

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/672/Preventing_overdose_report_final_396018.pdf

Rapport d'innocuité (ou mortel) en l'absence de tolérance

Le rapport d'innocuité est égal au nombre de doses standard ou habituelles qu'il faut pour atteindre la dose létale médiane (Caulkins et Menefee, 2009). La dose létale médiane est la dose nécessaire pour tuer la moitié des membres d'une population testée, ainsi, la moitié d'une population qui a consommé six fois la dose moyenne d'héroïne mourrait. Cela suppose que la personne n'a pas développé de tolérance au médicament. La gamme des ratios de sécurité des drogues consommées est large (Leung, 2007). Le tableau 2 montre certains des ratios de sécurité donnés par Leung (2007).

Table 2. Safety ratio of drugs (assuming no build-up of tolerance)

| Drug | principle active component | usual lethal concentration in blood (mg/l) | usual lethal dose | usual effective dose | safety ratio |
|----------------------|------------------------------|--|-------------------|----------------------|--------------|
| Alcohol* | Ethanol | 3600 | 330g | 33g | 10 |
| Cocaine | cocaine hydrochloride | 5 | 1200mg | 80mg | 15 |
| Codeine | codeine phosphate | 2.3 | 800mg | 40mg | 20 |
| GHB | gamma-hydroxy-butyrate | 300 | 16g | 2g | 8 |
| Heroin | Diacetylmorphine | 0.3 | 50mg | 8mg | 6 |
| Ketamine** | Ketamine hydrochloride | | 2.7g | 70mg | 38(?) |
| LSD | d-Lysergic acid diethylamine | 4.8ug/L | 100mg | 100ug | 1000 |
| Marijuana | 9-tetra-hydrocannabinol | | >15g | 15mg | >1000 |
| MDMA*** | MDMA | 3 | 2g | 125mg | 16 |
| Methadone**** | Di-methadone hydrochloride | 0.7 | 100mg | 5mg | 20 |
| Methamphetamine***** | Methamphetamine | 2(?) | >150mg | 15mg | 10 |
| Rohypnol | Flunitrazepam | 0.06 | 30mg | 1mg | 30 |

* Ethanol most common substance in multdrug fatalities

** Reported deaths only IV, IM or with co-intoxicant

*** MDMA - variability linked to environmental factors

**** Methadone - Long half-life a risk factor

***** Methamphetamine - widely divergent reactions to high doses

Source: Leung (2007).

*Environ 2% des personnes qui s'injectent de l'héroïne meurent chaque année, ce qui représente six à 20 fois le taux attendu dans les contrôles par les pairs qui ne consomment pas de drogues (Sporer, 2003).

• Chez les personnes qui s'injectent régulièrement de l'héroïne, la moitié de ces décès sont imputables à un surdosage (Sporer, 2003). •

*En moyenne, les utilisateurs d'héroïne qui font une surdose déclarent avoir subi trois surdoses (moyenne 3,26, plage 1 à 20) (Rome et al., 2008).

• La plupart des patients ne font une surdose qu'une fois toutes les quelques années, mais une minorité le fait plus souvent (Best et al., 2000) mais aussi (Rome et al., 2008). • «L'expérience du surdosage n'est ni un élément dissuasif pour l'usage futur de drogues ni une motivation pour rechercher un traitement» (Zador, 2005, p. 7).

