

Table des matières

Introduction.....	7
Groupe de travail 1 Activité 1 (WS1A1).....	8
Groupe de travail 1 Activité 2 (WS1A2).....	9
Groupe de travail 1 Activité 3 (WS1A3).....	10
Bilan.....	14
Nombre de présentations rapportées.....	14
Données démographiques	19
Heure et date des présentations.....	20
Drogues rapportées.....	22
Nouvelles Substances Psychoactive (NPS)	24
Opioïdes, Benzodiazépines et “Drogues Z”	26
Autres médicaments sur prescription	28
Profil des Centres Euro-DEN.....	28
Lieu de la consommation de drogue ayant précédé la présentation	38
Profils cliniques.....	40
Traitement.....	41
Résultats	42
Arrêts cardiaques	43
Cas mortels.....	44
Profils instantanés des bilans liés aux principales drogues à usage récréatif / NPS	46
Commentaires sur le processus de collecte des données.....	46
Groupe de travail 2 Activité 1 (WS2 A1).....	47
Publications et Présentations issues du Projet Euro-DEN.....	50
Annexe 1: Description des Centres Euro-DEN.....	57
Annexe 2: Articles, présentations, résumés relatifs au projet Euro-DEN et autres contributions	61
Annexe 3: Tableur relatif à l’ensemble des données minimales.....	64
Annexe 4: Présentation de la formation – diapositives incluant les observations des formateurs	67
Annexe 5. Groupe de travail 2 Lignes directrices	79
Glossaire	80

Translated by Olga Dalbinoë

Sommaire

Le Projet Euro-DEN (Réseau Européen des Situations d'Urgence Associées aux Drogues) est un projet de deux ans financé par le programme DPIP de la DG Justice de la Commission Européenne.

Il fut mené par le Service de Toxicologie Clinique du Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust and King's Health Partners à Londres, au Royaume-Uni, ainsi que par les membres du Groupe de Pilotage de l'Hôpital Universitaire d'Oslo en Norvège, par l'Hôpital Universitaire Son Espases à Palma de Majorque en Espagne, et par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) à Lisbonne, au Portugal.

L'OEDT est une agence recueillant les données relatives aux différents indicateurs clés liés à la consommation de drogues et de nouvelles substances psychoactives (NPS) en Europe, lesquels contribuent à la compréhension de l'ampleur et de l'impact de ce type de consommation en Europe. Néanmoins, bien que les risques en termes de morbidité et mortalité potentiellement que représente la consommation de drogues soient élevés, il n'existe généralement pas de normes en matière de collecte de données relatives aux effets toxiques aigus des drogues/NPS et relatives aux présentations à l'hôpital à l'échelle nationale en Europe. Cette absence de données influe fortement sur la compréhension de l'impact de ces substances en termes de santé publique. La Stratégie antidrogue de l'Union Européenne (2005-2012) a exposé la nécessité de développer de nouvelles approches visant à améliorer la connaissance des dommages associées aux drogues et visant à évaluer les risques associés aux drogues en général et aux NPS en particulier. Un des éléments de la Stratégie antidrogue de l'Union Européenne (2013-2020) consiste à assurer une diminution des dommages causés par les drogues sur la santé en Europe. Le Projet Euro-DEN fournit un système permettant de réaliser le premier objectif de ces Stratégies antidrogue de l'Union Européenne et de mettre en place les moyens de suivi permettant de réaliser le second objectif.

Les principaux objectifs du Projet Euro-DEN étaient de développer un réseau de centres sentinelles à travers l'Europe portant un intérêt aux effets toxiques aigus (dommages) des drogues récréatives et des nouvelles substances psychoactives (NPS) en termes clinique et à des fins de recherche et, à travers ce réseau i) d'accroître la connaissance de la toxicité aiguë induite par les drogues et NPS au niveau européen et ii) d'améliorer l'état de santé et le bien-être des citoyens européens au moyen d'une meilleure gestion de la toxicité aiguë en formant le personnel des lieux de divertissement.

Une étude, visant à déterminer la qualité et l'exhaustivité des données nationales actuelles relatives aux présentations à l'hôpital liées à une toxicité aiguë induite par une drogue dans les pays européens, fut la première activité à avoir été accomplie dans le cadre du projet. Pour ce faire, un examen de la littérature existante a été mené conjointement avec une enquête auprès des points focaux nationaux REITOX de l'OEDT. L'étude a confirmé que, s'il existe des exemples de bonnes pratiques quant à la collecte de données au niveau local et régional, dans l'ensemble, les données systématiques collectées et rapportées au niveau national sur les dommages aigus liés aux drogues en Europe, sont limitées. Quand ils existent, les systèmes utilisés sont de nature diversifiée et les possibilités de les comparer sont faibles.

Parallèlement, le Groupe de Pilotage du Projet Euro-DEN a développé un ensemble de données minimales afin de permettre la saisie des principales variables démographiques, cliniques et les variables des bilans des cas de présentations avec une toxicité aiguë induite par des drogues récréatives et NPS. Un tableur Microsoft Excel® fut créé sur la base des variables pré formatées et des menus déroulants, dans la mesure du possible, afin d'assurer une certaine uniformité. A l'aide du tableur de données minimales Euro-DEN, un réseau de 16 centres sentinelles de 10 pays d'Europe (Danemark, Estonie, France, Allemagne, Irlande, Norvège, Pologne, Espagne, Suisse et Royaume-Uni) portant un intérêt

particulier aux effets toxiques aigus des drogues récréatives en termes clinique et à des fins de recherche, a collecté les données de toutes les présentations aux services d'urgence liées à une toxicité aiguë induite par une drogue sur une période de 12 mois (octobre 2013 à septembre 2014). Les présentations ont été incluses lorsque les profils cliniques correspondaient à un cas de toxicité aiguë induit par une drogue/NPS (les présentations liées à une toxicité exclusivement due à l'alcool, celles n'étant pas directement liées à une toxicité aiguë induite par une drogue récréative tels que les cas de traumatismes, de sevrages, ou les cas d'atteinte à soi-même ont été exclues). Chaque centre a obtenu l'approbation au niveau local de l'entité en charge du respect de l'éthique pour la collecte des données au sein de leur institution. Les données sur la consommation des drogues impliquées dans les présentations furent basées sur les déclarations du patient lui-même et sur l'interprétation clinique donnée. Si le dépistage de drogue fut entrepris dans le cadre des soins cliniques de routine, les résultats de ce dernier ont été collectés, néanmoins ils n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique en vue de ce projet. Le fait que les patients soient traités sur la base du profil clinique de toxicité et sur la base des drogues que le patient déclare avoir consommé, plutôt qu'au moyen d'analyses visant à confirmer la ou les drogues détectées, est représentatif des meilleures pratiques internationales en matière de gestion de la toxicité de drogues récréatives.

Les données ont été collectées sur une période de 12 mois à partir de 5529 présentations. Au total, ont été comptabilisées : plus de 200 présentations dans 8 centres, de 200 à 500 présentations dans 5 centres et plus de 500 présentations dans 3 centres. Les présentations ont été plus fréquentes le week-end et l'affluence a culminé entre 19h et 2h du matin. La médiane (écart interquartile) des présentations liées aux drogues récréatives représentait 0,3 (0,2-0,7)% de l'ensemble des présentations aux services d'urgence des centres Euro-DEN. L'âge médian (écart interquartile, intervalle) était de 31 ans (24-39, 11-90) et 75,4% des présentations concernaient des hommes. La plupart des individus (73,9%) résidaient dans la ville du centre Euro-DEN où ils ont présentés; une importante minorité se rapportait aux résidents d'une ville tierce (19,5%) ou dans un autre pays (3,6%); cette variable influe sur la planification de la sortie des patients et sur le suivi des soins. Au total, 8709 drogues ont été impliquées dans les 5529 présentations (moyenne \pm écart-type $1,6 \pm 0,97$ drogues par présentation). Les drogues récréatives classiques furent les drogues les plus commues (64,6%), suivies par les médicaments sur ordonnance (26,5%); les NPS n'ont été impliquées que dans 5,6% des présentations. Le « top six » des drogues enregistrées incluait l'héroïne (1345), la cocaïne (957), le cannabis (904), le GHB / GBL (711), les amphétamines (593) et la MDMA (467). Les médicaments sur ordonnance les plus fréquemment rapportés furent le clonazépam (315), les benzodiazépines inconnues (259), la méthadone (248), le diazépam (219), l'alprazolam (140) et la zopiclone (77). La consommation de NPS a fait l'objet de 484 rapports, parmi lesquels les cathinones (378) ont été les plus fréquents (méphédronne en majorité soit dans 245 cas, méphédronne dans 92 cas et MDPV dans 22 cas). Après les cathinones, les NPS les plus fréquentes étaient les « NPS labélisés » (48), les agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes (26) et les phényléthylamines (17). Les présentations relatives aux NPS furent très variées d'un point de vue géographique avec trois centres n'ayant reporté aucun cas impliquant une NPS, contrairement à deux autres centres dans lesquels les NPS représentaient plus d'un cinquième des présentations.

Des caractéristiques cliniques graves ou engageant le pronostic vital du patient n'ont pas été observées dans la majorité des présentations. Néanmoins, plus d'un quart des présentations a été associées à de l'agitation /agressivité, 10% à des cas de coma et 6% à des cas de psychose. Près de 70% des présentations sont arrivées à l'hôpital en ambulance. Au total, plus de 50% des présentations ont fait l'objet d'un traitement (dont une sédation pour plus de 20%) et 6% des présentations ont requis une admission en soins intensifs. Sur les 35 cas de présentation en situation d'arrêt cardiaque, 19 ont conduit au décès du patient, en outre, 8 autres décès ont eu lieu dans les établissements hospitaliers. Le groupe des opioïdes a été le groupe de drogues le plus souvent impliqué dans les cas mortels (concerné dans 13

décès sur 27), tandis que les NPS ont été reportées dans trois cas mortels. La durée médiane du séjour à l'hôpital fut de 4 heures 38 minutes avec 78% sorties dans les 12 heures et 89% dans les 24 heures suivant la présentation. Les présentations ont été les plus fréquentes pendant la nuit et le week-end, soit quand le personnel de santé est susceptible d'être en effectifs réduits et lorsque des employés moins expérimentés sont de garde. Par conséquent, bien que les présentations en situation de toxicité aiguë induite par les drogues / NPS représentent une faible proportion du total des présentations aux services d'urgence, elles constituent une charge de travail clinique substantielle et disproportionnée supposant une implication en termes de coûts pour à la fois les services de soins pré hospitaliers et les services d'urgence.

En termes de santé publique, les données relatives aux dommages habituels causés et aux lieux de consommation de drogues/NPS, ainsi que les données démographiques telles que l'âge, le sexe et le lieu de domiciliation sont utiles afin d'établir où de procéder à des interventions ciblées et aux dispenses de soins spécialisés. Bien que les NPS attirent régulièrement l'intérêt des médias, les données issues du Projet Euro-DEN suggèrent que les drogues récréatives «classiques» constituent le type de drogue le plus souvent associé à des présentations aux services d'urgence et à des cas de toxicité aiguë, incluant des décès. Plus d'un quart des drogues associées aux présentations concernent des médicaments sur ordonnance /médicaments disponibles en vente libre, et, des travaux supplémentaires sont nécessaires afin de comprendre les tendances en Europe quant à la mauvaise utilisation de ces substances, c'est-à-dire à des fins récréatives, afin de réaliser un travail de prévention auprès des personnes délivrant des prescriptions, ainsi qu'auprès du public et des autres principaux acteurs dans le domaine.

L'ensemble de données Euro-DEN constitue une base de données conséquente, laquelle fournit un aperçu unique des drogues impliquées, des profils cliniques et des conclusions tirées en matière de présentations en situation de toxicité aiguë induites par des drogues récréatives et NPS en Europe. En outre, des analyses plus détaillées seront menées par le groupe Euro-DEN, et plusieurs articles seront soumis à publication. Les thèmes qui seront particulièrement sujets à une analyse plus approfondie se rapportent aux groupes d'utilisateurs (tels que les extrêmes d'âge), aux spécificités liées à la prise en charge de cas de toxicité aiguë (telle que l'utilisation de la sédation), et aux groupes spécifiques de drogues, soit leur distribution géographique, le lieu où elles sont consommées, les profils cliniques et les bilans de toxicité incluant leur implication en termes de coût.

En ce qui concerne la deuxième composante du projet, des études antérieures ont démontré que le personnel des lieux de divertissement tels que les discothèques et les bars disposent de moyens réduits pour identifier les cas de toxicité aiguë liés à la drogue, ce qui peut entraîner des retards dans l'examen et la bonne gestion des personnes atteintes de toxicité aiguë induite par une drogue, ce qui résulte en une augmentation des risques de morbidité et de mortalité. Le groupe de travail final du Projet Euro-DEN impliquait le développement d'un programme d'une formation destinée au personnel des lieux de divertissement et portant sur la toxicité aiguë des drogues, ainsi que sur les lignes directrices expliquant quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de toxicité aiguë induite par la consommation de drogues. La formation a été menée au cours de l'été 2014 dans des boîtes de nuit de Londres, Oslo, Tallinn et Pärnu; 147 personnes ont participé aux sessions de formation. La formation a été bien accueillie par les participants qui ont exprimé se sentir désormais plus confiants et à même de distinguer les cas de personnes présentant une toxicité aiguë induite par une drogue. Les lignes directrices élaborées par le Projet Euro-DEN sur "Quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de malaise liés à la consommation de drogues récréatives" ont été publiés sur le Portail des Meilleures Pratiques de l'OEDT et ont été soumis à publication dans des revues scientifiques afin d'accroître encore plus leur diffusion et leur mise en application sur le terrain.

Le Projet Euro-DEN a été présenté lors de conférences internationales en Europe, aux Etats-Unis et en Asie, à la fois grâce à des invitations reçues pour des allocutions liminaires ou à des présentations originales lors de conférences scientifiques. A ce jour, trois articles ont été publiés, un article a été soumis à publication et le Groupe de Pilotage continuera, après épuisement de la subvention, à superviser les articles liés à la base de données du Projet Euro-DEN.

Dans le cadre du processus de documentation de la toxicité aiguë associée aux drogues récréatives et aux NPS, le Projet Euro-DEN a mis en exergue l'importance d'une collecte de données auprès des centres sentinelles à travers l'Europe. A l'issue de la réalisation en octobre 2014, de l'Activité 3 du Groupe de travail 1, l'ensemble des centres sentinelles Euro-DEN a consenti à poursuivre la collecte de données. Deux centres supplémentaires ont rejoint le projet, soit celui d'Ekaterinbourg en Russie et de Roskilde au Danemark. Ce réseau actuel de collecte de données est connu sous l'appellation de Projet "Euro-DEN Plus". Ce dernier ne bénéficie d'aucune subvention, cependant les centres sont motivés quant à sa continuation, étant convaincus de son impact significatif. L'OEDT continuera à apporter son appui au projet et le centre Euro-DEN principal à Londres continuera de rassembler, analyser et faciliter la diffusion des données.

Le Projet Euro-DEN a rempli avec succès tous les objectifs initialement fixés dans la subvention. Le projet a ainsi permis l'élaboration et la mise en oeuvre d'une formation destinée au personnel des lieux de divertissement. De même, il a permis le développement d'un ensemble de données minimales utilisé afin de démontrer que les données peuvent effectivement à la fois être collectées dans les centres sentinelles à travers l'Europe, et peuvent être analysées afin de fournir un aperçu unique des dommages causés par les drogues récréatives et NPS en Europe. Le réseau sentinelle du Projet Euro-DEN a permis la mise en place d'un système de normes qui servira de références pour les futures tendances et profils liés à la toxicité aiguë des drogues/NPS. La continuation et les développements ultérieurs liés à ce travail sont primordiaux afin de mieux comprendre les risques de dommages aigus causés par les drogues récréatives et NPS en Europe, de sorte : d'améliorer la prise en charge et la délivrance de soins spécifiques et la mise en place d'activités de prévention, d'améliorer la compréhension des profils de toxicité induite par les drogues et NPS, et enfin de s'assurer que la pratique dans le domaine se base sur des données éclairées quant aux dommages réellement causés par les drogues et de réaliser une solide évaluation des risques liés aux NPS.

Introduction

Le Projet Euro-DEN de Réseau Européen des Situations d'Urgence Associées aux Drogues est un projet financé par le Direction Générale Justice de la Commission Européenne à travers le programme (JUST/2012/DPIP/AG/3591; Avril 2013 à Mars 2015), mené afin d'améliorer la connaissance et la prise en charge des cas de toxicité aiguë liés aux drogues récréatives et aux nouvelles substances psychoactives.

La Stratégie antidrogue de l'Union Européenne 2005-2012 (Conseil de l'Union Européenne, 2004) a mis en place de nouvelles approches visant à améliorer la connaissance des dommages associées aux drogues et visant à évaluer les risques associés aux drogues en général et, si nécessaire, aux NPS en particulier. Le Projet Euro-DEN a été conçu afin de se pencher sur et de traiter ces sujets au moyen de deux éléments de travail étroitement interconnectés, connus sous l'appellation de « groupes de travail ». Le Projet Euro-DEN fournit également une solution quant au suivi d'une des composantes de la Stratégie antidrogue de l'Union Européenne 2013-2020, qui consiste à assurer une diminution des dommages causés par les drogues sur la santé en Europe. (Conseil de l'Union Européenne, 2012).

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) est une agence recueillant les données relatives aux différents indicateurs clés liés à la consommation de drogues et de nouvelles substances psychoactives (NPS) en Europe, lesquels contribuent à la compréhension de l'ampleur et de l'impact de ce type de consommation en Europe (OEDT 2014 a, ONUDC 2013). Néanmoins, bien que les risques en termes de morbidité et mortalité potentiellement causés par la consommation de drogues soient élevés, il n'existe généralement pas de normes en matière de collecte de données relatives aux effets toxiques aigus des drogues/NPS et relatives aux présentations à l'hôpital à l'échelle nationale en Europe. Cette absence de données influe fortement sur la compréhension de l'impact de ces substances en termes de santé publique au niveau européen. De par le développement d'un réseau de centres sentinelles à travers l'Europe dotés d'une expertise en toxicologie, le Projet Euro-DEN a créé une base technique en matière de collecte de données en la matière. Ce rapport décrira le développement de ce réseau, ainsi que les données collectées sur une durée complète de 12 mois.

Outre la collecte de données, le Projet Euro-DEN a également permis le développement d'une formation destinée au personnel des lieux de divertissement nocturnes, tels que les boîtes de nuits et les bars, portant sur les profils de toxicité aiguë liée aux drogues/NPS et sur le protocole à suivre dans l'assistance aux personnes confrontées à ces problèmes. Des études antérieures (Wood, Greene et al. 2008) ont montré que les personnes travaillant dans ce milieu sont très peu à même d'identifier les signes de toxicité aiguë liée aux drogues, ce qui conduit à retarder l'examen et la prise en charge des personnes victimes de malaise, augmentant ainsi les risques de morbidité et de mortalité.

Le Projet Euro-DEN fut divisé en trois Groupes de travail (WS). Le Groupe de travail 0 concernait la gestion générale du projet, le Groupe de travail 1 portait sur les services d'urgences (ER) et sur les données liées aux drogues issues de ces dernières, et le Groupe de travail 2 concernait le programme de formation destiné aux professionnels des lieux de divertissement; les groupes de travail 1 et 2 ont été divisés en deux axes de travail désignés par le terme « activités ». Le Groupe de travail 0 fut mené par le centre du Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, à Londres au Royaume-Uni, centre principal du projet, avec le support des membres du Groupe de Pilotage de l'Hôpital Universitaire d'Oslo en Norvège, par l'Hôpital Universitaire Son Espases à Palma de Majorque en Espagne, et avec le soutien de l'OEDT (Roumen Sedefov, Head of Unit, Supply Reduction and New Trends Unit et Isabelle Giraudon, Scientific Analyst, Health Consequences).

La première activité du Groupe de travail 1 (WS1A1) servant de base au projet, a consisté en une étude destinée à déterminer le type de données systématiques pouvant être collectées et rapportées quant aux présentations en services d'urgence dues à une toxicité aiguë associée aux drogues récréatives

classiques et aux NPS. L'objectif du deuxième type d'activité (WS1A2), fut de développer un fichier de données minimales représentatif, incluant les paramètres nécessaires à l'intégration du maximum de caractéristiques cliniques associées à la toxicité aiguë induite par la consommation de drogues/NPS, ainsi que de déterminer les profils cliniques. La troisième activité (WS1A3), fut une étude estimative menée sur 12 mois par le réseau Euro-DEN, à l'aide du fichier de données minimales établies par le WS1A1, afin d'identifier les drogues /NPS à l'origine des admissions aux services des urgences à travers l'Europe, les profils cliniques associés aux cas de toxicité aiguës pris en charges et le bilan de ces présentations.

La première activité du Groupe de travail 2 (WS2A1) a consisté à développer un programme de formation portant sur les formes de toxicité aiguë pouvant être induites par les drogues/NPS, ainsi que le développement et la finalisation de lignes directrices permettant d'identifier les personnes présentant d'importants signes de toxicité aiguë liée aux drogues, et nécessitant une prise en charge médicale urgente. La seconde activité (WS2A2) a, elle, consisté en une étude de faisabilité sur la distribution de la formation destinée au personnel des lieux de divertissement en Europe.

Groupe de travail 1 Activité 1 (WS1A1)

Un article, approuvé par un comité scientifique et ayant fait l'objet d'une publication dont seul un bref résumé est fourni ci-dessous, décrit les méthodes utilisées et les résultats tirés de cette activité (Heyerdahl, Hovda et al. 2014).

Objectifs

Cette activité avait pour objet de déterminer la qualité et l'exhaustivité des données nationales européennes relatives aux admissions en service d'urgences, et associées aux dommages causés par les drogues (cas de toxicité aiguë).

Méthodologie

Trois types d'approches ont été adoptés afin de parvenir à un système de collecte systématique des données relatives aux drogues/NPS en Europe.

- i. Une recherche documentaire a été menée sur PubMed, de par l'utilisation des mots clefs suivants: (*consommation de drogue et rue, stupéfiants, drogues récréatives, drogues de synthèse, drogues psychoactives, hallucinogènes*) combinés avec (*services d'urgences, service des urgences, hôpital, overdose, intoxication*). Les recherches se sont limitées aux articles publiés au cours des 10 dernières années et aux langues parlées par les auteurs du projet (bulgare, danois, anglais, français, norvégien, portugais, espagnol et suédois) et ont exclu ceux concernant des cas individuels, des séries de cas, et les articles n'étant pas à proprement parler relatifs à des données cliniques ou à une collecte systématique de données cliniques.
- ii. Un questionnaire a été distribué en juillet 2013 aux 30 experts nationaux désignés comme points focaux de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Envoyé par email via le service en ligne Survey Monkey®, le questionnaire a permis d'établir s'il existait un système de collecte de données systématiques, en quoi il consistait et quels types de données pouvaient être collectés à propos des cas de toxicité aiguë présentés aux services d'urgence et associés aux drogues récréatives classiques et/ou aux NPS au niveau national ou régional.
- iii. Euro-DEN, l'OEDT et additionnellement les réseaux personnels des membres du Groupe de Pilotage Euro-DEN ont été également sollicités pour identifier les exemples actuels de meilleures pratiques en matière de collecte de données liées à la toxicité aiguë induite par les drogues récréatives et NPS .

Résultats

Sur les 21 articles jugés comme pertinents pour l'examen du phénomène, seul un d'entre eux (Wood, Greene et al. 2013) définit un mode structuré de collecte de données liées aux présentations aux services d'urgence associées à une toxicité aiguë induite par les drogues et NPS.

Trente-cinq réponses complètes ont été renvoyées par 27 (90%) des 30 pays auxquels ont été envoyé le questionnaire via SurveyMonkey[®]. Sur les 8 pays ayant renvoyé deux questionnaires, les données du questionnaire le plus complet ont été utilisées. Quatorze pays (52%) n'ont pas recensé de système de collecte de données systématiques sur les cas de toxicité en service d'urgence induites par les drogues récréatives classiques ou les NPS. Quinze pays (56%) ne collectent pas du tout les données au niveau régional.

Plusieurs exemples de meilleures pratiques liées à la collecte systématique de données sur la toxicité des drogues (mais n'incluant pas nécessairement les NPS), ont été identifiés aux Pays Bas, en Espagne et en République Tchèque. Le système néerlandais MDI (Monitor Drugs Incidenten), permet depuis 2009 la collecte de données auprès des services d'ambulance, des services d'urgence et autres ainsi que sur les cas d'urgences liés aux drogues. Depuis 1987, l'Indicateur d'Urgences de l'Observatoire Espagnol des Drogues procède à une collecte de données en réexaminant les cas des services d'urgences d'hôpitaux sentinelles. Un système similaire d'observation auprès d'hôpitaux sentinelles également pratiqué en République Tchèque, ses ont été décrits dans une des revues de l'OEDT (OEDT 2014 b).

Globalement, il a été établi qu'un nombre limité de données systématiques avaient été collectées et qu'il existait divers systèmes de collecte d'information en place, issus d'une grande diversité de sources telles que les services d'urgence, les centres antipoison et les services d'urgence pré hospitaliers. Ces systèmes reposaient sur les déclarations du patient quant à sa propre consommation de drogue et/ou dans le cadre des soins habituels dispensés au patient, sur l'extraction des données à partir de bases de données cliniques, expliquant que les effets potentiellement liés aux NPS n'étaient pas identifiés et ne faisaient pas l'objet d'une analyse systématique. Les systèmes identifiés se sont révélés utiles dans le suivi des tendances en termes de consommation de drogue, particulièrement de drogues récréatives classiques, mais il fut difficile de comparer les informations envoyées par les différents pays, et il une sous-estimation de la consommation de drogue et des dommages causés par cette dernière est fortement envisageable.

Groupe de travail 1 Activité 2 (WS1A2)

Objectifs

L'objectif de cette activité fut de développer un fichier de données minimales représentatif permettant d'identifier, de contrôler et de réagir aux nouvelles tendances et caractéristiques des effets associés aux drogues/NPS.

Méthodologie

Une étude pilote antérieure financée par l' OEDT [OEDT CT.08.EPI.042.1.0] et menée en 2008 par les centres de Londres et de Majorque du Projet Euro-DEN (Dargan and Wood 2009), avait permis d'établir les fondations de la portée élargie et du fichier de données minimales du Projet Euro-DEN. Les rapports annuels de 2009 à 2013 de l'OEDT ont permis de connaître les tendances en matière de consommation de drogues en Europe. Les informations disponibles sur les NPS sont, elles, tirées du Système d'alerte précoce de l'Union Européenne via une recherche dans la Base de données Européenne sur les Nouvelles Drogues (European Database on New Drugs, EDND). Ces données ont été utilisées afin d'anticiper les profils cliniques susceptibles d'être rencontrés dans des cas de toxicité induite par des NPS et d'aboutir à la création d'un fichier de données minimales.

Résultats

D'un point de vue clinique, la collecte de données relatives aux profils des potentiels cas de toxicité liés aux drogues identifiées et aux nombreux groupes de nouvelles drogues fut supposée permettre

d'identifier l'agent stimulant des principales substances individuelles aux effets hallucinogènes ou sédatifs. Les champs spécifiques de toxicité cérébrale et de symptômes neuropsychiatriques ont été insérés dans le fichier de données minimales afin de répondre au problème reconnu de toxicité additionnelle des NPS. Les champs relatifs aux signes vitaux, symptômes apparents, paramètres des laboratoires et diagnostiques de l'ECG, ont été ajoutés afin de permettre d'englober le maximum d'épisodes cliniques toxiques possibles. Afin de faciliter l'entrée de données et leur analyse, un menu déroulant a été créé pour les variables nominales (soit les signes cliniques) et dichotomes (soit l'historique de la consommation) et des champs de texte libre ont été ajoutés pour les variables quantitatives telles que la tension artérielle. Des champs supplémentaires permettant des réponses ouvertes en matière d'identification de phénomènes cliniques isolés ou inattendus ont également été insérés. Les champs liés au bilan et au traitement ont été considérés utiles dans l'examen de la gravité des présentations, de même que l'implication de ces dernières en termes de coûts financiers. Une part entière de la collection de données a été dédiée à la sédation dans les cas d'agitation/agressivité causées par les drogues récréatives /NPS afin de fournir une perspective européenne sur ce sujet de polémique.

Au vu de la liste exhaustive de substances potentielles, de l'absence de système de codage universel et la sensibilisation sur la nature incertaine des réactions des individus présentant des signes de toxicité aiguë, il a été convenu que le fichier de données minimales aurait recours à des réponses sous forme de texte libre afin de recenser la/les substance(s) à l'origine de chaque présentation. Une copie de la feuille de calcul Excel® contenant le fichier de données minimales a été utilisée pour la collecte de données dans chacun des centres Euro-DEN, comme le montre l'Annexe 3.

Groupe de travail 1 Activité 3 (WS1A3)

Objectifs

L'objectif de cette activité fut d'établir un réseau de centres sentinelles et, à l'aide du fichier de données minimales, de collecter les données systématiques relatives aux dommages (toxicité aiguë, dommages) associés aux drogues récréatives et NPS.

Méthodologie

Définition de cas

En vue de la collecte des données du Projet Euro-DEN, la définition de cas suivante a été utilisée:

“Un individu se présentant en nécessitant la prise en charge d'un service de soins intensifs avec des symptômes et/ou des signes correspondant à une toxicité aiguë induite par des drogues récréatives et/ou directement associée à une consommation récréative de drogue. Les patients initialement diagnostiqués pour une intoxication uniquement induite par l'éthanol seront exclus (bien que ceux ayant également ingéré de l'éthanol et se présentant pour un cas de toxicité induite par une drogue récréative seront pris en compte)”.

