

L'exploitation de la base SI-CAP a permis de couvrir l'ensemble des cas en Hauts-de-France. Pour chaque cas, une information la plus complète possible est recueillie concernant la durée entière du cas, du premier appel jusqu'à la clôture de l'évènement médical. L'utilisation du score PSS, validé à l'international, et de thésaurus de circonstances a permis une classification homogène de la sévérité des cas et l'inclusion de toutes les situations. La gravité des cas a été confirmée par un expert toxicologue.

3.2 Faiblesses de l'étude

Le principal biais de l'étude est un biais de déclaration. Tous les cas d'intoxication grave n'ont pas fait l'objet d'un appel au centre antipoison, en particulier lorsqu'ils sont pris en charge en centre de référence. Malgré les procédures de suivi systématique, le taux de retour effectif aux demandes de nouvelles, notamment les comptes-rendus d'hospitalisation n'était que de 61 %.

Cela induit un biais de classement potentiel de dossiers de cas initialement de gravité modérée à l'évolution inconnue.

4 Mise en perspective

Cette étude mériterait d'être complétée par des données nationales voire internationales. De plus, une collaboration plus étroite entre CAPTV, services d'urgence et de réanimation, le réseau OSCOUR permettrait de compléter les données. Cette collaboration a déjà été mise en place de façon temporaire [24]. Le croisement des données avec celles du PMSI et de la base nationale de pharmacovigilance permettrait de couvrir un plus large spectre, d'étayer les circonstances liées à la iatrogénie et au mésusage non suicidaire.

L'un des défis futurs des CAPTV sera l'intégration dans ses procédures de suivi d'outils de détection de micro-signaux et d'harmonisation automatisée des codages de dossier [25]

Liste des tables

Tableau 1: Profils circonstanciels des cas graves par classes d'âge affinées	27
--	----

Liste des figures

Figure 1: CAPTV et maillage territorial [7]	14
Figure 2: Organisation et missions du CAPTV	15
Figure 3: Diagramme de flux	25
Figure 4: Répartition des circonstances par année	28
Figure 5: carte thermique des classes d'agents par classe d'âge.....	29
Figure 6:Évolution annuelle des principaux agents	30
Figure 7: Répartition de la multiplicité des agents selon les circonstances	31
Figure 8: réseau de co-occurrence des agents	32
Figure 9: Rapports de cotes relatifs aux intoxications volontaires	33
Figure 10: Rapports de cotes relatifs aux évolutions défavorables.....	34
Figure 11: Rapports de cotes relatifs aux décès.....	35
Figure 12: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 11 ans et moins	36
Figure 13: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 12 à 17 ans	37
Figure 14: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 18 à 24 ans	38
Figure 15: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 25 à 64 ans	38
Figure 16: Diagramme alluvial des intoxications graves des patients de 65 ans et plus	39

Liste des annexes

Annexe 1: Critères de définition de la sévérité d'une intoxication par organe.....	48
Annexe 2: ensemble des packages du pipeline ANCILIA.....	49
Annexe 3: Répartition des cas selon le jour de la semaine	50
Annexe 4: Répartition des lieux d'intoxication	50
Annexe 5: Caractéristiques générales des cas graves (cohorte entière).....	53
Annexe 6: Répartition des circonstances par année	54
Annexe 7: Top 20 des paires d'agents impliqués dans les co-occurrences.....	55
Annexe 8: Rapports de cote relatifs aux intoxications volontaires	57
Annexe 9: Rapports de cote relatifs aux évolutions défavorables	58
Annexe 10: Rapports de cote relatifs aux décès	59

Références

- [1] Larousse É. Définitions : intoxication - Dictionnaire de français Larousse n.d. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intoxication/43940> (accessed June 5, 2025).
- [2] Définitions : toxicologie - Dictionnaire de français Larousse n.d. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toxicologie/78799> (accessed June 23, 2025).
- [3] Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. définition toxicovigilance. Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/autres-professionnels/article/toxicovigilance> (accessed June 12, 2025).
- [4] Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/anses-agence-nationale-de-securite-sanitaire-de-l-alimentation-de-l> (accessed June 24, 2025).
- [5] Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Santé publique France. Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/sante-publique-france> (accessed June 24, 2025).
- [6] Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé 2025. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante> (accessed June 24, 2025).
- [7] Les centres antipoison. Assoc Cent Antipoison Toxicovigilance n.d. <https://centres-antipoison.net/les-centres> (accessed June 24, 2025).
- [8] Section 2 bis : Missions et moyens des centres antipoison (Articles D711-9-1 à D711-9-12) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171649/2000-12-15> (accessed June 23, 2025).
- [9] Arrêté du 18 juin 2002 relatif au système informatique commun des centres antipoison. n.d.
- [10] CHIM2003et0001Ra.pdf n.d.
- [11] Centres antipoison et de toxicovigilance : une double mission. VIDAL 2023. <https://www.vidal.fr/actualites/30482-centres-antipoison-et-de-toxicovigilance-une-double-mission.html> (accessed June 5, 2025).
- [12] Yumpu.com. RAPPORT ANNUEL 2005 - Centre antipoison de Lille. yumpu.com n.d. <https://www.yumpu.com/fr/document/read/48014440/rapport-annuel-2005-centre-antipoison-de-lille> (accessed June 24, 2025).
- [13] Le Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RRéVA) 2026. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/le-reseau-regional-de-vigilances-et-dappui-rreva> (accessed May 25, 2026).