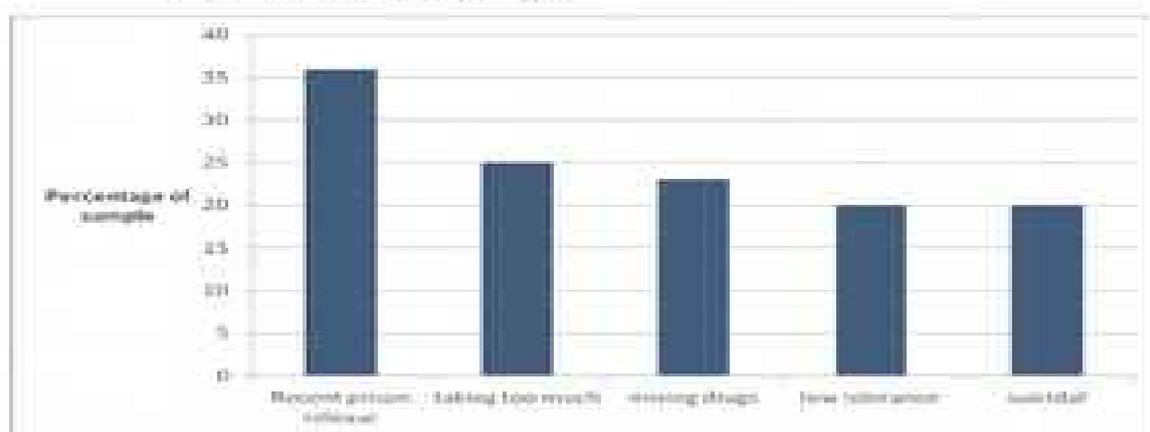
• La plupart des utilisateurs croyaient que la principale raison du surdosage était la quantité ou la force de l'héroïne (McGregor et al., 1998).

• Peu de décès surviennent «instantanément» (Sporer, 1999) mais voir (Lenton et Hargreaves, 2000).

• La mort instantanée survient dans environ 15% des cas de surdosage (Lenton et Hargreaves, 2000).

- L'épidémiologie des surdoses non mortelles est assez similaire à celle des surdoses mortelles (Sporer, 2003).
- 41% des décès positifs à la morphine avaient des valeurs de morphine inférieures au niveau «fatal» de 0,15 mg / L et 29% des décès positifs à la méthadone avaient des valeurs de méthadone inférieures au niveau «fatal» de 0,2 mg / L (Zador, 2005).
- Sur les 77 utilisateurs d'héroïne réanimés dans deux services des accidents et des urgences écossais, les pensées ou sentiments suicidaires avant une surdose étaient la raison sous-jacente de la surdose dans 49% (Neale, 2000).
- Le surdosage de suicides et de drogues accidentelles semble être moins une dichotomie et davantage un spectre d'intentions (Zador, 2005).
- 80% des survivants d'un surdosage d'héroïne ne se considéraient pas à risque élevé de surdosage, bien qu'ils en aient connu un au cours des six mois précédents (Darke et Ross, 1997).

Figure 3. Top five reasons cited for a personal opiate overdose in a qualitative study of 44 Scottish drug users



Source: Rome et al., 2008.

Prévention des surdoses: recommandations, actions et obstacles

Cette section réorganise le matériel de la revue de la littérature sous une forme plus accessible. La foire aux questions (FAQ) comprend des sujets que l'examen a été mandaté pour examiner.

2.1 Quelle perception les consommateurs de drogues injectables ont-ils du risque de surdosage?

- L'expérience d'un surdosage n'est ni un élément dissuasif pour la consommation future de drogues ni une motivation pour rechercher un traitement (Zador et al., 2005).
- La plupart des utilisateurs croyaient que la principale raison du surdosage était la quantité ou la force de l'héroïne (McGregor et al., 1998).
- 80% des survivants d'un surdosage d'héroïne ne se considéraient pas à risque élevé de surdosage (Darke et Ross, 1997).
- Lorsqu'on leur a demandé pourquoi ils pensaient avoir survécu à leur dernière surdose, la réponse de loin la plus courante (n = 25) était que quelqu'un d'autre était présent à l'époque (Zador, 2005).
- Il existe une notion au sein de la population consommatrice de drogues selon laquelle une surdose est un «risque professionnel» (Groupe de travail indépendant sur les salles de consommation de drogues, 2006).
- En Écosse, les survivants d'une surdose citent la récente libération de prison comme principal facteur de risque (Rome, 2008).

2.2 Quelle proportion d'injecteurs de drogues a eu une surdose non mortelle?

- La plupart des patients ne font une surdose qu'une fois toutes les quelques années, mais une minorité le fait plus souvent (Best et al., 2000).
- Parmi les utilisateurs actifs d'héroïne injectable, 23 à 33% ont eu une surdose non mortelle au cours de la dernière année (Sporer, 2003). Cela semble entrer en conflit avec les résultats de Best et al., 2000.
- Environ la moitié des cas signalent des antécédents de surdosage non mortel (Kerr et al., 2007).

