

Évaluation : éthique aux urgences

Evaluation: ethics in the emergency department

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP023

Connaissance du coût des médicaments par les prescripteurs : enquête multicentrique aux urgences

R. Hernu¹, M. Cour¹, D. Robert¹, L. Argaud²

¹Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

²Service de réanimation médicale, groupement hospitalier Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Dans les pays développés en général et en France en particulier, il est observé une progression constante des dépenses de santé. L'un des objectifs de la tarification à l'activité, mise en place depuis 2004 au sein de notre système de santé, a été de développer la maîtrise médicalisée des prescriptions afin de responsabiliser les prescripteurs du secteur hospitalier public et privé. Ce travail s'intéresse à la connaissance qu'ont les médecins urgentistes du coût de leurs prescriptions médicamenteuses.

Matériels et méthodes : L'étude a consisté en une enquête d'estimation, par les médecins urgentistes, du coût des médicaments qu'ils prescrivent, en référence aux coûts réels hospitaliers. Nous avons interrogé, à l'aide d'un questionnaire adressé par voie électronique, l'ensemble des médecins (junior et seniors) des services d'urgences du secteur public de la région lyonnaise (CHU : centre hospitalier universitaire et PSPH : établissements participants au service public hospitalier) ainsi que ceux de huit centres hospitaliers généraux (CHG) de la région Rhône-Alpes. Le questionnaire a porté sur une sélection de 16 médicaments quotidiennement prescrits aux urgences, regroupés en quatre catégories en fonction de leur coût (moins de 10 euros, de 10 à 100 euros, de 100 à 1 000 euros et plus de 1 000 euros).

Résultats : Avec un taux de réponse de 68 %, 107 questionnaires ont été recueillis et analysés : 70 (65 %) provenaient d'un CHU, 37 (35 %) d'un CHG/PSPH. Ils étaient remplis par un médecin junior ou un médecin senior dans respectivement 48 et 59 cas (45 et 55 %). En acceptant une marge d'erreur de ± 50 % des coûts, seuls 14 participants (13 %) se plaçaient dans cette fourchette d'estimation des dépenses. L'écart moyen des réponses correspondait à une sous-estimation globale du coût des médicaments de près de 4 252 euros, soit 74 % d'un montant total de 5 766 euros. On notait une surestimation des thérapeutiques peu coûteuses : +398 % pour les médicaments de moins de 10 euros et +102 % pour ceux dont le coût était compris entre 10 et 100 euros. À l'inverse, les thérapeutiques les plus chères étaient systématiquement sous-estimées de façon importante : -40 % pour les médicaments compris entre 100 et 1 000 euros et -81 % pour les prescriptions de plus de 1 000 euros. Alors qu'il n'a été observé de différence significative ni entre les CHU et les CHG/PSPH ni en fonction du sexe du médecin prescripteur, on retrouvait une sous-estimation significativement plus importante ($p < 0,05$) du coût des médicaments par les médecins juniors (-81 %) comparativement aux médecins seniors (-68 %). Cet écart d'estimation portait avant tout sur le coût des médicaments de plus de 1 000 euros.

Conclusion : Les résultats de cette étude objectivent nettement un défaut de sensibilisation des médecins concernant le coût des médicaments

prescrits aux urgences, notamment les plus chers d'entre eux. D'importants progrès restent donc à réaliser, afin d'intégrer une dimension médicoéconomique à nos prescriptions. Cela pourrait être facilité par une responsabilisation plus grande des prescripteurs et par le développement de formations, en particulier à l'attention des jeunes médecins.

SP024

Évaluation des pratiques de prescription des fluoroquinolones au SAU : revue monocentrique de pertinence

A. Pichot¹, M. Roncato-Saberan², M. Médard¹, D. Baudet¹, F. Mounios¹, O. Lesieur¹

¹Pôle urgences-réanimation, centre hospitalier Saint-Louis, La Rochelle, France

²Service des maladies infectieuses, centre hospitalier Saint-Louis, La Rochelle, France

Objectif : Le but de ce travail réalisé au SAU du centre hospitalier de La Rochelle était de comparer les pratiques de prescription des fluoroquinolones aux recommandations existantes.

