

AUGMENTATION ENTRE 2009 ET 2014 DES ADMISSIONS AUX URGENCES LIÉES AU CANNABIS CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN RÉGION PACA

// INCREASE IN EMERGENCY ADMISSIONS DUE TO CANNABIS POISONING IN ADULTS AND CHILDREN IN THE PACA REGION (FRANCE) BETWEEN 2009 AND 2014

Guilhem Noel^{1,2} (gnoel@orupaca.fr), Florian Franke³, Philippe Minodier², Magali Guarella², Sophie Miramond², Gilles Viudes¹

¹ Observatoire régional des urgences Paca (ORUPACA), Hyères, France

² Service des urgences pédiatriques – APHM, Marseille, France

³ Santé publique France, Cellule d'intervention en région (Cire) Paca-Corse, Saint-Maurice, France

Soumis le 25.05.2016 // Date of submission: 05.25.2016

Résumé // Abstract

À partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a émis en 2015 une alerte relative à l'augmentation des hospitalisations pour ingestion de cannabis chez l'enfant. L'objectif de l'étude était de décrire les admissions liées au cannabis dans les services d'urgence de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) à partir des résumés de passages aux urgences (RPU).

Sur la période 2009-2014, 15 services d'urgence ont transmis des RPU de façon constante avec un diagnostic principal renseigné pour plus de 95% des patients. Parmi ces 2 948 980 passages, 1 182 correspondaient à une intoxication au cannabis (IC), soit 4,1/10 000 passages. Cette proportion était maximale chez les personnes âgées de 15 à 18 ans (20,4/10 000). Parmi les patients admis pour IC, 4,1% (n=49) avaient moins de 8 ans, dont 81,7% avaient moins de 2 ans. Chez les moins de 8 ans, le taux d'hospitalisation était plus élevé (75,5% avant 8 ans vs 12,7% après 8 ans), ainsi que la proportion d'admissions en réanimation (4,1% avant 8 ans vs 0,2% après 8 ans). Entre les périodes 2009-2010 et 2013-2014, on note une augmentation de la proportion d'IC dans les RPU, sauf chez les personnes de plus de 55 ans. Elle est plus marquée chez les moins de 8 ans et entre 8 et 15 ans.

Ces résultats suggèrent que les RPU constituent un outil performant de surveillance des admissions liées aux IC dans les services d'urgence.

Based on data from the French National Hospital Database (PMSI), the French National Agency for Medicines and Health Products (ANSM) sent an alert on 2015 on the increase in children hospitalizations for cannabis poisoning (CP). This study aimed to describe cannabis-related emergency admissions in southern France (Provence-Alpes-Côte-d'Azur region), using electronic emergency department abstracts (EEDA) directly available from patients' computerized medical files. From 2009 to 2014, 15 emergency departments located in southern France regularly reported EEDA with >95% reports of diagnosis codes. Among these 2,948,980 admissions, 1,182 (4.1/10,000 admissions) were coded CP. The proportion reached a peak among young people aged 15-18 years (20.4/10,000 admissions). Among them, 4.1% of CP were observed in children < 8 years (49 children, 81.7% <2 years). In children <8 years, hospitalization rate was higher (75.5% before 8 years versus 12.7% after 8 years) as well as intensive care unit admissions (4.1%, versus 0.2% if >8 years). Between 2009-2010 and 2013-2014, CP admissions increased in all age groups under 55 years of age, but mostly in age groups <15 years of age. EEDA seem to be a useful tool for drug-related emergency admissions real-time surveillance.

Mots-clés : Cannabis, Intoxication, Services d'urgence, Surveillance

// **Keywords:** Cannabis, Poisoning, Emergency department, Surveillance

Introduction

En octobre 2015, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a émis une alerte concernant une augmentation des intoxications accidentelles au cannabis chez les jeunes enfants, à partir de l'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette augmentation était la plus forte dans les régions Provence-Alpes-Côte

d'Azur (Paca) et Île-de-France¹. Aux États-Unis, cette tendance a également été signalée, notamment en lien avec la légalisation de l'utilisation du cannabis dans certains États². À Marseille, le centre antipoison (CAP) avait rapporté une augmentation du nombre d'appels pour intoxication au cannabis (IC) chez des enfants (<18 ans) entre 1993 et 2007³. Dans cette étude, toutes les IC survenues avant l'âge de 8 ans étaient la conséquence d'une ingestion accidentelle.