- [14] Trends in Drug Overdose Deaths by Intent and Drug Categories, United States, 1999–2022 - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39116399/> (accessed May 16, 2025).
- [15] Pourmand A, Wang J, Mazer M. A survey of poison control centers worldwide. *DARU J Pharm Sci* 2012;20:13. <https://doi.org/10.1186/2008-2231-20-13>.
- [16] Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA, De Garbino JP. Poisoning Severity Score. Grading of Acute Poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol* 1998;36:205–13. <https://doi.org/10.3109/15563659809028940>.
- [17] Conduites suicidaires en France. Bilan 2024. n.d.
- [18] Lombardo M, Garberi R, Rezoagli E, Pozzi M, Bartoli F, Rona R, et al. Acute Intoxications Admitted to the Intensive Care Unit: A Retrospective Cohort Study. *J Toxicol* 2025;2025:8823675. <https://doi.org/10.1155/jt/8823675>.
- [19] Chang TI, Park H, Kim DW, Jeon EK, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K, et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Sci Rep* 2020;10:18964. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75888-8>.
- [20] Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014;13:57–65. <https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>.
- [21] Fried TR, O’Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261–72. <https://doi.org/10.1111/jgs.13153>.
- [22] RAPPORT TOXICOVIGILANCE de l’Anses relatif à l’étude des expositions accidentelles à des toxiques chez les enfants n.d.
- [23] Kanagaratnam L, Semenzato L, Baudouin E-P, Ankri J, Weill A, Zureik M. Medication Use in People Aged 90 Years and Older: A Nationwide Study. *J Am Med Dir Assoc* 2025;26:105459. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105459>.
- [24] Multisource Surveillance System for Acute Poisonings in Île-de-France: An Exploratory Study | Santé publique France 2016. <https://www.santepubliquefrance.fr/en/docs/article/multisource-surveillance-system-acute-poisonings-ile-de-france-exploratory-study> (accessed May 25, 2026).
- [25] Lurant T, Garat A, Nemesien E, Nisse P, Azzouz R, Zitouni D. Study of micro-signals: proposed analysis methodology based on data from the Lille Poison Control and Toxicovigilance Center. *Clin Toxicol* 2025;63:495–506. <https://doi.org/10.1080/15563650.2025.2512822>.