Définition de drogue récréative

La drogue récréative a été définie comme un *“composé psychoactif consommé dans un contexte récréatif, et non à des fins médicales ou professionnelles ou dans le cadre d'une autodestruction (délibérée)”*. Les types de drogues, agents ou procédés inclus étaient:

- Les prévisions de drogues récréatives établies (drogues récréatives classiques)
- Nouvelles substances psychoactives (NPS)
- Plantes, champignons ou naturopathie et médecine douce
- Consommation de médicaments sur prescription ou en vente libre à des fins récréatives
- Consommation de produits industriels et/ou domestiques tels que des solvants, carburants, etc. à des fins récréatives

L'identification des drogues récréatives associées aux présentations fut basée sur un des éléments suivants ou une combinaison de ces derniers, soit:

- les déclarations du patient quant à sa propre consommation;
- les informations récupérées auprès des témoins;
- l'opinion du médecin examinant le patient ; et/ou
- du toxicologue contrôlant la saisie des données/ l'enregistrement des cas

En outre, certains centres procèdent régulièrement à une analyse sanguine et/ou au prélèvement d'échantillons d'urines lorsque la consommation de drogue est suspectée. Si disponibles dans le cadre de soins cliniques routiniers, les résultats de ces derniers ont été enregistrés dans le fichier de données.

Critère établissant les cas à inclure

Tout cas impliquant un patient présentant des symptômes et/ou des signes correspondant à une toxicité aiguë induite par des drogues récréatives et/ou directement associée à une consommation récréative de drogue, a été inclus dans le processus de collecte de données. Cela comprenait les patients conduits aux services d'urgence en raison de craintes liées à un épisode aiguë de consommation de drogue ou ayant subi un malaise avant leur arrivée aux urgences, tels que des convulsions dans une boîte de nuit, même s'ils ne présentaient aucun signe clinique particulier lors de leur examen médical. Les symptômes cliniques décrits par les patients ou par les témoins des faits ont été enregistrés.

Critère établissant les cas à exclure

Ont été exclus de la collecte de données les patients reçus aux urgences et présentant un des signes suivants:

- Ingestion ou intoxication due uniquement à l'alcool, incluant les cas de boissons contaminées (boissons dans lesquelles une substance a été ajoutée à l'insu de la victime), lorsque le patient ne présentait aucun symptôme de toxicité aiguë induite par une drogue récréative
- Symptômes et signes conformes à un autre examen médical n'établissant pas de lien avec une toxicité aiguë induite par une drogue récréative
- Blessure liée à un traumatisme, à l'exception des traumatismes directement causés par la consommation de drogue (par exemple suite à des hallucinations)
- Sevrage de drogue ou d'éthanol
- Complications secondaires dues à une consommation de drogue chronique (par exemple les foyers infectieux liés aux injections, infections virales (VIH/VHB/VHC), endocardites) sans qu'il n'y ait eu de preuve d'une toxicité aiguë induite par une drogue récréative
- Complications secondaires causées par les complications antérieures aiguës dues à une consommation de drogue (par exemple une attaque antérieure causée par une hémorragie intracrânienne ou une présentation avec un cas de pneumonie par aspiration)
- Transfert d'un individu au service des urgences pour que lui soient prodigués des soins autres que ceux du projet (par exemple pour des soins intensifs, une opération chirurgicale...) et non pour un premier examen en service d'urgence.

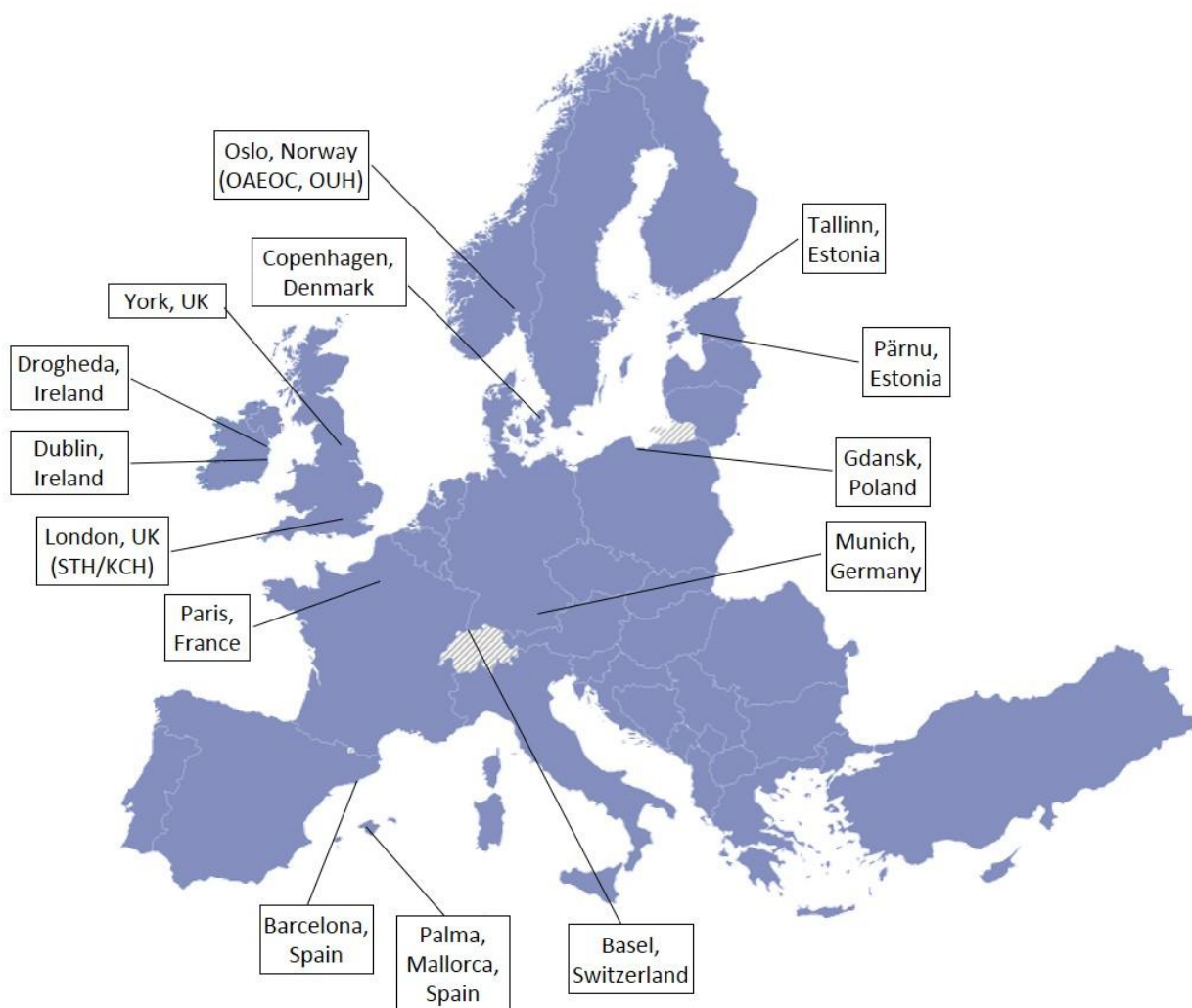
Collecte des données

Le principal centre Euro-DEN fut le Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust à Londres au Royaume Uni, a coordonné la collecte des données partagées par les 16 centres sentinelles ayant participé au Projet Euro-DEN (l'annexe 1 fournit une brève description de chacun des centres apparaissant sur la carte du schéma 1), soit :

- Service des urgences, Unité de Toxicologie Clinique, Hospital Clinic, Barcelone, Espagne

- Département de Pharmacologie et Toxicologie Clinique, University Hospital Basel, Bâle, Suisse
- Service des urgences, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Danemark
- Service des urgences, Our Lady of Lourdes Hospital, Drogheda, Irlande
- Service des urgences, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Irlande
- Centre Poméranien de Toxicologie Clinique (PCT), Medical University of Gdansk, Gdansk, Pologne
- Toxicologie Clinique et Service des urgences, St Thomas' Hospital, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust and King's Health Partners, Londres, Royaume Uni (Londres STH)
- Service des urgences, Kings College Hospital, King's College Hospital NHS Foundation Trust and King's Health Partners, Londres, Royaume Uni (Londres KCH)
- Service des urgences et Unité de Toxicologie Clinique, Hospital Universitari Son Espases, Majorque, Espagne
- Département de Toxicologie Clinique, Technical University of Munich, Munich, Allemagne
- Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic, Service général des urgences, City of Oslo Health Agency, Oslo, Norvège (Oslo OAEOC)
- Services de soins intensifs, Oslo University Hospital, Oslo, Norvège
- Service des urgences, Hôpital Lariboisière, Université Paris-Diderot, Paris, France
- Service des urgences, Pärnu Hospital, Pärnu, Estonie
- Service des urgences, York Hospital, York Teaching Hospital NHS Foundation Trust, York, Royaume Uni
- Service des urgences, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonie

Schéma 1: Carte représentant les centres sentinelles de collecte de données du projet Euro-DEN



Les centres sentinelles ont collecté un ensemble de données minimales, développées dans le WS1A1 à partir de chacun des cas leur ayant été présenté sur une période de 12 mois, soit du 1^{er} octobre 2013 au 31 septembre 2014, permettant ainsi de remplir le critère énoncé ci-dessus. Des feuilles de calcul pré-formatées au format Excel[®] ont été circulées bimensuellement par le centre principal de Londres, qui a également procédé à l'analyse comparative de ces feuilles de calcul. Un numéro unique a été attribué à chacune des présentations Euro-DEN et les centres ont créé distinctement des feuilles de calcul correspondant à ces numéros et contenant les éléments permettant d'identifier les patients, afin de garantir le fait qu'aucune information de nature sensible ou tendant à permettre de reconnaître les individus n'apparaisse dans le fichier de données, tout en permettant la traçabilité de la présentation, si nécessaire. Chaque centre a obtenu l'approbation au niveau local de l'entité en charge du respect de l'éthique pour la collecte des données au sein de leur institution. Ce processus a été facilité par le fait qu'aucune autre donnée que celles faisant habituellement partie de l'examen médical n'a été utilisée pour ce projet.

Chaque feuille de calcul contenant le fichier de données minimales (Annexe 3) était composée de six feuilles de travail, et fut utilisée afin de collecter les données par mois civil dans chacun des centres Euro-DEN. La première feuille de travail fournissait des données démographiques et les résultats détaillés des bilans ont été enregistrés, tels que la date et l'heure des présentations et de la sortie de l'hôpital, le sexe, le lieu de domicile, le lieu où le patient a été envoyé après sa sortie de l'hôpital et s'il est décédé à l'hôpital. La seconde feuille de travail fournissait les détails de l'exposition à la substance,

c'est-à-dire le lieu et le moment où la drogue fut consommée. Les observations initiales faites lors de l'arrivée à l'hôpital ont été enregistrées sur la troisième feuille de travail, tandis que les tendances cliniques ont été enregistrées sur la quatrième feuille de travail. Les types de soins reçus avant et à l'hôpital, et le type de sédation reçu par le patient si tel fut le cas, furent respectivement enregistrés sur les cinquièmes et sixièmes feuilles de travail. Afin de conserver une certaine cohérence, la plupart des cellules disposent d'une liste déroulante à partir de laquelle des réponses spécifiques ont été sélectionnées. La fonction de saisie de texte libre a été utilisée pour le nom des agents, les observations initiales, l'âge et le laboratoire d'analyse utilisé. Une zone de texte libre a également été créée pour permettre l'ajout de commentaires relatifs aux cas. Une procédure normale d'opération (PSO) fut rédigée afin de faciliter le processus de collecte de données. En plus de critères d'inclusion et d'exclusion, les réponses prédéterminées et tous les champs de données ont été définis dans le PSO.

Bilan

Nombre de présentations rapportées

Au total, 5529 présentations ont été rapportées au cours des 12 mois de collecte de données (schéma 2). Les tableaux 1 à 3 montrent le nombre de cas rapportés chaque mois par chaque centre, ainsi que la proportion des cas pris en charges et liés à une toxicité aiguë induite par une drogue récréative/NPS dans chacun des centres. Le médian fut 0.3% (écart interquartile 0.2-0.7%) sur une échelle de 0 à 2.8%. Étant donné que le centre de Gdansk n'est pas dans une institution équipée d'un service des urgences, et que les schémas suivants ne concernent que les présentations liées à des cas relevant de la toxicologie, les présentations issues de ce dernier n'ont pas été prises en compte pour cette analyse.

L'importante variation constatée quant au nombre de présentations rapportées reflète l'ampleur et la mixité des personnes résidant dans les régions urbaines et semi-rurales desservies par les centres, de même que leurs fonctions. L'Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic (OAEOC) consiste en une unité de premier soins d'urgence dotée d'options de traitement limitées et, de ce fait, diffère des autres centres qui sont tous des services d'urgences et/ou des unités cliniques spécialisées en toxicologie dotées d'une diversité d'options de traitement. Cette variation constitue une des forces du réseau et permet l'obtention d'un ensemble de données reflétant l'exacte dimension européenne. Cependant, étant donné que les présentations reportées pour d'une minorité de centres influent sur la prépondérance des données globales, certains résultats sont présentés par centre.

Schéma 2: Nombre total de présentations en situation de toxicité aiguë induite par les drogues/NPS rapportées par mois et par centre, et total annuel par centre

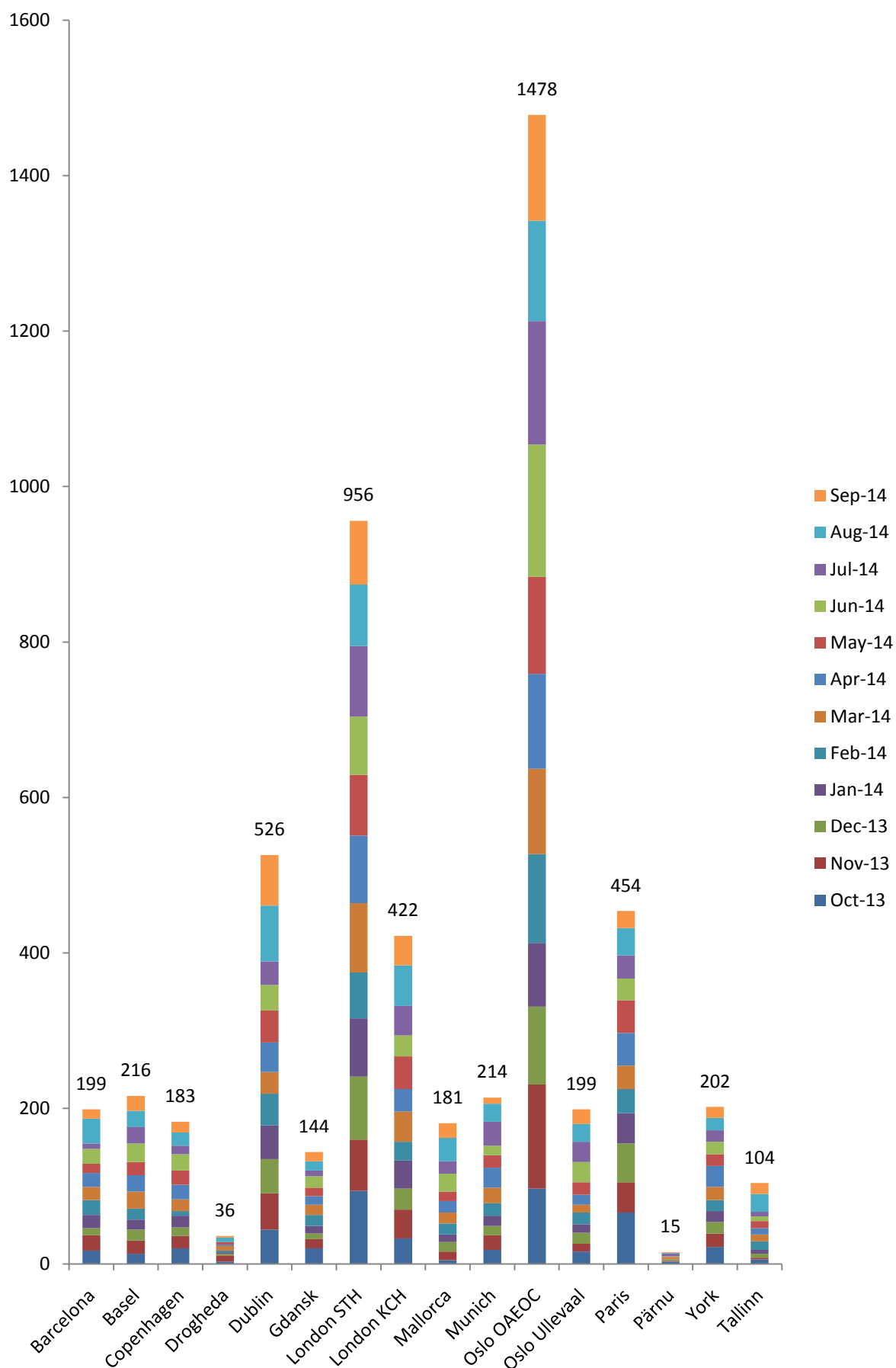


Tableau 1. Présentations aux centres Euro-DEN entre octobre 2013 et janvier 2014, et nombre total de présentations aux services d'urgence (toutes causes confondues)

Centre	Mois											
	01- Octobre 2013			02- Novembre 2013			03- Décembre 2013			04- Janvier 2014		
	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN
Barcelone	17	6625	0.26	20	6755	0.30	9	6905	0.13	17	6996	0.24
Bâle/Basel	13	3826	0.34	17	3637	0.47	14	4046	0.35	13	3836	0.34
Copenhague	20	4240	0.47	16	3999	0.40	11	3795	0.29	15	6317	0.24
Drogheda	3	4498	0.07	8	4207	0.19	2	4412	0.05	2	4455	0.04
Dublin	44	3685	1.19	47	3549	1.32	44	3779	1.16	43	3724	1.15
Gdansk	20	126	n/a	12	119	n/a	7	71	n/a	10	82	n/a
Londres STH	94	11656	0.81	66	11456	0.58	81	11430	0.71	75	10866	0.69
Londres KCH	33	11269	0.29	37	11050	0.33	27	11015	0.25	36	10958	0.33
Majorque	5	7517	0.07	11	6577	0.17	12	7297	0.16	10	7907	0.13
Munich	18	1037	1.74	19	969	1.96	12	1014	1.18	13	1037	1.25
Oslo OAEOC	97	11016	0.88	134	12999	1.03	100	13379	0.75	82	13051	0.63
Oslo Ullevaal	16	2567	0.62	10	2500	0.40	14	2540	0.55	11	2556	0.43
Paris*	66	-	-	39	-	-	50	-	-	39	-	-
Pärnu	3	2181	0.14	1	2082	0.05	2	2141	0.09	0	2046	0.00
York	22	7251	0.30	17	6526	0.26	15	6705	0.22	14	6276	0.22
Tallinn	6	5812	0.10	2	5905	0.03	5	6064	0.08	5	5987	0.08
Total mensuel des cas Euro-DEN	477			456			405			385		

* Total mensuel des données relatives aux services d'urgence indisponible

Tableau 2. Présentations aux centres Euro-DEN entre février 2014 et mai 2014 et nombre total de présentations aux services d'urgence (toutes causes confondues)

Centre	Mois											
	05- Février 2014			06- Mars 2014			07- Avril 2014			08- Mai 2014		
	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence/ unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence/ unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence/ unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence/ unité	% Euro-DEN
Barcelone	19	6486	0.29	17	7171	0.24	18	6852	0.26	12	7002	0.17
Bâle	14	3601	0.39	22	4135	0.53	21	4076	0.52	17	4148	0.41
Copenhague	6	6337	0.09	15	7122	0.21	19	7241	0.26	18	7276	0.25
Drogheda	2	4194	0.05	6	4660	0.13	2	4514	0.04	3	4711	0.06
Dublin	41	3735	1.10	28	4013	0.70	38	4003	0.95	41	4054	1.01
Gdansk	14	85	n/a	13	106	n/a	11	114	n/a	11	103	n/a
Londres STH	59	10365	0.57	89	12278	0.72	87	11379	0.76	78	12312	0.63
Londres KCH	24	10201	0.24	39	12212	0.32	29	11537	0.25	42	11950	0.35
Majorque	14	6912	0.20	14	7515	0.19	15	7515	0.20	12	7866	0.15
Munich	16	884	1.81	20	997	2.01	26	1039	2.50	16	1056	1.52
Oslo OAEOC	114	12267	0.93	110	14367	0.77	122	13916	0.88	125	13761	0.91
Oslo Ullevaal	15	2264	0.66	10	2697	0.37	13	2431	0.53	16	2659	0.60
Paris*	31	-	-	30	-	-	42	-	-	42	-	-
Pärnu	0	2096	0.00	2	2150	0.09	0	2549	0.00	1	2616	0.04
York	14	6056	0.23	17	6867	0.25	27	6627	0.41	15	7181	0.21
Tallinn	11	5778	0.19	9	6378	0.14	8	6546	0.12	9	6886	0.13
Total mensuel des cas Euro-DEN	394			441			478			458		

* Total mensuel des données relatives aux services d'urgence indisponible

Tableau 3. Présentations aux centres Euro-DEN entre juin 2014 et septembre 2014 et nombre total de présentations aux services d'urgence (toutes causes confondues)

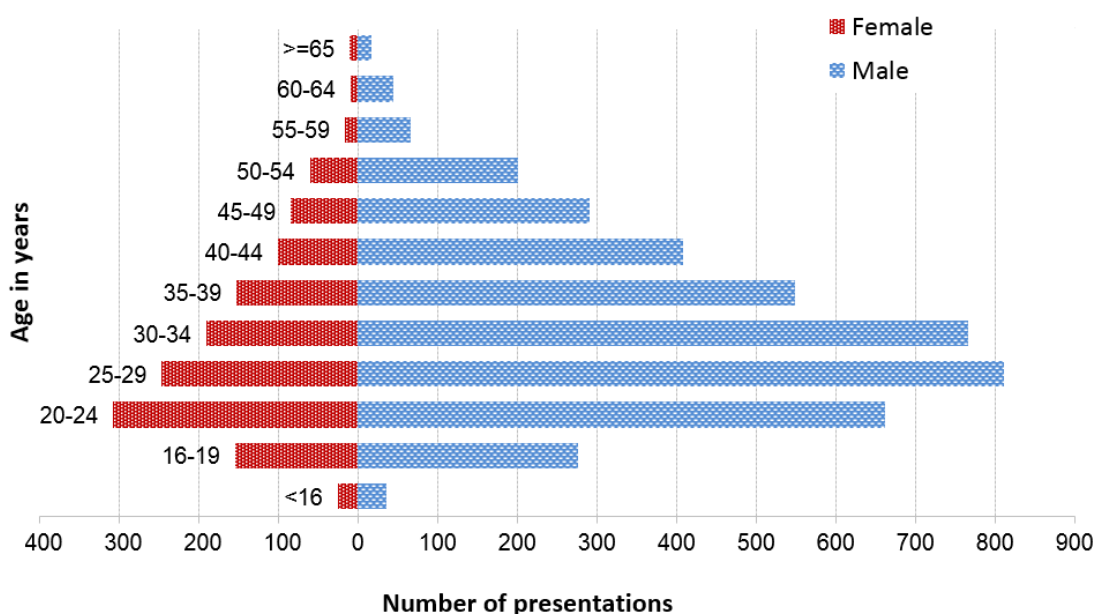
Centre	Mois												Total des cas Euro-DEN sur 12 mois
	09- Juin 2014			10- Juillet 2014			11- Août 2014			12- Septembre 2014			
	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence/ unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	Nombre de cas Euro-DEN	Total en service d'urgence /unité	% Euro-DEN	
Barcelone	19	7066	0.27	7	7331	0.10	32	7297	0.44	12	7511	0.16	199
Basel/ Bâle	24	4172	0.58	21	4021	0.52	21	4192	0.50	19	4077	0.47	216
Copenhague	21	7099	0.30	11	6109	0.18	17	6444	0.26	14	6180	0.23	183
Drogheda	0	4578	0.00	0	4420	0.00	6	4107	0.15	2	4434	0.05	36
Dublin	33	3969	0.83	30	4207	0.71	72	4047	1.78	89	4105	2.17	526
Gdansk	15	119	n/a	7	124	n/a	12	99	n/a	12	122	n/a	144
Londres STH	75	11958	0.63	91	12523	0.73	79	11454	0.69	82	11878	0.69	956
Londres KCH	27	12039	0.22	38	12074	0.31	52	11085	0.47	38	11849	0.32	422
Majorque	23	8131	0.28	16	8701	0.18	30	8867	0.34	19	8138	0.23	181
Munich	12	1040	1.15	31	1094	2.83	23	1098	2.09	8	989	0.81	214
Oslo OAEOC	170	14138	1.20	159	12950	1.23	129	13601	0.95	136	13873	0.98	1478
Oslo Ullevaal	26	2323	1.12	26	2347	1.11	23	2403	0.96	19	2421	0.78	199
Paris*	28	-	-	30	-	-	35	-	-	22	-	-	454
Pärnu	1	2715	0.04	3	3387	0.09	1	3030	0.03	1	2425	0.04	15
York	16	7180	0.22	15	7287	0.21	16	6757	0.24	14	6925	0.20	202
Tallinn	6	6866	0.09	6	7564	0.08	23	7636	0.30	14	6716	0.21	104
Total mensuel des cas Euro-DEN	496			491			571			477			5529

* Total mensuel des données relatives aux services d'urgence indisponible

Données démographiques

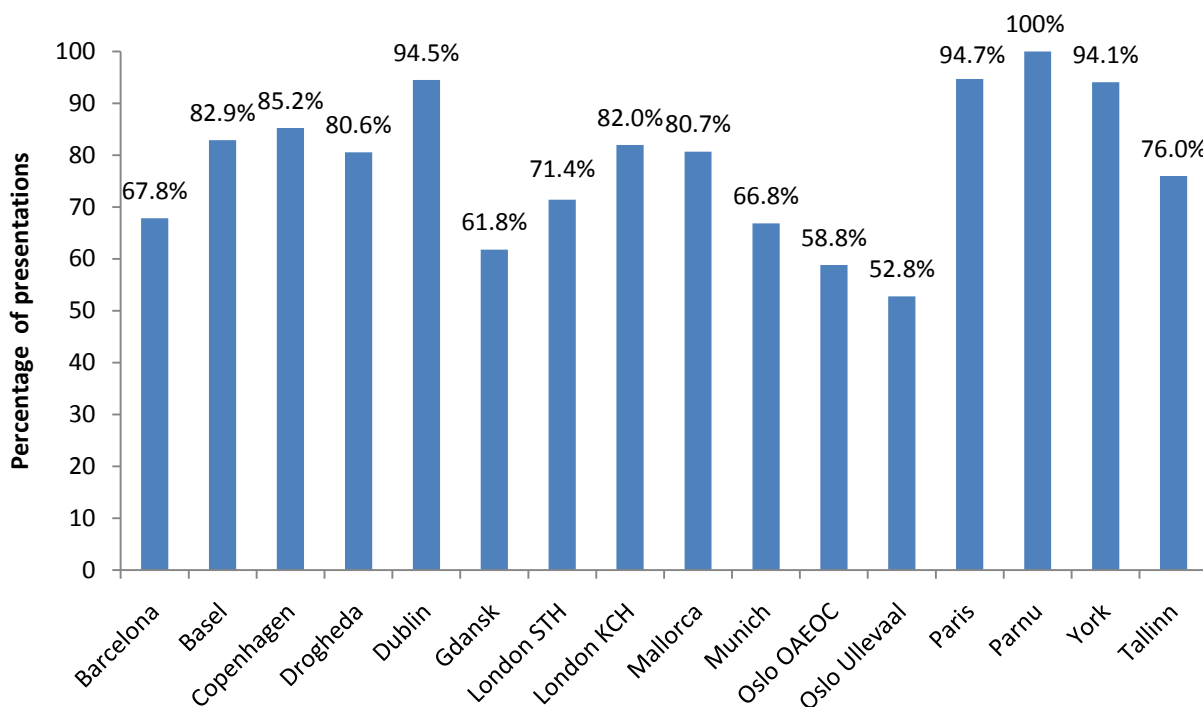
Le schéma 3 représente les données relatives à l'âge et au sexe des patients. La médiane (écart interquartile) fut de 31 ans (24-39, 11-90) et 75,4% des présentations concernait des hommes. Dans 46 cas (0,8%), l'âge était inconnu ou n'avait pas été enregistré. L'âge médian des hommes était de 31 ans (écart interquartile 25-39) tandis que celui des femmes était de 28 ans (écart interquartile 22-37). Certains centres n'ont pas traité les patients pédiatriques, ce qui peut avoir influé sur le nombre de présentations rapportées pour le sous-groupe des 16-18 ans. Le profil d'âge et de sexe de chaque centre apparaît dans l'aperçu des profils des centres.

Schéma 3. Tranche d'âge et sexe des patients



La plupart des individus (4091, 73,9%) résidaient dans la ville du centre Euro-DEN auquel ils ont présenté, 1 079 (19,5%) résidaient dans une autre ville et 201 (3,6%) étaient des ressortissants d'un autre pays. Dans 158 (2,8%) des présentations, le lieu de résidence était inconnu ou n'avait pas été enregistré. Il est important de souligner que près d'un cinquième des individus ne résidait pas dans la ville dans laquelle les soins ont été dispensés, au vu des implications cela peut avoir sur la planification des sorties de l'hôpital et sur le suivi médical. Les variations d'un centre à l'autre quant au fait que les personnes résidaient ou non dans la ville du centre Euro-DEN (toutes les autres destinations, dont celles inconnues/non enregistrées) sont significatives, comme le montre le schéma 4. Ce phénomène s'explique probablement par la taille de la zone de chalandise des alentours du centre de traitement, et par d'autres facteurs tels que la proximité d'un centre-ville dont les personnes en provenance d'autres régions fréquentent les bars ou les boîtes de nuit. Peu de variations ont été relevées au cours des 12 mois de collecte de données; le plus faible nombre de présentations concernant les résidents locaux a eu lieu au mois de juillet (68,0% des participations) et les plus importantes ont eu lieu au mois d'août (soit 77,2% des personnes prises en charge à cette période).

Schéma 4. Pourcentage par centre des présentations impliquant des résidents locaux



Heure et date des présentations

La proportion mensuelle et la date des présentations de l'ensemble des centres apparaissent dans les schémas 5 et 6. La plupart des présentations a eu lieu au mois d'août (571, 10.3%) et une plus faible quantité a eu lieu au mois de janvier (385, 7.0%). Le samedi était le jour où les présentations étaient les plus fréquentes (1020, 18.4%) et le mardi les moins courantes (667, 12.1%).