Patients et méthodes : Cent trois prescriptions consécutives d'une fluoroquinolone ont été recueillies prospectivement au SAU du 1^{er} septembre au 27 octobre 2009. Un questionnaire précisait pour chaque patient traité : âge, sexe, pathologie, critères de SRIS (*groupe transverse sepsis 2005*), clairance de la créatinine (*MDRD Levy 2000*), traitements associés ; et pour la quinolone prescrite : posologie, voie d'administration, association à d'autres antibiotiques, qualification du prescripteur. L'infectiologue référent de l'établissement a vérifié rétrospectivement l'adéquation de chaque prescription (indication et modalités de prescription) aux référentiels existants.

Résultats : Les 103 patients traités (65 ± 21 ans, 45 femmes) représentent 1,6 % de la fréquentation du SAU sur la période étudiée. La moitié seulement des patients présentait au moins deux signes de SRIS. Vingt pour cent n'en présentaient aucun. Les infections traitées étaient essentiellement urinaires (50 %), abdominales (24 %) et respiratoires (17 %). La quinolone (ofloxacin : 102 patients, ciprofloxacine : un patient) était associée à un autre antibiotique dans 60 % des cas, le plus souvent dans les infections abdominales et respiratoires. En fonction du site infecté, le choix de la fluoroquinolone est qualifié d'approprié, de discutable ou d'inadéquat par l'infectiologue référent selon le Tableau 1. L'analyse des modalités de prescription montre que la posologie n'était adaptée à la fonction rénale que pour un seul des 22 traitements qui l'auraient justifié. Vingt et un patients ont reçu une quinolone injectable, alors que la voie digestive était disponible. Six patients ont été traités malgré l'existence d'une contre-indication (épilepsie), 15 patients sans prendre en considération une interaction médicamenteuse (antivitamine K). La qualification du prescripteur (senior, junior ou spécialiste) et l'heure de la prise en charge (journée ou permanence des soins) n'influencent pas l'adéquation de la prescription.

	Urinaire <i>n</i> = 52	Abdominal <i>n</i> = 25	Respiratoire <i>n</i> = 18	Autre ^a <i>n</i> = 8	Total <i>n</i> = 103
Approprié	38 (73 %)	1 (4 %)	0 (0 %)	5 (63 %)	44 (43 %)
Discutable	11 (21 %)	18 (72 %)	15 (83 %)	0 (0 %)	44 (43 %)
Inadéquat	3 (6 %)	6 (24 %)	3 (17 %)	3 (37 %)	15 (14 %)

^a Cinq orchépididymites, une endocardite, une aplasie fébrile, une fièvre inexpliquée

Conclusion : L'écart constaté dans notre établissement entre les pratiques de prescription et les référentiels existants justifie une plus large diffusion des protocoles de bon usage des antibiotiques.

SP025

Application des méthodes de la recherche opérationnelle pour optimiser le triage des patients au service des urgences

C. Mélot, M. Van Nuffelen, D. Assen, A. Abouem, V. Meurant, J. Van Dorpe, J. Leroy, T. Ebogo-Ebogo, C. Durant
Service des urgences, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique, France

Objectif : Comparer les effets d'un processus de triage médico-infirmier par rapport à un processus de triage infirmier sur les files d'attente en utilisant la théorie des files d'attente développée par la recherche opérationnelle.

Design : Étude quasi expérimentale avant-après la mise en place d'un tri médico-infirmier comparant les délais d'attente des patients admis dans le service des urgences d'un hôpital académique.

Patients et méthodes : Les données administratives enregistrées dans le système E-Care gérant tous les patients soignés au service des urgences de l'hôpital Erasme ont été collectées du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009 (21 595 patients), période de triage infirmier et du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010 (21 439 patients), période de triage médico-infirmier. Treize mille huit cent soixante-cinq patients ont été retenus dont 6 964 patients en 2009 et 6 901 patients en 2010, correspondant respectivement à 992 heures de triage infirmier au premier semestre 2009 et à 1 000 heures de triage au premier semestre 2010, dont 824 heures de triage médico-infirmier, entre 9 et 17 heures lors des jours ouvrables. Le modèle des files d'attente de type M/M/1 a été utilisé pour estimer le délai d'attente et la longueur des files d'attente.