Annexes

SYMPTOMATOLOGIE	AUCUNE	BENIGNE	MODEREE	SEVERE
	PSS 0 Pas de symptôme ou de signe	PSS 1 Symptômes mineurs, faibles, régressant spontanément	PSS 2 Symptômes ou signes prononcés ou prolongés	PSS 3 Symptômes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital
CARDIOVASCULAIRE		- Extrasystoles isolées - Hypotension artérielle : discrète, transitoire - Hypertension artérielle : discrète, transitoire	- Bradycardie sinusale (A : 40-50 ; E : 60-80 ; nouveau né : 80-90 c/min) - Tachycardie sinusale (A : 140-180 ; E : 160-190 ; nouveau né : 160-200 c/min) - Extrasystoles fréquentes - Fibrillation auriculaire/flutter - BAV 1^{er} et 2nd degré - Allongement QRS et QTc - Troubles de la repolarisation - Ischémie myocardique - Hypotension artérielle, hypertension artérielle	- Bradycardie sinusale sévère (A < 40 ; E < 60 ; nouveau né < 80 c/min) - Tachycardie sinusale sévère (A > 180 ; E > 190 ; nouveau né > 200 c/min) - Dysrythmie ventriculaire menaçant le pronostic vital - BAV III - Asystolie - Infarctus du myocarde - Choc - Crise hypertensive maligne
RESPIRATOIRE		- Irritation, toux, essoufflement, dyspnée faible - Bronchospasme mineur Radiographie pulmonaire : anormale avec ou sans symptômes mineurs	- Toux prolongée, stridor - Bronchospasme, dyspnée, hypoxie nécessitant l'administration d'oxygène Radiographie pulmonaire : anormale avec symptômes modérés	Insuffisance respiratoire : bronchospasme sévère, obstruction des voies aériennes, SDRA, œdème pulmonaire, œdème de glotte, bronchopneumopathie, pneumopathie, pneumothorax. Radiographie pulmonaire : anormale avec symptômes sévères
DIGESTIF		- Vomissements, diarrhée, douleurs - Irritation digestive - Brûlure du 1^{er} degré, ulcération minime buccale Endoscopie : érythème, œdème, stade I	- Vomissements prononcés ou prolongés, diarrhée profuse, douleur, iléus intestinal - Brûlures du 1^{er} degré d'une zone critique ou 2^{ème} et 3^{ème} degré de zone limitée - Dysphagie Endoscopie : lésions ulcérées transmurales, stade IIa	- Hémorragie digestive massive - Perforation digestive - Brûlures du 2nd et 3^{ème} degré étendues Dysphagie sévère Endoscopie : lésions ulcérées transmursales, lésions circonférentielles, perforations, stades IIb, III et IV
SYSTEME NERVEUX		- Somnolence, vertiges, ataxie, acouphènes Glasgow 12 - 14 - Faible agitation Symptômes extrapyramidaux mineurs Symptômes cholinergiques / anticholinergiques mineurs Paresthésies Troubles visuels et auditifs mineurs	- Inconscience avec réponse appropriée à la douleur Glasgow 8 - 11 - Apnée brève, bradypnée - Confusion, agitation, hallucination, délire - Convulsions localisées ou généralisées peu fréquentes, brèves - Symptômes extrapyramidaux prononcés - Symptômes cholinergiques / anticholinergiques prononcés - Paralysie localisée sans atteinte des fonctions vitales - Troubles visuels et auditifs	- Coma profond avec réponse inappropriée à la douleur, ou absence de réponse à la douleur Glasgow 3 - 7 - Dépression ou insuffisance respiratoire - Agitation extrême - Convulsions généralisées répétées - Etat de mal convulsif, opisthotonos - Paralysie généralisée ou paralysie affectant les fonctions vitales - Cécité, surdité
OCULAIRE		- Irritation, rougeur (hyperhémie conjonctivale), larmoiement - Atteinte conjonctivale - Œdème palpébral mineur	- Irritation intense - Atteinte cornéenne limitée circonscrite (kératite ponctuée)	- Ulcération cornéenne importante - Perforation cornéenne - Séquelle permanente
CUTANE		- Irritation, brûlure du 1^{er} degré - Brûlure du 2^{ème} degré si < 10% SC	- Brûlure du 2^{ème} degré sur 10 à 50% SC chez adulte, 10 à 30% SC chez enfant - Brûlure du 3^{ème} degré < 2% SC	- Brûlure du 2^{ème} degré > 50% SC adulte, > 30% SC chez enfant - Brûlure du 3^{ème} degré > 2% SC
MORSURE PIQURES		Œdème, prurit localisé Douleur discrète	- Œdème régional touchant la totalité du membre - Nécrose localisée - Douleur modérée	- Œdème extensif touchant le membre et les parties adjacentes - Localisation critique d'un œdème avec menace de l'intégrité des voies aériennes supérieures - Nécrose étendue - Douleur extrême
MUSCLES		- Douleur mineure à modérée - Sensibilité à la palpation - Rhabdomyolyse CPK : 250 - 1500 UI/L	- Douleur, rigidité, crampes - Fasciculations - Rhabdomyolyse CPK : 1500 - 10 000 UI/L	- Douleur intense ; rigidité extrême, crampes étendues - Fasciculations étendues, diffuses - Rhabdomyolyse avec complications CPK > 10 000 UI/L - Syndrome des loges
REINS		Protéinurie et/ou hématurie minimes	- Protéinurie et/ou hématurie massives - Oligurie, polyurie - Créatinine sérique : 200 - 500 µmol/L	- Insuffisance rénale, anurie - Créatinine sérique > 500 µmol/L
HEMATO		- Hémolyse mineure - Méthémoglobinémie comprise entre 10% et 30%	- Hémolyse - Méthémoglobinémie comprise entre 30% et 50% - Troubles de la coagulation sans hémorragie - Anémie, leucopénie, thrombocytopénie	- Hémolyse massive - Méthémoglobinémie > 50% - Troubles de la coagulation avec hémorragie - Anémie, leucopénie, thrombocytopénie sévères
FOIE		ASAT, ALAT : 2 - 5 x la normale	- ASAT, ALAT : 5 - 50 x la normale - Sans signe clinique évident de dysfonction hépatique	- ASAT, ALAT > 50 x la normale - Atteinte facteurs de la coagulation - Signe clinique d'insuffisance hépatique
METABOLISME		Acide-base - HCO₃ : 15-20 ou 30-40 mmol/L - pH : 7,25 - 7,32 ou 7,50 - 7,59 Electrolytes - K : 3,0 - 3,4 ou 5,2 - 5,9 mmol/L - Hypoglycémie modérée : 0,5 - 0,7 g/L ou 2,8 - 3,9 mmol/L - Hyperthermie de courte durée	Acide-base - HCO₃ : 10 - 14 ou > 40 mmol/L - pH : 7,15 - 7,24 ou 7,60 - 7,69 Electrolytes - K : 2,5 - 2,9 ou 6,0 - 6,9 mmol/L - Hypoglycémie grave : 0,3 - 0,5 g/L ou 1,7 - 2,8 mmol/L - Hyperthermie prolongée	Acide-base - HCO₃ < 10 mmol/L - pH < 7,15 ou > 7,7 Electrolytes - K < 2,5 ou > 7,0 mmol/L - Hypoglycémie sévère < 0,3 g/L ou < 1,7 mmol/L - Hyperthermie maligne - Hypothermie dangereuse