Schéma 5. Pourcentage des présentations mensuelles

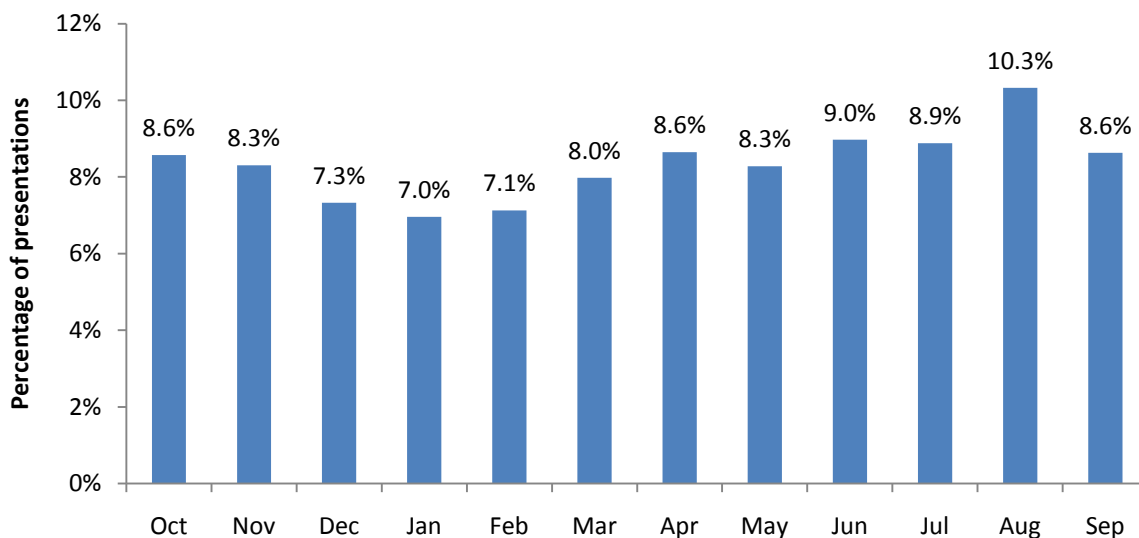
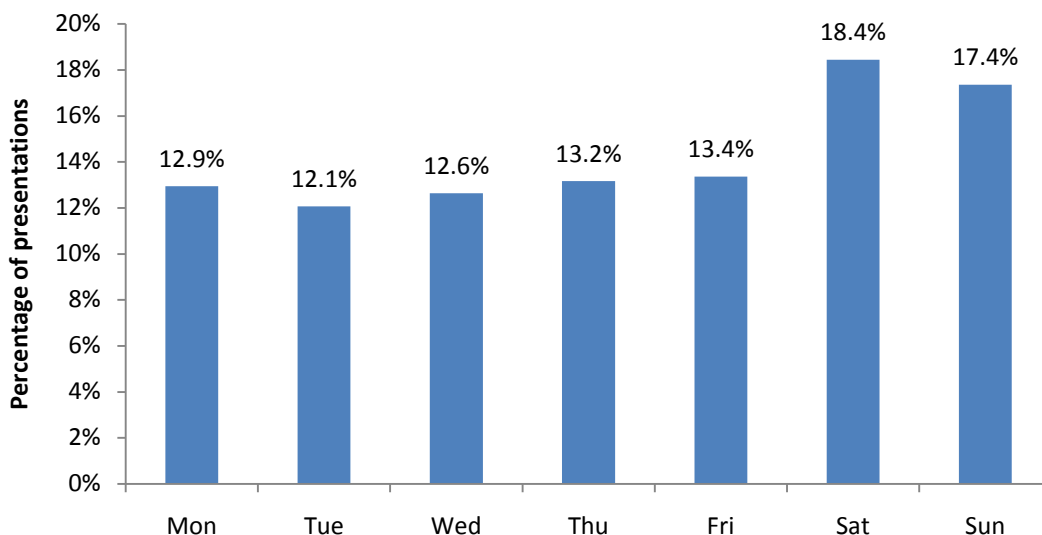
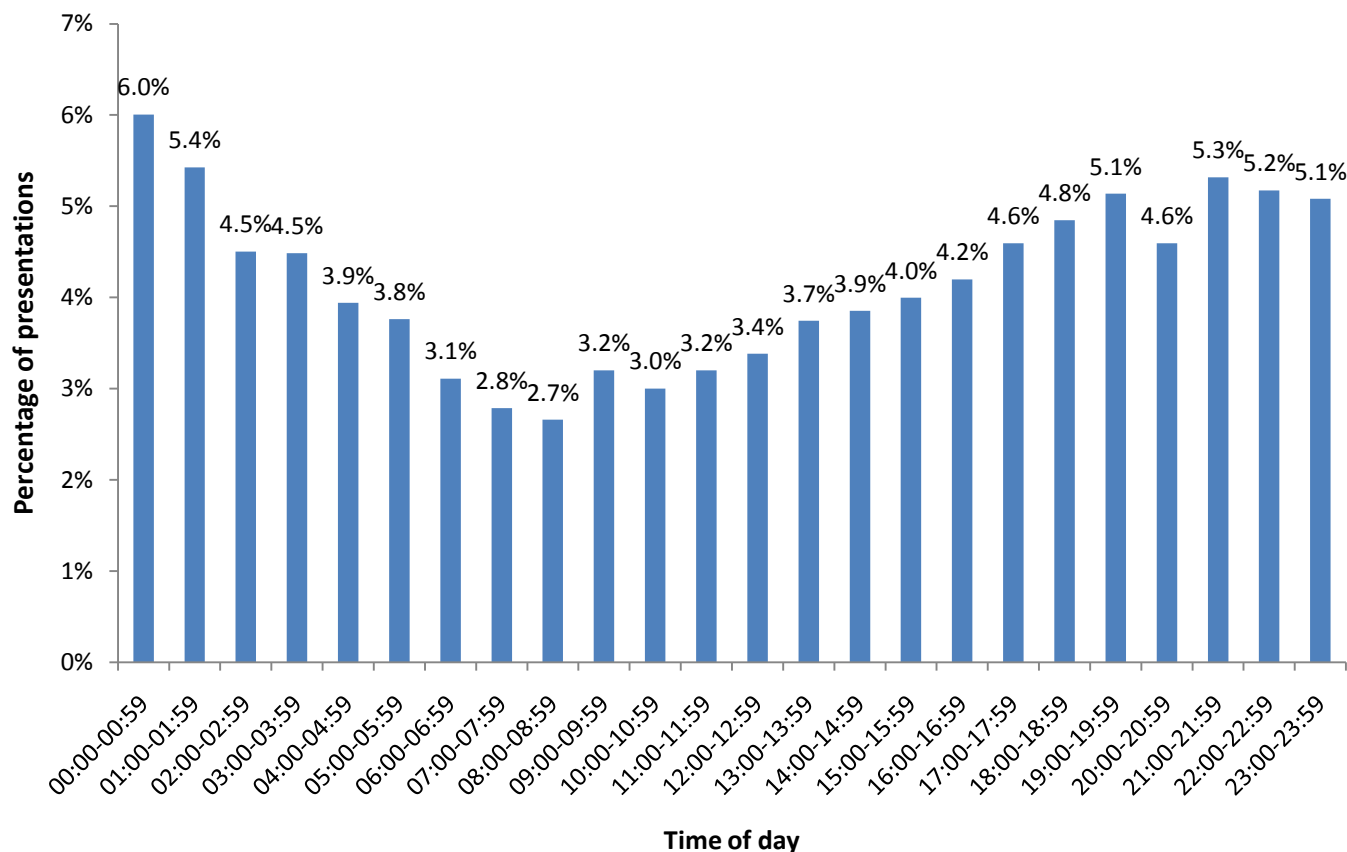


Schéma 6. Pourcentage des présentations par jour de la semaine



L'heure des présentations apparait dans le schéma 7, avec un pic entre minuit et une heure du matin (332, 6.0%) et un creux entre 8 heure et 8h59 du matin (147, 2.7%). Ces données indiquent qu'un nombre important de présentations a lieu en dehors des heures normales de travail, soit lorsque les professionnels de santé plus expérimentés sont susceptibles de ne pas être disponibles pour contribuer à la prise en charge de cas complexes. La définition des heures "normales" de travail varie d'un centre à l'autre, surtout en matière de services d'urgence ouverts 24 heures sur 24, cependant 2996 (54.2%) des présentations ont eu lieu entre 20h et 7h59 du matin.

Schéma 7. Pourcentage des présentations par tranche horaire



Drogues rapportées

Au total 8709 drogues ont été rapportées comme ayant été utilisées dans les 5529 présentations, la moyenne \pm de l'écart interquartile standard ayant été de 1.6 ± 0.97 . En excluant l'éthanol, 3349 (60.6%) des présentations n'ont impliqué qu'un seul agent, 1492 (27.0%) des cas ont impliqué deux agents, 471 (8.5%) des cas ont impliqué trois agents, 148 (2.7%) des cas ont impliqué quatre agents, 43 (0.8%) des cas ont impliqué cinq agents et 26 (0.5%) ont impliqué six agents. Le nombre total des occurrences ou le décompte des drogues (8709) est supérieur au nombre de présentations du fait de la consommation, dans certains cas, de plusieurs substances toxiques .

Dans 2145 (38.8%) présentations, l'éthanol fut ingéré en plus d'une autre substance, contrairement à dans 1128 (20.4%) autres présentations. Le fait que l'éthanol fut également ingéré ou non avec une autre substance n'a pas été rapporté dans 2256 (40.8%) présentations.

Les proportions des différents types rapportés de drogues consommées apparaissent dans les schémas 8 et le schéma 9 et le dernier en donne le "top 20".

Les drogues à usage récréatif les plus fréquemment rapportées furent l'héroïne, la cocaïne et le cannabis, et dans les NPS, les plus communément rapportées furent les cathinones méphédrone and méthédrone.

Les drogues sur prescription/ disponibles en vente libre les plus courantes furent le clonazépam et la méthadone. "L'autre" catégorie incluait des agents tels que le butane, la caféine et "agent psychotrope inconnu" et tout agent classé comme inconnu; ce qui ne prend pas en compte les agents partiellement identifiés tels que la "benzodiazépine inconnue" ou "l'opioïde inconnu".

Schéma 8. Types de drogues rapportées (N=8709)

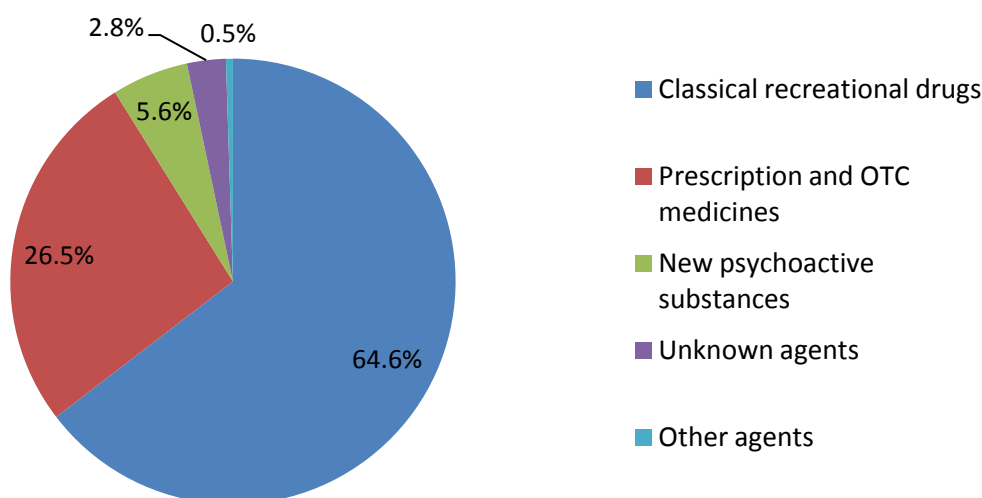
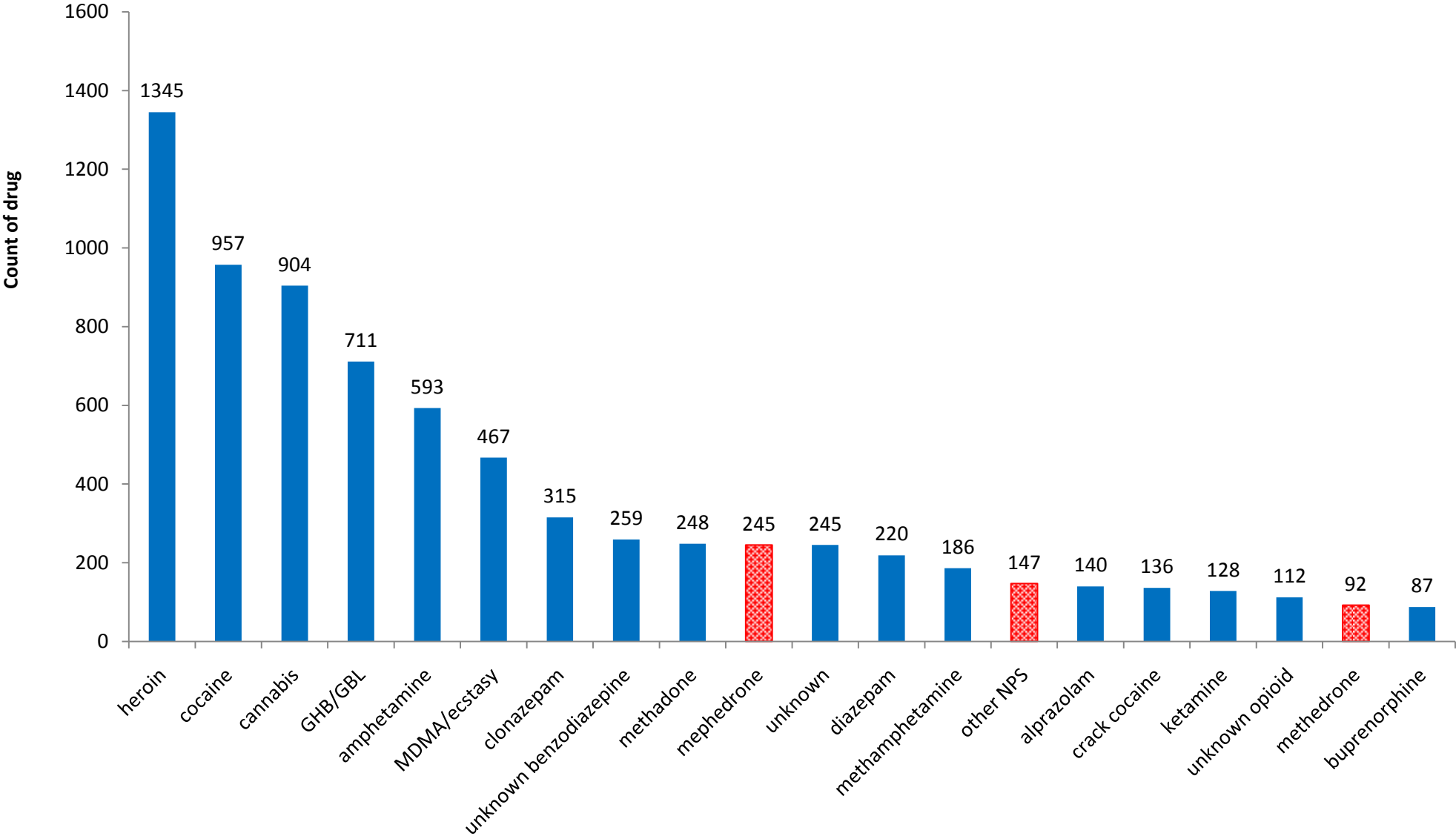


Schéma 9. "Top 20" des drogues les plus fréquemment rapportées avec une mise en exergue des NPS (n=8709 sur 5529 présentations)



Les grandes divergences dans le nombre de présentations rapportées par chaque centre (1478 à Oslo OAEOC à 15 à Pärnu) ont influencé les données. A titre d'exemple, 701 (52.1%) des 1345 présentations impliquant de l'héroïne sont venues du centre d'Oslo OAEOC; 293 (41.2%) des 711 présentations concernant GHB/GBL sont venues de Londres STH and 280 (88.9%) des 315 présentations relatives au clonazépam sont venues d'Oslo OAEOC. Afin d'illustrer cette variation, le tableau 4 établit la liste des présentations par centre pour les quatre types de drogue les plus fréquents et pour le type de NPS le plus courant.

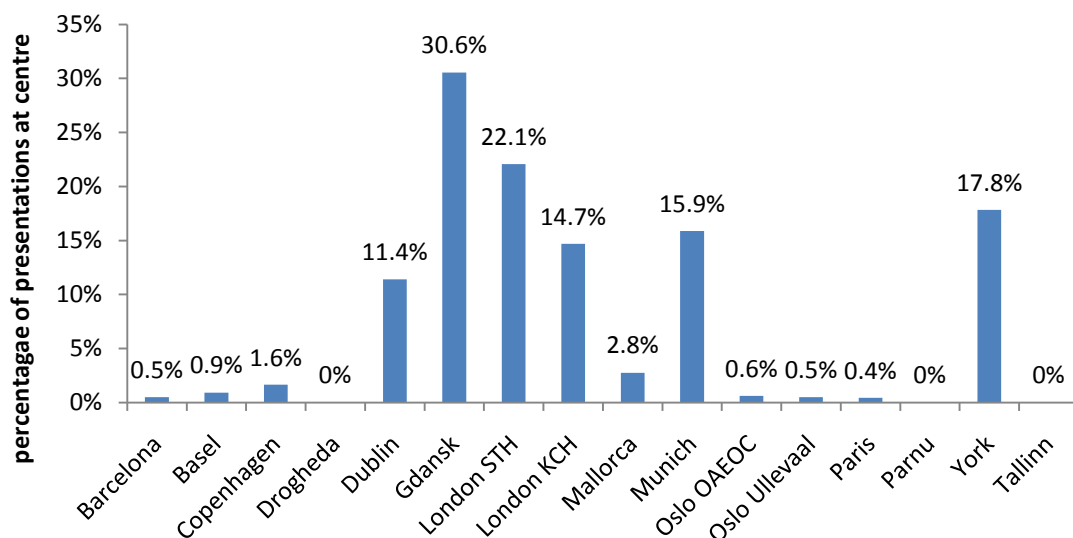
Tableau 4. Nombre de présentations par centre Euro-DEN pour les quatre drogues les plus fréquentes et pour la NPS la plus courante (méphédronne)

	Nombre total de présentations	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	GHB/GBL	Méphédronne
Barcelone	199	5	97	46	46	1
Basel/ Bâle	216	16	83	80	2	0
Copenhague	183	10	56	58	13	0
Drogheda	36	2	8	12	0	0
Dublin	526	171	102	61	3	57
Gdansk	144	14	6	18	2	9
Londres STH	956	111	171	96	293	126
Londres KCH	422	72	90	77	87	27
Majorque	181	41	94	37	1	0
Munich	214	36	26	67	14	2
Oslo OAEOC	1478	701	89	168	140	0
Oslo Ullevaal	199	58	23	27	87	0
Paris	454	17	83	97	11	0
Pärnu	15	0	1	3	1	0
York	202	91	16	27	0	23
Tallinn	104	0	12	30	11	0
Total	5529	1345	957	904	711	245

Nouvelles Substances Psychoactive (NPS)

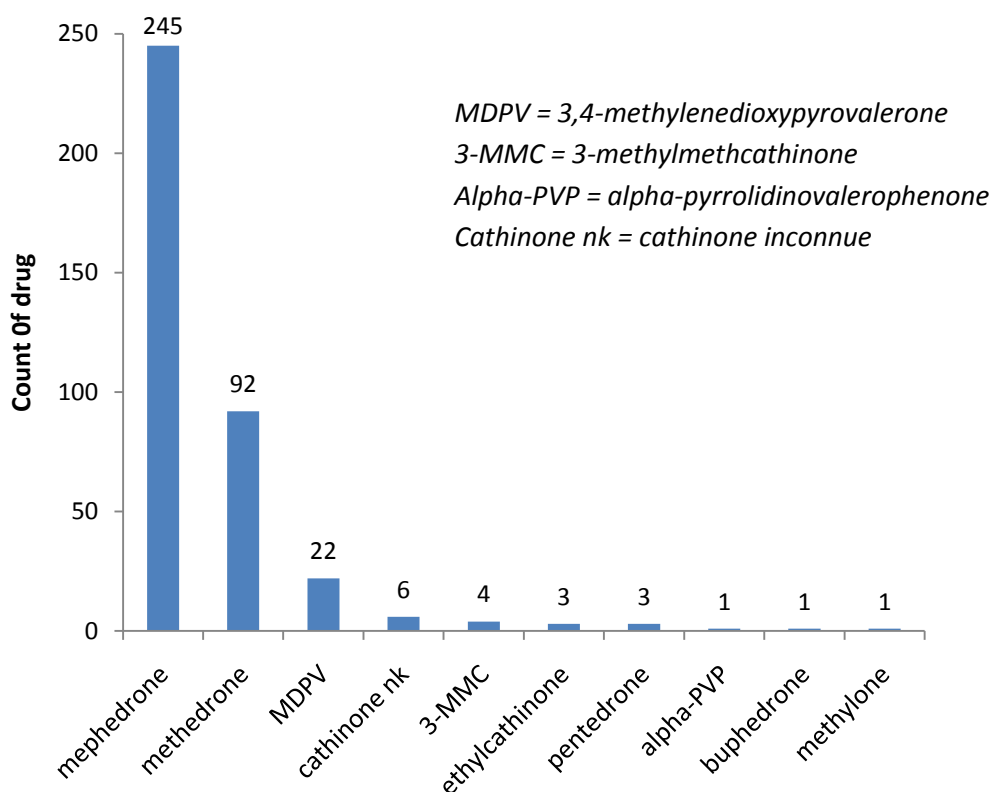
Dans l'ensemble, 470 présentations ont été associées à la consommation d'au moins une NPS. Comme le montre le Schéma 10, la répartition géographique des présentations liées aux NPS varie considérablement, allant de l'absence totale de présentation dans trois des centres, à plus de 20% du nombre total de présentations dans les centres de Gdansk (en majorité pour des cas impliquant les NPS labélisés) et de Londres STH (en majorité pour des cas impliquant la méphédronne et la méthédronne).

Schéma 10. Pourcentage du nombre total de présentations associées à la consommation d'un ou de plusieurs NPS



Le nombre total de NPS consommées dans les 470 présentations impliquant des NPS fut de 484. Les cathinones ont été les NPS les plus fréquemment rapportés (n=378), parmi lesquels la méphédronne fut la plus commune (n=245) comme le montre le schéma 11.

Schéma 11: Types de cathinones les plus fréquemment rapportés



Les 106 autres NPS rapportées dans les présentations apparaissent dans le schéma 5. Les NPS "labélisés" incluaient certains composés nommés tels que "sels de bain", "Blue Ghost", ou "NPS inconnus".

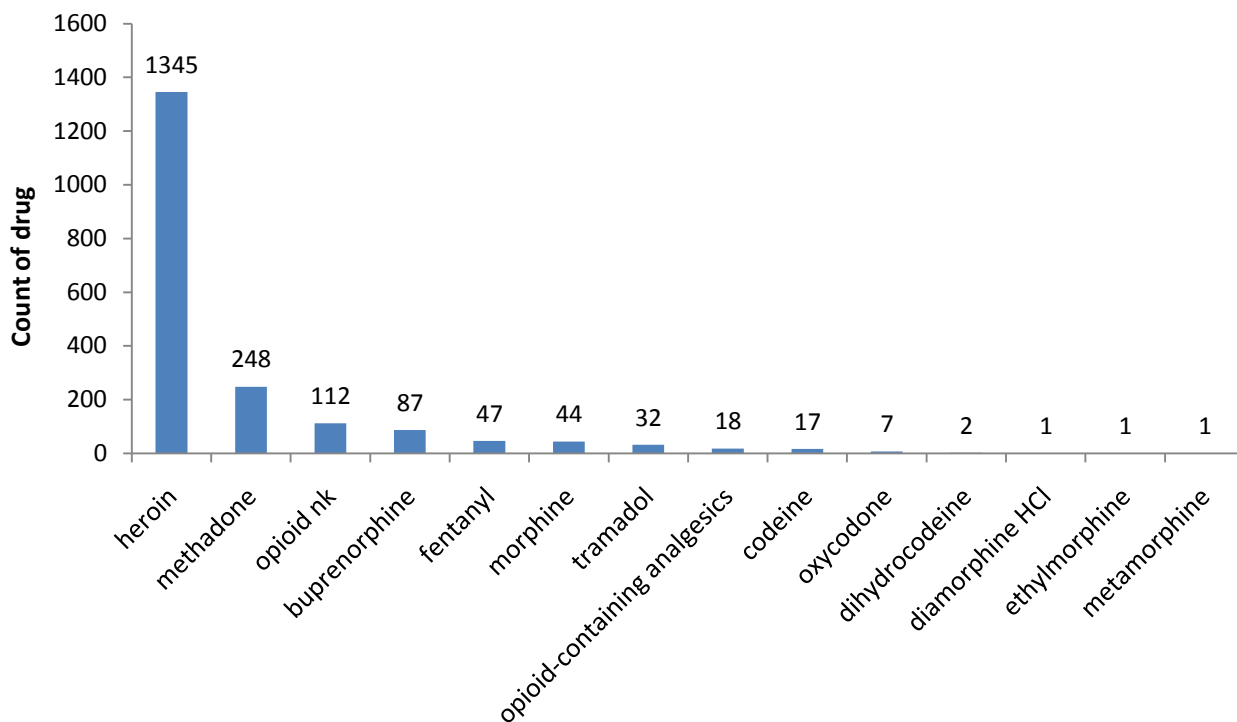
Tableau 5: Nombre de cas de consommation de NPS rapportés– à l’exception des cathinones

Type et nom de la NPS	Nombre de reports
NPS ‘labélisé’	48
Agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes (ASRC)	26
Phényléthylamines	17
• 2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl) ethylamine (2C-B)	3
• 2,5-dimethoxy-4-ethylphenethylamine (2C-E)	2
• 2,5-dimethoxy-4-(n)-propylphénéthylamine (2C-P)	2
• 4-ethylamphetamine (4-EA)	2
• 1-(4-ethoxy-3,5-dimethoxyphenyl) propan-2-amine (3C-E)	1
• 2,5-dimethoxy-4-iodophenethylamine (2C-I)	1
• 2,5-dimethoxy-4-chloroamphetamine (DOC)	1
• 2-fluoroamphetamine (2-FA)	1
• 4-fluoromethamphetamine (4-FMA)	1
• 4-methylthioamphetamine (4-MTA)	1
• 4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl) phénéthylamine (25I-NBOME)	1
• 2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl) éthanamine (25B-NBOME)	1
Tryptamines	7
• 5-methoxy-N-methyl-N-isopropyltryptamine (5-MeO-MiPT)	1
• alpha-méthyltryptamine (AMT)	1
• N, N-diméthyltrptamine (DMT)	5
Autres	8
• Ethylphénidate (Ethyl 2-phenyl-2-(piperidin-2-yl) acetate)	4
• Méthoxétamine (MXE)	3
• Méthoxphénidine (MXP)	1

Opioides, Benzodiazépines et “Drogues Z”

Sur l’ensemble des types d’opioïdes rapportés dans le schéma 12 incluant les composés analgésiques tels que le co-codamol, l’héroïne est la plus fréquemment rapportée. Sur un total de 47 cas de fentanyl, 24 proviennent du centre de Tallinn centre et 21 des cas de celui de Munich. Sur les 87 cas impliquant la buprénorphine, 29 concernent le centre de Munich, 27 le centre OAEOC d’Oslo et 21 des cas se rapportent au centre de Paris.

Schéma 12: Types d’opioïdes les plus fréquemment rapportés



Dans le groupe des médicaments sur prescriptions, les benzodiazépines furent les plus fréquemment rapportés et ces dernières correspondent également au groupe de drogues le plus fréquemment rapporté dans l’ensemble des données issues du Projet Euro-DEN (opioïdes 1962, benzodiazépines 1099, cocaïne/crack cocaïne 1093). Le schéma 13 montre l’ampleur de la consommation de benzodiazépines et inclut les “Drogues Z”, la zopiclone et le zolpidem (aucun cas de consommation de zaléplone n’a été reporté). Comme le montre le tableau 6, ces drogues ont été consommées dans tous les centres. Pourtant, certaines d’entre elles n’ont été rapportées que dans un nombre limité de centres et, même pour celles rapportées dans une majorité des centres, peu de centres en ont comptabilisé une proportion importante dans les présentations.