Résultats : La comparaison des années 2009 et 2010 n'a pas permis de mettre de différence significative entre le taux d'admission, le temps d'attente et le temps de triage. L'analyse des données 2010 a mis en évidence une réduction du temps d'attente de 22 ± 14 à 18 ± 13 minutes ($p < 0,001$) entre le triage infirmier ($n = 1200$ patients) et médico-infirmier ($n = 5701$ patients). La modélisation a montré que cette réduction est due à une réduction de la variabilité du processus de triage.

Conclusion : Le modèle des files d'attente permet de prédire de manière fiable le temps d'attente dans le service des urgences dans une situation d'afflux de patients stable. Par rapport au triage infirmier, le triage médico-infirmier réduit le temps d'attente sans réduire le temps passé au triage. La modélisation montre qu'un deuxième infirmier de triage devrait entrer en fonction dès que le taux d'arrivée des patients dépasse six patients par heure afin d'éviter la croissance exponentielle des temps d'attente et de la longueur de la file d'attente.

SP026

Évaluation de l'intérêt des scores de gravité dans la prédiction de la mortalité dans la pathologie obstétricale en soins intensifs

C. Ben Hamida, F. Medhioub, R. Alla, A. Chaari, H. Damak, H. Kallel, M. Bahloul, H. Chelly, N. Rekik, M. Bouaziz
Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba de Sfax, Sfax, Tunisie

Objectif : L'objectif de notre travail est d'évaluer l'intérêt des scores de gravité SAPSII, APACHII, MPMII 0 et MPMII 24 et SOFA chez les patientes obstétricales admises en réanimation.

Matériels et méthodes : Cette étude est rétrospective. Elle inclut toutes les patientes parturientes admises dans le service de réanimation médicale du CHU de Sfax (Tunisie) durant 17 ans (1993–2009). Le pouvoir discriminant est étudié par la méthode des courbes ROC. La calibration est basée sur la comparaison de la mortalité observée (MO), et la mortalité prédite (MPR) est vérifiée par le test de Goodness of Fit de Lemeshow-Hosmer (H).

Résultats : Nous avons colligé durant l'étude de 662 patientes, soit 3,3 % du total des patients du service. La mortalité dans cette série a été de 44 cas (6,7 %). Les principales caractéristiques de ces patientes sont résumées dans le Tableau 1. L'accouchement a été par césarienne dans 462 cas (74 %). Une ventilation artificielle de plus de 24 heures a été pratiquée chez 233 femmes (35 %). La durée de séjour en soins intensifs a varié d'un à 30 jours avec une médiane d'un jour. Le Tableau 2 résume les résultats de l'analyse statistique.

	Total (662)	Survie (618)	Décès (44)	<i>p</i>
Âge moyen (ans)	31,2 ± 6,4	30,1 ± 6,4	31,2 ± 6,5	0,3
État de choc	124 (19 %)	95 (15 %)	29 (66 %)	0,001
OAP	94 (14 %)	74 (12 %)	20 (46 %)	0,001
Insuffisance rénale aiguë	176 (27 %)	150 (24 %)	26 (59 %)	0,001
CIVD	201 (30 %)	173 (29 %)	28 (58 %)	0,001
Troubles de la conscience	85 (13 %)	64 (10 %)	21 (48 %)	0,001
Défaillances viscérales (nombre moyen)	1,1 ± 1	0,8 ± 1	3,1 ± 1,2	0,001

	ROC	MPR (%)	MO/MPR	H	<i>p</i>
SAPS II	0,88 ± 0,02	7,4	0,9	13,6	> 0,05
APACH II	0,84 ± 0,02	12,6	0,51	32,48	< 0,001
MPM II 0	0,86 ± 0,03	12,2	0,54	32,5	< 0,001
MPM II 24	0,94 ± 0,02	6,8	1	14	> 0,05
SOFA	0,92 ± 0,03	6,1	1,1	8,93	> 0,05

Conclusion : Notre étude note le bon pouvoir discriminant de tous les scores de gravité analysés, puisque l'aire sous la courbe ROC se rapproche de 1. Cependant, seuls le SAPS II, le MPM II 24 et le SOFA ont eu une parfaite calibration permettant de prédire de façon satisfaisante la probabilité de décès.