SC : surface corporelle
A : adulte ; E : enfant

Annexe 1: Critères de définition de la sévérité d'une intoxication par organe

```

R version 4.5.2 (2025-10-31)
Platform: aarch64-apple-darwin20
Running under: macOS Tahoe 26.5
Pipeline : ANCILIA

Matrix products: default
BLAS: /System/Library/Frameworks/Accelerate.framework/Versions/A/Frameworks/vecLib.framework/Versions/A/libBLAS.dylib
LAPACK: /Library/Frameworks/R.framework/Versions/4.5-arm64/Resources/lib/libRlapack.dylib; LAPACK version 3.12.1

locale:
[1] en_US.UTF-8/en_US.UTF-8/en_US.UTF-8/C/en_US.UTF-8/en_US.UTF-8

time zone: Europe/Paris
tzcode source: internal

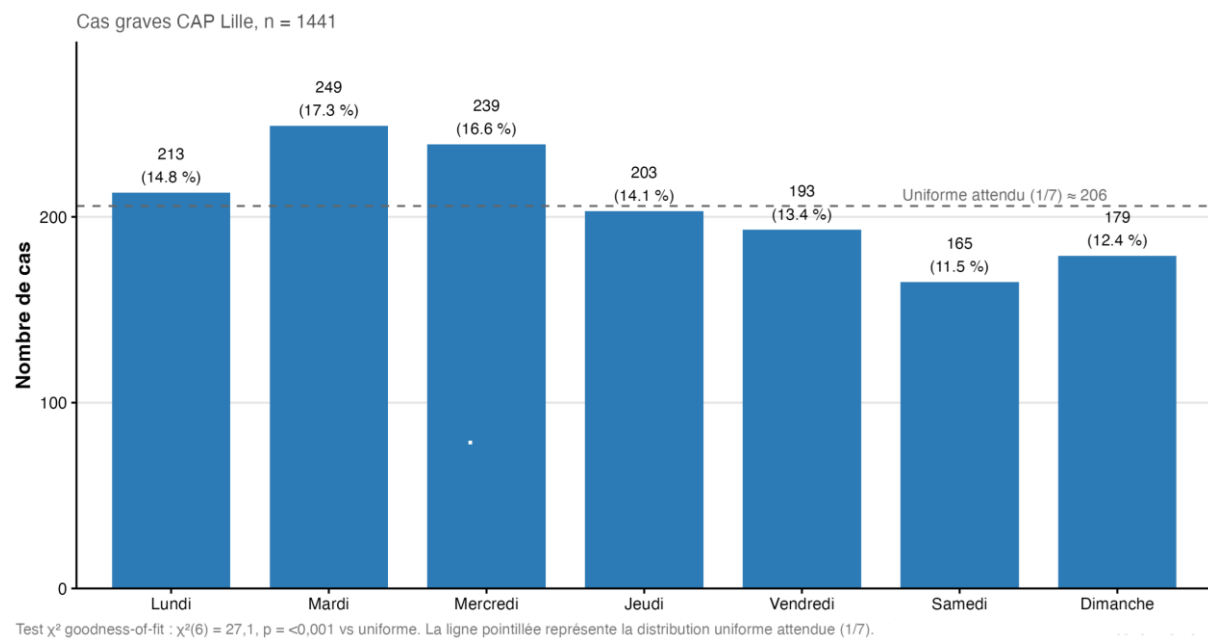
attached base packages:
[1] grid      stats      graphics  grDevices  utils      datasets  methods   base

other attached packages:
[1] fs_1.6.6          webshot_0.5.5      cli_3.6.5          assertr_3.0.1
[5] rsvg_2.7.0        readxl_1.4.5       openxlsx_4.2.8.1   ragg_1.5.0
[9] cowplot_1.2.0     viridis_0.6.5      viridisLite_0.4.2  ggsci_4.2.0
[13] ggpubr_0.6.3      conflicted_1.2.0    pROC_1.19.0.1      svyROC_1.0.0
[17] svydiags_0.7      car_3.1-3          carData_3.0-5      broom.helpers_1.22.0
[21] broom_1.0.11      brglm2_1.0.1       survey_4.4-8       survival_3.8-3
[25] Matrix_1.7-4      flextable_0.9.10   gt_1.1.0           gtsummary_2.5.0
[29] xml2_1.5.0        zip_2.3.3          questionr_0.8.2    digest_0.6.39
[33] labelled_2.16.0   scales_1.4.0       lubridate_1.9.4    forcats_1.0.1
[37] stringr_1.6.0     dplyr_1.1.4        purrr_1.2.0        readr_2.1.6
[41] tidyr_1.3.1       tibble_3.3.0       ggplot2_4.0.1      tidyverse_2.0.0
