

Décès par surdose en France

Thérèse Deborde / Interne de santé publique

Anne-Claire Brisacier / Médecin de santé publique, chargée d'études à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les décès par surdose peuvent être définis comme directement induits par l'usage d'une ou de plusieurs substances illicites, de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) – méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD) – ou de médicaments opiacés (morphiniques) en dehors du traitement de la douleur. La mortalité par surdose est l'un des cinq indicateurs (enquêtes en population générale, usages problématiques de drogues, indicateurs de demande de traitement, mortalité liée aux usages de drogues et maladies infectieuses liées aux drogues) épidémiologiques de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). En France, l'information sur les décès par surdose provient de deux sources de données complémentaires : le registre général de mortalité du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc, Inserm) et le recueil sur les décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM]).

Après plusieurs années de diminution suite à la mise en place d'une politique de délivrance de traitements de substitution aux opiacés (TSO) au milieu des années 1990, le nombre de décès par surdose recensé par le CépiDc-Inserm, est reparti à la hausse dans la première décennie des années 2000. L'évolution est ensuite devenue plus irrégulière, le nombre de décès diminuant de nouveau en 2011 et 2012 pour augmenter à nouveau en 2013. Mais les variations observées ces trois dernières années sont difficilement interprétables en raison de changements méthodologiques. L'analyse de l'évolution des décès par surdose nécessite de s'interroger d'abord sur les données disponibles, leurs sources et leurs limites. L'analyse de l'évolution de la mortalité elle-même sera abordée dans un deuxième temps.

de décès, mentionnées dans le certificat de décès. Celui-ci comporte deux parties : la première, nominative, est adressée à l'Insee pour renseigner le statut vital des individus ; la seconde, anonyme, contient l'ensemble des causes médicales de décès, de la cause immédiate à la cause initiale. Les causes de décès sont codées selon les critères de la classification internationale des maladies 10^e version (CIM10) et les statistiques publiées par le CépiDc font référence aux causes initiales de décès. L'OMS définit la cause initiale qui entraîne le décès comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel ».

Les décès par surdose sont considérés comme des morts violentes ou suspectes. Lorsque le médecin qui constate le décès suspecte une surdose de stupéfiants, il doit poser un obstacle médico-légal à l'inhumation et ne remplit que partiellement le certificat de décès^{1,2}. Les causes de celui-ci sont codées temporairement par le CépiDc en « causes inconnues ou mal définies » dans

Sources d'information des décès par surdose

Registre général des décès du CépiDc

Le CépiDc est responsable de la production annuelle des statistiques des causes médicales

¹ Baccino E, Bertolotti C, Laborie J. *Actualités en réanimation préhospitalière. Journées scientifiques de Samu de France. SFEM, Paris, 2005; 156-163.*

² Laborie JM, Ludes B. *L'obstacle médico-légal en pratique. Ann Fr Med Urgence 2015; 5,2: 77-84.*



l'attente des résultats des examens médico-légaux. Une procédure judiciaire est ouverte et le Parquet peut ordonner la réalisation d'une autopsie et/ou d'analyses toxicologiques. Une fois connus les résultats de ces investigations, le médecin légiste doit remplir un certificat final transmis au CépiDc qui actualise les données.

Sélection B

Les définitions de surdoses variant selon les sources de données et les pays, l'OEDT a proposé un protocole européen commun définissant les décès par surdose³ à partir d'une sélection de causes de décès codées selon la CIM10 (nommée sélection B). En France, les données de mortalité par surdose sont extraites par le CépiDc en utilisant une adaptation de la sélection B. Cette liste de codes comprend les surdoses de stupéfiant par intoxication accidentelle (X42), par suicide (X62) ou dont l'intention n'est pas déterminée (Y12); les surdoses dans le cadre de troubles mentaux et de comportements liés à l'utilisation de substances psychoactives, liés à l'utilisation des opiacés (F11), de cannabis (F12), de cocaïne (F14), d'autres psychostimulants (F15), d'hallucinogènes (F16) et d'association de substances (F19).

Registre spécifique DRAMES

Depuis 2002, l'enquête DRAMES, coordonnée par l'ANSM et le Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP) de Grenoble recueille annuellement les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, en excluant les accidents mortels de la circulation liés à la prise d'une de ces substances et les suicides médicamenteux. Reposant sur la participation volontaire d'experts toxicologues effectuant des analyses toxicologiques à la demande des autorités judiciaires⁴, DRAMES a pour objectif d'identifier

les substances impliquées (médicaments stupéfiants et MSO, substances illicites), d'évaluer leur dangerosité et de retracer les évolutions⁵. Malgré un nombre croissant de participants, le territoire n'est pas couvert en totalité.