SP027

Réanimation des personnes âgées aux urgences : comment les réanimateurs et les urgentistes décident-ils ? Méthodologie et résultats préliminaires d'une recherche qualitative

T. Fassier¹, E. Valour², L. Argaud³, F. Danet²

¹Pôle information médicale évaluation recherche, HCL, Lyon, France

²Ea 4129 santé, individu, société, université de Lyon, Lyon, France

³Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Edouard-Herriot, Lyon, France

Rationnel : Les études sur les décisions de réanimer/ne pas réanimer (DR/NR) les personnes âgées (PA) aux urgences sont peu nombreuses. Les données quantitatives disponibles en France suggèrent que les urgentistes et réanimateurs sont réticents à réanimer les PA, même après élaboration de critères consensuels [1] ; que les patients décédant aux urgences sont majoritairement des PA et que les décisions de limitations de soins les concernant manquent de pluridisciplinarité [2]. Il apparaît donc nécessaire de développer des études qualitatives pour comprendre les DR/NR des PA aux urgences en vue de les améliorer.

Patients et méthodes : Une recherche qualitative (RQ) a été mise en œuvre par trois chercheurs d'une équipe interdisciplinaire : un clinicien réanimateur, un sociologue expérimenté en RQ et une psychologue expérimentée dans la conduite d'interviews. La méthodologie de la théorisation ancrée (*grounded theory*) a été choisie pour explorer les processus de décision complexe et les interactions entre praticiens. L'objectif est d'explorer les déterminants des décisions des urgentistes et réanimateurs de réanimer/ne pas réanimer les PA aux urgences. *Le recueil des données* associe : 1) des observations de terrain (participants et non participants) dans huit unités (une réanimation médicale et deux polyvalentes, trois services d'accueil d'urgence, une unité de surveillance continue et une unité d'hospitalisation de courte durée) sur trois sites (un CHU, un CHG, une clinique privée) ; 2) des interviews individuelles semi-dirigées d'urgentistes et de réanimateurs. *La sélection des participants* repose sur un échantillonnage théorique avec choix d'informateurs clés à partir des observations de terrain puis recrutements successifs jusqu'à saturation des données (une dizaine d'interviews par site est prévue initialement). Le guide d'interview a été élaboré à partir des observations de terrain. *L'analyse des données* repose sur la transcription des notes de terrain et des interviews, l'analyse inductive des contenus puis le codage des catégories et thèmes émergents à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo[®]8. La catégorisation a été effectuée dans une perspective de théorisation ancrée.

Résultats : *Résultats préliminaires :* la RQ a débuté sur le site CHU par une observation non participante (120 heures) et 11 interviews (durée moyenne : 50 minutes ; 34–75 minutes). Les catégories de codage initiales ont été développées après analyse indépendante de six interviews par chaque chercheur puis ont été implémentées par l'analyse de cinq interviews supplémentaires. À partir de ces catégories, quatre thèmes principaux ont émergé : 1) les facteurs de complexité des DR/NR ; 2) les processus de décision mais aussi de non-décision mis en œuvre ; 3) les relations urgentistes-réanimateurs entre collaborations et conflits ; 4) les représentations des médecins urgentistes et réanimateurs de la PA et de sa famille. Les résultats sont illustrés de verbatims et de cas-vignettes.

Discussion : Conformément à la nature non linéaire du processus de RQ par théorisation ancrée, la poursuite du recueil de données et l'analyse sont actuellement poursuivies de façon itérative. Le guide d'interview, le codage et la catégorisation se trouvent enrichis par les données des nouvelles observations et interviews. Celles-ci seront poursuivies jusqu'à saturation. Parallèlement, la validité des résultats est améliorée par triangulation (des méthodes de recueil de données, des sites d'enquête et des chercheurs) et par vérification auprès des participants et des professionnels.

Conclusion : La méthodologie de notre recherche qualitative permet d'explorer et de mieux comprendre les décisions de réanimer ou pas les PA, prises par les urgentistes et réanimateurs aux urgences. Les résultats préliminaires font apparaître des pistes d'amélioration pour la pratique clinique, l'organisation des soins et la formation.