En France, chaque passage dans les services d'urgence doit donner lieu à l'établissement d'un résumé de passage aux urgences (RPU), rendu obligatoire en 2013. Les RPU sont transmis au réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)⁴, qui fait partie du système de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) coordonné par Santé publique France⁵. SurSaUD® reçoit également quotidiennement les données de SOS Médecins et des décès. En région Paca, en 2015, 55 services d'urgence ont transmis des données pour un total de 1,5 million de passages. Aux États-Unis, les codes diagnostiques des patients admis aux urgences ont été utilisés pour la surveillance des décès par overdose d'acétyl-fentanyl⁶ ainsi que pour la surveillance des admissions liée à l'usage de cocaïne⁷ ou de drogue en général⁸.

L'objectif de notre étude était d'évaluer, sur la période 2009-2014, l'évolution de la proportion d'admissions pour IC dans les services d'urgence de la région Paca, notamment chez les moins de 8 ans. En particulier, il s'agissait de vérifier si l'évolution décrite par l'ANSM en région Paca se confirmait à partir d'une autre source de données et de discuter la pertinence d'un système de surveillance spécifique basé sur les RPU (disponibles en temps réel et, à ce titre, plus réactifs que le PMSI) pour appuyer des actions de prévention.

Matériel et méthodes

Source de données

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive utilisant les RPU. L'Observatoire régional des urgences Paca (ORUPACA) collecte les RPU depuis 2008. Les RPU contiennent notamment, pour chaque patient, l'âge, le sexe, la date et l'heure d'admission, le mode de sortie du service d'urgence (retour à domicile, hospitalisation, transfert dans un autre établissement, sortie non convenue), la gravité et le diagnostic de sortie. La gravité est évaluée au moyen de la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) en cinq niveaux. Les deux premiers niveaux correspondent à des patients non graves, sans aucun acte diagnostique ou thérapeutique pour le niveau 1. Le niveau 3 correspond à des patients instables sans engagement du pronostic vital, et les niveaux 4 et 5 à des patients dont le pronostic vital est engagé. Le diagnostic de sortie est codé à partir d'un thésaurus national des codes issus de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10), validé par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Ce thésaurus est utilisé dans tous les services d'urgence utilisant le logiciel Terminal Urgence.

Les services éligibles étaient ceux équipés du logiciel Terminal Urgence et ayant transmis des RPU de façon constante sur la période 2009-2014. Les services étaient exclus si la proportion de valeurs manquantes concernant le diagnostic principal de sortie était supérieure à 5% pour au moins une année

de la période d'étude. La proportion de codages diagnostiques manquants était calculée après exclusion des sorties avant prise en charge médicale, des orientations directes en consultation spécialisée et des admissions directes en service hospitalier. Ces modes de sortie étaient définis à partir de la variable « destination de sortie » renseignée dans le Terminal Urgence en complément du RPU.

Définition des admissions pour intoxication au cannabis

Les admissions liées à des IC étaient définies à partir du diagnostic de sortie. L'ensemble des codes CIM-10 présents dans le thésaurus de codage et relatifs au cannabis ont été pris en compte (F120-125, F129, T407⁽¹⁾). Les classes d'âge suivantes étaient considérées : <8 ans, 8-15 ans, 16-25 ans, 26-35 ans, 36-55 ans, >55 ans. Les IC survenant avant 8 ans étaient considérées comme accidentelles^{2,3}. La proportion des admissions relatives à une IC était donnée pour 10 000 admissions, en divisant le nombre d'admissions pour IC par le nombre total d'admissions pour l'ensemble des passages et par tranche d'âge.

Analyse

Une analyse descriptive de l'ensemble des admissions et des admissions pour IC a été réalisée par période. Le sex-ratio, la gravité selon la CCMU et le taux d'hospitalisation des IC ont été comparés par tranche d'âge par régression logistique simple, en prenant comme référence la tranche d'âge 19-25 ans. La proportion d'IC était comparée sur les périodes 2009-2010 (P1), 2011-2012 (P2) et 2013-2014 (P3) par des tests du Chi2 et l'association mesurée par des odds ratios (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Aspects réglementaires

L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique de la Société française de pédiatrie (N°:CER_SFP 2016_013) le 26 janvier 2016.

Résultats

Services inclus

Sur la période 2009-2014, 19 services d'urgence étaient éligibles. Trois avaient une proportion de codage diagnostique manquant supérieure à 5% et ont été exclus ; 15 ont été analysés, dont trois

⁽¹⁾F120 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë ; F121 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé ; F122 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de dépendance ; F123 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de sevrage ; F124 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de sevrage avec delirium ; F125 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : trouble psychotique ; F129 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, sans précision ; T407 : Intoxication par cannabis.

services d'urgence pédiatrique, trois ne recevant que des adultes et neuf étant polyvalents. Six services d'urgence se situaient dans les Bouches-du-Rhône (13), deux dans le Vaucluse (84), quatre dans le Var (83), deux dans les Alpes-Maritimes (06) et un dans les Alpes-de-Haute-Provence (04).