[45] detectseparation_0.3 dunn.test_1.3.7    brant_0.3-0        nnet_7.3-20
[49] MASS_7.3-65

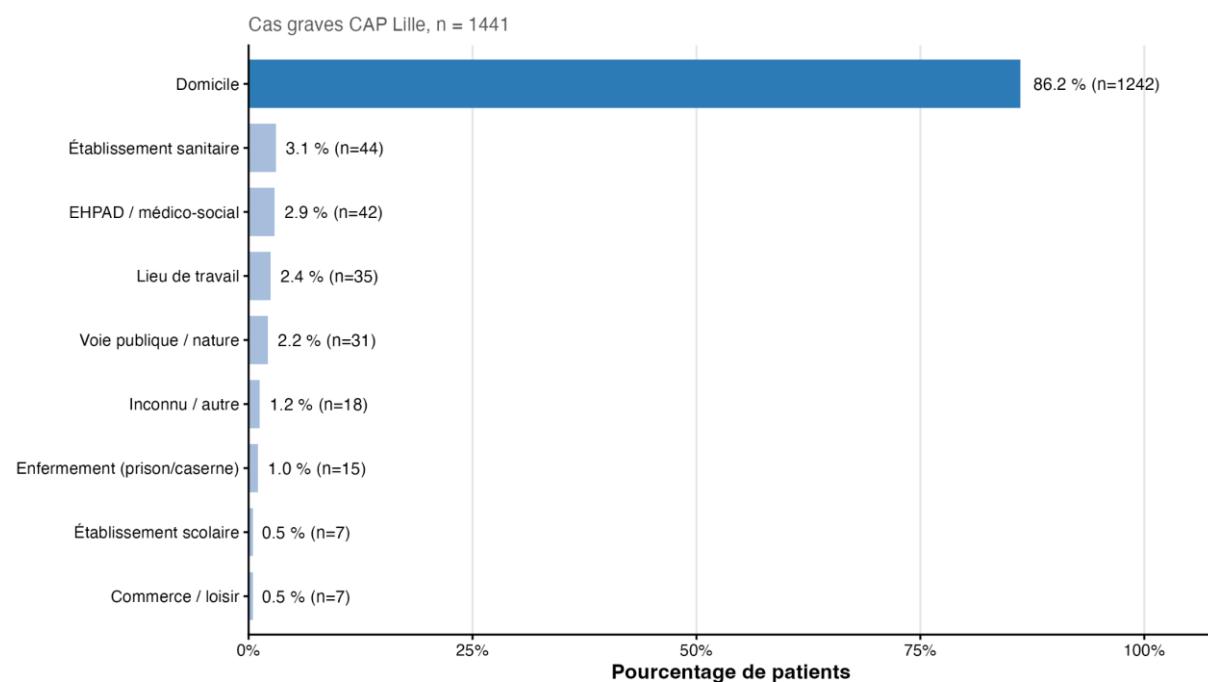
loaded via a namespace (and not attached):
[1] DBI_1.2.3          gridExtra_2.3      lpSolveAPI_5.5.2.0-17.15
[4] svyVarSel_1.0.1    rlang_1.2.0        magrittr_2.0.4
[7] ote1_0.2.0         compiler_4.5.2     systemfonts_1.3.1
[10] vctrs_0.6.5        pkgconfig_2.0.3    fastmap_1.2.0
[13] backports_1.5.0    promises_1.5.0     ROI_1.0-2
[16] xmarkdown_2.30     tzdb_0.5.0         haven_2.5.5
[19] xfun_0.54          cachem_1.1.0       ROI.plugin.lpsolve_1.0-2
[22] highr_0.11         later_1.4.4        uuid_1.2-1
[25] R6_2.6.1           stringi_1.8.7      RColorBrewer_1.1-3
[28] cellranger_1.1.0   numDeriv_2016.8-1.1 Rcpp_1.1.1-1.1
[31] knitr_1.50         timechange_0.3.0   httpuv_1.6.16
[34] splines_4.5.2      tidyselect_1.2.1   rstudioapi_0.17.1
[37] abind_1.4-8        miniUI_0.1.2       lattice_0.22-7
[40] enrichwith_0.4.0   withr_3.0.2        shiny_1.12.1
[43] S7_0.2.1           askpass_1.2.1      evaluate_1.0.5
[46] pillar_1.11.1     checkmate_2.3.4    generics_0.1.4
[49] nleqslv_3.3.5      hms_1.1.4          xtable_1.8-4
[52] glue_1.8.0         slam_0.1-55        gdtools_0.4.4
[55] tools_4.5.2        data.table_1.17.8  ggsignif_0.6.4
[58] registry_0.5-1     mitools_2.4        Formula_1.2-5
[61] textshaping_1.0.4 officer_0.7.2      fontBitstreamVera_0.1.1
[64] gtable_0.3.6       rstatix_0.7.3      fontquiver_0.2.1
[67] farver_2.1.2       memoise_2.0.1      htmltools_0.5.8.1
[70] lifecycle_1.0.4    statmod_1.5.1      mime_0.13
[73] fontLiberation_0.1.0 openssl_2.3.4