2.3 Quelles mesures les injecteurs de drogues prennent-ils pour réduire le risque de surdosage?

- Injectez avec quelqu'un présent (Zador, 2005).
- Les mesures suggérées par les consommateurs de drogues comprennent des installations d'injection plus sûres, des vidéos d'information, la légalisation de l'héroïne et des cours de réanimation (Zador, 2005).

2.4 Quelle est l'expérience des injecteurs de drogues en cas de surdosage?

- 43% ont été témoins d'une surdose d'héroïne chez un autre utilisateur au cours de la dernière année (Sporer, 2003)
 - Les utilisateurs d'héroïne qui sont témoins d'une surdose sont généralement intoxiqués eux-mêmes (Darke et al., 1996).
 - Des surdoses mortelles ont été observées par 55 des 312 consommateurs de drogues injectables - 18% de l'échantillon total et 33% de ceux qui ont été témoins d'une surdose (Williamson & Gossop, 1999).
 - Quatorze pour cent de ceux qui avaient été témoins d'une surdose au cours de la dernière année ont déclaré que le résultat était un décès (Davidson et al., 2002).
- ## 2.5 Quelle proportion d'injecteurs de drogues est intervenue en cas de surdosage?
- L'infliction de la douleur physique était l'intervention la plus couramment utilisée par les consommateurs de drogues injectables pour réanimer une personne qui avait une surdose (Zador, 2005).
 - Moins de la moitié avaient essayé la RCR et dans la plupart des cas, la mort était survenue au moment de l'arrivée de l'ambulance (Zador, 2005).
 - Les consommateurs de drogues qui survivent à une surdose et qui assistent à d'autres personnes ayant une surdose sont moins susceptibles d'intervenir (Tobin et al., 2007) .

2.6 Quelles recommandations pratiques existe-t-il pour réduire la surdose?

- La revue écossaise (Rome et al., 2008) a formulé les recommandations suivantes: - améliorer la qualité des réponses existantes aux incidents de surdose (police et ambulance); - améliorer l'évaluation des besoins; - améliorer et étendre l'offre actuelle de soins aux toxicomanes; - information et formation du personnel des services d'urgence; - information et formation des toxicomanes et autres personnes importantes.
- Les moyens de réduire les dommages comprennent un meilleur accès au traitement, le développement d'interventions à la naloxone en cas de surdosage et l'offre d'une formation anti-surdosage aux toxicomanes en traitement et hors traitement (Best et al., 2001).
- Il peut être nécessaire de combiner une augmentation du traitement avec des substituts aux opiacés, une éducation communautaire par les pairs, des groupes de soutien familial, des installations d'injection supervisées et la mise à disposition de Naloxone à la maison pour avoir un effet pratique sur la mortalité par surdose (Sporer, 2003).
- Les interventions qui fournissent des informations sur le traitement de la toxicomanie et renforcent la motivation pour le traitement en milieu médical sont recommandées, de même que les politiques

qui réduisent les obstacles à l'entrée dans le traitement chez les utilisateurs de drogue motivés (Pollini et al., 2006). 2.7 Quelles sont les principales raisons sous-jacentes d'un surdosage?

