

# Décès après traitement pour dépendance à l'héroïne

*"L'opération a été un succès mais le patient est mort"*

**Par Kenneth Anderson** - La tolérance aux opiacés peut être facilement être multipliée par dix par une utilisation régulière d'opiacés; en revanche, la tolérance peut redescendre à son niveau de départ après une période d'abstinence, laissant l'utilisateur courir un grand risque de mourir par overdose d'opiacés. [Quatre-vingt-dix pour cent ou plus](#) des décès par empoisonnement aux opiacés résultent d'une polyconsommation, c'est-à-dire un mélange de diverses substances, c'est pourquoi nous utiliserons le terme d'empoisonnement aux drogues dans le présent article. Éduquer les personnes sur les risques associés aux mélanges de substances représente un aspect extrêmement important dans la prévention des overdoses.

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) et les communautés thérapeutiques (CT) offrant des séjours de longue durée ont prouvé qu'ils apportent aux usagers d'héroïne une bonne protection contre les décès par empoisonnement aux drogues tant que ces mêmes usagers restent en traitement. Les données suggèrent que les personnes qui mènent un programme en TEM ou en TC jusqu'à son terme obtiennent également de bons résultats. Toutefois, les personnes qui quittent prématurément les TEM et les TC, à la suite d'un abandon ou d'une exclusion, sont exposées à un risque accru de décès par empoisonnement aux drogues par rapport aux usagers d'héroïne sans aucune exposition au traitement.

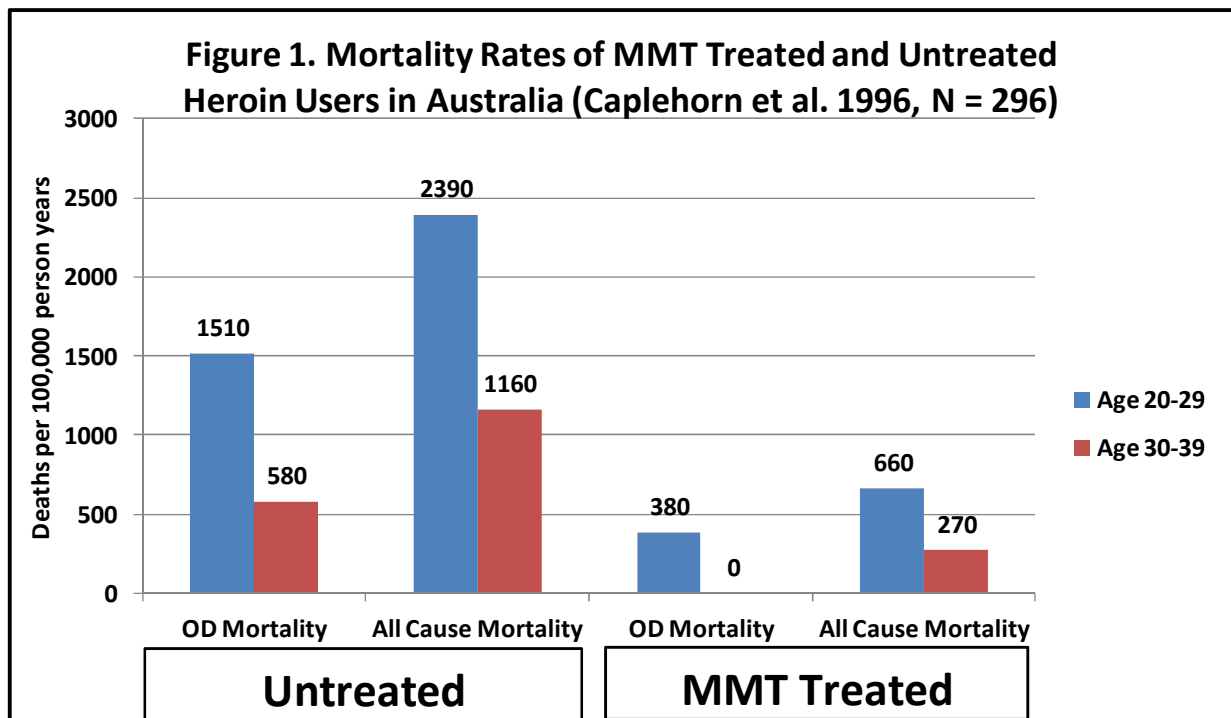
Les personnes qui ont mené à terme un programme de réadaptation de 28 jours basé sur l'abstinence sont encore davantage exposées au risque de décès par empoisonnement aux drogues que les autres populations d'usagers à raison d'une tolérance bien moindre. Celles qui continuent à utiliser de l'héroïne au cours du traitement de 28 jours ou abandonnent prématurément ce programme sont moins exposées que celles qui l'ont mené à terme. De même, les détenus libérés récemment sont bien plus exposés au risque de décès par empoisonnement aux drogues que public en général ou les personnes toujours détenues.