```

Annexe 2: ensemble des packages du pipeline ANCILIA



Annexe 3: Répartition des cas selon le jour de la semaine



Le domicile représente la grande majorité des expositions, structurellement similaire à Molho 2024 (~90 %) malgré des dénominateurs différents (cas graves vs tous appels).

Annexe 4: Répartition des lieux d'intoxication

Caractéristique	N = 1,441¹
Classe d'âge	
≤ 11 ans	68 (4.8)
12-24 ans	224 (16)
25-64 ans	871 (61)
≥ 65 ans	255 (18)
Manquant	23
Sexe	
Féminin	704 (49)
Masculin	729 (51)
Manquant	8
Année	
2019	167 (12)
2020	225 (16)
2021	240 (17)
2022	159 (11)
2023	204 (14)
2024	215 (15)
2025	231 (16)
Saison	
Hiver	372 (26)
Printemps	328 (23)
Été	359 (25)
Automne	382 (27)
Jour de la semaine	
Lundi	213 (15)
Mardi	249 (17)
Mercredi	239 (17)
Jeudi	203 (14)
Vendredi	193 (13)
Samedi	165 (11)
Dimanche	179 (12)
Circonstance (détaillée)	
Suicide	857 (59)
Accidentel (vie courante)	207 (14)
Iatrogène	140 (9.7)

Caractéristique	N = 1,441¹
Toxicomanie	92 (6.4)
Volontaire (autre)	33 (2.3)
Pollution	33 (2.3)
Indéterminée	23 (1.6)
Alimentaire	18 (1.2)
Incendie	19 (1.3)
Mésusage médicamenteux	14 (1.0)
Criminel / malveillance	5 (0.3)
Lieu d'exposition (détaillé)	
Domicile	1,242 (86)
EHPAD / médico-social	42 (2.9)
Établissement sanitaire	44 (3.1)
Lieu de travail	35 (2.4)
Voie publique / nature	31 (2.2)
Enfermement (prison/caserne)	15 (1.0)
Établissement scolaire	7 (0.5)
Commerce / loisir	7 (0.5)
Inconnu / autre	18 (1.2)
Type d'exposition	
Aiguë	1,394 (97)
Sub-aiguë	8 (0.6)
Chronique	34 (2.4)
Manquant	5
Imputabilité	
Nulle	0 (0)
Non exclue	207 (15)
Possible	265 (19)
Probable	525 (37)
Très probable	407 (29)
Manquant	37
Polyintoxication (classes)	
1 DCI	698 (48)
2 DCI	292 (20)
3+ DCI	451 (31)
Polyintoxication (≥ 2 classes)	
Mono-intoxication (1 classe)	725 (50)
Polyintoxication (≥ 2 classes)	716 (50)
Pronostic maximal (évaluation initiale)	
Risque nul	20 (1.5)

Caractéristique	N = 1,441¹
Risque faible	140 (10)
Risque modéré	290 (21)
Risque sévère	923 (67)
Manquant	68
Évolution finale	
Décès	88 (6.1)
Guérison	746 (52)
Inconnue	392 (27)
non renseigné	179 (12)
Séquelles	36 (2.5)
Cas multi-CAP	
Mono-CAP	1,394 (97)
Multi-CAP	47 (3.3)
¹ n (%)	