Caractéristiques de la population

Sur la période, les 15 services d'urgence ont transmis 3 184 881 RPU, dont 51 812 (1,63%) correspondaient à des erreurs de dossiers ou des doublons, soit 3 133 069 passages uniques. Les passages étaient exclus si le patient était sorti sans attendre la consultation médicale (n=93 992, soit 3,0% des passages uniques) ou s'il avait été dirigé directement vers une autre unité (n=18 152, soit 0,58%) (figure 1). Sur l'ensemble de la période, la proportion de passages sans diagnostic de sortie était de 2,3%. Elle était de 1,7% entre 2009 et 2010 et de 2,7% sur les périodes 2011-2012 et 2012-2013.

L'âge moyen des patients admis dans les services d'urgence était de 35 ans, la proportion de femmes de 47%, le taux d'hospitalisation de 20,5% et la proportion de passages avec un niveau de gravité CCMU >2 de 17,6%. Les passages relatifs à la traumatologie, à la psychiatrie et à une intoxication représentaient respectivement 32,6%, 3,5% et 1,9%. L'ensemble des caractéristiques de la population par période est rapporté dans le tableau 1.

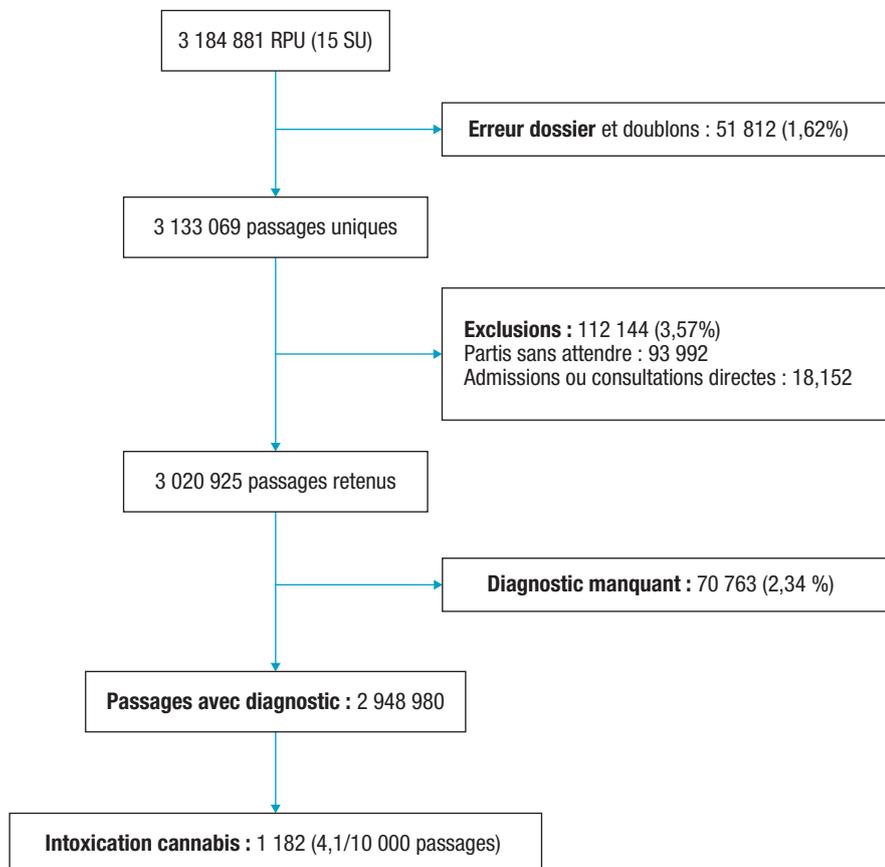
Entre 2009 et 2014, 1 182 patients ont été admis pour IC. Sur l'ensemble de la période, les IC représentaient 4,0/10 000 passages. Cette proportion était maximale entre 15 et 18 ans (20,4%) et de 0,8% avant 8 ans. Les hommes représentaient 69% des IC. L'âge moyen des patients était de 24 ans (écart-type : 12) avec une médiane à 21 (intervalle interquartiles : IQR=17-30). Les patients de moins de 8 ans représentaient 4,1% des IC. Parmi les moins de 8 ans, 28,6% avaient moins de 12 mois, 53,1% entre 12 et 24 mois et 18,3% entre 2 et 5 ans. Aucun patient n'avait entre 5 et 8 ans. Les 8-15 ans représentaient 10,6% des IC (dont seulement 3,2% avaient entre 9 et 12 ans), les 15-18 ans 18,7%, les 19-25 ans 31,0%, les 26-35 ans 20,3%, les 36-55 ans 13,9% et les plus de 55 ans 1,4%. La figure 2 présente la distribution des IC par année d'âge.