En raison de cette augmentation du risque de décès après un traitement ou une incarcération, la prévention des overdoses et la distribution de Narcan (naloxone) devraient être obligatoires dans chaque établissement pénitentiaire ou centre de traitement aux États-Unis. Même si certaines régions ont réalisé des progrès en ce sens, à l'exemple de l'État de New York, les autres régions du pays restent encore à la traîne, une ignorance qui ne fait qu'augmenter le nombre de décès par overdose.

## L'effet protecteur de l'entretien par la méthadone

De nombreuses études ont démontré que les programmes de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) réduisent la mortalité par empoisonnement aux drogues d'environ 75 % par rapport aux usagers d'héroïne non soumis au traitement. Une étude réalisée par

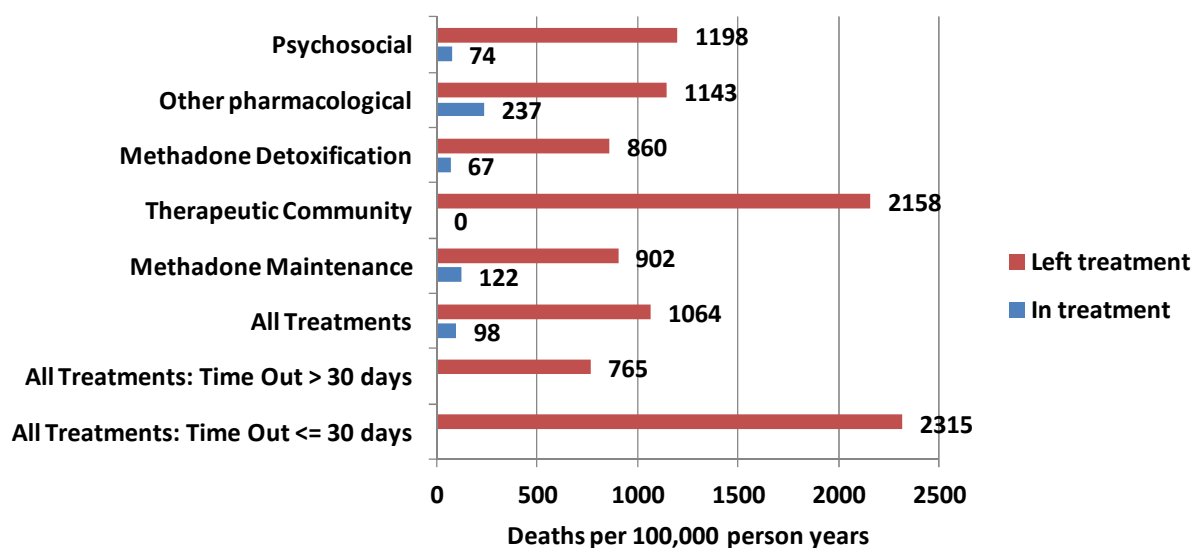
[Caplehorn et coll. \(1996\)](#) a suivi un groupe de 296 usagers d'héroïne australiens sur une période de 15 ans, avec les résultats présentés dans en figure 1 (notez que la cohorte a été divisée en deux groupes d'âge : 20-29 ans et 30-39 ans) :



### Les effets protecteurs des autres modalités de traitement

Les TEM s'étant avérées efficaces contre les décès par overdose pour les personnes sous traitement, [Davoli et al. \(2007\)](#) ont décidé d'étudier si d'autres modalités traitement avaient également des effets protecteurs contre les décès par empoisonnement aux drogues pour les personnes sous traitement. Il s'agissait également de déterminer si les taux de décès étaient élevés après la sortie du traitement. L'étude a été réalisée en Italie, et concernait 10.454 usagers d'héroïne italiens. La Figure 2 illustre les taux de mortalité par empoisonnement aux opiacés chez les personnes en traitement et chez celles ayant abandonné le traitement. L'étude montre aussi les taux de mortalité des personnes décédées au cours des 30 premiers après sortie du traitement, ainsi que celui des personnes décédées après avoir quitté le traitement depuis plus de 30 jours. Le tableau 1 indique le nombre de personnes décédées.

