

# L'HÉROÏNE

I. DEMARET (1), A. LEMAÎTRE (2) M. ANSSEAU (3)

**RÉSUMÉ :** L'héroïne (ou diacétylmorphine), un dépressant du système nerveux central, est un opiacé semi-synthétique obtenu à partir de l'opium. L'effet secondaire le plus important est la dépression respiratoire, mortelle en cas de dose trop élevée, particulièrement injectée par voie intraveineuse. Les décès par overdose surviennent fréquemment après une période d'abstinence (volontaire ou non). Le taux de mortalité chez les consommateurs d'héroïne serait actuellement de 1 à 3%. L'assuétude, résultat d'une consommation régulière et répétée, surviendrait chez moins d'un quart des personnes qui ont essayé l'héroïne. Les personnes dépendantes présentent souvent des problèmes multiples (notamment, une insertion dans un milieu délinquant) sans qu'un lien de causalité puisse être établi entre ces problèmes et l'assuétude. Chez une partie des personnes dépendantes, l'assuétude devient une maladie chronique, nécessitant une prise en charge continue. Cette prise en charge est efficace, même si elle est marquée par des rechutes et, parfois, par la poursuite de la consommation d'héroïne. Pour des personnes particulièrement dépendantes, résistant aux autres thérapeutiques, le traitement par héroïne peut être une réponse permettant une distanciation de l'héroïne de rue. L'héroïne est considérée actuellement comme la drogue ayant les conséquences négatives les plus importantes pour l'utilisateur.

**MOTS-CLÉS :** *Héroïne - Diacétylmorphine - Traitement*

## INTRODUCTION

Après la définition pharmacologique de l'héroïne, nous abordons l'historique de cette substance, ses effets, dont l'assuétude et les traitements de celle-ci, le lien entre consommation d'héroïne et délinquance et, enfin, son épidémiologie. Nous reprenons, à titre d'illustration, des données descriptives sur les 74 patients du projet TADAM, un projet pilote de traitement assisté par héroïne. Nous nous référons également à certains aspects du traitement par diacétylmorphine tel qu'il a été installé à Liège entre janvier 2011 et janvier 2013 dans le cadre de ce projet pilote. Cette étude contrôlée, randomisée, a comparé deux groupes de patients en traitement pendant 12 mois, l'un par diacétylmorphine et l'autre, par méthadone. Les modalités de cette étude ont été décrites dans un précédent article (1). Les résultats de la comparaison entre les deux groupes de l'étude ne

(1) Doctorante, Service de Psychiatrie, Université de Liège.

(2) Professeur, Institut des Sciences Humaines et Sociales, Criminologie, Université de Liège.

(3) Professeur, Chef de Service, Service de Psychiatrie, Université de Liège.

## HEROIN

**SUMMARY :** Heroin (or diacetylmorphine), a depressant of the nervous central system, is a semi-synthetic opiate. Its main adverse effect, respiratory depression, can lead to death, especially after an intravenous injection. By loss of tolerance, an overdose can be lethal following heroin use after a period of abstinence (voluntary or not). Mortality rate among heroin users is between 1 and 3%. Addiction, following a regular and continuous use, occurs in less than a quarter of persons who ever tried heroin. Heroin addicts often present with different problems (for instance, a criminal behaviour), without any obvious link with addiction. For a fraction of the addicts, addiction becomes a chronic relapsing disease, requiring a long term maintenance substitution therapy. However, relapses and sometimes continuous heroin use are frequent. For treatment resistant and severe heroin addicts, heroin-assisted treatment can be a solution. Despite the numerous available therapies, heroin is considered to be the drug with the most negative effects on the user.

**KEYWORDS :** *Heroin - Diacetylmorphine - Treatment*

seront pas disponibles avant juillet 2013. Cette recherche est subsidiée par la Ministre fédérale de la Santé publique avec le soutien de la Ville de Liège.

## PHARMACOLOGIE

L'héroïne, comme les autres opiacés et opioïdes, fait partie des dépressants du système nerveux central. La diacétylmorphine, un opiacé semi-synthétique, est obtenue par diacétylation de la morphine, un des alcaloïdes de l'opium (fig. 1). Ce dernier est constitué par le suc séché des capsules du pavot asiatique (*Papaver somniferum*). L'héroïne a été commercialisée en 1898 par la firme Bayer, comme antitussif, pour aider les patients souffrant de maladies pulmonaires sévères.

