

Surveillance des effets graves liés à la prise de substances psycho-actives à partir des données des services d’urgence : une étude pilote en Ile-de-France

I. Choudat¹, D. Dejour-Salamanca¹, E. Baffert¹, P. Tuppin², A. Cochet², H. Isnard¹
1/ Cire Ile-de-France, Paris – 2/ InVS, Saint-Maurice

Introduction

Entre le 3 février et le 6 mars 2007, 4 décès par overdose survenus dans les Yvelines (78) ont été signalés par l’association AIDES au Centre spécialisé de soins pour les toxicomanes (CSST) dans un contexte de circulation d’héroïne très pure. Ces 4 décès en 5 semaines apparaissaient anormalement élevés au regard des 57 décès répertoriés en 2005 au niveau national par l’Office central pour la répression du trafic des stupéfiants. Une investigation a été initiée conjointement par la Ddass 78, l’InVS (Cire Ile-de-France, DMI, DSE), l’Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le Centre d’évaluation et d’information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Fernand Widal, le CSST de Mantes-la-Jolie, l’Afsaps et la DGS pour rechercher d’autres cas et confirmer un éventuel cluster d’overdoses.

Malgré la mise en place progressive d’une surveillance syndromique au cours des dernières années à partir des Services d’accueil des urgences (SAU), aucun système d’alerte dans ce domaine n’est disponible en France. En Ile-de-France, 34 hôpitaux alimentent la base de données d’Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour) grâce à une extraction automatique à partir du dossier médical informatisé. Ces données sont transmises quotidiennement à l’InVS via le Centre régional de veille et d’action sur les urgences (Cerveau).

Objectif

Evaluer, en Ile-de-France, la faisabilité et la pertinence de l’exploitation des données Oscour pour la surveillance syndromique d’événements indésirables graves liés à la prise de substances psycho-actives dans le but de prévenir précocement les usagers et les structures de soins spécialisées.

Méthode

Définition de cas : survenue de tout événement indésirable grave, lié à la consommation d’une substance à visée psycho-active ou récréative, ayant entraîné un passage aux SAU en Ile-de-France en 2006 et 2007.

Codes CIM10 retenus après avis des experts (Afsaps, CEIP, Cerveau, CSST des Yvelines, DGS, InVS, OFDT, réanimateurs, urgentistes) :

- troubles mentaux et du comportement liés à l’utilisation d’opiacés (F11), de dérivés du cannabis (F12), de cocaïne (F14), d’autres stimulants y compris la caféine (F15), d’hallucinogènes (F16), de solvants volatils (F18), de drogues multiples et d’autres substances psycho-actives (F19),
- intoxications par narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] (T40) et par médicaments psychotropes, non classés ailleurs (T43),
- auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs (X62),
- mise en observation pour suspicion d’effet toxique de substances ingérées (Z036).

Trois études ont été mises en œuvre :

1 - Une étude rétrospective à partir des données Oscour du 01/01/2006 au 30/06/2007

Objectif : connaître le bruit de fond en Ile-de-France et évaluer la possibilité de détecter des alertes.

Dans la base Oscour, chaque ligne correspond à un passage. Les variables sont : date et heure d’entrée et de sortie, hôpital, service, date de naissance, âge, sexe, commune de résidence, motif et mode de venue, indice de gravité classé selon la classification clinique des malades des urgences (CCMU), diagnostic principal et orientation après consultation.

Pour disposer de données comparables sur toute la période d’étude, n’ont été retenus que les hôpitaux du réseau Oscour, avec pour caractéristiques :

- de coder de façon stable plus de 70 % de leurs passages depuis 2006,
- de ne pas être strictement pédiatriques.

2 - Une analyse descriptive d’un échantillon de dossiers médicaux

Objectif : vérifier la concordance entre les codes CIM10 retenus et les symptômes cliniques.

Echantillon : 20 dossiers médicaux dans chacun des hôpitaux sélectionnés ayant pour diagnostic principal l’un des codes CIM10 retenus.

Les dossiers médicaux ont été analysés selon une grille standardisée.