**Figure 2. Drug Poisoning Death Rates During and After Leaving Treatment (Davoli et al. 2007)**



**Tableau 1. Décès par modalité de traitement en cours de traitement et après sortie**

Type de traitement	En traitement		Traitement arrêté	
	Décès	Personnes-années	Décès	Personnes-années
Tous traitements confondus	10	10 207,72	31	2 913,79
Tous traitements confondus : temps après sortie <= 30 jours	N.A.	N.A.	13	561,44
Tous traitements confondus: temps après sortie > 30 jours	N.A.	N.A.	18	2 352,36
Entretien par méthadone	7	5 751,28	9	997,68
Communauté thérapeutique	0	1 188,94	5	231,74
Désintoxication par méthadone	1	1 495,72	7	814,06
Autres substances prescrites	1	422,59	7	612,2
Facteurs psychosociaux	1	1 349,23	3	250,46

Comme on peut l'observer, tous les traitements ont permis une protection importante contre les décès par empoisonnement aux drogues tant que les usagers demeurent en traitement. Cependant, on constate des taux de décès élevés après sortie du traitement, notamment au cours des 30 premiers jours. On peut raisonnablement supposer que ces taux de décès élevés au cours des 30 premiers jours sont le résultat d'une tolérance amoindrie.

Il est également important de noter que les 9 décès par overdose du groupe d'entretien à la méthadone étaient liés à des abandons de traitement; aucun candidat n'ayant réussi l'entretien à la méthadone n'a été victime d'overdose. De même, 4 des 5 personnes du groupe de TC victimes d'overdose étaient des décrocheurs, seul un représentait un candidat ayant réussi au traitement. En revanche, 6 personnes sur 7 de la cohorte de désintoxication à la méthadone victimes d'overdose étaient des personnes ayant réussi le programme ; la seule personne décédée avait décroché. Ceci suggère que les programmes de désintoxication rapide des héroïnomanes dépendants qui les remettent à la rue rapidement les exposent à un risque élevé de mort par overdose. Nous observons à nouveau ce phénomène ci-dessous lorsqu'on analyse les programmes de désintoxication de 28 jours.

Quel est le taux de décès par empoisonnement à la drogue dans le cas d'une dépendance à l'héroïne non traitée ?

Il n'est pas facile de déterminer le taux de décès par empoisonnement à la drogue dans le cas d'une dépendance à l'héroïne non traitée; Il est probable que ce chiffre varie considérablement d'une cohorte à l'autre, et en fonction de l'heure et du lieu. Des cohortes qui sniffent uniquement de l'héroïne et évitent les mélanges de drogues auront des taux de mortalité beaucoup plus faibles que celles qui s'injectent des drogues et les mélangent. Dans l'intérêt de cet article, nous supposons que le taux de mortalité des héroïnomanes dépendants non traités est de 1 000 décès pour 100 000 personnes-années. Ce chiffre semble raisonnable si nous regardons les taux de mortalité pour les deux cohortes non traitées dans la Figure 1: 1510 pour ceux âgés de 20 à 29 ans et 580 pour la tranche d'âge des 30-39 ans. Si nous divisons la différence, nous obtenons environ 1 000.

Il est également possible et relativement simple de calculer les taux de mortalité pour tous les héroïnomanes aux États-Unis, qu'ils soient traités ou non, dépendants ou pas. Nous pouvons le faire en divisant simplement le nombre de décès par intoxication à l'héroïne (obtenu de [CDC WONDER](#)) par le nombre d'usagers (obtenus à partir de [SAMHSA](#)). Ce faisant, nous observons alors qu'il existe une énorme variation des taux de mortalité pour tous les usagers qui passe d'un minimum de 373 décès par 100 000 personnes-années en 2006 à un maximum de 1 213 en 2013. Il est possible que les augmentations de taux au cours des dernières années soient liées à la naïveté d'usagers qui ignorent les dangers du mélange de drogues. Compte tenu de ces chiffres, il semble également raisonnable de supposer un taux de mortalité des usagers dépendants non-traités d'environ 1 000 décès pour 100 000 personnes-années; le

taux de mortalité chez les usagers dépendants étant plus élevé que pour l'ensemble des usagers.