L'héroïne est utilisée sous forme de sel, en général le chlorhydrate soluble dans l'eau et se prêtant à l'injection. Elle peut être également préparée sous forme de base libre (freebase), une forme plus adaptée à sa consommation intra-pulmonaire. L'héroïne étant plus liposoluble que la morphine, elle traverse plus rapidement la barrière hémato-encéphalique et agit plus rapidement. En elle-même, elle ne constitue pas un bon agoniste des récepteurs opioïdes, mais elle sert de précurseur pour d'autres opiacés (la morphine et la 6-MonoAcétylMorphine ou 6-MAM) dont elle facilite la pénétration dans le cerveau par sa liposolubilité. L'aug-

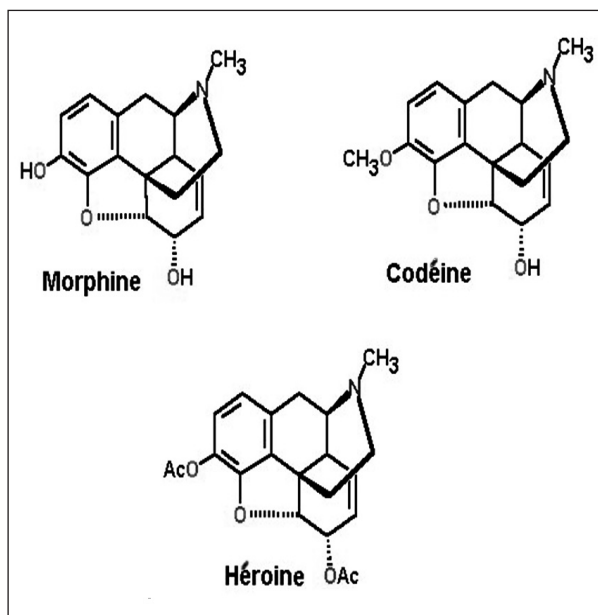


Figure 1. Structure moléculaire de trois opiacés : la morphine, la codéine et l'héroïne.

mentation rapide des concentrations de ces deux opiacés, particulièrement la 6-MAM, dans le tissu nerveux expliquerait l'effet plus intense et plus agréable de la diacétylmorphine par rapport à celui de la morphine. La diacétylmorphine exerce son effet en se liant aux récepteurs opioïdes, spécifiques aux morphiniques endogènes ou endorphines. Ces récepteurs se retrouvent dans le cerveau, la moelle épinière ainsi que dans certains viscères, comme l'intestin (2).

## EFFETS DE LA CONSOMMATION D'HÉROÏNE

### EFFETS IMMÉDIATS

L'activation des récepteurs opioïdes entraîne une puissante analgésie et de l'euphorie. Parmi les premiers symptômes cliniques, surviennent un myosis important et une fréquence respiratoire réduite. Les effets indésirables sont caractéristiques des opioïdes : dysphorie, nausées et vomissements, particulièrement chez les novices. L'appétit est diminué et la motilité gastro-intestinale est réduite, entraînant la constipation. Les opiacés stimulent la libération d'histamine, provoquant une sensation de chaleur de la peau et des démangeaisons. La température corporelle est légèrement réduite, accompagnée de sécheresse de la bouche et de transpiration. La consommation de diacétylmorphine altère l'acuité sensorielle et la réponse aux stimuli de même que le jugement,

la concentration et la mémoire. Avec une augmentation de la dose, le sujet manifeste un ralentissement psychomoteur et une tendance à s'endormir. La fréquence respiratoire, le rythme cardiaque et la pression sanguine diminuent graduellement. La gravité de ces symptômes est fonction de la dose et de la tolérance du sujet. Une dose trop importante peut aggraver la dépression respiratoire jusqu'à provoquer un coma mortel (2). Les décès par overdose semblent plus fréquents chez les personnes qui ne sont pas en traitement par méthadone et ils sont souvent liés à une importante consommation d'alcool (3) : les personnes hors traitement compenseraient une consommation moins élevée d'opioïdes par de l'alcool.