3 - Une recherche d’autres sources de données potentielles

CépiDC (Inserm) pour les causes de décès, réanimateurs (Cubréa) pour les admissions en réanimation et Samu 91 pour les motifs d’appel au 15.

Le nombre de passages quotidiens aux urgences pour les codes retenus varie de 0 à 13. Il a été stable au cours des trois derniers semestres (de 679 à 722 passages). Comme dans la littérature, les cas sont majoritairement des hommes jeunes.

Un quart des cas est considéré grave (CCMU 3-4-5) et dans 3 % des cas, le pronostic vital est engagé (CCMU 4-5).

On ne note pas d’augmentation des passages aux urgences durant la période d’alerte définie autour du cluster de décès par overdose survenu dans les Yvelines (1^{er} février 2007-10 avril 2007).

2 - Analyse des dossiers médicaux

TABLEAU 1	RÉSULTATS DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE (219 DOSSIERS ANALYSÉS SUR LES 220 SÉLECTIONNÉS)					
	Passages aux urgences		Prise de drogue récente		Overdose	
	N=219	(%)	N=43	(%)	N=11	(%)
Sexe :						
masculin	125	57	30	70	8	73
féminin	94	43	13	30	3	27
Prise de drogue récente	43	20	43	100	11	100
Overdose	11	5	11	26	11	100
Tentative d'autolyse	72	33	2	5	0	-
Prise de médicament(s)	93	43	6	14	2	18
Fréquence de consommation de drogue(s)						
Premier épisode	3	1	3	7	0	-
Occasionnel	8	4	5	12	0	-
Régulier	37	17	15	35	4	36
Substitué	52	24	9	21	4	36
Non concerné/non renseigné	119	54	11	26	3	27
Recherche biologique de drogues	14	6	10	23	1	9
Syndrome de manque	41	19	-	-	-	-
Gravité : grave (CCMU 3-4-5)	59	27	11	26	8	73
pronostic vital engagé (CCMU 4-5)	4	2	2	5	2	18
Code CIM10						
F11 troubles liés aux opiacés	22	10	7	16	4	36
F12 troubles liés au cannabis	14	6	4	9	0	-
F14 troubles liés à la cocaïne	11	5	6	14	1	9
F15 troubles liés aux stimulants	6	3	2	5	0	-
F16 troubles liés aux hallucinogènes	1	1	0	-	0	-
F18 troubles liés aux solvants volatils	0	-	0	-	0	-
F19 troubles liés à des drogues multiples	61	28	8	19	2	18
T40 intoxication aux narcotiques	18	8	11	26	3	27
T43 intoxication par autre med psychotrope	81	37	5	12	1	9
X62 auto-intoxication aux narcotiques	3	1	0	-	0	-
Z036 observation pour suspicion effet toxique	2	1	0	-	0	-
Orientation						
Hospitalisation	62	28	9	21	3	27
Retour à domicile	125	57	26	61	5	45
Sortie contre avis médical/fugue	9	4	3	7	1	9
Transfert externe	17	8	2	5	1	9
Non renseigné	6	3	3	7	1	9

Principaux constats :

- tentative de suicide : 33 % des passages,
- consommation récente de drogue : 20 % des cas,
- syndrome de manque : 19 % des passages,
- overdose : 5 % des cas.

Les deux codes les plus fréquents étaient T43 (intoxication par médicament psychotrope non classée ailleurs) et F19 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psycho-actives) et représentaient 65 % des codages.

Population : hommes jeunes (en moyenne 35 ans) sauf pour les tentatives de suicide (principalement des femmes de 35 ans).

Cas graves (CCMU 3-4-5) : 27 % des passages sont considérés "graves" ; parmi eux, 15 % sont liés au syndrome de manque (résultat non montré) et 14 % à une overdose.

Les overdoses se distribuaient parmi les codes F11, T40 et F19.

3 - Recherches dans d’autres sources de données potentielles

Les décès :

- recueillis par le CépiDC : dernière année disponible "n-2".