## Taux de mortalité par empoisonnement à la drogue après une cure de désintoxication de 28 jours

Des enquêtes préliminaires de [Strang \(2003\)](#) suggèrent des taux de mortalité extrêmement élevés après la réussite de la cure de désintoxication à l'héroïne pure de 28 jours. Ceux qui ont échoué au programme avaient des taux de mortalité inférieurs en raison du fait qu'ils n'avaient pas perdu leur tolérance. Il y avait 137 sujets dans l'étude de Strang. Sur 37 personnes ayant réussi le programme de désintoxication aux opiacés sur 28 jours, 3 sont mortes d'empoisonnement à la drogue dans les 4 mois, ce qui nous donne un énorme taux de mortalité par empoisonnement aux opiacés de 32 432 décès pour 100 000 personnes-années. Parmi les 100 personnes ne l'ayant pas réussi, aucune n'est décédée par empoisonnement à l'héroïne.

Strang n'est pas le premier chercheur à avoir déclaré des augmentations des taux de mortalité après une cure de désintoxication de 28 jours, [Gossop et coll., \(1989\)](#) ainsi que d'autres chercheurs avaient également signalé de telles augmentations. Toutefois, ces taux alarmants identifiés par Strang nécessitent d'urgence de nouvelles enquêtes sur les décès après des cures de désintoxication de 28 jours et auprès de cohortes d'une bien plus grande taille.