La proportion d'IC était similaire chez les hommes et les femmes avant 15 ans et après 55 ans. Elle était supérieure chez les hommes dans les autres tranches d'âge. La surreprésentation masculine la plus forte était retrouvée entre 26 et 35 ans (9,9 vs 2,7/10 000 ; p=0,001 ; OR=3,7 [2,6-5,1]) et chez les 19-25 ans (17,7 vs 6,4/10 000 ; p<0,001 ; OR=2,8 [2,2-3,5]). Les OR étaient moindres entre 36 et 55 ans (3,5 vs 20,5 ; p=0,001 ; OR=1,7 [1,2-2,4]) et entre 15 et 18 ans (23,1 vs 17,3/10 000 ; p=0,03 ; OR=1,3 [1,0-1,8]).

Le taux d'hospitalisation était de 20,2%. Il était maximal avant 8 ans (75,5%), de même que la

Figure 1

Diagramme de flux de la sélection des cas d'intoxication au cannabis, Paca (France), 2009-2014



RPU : résumé de passage aux urgences. SU : service d'urgence.

Tableau 1

Caractéristiques de la population par période d'étude, Paca (France)

	Total		2009-2010		2011-2012		2013-2014	
Nombre de passages	3 020 925		916 349		1 028 099		1 076 477	
Passages dont le diagnostic est manquant (N, %)	70 763	2,3%	13 872	1,5%	28 268	2,7%	28 623	2,7%
Femme (N, %)	1 419 332	47,0%	425 451	46,4%	481 551	46,9%	512 330	47,6%
Âge moyen (ans)	35,1		34,6		35,2		35,4	
<8 ans (N, %)	625 099	20,7%	186 462	20,3%	211 982	20,6%	226 655	21,1%
8-15 ans (N, %)	286 772	9,5%	89 253	9,7%	96 756	9,4%	100 763	9,4%
15-18 ans (N, %)	110 716	3,7%	35 292	3,9%	36 976	3,6%	38 448	3,6%
19-25 ans (N, %)	303 762	10,1%	96 361	10,5%	104 800	10,2%	102 601	9,5%
26-35 ans (N, %)	368 438	12,2%	111 422	12,2%	125 819	12,2%	131 197	12,2%
36-55 ans (N, %)	588 405	19,5%	182 823	20,0%	200 115	19,5%	205 467	19,1%
>55 ans (N, %)	737 731	24,4%	214 735	23,4%	251 651	24,5%	271 345	25,2%
Diagnostic médico-chirurgical (N, %)	1 619 058	53,6%	477 835	52,1%	542 627	52,8%	598 596	55,6%
Diagnostic traumatologique (N, %)	978 205	32,4%	319 193	34,8%	334 974	32,6%	324 038	30,1%
Diagnostic psychiatrique (N, %)	106 957	3,5%	31 440	3,4%	37 842	3,7%	37 675	3,5%
Diagnostic toxicologique (N, %)	58 666	1,9%	20 935	2,3%	17 438	1,7%	20 293	1,9%
Autres recours (N, %)	168 133	6,3%	53 074	4,8%	66 950	6,9%	67 252	6,9%
Passage pour intoxication au cannabis (N, taux pour 10 000 passages)	1 182	4,01	232	2,57	444	4,44	506	4,83
Sortie non convenue (N, %)	34 678	1,2%	10 662	1,2%	13 011	1,3%	11 005	1,0%
Décès (N, %)	4 319	0,1%	1 239	,1%	1 592	0,2%	1 488	0,1%
Retour à domicile après passage aux urgences (N, %)	2 264 153	75,6%	650 743	71,8%	787 134	77,1%	826 276	77,4%
Hospitalisation (N, %)	613 265	20,5%	222 501	24,5%	190 419	18,7%	200 345	18,8%
Transfert (N, %)	78 136	2,6%	21 298	2,3%	28 317	2,8%	28 521	2,7%
Gravité codée CCMU 3 à 5 (N, %)	476 741	17,6%	104 789	16,7%	166 933	16,5%	205 019	19,2%

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences.

proportion de passages de niveau de gravité CCMU >2 (54,3%) (tableau 2). Parmi les enfants de moins de 8 ans, 2 (âgés de 13 et 18 mois) ont été admis en réanimation (4,1%) vs 2/1 131 (0,2%) après 8 ans ($p=0,01$; OR=24,1 [3,32-174,6]).

Évolution de la proportion d'admissions pour IC (tableau 3 et figure 3)

Tous âges confondus, la proportion de passages pour IC a augmenté entre les périodes P1 et P2 et entre les périodes P1 et P3. Par tranche d'âge, la proportion d'IC a augmenté entre les périodes P1 et P2 pour toutes les tranches d'âge, sauf avant 8 ans. Entre P2 et P3, l'augmentation n'était significative que pour les moins de 8 ans.