Références

1. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, et al (2009) Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. *Crit Care Med* 37:2919–28
2. Le Conte P, Riochet D, Batard E et al (2010) Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 36(5):765–72

SP028

Les décisions de limitation et d'arrêt de thérapeutique peuvent-elles être prises aux urgences ?

C. Dulong de Rosnay¹, D. Honnard¹, J.-P. Quenot²

¹Service d'accueil et d'urgences, CHU de Dijon, hôpital Général, Dijon, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

Introduction : La SRLF a réactualisée, en 2009, ces recommandations concernant les limitations et arrêt des traitements (LAT) pour être en accord notamment avec la loi du 22 avril 2005 [1]. L'objectif de notre étude était d'évaluer les facteurs prédictifs permettant d'identifier les patients pour lesquels une décision de LAT aurait pu être prise au service d'accueil et d'urgences (SAU) du CHU de Dijon.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique, rétrospective concernant les patients admis au SAU de Dijon et pour lesquels une décision de LAT a été secondairement prise en réanimation médicale pendant la période 2008–2009. Nous avons recueilli toutes les données concernant les caractéristiques démographiques des patients, leurs séjours en réanimation et à l'hôpital ainsi que les réflexions et les motifs ayant amené à une décision de LAT.

Résultats : Parmi les 73 patients éligibles, nous avons retenu 22 patients qui correspondaient au projet de l'étude et pour lesquels les données recueillies étaient parfaitement fiables. L'âge moyen des patients était de 80 ans (63–85). L'ensemble des patients présentait une ou plusieurs comorbidités pouvant affecter le pronostic. L'IGS II moyen est de 67 (51–92). Le score Knaus est de III/IV pour 85 % des patients. Les motifs d'admission aux urgences étaient cardiologiques, respiratoires, neurologiques pour respectivement 59, 27 et 14 % des patients. La médiane de séjour en réanimation était de deux jours. À l'admission aux urgences, aucun des patients ne pouvait exprimer sa volonté, et une famille et/ou des proches n'étaient identifiés que dans 22 % des cas. La décision de LAT est mentionnée dans 86 % des dossiers. Deux arguments majeurs sont identifiés pour la décision de LAT : « absence de stratégie curative » possible dans 36 % des cas et « pronostic à court

terme désespéré selon des critères objectifs » dans 27 % des cas. La procédure collégiale a pu être mise en place dans 95 % des cas. Les patients sont décédés dans 77 % des cas en réanimation et 23 % dans les suites de leur séjour hospitalier. En reprenant chaque dossier, il apparaît qu'une décision de LAT aurait pu être prise dans 80 % des cas aux urgences.

Discussion : La prise de décision de LAT fait maintenant partie intégrante de la réflexion des médecins tout au long du parcours de soins du patient. Les difficultés rencontrées dans les SAU sont essentiellement liées à l'activité très importante de ces services, du manque d'information sur les antécédents du patient (comorbidité, mode de vie, qualité de vie antérieure...) et des difficultés à évaluer les effets rapides d'un traitement. Nous proposons à la suite de ce travail d'établir une grille d'évaluation systématique des patients pour lesquels une réflexion éthique doit s'engager, laquelle nous associons un médecin réanimateur et/ou un médecin ayant une compétence particulière en éthique médicale.

Conclusion : La prise de décision de LAT aux urgences est particulièrement difficile mais est indispensable d'un point de vue éthique afin d'éviter tout acharnement thérapeutique et d'un point de vue structurel en raison d'un nombre de lits de réanimation limité.

Référence

1. Limitations et arrêt des traitements en réanimation. www.srlf.org

SP029

Application de la loi du 22 avril 2005 (loi Léonetti) dans le contexte de l'urgence

D. Honnart¹, I. François-Pursell²

¹SRAU, CHU de Dijon, hôpital Général, Dijon, France

²Service de médecine légale, CHU de Dijon, hôpital Général, Dijon, France

Introduction : La loi introduit la possibilité d'arrêt ou de limitation des thérapeutiques actives (LATA). Elle interdit l'obstination déraisonnable des soins, mais, dans le contexte de l'urgence, cette notion peut être difficile à affirmer.

Patients et méthodes : Nous présentons une étude rétrospective sur les malades décédés au SAU et en UHCD en 2008, évaluant la conformité des décisions prises avec la loi.