## Taux de mortalité par empoisonnement à la drogue après incarcération

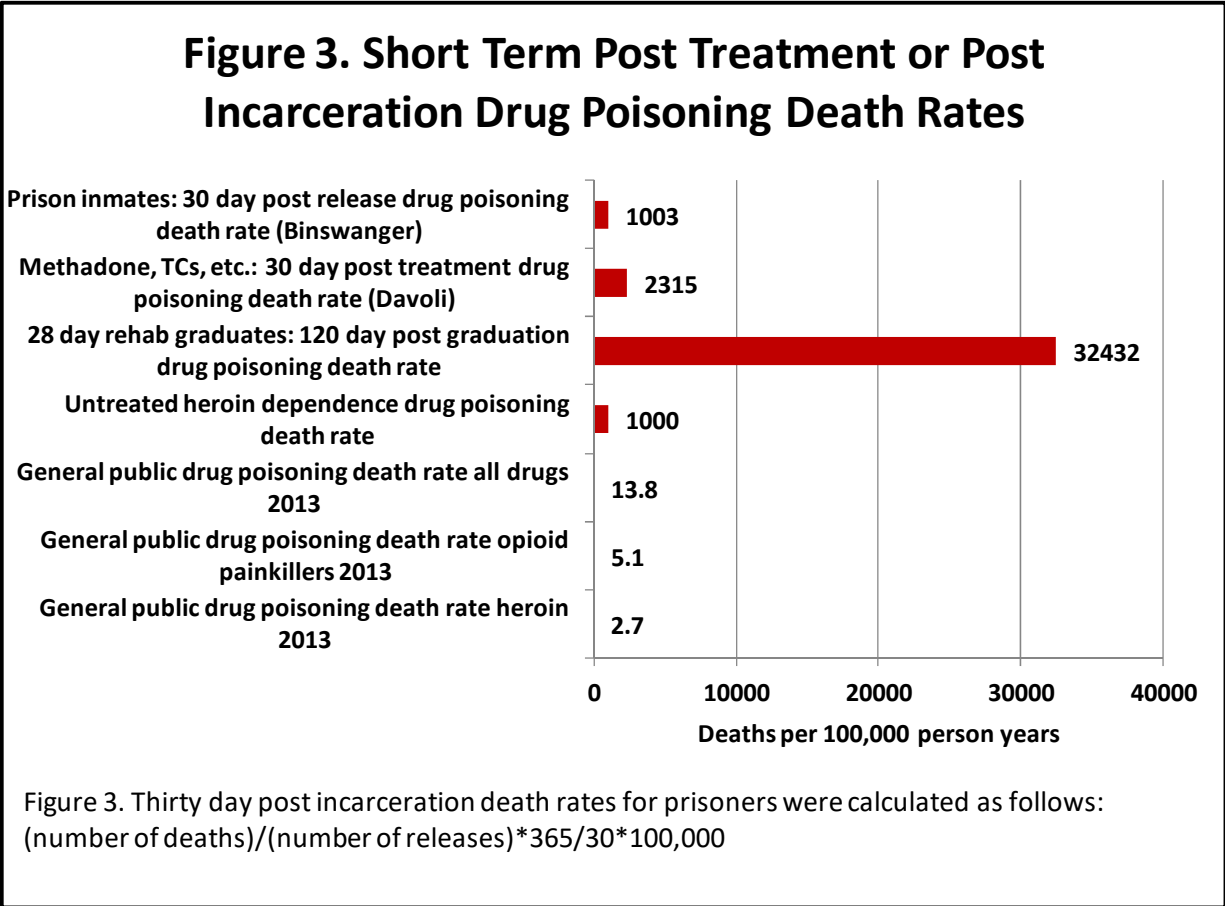
[Binswanger et coll. \(2007\)](#) ont découvert qu'au cours des deux premières semaines suivant leur sortie de prison, les détenus étaient 129 fois plus susceptibles de mourir par empoisonnement à la drogue que le grand public. Les taux de mortalité d'empoisonnement par drogue pour des ex-détenus étaient de 1 840 décès pour 100 000 personnes-années au cours des deux premières semaines et de 181 décès pour 100 000 personnes-années à long terme. Une grande attention doit être accordée avant de tirer des conclusions erronées lorsque l'on compare des cohortes en cours de traitement et des cohortes de détenus. Le fait que le taux d'overdose soit beaucoup plus faible pour les groupes de détenus ne signifie PAS que l'incarcération constitue une meilleure option qu'un traitement parce que nous nous intéressons à des populations totalement différentes. Tous les individus de la cohorte de traitement étaient là pour dépendance à l'héroïne et il est raisonnable de supposer que tous répondent aux critères de dépendance à l'héroïne. En outre, les décès par overdose chez les cohortes de traitement impliquaient des opioïdes, éventuellement mélangés à d'autres médicaments.