Le pouvoir allergisant et irritant de l'héroïne rend sa manipulation délicate dans le cadre d'un traitement assisté par diacétylmorphine : dans l'expérience de traitement par héroïne aux Pays-Bas, près de 50% du personnel infirmier s'était plaint de problèmes dermatologiques et respiratoires consécutifs à la manipulation de la poudre de diacétylmorphine (4). Suite à ces réactions, la diacétylmorphine a été conditionnée dans des sachets hermétiques. Le centre DAM de l'étude TADAM a également utilisé ces sachets (commandés aux Pays-Bas) et aucune plainte des soignants vis-à-vis de la diacétylmorphine n'est parvenue à l'équipe de recherche pendant l'expérience.

### TOLÉRANCE

L'activation continue des récepteurs par les opiacés entraîne un ajustement de leur efficacité, ce qui explique les phénomènes de tolérance et de dépendance physiologique. Le sujet devient tolérant aux effets agréables, mais aussi à la sédation, à l'analgésie, à l'effet émétique et à la dépression respiratoire. Il développe cependant peu de tolérance à l'effet constipant et au myosis. La tolérance est grandement réduite après quelques jours d'abstinence. Les consommateurs n'en sont pas toujours conscients, ce qui explique le grand nombre de décès après un séjour en prison ou après un traitement réussi pour l'abstinence : la personne abstinent décède d'une overdose après avoir repris ce qu'elle croyait être une dose d'héroïne sans risque (5).

### ASSUËTUDE

Sur le plus long terme, l'effet secondaire le plus important de la consommation répétée d'héroïne est, sans doute, l'assuétude.

Lorsqu'une personne devient dépendante, le manque d'héroïne peut provoquer un syndrome de sevrage qui débute 6 à 12 heures après l'administration de la dernière dose d'héroïne. Au début du sevrage, les symptômes ressemblent à ceux d'une grippe accompagnés d'anxiété et de bâillements. Par la suite, le sujet passe par une étape de sommeil agité, persistant plusieurs heures. Le sevrage atteint son paroxysme après 36 à 72 heures. A ce moment, le sujet éprouve d'importants troubles gastro-intestinaux. Ses pupilles sont dilatées et il a la chair de poule. Ces signes s'accompagnent d'un désir obsédant de consommer l'héroïne, de perturbations importantes du sommeil, d'agressivité, de délire paranoïde, d'anxiété, de tachycardie et d'hypertension. La majeure partie de ces symptômes se résorbent en 5 à 10 jours. Certains symptômes d'abstinence persistent cependant au-delà de cette période devenant un syndrome d'abstinence prolongé, caractérisé également par l'obsession de consommer, l'anxiété, l'agitation et l'insomnie (2).

L'assuétude ne suit pas automatiquement la première consommation d'héroïne. Une étude australienne, en population générale, a constaté que 60% des personnes qui ont consommé de l'héroïne ont arrêté dans l'année qui a suivi et, seuls, 25% des consommateurs ont continué à consommer pendant 3 ans ou plus. Au moment de l'enquête, 76% des personnes ont arrêté de consommer (6). Cependant, chez les personnes qui consomment de l'héroïne depuis de nombreuses années, l'assuétude à l'héroïne (comme à l'alcool, à la cocaïne, au cannabis ou au tabac) peut devenir une maladie chronique, "a chronic, relapsing disorder" (7). Même si certaines personnes dépendantes arrivent à une abstinence durable, cette assuétude est parfois comparée au diabète par sa durée et celle de son traitement (8).

#### *EFFETS SECONDAIRES À PLUS LONG TERME*

En dehors des effets secondaires notés ci-dessus et, notamment, du risque d'overdose, la consommation quotidienne d'opioïde, sous supervision médicale, par des personnes dépendantes, entraîne relativement peu de soucis (9). Cependant, les personnes consommant des opiacés depuis de nombreuses années présentent souvent un problème de faible masse osseuse et, parfois, d'ostéoporose. Le lien avec les opiacés est soupçonné, mais la diminution de la masse osseuse pourrait également être liée au mode de vie ou à la consommation chronique d'autres substances psychoactives,

comme l'alcool (10). En outre, les opioïdes auraient, à la longue, un effet délétère sur les cellules cardiaques; ce problème est aggravé par la consommation de méthadone connue pour provoquer, chez certaines personnes prédisposées, des morts subites à la suite d'un allongement de l'intervalle QT (11). Ajoutons que la plupart des personnes dépendantes de l'héroïne ont des problèmes de dentition (86% des patients de notre étude TADAM). Ces problèmes dentaires peuvent avoir des causes multiples. Ainsi, les opioïdes, l'alcool et les amphétamines diminuent la salivation. Si celle-ci diminue, les problèmes de caries, de gencives et, donc, les risques de déchaussement augmentent. Le tabac (fumé par 97% de nos patients) peut également provoquer des problèmes de gencives (et, donc, les déchaussements). Les problèmes dentaires sont encore aggravés par une mauvaise alimentation et par l'irrégularité de celle-ci. La diminution des douleurs dentaires par la consommation d'opioïdes peut également retarder le recours aux soins. Une mauvaise hygiène est évidemment un facteur aggravant mais, même avec une bonne hygiène, les problèmes dentaires se manifestent chez les personnes dépendantes de l'héroïne (12).

#### *EFFETS SECONDAIRES SELON LE MODE DE CONSOMMATION*

Les effets secondaires de l'héroïne varient également selon son mode d'administration. L'utilisation par voie intraveineuse entraîne le maximum de risques. La pratique de l'injection abîme le système veineux et peut occasionner des abcès, de la septicémie et des nécroses. Ces problèmes peuvent être aggravés selon le site d'injection choisi. Certains usagers choisissent, en effet, de s'injecter dans le cou ou même dans la veine fémorale, «groin» injection (13). Le partage du matériel (aiguille, coton, filtre, cuillère, eau) peut véhiculer des maladies telles que le HIV, l'hépatite C, l'hépatite B, le tétanos ou la tuberculose. Un risque d'endocardite existe également suite à des injections non stériles. Le risque de surdosage et de décès est accru par ce mode de consommation puisqu'une fois la dose injectée, le patient ne peut revenir en arrière (contrairement aux autres modes de consommation). Dans l'étude TADAM, 7% (n=5) des personnes avaient été infectées par le virus HIV et 61% (n=44) avaient des anticorps pour le virus de l'hépatite C.

L'inhalation, "chasing the dragon" ou "chinese-sing", est une deuxième technique pour la consommation d'héroïne. Cette méthode serait née à Hong Kong dans les années 50 avant de

se répandre dans d'autres pays, notamment aux Pays-Bas dans les années 70 (14). Selon cette technique, l'héroïne en poudre est d'abord placée sur un support en aluminium et, ensuite, avec la flamme d'un briquet passé sous l'aluminium, elle est chauffée. Quand elle fond, elle dégage une vapeur que l'utilisateur inhale avec une paille en bouche. Cette vapeur, en pénétrant dans les alvéoles pulmonaires, entraîne un effet intense et immédiat. Dans l'expérience de traitement par héroïne réalisée aux Pays-Bas, ainsi que dans l'étude TADAM (tableau I), la poudre de diacétylmorphine est mélangée avec de la caféine dans une proportion de 3 pour 1. Ce mélange présente l'avantage d'optimiser la biodisponibilité de la diacétylmorphine en favorisant sa combustion et ne présente pas de toxicité majeure. La biodisponibilité de l'inhalation de vapeurs de diacétylmorphine à partir des feuilles d'aluminium est évaluée à 52% (15). Dans l'étude TADAM, si 93% (n=69) des patients ont choisi d'inhaler la diacétylmorphine (DAM) dans le centre DAM, la plupart connaissaient les deux modes de consommation. En effet, au cours de leur vie, 81% (n=60) avaient déjà injecté au moins une fois. Toutefois, seuls 28% des patients (n=21) avaient réalisé une injection au cours du mois précédent. Comme nous avons pu l'observer dans le centre DAM, un des avantages de l'inhalation est qu'une surdose empêche le patient de continuer l'administration. En effet, un patient trop intoxiqué ne maîtrise plus suffisamment ses gestes pour continuer à inhaler. Cette voie pourrait, dès lors, limiter le risque d'overdose mortelle. Elle limite également la transmission des infections, même si l'hépatite C pourrait continuer à se transmettre via le partage de la paille servant à inhaler.

Dans le projet TADAM, selon l'examen médical réalisé avant l'inclusion, 37% des patients présentaient des problèmes pulmonaires. Ces derniers pouvaient être liés, non seulement à l'inhalation d'héroïne de rue, mais aussi à la consommation depuis l'adolescence de cigarettes (97% de nos patients) et de cannabis (46% en ont consommé sur les 30 derniers jours) ainsi qu'à la consommation de crack (préparé à partir de cocaïne et d'ammoniac). Comme dans l'expérience aux Pays-Bas (16), nos analyses n'ont pas montré d'aggravation notable de l'état pulmonaire des patients après 12 mois de traitement par diacétylmorphine.

L'aluminium brûlé inhalé pendant l'administration de diacétylmorphine pourrait également aggraver l'état des patients, notamment

TABLEAU I. LES PATIENTS INCLUS DANS LE PROJET TADAM CUMULAIENT DE NOMBREUX PROBLÈMES TANT AU NIVEAU DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES QU'AU NIVEAU PHYSIQUE, MENTAL, SOCIAL ET JUDICIAIRE

	Patients n=74
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	
Age - années [s.d.]	43 [7]
Hommes - nb (%)	65 (88%)
Belges - nb (%)	62 (84%)
Union Européenne - nb (%)	6 (8%)
Autres nationalités - nb (%)	6 (8%)
Au moins diplôme du secondaire sup. - nb (%)	17 (23%)
Emploi (dern. mois) - nb (%)	2 (3%)
Pas de logement stable le dernier mois - nb (%)	21 (28%)
<b>Santé physique et mentale</b>	
MAP-HSS score - moyenne (s.d.)	18 [8]
HIV - nb (%)	5 (7%)
HCV anticorps - nb (%)	44 (59%)
SCL-90-R - moyenne [s.d.]	106 [53]
Au moins une tentative de suicide - nb (%)	33 (45%)
<b>Délinquance</b>	
Déjà poursuivi pénalement - nb (%)	69 (93%)
Déjà incarcéré - nb (%)	47 (64%)
Activités illégales dernier mois - nb (%)	35 (47%)
<b>Usage de drogues</b>	
<b>Nombre d'années d'usage régulier [s.d.]</b>	
Héroïne	20 [7]
Méthadone	14 [7]
<b>Nombre de jours d'usage sur le dernier mois [s.d.]</b>	
Héroïne	27 [5]
Méthadone	21 [12]
<b>Nombre de personnes ayant consommé sur les 30 derniers jours (%)</b>	
Alcool (+ 5 verres/jr)	21 (28%)
Cocaïne	34 (46%)
Benzodiazépines	31 (42%)
Tabac	72 (97%)
<b>Overdose, mode de consommation et traitements</b>	
A déjà connu une overdose - nb (%)	20 (27%)
Choix de l'inhalation si traitement par DAM - nb (%)	69 (93%)
A déjà injecté - nb (%)	60 (81%)
Injection dernier mois - nb (%)	21 (28%)
Nb traitements pour drogue [s.d.]	9 [13]
nb (%) = nombre de patients concernés et pourcentage de ceux-ci [s.d.] = standard deviation	

au niveau neurologique, l'aluminium étant neurotoxique (17). Nous pouvons soupçonner un lien entre l'inhalation régulière d'héroïne à partir d'un support en aluminium, un passage d'aluminium dans le sang et une neurotoxicité mais, peut-être par manque d'étude sur le sujet, ce lien n'est pas démontré.

Une troisième manière de consommer l'héroïne est la prise nasale de la poudre d'héroïne (sniff). Cette méthode est moins fréquente, du



moins chez les patients en traitement et, dans notre étude TADAM, seul un des 74 patients a dit consommer parfois de cette manière.

#### COMORBIDITÉS

Les études sur les consommateurs d'héroïne listent souvent des comorbidités psychiatriques, fréquentes chez ces consommateurs (troubles de la personnalité, troubles affectifs, troubles anxieux et dépressifs). Le pourcentage de consommateurs d'héroïne présentant l'un ou l'autre de ces troubles dépasse souvent les 50%. Cependant, dans toutes les études, certains utilisateurs ne rentrent dans aucune catégorie pathologique. Ainsi, dans l'étude TADAM, portant sur des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne, certains patients ne présentaient aucune pathologie. Le seul point commun partagé par 100% de nos patients était leur dépendance à l'héroïne. D'après les caractéristiques de nos sujets, nous ne pouvons déduire qu'une chose, ce groupe de personnes cumulaient de nombreux problèmes (physiques, mentaux, familiaux et sociaux) en plus de leur consommation d'une ou plusieurs substances. Certains auteurs postulent que l'assuétude est une forme d'automédication destinée à diminuer les conséquences psychiques de problèmes antérieurs (18). Certains répondent que l'assuétude est multifactorielle et peut être liée, non seulement au passé du consommateur, mais également à son contexte d'utilisation et à l'environnement social. En outre, la consommation de produit a, en soi, un effet renforçant (par définition puisqu'il est addictif) pouvant, à lui seul, expliquer l'assuétude (19).

#### CRIMINALITÉ

Les personnes dépendantes de l'héroïne présentent un taux élevé de prévalence et d'incidence criminelle : 64% des patients de l'étude TADAM sévèrement dépendants avaient été en prison et 47% avaient commis un acte délinquant sur les 30 derniers jours. Il faut toutefois se garder de conclure à une relation de cause à effet inévitable. La relation unissant ces deux phénomènes est, en effet, loin d'être univoque. Dans de nombreux cas, l'adoption d'un style de vie déviant précéderait la consommation de substances illicites et non le contraire : l'expérience de la drogue aurait été rendue possible grâce à l'adoption des normes de la sous-culture et aux revenus tirés de la criminalité. Les facteurs de risque sont similaires pour l'entrée dans la consommation de drogues et dans la délinquance. Notons enfin qu'évoluant dans

un milieu criminogène, les usagers sont, eux-mêmes, très souvent les premières victimes de délits : notamment de vols et d'arnaques lors de l'achat de drogues (2).

#### LES TRAITEMENTS DE L'ASSUÉTUDE À L'HÉROÏNE

Le traitement de substitution à base d'opioïdes reste une réponse efficace pour diminuer la consommation d'opiacés illicites chez les patients dépendants (20, 21). Ce traitement permet de réduire la mortalité des personnes dépendantes de l'héroïne, leur implication dans un milieu de consommateurs de drogues et leurs comportements à risque (injection, partage de seringues et de matériel d'injection) et, donc, la propagation de maladies infectieuses comme le HIV et l'hépatite C. Le traitement par méthadone est d'ailleurs considéré comme le traitement de première ligne le plus efficace pour la dépendance aux opiacés (20), malgré les fréquentes rechutes ou une consommation occasionnelle d'héroïne de rue.

Pendant longtemps, les seuls traitements préconisés pour lutter contre l'addiction à l'héroïne étaient les traitements orientés vers l'abstinence. Cependant, les rechutes étant la règle après ce type de thérapie, d'autres traitements ont vu le jour, notamment les traitements de maintenance à base d'un produit de substitution (méthadone, buprénorphine, morphine ou encore diacétylmorphine). Un des objectifs est de permettre à la personne de stabiliser sa dépendance grâce à l'opioïde ou opiacé de substitution, tout en s'éloignant de l'héroïne de rue, des risques liés à sa consommation et du milieu délinquant entourant les produits illégaux. Les traitements de maintenance basés sur la buprénorphine constituent également des interventions utiles, néanmoins la méthadone resterait légèrement plus efficace (22). Cependant, les personnes dépendantes des opiacés étant différentes entre elles et à des moments différents de leur parcours, il est important, pour soutenir l'évolution plus ou moins longue vers l'abstinence, d'offrir différentes solutions : méthadone à des doses variables (selon l'évolution du patient) et, à plus ou moins long terme, buprénorphine pour les fins de traitement à la méthadone ou pour les personnes dépendantes depuis peu, cure en traitement résidentiel avec ou sans méthadone pour prendre du recul face au milieu de vie du consommateur, sevrage rapide sous anesthésie pour les personnes avec un soutien familial et social important, ou encore traitement par diacétylmorphine pour les personnes chez qui les

TABLEAU II. EN 2007, SUR LA PROVINCE DE LIÈGE, LE NOMBRE DE PERSONNES DÉPENDANTES DE L'HEROÏNE ÉTAIENT, PROPORTIONNELLEMENT, PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ DANS LA COMMUNE DE LIÈGE.

Entités liégeoises	Nombre d'habitants		Patients en traitement par méthadone en pharmacie		Patients en traitement de substitution		Personnes dépendantes de l'héroïne			
	Tous	15-64 ans		Sur 1000*		Sur 1000*	1/64%	Sur 1000*	1/50%	Sur 1000*
Province	1.047.414	681.662	2.046	3	2.267	3	3.542	5	4.534	7
Arrondissement judiciaire	630.851	411.297	1.637	4	1.828	4	2.856	7	3.656	9
Agglomération	479.533	311.237	1.503	5	1.691	5	2.642	8	3.382	11
Commune	187.977	123.839	890	7	1.049	8	1.639	13	2.098	17

\* Proportion de personnes pour 1.000 habitants entre 15 et 64 ans.

autres solutions ont échoué. Depuis 1994, six études contrôlées randomisées ont été développées sur le même modèle de traitement et ont conclu à son efficacité : en Suisse, aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne, au Canada et au Royaume-Uni. Dans chacun de ces pays, à l'exception du Canada, le traitement par diacétylmorphine s'est poursuivi après les essais cliniques (1). En Belgique, le traitement s'est arrêté à la fin du projet pilote.

#### QUEL SUIVI PSYCHOSOCIAL IMPOSER ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Certains plaident pour un suivi psychosocial obligatoire en plus des traitements de substitution, arguant que la méthadone ne résout pas les problèmes liés à l'addiction. Cependant, il ne semble pas y avoir de base scientifique pour recommander un type de suivi psychosocial plutôt qu'un autre ou, même, pour en imposer un. Au contraire, une revue de la littérature (23) a montré qu'un suivi psychosocial structuré n'augmentait pas l'efficacité des traitements de substitution, par rapport à une offre non structurée de services psychosociaux. En outre, aucun suivi psychosocial structuré ne s'est révélé plus efficace qu'un autre. Cette étude ne remettait pas en question l'utilité du suivi psychosocial, mais seulement l'utilité d'imposer un suivi déterminé à tous les patients en traitement de substitution. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, les personnes consommatrices d'héroïne sont très différentes entre elles et ont, dès lors, chacune des besoins spécifiques en matière d'accompagnement psychosocial.

Les centres de traitement par méthadone offrent toujours un suivi psychosocial (23), c'est-à-dire une aide pour résoudre les problèmes les plus courants rencontrés par les

consommateurs d'héroïne (problèmes administratifs, de logement, d'emploi, de revenus, de dettes, de garde d'enfant, au niveau psychologique ou judiciaire).

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

Dans les pays de l'Union Européenne, le taux de consommateurs problématiques d'opiacés varie de 1 à 5 pour 1.000 habitants entre 15 et 64 ans (24). En population générale belge, sur une population de 15 à 64 ans, 0,2% avaient consommé de l'héroïne et/ou d'autres opiacés au cours de l'année en 2007 (25). Dans la province de Liège (26), le nombre total de personnes dépendant de l'héroïne en 2007 était estimé entre 3.542 et 4.534 (entre 5 et 7/1.000 habitants entre 15 et 64 ans) répartis surtout dans les zones urbaines, comme à Liège, Huy et Seraing (tableau II).

Même si ce taux est faible par rapport à l'usage d'autres drogues, la dépendance à l'héroïne de rue reste un problème préoccupant. Au niveau sociétal, la consommation régulière d'héroïne de rue peut avoir des conséquences négatives via la propagation du HIV et de l'hépatite C et en raison du coût entraîné par les problèmes de santé et par les difficultés sociales fréquentes de ces consommateurs. Même actuellement, le taux de mortalité par an chez les consommateurs d'héroïne reste élevé, de 1% à 3%. Concrètement, sur une population de 100 personnes consommant régulièrement de l'héroïne, entre 82 et 56 personnes seraient toujours en vie après 20 ans. Ce taux s'élève après l'arrêt d'un traitement à la méthadone. Dans les études de traitement par héroïne, le taux de mortalité était entre 1% (27) et 1,3% (28).

## CONCLUSION

Selon un groupe d'experts au Royaume-Uni, l'héroïne (ou diacétylmorphine) est considérée comme la drogue la plus dommageable pour le consommateur, devant le crack, la méthamphétamine et l'alcool (29). Cependant, des traitements existent qui, s'ils ne guérissent pas l'addiction en elle-même chez tous les patients, permettent chez les autres une stabilisation de leur situation et une évolution positive. Cependant, chez certains particulièrement dépendants, il persiste une consommation occasionnelle ou fréquente d'héroïne de rue.

## BIBLIOGRAPHIE

- Demaret I, Lemaître A, Anseau M.— Efficacy of the treatment assisted by diacetylmorphine (pharmaceutical heroin). *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 681-687.
- Anseau M, Gustin F, Hodiaumont F, et al.— *DHCo Délivrance d'héroïne sous contrôle médical : étude de faisabilité et de suivi*. Academia press, Gand, Belgique, 2005, 244.
- Darke S, Hall W, Kaye S, et al.— Hair morphine concentrations of fatal heroin overdose cases and living heroin users. *Addiction*, 2002, **97**, 977-984.
- Hogen Esch AJ, van der Heide S, van den Brink W, et al.— Contact allergy and respiratory/mucosal complaints from heroin (diacetylmorphine). *Contact Dermatitis*, 2006, **54**, 42-49.
- Strang J, McCambridge J, Best D, et al.— Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification : follow up study. *BMJ*, 2003, **326**, 959-960.
- Kaya CY, Tugai Y, Filar JA, et al.— Heroin users in Australia: population trends. *Drug Alcohol Rev*, 2004, **23**, 107-116.
- Leshner AI.— Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 1997, **278**, 45-47.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et al.— Drug dependence, a chronic medical illness : implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 2000, **284**, 1689-1695.
- Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, et al.— Heroin-assisted treatment for opioid dependence : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2007, **191**, 55-62.
- Dursteler-MacFarland KM, Kowalewski R, Bloch N, et al.— Patients on injectable diacetylmorphine maintenance have low bone mass. *Drug Alcohol Rev*, 2011, **30**, 577-582.
- Seltenhammer MH, Marchart K, Paula P, et al.— Micromorphological changes in cardiac tissue of drug-related deaths with emphasis on chronic illicit opioid abuse. *Addiction*, 2013, Epub ahead of print.
- Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, et al.— The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. *Presse Med*, 2003, **32**, 919-923.
- Darke S, Ross J, Kaye S.— Physical injecting sites among injecting drug users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend*, 2001, **62**, 77-82.
- Hendriks VM, van den Brink W, Blanken P, et al.— Heroin self-administration by means of 'chasing the dragon': pharmacodynamics and bioavailability of inhaled heroin. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2001, **11**, 241-252.
- Klous MG, Van den Brink W, Van Ree JM, et al.— Development of pharmaceutical heroin preparations for medical co-prescription to opioid dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, 2005, **80**, 283-295.
- Buster MC, van den Brink W, van Brussel GH, et al.— Influence of Treatment with Inhalable Heroin on Pulmonary Function. *Eur Addict Res*, 2011, **17**, 136-138.
- Exley C, Ahmed U, Polwart A, et al.— Clinical study: Elevated urinary aluminium in current and past users of illicit heroin. *Addiction Biology*, 2007, **12**, 197-199.
- Darke S.— Pathways to heroin dependence: time to re-appraise self-medication. *Addiction*, 2013, **108**, 659-667.
- Lembke A.— From self-medication to intoxication: time for a paradigm shift. *Addiction*, 2013, **108**, 670-671.
- Van den Brink W, Haasen C.— Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry*, 2006, **51**, 635-646.
- Lintzeris N.— Prescription of heroin for the management of heroin dependence: current status. *CNS Drugs*, 2009, **23**, 463-476.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, et al.— Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, CD002207.
- Amato L, Minozzi S, Davoli M, et al.— Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, CD004147.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA].— Drug situation : opioid use and drug injection. Lisbon EMCDDA, 2009.
- Enquête de santé par interview : L'usage de drogues illicites.— [https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/6.1%27usage%20de%20drogues%20illicites\\_r2.pdf](https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/6.1%27usage%20de%20drogues%20illicites_r2.pdf).- Consultation du March 8, 2012.
- Demaret I, Herné P, Lemaître A, et al.— Feasibility assessment of heroin-assisted treatment in Liège, Belgium. *Acta Psychiatrica Belgica*, 2011, **111**, 3-8.
- Verthein U, Bonorden-Kleij K, Degkwitz P, et al.— Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, 2008, **103**, 960-966; discussion 967-968.
- Reimer J, Verthein U, Karow A, et al.— Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomized controlled maintenance treatment trial. *Addiction*, 2011, **106**, 1647-1655.
- Nutt DJ, King LA, Phillips LD, et al.— Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 2010, **376**, 1558-1565.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Anseau, Service de Psychiatrie, CHU de Liège, Belgique.  
Email : marc.ansseau@chu.ulg.ac.be