La réanimation :

- Cubréa (Collège des utilisateurs de bases de données en réanimation) extraite du PMSI : dernière année disponible "n-2".

Le Samu 91 :

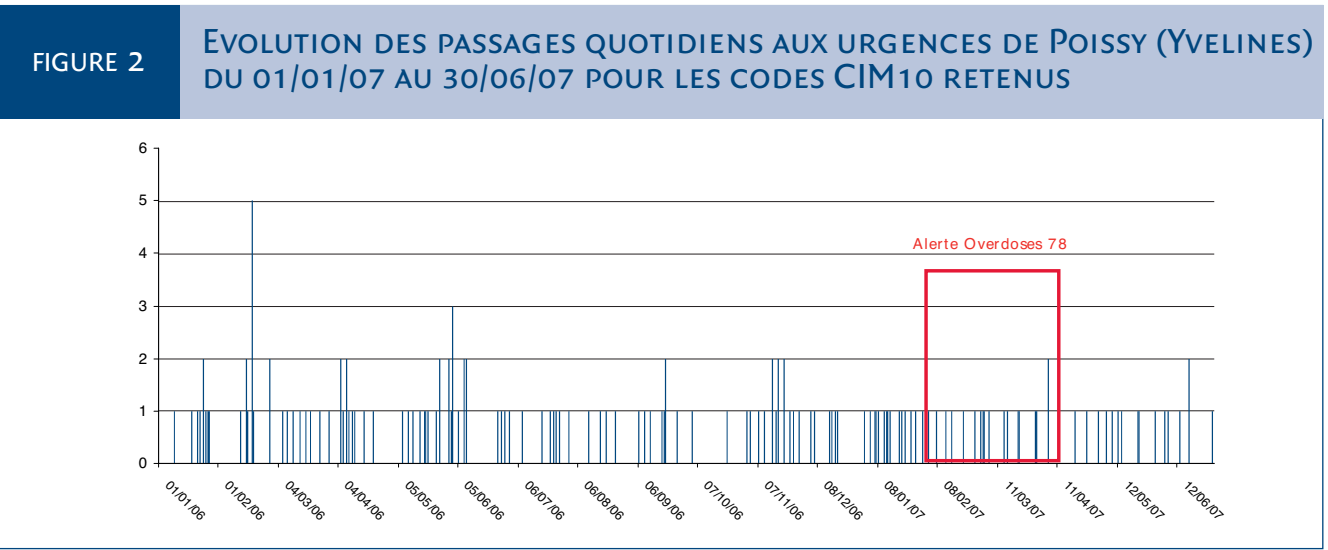
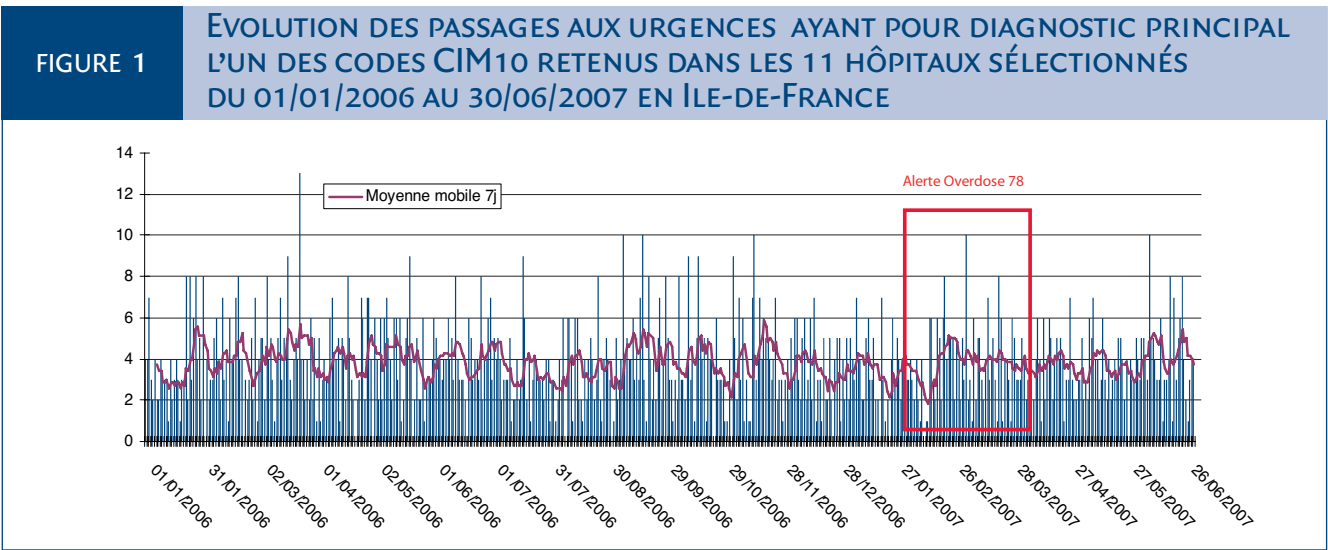
- analyse des motifs d’appel pour overdose : 3 à 5 appels par an depuis janvier 2001 (0,004 % des 504 306 appels).