En revanche, l'échantillon de détenus était un échantillon aléatoire de détenus libérés de prison, dont la majorité n'avait jamais été dépendante à l'héroïne. Selon [Albizu-García et coll. \(2012\)](#), la prévalence à vie de la dépendance à l'héroïne chez les détenus américains est de 15%. Selon l'Enquête nationale auprès des détenus de 2004, 8,2% des détenus avaient utilisé

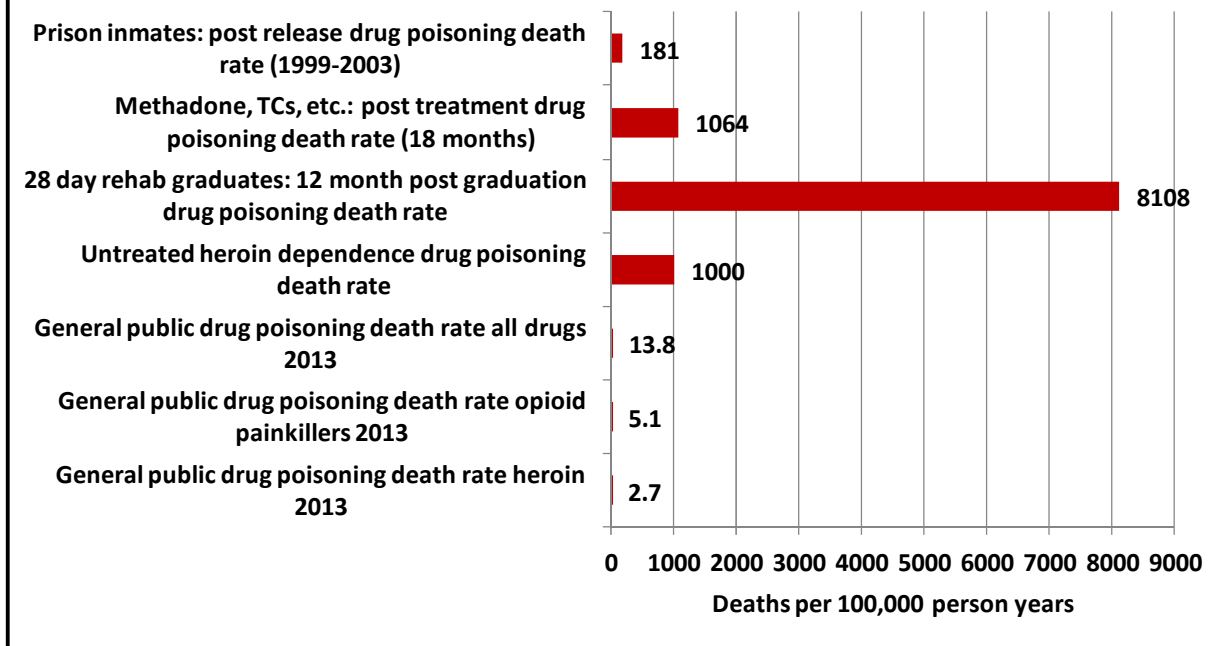
de l'héroïne dans un délai d'un mois après l'infraction. En outre, il est incertain combien de détenus étaient sans drogue au cours de leur incarcération. Finalement, [Binswanger \(2013\)](#) note que parmi la cohorte précédente de détenus (1999-2003), la cocaïne était la principale drogue impliquée dans le plus grand nombre de décès par surdosage, alors que dans la dernière cohorte des détenus (2004-2009), les opioïdes étaient les médicaments les plus fréquemment impliqués. Ainsi, seul un petit nombre de personnes des cohortes détenues étaient d'anciens usagers d'héroïne qui avaient été abstinents.

**Synthèse**

La figure 3 résume les données que nous avons au sujet de l'intoxication par un médicament après la libération récente du traitement ou de l'incarcération, et la figure 4 montre le taux de décès à long terme après la fin du traitement ou de la période d'incarcération.



**Figure 4. LongTerm Post Treatment or Post Incarceration Drug Poisoning Death Rates**



Comme on peut le voir à partir de la figure 3, les usagers dépendants de l'héroïne qui ont terminé un traitement basé sur l'abstinence de 28 jours sont 32 fois plus susceptibles de mourir d'une surdose au cours des 4 premiers mois après la libération que les usagers dépendants de l'héroïne qui ne reçoivent aucun traitement. Les données que nous voyons ci-dessus suggèrent également que les programmes de désintoxication à la méthadone peuvent également conduire à des taux de mortalité extrêmement élevés à court terme; cependant, aucune étude de ce phénomène spécifique n'aurait déjà été menée. Il est choquant qu'il n'y ait pas d'agence aux États-Unis qui suit les décès après le traitement ou d'autres résultats de traitement.

### Types de traitement de l'héroïne utilisés aux États-Unis

Les données que nous avons vues ci-dessus suggèrent que le traitement d'entretien à la méthadone (MMT) et les communautés thérapeutiques (CT) ont tous deux un effet protecteur contre les décès par intoxication à l'héroïne. Il est probable que ce soit parce que ces deux types de traitements sont des traitements à long terme qui peuvent durer un an ou plus et donc donner aux usagers d'héroïnes suffisamment de temps loin de l'héroïne pour s'adapter à la vie sans elle. Toutefois, les données de [TEDS](#) (Ensemble de données sur l'épisode de traitement) montrent qu'en 2012, seulement 27,6% des usagers d'héroïne subissant un traitement aux États-Unis ont reçu une forme de traitement médicamenteux suivi (MAT) qui pourrait aller de la méthadone ou de la buprénorphine à la méthadone ou à la détoxification de la buprénorphine. Seulement 8,8% étaient dans une communauté thérapeutique (TC). En

d'autres termes, il existe une pénurie réelle de traitements protecteurs, c'est-à-dire les programmes de maintenance par la méthadone et les CT, aux États-Unis.

### ***Les 14 premiers jours sous méthadone***

Il est important de noter que les 14 premiers jours sous méthadone est une période où les clients courent un risque grandissant de mort par overdose. Narcan (naloxone) est essentiel pour ces clients.