Discussion

Cette étude est basée sur les RPU qui sont utilisés par le réseau OSCOUR® dans le cadre du système de surveillance syndromique SurSAUD® en France. Au 1^{er} septembre 2014, 88% des services d'urgence transmettaient des RPU à l'Institut de veille sanitaire⁽²⁾.

⁽²⁾ Devenu Santé publique France en mai 2016.

En région Paca, la transmission de données est exhaustive depuis juillet 2015 et elle a été étendue à d'autres variables recueillies *via* le logiciel Terminal Urgence développé par l'ORUPACA. En Europe, cette source de données est fréquemment utilisée dans les études épidémiologiques en complément des données provenant de l'exercice libéral⁵, notamment pour la surveillance des pathologies infectieuses⁹ ou circonstanciées¹⁰ ou pour celle des admissions liées à l'usage de drogues⁶⁻⁸.

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France, qui est l'un des pays les plus concernés en Europe. En 2014, 1,4 millions de personnes déclaraient en avoir consommé au moins 10 fois dans le mois¹¹. Les conséquences somatiques et psychiques de la consommation de cannabis sont reconnues¹² et son impact sur le risque d'accident de la route est également démontré¹³.

Nos résultats montrent une augmentation des admissions aux urgences liées au cannabis, tous âges confondus, entre 2009 et 2014 en région Paca. L'usage régulier de cannabis mesuré dans les enquêtes ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense),

Figure 2

Distribution des intoxications au cannabis par année d'âge, Paca (France), 2009-2014

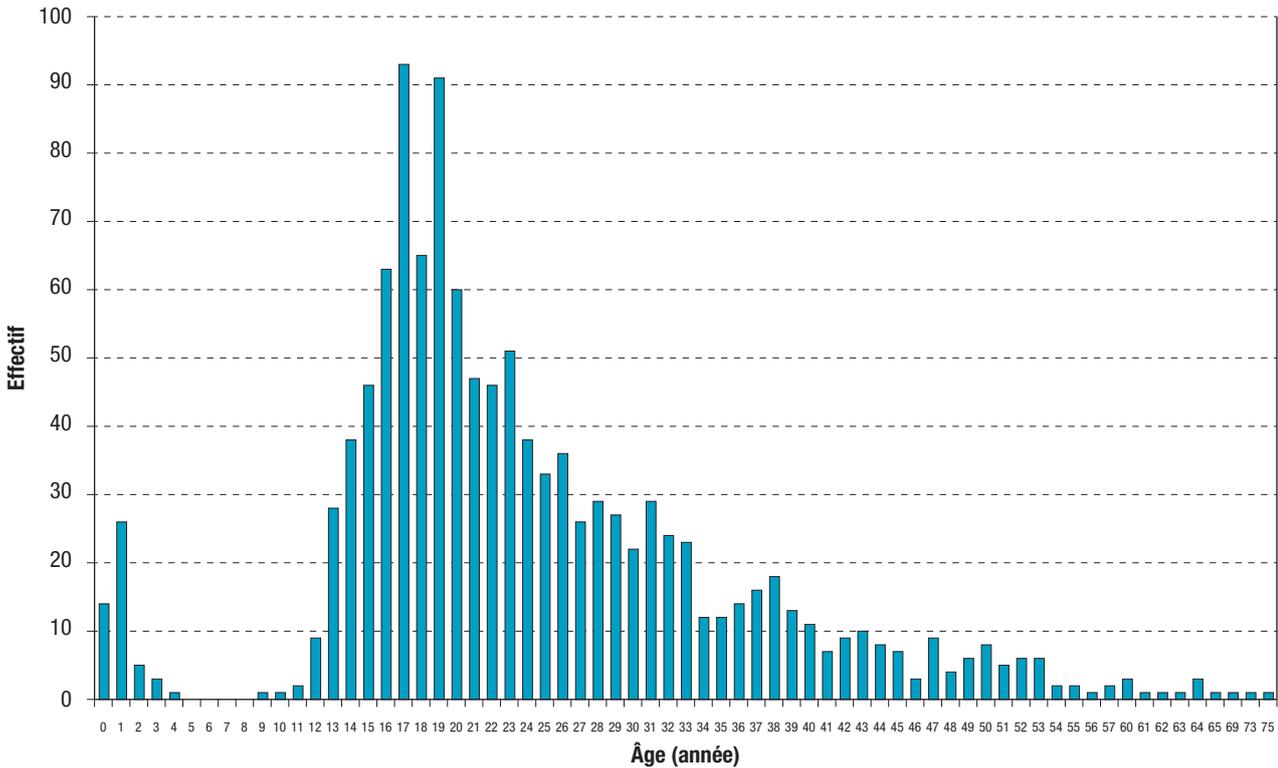


Tableau 2

Gravité selon la CCMU et taux d'hospitalisation des intoxications au cannabis par tranches d'âge, Paca (France), 2009-2014