Résultats : Quatre-vingt-treize malades décèdent, 41 au SAU (âge moyen : 70 ans, DMS : 2 heures 18 minutes), 52 malades en UHCD (âge moyen : 84 ans, DMS : 63 heures). Ils viennent souvent du domicile et des EHPAD pour des décès prévisibles. La prise en charge initiale est assurée par le Smur (68 et 40 % des cas) avec une admission en SAUV (93 à 69 % des cas).

Discussion : Au SAU, 19 % des malades ont des soins actifs poursuivis jusqu'au bout ; les soins actifs sont arrêtés chez 37 % des malades, limités d'emblée pour 12 %, arrêtés après limitation pour 25 %. L'abstention première concerne 7 % des malades et 63 % de ceux d'UHCD dont les soins actifs sont limités (27 %) ou arrêtés après réanimation d'attente (10 %). L'admission en SAUV témoigne de décisions prises après évaluation et bilan. La mention ANPR (à ne pas réanimer) apparaît dans 17 % des dossiers du SAU (93 % en UHCD). Le taux de sédation est de 29 % au SAU, de 46 % en UHCD, sans lien avec un décès plus rapide. Les critères de décision de LATA ne sont pas détaillés. Le malade est souvent inapte au consentement, sans personne de confiance désignée. La collégialité est assurée par un second avis médical dans 78 à 85 % des cas mais pas toujours rapportée par écrit, avec le problème du lien de subordination avec le consultant. Enfin, les soignants sont très peu impliqués.

Conclusion : Une décision de LATA n'est jamais une urgence absolue et doit reposer sur un diagnostic, un pronostic, les souhaits du malade. La loi permet de revenir sur des actes entrepris en préhospitalier, et une réanimation d'attente permet de rechercher le consentement (personne de confiance, directives anticipées). La collégialité est facile en intrahospitalier, mais l'absence de lien hiérarchique avec le consultant est parfois mise en défaut. La traçabilité des décisions dans le dossier est essentielle mais le risque médico-légal ne doit pas remplacer la réflexion éthique à replacer dans le contexte de la loi.

SP030

Les facteurs pronostiques des intoxications aiguës aux urgences

M. Mouhaoui, K. Khaleq, K. Yaqini, M. Moussaoui, H. Louardi

Service d'accueil des urgences, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Les intoxications aiguës constituent une cause fréquente d'admission au service d'accueil des urgences, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. L'objectif de cette étude est d'analyser le profil épidémiologique, et identifier les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes : Étude prospective étalée sur dix mois, incluant tout patient adulte admis pour intoxication confirmée. Ont été exclus les patients éthyliques et les décédés avant leur prise en charge. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel ÉpiInfo™ version 6.04 avec p inférieur à 0,05 comme seuil significatif.

Résultats : Durant la période d'étude, 103 patients ont été admis pour intoxication. L'âge moyen était de 32 ± 14 ans, avec une prédominance féminine de 63,2 %. Le caractère suicidaire a été retrouvé dans 100 %. Les intoxications médicamenteuses ont représenté 36 %, les organophosphorés 18,4 %, les produits caustiques et ménagers 15 %. On a déploré 14 décès (13,6 %). Les facteurs pronostiques sont représentés dans le Tableau 1.

Tableau 1

	Survivants (n = 89)		Décédés (n = 14)		p
	n	Pourcentage	n	Pourcentage	
Âge moyen (ans)	28,5		47		NS
Délai de prise en charge : > 3 heures	63	70,8	11	78,5	≤ 0,05
Intubation	8	9	4	29	< 0,05
Traitement antidote	7	7,8	21	7,1	NS
Défaillance respiratoire	21	65,6	11	34,3	0,001
Défaillance circulatoire	22	78,5	6	21,4	NS
Existence de coma	3	37,5	5	62,5	0,022
Produits industriels	7	50	7	50	< 0,05
Organophosphorés	23	85,1	4	14,8	NS

Conclusion : Le pronostic des intoxications aiguës s'améliore grâce aux progrès récents de la réanimation. Néanmoins, la mortalité reste élevée dans notre contexte. La création des centres antipoison et la sensibilisation de la population permettront d'anéantir ce fléau.