### **Le traitement doit-il durer indéfiniment ?**

Non. La recherche montre que ceux qui abandonnent le traitement ou qui sont expulsés ont les pires résultats. Ceux qui mettent un terme au traitement lorsqu'ils sont prêts ont les meilleurs résultats. Dans le cas de la méthadone, cela inclut une diminution lente et graduelle de la méthadone. [Ball et Ross \(1991\)](#) a suivi 105 patients qui avaient quitté le traitement à la méthadone pendant un an. Vingt-trois ont réussi le programme. À la date de suivi d'un an, 7 des 23 étaient retournés en traitement, 7 s'étaient abstenus depuis leur départ, 7 utilisaient activement de l'héroïne et 2 avaient rechuté mais n'utilisaient plus d'héroïne. Deux de ceux qui étaient retournés en traitement n'ont jamais rechuté. Par conséquent, le taux de rechute de ceux qui avaient réussi était 14/23 ou 61%. Le taux de rechute pour l'ensemble des 105 était de 82%. Le pourcentage de lauréats présentant de bons résultats était  $(7 + 7 + 2) / 23 = 16/23 = 70\%$ . Par conséquent, les diplômés du programme ont fait mieux que les non-diplômés. Les transitions du maintien de la méthadone à l'abstinence réussie sont fréquentes, mais les données suggèrent que les personnes devraient être maintenues sous méthadone aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

### **Initiatives de l'État de New York**

L'État de New York a été à l'avant-garde de l'introduction d'une formation à la prévention des deux addictions dans les centres de traitement de la toxicomanie et le système pénitentiaire. Tous les programmes de traitement gérés par l'État dans l'État de New York sont prévus pour fournir une formation à la prévention des overdoses et fournir du Narcan (naloxone), et à la date du présent rapport, un grand nombre le fait déjà. En outre, de nombreux prestataires privés à l'État de New York ont lancé une formation sur la prévention des overdoses et la distribution de Narcan, y compris des programmes traditionnels tels que Daytop Village, Odyssey House et Phoenix House. Voici le [Répertoire des programmes de prévention des surdoses d'opioïdes](#) de l'état de New York.

New York est également à l'avant-garde de la formation à la prévention des overdoses et de la distribution de Narcan (naloxone) en prison. Le Centre de réduction des méfaits du Lower East Side offre une formation sur la prévention des overdoses et la distribution de Narcan (naloxone) aux amis et à la famille des détenus de Riker's Island depuis 2012. L'État de New York a offert la première formation de prévention à l'overdose à l'établissement correctionnel de Queensboro en [Février 2015](#). Ce programme devrait [s'étendre à l'ensemble](#) des 54



établissements correctionnels de l'Etat. Les détenus qui terminent la formation peuvent recevoir une trousse de prévention des overdoses avec du Narcan (naloxone) à la sortie.

## Conclusions

Tous les programmes de traitement et les programmes correctionnels aux États-Unis doivent instaurer une formation à la prévention des overdoses et distribuer des kits Narcan (naloxone).

Une enquête approfondie sur les taux de mortalité suite à un traitement de 28 jours et une détoxification rapide de la méthadone ou de la buprénorphine est requise car les diplômés de ces programmes semblent avoir des taux de mortalité excessivement élevés.

N'envoyez PAS vos proches dans un programme de traitement qui n'inclut pas une formation à la prévention des overdoses et à l'utilisation du Narcan (naloxone).

Les traitements protecteurs comme la méthadone et les CT doivent être grandement étendus aux États-Unis.

Vingt-huit jours de rééducation exposent les usagers dépendants à l'héroïne à un risque élevé de décès par overdose après le traitement et devraient éventuellement être éliminés.

Les programmes de désintoxication rapide par méthadone ou buprénorphine exposent également les usagers d'héroïne dépendants à un risque élevé de décès par overdose à l'issue du traitement et devraient éventuellement être éliminés.

Les deux premières semaines d'initiation à la méthadone présentent un risque élevé d'overdose – faire preuve de prudence.

Rappelez-vous, tout est une question d'argent. Le meilleur moyen de convaincre les centres de réhabilitation de mettre en œuvre des formations à la prévention des overdoses et des pharmacothérapies est de cesser de leur envoyer des clients jusqu'à ce qu'ils le fassent.