Limites des données disponibles

L'avantage de la base de données du CépiDc est son exhaustivité, du fait de la couverture nationale du registre de mortalité. Cependant, cette source de données présente certaines limites.

Imprécision des certificats de décès

et « faux positifs »

Les causes de décès mentionnées sur le certificat sont souvent peu précises, voire erronées, et la substance en cause n'est pas toujours renseignée. Les médecins (dont les légistes)

peuvent ne pas avoir accès aux résultats d'analyses toxicologiques au moment de la certification. Celles-ci ne sont en effet pas toujours effectuées; la réalisation d'analyses toxicologiques et d'autopsies dépend de la décision des procureurs généraux de chaque région et est notamment soumise aux contraintes budgétaires⁶. Par ailleurs, les résultats ne sont parfois pas disponibles au moment de la rédaction du certificat. Les données du registre du CépiDc sont actuellement disponibles plus de deux ans après la date du décès.

La présence de « faux positifs » tend à surestimer le nombre de décès par surdose. L'étude des causes de décès mentionnées dans les certificats de décès classés par surdose en 2012 et 2013 a permis de mettre en évidence trois cas de figure :

- les surdoses « certaines » par abus aigu de substances dans un contexte d'addiction ;
- les surdoses « probables » classées ainsi en l'absence d'information sur le contexte de la surdose – pour les opiacés notamment – par manque de précision des certificats ;
- les « faux positifs » réunissant les décès d'usagers de drogues non liés à une surdose (une endocardite compliquant une infection de site d'injection par exemple) et les décès par surdosage de médicaments opiacés prescrits à visée antalgique en présence d'une autre maladie et hors contexte d'addiction (surdosage morphinique dans le cadre d'un cancer par exemple), classés à tort comme surdoses.

En 2012, selon l'analyse menée pour cette étude, 81 % des 264 décès identifiés peuvent être considérés comme des surdoses certaines ou probables (30 % de surdoses certaines et 51 % de surdoses probables) tandis que les 19 % restants constituent des « faux positifs ». En 2013, la part des faux positifs parmi les 349 décès recensés augmente jusqu'à 27 %, évolution principalement liée à l'accroissement des décès par surdosage d'opiacés hors usage de drogue (de 11 à 17 %) et plus accessoirement à celui des décès d'usagers de drogue non liés à une surdose (de 8 à 10 %). La croissance du pourcentage de faux positifs explique sans doute en partie la hausse du nombre de décès par surdose entre 2012 et 2013.

Sous-estimation des décès par surdose

Les décès par surdose peuvent, à l'inverse, être sous-estimés en raison d'une sous-déclaration des surdoses mortelles par usage de stupéfiants ayant fait l'objet de procédure judiciaire. Certains services médico-légaux ne transmettent en effet pas de certificat final de décès au CépiDc, motivant ce défaut de transmission par le secret de l'instruction⁶. Ceux-ci restent répertoriés en cause inconnue, voire manquants si le médecin ayant constaté le décès n'avait pas rempli la partie cause de décès⁷. Un

³ EMCDDA. Standard protocol version 3.2 for the EU Member States to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2009; 72 p.

⁴ Richard N, Arditti J, Pepin G, Mallaret M, Castot A. Encadré 2-Drames (décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances): outil d'identification des décès liés à la drogue en France». Numéro thématique. Médecine légale et santé publique: quelques éléments d'illustration. 2010; 40-41: 416.

⁵ Boulos M, Aditti J, Pepin G, Deveaux M, Gautier J, Alvarez J et al. - DRAMES: outil d'identification des causes de décès chez les toxicomanes: résultats des études 2002-2006». Le Courrier des Addictions 2008; 10,1: 16-8.

⁶ Janssen E. Drug-related deaths in France in 2007: Estimates and implications. Subst Use Misuse 2011; 46,12: 1495-501.

⁷ Abadie Peter AL. Analyse des causes de mortalité mal définies et inconnues en France métropolitaine en 2009: étude et propositions d'amélioration de la certification du décès. Thèse, Université Paris Descartes, 2012, 122 p.

Figure 1. Évolution du nombre de décès par surdose entre 2009 et 2013

Sources : CépiDc, INSERM ; DRAMES, ANSM.