Ces trois sources de données ne sont pas en capacité de fournir une information pour l’alerte.

Résultats

Sur les 34 hôpitaux participants au réseau Oscour, 11 ont été inclus dans l’analyse : Argenteuil, Avicenne, Bichat, Beaujon, Cochin, Henri Mondor, Hôpital intercommunal de Créteil, Lariboisière, Louis Mourier, Nanterre et Poissy.

1 - Etude rétrospective des données Oscour du 1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2007



Discussion

Cette étude a permis d’évaluer la faisabilité et la pertinence de l’exploitation des données Oscour pour surveiller les overdoses. Elle a mis en évidence plusieurs types de limites.

- Les limites du codage CIM10** :
 - l’utilisation de thésaurus aux SAU facilite le codage mais entraîne une perte d’information au détriment des diagnostics les plus précis : T43 et F19 au détriment de F11 (opiacés) ou F14 (cocaïne),
 - les SAU d’Ile-de-France n’utilisent pas tous le même thésaurus,
 - l’absence d’un code spécifique des overdoses dans la CIM10 ; les codes retenus peuvent aussi bien correspondre à un sevrage qu’à une overdose.
- Les limites d’Oscour** :
 - la couverture d’Oscour est incomplète,
 - la base n’intègre pas les diagnostics secondaires,
 - un même patient peut réaliser plusieurs passages et ainsi augmenter artificiellement le nombre de consultations aux urgences,
 - les données ne permettent pas de détecter des événements très localisés (cluster d’overdoses des Yvelines).
- Les limites du projet** :
 - les décès ou les hospitalisations immédiates en réanimation (cas les plus graves) ne passent pas par les services d’urgences,
 - les délais d’accessibilité des autres sources potentielles limitent leur usage pour une surveillance en temps réel.

Conclusion/perspectives

Un système de surveillance basé sur Oscour ne permet pas, à l’heure actuelle, de répondre aux objectifs de surveillance et d’alerte des événements indésirables graves liés à la prise de substances psycho-actives.

Un thésaurus, spécifique et commun à tous les services d’urgence, comportant deux items : l’un correspondant à la notion d’overdose et l’autre permettant de préciser la classe du (ou des) produit(s) impliqué(s) semble un préalable indispensable.

La certification électronique des causes médicales de décès en France qui doit se généraliser à l’horizon 2008 ouvre de nouvelles perspectives pour la surveillance précoce des décès par overdose.

Dans l’attente, un resserrement de la coopération entre les professionnels de santé (particulièrement les acteurs de la réduction des risques) et les pouvoirs publics reste la meilleure stratégie pour faciliter la circulation d’information et d’alerte.

Remerciements

Afsaps, CEIP, CépiDC, Centre régional de veille et d’action sur les urgences/ARHIF-APHP (Cerveau), CSST, Cubréa, DGS, Drass, InVS, OFDT, les 11 SAU ayant participé à l’étude et le Samu 91.