Annexe 5: Caractéristiques générales des cas graves (cohorte entière)

Année	Accident de la vie courante	Environnement	Iatrogène	Indéterminée	Toxicomanie	Volontaire	Total général
2019	17	8	23	1	6	112	167
2020	29	8	29	3	15	141	225
2021	33	12	21	2	18	154	240
2022	29	5	19	5	11	90	159
2023	37	11	22	6	10	118	204
2024	28	5	20	1	12	149	215
2025	52	3	20	5	20	131	231
Total général	225	52	154	23	92	895	1441

Annexe 6: Répartition des circonstances par année

DCI 1	DCI 2	Co-occurrences	OR décès	p (Fisher)
Diazepam	Éthanol	20	0,81	NA
Éthanol	Paracétamol	20	0,81	NA
Cyamemazine	Lorazepam	17	0,00	NA
Alprazolam	Éthanol	15	0,00	NA
Chlore	Javel	15	0,00	NA
Éthanol	Tramadol	15	1,10	NA
Lorazepam	Zopiclone	15	0,00	NA
Éthanol	Oxazepam	14	1,18	NA
Lorazepam	Venlafaxine	14	0,00	NA
Paracétamol	Tramadol	14	0,00	NA
Alprazolam	Paracétamol	13	0,00	NA
Bromazepam	Éthanol	13	0,00	NA
Lorazepam	Paracétamol	13	0,00	NA
Association codeine	Paracétamol	12	0,00	NA
Éthanol	Lorazepam	12	0,00	NA
Oxazepam	Zopiclone	11	0,00	NA
Alimemazine	Oxazepam	10	0,00	NA
Cyamemazine	Paracétamol	10	0,00	NA
Cyamemazine	Zopiclone	10	0,00	NA
Mianserine	Paracétamol	10	0,00	NA

Centre antipoison Lille — cas graves 2019-2025

Annexe 7: Top 20 des paires d'agents impliqués dans les co-occurrences

Caractéristique	OR	95% IC	p-valeur
Classe d'âge (4 niv. Jollant)			
≤ 11 ans	—	—	
12-24 ans	16.6	6.02 to 60.2	<0,001
25-64 ans	22.2	8.44 to 78.4	<0,001
≥ 65 ans	8.22	3.02 to 29.5	<0,001
Sexe			
Féminin	—	—	
Masculin	0.55	0.41 to 0.74	<0,001
Imputabilité			
Probable	—	—	
Non exclue	0.48	0.31 to 0.74	<0,001
Possible	0.75	0.49 to 1.14	0,17
Très probable	0.91	0.64 to 1.30	0,61
Lieu d'exposition			
Domicile	—	—	
Étab. santé/social	0.19	0.09 to 0.36	<0,001
Lieu public/travail	0.23	0.13 to 0.42	<0,001
Autre/inconnu	0.51	0.16 to 1.55	0,24
Polyintoxication (DCI)			
1 DCI	—	—	
2 DCI	2.16	1.45 to 3.22	<0,001
3+ DCI	1.94	1.25 to 3.02	0,003
Paracétamol			
Non exposé	—	—	
Exposé	3.46	1.58 to 8.59	0,004
Benzodiazépine			
Non exposé	—	—	
Exposé	8.57	5.15 to 15.0	<0,001
Antidépresseur ISRS			
Non exposé	—	—	
Exposé	1.76	0.77 to 4.57	0,21
Z-drug (zolpidem/zopiclone)			
Non exposé	—	—	
Exposé	15.3	4.05 to 103	<0,001
Alcool éthylique			

Caractéristique	OR	95% IC	p-valeur
Non exposé	—	—	
Exposé	1.44	0.84 to 2.53	0,19
Monoxyde de carbone			
Non exposé	—	—	
Exposé	0.04	0.01 to 0.16	<0,001
Opiacé			
Non exposé	—	—	
Exposé	3.58	2.03 to 6.67	<0,001