	Total N	CCMU 3 à 5				Hospitalisation			
		n	%	p	OR [IC95%]	n	%	p	OR [IC95%]
<8 ans	49	25	54,3	0,000	6,52 [3,04-12,51]	37	75,5	<0,001	21,18 [10,30-43,55]
8-15 ans	124	16	13,0	0,518	0,82 [0,45-1,50]	26	21,0	0,027	1,82 [1,07-3,10]
15-18 ans	221	31	15,4	0,998	0,99 [0,62-1,62]	47	21,5	0,006	1,88 [1,20-2,93]
19-25 ans	366	52	15,4	<0,001	1	46	12,7	<0,001	1
26-35 ans	240	45	20,3	0,140	1,39 [0,90-2,17]	36	15,3	0,366	1,24 [0,78-1,99]
36-55 ans	164	37	24,8	0,014	1,81 [1,13-2,91]	40	24,5	0,001	2,23 [1,39-3,58]
>55 ans	17	3	21,4	0,548	1,50 [0,40-5,54]	4	23,5	0,207	2,11 [0,66-6,76]

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences.
OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

menées tous les trois ans depuis 2005 auprès d'adolescents de 17 ans, montre la même tendance : il est passé de 6,5% en 2011 à 9,2% en 2014 à cet âge¹³. Cette tendance est également retrouvée à travers les Baromètres santé chez les 18-64 ans¹⁴.

Dans notre étude, l'augmentation est la plus marquée chez les 8-15 ans et avant 8 ans. Cette augmentation des IC accidentelles de l'enfant a également été montrée par l'ANSM à partir des données du PMSI, et elle était la plus marquée en région Paca¹. Des études américaines ont montré une association entre IC accidentelles et légalisation du cannabis dans certains États². Avant 8 ans, les admissions pour IC sont le fait d'ingestions accidentelles²⁻³. Cela est indirectement retrouvé sur nos données au vu de la distribution des âges concernant les IC chez

les enfants (81% des moins de 8 ans avaient moins de 2 ans). Ces IC se présentent principalement sous la forme de troubles de la vigilance. Dans cette tranche d'âge, le taux d'hospitalisation est plus élevé. Sur les 49 enfants de moins de 8 ans intoxiqués, deux avaient moins de 2 ans et ont été admis en réanimation, ce qui souligne la gravité potentielle de ces IC chez le nourrisson.

Devant l'augmentation des admissions pour IC chez le nourrisson, une information aux urgentistes et pédiatres devrait être réalisée afin d'optimiser le repérage de ces intoxications, dont la présentation trompeuse donne souvent lieu à des explorations invasives (ponctions lombaires) ou irradiantes (scanner cérébral) évitables. L'utilisation de bandelette de dépistage du cannabis devrait également être discutée.

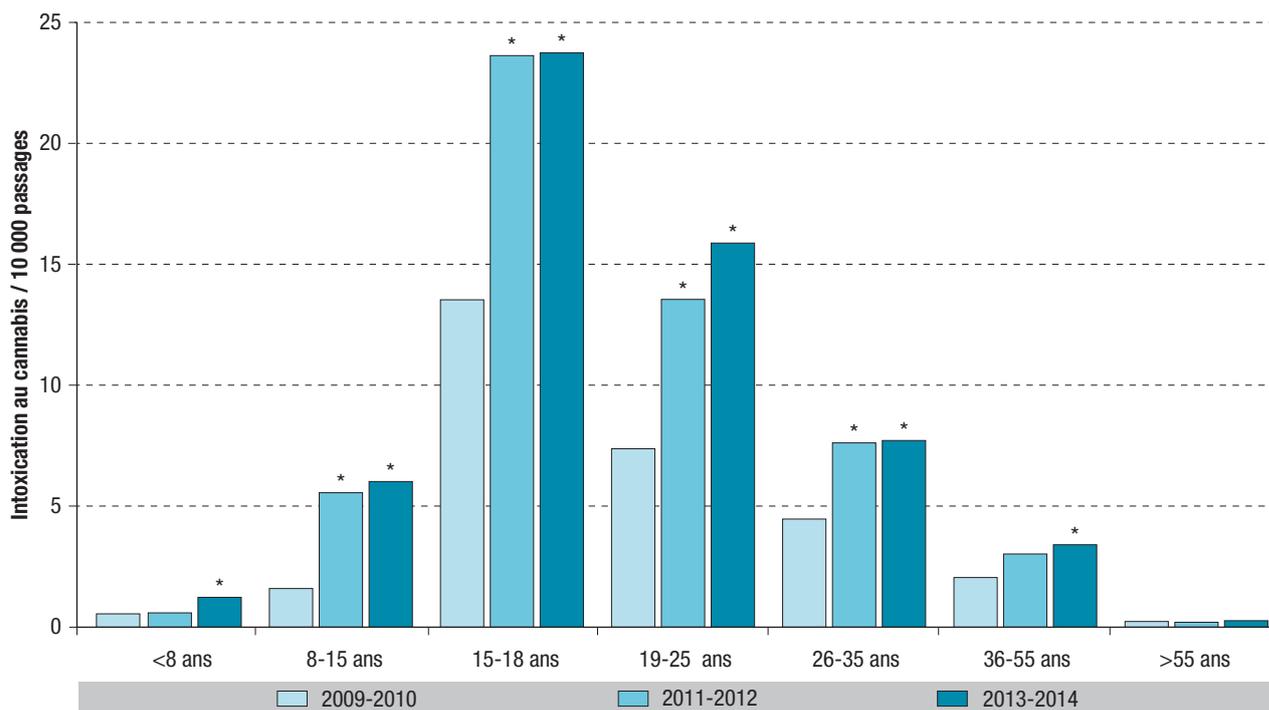
Tableau 3

Évolution de la proportion d'intoxications au cannabis selon la période et par classes d'âge, Paca (France), 2009-2014

	Total		P1 2009-2010		P2 2011-2012		P3 2013-2014		P1 vs P2		P1 vs P3		P2 vs P3	
	N	/10 000	N	/10 000	N	/10 000	N	/10 000	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]
<8 ans	49	0,81	10	0,55	12	0,59	27	1,23	0,859	1,07 [0,47-2,49]	0,02	2,25 [1,10-4,66]	0,03	2,09 [1,06-4,16]
8-15 ans	125	4,48	14	1,60	52	5,56	59	6,01	<0,001	3,48 [1,93-6,28]	<0,001	3,76 [2,10-6,74]	0,679	1,08 [0,75-1,57]
15-18 ans	221	20,43	47	13,54	85	23,63	89	23,74	<0,01	1,74 [1,22-2,50]	<0,01	1,75 [1,23-2,50]	0,976	1,00 [0,75-1,35]
19-25 ans	366	12,35	70	7,37	138	13,55	158	15,88	<0,001	1,83 [1,38-2,45]	<0,001	2,16 [1,62-2,86]	0,172	1,17 [0,93-1,47]
26-35 ans	240	6,69	49	4,47	93	7,62	98	7,71	<0,01	1,71 [1,20-2,41]	<0,01	1,73 [1,23-2,43]	0,93	1,01 [0,76-1,35]
36-55 ans	164	2,85	37	2,05	59	3,03	68	3,41	0,06	1,47 [0,98-2,22]	0,01	1,65 [1,11-2,47]	0,505	1,27 [0,74-1,60]
>55 ans	17	0,23	5	0,24	5	0,20	7	0,26	0,806	0,85 [0,25-2,95]	0,854	1,11 [0,35-3,51]	0,653	1,30 [0,41-4,10]
Total	1 182	4,01	232	2,57	444	4,44	506	4,83	<0,001	1,73 [1,47-2,02]	<0,001	1,89 [1,61-2,20]	0,197	1,09 [0,96-1,24]

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure 3

Évolution de la proportion d'intoxications au cannabis selon la période^a et par classe d'âge, Paca (France), 2009-2014

^a Période de référence 2009-2010 ; * $p < 0,05$.

Chez le jeune enfant, les IC sont essentiellement le fait d'ingestions accidentelles, comme le rapportait une étude marseillaise³. Si l'analyse précise des circonstances de l'ingestion reste à faire, les campagnes de lutte contre la consommation de cannabis mériteraient d'être assorties d'un message de prévention des risques d'ingestion auprès des parents.

Concernant les admissions codées IC chez des adolescents et des adultes, elles reflètent

probablement des situations plus diverses que chez l'enfant (ingestion accidentelle). Un code relatif à une IC est sans doute utilisé principalement lorsque que l'IC constitue la problématique principale. Par contre, l'usage de cannabis étant souvent associé à des pathologies accidentelles, il est probable que dans ces situations le codage diagnostique ne comprenne pas de code relatif à une IC, mais uniquement des codes relatifs au motif principal

d'admission. Dans un service d'urgence norvégien, il a été rapporté que 6,2% des patients admis suite à un accident avaient une recherche de cannabis positive¹⁵. Une analyse des dossiers médicaux permettrait de mieux préciser les types de passages selon les catégories d'âge.