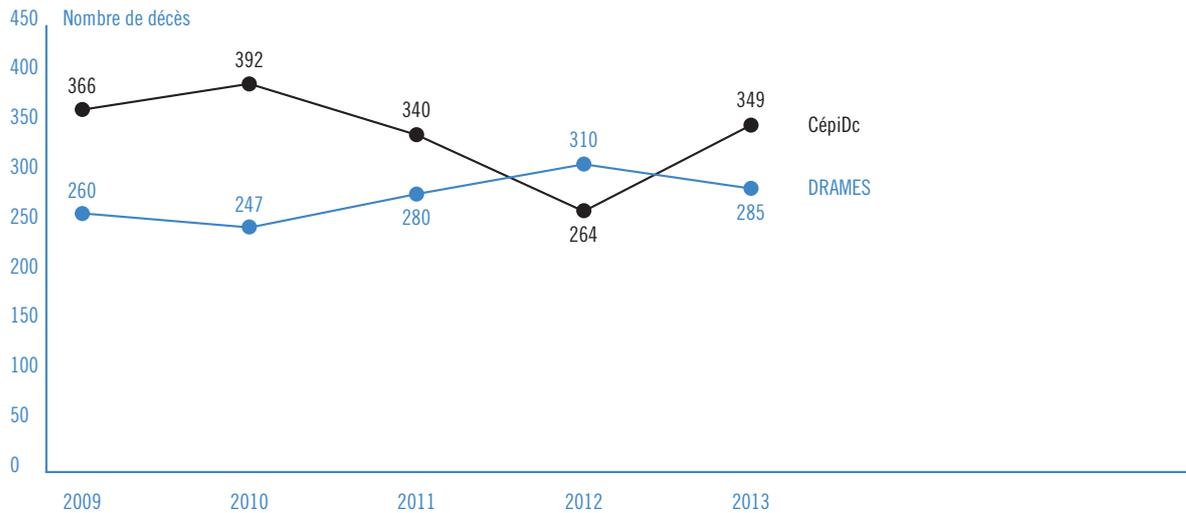
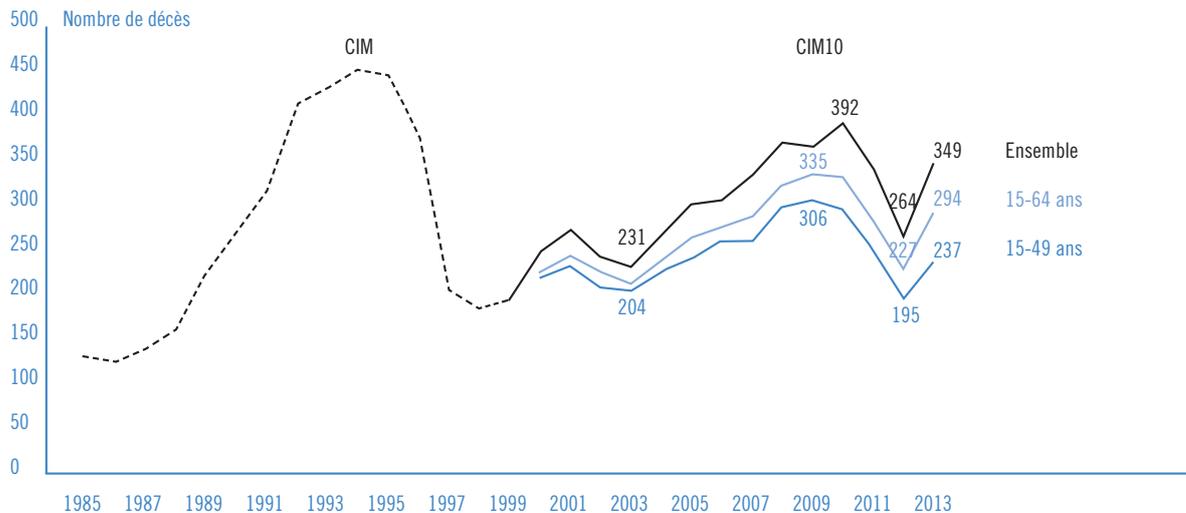


Figure 2. Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France (1985-2013)

Source : CépiDc, Inserm.