Schéma 13: Types de benzodiazépines et “drogues Z” les plus fréquemment rapportées

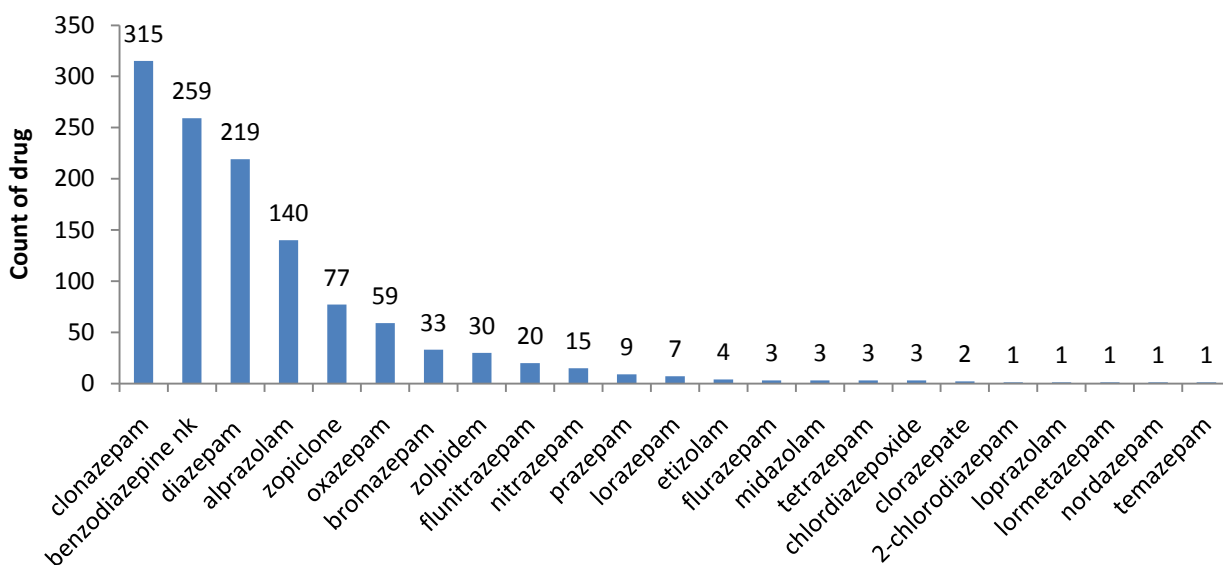


Tableau 6: Recensement par centre de la consommation de benzodiazépines et “drogues Z” prédéfinies

Centre	Nombre de présentations	Clonazépam	Diazépam	Alprazolam	Zopiclone	Oxazépam	Bromazépam
Barcelona	199	0	0	1	0	0	0
Basel	216	0	3	1	0	1	1
Copenhague	183	1	1	0	4	1	0
Drogheda	36	1	2	7	2	0	0
Dublin	526	0	21	7	23	0	0
Gdansk	144	1	1	1	0	0	0
Londres STH	956	4	18	2	4	0	0
Londres KCH	422	5	17	1	3	0	0
Majorque	181	1	4	20	0	0	0
Munich	214	0	1	0	0	0	1
Oslo OAEOC	1478	280	83	67	13	43	0
Oslo Ullevaal	199	17	2	4	0	0	0
Paris	454	4	40	26	25	13	31
Pärnu	15	0	1	1	0	1	0
York	202	0	25	0	0	0	0
Tallinn	104	1	1	2	3	0	0
Number of centres reporting this drug		10	15	13	8	5	3

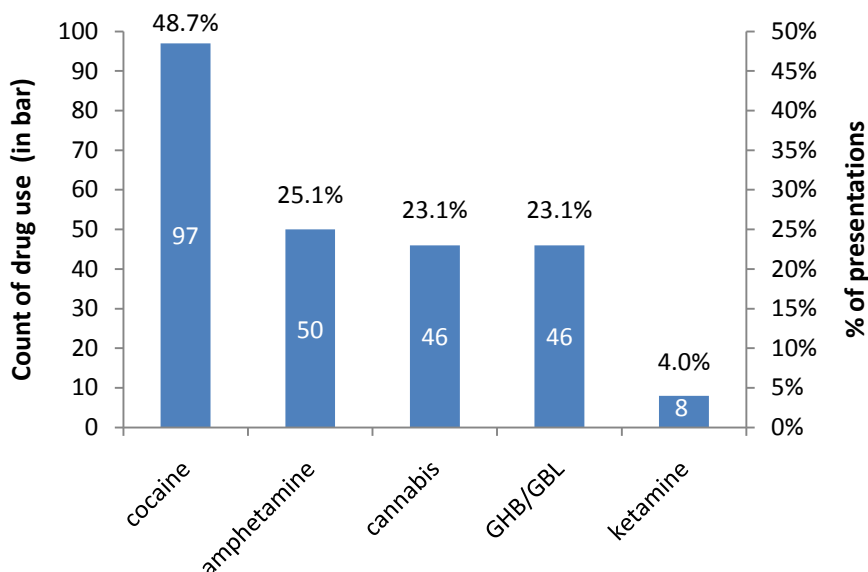
Autres médicaments sur prescription

L'autre type de médicament délivré sur ordonnance et communément rapporté est la prégabaline (80); l'utilisation d'autres drogues GABA-ergic n'a été rapportée que dans un nombre limité de présentations avec 8 cas impliquant de la gabapentine et 11 du Baclofène. La prégabaline a été rapportée dans huit centres, bien que la majorité des présentations (54, 67.5%) a eu lieu au centre de Munich.

Profil des Centres Euro-DEN

Les schémas 14 à 29 mettent en évidence le « top cinq » des drogues les plus fréquemment rapportées dans chaque centre, avec un décompte du nombre de fois où la drogue a été rapportée et avec un pourcentage du nombre de présentations. Le second facteur est supérieur à 100% du fait du nombre de présentations impliquant plusieurs drogues ; la quantité de substances ingérée dans chaque présentation et l'information selon laquelle l'éthanol a été également ingéré apparaît en marge de ces schémas. Le nombre de présentations impliquant des substances inconnues ou non identifiées a varié d'un centre à l'autre et le décompte de ces dernières est également fourni. Ces décomptes n'englobent pas les substances partiellement identifiées telles que l'« opioïde inconnu » ou la « benzodiazépine inconnue ». Les données démographiques sont également incluses.

Schéma 14. Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Barcelone



L'Hospital Clinic de Barcelone est un hôpital intra-urbain situé à proximité de nombreux bars et boîtes de nuit, notamment ceux prisés par la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM). Les patients de moins de 14 ans ne sont généralement pas traités par le service des soins intensifs.

Barcelone

Nombre total de présentations: 199

Nombre total de drogues: 289

Nombre de drogues par présentation:

1 drogue: 133, 66.8%

2 drogues: 47, 23.6%

3 drogues: 15, 7.5%

4 drogues: 1, 0.5%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 3, 1.5%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 132, 66.3%

Non: 56, 28.1%

Non renseigné: 11, 5.5%

Age médian (écart

interquartile): 30 (25-38) ans

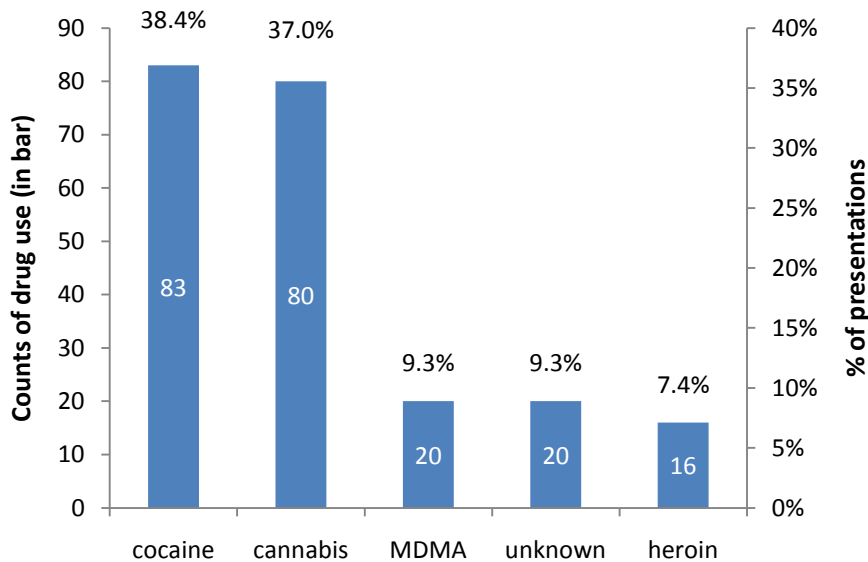
Tranche d'âge: 14-67 ans

Présentations dont l'âge n'est

pas renseigné: 2, 1.0%

Hommes: 155, 77.9%

Schéma 15. Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Bâle



L'hôpital se situe au centre de Bâle, une des plus grandes villes de Suisse de type provincial, comparativement à Zurich. L'hôpital dessert une population aux tendances socioéconomiques hétérogènes. Il existe un programme de substitution mené par une clinique spécialisée à proximité; Le service des urgences traite les patients de plus de 16 ans.

Bâle

Nombre total de présentations: 216

Nombre total de drogues: 309

Nombre de drogues par présentation:

1 drogue: 147, 68.1%

2 drogues: 50, 23.1%

3 drogues: 14, 6.5%

4 drogues: 5, 2.3%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 20, 9.3%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 102, 47.2%

Non: 8, 3.7%

Non renseigné: 106, 49.1%

Age médian (écart

interquartile):

28.5 (22-38) ans

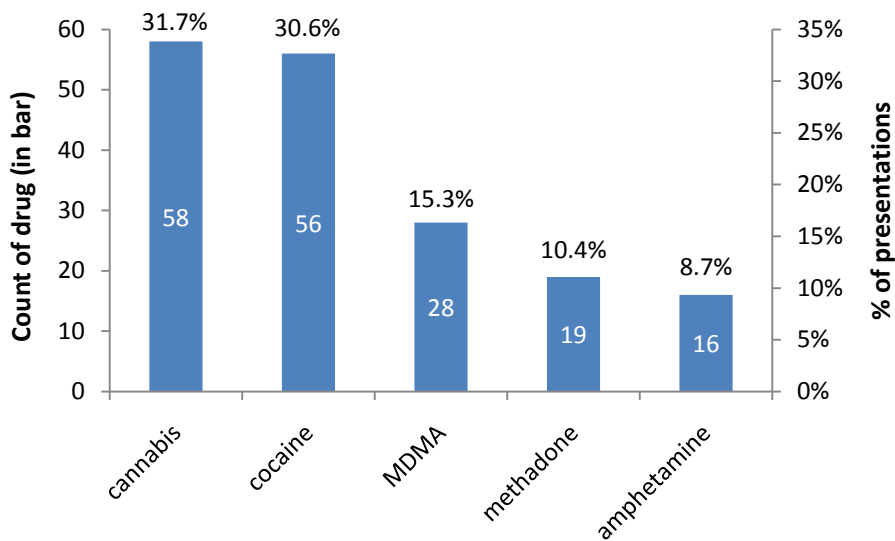
Tranche d'âge: 16-58 ans

Présentations dont l'âge n'est

pas renseigné: 0

Hommes: 148, 68.5%

Schéma 16: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Copenhague



L'hôpital se situe dans une zone défavorisée de Copenhague marquée par un taux de revenus et d'éducation assez bas et par un taux de chômage élevé, comparativement à d'autres parties de la ville. La proportion assez élevée de présentations induites par la méthadone reflète le niveau de consommation de la méthadone dans le cadre du traitement de substitution des opioïdes. Le service des urgences prend en charge à la fois les cas d'adultes et les cas pédiatriques, excepté si ceux de la deuxième catégorie requièrent une admission, auquel cas ils sont transférés dans un autre hôpital.

Copenhague

Nombre total de présentations: 183

Nombre total de drogues: 264

Nombre de drogues par présentation:

1 drogue: 123, 67.2%

2 drogues: 42, 23.0%

3 drogues: 15, 8.2%

4 drogues: 3, 1.6%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 6, 3.3%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 92, 80.3%

Non: 53, 29.0%

Non enregistré: 38, 20.8%

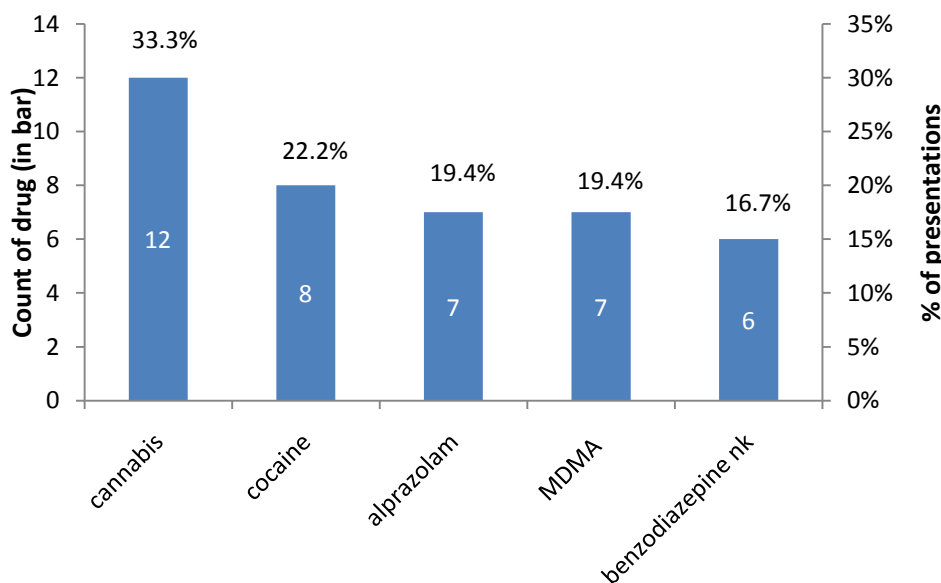
Age médian (écart interquartile): 25 (21-35) ans

Tranche d'âge: 13-74 ans

Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0

Hommes: 129, 70.5%

Schéma 17: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Drogheda



Drogheda se situe à une heure de Dublin, les consommateurs d'héroïne tendent à migrer vers Dublin, ce qui explique le faible nombre de présentations pour une toxicité associée à de l'héroïne, autrement, les tendances en matière d'abus de drogues récréatives sont

Drogheda

Nombre total de présentations: 36

Nombre total de drogues: 60

Nombre de drogues par présentation:

1 drogue: 18, 50.0%

2 drogues: 14, 38.9%

3 drogues: 3, 8.3%

4 drogues: 0

5 drogues: 1, 2.8%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 1, 2.8%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 22, 61.1%

Non: 9, 25.0%

Non enregistré: 5, 13.9%

Age médian (écart interquartile): 23.5 (19-34.25) ans

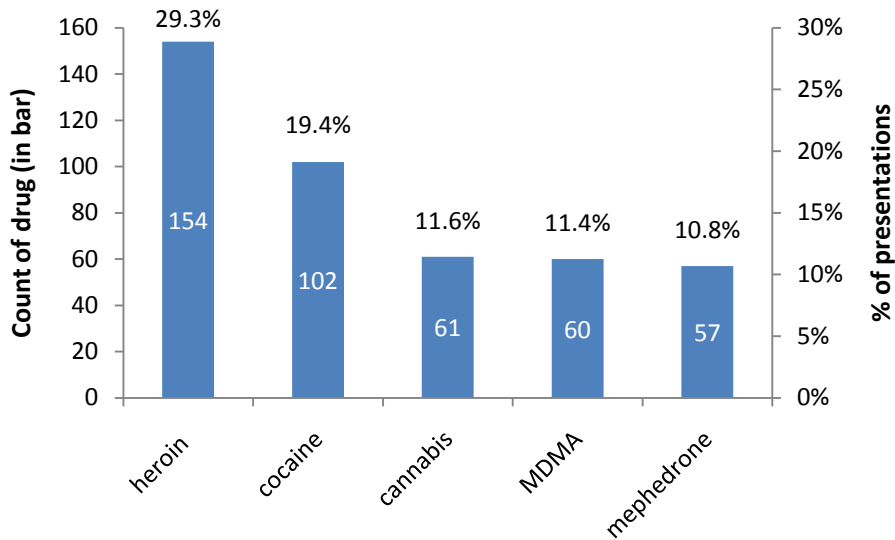
Tranche d'âge: 15-57 ans

Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0

Hommes: 32, 88.9%

similaires à celles de Dublin. Le service des urgences traite à la fois les cas d'adultes et les cas pédiatriques.

Schéma 18: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Dublin



Les zones desservies par l'hôpital incluent certaines des zones les plus défavorisées d'Irlande, marquées par un problème majeur de consommation de drogues injectables. Les enfants de plus de 16 ans sont pris en charge par le service des urgences.

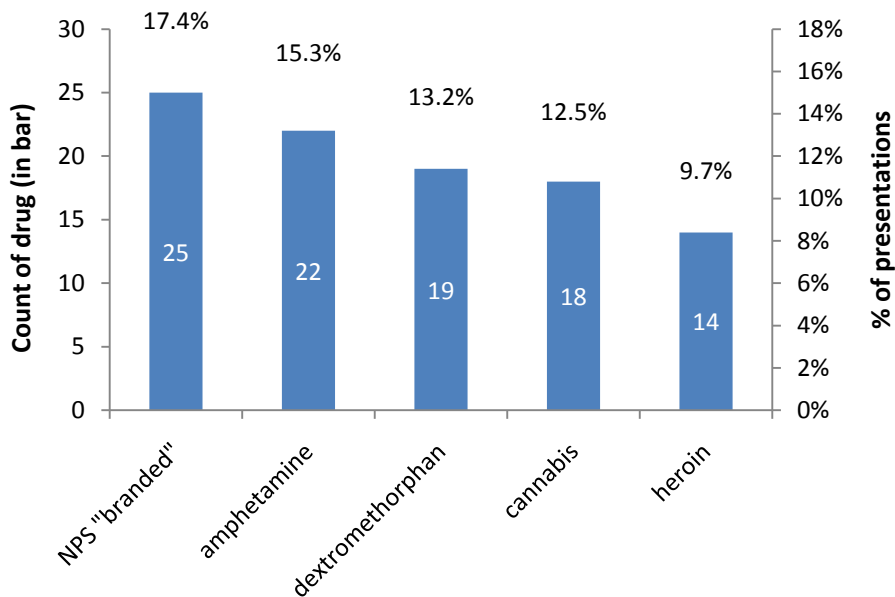
Dublin
 Nombre total de présentations: 526
 Nombre total de drogues: 666
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 412, 78.3%
 2 drogues: 94, 17.9%
 3 drogues: 16, 3.0%
 4 drogues: 3, 0.6%
 5 drogues: 0
 6 drogues: 1, 0.2%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 36, 6.8%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 141, 26.8%
 Non: 61, 11.6%
 Non enregistré: 324, 61.6%

Age médian (écart interquartile): 27 (23-34) ans
 Tranche d'âge: 16-67 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 13, 2.5%
 Hommes: 392, 74.5%

Schéma 19: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Gdansk



L'hôpital est situé au centre-ville de Gdansk, dans une zone urbaine et industrielle ayant une population mixte. Il dessert également les villes de Sopot, une destination touristique et divertissement très prisée par les jeunes, et Gdynia, ville moderne et prospère abritant un port important. De plus, l'hôpital est entouré de zones rurales et la variété de communautés concernées se manifeste dans la consommation des drogues rapportées. Les enfants sont pris en charge par le centre à partir de l'âge de 12 ans.

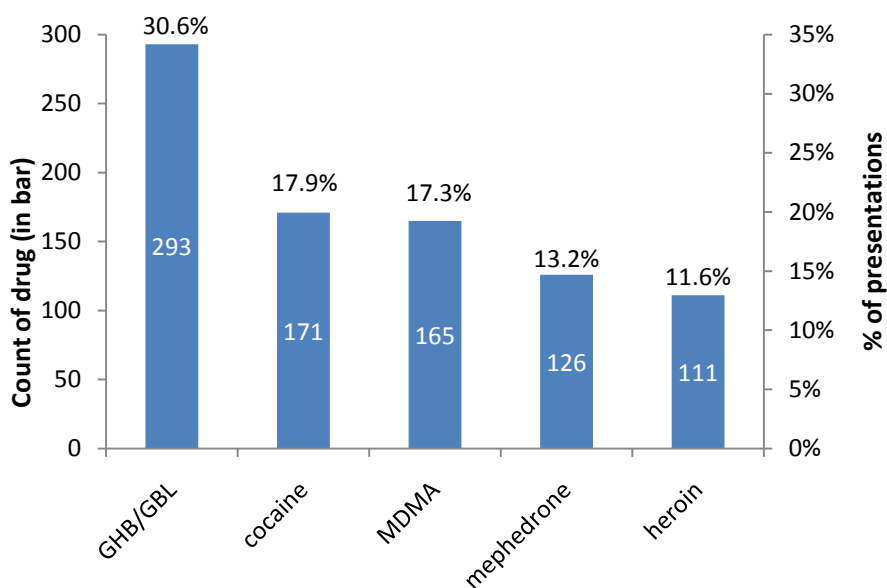
Gdansk
 Nombre total de présentations: 144
 Nombre total de drogues: 198
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 101, 70.1%
 2 drogues: 33, 22.9%
 3 drogues: 9, 6.3%
 4 drogues: 1, 0.7%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 0%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 41, 28.5%
 Non: 103, 71.5%
 Non enregistré: 0

Age médian (écart interquartile): 23 (17.75-32) ans
 Tranche d'âge: 11-55 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 112, 77.8%

Schéma 20: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Londres STH



L'hôpital se situe dans le centre de Londres, à proximité de Vauxhall, une zone avec l'une des plus grosses concentrations de boîtes de nuit en Europe, dont la plupart sont populaires auprès de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM). Cela se manifeste par un nombre élevé de présentations impliquant du GHB/GBL, de la MDMA et de la méphédronne, lesquels sont utilisés dans le milieu de la nuit. Le service des urgences prend en charge les cas de patients adultes et pédiatriques.

Londres STH

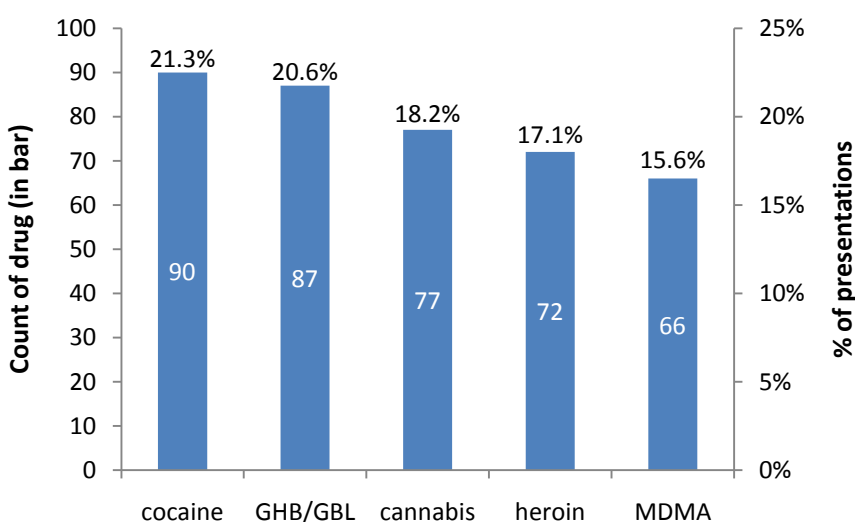
Nombre total de présentations: 956
 Nombre total de drogues: 1526
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue 555, 58.1%
 2 drogues: 277, 29.0%
 3 drogues: 91, 9.5%
 4 drogues: 25, 2.6%
 5 drogues: 4, 0.4%
 6 drogues: 4, 0.4%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 85, 8.9%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 432, 45.2%
 Non: 98, 10.3%
 Non enregistré: 426, 44.6%

Age médian (écart interquartile): 30 (24-36) ans
 Tranche d'âge: 14-58 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 1, 0.1%
 Hommes: 788, 82.4%

Schéma 21: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Londres KCH



L'hôpital dessert une population similaire à celle de STH, exception faite de la prépondérance des boîtes de nuit. Il est situé dans le centre de la ville, au sud-est de Londres, dans une zone ethniquement diversifiée, et socialement défavorisée. Le service des urgences prend en charge les patients adultes et pédiatriques.

Londres KCH

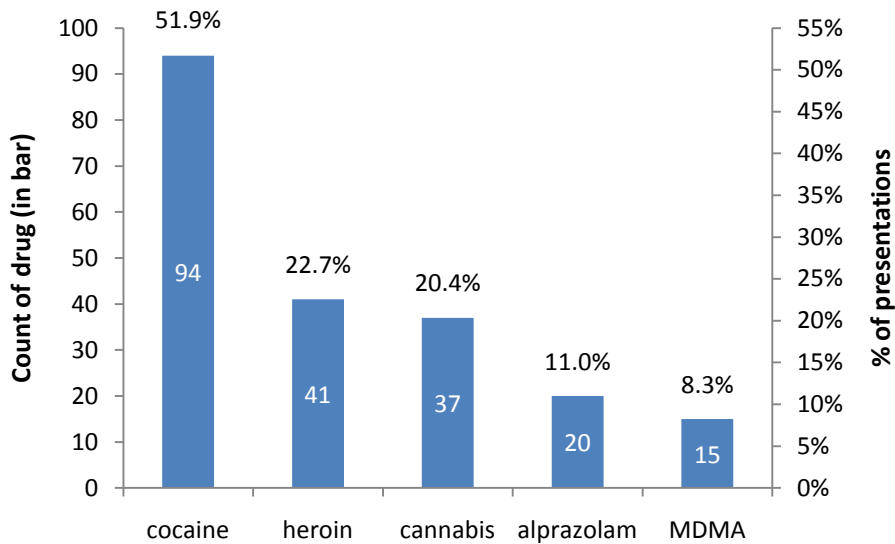
Nombre total de présentations: 422
 Nombre total de drogues: 701
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue 277, 53.8%
 2 drogues: 139, 32.9%
 3 drogues: 38, 9.0%
 4 drogues: 11, 2.6%
 5 drogues: 4, 0.9%
 6 drogues: 3, 0.7%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 21, 4.9%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 208, 49.3%
 Non: 59, 14.0%
 Non enregistré: 155, 36.7%

Age médian (écart interquartile): 29 (23-38) ans
 Tranche d'âge: 13-74 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 2, 0.5%
 Hommes: 312, 73.9%

Schéma 22: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Majorque



L'hôpital Son Espases dessert à la fois la ville de Palma et d'autres parties de l'île, notamment les destinations touristiques prisées par les étrangers, en particulier ceux de nationalité britannique. Il existe une faible population de consommateurs d'héroïne, laquelle tend à consommer plusieurs substances dont la cocaïne et les benzodiazépines. Le service des urgences traite les patients âgés de plus de 15 ans.

Mallorca

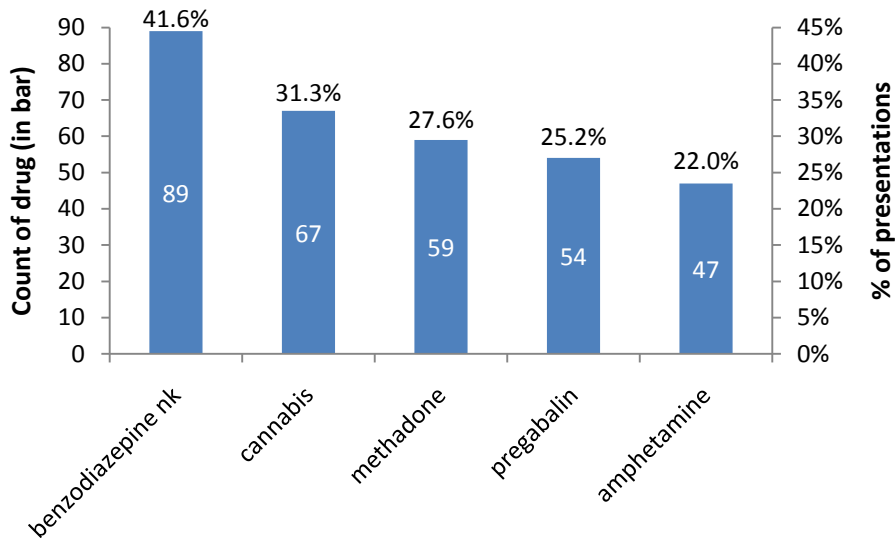
Nombre total de présentations: 181
 Nombre total de drogues: 256
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 123, 68.0%
 2 drogues: 44, 24.3%
 3 drogues: 11, 6.1%
 4 drogues: 3, 1.7%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 2, 1.1%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 101, 55.8%
 Non: 48, 26.5%
 Non enregistré: 32, 17.7%

Age médian (écart interquartile): 32 (24-39) ans
 Tranche d'âge: 16-58 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 135, 74.6%

Schéma 23: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Munich



L'hôpital universitaire se situe relativement à proximité de la zone des boîtes de nuit. Une grande partie des patients suit un traitement régulier de substitution aux opioïdes. Les patients de plus de 12 ans peuvent être traités au centre, bien qu'en pratique la plupart des patients sont âgée de plus de 18 ans.

Munich

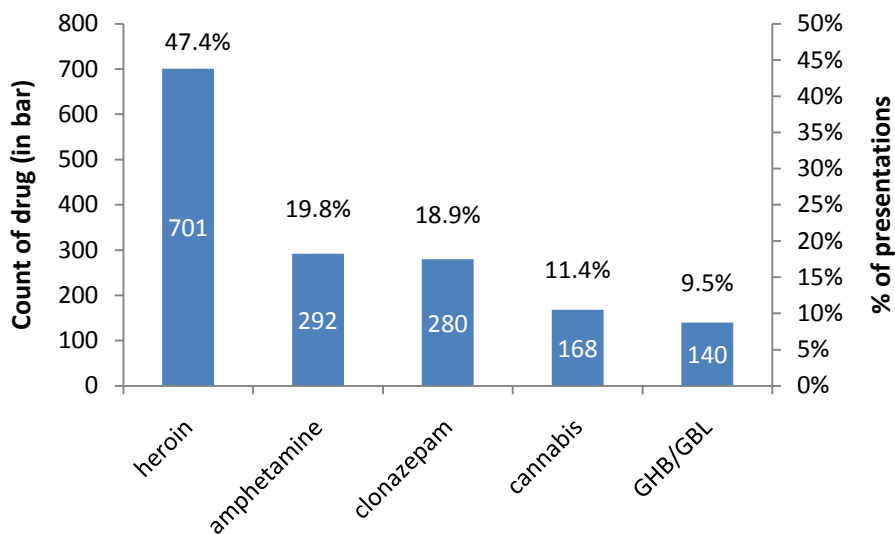
Nombre total de présentations: 214
 Nombre total de drogues: 589
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 45, 21.0%
 2 drogues: 63, 29.4%
 3 drogues: 40, 18.7%
 4 drogues: 42, 19.6%
 5 drogues: 14, 6.5%
 6 drogues: 10, 4.7%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 1, 0.5%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 82, 39.3%
 Non: 129, 60.3%
 Non enregistré: 3, 1.4%

Age médian (écart interquartile): 31 (25-37.75) ans
 Tranche d'âge: 15-61 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 141, 65.9%

Schéma 24: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Oslo OAEOC



L'Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic (OAEOC) est une institution de premiers soins qui dessert la totalité de la ville. Quasiment tous les cas de patients intoxiqués sont évalués par l'OAEOC, à l'exception de ceux directement dirigés vers un hôpital par les services ambulatoires. L'amphétamine constitue le type de drogue stimulante le plus consommé en Norvège. L'OAEOC traite à la fois les patients adultes et pédiatriques.