Abréviations : IC = intervalle de confiance, OR = rapport de cotes

Annexe 8: Rapports de cote relatifs aux intoxications volontaires

Caractéristique	OR	95% IC	p-valeur
Polyintoxication (DCI)			
1 DCI	—	—	
2 DCI	0.48	0.26 to 0.86	0,016
3+ DCI	0.32	0.18 to 0.57	<0,001
Classe d'âge (4 niv. Jollant)			
≤ 11 ans	—	—	
12-24 ans	2.28	0.64 to 10.9	0,24
25-64 ans	2.84	0.90 to 12.7	0,11
≥ 65 ans	5.21	1.64 to 23.4	0,012
Sexe			
Féminin	—	—	
Masculin	1.44	0.94 to 2.23	0,10
Circonstance			
Volontaire	—	—	
Accidentel vie courante	1.31	0.74 to 2.30	0,35
Iatrogène	0.49	0.20 to 1.08	0,093
Toxicomanie	0.44	0.12 to 1.19	0,14
Environnement	1.20	0.46 to 2.89	0,69
Indéterminée	1.29	0.18 to 6.29	0,77
Imputabilité			
Probable	—	—	
Non exclue	1.69	0.88 to 3.19	0,11
Possible	0.86	0.44 to 1.60	0,63
Très probable	1.92	1.17 to 3.20	0,011
Lieu d'exposition			
Domicile	—	—	
Étab. santé/social	1.39	0.60 to 3.00	0,42
Lieu public/travail	1.34	0.61 to 2.77	0,45
Autre/inconnu	1.57	0.08 to 10.5	0,69

Abréviations: IC = intervalle de confiance, OR = rapport de cotes

Annexe 9: Rapports de cote relatifs aux évolutions défavorables

Caractéristique	OR	95% IC	p-valeur
Polyintoxication (DCI)			
1 DCI	—	—	
2 DCI	0.41	0.19 to 0.83	0,018
3+ DCI	0.34	0.17 to 0.64	0,001
Classe d'âge (4 niv. Jollant)			
≤ 11 ans	—	—	
12-24 ans	2.07	0.31 to 41.9	0,52
25-64 ans	3.89	0.71 to 73.5	0,21
≥ 65 ans	11.6	2.13 to 220	0,022
Sexe			
Féminin	—	—	
Masculin	1.46	0.89 to 2.42	0,14
Circonstance			
Volontaire	—	—	
Accidentel vie courante	0.40	0.18 to 0.83	0,019
Iatrogène	0.35	0.13 to 0.84	0,025
Toxicomanie	0.41	0.09 to 1.31	0,18
Environnement	0.98	0.34 to 2.55	0,97
Indéterminée	1.38	0.18 to 7.46	0,72
Imputabilité			
Probable	—	—	
Non exclue	3.36	1.65 to 6.85	<0,001
Possible	1.15	0.55 to 2.35	0,70
Très probable	1.51	0.81 to 2.85	0,20
Lieu d'exposition			
Domicile	—	—	
Étab. santé/social	1.74	0.67 to 4.06	0,22
Lieu public/travail	1.09	0.34 to 2.89	0,87
Autre/inconnu	2.12	0.10 to 14.6	0,51

Abréviations: IC = intervalle de confiance, OR = rapport de cotes

Annexe 10: Rapports de cote relatifs aux décès

AUTEUR : Nom : GARAS **Prénom :** Maxime

Date de Soutenance : 12/06/2026

Titre de la Thèse : Etude rétrospective sur les données de la base des cas d'exposition du centre antipoison de Lille de 2019 à 2025

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : santé publique ; intoxication ; erreurs de médication ; suicide

Contexte : Le nombre d'appels au CAPTV est en hausse constante. Les cas graves également. Il n'existe que peu de publications sur l'épidémiologie des cas graves alors qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique.

Matériel et Méthodes : Nous avons collecté tous les cas graves pris en charge par le CAPTV de Lille entre 2019 et 2025 d'imputabilité non nulle. Pour chaque cas, nous avons étudié l'âge, le genre et l'évolution finale du patient ainsi que la date de survenue, la circonstance, le lieu, le type d'intoxication ainsi que les agents impliqués.

Résultats : Les genres étaient équitablement répartis sur l'étude. L'âge médian était de 44 ans. Le nombre de cas a augmenté au cours de l'étude (+39%). Les intoxications avaient majoritairement lieu à domicile (86%). Les circonstances et les agents impliqués étaient très variables selon l'âge. Les accidents de la vie courante étaient la circonstance la plus fréquente chez l'enfant, impliquant des drogues cannabinoïdes ou stimulantes chez les moins de 3 ans. Chez les adolescents, l'intoxication à visée suicidaire était la plus fréquente impliquant majoritairement les antalgiques et psychotropes. Chez l'adulte jeune, l'intoxication médicamenteuse volontaire multiple, impliquant notamment les benzodiazépines, le paracétamol et les Z-drugs était majoritaire. La consommation d'alcool éthylique était souvent associée. Chez les personnes âgées, la circonstance iatrogène prédominait avec les digitaliques et les benzodiazépines. L'intoxication médicamenteuse volontaire restait une circonstance observée.

Conclusion : Ces données doivent orienter des stratégies de prévention ciblées sur ces profils à risque. Des études complémentaires croisant les sources étayeront cet état des lieux des intoxications graves.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseur : Madame le Docteur Fanny SERMAN

Directeur : Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