Sélection B de l'OEDT : X42, X62, Y12, F11, F12, F14, F15, F16 et F19.



recoupement prenant en compte les trois sources de données en 2007 (CépiDc, DRAMES et Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants [OCRITIS]) a permis d'estimer à un tiers la sous-estimation du nombre de décès par surdose chez les 15-49 ans⁶. Jusqu'en

2008, l'OCRITIS constituait une 3^e source d'information, en comptabilisant les décès par surdose de drogues illicites et de médicaments

stupéfiants et MSO constatés par un service de police ou de gendarmerie et classés comme surdoses sur la base d'éléments retrouvés sur place indiquant un usage de substances. En raison d'une sous-estimation franche des décès, ses chiffres ne sont plus communiqués⁸.

En 2012, le nombre de décès rapporté par le CépiDc est inférieur à celui indiqué par DRAMES (figure 1), dispositif pourtant non exhaustif. Cette différence reflète ce pro-

⁸ EMCDDA. Inventory of the national Special Mortality Registries in Europe, and description of the core data available, 2008, 23 p.



blème de non-transmission des certificats de décès dans les cas de surdose avec investigation médico-légale.

Évolution des décès induits par l'usage de drogue et substances en cause

Tendances évolutives du nombre de décès

Le nombre de décès par surdose a nettement diminué lors de l'introduction des TSO en 1995 en France. Cette évolution a été observée en Europe, en Amérique du Nord et en Australie, dans les pays ayant entamé une politique de délivrance de MSO. En France, le nombre annuel de décès par surdose recensé par le registre des décès du CépiDc est passé de plus de 450 en 1994 à moins de 200 à la fin des années 1990. Si ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle du phénomène en raison d'une part des décès par surdose classée en cause inconnue dans le registre des décès, l'évolution a, pour sa part, été bien réelle, le biais de sous-estimation pouvant raisonnablement être considéré comme constant au cours de cette période. Dans les années suivantes, le nombre annuel de décès par surdose a augmenté, mais sans jamais retrouver le niveau du milieu des années 1990 (figure 2). Au début des années 2000, une nouvelle nomenclature CIM (10^e révision) a été introduite pour le codage des décès, ce qui rend difficile la comparaison de l'évolution des décès par surdose avant et après 2000. À partir de 2004 et jusqu'en 2008, on observe une augmentation nette des décès par surdose dans la tranche d'âge des 15-49 ans, suivi d'une stabilisation en 2009 et 2010. Cependant, dans les décès par surdose issus du CépiDc, la part des personnes de plus de 50 ans est relativement importante, alors qu'ils ne correspondent pas au profil habituel des usagers de drogues. Bien que soit constatée une tendance au vieillissement des usagers d'opiacés dans les centres de soins, la proportion des plus de 50 ans reste

faible⁹. L'augmentation en 2010 du nombre de décès par surdose est liée à l'augmentation des décès des plus de 50 ans. Or, une partie de ces décès par surdose ne survient pas dans un contexte d'usage de drogues mais correspond à des surdosages accidentels d'opiacés prescrits à visée antalgique.

La baisse du nombre des décès par surdose observée en 2011 et 2012 coïncide avec des changements méthodologiques dans le codage des causes de décès associés à l'utilisation d'un nouveau logiciel de codage en 2011, ce qui laisse présager que ces modifications ont eu un effet sur le recensement de ces décès selon un mécanisme qui reste à éclaircir. En 2013, l'augmentation des décès par surdose

semble en grande partie liée à l'augmentation des décès codés X42 (intoxication accidentelle liée aux stupéfiants) chez les personnes de 50 ans et plus (+123 %) et, dans une moindre mesure, chez les moins de 50 ans (+ 44 %). Cette observation tend à confirmer que l'augmentation des décès en 2013 est en partie liée à l'accroissement du nombre de « faux positifs » et à un nouveau changement des pratiques de codage.

Substances en cause dans le registre DRAMES

Les opiacés, seuls ou en association avec d'autres substances, sont impliqués dans 84 % des décès en 2013 et en sont ainsi les principaux produits responsables. La proportion des décès attribuables aux MSO a fortement augmenté durant les années 2006-2012, de 30 à 60 % des décès⁹, puis a légèrement diminué en 2013 (55 %). En 2013, la méthadone était responsable de 39 % des décès et la BHD de 16 % d'entre eux. La part des décès attribuables à l'héroïne a fortement diminué, passant de 40 % en 2008 et 2009 à 19 % en 2013¹⁰ (respectivement de 18 et 15 % en 2011 et 2012). Parallèlement, la pureté de l'héroïne en circulation a chuté de 13 à 7 % entre 2010 et 2012, pour remonter à 15 % en 2014^{11,12}. Ainsi, les évolutions des parts de la méthadone et de l'héroïne sont inverses, laissant penser qu'elles pourraient être corrélées. Les consommations d'héroïne auraient tendance à être remplacées par des mésusages de MSO (obtention illégale, prise occasionnelle, notamment par des sujets naïfs, etc.), reportant le risque de décès de l'héroïne vers la méthadone.