Oslo - OAEOC

Nombre total de présentations: 1478

Nombre total de drogues: 2257

Nombre de drogues par présentations:

1 drogue: 902, 61.0%

2 drogues: 421, 28.5%

3 drogues: 117, 7.9%

4 drogues: 29, 2.0%

5 drogues: 8, 0.5%

6 drogues: 1, 0.1%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 36, 2.4%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 403, 27.3%

Non: 33, 2.2%

Non enregistré: 1042, 70.5%

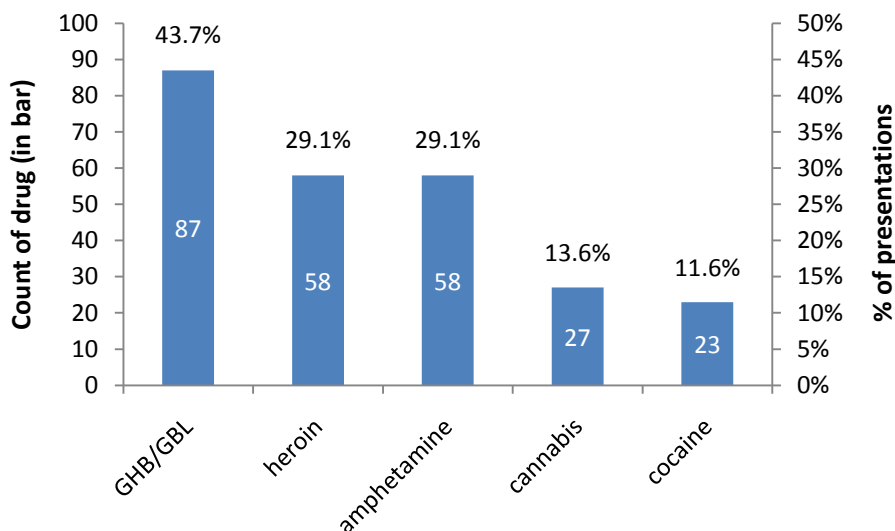
Age médian (écart interquartile): 34 (26-45) ans

Tranche d'âge: 15-74 ans

Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 21, 1.4%

Hommes: 1162, 78.6%

Schéma 25: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Oslo Ullevaal



L'hôpital universitaire d'Oslo est l'un des quatre hôpitaux desservant les différentes zones de la ville et est un centre tertiaire de prise en charge des plus sévères cas d'intoxication. Les patients pédiatriques (soit de moins de 16 ans jusqu'à septembre 2014 et désormais de moins de 18 ans), sont pris en charge dans une partie différente de l'hôpital, laquelle comprend un service d'urgences propre et qui est exclue de cette étude.

Oslo - Ullevaal

Nombre total de présentations: 199

Nombre total de drogues: 348

Nombre de drogues par présentations:

1 drogue: 102, 51.3%

2 drogues: 65, 32.7%

3 drogues: 20, 10.1%

4 drogues: 5, 2.5%

5 drogues: 6, 3.0%

6 drogues: 1, 0.5%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 15, 7.5%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:

Oui: 74, 37.2%

Non: 47, 23.6%

Non enregistré: 78, 39.2%

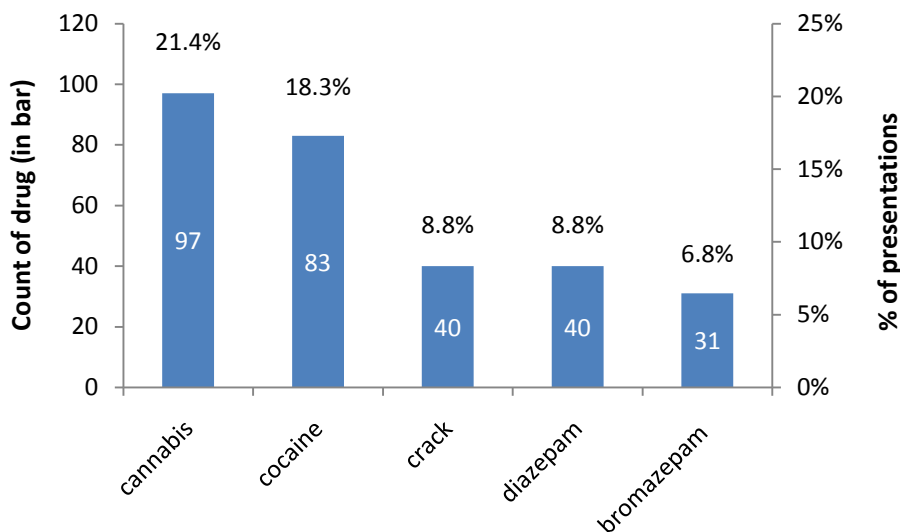
Age médian (écart interquartile): 31 (25-40) ans

Tranche d'âge: 16-65 ans

Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 6, 3.0%

Hommes: 151, 75.9%

Schéma 26: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Paris



Situé dans le centre de Paris, à proximité de la Garde du Nord et de la Gard de l'Est, l'hôpital est fréquenté par un large éventail de patients, de milieux sociaux aisés ou défavorisés et ethniquement diversifiés. L'hôpital est doté d'une unité de soins intensifs spécialisée en toxicologie, et le service des urgences ne traite pas les patients pédiatriques (soit selon les standards français ceux de moins de 15 ans et 3 mois).

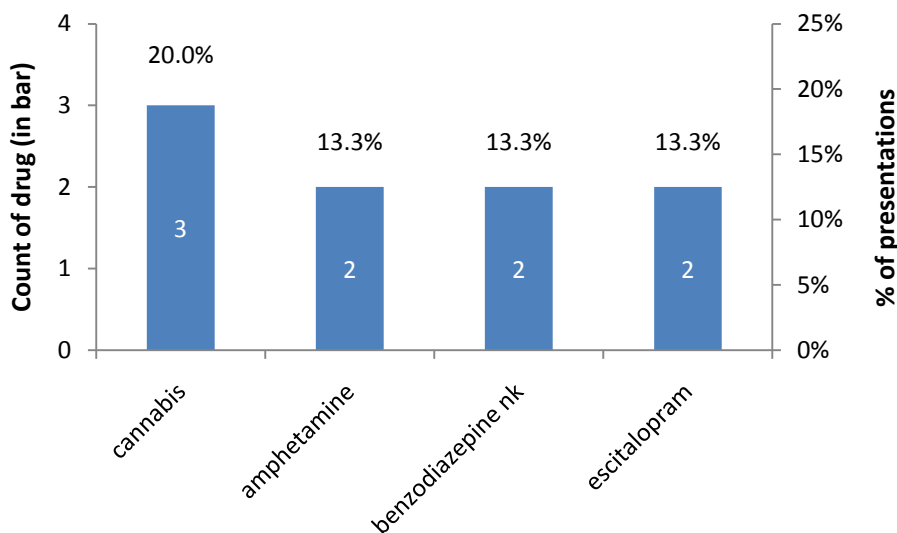
Paris
 Nombre total de présentations: 454
 Nombre total de drogues: 779
 Nombre de drogues par présentations:
 1 drogue: 243, 53.5%
 2 drogues: 130, 28.6%
 3 drogues: 60, 13.2%
 4 drogues: 14, 3.1%
 5 drogues: 2, 0.4%
 6 drogues: 5, 1.1%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 14, 3.1%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 204, 44.9%
 Non: 244, 53.7%
 Non enregistré: 6, 1.3%

Age médian (écart interquartile): 34 (24-44) ans
 Tranche d'âge: 15-90 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 270, 59.5%

Schéma 27: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – Pärnu



L'hôpital se situe dans le centre de Pärnu, une cité balnéaire prisée pendant l'été, et il recense relativement peu de cas de présentations induites par la consommation de drogue récréatives. En Estonie, les overdoses causées par les opioïdes sont généralement traitées en environnement pré hospitalier et les patients ne sont que très rarement traités par les services d'urgence. Le service des urgences de l'hôpital traite à la fois les patients adultes et pédiatriques.

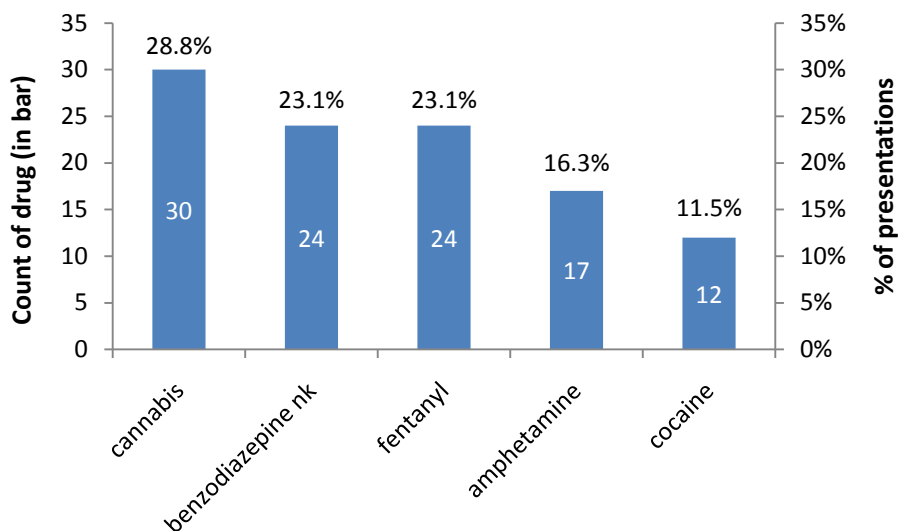
Pärnu
 Nombre total de présentations: 15
 Nombre total de drogues: 17
 Nombre de drogues par présentations:
 1 agent: 13, 86.7%
 2 drogues: 2, 13.3%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 0

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 7, 46.7%
 Non: 5, 33.3%
 Non enregistré: 3, 20.0%

Age médian (écart interquartile): 25 (20.5-30) ans
 Tranche d'âge: 16-50 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 9, 60.0%

Schéma 28: Types de drogues les plus fréquemment rapportés - Tallinn



Cet hôpital recense l'un des trois services d'urgence de Tallin et il ne se situe pas dans le centre-ville. Les patients admis en raison d'une consommation de drogue récréative sont susceptibles d'être dirigés vers l'un ou l'autre des hôpitaux. En Estonie, les overdoses causées par les opioïdes sont généralement traitées en environnement pré hospitalier et aucun cas d'admission pour consommation d'héroïne n'a été rapporté dans cet hôpital au cours de la période durant laquelle la recherche a été conduite.

Tallinn

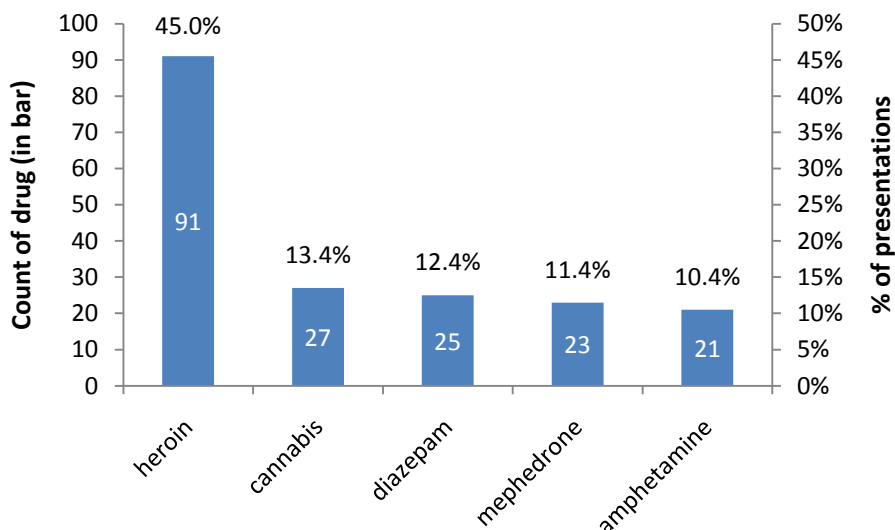
Nombre total de présentations: 104
 Nombre total de drogues: 168
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 68, 65.4%
 2 drogues: 19, 18.3%
 3 drogues: 11, 10.6%
 4 drogues: 2, 1.9%
 5 drogues: 3, 2.9%
 6 drogues: 1, 1.0%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 0

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 29, 27.9%
 Non: 61, 58.7%
 Non enregistré: 14, 13.5%

Age médian (écart interquartile): 29 (24-33) ans
 Tranche d'âge: 14-77 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 0
 Hommes: 79, 76.0%

Schéma 29: Types de drogues les plus fréquemment rapportés – York



York dessert une région semi-rurale regroupant des zones riches et défavorisées, et la population est quelque peu mobile du fait des universités locales et du nombre comparativement élevé de touristes durant l'été. Il y a une asymétrie positive entre le nombre de cas relatifs à l'héroïne et le nombre habituel de cas traités. Le service des urgences prend à la fois en charge les patients adultes et pédiatriques.

York

Nombre total de présentations: 202
 Nombre total de drogues: 282
 Nombre de drogues par présentation:
 1 drogue: 137, 67.8%
 2 drogues: 52, 25.7%
 3 drogues: 11, 5.4%
 4 drogues: 2, 1.0%

Présentations impliquant une drogue inconnue: 4, 1.9%

Présentations incluant également l'ingestion d'éthanol:
 Oui: 75, 37.1%
 Non: 114, 56.4%
 Non enregistré: 13, 6.4%

Age médian (écart interquartile): 30 (20-37) ans
 Tranche d'âge: 11-63 ans
 Présentations dont l'âge n'est pas renseigné: 1, 0.5%
 Hommes: 153, 75.7%

Dépistage Toxicologique

Les drogues consommées rapportées dans les présentations Euro-DEN sont basées sur les déclarations des patients et sur l'interprétation clinique des drogues utilisées. Une analyse toxique en laboratoire a été menée dans 864 (15.6%) des présentations. Cela reflète les meilleures pratiques internationales actuelles selon lesquelles les patients sont traités sur la base du profil clinique de toxicité et sur la base des drogues que le patient déclare avoir consommé, plutôt qu'au moyen d'analyses visant à confirmer la ou les drogues détectées qui ajoutent de potentiels délais et qui influencent rarement le type de prise en charge du patient (bien qu'il est évident que ce critère peut être particulièrement utile d'un point de vue académique et épidémiologique plus large).

Il existe une variation considérable entre l'étendu et la portée des tests, comme le montre le tableau 7. Le test immunologique permet de détecter la présence de certaines drogues récréatives classiques et comporte une marge d'erreur importante, aussi bien en plus qu'en moins, ce qui explique que ce dernier nécessite des tests confirmatoires approfondis. Les NPS sont plus susceptibles d'être identifiées à l'aide des méthodes de spectrométrie de masse (SM) ou de chromatographie liquide (CL), lesquelles sont coûteuses, complexes et qui ne sont disponibles qu'en laboratoires spécialisés. La plupart des centres procède au test immunologique et des analyses complémentaires ne sont habituellement pas pratiquées ; si tel est le cas, les échantillons sont souvent sujets à un transfert vers un autre institut. Le centre de Bâle, avec environ 50% des échantillons analysés au moyen des tests CL-SM/SM et celui de Munich avec 40% des tests analysés par HPLC, sont les exceptions à la règle.

Dans 49 (5.6%) des 864 présentations pour lesquelles une analyse a été menée en laboratoire, aucune drogue n'a été détectée et dans 33 cas (3.8%) seul l'éthanol a été détecté; dans 100 cas (11.6%) le type de drogue(s) détecté(s) n'a pas été spécifié.

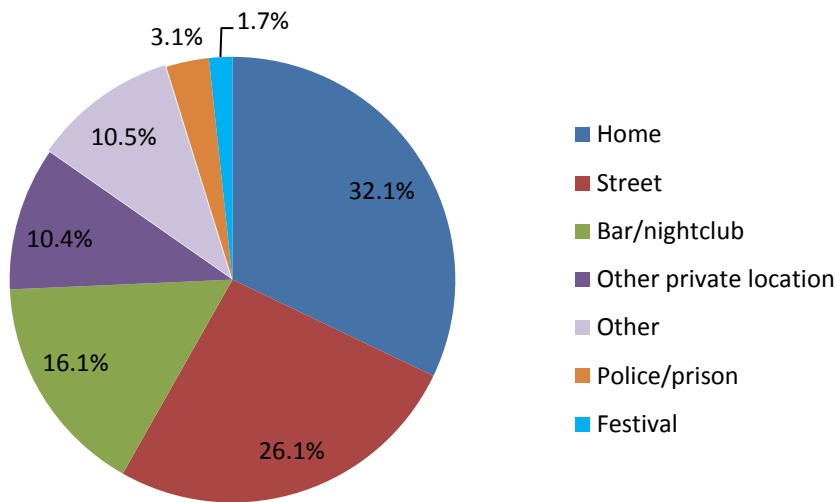
Tableau 7: Bilan des analyses en laboratoire (à l'exclusion des présentations où le test n'a été fait que pour l'éthanol)

Centre	Nombre de présentations avec analyse (% des présentations au centre)	Echantillon le plus souvent utilisé	Type de test le plus souvent utilisé
Barcelone	123, 61.8%	Urine	Immunologique (SM disponible)
Bâle	178, 82.4%	Sang	Immunologique puis environ 50% CL-SM/SM
Copenhague	0	-	-
Drogheda	28, 77.8%	Urine	Immunologique
Dublin	42, 7.9%	Urine	Immunologique
Gdansk	37, 25.7%	Urine	Immunologique
Londres STH	10, 1.0%	Sang +urine	CL-SM/SM
Londres KCH	7, 1.7%	Urine	Immunologique
Majorque	32, 17.7%	Urine	Immunologique (GC/SM disponible)
Munich	204, 95.3%	Urine	Immunologique puis approximativement 40% HPLC
Oslo OAEOC	0	-	-
Oslo Ullevaal	60, 30.1%	Urine	Immunologique (GC/SM disponible)
Paris	31, 6.8%	Urine	Immunologique
Pärnu	3, 20.0%	Urine	Immunologique (SM disponible)
York	7, 3.5%	Urine	Immunologique (HPLC disponible)
Tallinn	78, 75.0%	Urine	Immunologique (SM disponible)

Lieu de la consommation de drogue ayant précédé la présentation

Pour la plupart des présentations le lieu de la consommation de drogue n'a pas été rapporté ou était inconnu (3188, 57.7%). Le Schéma 30 fait apparaître le lieu de consommation des drogues associées aux 2341 (42.3%) présentations pour lesquelles cette information a été enregistrée; généralement, cette dernière a eu lieu au domicile (751, 32.1%), dans la rue (612, 26.1%) ou dans un bar/boîte de nuit (376, 16.1%).

Schéma 30. Lieu de la consommation de drogue (dans 42.3% des présentations, quand rapporté)



Les cinq drogues les plus fréquemment consommées dans les différents centres apparaissent dans les schémas 31 à 36. La drogue la plus consommée au domicile fut le cannabis (169 reports), pour la consommation dans la rue ce fut l'héroïne (173 reports) et dans les bars/nightclubs/boîtes de nuit, ce fut la MDMA/ecstasy (99 reports).

Schéma 31. Consommation au domicile

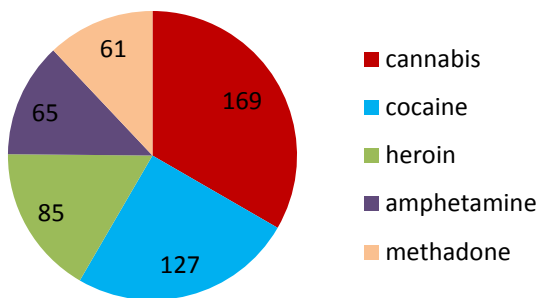


Schéma 32. Consommation dans la rue

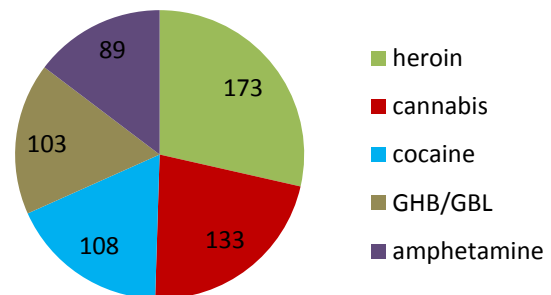


Schéma 33. Consommation dans un bar/club

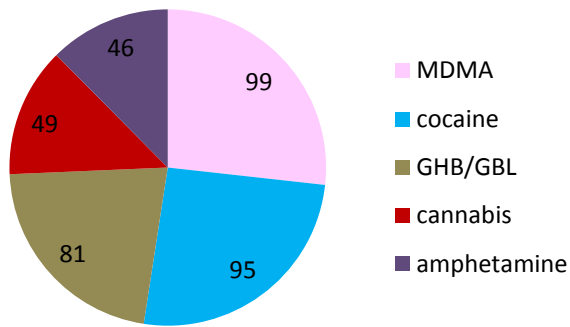


Schéma 34. Consommation dans un autre lieu privé

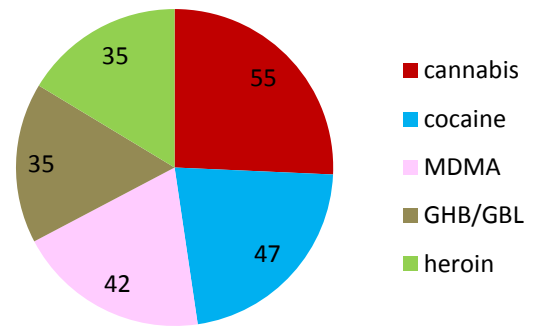


Schéma 35. Consommation en détention policière/prison

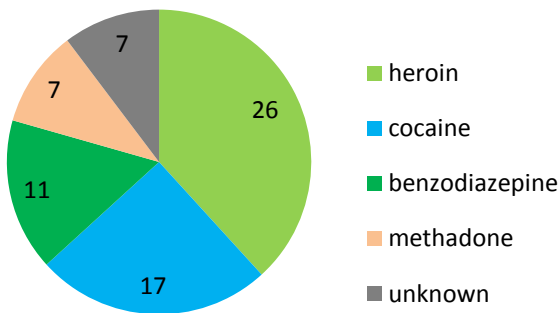
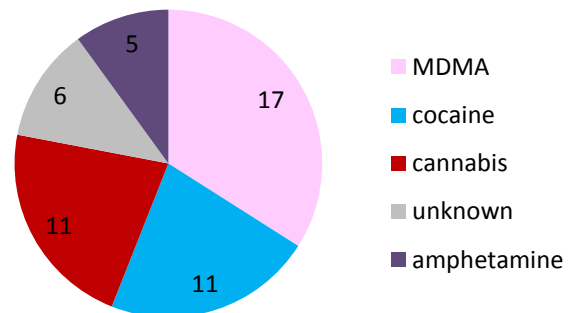
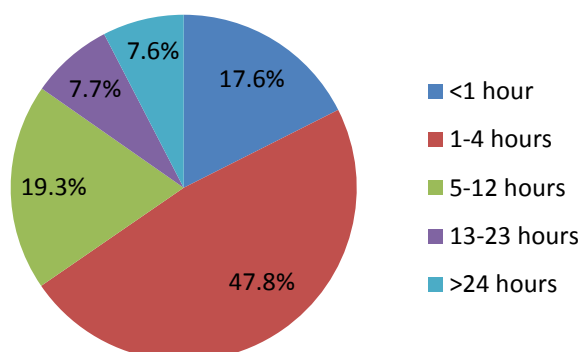


Schéma 36. Consommation lors de festivals



La plupart des patients sont arrivés aux urgences en ambulance (3844, 69.5%) cependant, dans 133 cas (2.4%) cette information n'a pas été reportée. Pour la plupart des présentations, l'intervalle entre le moment de la consommation de drogue et l'arrivée aux urgences est inconnue (2939, 53.2%). Pour ce qui est des autres cas, l'arrivée aux urgences s'est faite dans les 1 et 4 heures ayant suivi la prise de drogue (1239, 47.8%), comme le montre le schéma 37.

Schéma 37. Intervalle entre la prise de drogue et l'arrivée aux urgences (dans 46.8% cette information n'a pas été reportée)



Profils cliniques

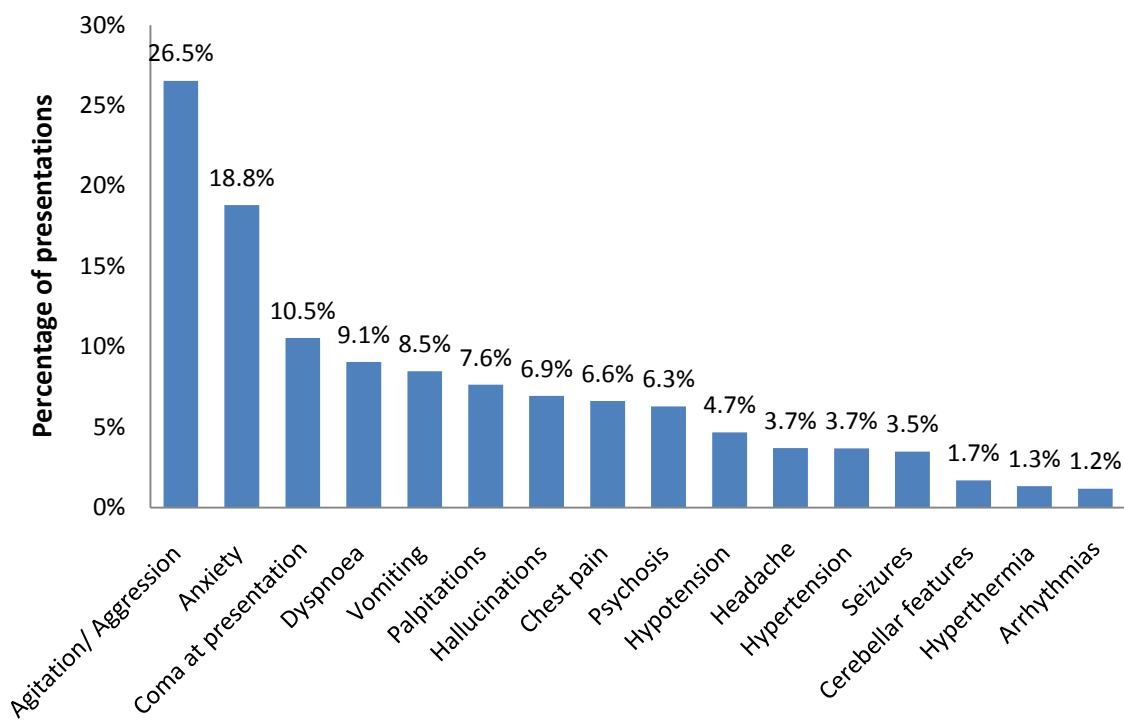
Les observations enregistrées relatives aux présentations ont été résumées dans le tableau 8, avec les pics de bilans de créatine kinase et de créatinine.

Table 8. Observations des présentations et autres données cliniques

Paramètres cliniques	Nombre de présentation enregistrées (%)	Nombre de présentations si élevées		Nombre of présentations si faibles	
		définition	(% of total)	définition	(% of total)
Niveau de conscience lors de la présentation	5363 (97.0)	Non applicable		GCS<8/'coma'	583 (10.5)
Fréquence cardiaque lors de la présentation	5268 (95.3)	>120 bpm	577 (10.4)	<60 bpm	338 (6.1)
Tension artérielle lors de la présentation	4920 (89.0)	systolique ≥180 mmHg	65 (1.2)	systolique ≤90 mmHg	167 (3.0)
Fréquence respiratoire lors de la présentation	4381 (79.2)	Non applicable		<12 par min	527 (9.5)
Température corporelle lors de la présentation	4558 (82.4)	≥39°C	32 (0.6)	Non applicable	
Pic de kinase créatine	1016 (18.4)	> 200 IU/L >1000 IU/L	441 (8.0) 137 (2.5)	Non applicable	
Pic de créatinine	2172 (39.8)	>100 mcmol/L or 1.13 mg/dL	289 (5.2)	Non applicable	

L'existence de 15 profils cliniques prédéfinis a été enregistrée (étant intervenus à tout moment avant ou au cours du séjour le l'hôpital); dans 2097 (37.9%) des présentations aucun de ces profils n'a été recensé. Comme le montre le schéma 38, le profil clinique le plus fréquemment reporté fut lié à des signes d'agitation/agression (1467, 26.5% présentations) et d'anxiété (1040, 18.8%). Etant donné que plusieurs profils n'ont pas pu être rapportés dans une seule présentation, le décompte de ces derniers est supérieur au nombre total de présentations.

Schéma 38. Pourcentage de présentations incluant chaque profil clinique à un moment quelconque

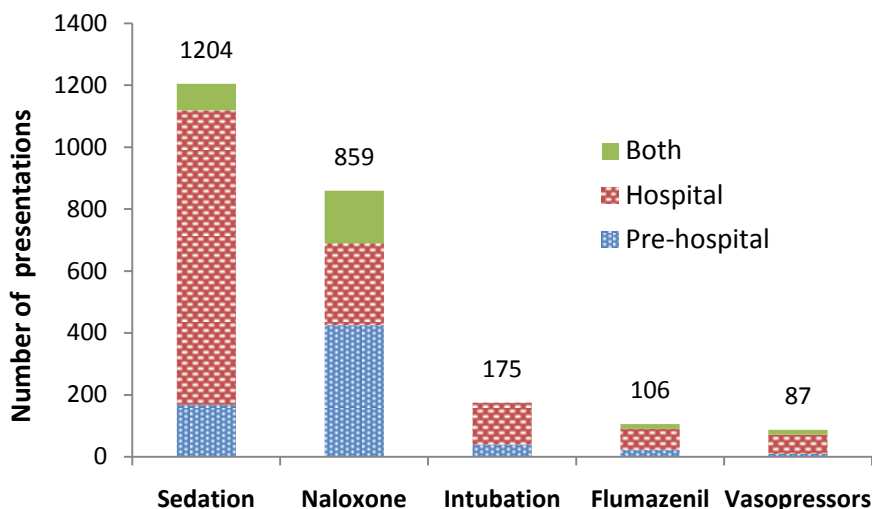


Traitement

Dans 2634 (47.6%) présentations, les patients n’ont reçu aucun traitement et dans deux cas, le type de traitement n’a pas été enregistré. Comme le montre le schéma 39, la sédation est le type de traitement le plus souvent pratiqué (soit dans 1204, 21.8% présentations) suivi par l’antagoniste des opioïdes naloxone (859, 15.5%). Les substances les plus utilisées pour la sédation furent les benzodiazépines, utilisées dans 1067 (19.3%) présentations, soit 171 (16.0%) en soins pré-hospitaliers, 825 (77.3%) à l’hôpital et 71 (6.6%) à la fois en soins pré-hospitaliers et à l’hôpital. L’autres autres agents fréquemment utilisés dans le centre de Gdansk pour la sédation furent le propofol (126 (2.3%) des présentations) et l’hydroxyzine (109 (2.0%) des présentations).

D’autres type d’antidotes ont plus rarement été utilisés: le chlorure de méthylthioninium dans 12 (0.2%) présentations pour des cas de méthémoglobémie, l’acétylcystéine dans 11 cas (0.2%) pour le paracétamol et le bipéridène (7, 0.1%) pour des cas de dystonie.

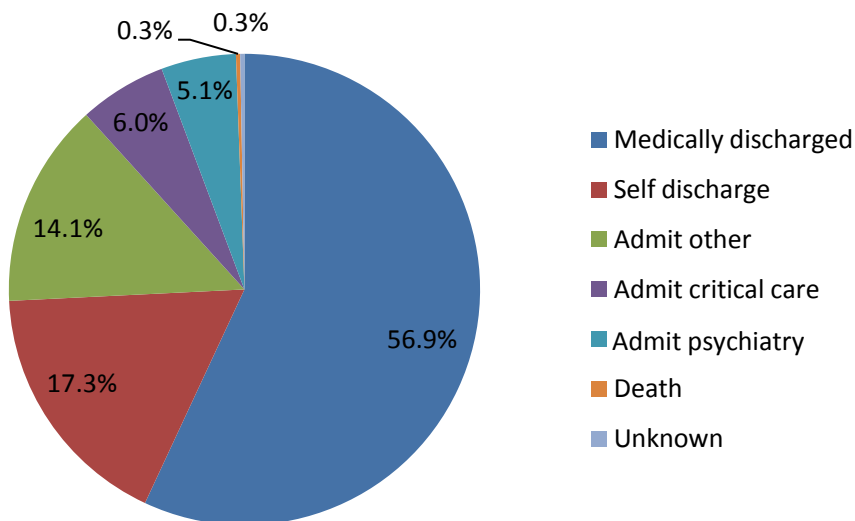
Schéma 39. Nombre de présentations ayant fait l'objet de plusieurs traitements



Résultats

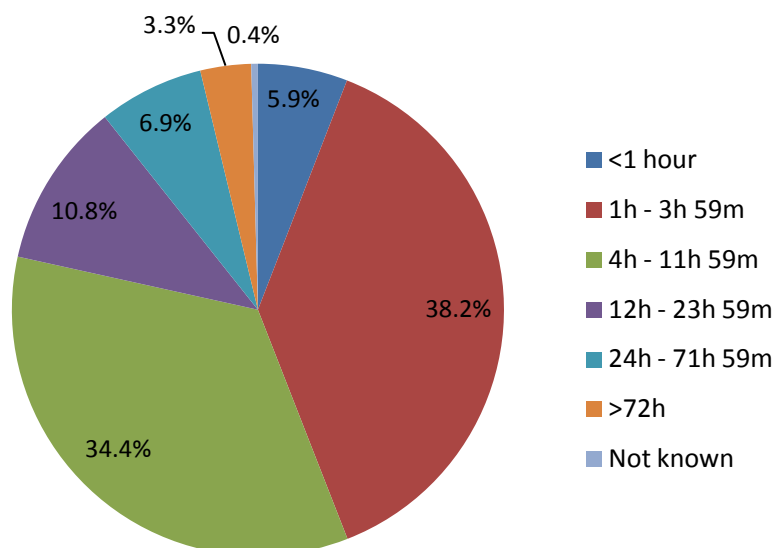
La majorité des patients (3148, 56.9%) a initialement été déchargée par les services d'urgence, comme le montre le schéma 40.

Schéma 40. Situation initiale aux urgences



La durée médiane du séjour à l'hôpital était de 4 heures et 38 minutes (écart interquartile 2h 29m - 9h 51m), sur une échelle de deux minutes à 69.5 jours. Comme le montre le Schéma 41, la majorité des patients est restée à l'hôpital moins de 12 heures (4311, 78.0%). Dans 24 (0.4%) présentations la durée totale du séjour n'a pas été renseignée.

Schéma 41. Durée du séjour à l'hôpital



Arrêts cardiaques

35 (0.6%) des patients étaient en situation d'arrêt cardiaque lors de leur arrivée au service des urgences et 19 (54.3%) d'entre eux sont décédés à l'hôpital. Les tendances clés des cas d'arrêts cardiaques n'ayant pas entraîné le décès du patient apparaissent dans le tableau 9.

Tableau 9. Bilan des 16 cas d'arrêts cardiaque non mortels

Âges (ans), genre	Drogue(s)	Ethanol O=où, N=non, NS=non spécifié	Lieu de consommation	Intervalle entre l'utilisation et la présentation (heures)	Temps à l'hôpital (h: min)	Résultats analytiques et qualitatifs (échantillons: drogues) S = sang, U = urine, NS = non spécifié
17, F	Amphétamine, cannabis, cocaïne	O	Inconnu	Inconnu	0:32	
20, M	LSD	NS	Inconnu	Inconnu	5:43	
22, F	Alprazolam, clonazépam, héroïne	O	Rue	1-4	14:09	
28, M	Héroïne	NS	Autre	Inconnu	476:35	
29, M	Cannabis	O	Rue	Inconnu	10:25	S: négatif
34, M	Diazépam, héroïne	O	Domicile	Inconnu	4:37	
38, M	Héroïne	N	Domicile	1-4	34:28	
38, M	Cocaïne, héroïne	NS	Domicile	Inconnu	442:13	NS: Héroïne
39, M	Héroïne, prégabaline	N	Domicile	<1	28:40	U: opioïdes, prégabaline

Ages (ans), genre	Drogue(s)	Ethanol O=oui, N=non, NS=non spécifié	Lieu de consommation	Intervalle entre l'utilisation et la présentation (heures)	Temps à l'hôpital (h: min)	Résultats analytiques et qualitatifs (échantillons: drogues) S = sang, U = urine, NS = non spécifié
40, F	Amphétamine	O	Bar/boîte de nuit	1-4	2:24	U: Amphétamine
41, M	Amphétamine, benzodiazépine nk, cocaïne, héroïne	N	Autre lieu privé	Inconnu	46:55	NS: Cannabinoïdes, extase, cocaïne, opioïdes
44, M	Bromazépam, fentanyl, prégabaline	N	Domicile	1-4	308:30	
44, M	Benzodiazépine nk, cannabis	Y	Domicile	Inconnu	11:19	
46, M	Cocaïne, méthamphétamine	Y	Domicile	1-4	357:20	U: Amphétamines, cocaïne B: Ethanol
49, M	Benzodiazépine nk, buprénorphine, cannabis, méthadone, prégabaline	N	Domicile	13-23	664:00	U: Cannabis (THC), benzodiazépines, fentanyl, opioïdes, prégabaline
58, M	Héroïne	N	Autre	<1	38:53	U: Cocaïne, opioïdes

Cas mortels

Vingt sept décès ont été reportés au cours de cette étude (0.5% of all présentations); dont 19 cas de patients présentés aux services d'urgence en situation d'arrêt cardiaque. Les opioïdes, et particulièrement l'héroïne, ont été les plus fréquemment reportées comme ayant été à l'origine de cas mortels ; trois présentations ont impliqué des NPS (3-MMC, Méphédrone and MDPV). Les tendances de ces cas sont visibles dans le Tableau 10. Des détails complémentaires relatifs aux cas de décès associés au cannabis ont fait l'objet d'une publication (Dines, Wood et al. 2015).

Tableau 10. Bilan des 27 cas mortels

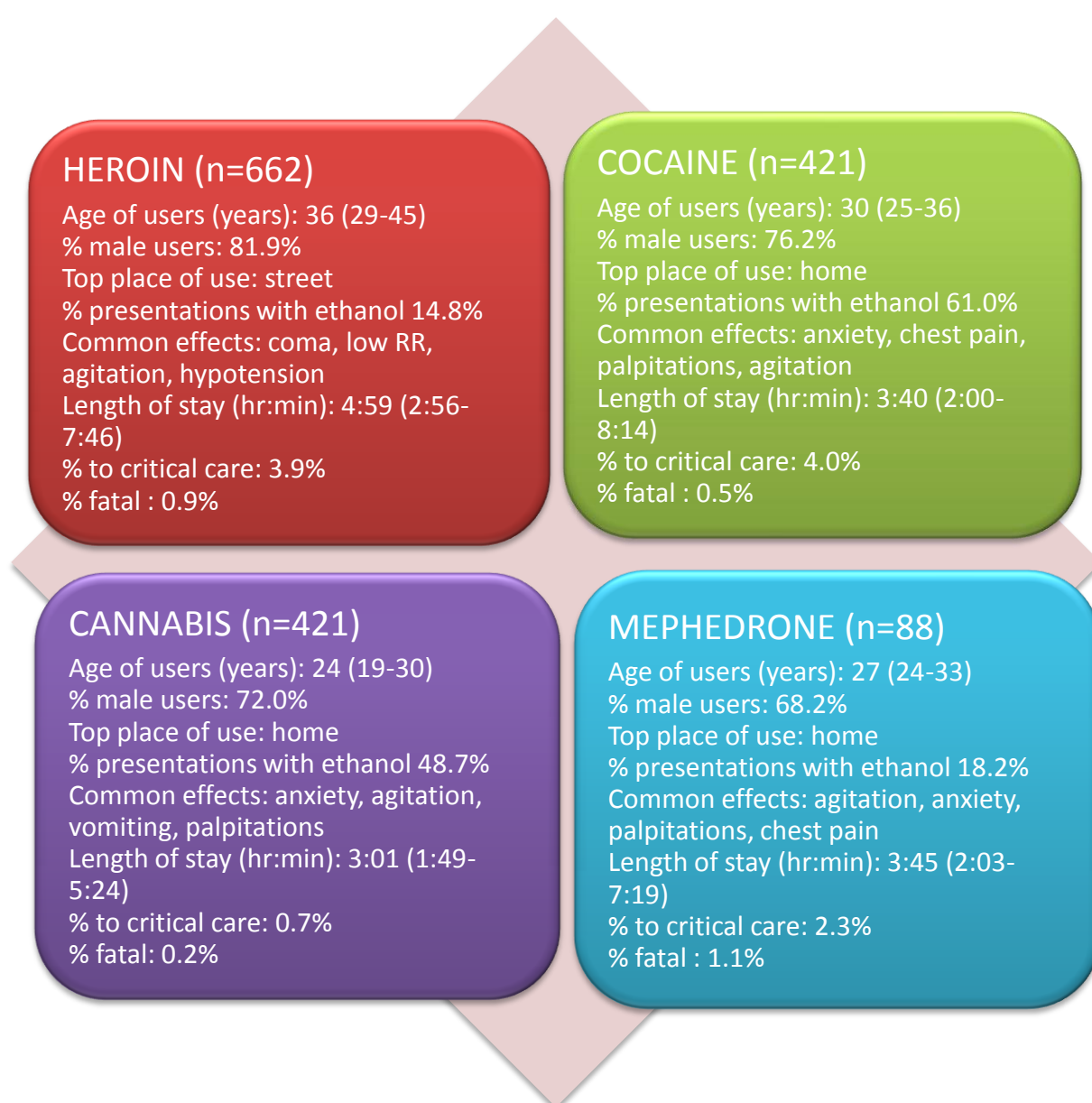
Ages (ans), genre	Drogue(s)	Ethanol O=oui, N=non, NS=non spécifié	Lieu de consommation	Intervalle entre l'utilisation et la présentation (heures)	Temps à l'hôpital (h: min)	Résultats analytiques et qualitatifs (échantillons: drogues) S = sang, U = urine, NS = non spécifié
18, M	Cannabis	N	Bar/ boîte de nuit	<1 heure	1:32	U: Cannabis
20, M	Benzodiazépines nk, cannabis, méthadone	NS	Domicile	Inconnu	98:32	U: Benzodiazépines, cannabis, méthadone
25, M	Fentanyl	O	Domicile	1 à 4 heures	96:16	U: non spécifié

Ages (ans), genre	Drogue(s)	Ethanol O=oui, N=non, NS=non spécifié	Lieu de consommation	Intervalle entre l'utilisation et la présentation (heures)	Temps à l'hôpital (h: min)	Résultats analytiques et qualitatifs (échantillons: drogues) S = sang, U = urine, NS = non spécifié
25, M	Amphétamine, MDPV, paracétamol	NS	Inconnu	Inconnu	88:30	S: MDPV
27, M	Héroïne	NS	Rue	<1 heure	42:33	
29, M	Baclofène, oxazépam, zolpidem	O	Domicile	Inconnu	3:05	
30, M	Benzodiazépine nk	NS	Inconnu	Inconnu	80:11	
30, M	Méthadone	N	Domicile	Inconnu	1:08	
31, F	Cocaïne	N	Domicile	Inconnu	26:05	
31, M	Inconnu	N	Police/prison	Inconnu	3:24	
33, M	Opioides nk	O	Inconnu	Inconnu	0:15	S: Codéine, éthanol, morphine
34, F	3-MMC, buprénorphine	N	Domicile	<1 heure	175:03	U: 3-MMC, buprénorphine
34, F	Héroïne	NS	Autre	<1 heure	2:44	
34, M	Inconnu	NS	Inconnu	Inconnu	nk	
35, M	Méthadone	NS	Domicile	Inconnu	1:52	
36, M	Héroïne	NS	Inconnu	Inconnu	6:11	
36, M	Héroïne	N	Autre lieu privé	1 à 4 heures	56:43	NS: Amphétamine, cocaïne, méthamphétamine, morphine
36, M	Inconnu	NS	Autre	Inconnu	0:31	
37, F	Inconnu	NS	Inconnu	Inconnu	0:24	
38, M	Méthadone	O	Inconnu	Inconnu	2:19	S: Ethanol, méthadone
41, M	Amphétamine, cocaïne,	NS	Domicile	>24 heures	0:17	
41, M	Cocaïne, MDMA	O	Autre lieu privé	1 à 4 heures	1:14	U: Cocaïne, MDMA
41, M	Méphédronne	NS	Domicile	13 à 23 heures	0:18	
43, M	Héroïne	NS	Inconnu	Inconnu	240:13	
46, M	Cocaïne	O	Inconnu	Inconnu	468:39	
48, M	Héroïne	NS	Domicile	Inconnu	17:28	
nk, M	Inconnu	O	Inconnu	Inconnu	48:42	

Profils instantanés des bilans liés aux principales drogues à usage récréatif / NPS

Afin de donner une vision générale des tendances des drogues récréatives classiques les plus fréquemment reportées, des « profils instantanés » ont été compilés à partir de ces présentations lorsque la drogue consommée ne fut pas associée à une autre drogue récréative, voir le schéma 42. Le médian (écart interquartile) de l'âge et de la durée du séjour à l'hôpital apparaissent avec le pourcentage de présentations transférées aux services de soins intensifs et avec le nombre total de cas mortels.

Schéma 42. Profils instantanés des drogues récréatives classiques les plus fréquemment recensées et des NPS si reportées comme seules drogues utilisées



Commentaires sur le processus de collecte des données

En général avant le Projet Euro-DEN, la plupart des centres ne procédait pas systématiquement à la collecte de ce type de données. Dans la moitié des centres l'identification des cas se faisait au moyen

d'une recherche de mots clefs et de codes dans la base de données des admissions aux services d'urgence, mais un quart d'entre eux procédait à une recherche manuelle dans le registre des admissions ou dans le dossier des patients (dans un des centres, les 8500 dossiers médicaux mensuels des services d'urgences furent manuellement examinés afin d'établir les cas entrant dans le cadre du Projet Euro-DEN). L'autre moyen le plus courant d'identifier les cas pertinents fut par le biais de collègues ou via les demandes d'opinions toxicologiques ; deux des centres se sont également des données de laboratoires. Les difficultés les plus souvent rencontrées sont venues de la confirmation de l'agent utilisé par le patient, de l'identification des cas de drogue récréative, du déchiffrement des écritures manuscrites dans le dossier des patients et de l'obtention du résumé des services ambulatoires et d'urgence. Près de la moitié des centres a fait ressortir le fait que les deux jours mensuellement alloués à la collecte de données n'étaient pas suffisants ; Malgré tout, l'ensemble des centres a pu renvoyer l'intégralité du fichier de données dans les délais impartis afin qu'il soit incorporé dans le projet.

La feuille de calcul Excel® a été considérée comme étant le moyen le plus efficace de collecter et manipuler les données et fut ainsi utilisée. La taille de certaines des feuilles de travail s'est expliquée par le fait que les colonnes étaient cachées, et qu'elles n'ont de ce fait pas été complétées, ce qui s'est plus fréquemment produit pour la feuille relative aux tendances cliniques. L'utilisation de six feuilles de travail différentes n'a pas permis une l'analyse transversale des fichiers d'information, excepté lorsque les feuilles de travail étaient intégrées dans une même feuille, ce qui fut un processus de travail intensif. Les données furent collectées à partir des dossiers médicaux constitués au moment des présentations et le fichier de données minimales a pu être complété à partir de cette source dans la plupart des cas. Cette activité fut ainsi très semblable à un audit des cas particuliers, avec l'avantage qu'en l'espèce, le consentement du patient n'était pas requis. Cependant, certains type d'informations n'a généralement pas été enregistré, comme par exemple le lieu où la drogue a été consommée (57.7%), depuis combien de temps elle a été consommée (53.2%), sous quelle forme la drogue a été prise (40.4%) et si oui ou non de l'éthanol fut également ingéré (40.8%). Il est possible que ces questions aient été posées lors de l'examen médical, mais la réponse à c'est dernières n'a pas été enregistrée dans le dossier du patient. Pour les cas mortels, certains centres ont eu des difficultés à obtenir des résultats post mortem étant donné que ces derniers relevaient du médecin pathologiste ou d'un autre service, et qu'il pouvait exister des retards dans leur mise à disposition, du fait des délais précédant la conduite d'une enquête.

Groupe de travail 2: Formation et lignes directrices destinées aux professionnels des lieux de divertissement afin de réagir aux incidents liés aux drogues

Groupe de travail 2 Activité 1 (WS2 A1)

Objectifs

L'objet de cette activité était de développer un programme de formation destiné au personnel des lieux de divertissement (boîtes de nuit, bars...) afin qu'ils adoptent les lignes directrices permettant d'identifier les individus présentant des symptômes de toxicité liée aux drogues et nécessitant une prise en charge médicale.

Méthodologie

Le Groupe de Pilotage a réexaminé le programme de formation préalablement développé en 2008 par le centre principal du projet, et utilisé dans les lieux de divertissement nocturnes du sud est de Londres. Ce programme de formation a été révisé, principalement afin de permettre l'inclusion des informations relatives aux NPS. Les lignes directrices de référence relatives aux ambulances et établissant les

situations où il est nécessaire de faire appel à une ambulance pour un individu présentant des signes de toxicité aiguë induite par une drogue récréative, ont été développées par le centre principal du projet (Wood, Greene et al. 2008). La version actualisée de ces lignes directrices adaptées au contexte Européen et révisée par un panel d'experts internationaux [OEDT Contract Code CC.11.SAT.020], a été réexaminée par le Groupe de Pilotage. Cet examen a également intégré des informations issues des lignes directrices publiées par l'Australie et destinée au personnel des ambulances et relatifs à la prise en charge d'individus présentant des cas de toxicité aiguë liés aux drogues récréatives (Jenner, Espagne et al. 2006).

Résultats

Le programme de formation final a consisté en une présentation PowerPoint® de 14 diaporamas axés sur quatre éléments: i) les informations générales sur la toxicité aiguë associée à la consommation de drogue récréatives classiques et aux nouvelles substances psychoactives ; ii) l'introduction aux lignes directrices de référence pour les ambulances (abordées plus en détails dans le WS2A2 ci-dessous); iii) la discussion interactive basée sur des simulations de scénarios de cas relatifs à une toxicité aiguë induite par trois drogues récréatives/NPS; et iv) des sessions pratiques sur le recours à la position de récupération. Des notes détaillées ont été ajoutées à chaque diapositive PowerPoint® afin d'assurer une certaine cohérence d'un centre à l'autre dans le contenu de la formation. Les diapositives PowerPoint® et les notes associées destinées aux formateurs apparaissent dans l'Annexe 4.

Les lignes directrices actualisées (Annexe 5) ont été traduites de l'anglais à l'espagnol, au norvégien et à l'estonien. Les changements principaux faits à partir des versions précédentes des lignes directrices ont été les suivants : i) remplacement de la méthode EVDA pour établir le niveau de conscience en faveur d'une méthode d'examen simplifiée (toujours basée sur l'échelle EVDA); ii) réarrangement de l'ordre dans lequel les caractéristiques cliniques étaient listées, par exemple en élevant l'agitation dans le processus d'examen ; iii) simplification des paramètres de température corporelle dans les cas où un thermomètre n'est pas disponible; et iv) remplacement du terme « ambulance » en faveur du terme « services d'urgence » suivis par le numéro de téléphone habituel (par exemple le 999 au Royaume Uni). Les lignes directrices ont été renommées "Lignes directrices expliquant quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de toxicité aiguë induite par la consommation de drogues ». Elles ont ensuite été traduites en espagnol, en norvégien et en estonien, et ont été formatées avec l'aide de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), voir l'annexe 5 pour la version anglaise.

Groupe de travail 2 Activité 2 (WS2 A2)

Objectifs

L'objet de cette activité était de déterminer la faisabilité de la distribution de ce programme de formation destiné au personnel des lieux de divertissement (boîtes de nuit, bars...) et de l'utilisation de lignes directrices permettant d'identifier les individus victimes des dommages associés aux drogues et justifiant une prise en charge clinique. Les données obtenues à partir de ces éléments ont été utilisées afin d'améliorer les lignes directrices développées dans le WS2 A1 et dans la formation associée.

Méthodologie

Dans la demande de subvention, il était stipulé que cette activité serait menée par le centre de Brno, cependant ce centre s'est retiré du projet à l'issue de la première année. Le centre de Londres a alors pris la relève pour cette activité. En outre, le centre de Pärnu en Estonie a été retenu pour participer à l'étude de faisabilité, afin d'assurer une couverture paneuropéenne équivalente et satisfaisante.

La formation a été organisée au niveau local à Londres au Royaume Uni, à Oslo en Norvège, à Palma en Espagne et Tallinn en Estonie. Les sessions de formations ont eu lieu dans les locaux des lieux de divertissements nocturnes. Le personnel des établissements ayant accueilli ces formations était convié à assister à ces sessions par leur direction. Les participants des sessions de formation ont été invités à compléter un questionnaire préalable et suivant les sessions. Le questionnaire post session comprenait des questions relatives à la durée, la qualité, le contenu et le format des sessions de formation (chaque critère sur un barème de notation allant jusqu'à 10), et sur l'utilité (sur 10) des lignes directrices établissant quand contacter les services d'urgence. En outre, les participants ont eu l'opportunité de fournir leur opinion sous forme de texte libre à propos de l'ensemble de la session.

Résultats

La formation s'est tenue dans les établissements nocturnes (boîtes de nuit) de Londres, au Royaume Uni (2 sessions), à Oslo en Norvège (2 sessions) et à Pärnu et Tallinn en Estonie (1 session par ville). Il n'a pas été possible d'organiser de session de formation au cours de l'étude de faisabilité à Palma, Majorque ; principalement en raison de l'impossibilité pour le personnel des lieux de divertissement nocturne d'assister aux sessions en période estivale (juin-août 2014). Il n'a pas été possible de palier ce problème plus tard dans l'année (septembre-octobre 2014), étant donné que la majorité des personnes sont employées de façon saisonnière et n'y travaillent alors plus.

Le nombre total de participants fut de 147 personnes, soit 42 à Londres, 88 à Oslo et 17 à Pärnu et Tallinn. Cent trente-cinq (95.1%) participants ont estimé que la durée de la formation existante était appropriée; 6 (4.1%) l'ont estimée trop courte, 4 (2.7%) ont considéré qu'elle était trop longue et 2 (1.4%) n'ont pas fourni de réponse à cette question. L'écart type moyen de la notation générale (sur 10) du kit de formation était de 8.2 ± 1.4 ; la position de sécurité a été évaluée à 8.4 ± 2.3 et les cas interactifs organisés ont reçu la note de 7.6 ± 1.7 . Trente-sept participants ont fourni des informations complémentaires sur la session de formation par le biais des zones de texte libre. La révision qualitative des commentaires libres fournis par les participants a permis d'identifier trois thèmes sur lesquels les sessions pourraient être améliorées: i) le côté interactif et pratique des sessions et/ou une formation pratique (21 participants); ii) le changement de la structure/ du format des sessions (6 participants); et iii) des informations plus conséquentes sur les différentes drogues (7 participants). Concernant ceux ayant commenté la structure/le format des sessions, les commentaires ont fait ressortir l'intérêt de: i) plus de questions destinées aux participants (1 participant); moins de questions posées aux participants (1 participant); iii) augmenter les temps de pause pendant les sessions (1 participant); iv) certains ont écrit ne pas se sentir enthousiastes à l'idée d'utiliser PowerPoint® (2 participants); v) les sessions étaient trop axées sur l'aspect médical (plus pour les docteurs) (1 participant). Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les sessions ont été positivement accueillies par la majorité des participants et que ces derniers ont trouvé le kit de formation adéquat.

La moyenne générale de la note en matière d'utilité des lignes directrices était de 8.7 ± 1.7 ; aucun commentaire sous forme de texte libre n'a été fourni par les participants aux sessions de formation en matière de contenu ou de graphisme. De ce fait, à l'issue des sessions de formations, il a été décidé qu'aucune modification ne serait apportée aux lignes directrices de référence qui avaient été testées lors des sessions de formation et relatives aux ambulances et établissant les situations où il est nécessaire de faire appel à une ambulance pour un individu présentant des signes de toxicité aiguë induite par une drogue récréative et NPS. Comme énoncé précédemment, ces lignes directrices ont été publiées dans une revue scientifique (Wood, Greene et al. 2008) et ont été révisées par un panel d'experts dans le cadre d'un projet fondé par l'OEDT [OEDT Contract Code CC.11.SAT.020].

Oslo en Norvège, a fait l'objet d'un intérêt particulier lorsque la formation du personnel de l'industrie nocturne a été menée et que la chaîne télévisée nationale a diffusé un reportage sur les sessions de travail pendant l'édition du journal du soir, de même que les raisons expliquant ce travail.

Publications et Présentations issues du Projet Euro-DEN

Le projet Euro-DEN a été présenté lors de conférences internationales en Europe, aux Etats-Unis et en Asie, à la fois sous la forme de 13 allocutions liminaires ou présentations scientifiques et de 8 abstracts (soit 7 affiches et 1 plateforme orale); lesquels sont détaillés dans l'Annexe 2. A ce jour, trois articles ont également été publiés, un article a été soumis à publication et le Groupe de Pilotage continuera de superviser les articles liés à sa base de données du projet Euro-DEN après épuisement de la subvention afin de permettre une analyse approfondie des informations clefs tirées de la base de données substantielles Euro-DEN.

Les lignes directrices expliquant quand contacter les services d'urgence ont été publiés par l'OEDT sur son Portail des Meilleures Pratiques (<http://www.OEDT.europa.eu/news/2015/euro-den>).

Discussion

Le projet Euro-DEN, financé par la Commission Européenne via le programme DPIIP, a rempli avec succès tous les objectifs initialement fixés dans la subvention et a fourni un aperçu unique des dommages sévères associés aux drogues récréatives et NPS en Europe.

Données Européennes sur la Toxicité Aiguë des Drogues

L'étude menée au cours des phases initiales du projet a illustré le fait qu'à ce jour la collecte de données systématiques relatives aux visites aux services d'urgence de l'hôpital et associées à la consommation de drogues et nouvelles substances psychoactives (NPS) est limitée en Europe (Heyerdahl, Hovda et al. 2014). Cette absence de données influe fortement sur la compréhension de l'impact de ces substances en termes de santé publique.

En mettant en place un réseau de centres et à l'aide d'un outil de collecte de données relativement simple, le Projet Euro-DEN a prouvé qu'il est possible d'avoir une idée précise des dommages associés aux drogues et NPS. Cela inclut les données démographiques, les données relatives aux drogues/NPS responsables des cas de toxicité, les profils cliniques liés à la toxicité, les bilans médicaux (durée du séjour à l'hôpital, admission en soins intensifs, mortalité) et la gestion des présentations liées aux drogues récréatives/NPS. La collaboration qu'a permis le projet s'est matérialisée par l'obtention de données à analyser tirées de plus de 5,500 présentations, et faisant apparaître les tendances en matière de consommation aiguë de drogue dans les services d'urgences des 16 hôpitaux sentinelles de 10 pays.

Données démographiques des présentations

La plupart des rapports concernaient des hommes (75.4%) résidant dans la ville du centre Euro-DEN (73.9%). L'âge médian global était de 31 ans (échelle de 11 à 90 ans). Bien que dans la plupart des présentations, le lieu où la drogue a été consommée n'a pas été renseigné, lorsque ce fut le cas, le domicile et la rue ont été cités plus fréquemment que les bars ou les boîtes de nuit. Il existe quelques variations par drogue quant au lieu de consommation. Ainsi, la consommation d'héroïne et de cannabis a eu tendance à avoir lieu dans la rue, la MDMA et la cocaïne dans les boîtes de nuit et les festivals, et au domicile ou autres lieux privés pour le cannabis et la cocaïne. Cependant, les deux principales catégories de stimulants et antidépresseurs ont été recensées dans tous types de lieux et de ce fait, la différence entre la fourniture de services pré hospitaliers et les exigences en matière de prévention, est assez faible. La périodicité des présentations dues à une consommation d'héroïne au domicile, dans la rue ou dans d'autres lieux privés vient supporter les projets de mise à la disposition du public de la naloxone. Près d'un cinquième des individus ne résidaient pas dans la ville de l'hôpital où ils ont été reçus et cela a considérablement influé sur la planification des sorties, d'autant plus que les présentations sont plus fréquentes durant la nuit.

Tendances des consommations de drogues liées aux présentations

Le nombre moyen de drogues (en excluant l'alcool) par présentation était de 1.6, avec plus de 60% des présentations n'impliquant qu'une seule drogue. Les drogues récréatives classiques étaient les plus souvent recensées et l'héroïne était la plus commune. L'héroïne a été rapportée par tous les centres, à l'exception de deux centres en Estonie, avec en majorité une disponibilité et une consommation de fentanyl (OEDT 2014 a). La cocaïne et le cannabis sont arrivés second et troisième pour les drogues récréatives classiques et furent rapportés par tous les centres. Le GHB/GBL est arrivé quatrième, cependant 85% des présentations associées au GHB/GBL ont été rapportées par les centres de Londres, Oslo et Barcelone, ce qui montre que les présentations associées à la toxicité aiguë du GHB/GBL sont plus concentrées que pour les autres drogues. Cela reflète probablement différents facteurs tels que les tendances localisées de consommation.

Les médicaments sur prescription ou en vente libre ont été associés à plus 25% des présentations Euro-DEN. Les drogues les plus communément tirées de cette catégorie étaient les benzodiazépines et les opioïdes, avec seulement une faible quantité de cas associés aux autres drogues. Les présentations impliquant du au Fentanyl concernaient en grande majorité les centres de Tallinn et de Munich. Ces données relatives aux tendances et à l'accessibilité des opioïdes dans ces deux pays sont semblables à celles mentionnées par l'OEDT dans le Trend Spotting Meeting 2012 dans le Rapport européen sur les drogues 2014 (OEDT 2014 a). Les présentations liées à la buprénorphine concernaient en grande majorité les centres de Munich, Oslo OAEOC et Paris, ce qui peut expliquer les variations dans les traitements de substitution des opioïdes en Europe. Sur l'ensemble du fichier de données Euro-DEN, les benzodiazépines étaient le deuxième groupe de drogues le plus commun. Certaines benzodiazépines de type diazépam, clonazépam et alprazolam ont été recensées par la majorité des centres, bien que le nombre de cas associés à ces dernières varie d'un centre à l'autre. Les bromazépam et oxazépam n'ont été recensés que dans une minorité de centres. Un travail complémentaire incluant une comparaison des données de prescription est requis afin de comprendre l'origine de ces tendances, et de favoriser un travail de prévention géographiquement ciblé.

Les NPS ont été plus rarement recensés que les drogues récréatives et les médicaments sur prescription ou en vente libre. Le groupe de NPS le plus régulièrement rapporté dans les présentations a été celui des cathinones, la méphédronne ayant été la plus commune des NPS. Les présentations associées à l'utilisation de NPS ont généralement concerné une minorité de centres, notamment ceux de Gdansk, du Royaume Uni (Londres et York), de Dublin et de Munich; à l'opposé, trois centres n'ont relevé aucun cas de présentations associées à une consommation de NPS (Pärnu, Tallinn et Drogheda). Il est possible que l'identification des NPS ait été moindre dans les zones avec peu de présentations. Néanmoins, les tendances constatées reflètent les données publiées par l'ONUUDC et l'OEDT et d'autres indicateurs liés aux NPS dont celles liées à la prévalence de la consommation et la disponibilité des drogues (OEDT 2014 a, UNODC 2013).

Avantages et limitations du Projet Euro-DEN

Les établissements participant au Projet Euro-DEN sont des centres sentinelles et ne sont pas nécessairement représentatifs du pays où ils se situent. Néanmoins, il s'agit de centres spécialisés ayant une expertise et portant un intérêt particulier à la toxicité aiguë des drogues, ce qui explique leur pertinence pour la collecte de données. Les centres desservent des quantités et des types de population (de rural à semi-rural) différentes et leurs fonctions varient. La plupart des hôpitaux sont des services d'urgence généraux à l'exception de l'OAEOC à Oslo qui fournit une évaluation initiale et des premiers soins et renvoie si besoin les cas pour admission vers un autre hôpital, tandis que le centre Gdansk n'a qu'un rôle de centre tertiaire de référence. Il existe une disparité dans le nombre de présentations rapportées par les centres (allant de 15 à 1478) et quelques centres ont contribué à une grande majorité des cas du fichier de données. Cependant, comparée au nombre total de personnes s'étant rendues aux urgences, la proportion de présentations associées aux drogues récréatives a été assez constante à

travers les Euro-DEN centres. Si les variations rencontrées dans le nombre total de présentations par centre peuvent être vues comme une limitation, elles constituent également un atout, puisqu'elles fournissent un aperçu des présentations dans différents milieux. Enfin, il est possible que certaines des tendances constatées, comme par exemple les variations liées aux drogues associées aux présentations, reflètent la nature sentinelle du centre et les tendances locales en matière de consommation et sa disponibilité (à titre d'exemple, la proportion élevée de consommation de GHB/GBL dans les centres de Londres, Barcelone et Oslo. Néanmoins, certaines tendances relevées à partir du fichier de données Euro-DEN sont similaires à celles tirées d'autres indicateurs tels que les études menées auprès de la population générale et les données relatives au traitement. Les tendances des stimulants tirées des présentations Euro-DEN, par exemples, sont similaires aux données du Rapport européen sur les drogues avec une proportion supérieure de consommation de cocaïne dans les présentations d'Espagne et du Royaume Uni, comparativement à une proportion supérieure de consommation d'amphétamines dans les présentations des centres de Norvège et de Pologne.

Le fichier de données Euro-DEN se base sur les déclarations du patient et sur l'interprétation clinique des drogues utilisées. Une analyse de laboratoire complète n'a été effectuée que pour une minorité de présentations et en règle générale, il s'agissait d'un test immunologique. Cela reflète les meilleures pratiques internationales actuelles selon lesquelles les patients sont traités sur la base du profil clinique de toxicité et sur la base des drogues que le patient déclare avoir consommé, plutôt qu'au moyen d'analyses visant à confirmer la ou les drogues détectées. Bien qu'il pourrait être utile de procéder à un dépistage toxicologique au moyen d'une technique complète pour toutes les présentations, cela se révélerait coûteux, logistiquement difficile et éthiquement compliqué. De futures études devraient considérer la possibilité d'utiliser soit un dépistage ciblé dans toutes les présentations pour une gamme de drogues particulières, soit un dépistage complet sur un groupe précis.

La collecte de données pour le projet était basée sur les informations collectées à partir des fichiers médicaux généraux constitués au moment des présentations, ce qui montre la représentativité et la contemporanéité des pratiques cliniques et de la gestion des patients. Cela signifie que certains paramètres n'étaient pas disponibles pour certaines présentations. Un pro-forma de collecte de données pourrait permettre une collecte de données plus complète quant aux cas individuels. Cela nécessiterait un accord éthique et administratif supplémentaire. De plus, du point de vue pratique; cela serait compliqué à effectuer dans le contexte animé des services d'urgence à tel point que le nombre total de présentations diminueraient considérablement.

Implications en termes de soins intensifs

Lorsque comparée au nombre total de personnes s'étant rendues aux services d'urgence, la toxicité aiguë des drogues récréatives/NPS représente une petite proportion du nombre total de présentations aux services d'urgence (médian de 0.3%). Des caractéristiques cliniques graves ou engageant le pronostic vital du patient n'ont pas été observées dans la majorité des présentations et près de 90% des patients sont sortis dans les 24 heures. Néanmoins, plus d'un quart des présentations a été associées à de l'agitation /agressivité, 10% à des cas de coma et 6% à des cas de psychose. Près de 70% des présentations sont arrivées à l'hôpital en ambulance et plus de 10% ont reçu du naloxone avant leur arrivée à l'hôpital, mais il est probable qu'il s'agisse d'une sous-estimation étant donné que les données en la matière ont été collectées auprès des services d'urgence.

Au total, plus de 50% des présentations ont fait l'objet d'un traitement (dont une sédation pour plus de 20%) et 6% des présentations ont requis une admission en soins intensifs. Sur les 35 cas de présentation en situation d'arrêt cardiaque, 19 ont conduit au décès du patient, en outre, 8 autres décès ont eu lieu dans les établissements hospitaliers.

Les présentations ont été les plus fréquentes pendant la nuit et le week-end, soit quand le personnel de santé est susceptible d'être en effectifs réduits et lorsque des employés moins expérimentés sont de garde. Par conséquent, bien que les présentations en situation de toxicité aiguë induite par les drogues/

NPS représentent une faible proportion du total des présentations aux services d'urgence, elles constituent une charge de travail clinique substantielle et disproportionnée supposant une implication en termes de coûts pour à la fois les services de soins pré hospitaliers et les services d'urgence.

Implications en termes de santé publique

En termes de santé publique, les données relatives aux dommages habituels et aux lieux de consommation de drogues/NPS, ainsi que les données démographiques telles que l'âge, le sexe et le lieu de domiciliation sont utiles afin d'établir où procéder à des interventions ciblées et dispenser des soins spécialisés. Bien que les NPS attirent régulièrement l'intérêt des médias, les données issues du projet Euro-DEN suggèrent que les drogues récréatives «classiques» constituent le type de drogue le plus souvent associé à des présentations aux services d'urgence et à des cas de toxicité aiguë, incluant des décès. Cela reflète les indicateurs de l'OEDT relatifs aux risques élevés et aux problèmes de consommation de drogue, telles que les estimations sur le nombre d'utilisateurs, les données issues des établissements de santé et les données relatives aux intoxications mortelles et non mortelles. Plus d'un quart des drogues associées aux présentations concernent des médicaments sur ordonnance /médicaments disponibles en vente libre, et, des travaux supplémentaires sont nécessaires afin de comprendre les tendances en Europe quant à la mauvaise utilisation de ces substances, soit à des fins récréatives, afin de réaliser un travail de prévention auprès des personnes délivrant des prescriptions, ainsi qu'auprès du public et des autres principaux acteurs dans le domaine.

Un kit de formation destiné au personnel de l'industrie nocturne tels que les bars et les boîtes de nuit a été développé comme moyen d'attirer l'attention du public sur les urgences médicales liées à la consommation de drogues récréatives et d'améliorer l'identification et la gestion des cas de toxicité liés aux drogues récréatives en environnements pré hospitaliers. Les caractéristiques des tendances en matière de consommation de drogue ont été utilisées afin de rendre le kit de formation plus pertinent pour les personnes qui en bénéficieraient dans les différentes villes, tandis que le recours à un format unique a permis une comparaison des résultats de chaque centres. La formation a été positivement accueillie et à l'issue de cette dernière, les participants ont exprimé se sentir plus confiants quant à l'identification des individus en situation de toxicité aiguë. Les lignes directrices élaborées par le Projet euro-DEN sur "Quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de malaise liés à la consommation de drogues récréatives" ont été lancées par le biais du Portail des Meilleures Pratiques de l'OEDT et sont actuellement soumises à publication en revue scientifique afin d'augmenter leur diffusion et leur utilisation sur le terrain.

Continuation du Projet Euro-DEN: Euro-DEN Plus

Dans le cadre du processus de documentation de la toxicité aiguë associée aux drogues récréatives et aux NPS, le Projet Euro-DEN a mis en exergue l'importance d'une collecte de données auprès des centres sentinelles à travers l'Europe. A l'issue de la réalisation, en septembre 2014, de l'Activité 3 du Groupe de travail 1, l'ensemble des centres sentinelles Euro-DEN ont consenti à poursuivre la collecte de données. Deux centres supplémentaires ont rejoint le projet, soit celui d'Ekaterinbourg en Russie et de Roskilde au Danemark. Ce réseau actuel de collecte de données est connu sous l'appellation de Projet "Euro-DEN Plus". Ce dernier ne bénéficie d'aucune subvention, cependant les centres sont motivés quant à sa continuation, étant convaincus de son impact significatif. L'OEDT continuera à apporter son appui au projet et le centre Euro-DEN principal à Londres continuera de rassembler, analyser et faciliter la diffusion des données.

Le Groupe de Pilotage Euro-DEN a révisé le fichier de données minimales développé par le Groupe de travail 1 Activité 2 et a déterminé les champs de données à retirer du fichier de données Euro-DEN Plus, notamment ceux pour lesquels la collecte de données n'est pas automatique. Toutes les variables

permettant la description des principales données démographiques, cliniques et des paramètres des bilans liés à la toxicité aiguë des drogues récréatives et NPS ont été conservées.

Le Projet Euro-DEN Plus servira de fondation à un examen plus poussé des tendances géographiques et temporelles et permettra de continuer à observer les évolutions dans ce domaine fondamental où les données systématiques fiables sont rares. Les centres sentinelles se sont engagés à continuer la collecte de données et ces dernières seront présentées lors de conférences et seront diffusées auprès du public concerné, tels que les Points Focaux Reitox de l'OEDT, et seront également soumis à publication en revue scientifique. De nouvelles subventions seront sollicitées afin de permettre le développement et la pérennité du réseau Euro-DEN Plus.

Suggestions pour l'avenir

Les lignes directrices élaborées par le Projet Euro-DEN sur "Quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de malaise liés à la consommation de drogues récréatives" ont été lancées par le biais du Portail des Meilleures Pratiques de l'OEDT en février 2015. Le kit de formation associé a été délivré avec succès dans trois pays européens. Les retours des personnes travaillant en milieu nocturne à l'issue des sessions de formation ont permis de considérer une formation pratique et interactive. Cette dernière pourrait être conduite au moyen d'une formation sous la forme de simulation similaire aux formations utilisées pour les professionnels du milieu médical. De plus, il serait potentiellement possible de considérer le développement d'une formation vidéo permettant une diffusion plus large à moindre coût. L'étude de faisabilité conduite dans le cadre d'Euro-DEN a montré que la formation permet une gestion plus confiante des cas de toxicité aiguë liés aux drogues récréatives et aux NPS. Ces deux nouveaux développements perfectionneraient le kit de formation afin de conduire à des améliorations en termes d'effectivité et de généralisation des évaluations pré hospitalières des citoyens européens en situation de toxicité aiguë liés aux drogues récréatives et aux NPS .

Plusieurs autres types de développements pourraient être une valeur ajoutée au système de collecte de données Euro-DEN et son exécution. Comme mentionné ci-dessus, le réseau Euro-DEN compte à ce jour deux centres supplémentaires, notamment un en Russie. Le réseau Euro-DEN Plus est composé de 18 centres dans 11 pays et est représentatif de la consommation primaire de drogues en Europe, comme rapporté par l'OEDT : La possibilité de continuer à étendre le réseau sera exploré afin d'inclure au moins un centre sentinelle par pays membre de l'Union Européenne et des pays avoisinants. En marge de l'expansion du réseau, tel que discuté en détails ci dessus, la possibilité d'augmenter le dépistage toxicologique à l'aide d'échantillons biologiques pour les présentations liées à une toxicité aiguë induite par une drogue récréative/NPS, devrait être considérée. Bien que cela ne soit pas cliniquement justifié ou faisable de façon régulière, et bien que cela impliquerait des ressources supplémentaires et une capacité d'analyse, il est possible que le dépistage, particulièrement dans le cas des cas pertinents sélectionnés, soit une valeur ajoutée pour les présentations attribuées aux drogues par un médecin ou sur les déclarations du patient.

Le système Euro-DEN Plus fournira des données complètes et détaillées de l'ensemble des présentations dues à la toxicité des drogues récréatives et NPS dans les centres sentinelles. Bien qu'il soit possible d'augmenter le nombre de centres appartenant au réseau afin de couvrir un plus grand champ de pays en Europe, la collection des données du fichier de données minimales n'est réalisable que dans les centres spécialisés et portant un intérêt particulier à la toxicité aiguë des drogues. Une approche complémentaire qui permettrait la collecte de données auprès un plus grand nombre de centres serait la méthode du profil instantané. Cette dernière a été utilisée avec succès afin de fournir des données représentatives étendues, lesquelles ont permis des améliorations en matière de santé dans d'autres domaines tels que la septicémie et les traumatismes pour les citoyens européens. La méthode du profil instantané pourrait impliquer la collecte d'une sous catégorie de paramètres de données clés à partir du fichier de données minimales Euro-DEN Plus. Cela pourrait être effectué sur une période courte d'une

semaine par exemple, tous les trois à six mois. Cela permettrait un report régulier des données à l'OEDT et aux autres institutions concernées tels que les organes législatifs et les politiques au moyen d'une structure de report standardisée. Le fichier de données minimales Euro-DEN inclut plus de 60 paramètres de données. Cette méthodologie impliquerait 10 à 15 paramètres essentiels afin de saisir les drogues impliquées et les données démographiques, en même temps que les indicateurs de toxicité et les bilans. L'intérêt de la méthode du profil instantané est qu'elle fournit les données d'un grand nombre de services d'urgence, ce qui permet d'obtenir un portrait plus complet, reproductible et représentatif des tendances géographiques et des profils à l'intérieur de chacun des centres. Cela vient en complément du fichier de données Euro-DEN Plus, lequel fournit des données plus complètes sur les tendances et la sévérité de la toxicité, et permet la saisie d'informations relatives aux drogues et NPS rarement ou moins fréquemment recensées. La méthode du profil instantané pourrait être également utilisée pour améliorer la gestion des risques liés aux nouveaux NPS ou à ceux qui émergent en ciblant la collecte de données dans les zones où des signaux ont été constatés au moyens d'autres indicateurs et de rapports du Système d'alerte précoce de l'Union Européenne.

L'activité 1 du Groupe de travail 1 du Projet Euro-DEN a confirmé le fait que les données systématiques collectées en Europe à propos de la toxicité aiguë des drogues récréatives et NPS demeurent limitées. Cette absence de données influe fortement sur la compréhension de l'impact de ces substances en termes de santé publique en Europe. L'objectif final des futurs développements du système de réseau sentinelle Euro-DEN Plus, en plus de la méthode du profil instantané, serait de contribuer à l'identification de nouveaux indicateurs clef en matière de toxicité aiguë des drogues récréatives/NPS, afin de compléter ceux existants et actuellement reportés à l'OEDT par les Points Focaux REITOX de l'Union Européenne et des pays avoisinants. Cela permettrait de traiter le problème d'absence de données en matière de santé publique et de mieux comprendre les dommages causés par les drogues récréatives et NPS, afin de dresser une image plus complète des implications liées à la consommation de drogue en Europe.

Conclusions

Le projet Euro-DEN, financé par la Commission Européenne, a rempli avec succès tous les objectifs initialement fixés dans la subvention. Le projet a ainsi permis le développement et la mise en place de formation destinées au personnel des lieux de divertissement, et la publication de lignes directrices européennes en matière d'identification des cas d'individus présentant un niveau de toxicité aiguë associée aux drogues/NPS dans le contexte de l'économie nocturne. L'ensemble de données minimales développé a été utilisé afin de démontrer que les données peuvent effectivement être collectées à travers l'Europe dans les centres sentinelles. Les données issues des 5529 présentations recensées sur une période de 12 mois fournit un aperçu unique des dommages causés par les drogues récréatives et NPS en Europe, leurs tendances et leurs implications. La collecte de données, basée sur les cas issus des services d'urgence des hôpitaux sentinelles se poursuivra à travers le Projet Euro-DEN Plus, et le groupe de recherche prévoit de poursuivre ses travaux et de continuer à développer les programmes de formations destinés au milieu de la nuit, afin d'aboutir à de nettes améliorations en matière de santé de bien-être des citoyens européens dans le domaine clef qui est celui de la santé publique et des besoins particuliers y étant associés.

Références

Council of the European Union (2004). EU Drugs Strategy (2005-2012)._15074/04. Brussels.

Council of the European Union (2012). EU Drugs Strategy (2013-2020). Brussels.

Dargan, P. I. and Wood, D. M. (2009). Hospital and emergency services data:final report._European Database on New Drugs, OEDT.

Dines, A. M., Wood, D. M., Galicia, M., Yates, C. M., Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Giraudon, I., Sedefov, R. and Dargan, P. I. (2015). "Présentations to the Service des urgences Following Cannabis use-a Multi-Centre Case Series from Ten European Countries." *Journal of Medical Toxicologie*.

OEDT (2014 a). European Drug Report 2014: Trends and developments, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

OEDT (2014 b). Emergency health consequences of cocaine use in Europe. A review of the monitoring of drug-related acute emergencies in 30 European countries._Technical report. Lisbon, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Giraudon, I., Yates, C. B., Valnoha, J. E., Sedefov, R., Dines, A. M., Wood, D. M. and Dargan, P. I. (2014). "A survey to establish current European data collection on emergency room présentations with acute drogue récréative toxicity." *Clinique Toxicologie (Philadelphia, Pa.)* 52(4): 370-371.

Jenner, L., Espagne, D., Whyte, I., Baker, A., Carr, V. J. and Crilly, J. (2006). Management of patients with psychostimulant toxicity: guidelines for ambulance services. Canberra, Australia, Australian Government Department of Health and Ageing.

UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substances, United Nations Office on Drugs and Crime.

Wood, D. M., Greene, S. L., Alldus, G., Huggett, D., Nicolaou, M., Chapman, K., Moore, F., Heather, K., Drake, N. and Dargan, P. I. (2008). "Improvement in the pre-hospital care of recreational consumption de droguers through the development of club specific ambulance referral guidelines." *Subst Abuse Treat Prev Policy* 3: 14.

Wood, D. M., Greene, S. L. and Dargan, P. I. (2013). "Five-year trends in self-reported drogue récréatives associated with présentation to a UK Service des urgences with suspected drug-related toxicity." *European Journal of Emergency Medicine* 20(4): 263-267.

Annexe 1: Description des Centres Euro-DEN

Barcelone

Service des Urgences, Unité Clinique de Toxicologie, Hospital Clinic, Barcelone, Espagne.

L'Hospital Clinic est un hôpital universitaire de 600 lits situé au centre de Barcelone, qui dessert une population de plus de 550 000 habitants. En 2013 près de 115 000 cas, dont environ 2000 cas associés à des intoxications, ont été traités par le service des urgences. Les patients intoxiqués sont traités par les services des urgences, de soins intensifs ou par les services de médecine générale.

Collaborateurs Euro-DEN: Oscar Miro, Miguel Galicia

Bâle

Division de Pharmacologie et Toxicologie Clinique, University Hospital Basel, Bâle, Suisse

L'hôpital universitaire de Bâle agit comme centre de soins primaires et centre de référence sur le nord-ouest de la Suisse, et dessert une population d'environ 1 million d'habitants. En 2014 près de 48 000 cas, dont environ 1000 associés à des intoxications, ont été traités par le service des urgences. Les patients intoxiqués sont reçus par un médecin des urgences et un pharmacologue toxicologue clinique se tient à disposition lorsque l'intervention d'un spécialiste est nécessaire.

Collaborateurs Euro-DEN: Matthias Liechti; Evangelia Liakoni

Copenhague

Bispebjerg Hospital, Copenhague, Danemark

Le Bispebjerg Hospital fait partie de l'Hôpital Universitaire de Copenhague. Il dessert environ 400 000 habitants des municipalités de Copenhague et Frederiksberg. Entre octobre 2013 et septembre 2014, plus de 72 000 personnes se sont présentées aux urgences, dont 600 pour des cas d'intoxication. La toxicologie clinique n'est pas une spécialité médicale au Danemark. Les patients intoxiqués sont généralement traités par des médecins-internes ou par des anesthésiologistes aux urgences. Le Danish Poison Information Centre (Giftlinjen), basé à l'hôpital Bispebjerg propose des consultations pour les cas d'intoxication les plus complexes, rares ou inhabituels, mais n'est pas responsable du traitement quotidien des patients aux urgences.

Collaborateurs Euro-DEN: Gesche Jurgens; Carsten Boe Pedersen; Katrine Elisabeth Moller Mortensen

Drogheda

Service des urgences, Our Lady of Lourdes Hospital, Drogheda, République d'Irlande

Our Lady of Lourdes Hospital est l'hôpital régional de la région nord-est de la République d'Irlande et dessert une population mixte à la fois urbaine et rurale. Le service des urgences traite 54 000 cas de patients par an, dont 300 se présentant pour des cas d'intoxication.

Collaborateurs Euro-DEN: Niall O'Connor; Gerard Markey; Sarah Jane Yeung

Dublin

Service des urgences, The Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, République d'Irlande

L'hôpital universitaire Mater Misericordiae est un hôpital universitaire de 600 lits situé au nord du centre-ville, qui dessert une population d'environ 185 000 résidents. Le service des urgences a reçu environ 50 000 patients en 2014, dont un peu plus de 8000 reçus par le service des blessures légères. Le service des urgences est responsable de la prise en charge initiale des urgences toxicologiques avec une admission en médecine générale ou soins intensifs si nécessaire.

Collaborateurs Euro-DEN: Adrian Moughty; Ciara Daly; Alan Blake; Stuart O'Flanagan; Carla Hopper; Andy Neil; Ryan Boyd Moffatt; Aaron Donnelly

Gdansk

Centre Poméranien de Toxicologie Clinique, Gdansk, Pologne

Le Centre Poméranien de Toxicologie Clinique (PCT) est un hôpital spécialisé situé dans le centre de Gdansk, au nord de la Pologne qui sert d'hôpital de référence en termes de toxicologie pour trois régions soit pour une population totale d'environ 5,8 millions d'habitants. Le PCT reçoit chaque année environ 1 300 admissions pour intoxication ou syndromes de sevrage sévère chez les patients en état d'intoxication. Le PCT fonctionne 24/7 et se compose de 17 lits dont sept destinés aux soins intensifs et équipés d'installations permettant de pratiquer la ventilation mécanique et la thérapie rénale substitutive. Les membres du personnel sont spécialisés dans les maladies internes, la toxicologie clinique et la médecine d'urgence, et le PCT est une des structures d'enseignement de l'hôpital universitaire de Gdansk.

En outre, le PCT sert de centre antipoison et de centre d'information toxicologique.

Collaborateurs Euro-DEN: Jacek Sein Anand; Piotr Maciej Kabata; Wojciech Waldman

Londres STH

Service de Toxicologie Clinique, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Londres, Royaume Uni

Le Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (GSTT) est un hôpital d'enseignement de 1100 lits situé dans le centre de Londres et desservant une population de plus de 1,6 million d'habitants. En 2013, près de 137 500 cas ont été traités par le service des urgences, dont environ 2000 causés dus à une intoxication. Ces patients sont pris en charge aux urgences par le service de toxicologie clinique pendant les heures de bureau, en soins intensifs ou par les services de médecine générale, et en dehors des heures régulières, un consultant toxicologue se tient à disposition. Le service de toxicologie clinique enregistre sur une base de données non seulement les cas de toxicité liées aux drogues récréatives /NPS, mais aussi les données détaillées relatives aux cas de tous les patients empoisonnés.

Collaborateurs Euro-DEN: Paul I Dargan; David M Wood; Alison M Dines; Maeve McParland

Londres KCH

Service des urgences, King's College Hospital NHS Foundation Trust, Londres, Royaume Uni

Le King's College Hospital (KCH) est un hôpital universitaire de 900 lits situé dans le sud-est de Londres et qui dessert une population similaire à celle du GSTT. En 2013 près de 135 000 personnes se sont rendues aux urgences, dont environ 1 600 pour des cas d'intoxication. Le KCH ne dispose pas formellement d'un service de toxicologie mais il est en liens étroits avec celui du GSTT. Le service de toxicologie clinique du GSTT recueille sur une base de données non seulement les cas de toxicité liées aux drogues récréatives /NPS, mais aussi les données détaillées relatives aux cas de tous les patients empoisonnés.

Collaborateurs Euro-DEN: Paul I Dargan; David M Wood; Alison M Dines; Melvin Lipi

Majorque

Service des urgences and Clinique Toxicologie Unit, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Majorque, Espagne.

Son Espases est un hôpital d'enseignement de 750 lits servant d'hôpital principal pour une population d'environ 400 000 habitants et d'hôpital de référence pour plus d'un million de personnes. Majorque étant une destination touristique de premier plan, la population migrante des touristes et des travailleurs saisonniers y est très importante, surtout durant l'été, avec plus de 8 millions de touristes étrangers chaque année. En 2013, près de 89 000 personnes se sont rendues aux urgences dont environ 1500 pour des cas d'intoxication. Le service des urgences traite les patients victimes d'intoxication à leur arrivée. Les patients intoxiqués sont examinés par un membre de l'Unité de toxicologie clinique de service ou pendant les heures de bureau. Il n'existe pas de consultant de référence de service formel pour la toxicologie.

Collaborateurs Euro-DEN: Christopher Yates; Jordi Puiguriquer; Catalina Homar

Munich

Service de Toxicologie Clinique, Klinikum rechts der Isar, École de médecine du Technical University Munich, Allemagne

L'École de médecine de l'Université technique de Munich est un hôpital universitaire de 1100 lits. Entre octobre 2013 et septembre 2014, soit la période de cette étude, plus de 12 250 personnes se sont présentées aux urgences, dont plus de 1500 pour des cas d'intoxication. Les patients intoxiqués sont directement admis et sont traités isolément des cas d'urgences médicales générales, soit dans le Service de Toxicologie Clinique équipé de 28 lits dont 5 dans une unité de soins intensifs entièrement équipée, 13 dans une unité dédiée aux patients hautement dépendants et 10 dans un service général. En outre, il abrite un service de laboratoire toxicologique et le Centre Antipoison de Munich qui reçoit environ 36 000 cas par an. Les patients intoxiqués sont pris en charge par le service de toxicologie clinique pendant les heures de bureau, par le service des soins intensifs pendant le service de nuit et un consultant toxicologue est à disposition 24/24 heure et 7/7 jour. Une équipe composée de travailleurs sociaux qualifiés, de psychologues, d'un art-thérapeute et d'un psychothérapeute travaille dans la clinique spécialisée en addictions.

Collaborateurs Euro-DEN: Florian Eyer; Stefanie Geith

Oslo OAEOC

Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic (OAEOC), Norvège

L'Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic (OAEOC) est la principale clinique d'Oslo d'attention aux victimes. Cet établissement de santé et de soins d'urgence dessert à toute heure l'ensemble de la ville (soit 650 000 habitants). L'OAEOC dispose d'installations pour les observations courtes, cependant les outils de diagnostic et les options de traitement y sont limitées. En Norvège, les patients ne peuvent pas se présenter directement à l'hôpital, et doivent préalablement être évalués par un centre de soins primaires ou par le service d'ambulance. L'OAEOC recense près de 200 000 consultations par an, parmi lesquelles environ 3000 sont dues à une intoxication aiguë. Une victime d'intoxication sur cinq reçue à l'OAEOC est redirigée vers un hôpital. Les patients intoxiqués sont traités dans le service des urgences générales, composées la plupart du temps de médecins généralistes de type résidents.

Collaborateurs Euro-DEN: Odd Martin Vallersnes

Oslo Ullevaal

Service de soins intensifs, Oslo University Hospital, Oslo, Norvège

Le service de soins intensifs est basé à l'Oslo University Hospital (OUH), un hôpital responsable au niveau doté local, régional et national, de plusieurs spécialités. Le service est composé d'une unité d'observation de 17 lits comprenant une unité de soins intensifs de 12 lits, et, il héberge le Centre Norvégien de Médecine CBRNe. Le service traite environ 600 cas d'intoxication par an; dont les cas d'empoisonnement les plus graves, sur une zone de chalandise d'environ 3 millions de personnes. Les cinq consultants cliniques du Centre Antipoison National sont également des employés de ce service.

Collaborateurs Euro-DEN: Knut Erik Hovda; Fridtjof Heyerdahl; Per Sverre Persett

Paris

Service des urgences, Hôpital Lariboisière, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

L'Hôpital Lariboisière-Fernand Widal est un hôpital universitaire de 1200 lits situé dans le centre de Paris et desservant une population de plus de 3 millions d'habitants. En 2013, près de 141 000 personnes ont été prises en charge par le service des urgences, dont environ 5000 pour des cas d'intoxication. Les patients intoxiqués sont traités par les médecins urgentistes 24/24 heure et 7/7 jour 24/7 jour. Des spécialistes du Centre antipoison de Paris se tiennent à disposition et l'unité des soins médicaux et toxicologiques intensifs de l'hôpital sont respectivement consultés lorsque nécessaire, soit pour des cas graves ou particuliers.

Collaborateurs Euro-DEN: Bruno Mégarbane; Lucie Chevillard

Pärnu

Hôpital de Pärnu, Estonie

L'Hôpital de Pärnu est un hôpital de 330 lits situé à l'ouest de l'Estonie, qui dessert une population d'environ 100 000 habitants, laquelle augmente considérablement en été avec des touristes en provenance d'autres régions de l'Estonie et de l'étranger. En 2013 près de 30 000 personnes ont été reçues aux urgences, dont plus de 300 personnes pour des cas d'intoxication. Les patients intoxiqués sont initialement pris en charge par le service des urgences et, si des soins supplémentaires sont requis, ils peuvent être admis au service de médecine générale ou dans l'unité des soins intensifs.

Collaborateurs Euro-DEN: Raido Paasma

York

York Teaching Hospital NHS Foundation Trust, York, Royaume Uni

Le York Teaching Hospital NHS Foundation Trust dessert une population semi-rurale d'environ 800 000 habitants qui vivent à York et au Yorkshire du Nord ou aux alentours. L'hôpital de York dispose de 700 lits d'hospitalisation et le service des urgences reçoit environ 80 000 personnes par an, dont environ 900 patients pour des cas d'intoxication. Les patients en toxicologie sont d'abord pris en charge par les urgences puis, si besoin est, ils peuvent être admis à l'Unité médicale aiguë ou dans les unités de réanimation sous la surveillance d'un médecin généraliste, bénéficiant du soutien d'une équipe locale de liaison en psychiatrie.

Collaborateurs Euro-DEN: W Stephen Waring

Tallinn

Centre Médical du Nord de l'Estonie, Tallinn, Estonie

Le Centre Médical du Nord de l'Estonie est un hôpital de 1230 lits. En 2013, plus de 75 800 personnes ont été reçues aux urgences dont environ 1 300 pour des cas d'intoxication. Les patients intoxiqués sont initialement traités par les médecins urgentistes en salle d'urgence et, si un traitement complémentaire est nécessaire, les patients sont transférés au service de soins intensifs ou vers les services de médecine générale.

Collaborateurs Euro-DEN: Andrus Remmelgas; Kristiina Põld

Annexe 2: Articles, présentations, résumés relatifs au projet Euro-DEN et autres contributions

Dines AM, Wood DM, Galicia M, Yates CB, Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Sedefov R, Euro-DEN Research-Group, Dargan PI. Presentations to the Service des urgences following cannabis use – a multi-centre case-series from ten European countries. J Med Toxicol 2015; Epub ahead of print [DOI 10.1007/s13181-014-0460-x]

Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Yates CB, Dines A, Sedefov R, Wood DM, Dargan PI. Current European Data Collection on Emergency Room Présentations with Acute Drogue récréative Toxicity: Gaps and National Variations. Clin Toxicol (Phila) 2014; 52: 1005-1012 [DOI: 10.3109/15563650.2014.976792]

Wood DM, Heyerdahl F, Yates CB, Dines AM, Giraudon I, Hovda KE, Dargan PI. The European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Clin Toxicol (Phila). 2014;52: 239-241. [DOI: 10.3109/15563650.2014.898771]

Présentations relatives au Project Euro-DEN « invited keynote presentations »

Wood DM. The role of the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) in the toxicovigilance of NPS.

Invitation pour une présentation orale: “OEDT Expert meeting on the toxicovigilance of new psychoactive substances”, Lisbonne, Portugal, Décembre 2014

Yates C. Treatment of patients with acute intoxication with novel stimulants and best practices for operating Clinique – toxicological networks and Clinique – analytical networks, TAIEX Workshop on Clinique manifestations and treatment of patients intoxicated with new psychoactive substances. Zagreb, Croatie, Novembre 2014.

Wood DM, Dines A, Dargan PI on behalf of the Projet Euro-DEN. Service des urgences Présentations with Acute Cannabis Toxicity in Europe: Data from the Projet Euro-DEN.

Invitation pour une présentation orale (Wood DM): “OEDT, Annual expert meeting on Drug-related deaths (DRD) and Drug-related infectious diseases (DRID)”, Lisbonne, Portugal, Octobre 2014

Dargan PI.

Novel Psychoactive Substance Toxicity: Bench to Bedside.

Invitation pour une allocation introductive (Dargan PI). “Asia Pacific Association of Medical Toxicologie Conference”, Shenyang, Chine, Septembre 2014.

Wood DM. Novel sources of data on novel psychoactive substances/drogue récréatives

Invitation pour une allocution dans le cadre de la formation continue: “EuroTox congress ”, Edinburgh, Royaume-Uni, Septembre 2014.

Wood DM. Development of guidelines to be used by non-specialist staff on appropriate management and when to involve ambulance services/referral to the Service des urgences.

Invitation pour une allocution: “13th Annual CARES conference”, Dundee, Royaume-Uni, Juin 2014

Wood DM, Dargan PI. Toxicosurveillance of Novel Psychoactive Substances: An Service des urgences perspective and the role of the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) project. Clin Toxicol (Phila) 2014; 52: 350

Invitation pour une allocation introductive: EAPCCT, Brussels, Belgique, Mai 2014

Dargan PI.

Drogue récréative Toxicity: Novel Drugs

Invitation pour une allocation introductive (Dargan PI). "International Conference on Emergency Medicine", Hong Kong, Juin 2014.

Dargan PI.

Drogue récréative Toxicity

Invitation pour une allocation introductive (Dargan PI). "Global Emergency Medicine Conference", Shenzhen, China, Juin 2014.

Dargan PI.

Assessing the pattern of acute toxicity associated with NPS: problems, solutions and the Projet Euro-DEN.

Research and Advances in Psychiatry 2014;Suppl 1:17

Invitation pour une allocation introductive (Dargan PI), "3rd International Conference on Novel Psychoactive Substances", Rome, Mai 2014

Yates C. Clinique features of Service des urgences présentations with acute toxicity from novel drugs of abuse: insights from the Projet Euro-DEN.

Invitation pour une présentation orale (Yates C). "2nd Croatian Emergency Medicine Congress", Starigrad Paklenica, Croatie, Avril 2014.

Wood DM. Novel psychoactive substances – epidemiology and Toxicologie.

Invitation pour une allocation introductive: "HATS Scientific Conference 2013 – Metropolitan Poisoning", Hong Kong, China, Novembre 2013

Wood DM, Dargan PI. Establishing the Acute Harms associated with the use of new psychoactive substances: what is available, deficiencies in current datasets, potential for poisons centre data, Euro-DEN data collection.

Invitation pour une présentation: "OEDT, Annual expert meeting on Drug-related deaths (DRD) and Drug-related infectious diseases (DRID) ", Lisbonne, Portugal, Octobre 2013

Résumés des articles de la Conférence

Yates C, Dines AM, Wood DM, Hovda KE, Heyerdahl F, Giraudon I, Sedefov R, Dargan PI on behalf of the Euro-DEN group. Service des urgences présentations following recreational use of baclofen, gabapentin and pregabalin: a Euro-DEN case series. Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse

Présentation par affiche: EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Dines AM, Dargan PI, Hovda KE, Heyerdahl F, Yates C, Giraudon I, Wood DM on behalf of the Euro-DEN Research Group. Deaths involving drogue récréatives and novel psychoactive substances reported to the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN): a review of the first nine months. Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse

Présentation par affiche: EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Dargan PI, Dines AM, Heyerdahl F, Yates C, Giraudon I, Hovda KE, Wood DM on behalf of the Euro-DEN Research Group. Mixed benzodiazepine-heroin acute toxicity is associated with more severe toxicity than heroin toxicity not associated with benzodiazepine use. Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse

Présentation par affiche: EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Vallersnes OM, Dines AM, Wood DM, Yates C, Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Dargan PI on behalf of the Euro-DEN research group. Psychosis associated with acute poisoning by drogue récréatives and novel psychoactive substances: a European case series from the Projet Euro-DEN. Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse
Présentation par affiche: EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Wood DM, Dines AM, Heyerdahl F, Yates C, Giraudon I, Paasma R, Hovda KE, Dargan PI on behalf of the Euro-DEN Research Group. Review of the European-Drug Emergencies Network (Euro-DEN) training package for non-specialist workers to assess acute drogue récréative and novel psychoactive substance (NPS) toxicity in night-time economy environments. Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse
Présentation par affiche: EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Wood DM, Dines AM, Heyerdahl F, Yates C, Giraudon I, Hovda KE, Dargan PI on behalf of the Euro-DEN Research Group. The cathinones are the most commonly reported Novel Psychoactive Substances (NPS) associated with Service des urgences présentations with acute drug toxicity reported to the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Clin Toxicol (Phila) 2015; Sous presse
Communication Orale (Dargan PI): EAPCCT, St Julian's, Malte, Mai 2015

Dines AM, Dargan PI, Heyerdahl F, Hovda KE, Yates C, Giraudon I, Archer JRH, Sedefov R, Wood DM. Four months surveillance of recreational consumption de drogue in Europe: first report from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) project. Clin Toxicol (Phila) 2014; 52: 703
Présentation par affiche: NACCT, Nouvelle Orléans, Etats-Unis, Octobre 2014

Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Yates C, Valnoha JE, Sedefov R, Dines AM, Wood DM, Dargan PI. A survey to establish current European data collection on emergency room présentations with acute drogue récréative toxicity. Clin Toxicol (Phila) 2014; 52: 370-371
Présentation par affiche: EAPCCT, Bruxelles, Belgique, Mai 2014

Autres

Les lignes directrices expliquant quand contacter les services d'urgence si un individu présente des signes de toxicité aiguë induite par la consommation de drogues ont été publiés par l'OEDT sur son Portail des Meilleures Pratiques (<http://www.OEDT.europa.eu/news/2015/euro-den>).

Annexe 3: Tableau relatif à l'ensemble des données minimales

SHEET 1: 1) Demographic and outcome details

Total ER attendances for month:

Euro-DEN Number	Date and time of présentation dd/mm/yyyy HH:MM	Day of présentation select	Age years	Sex select	Home location select	Home location OPTIONS:	Discharge from ER select	Discharge from ER OPTIONS:	Died in hospital? select	Date and time of discharge dd/mm/yyyy HH:MM
16-01-0001						Local		Medically discharged		
16-01-0002						National		Self discharge		
						International		Admit critical care		
						Not recorded		Admit psych		
						Unknown		Admit other		
								Death		
								Not recorded		
								Unknown		

SHEET 2: 2) Exposure details

Euro-DEN Number	Ambulance to ER? Select	Location of use select	Time from use to présentation select	Ethanol co-ingested? select	Body packer or stuffer? select	Agent1 free text	Type of preparation select	Route of use select	CONTINUES FOR 6 AGENTS
16-01-0001									
16-01-0002									
	OPTIONS:	OPTIONS:	OPTIONS:	OPTIONS:	OPTIONS:		OPTIONS:	OPTIONS:	
	Yes	Home	<1 hour	Yes	Packer		Tablet	Oral	
	No	Other private location	1-4 hours	No	Stuffer		Capsule	Insufflated	
	Not recorded	Bar/nightclub	5-12 hours	Not recorded	No		Powder/crystalline	Inhaled	
		Street	13-23 hours				Liquid	Inject	
		Festival	>24 hours				Gas	Rectal	
		Police/prison	Unknown				blotter	Vaginal	
		Other					herbal	Other	
		Not recorded					pre-prep cig	Not recorded	
		Unknown					packet	Unknown	
							Other		
							Not recorded		
							Unknown		

SHEET 3 3) Observations at présentation

Euro-DEN Number	In cardiac arrest? select	Lactate mmol/L	Temperature degrees C	Glucose (molar) mmol/L	Glucose (mass) mg/dL	Conscious level GCS or Alert/Drowsy/Coma	Heart rate bpm	Systolic BP mmHg	Diastolic BP mmHg	Resp rate per min
16-01-0001										
16-01-0002										
	OPTIONS:									

Yes
No

SHEET 4 4) Clinique features present during the présentation

Euro-DEN Number	Vomiting select	Dyspnoea select	Hyperthermia select	Headache select	Anxiety select	Hallucinations select	Agitation/Aggression select	Psychosis select	Seizures select	Cerebellar features select	Palpitations select	Chest pain select
16-01-0001												
16-01-0002												
	OPTIONS:											

Yes
No

Row continues:	Hypertension select	Hypotension select	Arrhythmias select	Arrhythmias free text	QRS ms	QTc ms	Peak creatine kinase IU/L	Peak creatinine mcmol/L	Peak creatinine mg/dL	Other free text
	OPTIONS:									

Yes
No

SHEET 5 5) Treatment and outcome

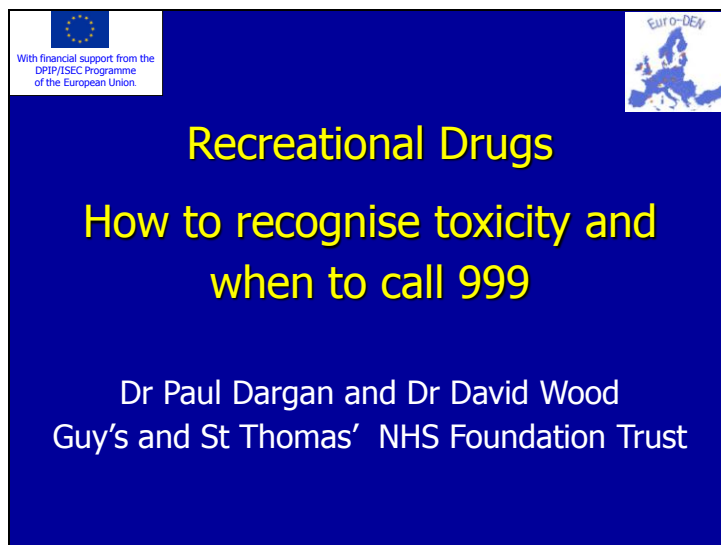
Euro-DEN Number	Treatment required select	Intubated select	Vasopressors/ inotropes select	Naloxone select	Flumazenil select	Other antidote free text	Other antidote select	Analytical confirmation select	Analytical results free text	Any other comments on case free text
16-01-0001										
16-01-0002										
	OPTIONS:	OPTIONS:	OPTIONS:							
	Yes	Yes pre-hospital	Yes pre-hospital							
	No	Yes hospital	Yes hospital							
		No	Yes both							
			No							

SHEET 6 6) Sedation

Euro-DEN Number	Sedation select	Barbiturates select	Benzodiazepines select	Chlorpromazine select	Clonidine select	Dexmedetomidine select	Droperidol select	Haloperidol select	Ketamine select	Olanzapine select	Propofol select	Other free text
16-01-0001												
16-01-0002												
	OPTIONS:											
	Yes pre-hospital											
	Yes hospital											
	Yes both											
	No											

Annexe 4: Présentation de la formation – diapositives incluant les observations des formateurs

Slide 1:



Euro-DEN club training v1 UK: 13/06/2014

Put names of the people running the session on this title slide and at XXX the 3-digit telephone number for the emergency services

Points to cover:

Introductions

As part of Euro-DEN, an EU funded project, we have developed this training package about the problems which can occur when people use drogue récréatives. The same training is being run in Londres, Oslo, Majorque and Estonia. We would like to find out if you find it helpful and how it could be improved.

Materials to take:

Copies of pre and post questionnaires

Pens


Signing in sheet for names (especially for certificates) and contact details (for one month questionnaire)

Copies of ambulance guidelines

Certificates

Mat/towels to lie on for demo of recovery position

Slide 2:



Contents of training session

- Pre-training questionnaire
- Types of drugs commonly used
- Examples of acute recreational drug problems
- Putting someone into the recovery position
- When to call the emergency services (999)
- Post-training questionnaire and certificate

- Before we start please answer the pre-training questionnaire
- We are going to look at the types of drugs that are commonly used [locally] and the effects they can cause
- Using examples we will discuss the serious effects you should look for
- We will practise how to put someone in the recovery position
- We will discuss what signs of toxicity should make you call an ambulance
- We would like you to answer a questionnaire at the end of the session and in one month's time to look at the impact of this training session
- We'll give you a certificate of attendance for today at the end of this session (when you've completed the questionnaire!)

Slide 3:

Types of recreational drugs used

- "Classical" recreational drugs
 - Cocaine, MDMA, amphetamines, ketamine etc



Form and administration of drugs:

MDMA, amphetamine and ketamine are usually used in tablet or powder form and ingested, snorted or injected.

Cocaine is usually powder but crack cocaine is in 'rocks' similar to sugar cubes which is smoked or injected.

GHB is usually a liquid in small bottles ingested NB: MOVED TO 'NEW' DROGUE RÉCRÉATIVE VENN DIAGRAM.

Opioids may come as tablets or as powder for injecting or smoking or as a liquid.

Hallucinogens may come as tablets, powder or liquid and LSD on squares of paper. Magic mushrooms may come as fungi or in other food.

Slide 4:

Types of recreational drugs used

- Change in the drugs used in the last 5-10 years
 - New psychoactive substances (NPS)
 - Often called 'legal highs'



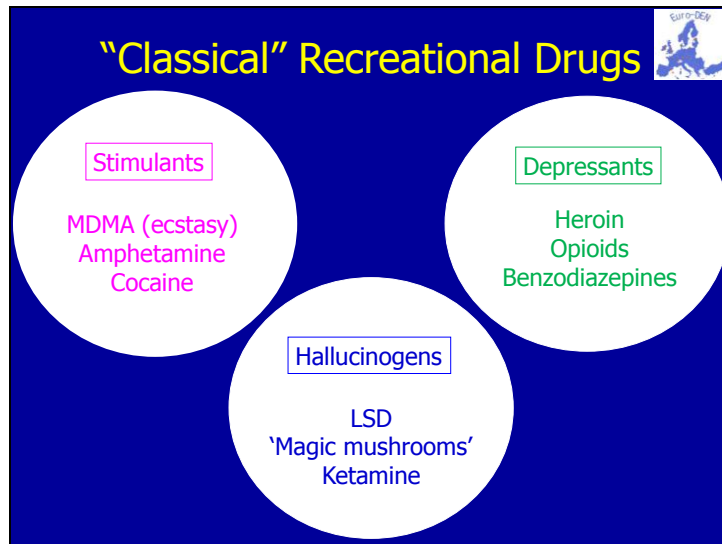
Available over the Internet, in head shops and from dealers

Rapidly changing field - over 70 new drugs per year in Europe

Lots of drugs with long complicated scientific names. Often sold as “bath salts” or “plant food” or under trade names (give some local examples and substitute these pictures)

Generally cause the same sorts of problems as the classical drogue récréatives

Slide 5:



"Classical" drogue récréatives is a term used to cover drugs that have been used for decades.

Stimulant drugs 'stimulate' the body systems.

Common effects include hyperactivity, restlessness, talkativeness, anxiety, teeth grinding, sweating and large (dilated) pupils.

Complications include severe agitation and aggression, fast heart rate (tachycardia), high blood pressure (hypertension), convulsions (seizures/fits), strokes, heart attacks and dangerously high body temperature (hyperpyrexia).

Depressant drugs 'depress' the body systems.

Common effects include an initial high, sometimes associated with agitation, sleepiness, vomiting and small (constricted) pupils.

Complications include convulsions (seizures/fits) and vomit getting into the lungs (aspiration), severe drowsiness with decreased breathing rate and swallow breathing or breathing may stop.

Hallucinogenic drugs cause hallucinations (visual and/or auditory).

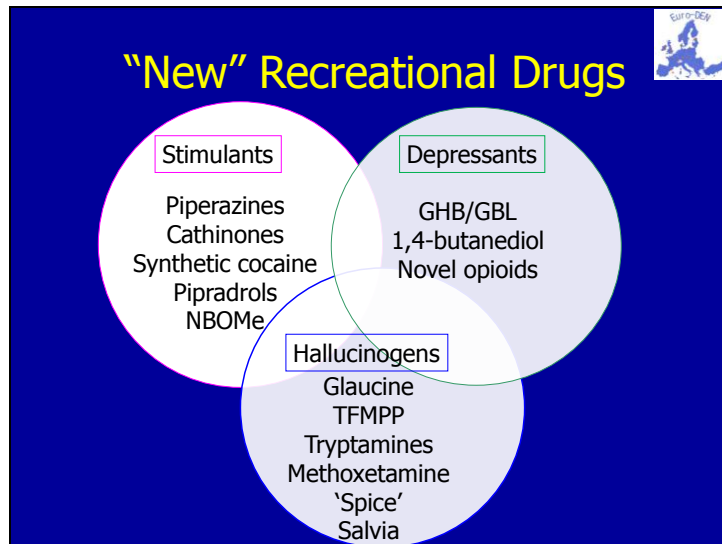
Common effects include an altered sense of reality, 'out of body' experiences, hallucinations and feelings of persecutions and paranoia. In addition some hallucinogens (e.g. ketamine) can also cause aggression and more rarely sleepiness, breathing problems and high blood pressure.

Serious complications are rare but the effects can be unpleasant and people may act in a dangerous way.

Note that:

- There can be some overlap in the effects of the different types of drugs
- Some people may use several drugs (polyconsommation de drogue) at the same time or over a period of time
- Some people may not know what drug(s) they have used.

Slide 6:




“New” drogue récréatives are being regularly developed.

More than one new drug per week in Europe

Effects as before – although some overlap (particularly stimulant and hallucinogenic drugs) and some people may use drugs from different classes

Slide 7:

Case 1




- One of the security team asks for your help because a man has become very agitated
- When you see him, the man is sweating and is shouting and pushing people away
- What sort of drug do you think he has taken?
- How would you assess him?
- What other drug related problems would you be worried about?

Points to cover:

- Serious signs include
 - High temperature - discuss if measurement will be possible at the venue
 - High blood pressure – discuss if measurement will be possible at the venue
 - High heart rate – discuss how to measure the pulse
 - Chest pain – ?mention common descriptions of chest pain
- Urgent transfer to hospital
- Cooling methods

Slide 8:

Case 2




- Someone tells you his friend has used some drugs and he is becoming anxious and acting strangely
- What sort of drug do you think he has taken?
- How would you assess him and what would you be looking out for?

Points to cover:

- Check that he doesn't have any 'worrying' problems discussed in the previous case
- Ask him whether he is having hallucinations (seeing or hearing things)
- How to decide if they are safe to leave
 - Can anyone else accompany him?
 - Does he know how to get home and will there be someone at home or someone who can stay with him?
 - What is the weather/ambient temperature?
- How to obtain more information from an agitated person – see next slide

Slide 9:

Talking to and assessing an agitated person




- Try and find a quiet area, away from other people
- Talk in a even, calm tone of voice
- Use the person's name
- Listen to the person
- Use open-ended questions
- Avoid negative language
- Avoid too much eye contact
- Allow the person as much personal space as possible

- How to obtain more information from an agitated person (a verbal de-escalation strategy!)
 - Act in a calm and confident manner
 - Try and take the person to a quieter area; unexpected stimuli like loud noises or sudden movements can make the situation worse
 - People affected by stimulant/hallucinogenic drugs are more likely to respond positively to communication that is not perceived as hostile, threatening or confrontational so try to:
 - Listen to the person
 - Use the person's name to personalise the interaction
 - Speak in a even, calm tone of voice – even if the person becomes hostile
 - Use open-ended questions to find out the cause of the behaviour e.g. “How did...”
 - Avoid negative, ‘no’ language which may cause an aggressive outburst. Use phrases such as: “I’m sorry our policy does not allow me to do that but I can offer you other help like.....”
 - Allow the person as much personal space as possible whilst still maintaining control of the situation
 - Avoid too much eye contact as this can increase fear or promote aggressive outbursts in some hostile or paranoid individuals

Slide 10:

Case 3



- Someone tells you his girlfriend has collapsed and she's with some friends who are trying to wake her up
- What sort of drug do you think she has taken?
- How would you assess her and what would you do?

Points to cover:

1. Assess how alert / drowsy she is ... talk about the AVPU scale

A=Alert

V=Responds to voice i.e. talking to

P= Responds to painful stimuli only (e.g. pressure across a finger nail)

U=Unconscious

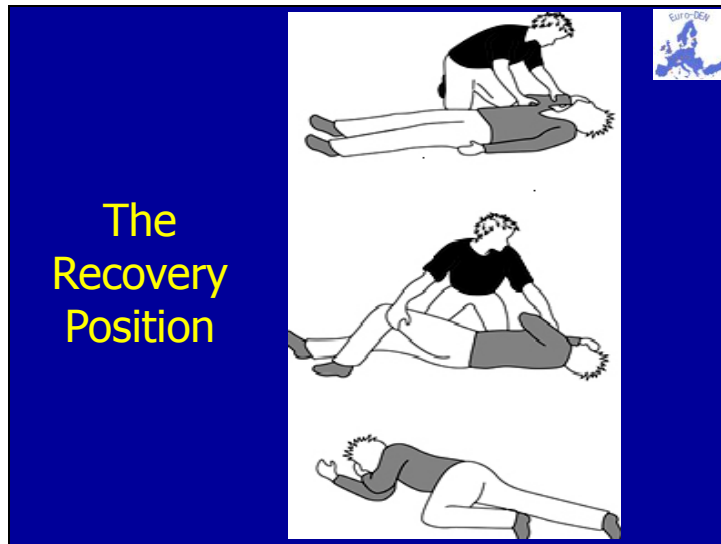
2. Big problem in someone who is unconscious is that they are not breathing enough and not protecting their airway

- Reduced rate/swallow breathing
- Vomit into lungs

3. Recovery position

(see next slide)

Slide 11:



Points to cover:

Demonstrate recovery position and get participants to try it on each other

Take a towel or mat so you don't have to lie on a dirty floor!

Slide 12:


Points to cover:

Distribute copies of the guideline.

Go through each point, clarifying how to assess them

Slide 13:

Summary



- Drugs can be classed as stimulants, hallucinogens or depressants
- Use the guidelines on when to call 999
 - Early hospital assessment of those with severe toxicity is important
- If someone is unconscious, put them in the recovery position and get help

Points to cover:

Notes re overlap and polyconsommation de drogue


Make sure questionnaires are completed by participants and trainers

Distribute certificates (or send later?)

Ensure have contact details for one month post training evaluation

Slide 14:

THANK YOU!



ANY QUESTIONS?

Please answer our post training
questionnaire!



23.5.2014

The Euro-DEN Project

Guidelines on when to call the Emergency Services 999 for unwell recreational drug users

Call 999 if ANY one of the following is present:

- Unconsciousness – if the patient does not respond to vocal commands, requires painful stimulus (e.g. pressure across the fingernails) to respond or does not respond at all
- Significant agitation (e.g. pacing around the room) or aggression not settling within 15 minutes
- Seizures (e.g. a convulsion similar to an epileptic fit)
- Breathing difficulties, such as fast breathing rate, not settling within 5 minutes
- Heart rate over 140 beats per minute not settling within 5 minutes
- Temperature over 38.5°C not settling after about 5 minutes of rest, or if very flushed and feels very hot if no thermometer is available
- Blood pressure: Systolic (“upper pressure”) over 180mmHg, or Diastolic (“lower pressure”) over 110mmHg on 2 repeated blood pressure measurements
- If there are any other concerns (e.g. severe headache, chest pain)

IF IN DOUBT CALL 999!



With financial support from
the DPIP/ISEC Programme

Glossaire

Arythmie – rythme cardiaque anormal

Pneumonie par aspiration – infection pulmonaire des suites d’une inhalation des contenus stomacaux

ATS – stimulants de type amphétamines

Cellulites – infection des couches inférieures de l’épiderme

Tendances Cérébelleux – signes cliniques associés au dysfonctionnement du cervelet (tels que le manque d’équilibre, le tremblement, les mouvements d’oscillation oculaire et troubles de l’élocution)

Créatine Kinase –enzyme mesuré dans le sang et utilisé afin de diagnostiquer les lésions musculaires

Créatinine – produit de défaillance mesuré dans le sang et utilisé afin d’analyser le fonctionnement des reins

Dyspnée – difficultés respiratoires

Troubles moteurs dystoniques/choréiformes – mouvements musculaires involontaires

OEDT –Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

Endocardites – infection des parois cardiaques internes (endocarde)

ER – service des urgences

Euro-DEN – projet de Réseau Européen des Cas d’Urgence Associés aux Drogues

GHB/GBL – gamma-hydroxybutyrate et gamma-butyrolactone

GCS – Echelle de coma de Glasgow, système de mesure du degré d’état de conscience

VIH – virus de l’immunodéficience humaine

VHB – virus de l’hépatite B

VHC – virus de l’hépatite C

HPLC – chromatographie liquide à haute performance

Hypertension – pression sanguine élevée

Hyperthermie – température corporelle élevée

Hypotension – pression sanguine basse

Hémorragie intracrânienne – saignements à l’intérieur du crâne

Intubation – insertion d’un tube dans la trachée afin de maintenir ouvertes les voies respiratoires

CL-SM/SM – chromatographie liquide – spectrométrie de masse

Méthémoglobinémie – présence de méthémoglobine dans le sang. Ne transporte pas l’oxygène aussi efficacement que l’hémoglobine causant des risquent d’essoufflement

MDMA - 3,4-methylenedioxy-methamphetamine

MDPV - Méthylènedioxyprovalérone

SM – spectrométrie de masse

MSM – hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

NPS – nouvelle substance psychoactive

OAEOC – Centre de soins Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic

ASRC – agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes

PSO – procédure normale d’opération

Tension artérielle systolique – chiffre le plus élevé dans la mesure des deux pressions artérielles

Vasopresseurs – drogues comprimant les vaisseaux sanguins, utilisées pour augmenter la pression artérielle

WS – groupe de travail, le projet a été divisé en trois groupes de travail composés chacun de différentes activités (par exemple WS1A1).