Les 15 services d'urgence sélectionnés sur la qualité et la stabilité de leurs données ne sont pas représentatifs de l'ensemble des services d'urgence de la région Paca (surreprésentation des services d'urgence pédiatriques, localisation préférentielle dans les Bouches-du-Rhône). À ce titre, la proportion d'admissions pour IC ne peut pas être extrapolée à l'ensemble des services d'urgence régionaux et la variabilité géographique devra être analysée.

Les résultats de cette étude permettent de discuter l'intérêt de l'utilisation des RPU comme outil de surveillance de l'évolution des IC, notamment par ingestion chez le nourrisson. Comparé à l'analyse du PMSI, la transmission quotidienne des RPU au niveau national permettrait une plus grande réactivité et une automatisée de leur analyse. Cependant, au vu des effectifs faibles, la faisabilité devra être évaluée sur des données nationales pour définir le pas de temps envisageable. Une autre plus-value des RPU par rapport aux données du PMSI est de pouvoir appréhender les cas non hospitalisés. L'amélioration de la qualité des données transmises par les services d'urgence et le travail d'homogénéisation du codage diagnostique mené notamment par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) sont des éléments importants dans cette perspective.

Conclusion

À partir des RPU, une augmentation des admissions aux urgences pour IC est constatée entre 2009 et 2014 en région Paca, notamment chez les moins de 8 ans. Ce type d'analyse pourrait être reproduit au niveau national et la sensibilité du système évaluée pour discuter de son utilisation potentielle comme système de surveillance des IC à partir des RPU. ■

Références

- [1] Garret M, Pion C. Augmentation du nombre d'intoxications pédiatriques au cannabis. *Vigilances (Bulletin de l'ANSM)*. 2015;(67):7. http://ansm.sante.fr/content/download/81901/1035675/version/2/file/ANSM_Bulletin-des-vigilances-67_Octobre-2015.pdf
- [2] Wang GS, Roosevelt G, Le Lait MC, Martinez EM, Bucher-Bartelson B, Bronstein AC, *et al.* Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):684-9.
- [3] Spadari M, Glaizal M, Tichadou L, Blanc I, Drouet G, Aymard I, *et al.* Intoxications accidentelles par cannabis chez

l'enfant : expérience du centre antipoison de Marseille. *Presse Med*. 2009;38:1563-7.

- [4] Caserio-Schonemann C, Meynard JB. Ten years experience of syndromic surveillance for civil and military public health, France, 2004-2014. *Euro Surveill*. 2015;20(19): pii: 21126. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21126>

- [5] Fouillet A, Medina S, Medeiros H, Sala-Soler M, Dupuy C, Bronner A, *et al.* La surveillance syndromique en Europe : le projet européen Triple-S. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(3-4):75-80. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11920

- [6] Lozier M, Martin C, Chaput D. Surveillance of overdose-related emergency department visits in Rhode Island. *International Society for Disease Surveillance 2013, Conference Abstracts*. <http://www.syndromic.org/annual-conference/past-isds-conferences/2014-isds-conference/343>

- [7] Colliver JD, Kopstein AN. Trends in cocaine abuse reflected in emergency room episodes reported to DAWN. *Drug Abuse Warning Network. Public Health Rep*. 1991;106(1):59-68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580200/>

- [8] Harmon KJ, Proescholdbell S, Marshall S, Waller A. Utilization of emergency department data for drug overdose surveillance in North Carolina. *Online J Public Health Inform*. 2014;6(1):e174. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4050856/>

- [9] Hiller KM, Stoneking L, Min A, Rhodes SM. Syndromic surveillance for influenza in the emergency department – A systematic review. *PLoS One* 2013 13;8(9):e73832. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772865/>

- [10] Hughes HE, Morbey R, Hughes TC, Locker TE, Shannon T, Carmichael C, *et al.* Using an Emergency Department Syndromic Surveillance System to investigate the impact of extreme cold weather events. *Public Health*. 2014;128(7):628-35.

- [11] Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances (OFDT)*. 2015;(99):1-8. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

- [12] Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014;370(23):2219-27.

- [13] Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB; SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005;331(7529):1371.

- [14] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances (OFDT)*. 2015;(100):1-8. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssv5.pdf>

- [15] Bogstrand ST, Normann PT, Rossow I, Larsen M, Mørland J, Ekeberg Ø. Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug Alcohol Depend*. 2011;117(2-3):132-8.

Citer cet article

Noel G, Franke F, Minodier P, Guarella M, Miramond S, Viudes G. Augmentation entre 2009 et 2014 des admissions aux urgences liées au cannabis chez l'adulte et l'enfant en région Paca (France). *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(43):775-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/43/2016_43_2.html