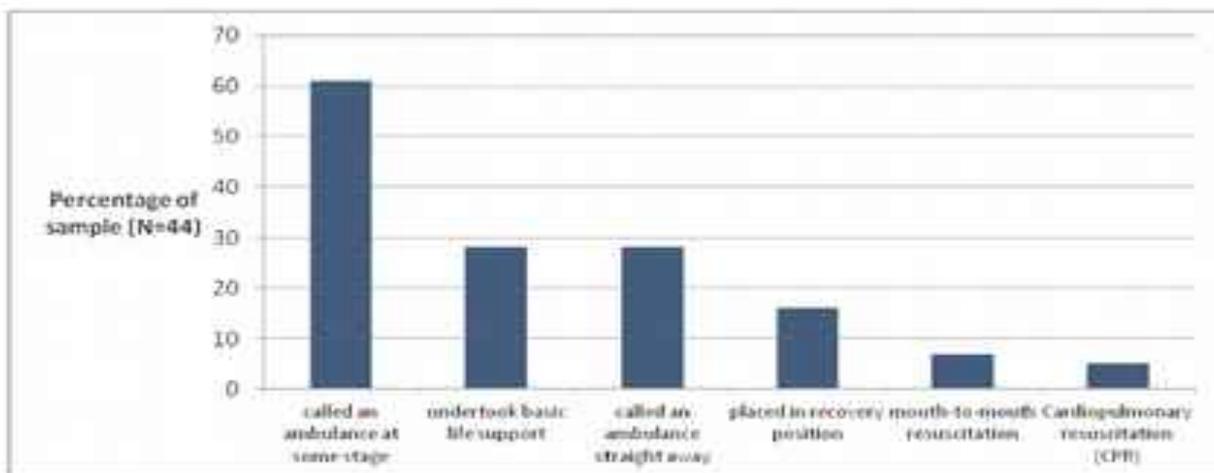
- En 2003 en Écosse, la plupart des surdoses mortelles (68% des cas) étaient accidentelles, tandis que 13% étaient classées comme suicides (Zador, 2005). que 38 répondants (49%) ont rapporté des pensées ou des sentiments suicidaires avant une surdose.
 - En revanche, une surdose délibérée d'héroïne comme méthode de tentative de suicide n'a été signalée que par 10% (Darke et Ross, 2001).
 - Dans une autre étude australienne, une minorité substantielle (17%) de l'échantillon a indiqué qu'elle avait déjà pris une surdose intentionnelle, et 67% en avaient eu une au cours des six derniers mois (11% de l'échantillon total) (Heale et al. , 2003).
- 2.8 Pourquoi les passants sont-ils à la fois un facteur de risque et un facteur de protection?

- Facteurs de risque: - intervention inappropriée en cas de surdosage; - les passants sont souvent des utilisateurs eux-mêmes et leur propre état de conscience est affecté; - peur des répercussions de contacter les services d'urgence; - présence d'autres passants susceptibles de diminuer la probabilité d'appeler une ambulance; - retard dans la convocation de l'aide par crainte d'éventuelles répercussions, notamment si des enfants se trouvent dans la maison. •

Facteurs de protection:

21 - les témoins présents lors d'un surdosage sont prêts à intervenir, par exemple, avec le CFCP; - les témoins sont susceptibles d'appeler les services d'urgence. La figure 7 montre que la crainte de poursuites empêche 93% d'un échantillon d'usagers de drogues d'appeler à l'aide après avoir été témoin d'une surdose. Cependant, 31% demanderaient de l'aide s'ils étaient sûrs qu'il n'y avait pas d'intervention policière.

Figure 5 Appropriate intervention of bystanders witnessing an overdose in a qualitative study of 44 Scottish drug users



Source: Rome et al., 2008.

Quels aspects de l'abus de polysubstances contribuent à une surdose mortelle?

- Utilisation concomitante de benzodiazépines (Stewart et al., 2002).
- Consommation simultanée d'alcool, en particulier une consommation excessive d'alcool (McGregor, C., Darke, S., Ali, R. et al., 1998).
- Durée d'injection plus longue (Bartu et al., 2004). • Injection intermittente (Oliver, P. et Keen, J., 2003).
- Prescriptions psychoactives supplémentaires peut-être en raison de problèmes de santé mentale (Oyefeso, A., Valmana, A., Clancy, C. et al., 2000).
- Opiate «complémentaire» en plus des prescriptions (Neale, J., 2000). 2.10 Quels aspects de la santé mentale contribuent à une surdose mortelle?
- Idées suicidaires (Stewart et al., 2002). • Accès aux antidépresseurs. (Oyefeso, A., Valmana, A., Clancy, C., et al., 2000).
- Antécédents de problèmes de santé mentale. (Oyefeso, A., Valmana, A., Clancy, C., et al., 2000).
- Sentiments d'indifférence et d'insouciance. (Rossow, I. et Lauritzen, G., 1999). • Traitement des problèmes de santé mentale dans différents services (Oyefeso, A., Valmana, A., Clancy, C. et al., 2000).