Des substances non opiacées sont aussi en cause, mais dans une moindre mesure. En 2013, la cocaïne était impliquée dans 9 % des décès, les amphétamines dans 5 % d'entre eux. Le cannabis était impliqué dans 11 % des décès, soit plus du double de 2012^{10,13}. Le mécanisme des décès liés à la cocaïne et au cannabis est cardiovasculaire (infarctus, trouble du rythme cardiaque et accident vasculaire cérébral) sans relation dose-effet, tandis que les décès liés aux opiacés résultent d'une dépression respiratoire qui survient en cas de surdose. Depuis 2010, on observe une augmentation de la part de substances qui apparaissent exceptionnellement avant, comme le cannabis, les amphétamines/MDMA, les médicaments, notamment parce que ces substances sont mieux prises en compte et mieux détectées lorsque plusieurs produits sont impliqués.

Conclusion et discussion

Depuis les années 2000, le nombre de décès par surdose en France a évolué de manière irrégulière. Après une augmentation progressive des décès de 2004 à 2010 – qui pourrait s'expliquer par le retour à la consommation d'hé-

⁹ OFDT. Évolution du nombre de décès par surdose depuis 1985. www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose

¹⁰ OFDT. 2015 National report (2014 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France, Saint-Denis, OFDT, 2015, 206 p.

¹¹ Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances illicites ou détournées: les tendances récentes (2013-2014). *Tendances OFDT*, 2014; 96: 6 p.

¹² Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives en France: tendances récentes (2014-2015). *Tendances OFDT* 2015; 105: 6 p.

¹³ ANSM. Commission des stupéfiants et psychotropes. 12 février 2015. Approuvé le 25 juin 2015, Saint-Denis, ANSM, 2015, 16 p.

¹⁴ Janssen E, Palle C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. *Tendances OFDT* 2010; 70: 4 p.

roïne dans un contexte de plus grande disponibilité et de pureté plus élevée et de nouveaux usagers moins sensibilisés aux pratiques de réduction des risques⁹ – une diminution du nombre de décès par surdose est constatée dans le registre du CépiDc entre 2010 et 2012, suivie d'une nouvelle hausse en 2013 liée probablement pour partie à la croissance du nombre de faux positifs. Les décès par surdose en France sont bien moindres qu'en Allemagne (trois à quatre fois moins) et au Royaume-Uni (six à huit fois moins), pays à taille de population comparable, connus pour avoir des systèmes d'information des décès par surdose de qualité. Cela peut notamment s'expliquer par la sous-estimation connue du nombre de décès en France. Mais les spécificités locales de consommation et de traitement de substitution interviennent probablement. Le modèle français de substitution repose sur un accès facilité à la BHD, qui présente une moindre dangerosité du fait de son « effet plafond » protecteur contre les surdoses. La prescription large de ce MSO (près de 70 % des individus sous MSO avaient de la BHD en 2014)¹⁰ peut donc également expliquer des décès par surdose moins nombreux que dans d'autres pays comme le Royaume-Uni et l'Allemagne, où la méthadone est principalement prescrite¹⁴.

L'interprétation de l'évolution des décès par surdose rapportés par le CépiDc de ces données se heurte à plusieurs problèmes : une sous-estimation importante des décès par surdose, des changements méthodologiques de codage survenus récemment ainsi que l'utilisation depuis 2011 d'un nouveau logiciel de codage et l'existence de faux positifs, notamment des personnes atteintes de cancer décédées d'une surdose en morphine, avec comme cause initiale la surdose au lieu du cancer.

La transmission systématique d'un certificat final de décès au CépiDc à l'issue des procédures médico-légales – facilitée par la certification électronique – permettrait de limiter la sous-estimation des décès par surdose. Enfin, l'amélioration du système d'information des données de décès par surdose ne peut se faire sans une meilleure formation à la certification des décès et une sensibilisation plus forte des acteurs à l'intérêt de santé publique des données de mortalité.

[Remerciements à Christophe Palles pour sa relecture attentive.](#)

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de **10 euros pour frais d'envoi** des quatre numéros annuels

À retourner à Swaps / Pistes, CNAM, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail