



Tableau de bord TSO 2015

L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opiacés » réalisé par l'OFDT est de rassembler sur ce sujet les chiffres les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique.

Anne-Claire Brisacier

Suivi de la population en TSO	2
Caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, CMU-C)	4
Modalités pratiques du traitement	5
Les professionnels de santé rencontrés : médecins prescripteurs de MSO, pharmacies délivrant le MSO	7
MSO et autres médicaments remboursés dans l'année ; affections de longue durée chez les personnes en TSO	8
Le mésusage des MSO	9
Mortalité en lien avec les TSO	11
Les TSO en prison	12
Les TSO en Europe	13

Une partie importante des données proviennent de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) et ont été extraites par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cet échantillon permanent représentatif des bénéficiaires des trois principaux régimes d'assurance maladie apporte des renseignements sur les caractéristiques des personnes ayant des remboursements de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Les données de l'EGB n'ont pu jusqu'à maintenant être exploitées et analysées que pour les années 2011 et 2012 [1, 2]. Les évolutions sont, sans surprise, assez limitées sur une période aussi courte et aucune d'entre elles n'est significative sur le plan statistique. Le suivi de ce tableau de bord pour les années à venir permettra de déceler, le cas échéant, les tendances d'évolution. D'autres sources sont mobilisées afin de compléter l'étude de la population recevant un TSO. Il s'agit des données de vente de médicaments de substitution aux opiacés (MSO)¹ et des données déclaratives issues des structures de soins spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogues : les rapports d'activité des Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [3], le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) [4] et les enquêtes nationales auprès des usagers accueillis dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (ENa-CAARUD) [5].

SUIVI DE LA POPULATION EN TSO

D'après les données de l'assurance maladie (EGB-CNAMTS), près de 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de MSO délivré en ville en 2012, pour les trois régimes. La buprénorphine haut dosage (BHD) a été le MSO le plus remboursé : 70 % des bénéficiaires en ont reçue, soit 105 000 personnes, deux fois plus que le nombre de bénéficiaires de la méthadone (MTD) (47 000, soit 32 %)². Mise sur le marché en janvier 2012, le Suboxone® (médicament associant la buprénorphine à la naloxone, un antagoniste opiacé) a été peu

1. Les données de vente proviennent du dispositif GERS/Siamois (Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques/Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution) de l'InVS (Institut de veille sanitaire) et des données de vente de méthadone transmises par le laboratoire Bouchara-Recordati.

2. Environ 3 000 bénéficiaires d'un remboursement de MSO ont eu en 2012 à la fois des remboursements de BHD et de MTD, le changement d'un médicament à l'autre ayant pu être effectué dans un sens comme dans l'autre. Ceci explique que la part des patients ayant de la BHD additionnée à celle ayant de la MTD soit légèrement supérieure à 100 %.

Repères méthodologiques

Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie, données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), extraction ANSM

Description de l'EGB

L'EGB est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par les trois principaux régimes d'assurance maladie :

- ✓ le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires) (RG) (75 % des assurés sociaux)
- ✓ le régime social des indépendants (RSI) et le régime agricole (Mutualité sociale agricole ou MSA) qui représentent à eux deux 10,5 % des assurés sociaux

L'EGB résulte d'un sondage au 1/97ème sur le numéro de Sécurité sociale et regroupe plus de 600 000 bénéficiaires en 2012.

Il contient des informations sur toutes les prestations et actes de soins de l'assurance maladie remboursés (médicaments, biologie, consultations médicales...). Il contient également des données médicales sur les affections longues durées et sur les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ médecin-chirurgie-obstétrique. Enfin, il renseigne également quelques caractéristiques socio-démographiques.

L'EGB permet de déterminer le nombre de personnes ayant des délivrances de MSO en ville mais aussi leurs modalités de consommation et leurs caractéristiques.

Limites d'interprétation

Les données de remboursement de l'EGB présentent quatre types de limites d'interprétation :

- ❶ Les données de remboursement de l'EGB ne concernent que les MSO délivrées en ville. Les MSO dispensés dans les structures spécialisées, les bénéficiaires des régimes autres que ceux mentionnés ci-dessus, les bénéficiaires de l'AME, les personnes ne bénéficiant pas de couverture par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte dans l'EGB.
- ❷ Pour l'estimation du nombre de personnes en TSO, il y a possibilité de doubles comptes entre les données EGB et les rapports d'activité des CSAPA.
- Par ailleurs, une partie des MSO est détournée pour alimenter le trafic ou mésumée et n'entre donc pas dans le cadre d'un TSO.
- ❸ Le taux de sondage n'est pas suffisant pour analyser les données de remboursement de MSO au niveau régional.
- ❹ Les données 2011 portent sur le seul régime général, tandis que les données de 2012 sont disponibles pour les 3 régimes. La comparabilité des données depuis 2011 n'est donc pas parfaite.

D'après les données de l'assurance maladie (EGB-CNAMTS), près de 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de MSO délivré en ville en 2012, pour les trois régimes. La buprénorphine haut dosage (BHD) a été le MSO le plus remboursé : 70 % des bénéficiaires en ont reçue, soit 105 000 personnes, deux fois plus que le nombre de bénéficiaires de la méthadone (MTD) (47 000, soit 32 %) . Mise sur le marché en janvier 2012, le Suboxone® (médicament associant la buprénorphine à la naloxone, un antagoniste opiacé) a été peu prescrit : 3 500 personnes ont été remboursées de ce traitement en 2012, soit 2,3 % de l'ensemble des personnes recevant un MSO. Ce médicament a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Entre 2011 et 2012, les données concernant les remboursements sont orientées pour tous les MSO à la hausse, mais ces évolutions ne sont pas significatives.

prescrit : 3 500 personnes ont été remboursées de ce traitement en 2012, soit 2,3 % de l'ensemble des personnes recevant un MSO. Ce médicament a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Entre 2011 et 2012, les données concernant les remboursements sont orientées pour tous les MSO à la hausse, mais ces évolutions ne sont pas significatives.

Les données de vente des MSO apportent des informations complémentaires à l'EGB sur les quantités consommées dans l'année. Elles concernent aussi bien les MSO délivrés en ville que ceux délivrés en structures spécialisées (CSAPA) ou à l'hôpital. L'augmentation de la consommation des TSO persiste près de 20 ans après leur introduction, pour la méthadone comme pour la BHD. Un léger ralentissement de la croissance de la consommation de méthadone semble se dessiner depuis 2011.

La consommation de buprénorphine est deux fois plus importante que celle de méthadone en 2013. Cependant la part de la méthadone dans l'ensemble de la consommation de TSO n'a cessé d'augmenter, d'abord modérément au début des années 2000, puis de façon plus rapide à partir de 2005.

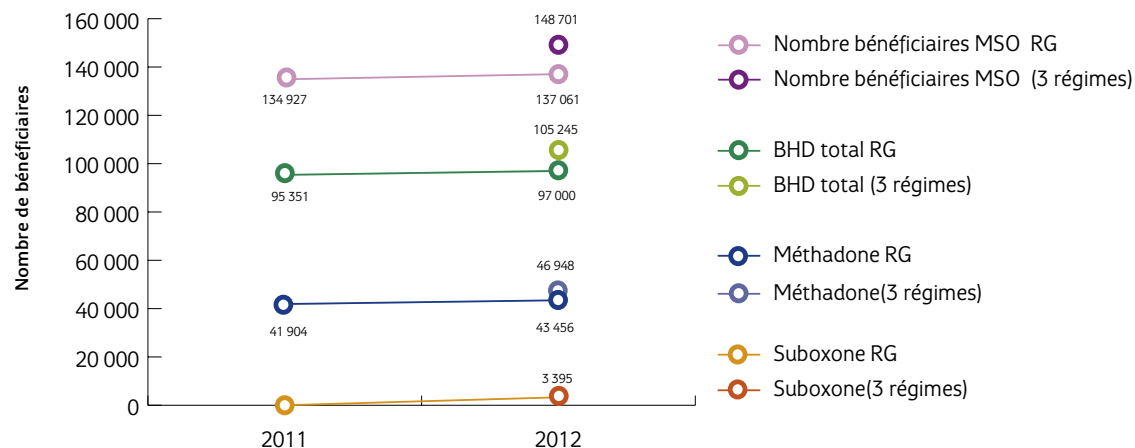
Repères méthodologiques

Les données de vente des MSO proviennent du dispositif Siamois (InVS) et du laboratoire Bouchara-Recordati pour la méthadone. Pour la BHD, les données de vente de 2012 et 2013 sont estimées à partir des données de remboursement Medic'AM (CNAMTS).

L'estimation précise du nombre global de personnes bénéficiant d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) en France reste difficile. Les personnes ayant eu une délivrance en CSAPA de méthadone ont aussi pu avoir la même année des délivrances en ville, ce qui entraîne, en cas de sommation de deux sources (EGB et rapport d'activité des CSAPA), des doubles comptes et la possibilité d'une surestimation. Cette surestimation est contrebalancée par le fait que l'EGB en 2011 ne couvre que le régime général, soit 75 % de la population, et par l'absence de données sur les délivrances dans les structures hospitalières hors CSAPA et en milieu pénitentiaire.

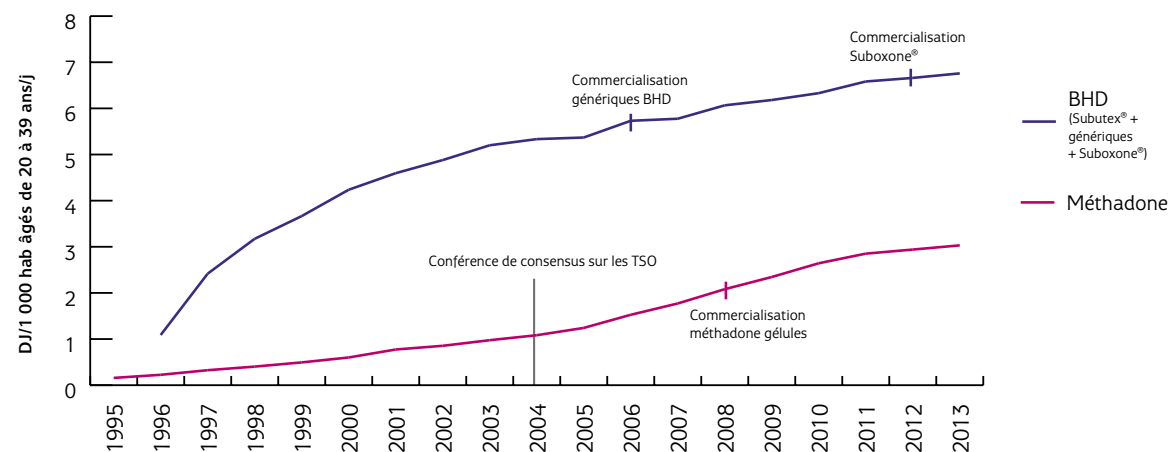
De plus, le suivi des données de l'EGB commence en 2011, tandis que les informations offertes par les rapports d'activité des CSAPA remontent à 2010.

Figure 1. Évolution du nombre estimé d'assurés sociaux ayant eu au moins un remboursement de MSO en ville dans l'année (2011 à 2012)



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Figure 2. Consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2013 (Dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans /j)



La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone.

Source : Données de vente Siamois (InVS), laboratoire Bouchara-Recordati, Medic'AM, estimation OFDT

Tableau 1. Estimation du nombre de patients traités par TSO pris en charge dans les Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2010

	Méthadone	BHD
Nombre total de patients traités (quel que soit le prescripteur)	31 000	18 200
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été dispensé par le centre	17 800	2 820

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSPAPA 2010, DGS/OFDT

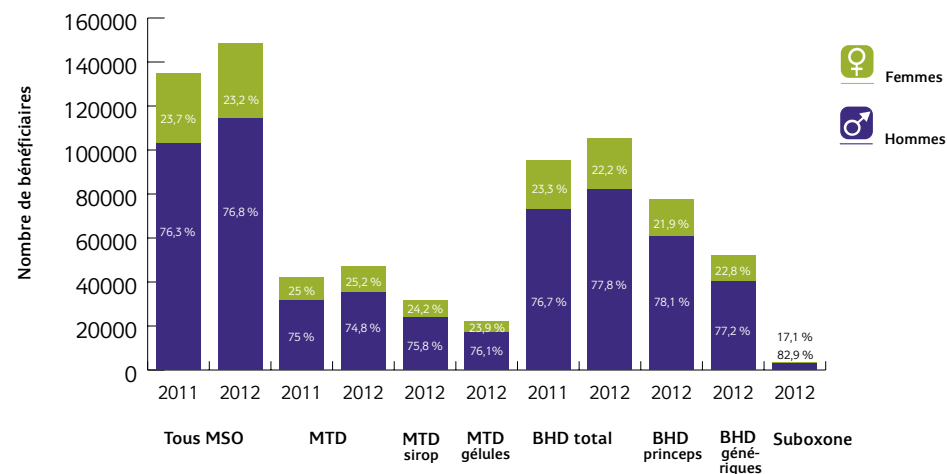
34 CSAPA ont prescrit des sulfates de morphine à au moins un patient en 2010. Le nombre de patients concernés par centre est compris entre 1 et 10 et représente au total une centaine de patients. Une dizaine de centres ont prescrit des dérivés de la codéine.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (SEXE, ÂGE, CMU-C)

Plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont des hommes. La répartition suivant le sexe est à peu près identique pour la BHD et la méthadone.

En 2012, l'âge moyen des bénéficiaires d'un MSO est de 36,2 ans. Les personnes bénéficiaires d'une prescription de BHD sont d'un âge moyen significativement plus élevé que les bénéficiaires de méthadone (36,6 ans versus 34,9 ans). Les hommes sont aussi en moyenne plus âgés que les femmes (36,5 ans versus 35 ans). La tendance, bien que non significative, indique un vieillissement de la population bénéficiaire d'un MSO entre 2011 et 2012.

Figure 3. Évolution de la répartition des bénéficiaires de MSO délivrés en ville selon le sexe et le MSO de 2011 à 2012



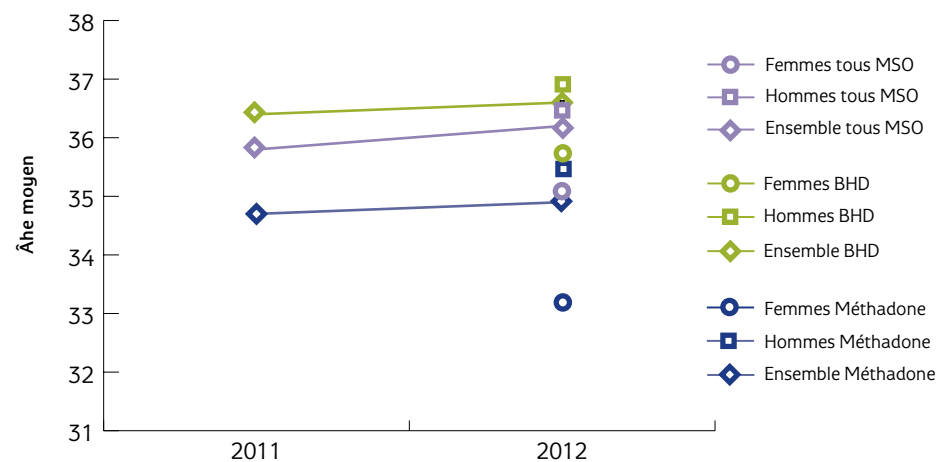
Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

En 2011, les données se rapportent au seul régime général (hors SLM).

En 2012, les données se rapportent aux trois régimes (RG hors SLM, RSI, MSA).

Lecture : En 2012, 148 701 personnes ont été remboursées d'un MSO, 76,8 % des bénéficiaires d'un MSO sont des hommes, 23,3 % sont des femmes. Les femmes ont eu moins souvent que les hommes dans la même année les deux formes de méthadone (sirop et gélule) ce qui explique que leur part soit plus forte pour la MTD dans son ensemble que pour chaque forme de MTD pris séparément.

Figure 4. Évolution de la moyenne d'âge des bénéficiaires selon le MSO remboursé en ville (2011 à 2012)



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Les bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont 40 % à être affiliés à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les femmes plus souvent (47 %) que les hommes (38 %). Les patients prenant de la BHD bénéficient un peu plus souvent de la CMU-C que ceux qui sont substitués à la méthadone (41 % versus 38 %).

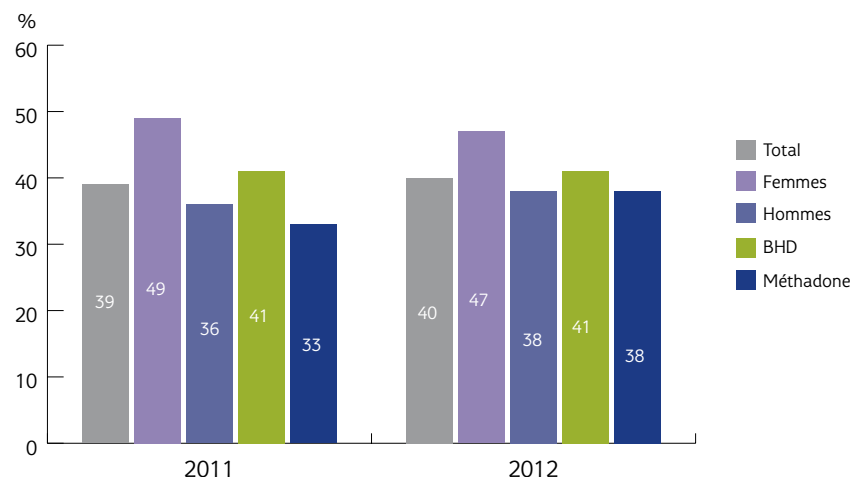
MODALITÉS PRATIQUES DU TRAITEMENT

En 2012, près de la moitié des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone (47 %) se sont vus prescrire la molécule sous forme de gélules (commercialisée depuis 2008). Bien que non significatives, l'augmentation de la part de la méthadone en gélules et la baisse de celle de la méthadone sous forme de sirop s'observent également sur les chiffres de ventes entre 2011 et 2012 et correspondent donc très probablement à une tendance affirmée.

Les bénéficiaires remboursés de BHD ont exclusivement eu accès à la forme princeps pour la moitié d'entre eux, un quart des bénéficiaires ont eu exclusivement la forme générique et un autre quart les deux formes. Les génériques de la BHD contenaient jusqu'à la fin de l'année 2014 des excipients tels le talc et la silice non présents dans le princeps qui peuvent entraîner plus fréquemment des complications de type lésions cutanées en cas d'injection par voie intraveineuse. Une nouvelle formulation de génériques sans talc, ni silice est à présent disponible et remplacera l'ancienne le temps que les stocks soient écoulés. Par ailleurs, la buprénorphine fait partie des quelques médicaments à ne pas être soumis aux objectifs de délivrance nationale des génériques.



Figure 5. Pourcentage de patients traités par TSO en ville bénéficiaires de la CMU complémentaire selon le sexe et le TSO de 2011 à 2012

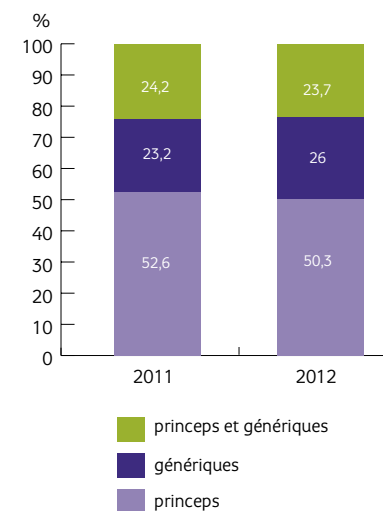


Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Figure 6. Évolution de la répartition des bénéficiaires selon la forme galénique de méthadone remboursée en ville dans l'année entre 2011 et 2012



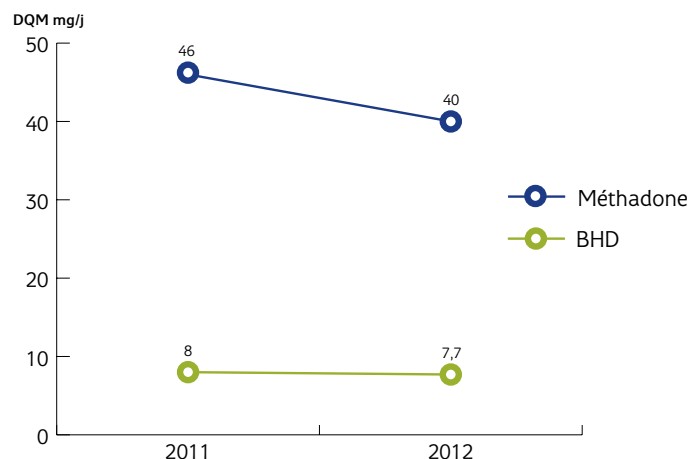
Figure 7. Évolution de la répartition des bénéficiaires selon la BHD remboursée en ville : princeps versus génériques en 2011 et 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Les médianes des doses quotidiennes moyennes (DQM) prescrites pour la BHD se rapprochent de la dose d'entretien recommandée de 8mg et sont stables entre 2011 et 2012. La posologie maximale efficace est de 16 mg/j selon la monographie du Vidal®. Les médianes des DQM de méthadone sont elles aussi stables, mais plus faibles que des doses d'entretien habituelles qui se situent entre 60 et 100 mg/j. Ceci peut s'expliquer par une possible sous-estimation des DQM de méthadone réellement prises par les patients, en raison de l'éventuelle délivrance en CSAPA (ce qui n'est pas le cas pour la BHD, exclusivement délivrée en pharmacie de ville). Dans ce cas, la méthadone ne faisant pas l'objet d'un remboursement individualisé à l'assuré social du fait de la prise en charge anonyme et gratuite garantie en CSAPA, elle n'est pas prise en compte dans le calcul de la DQM d'après les données de l'EGB.

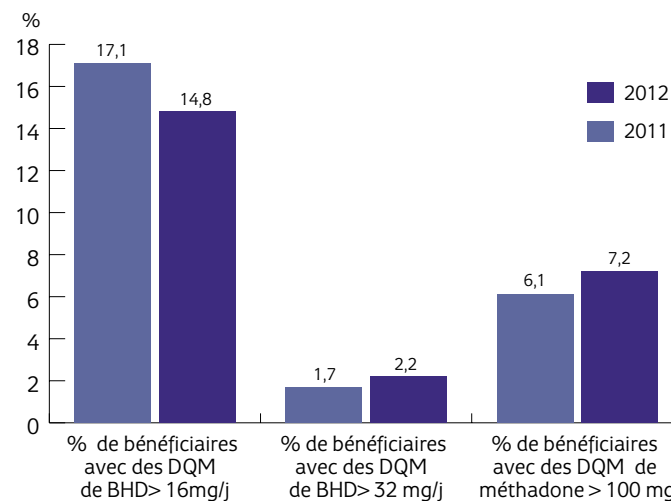
Figure 8. Évolution des médianes des doses quotidiennes moyennes (DQM) des bénéficiaires traités par BHD et méthadone en ville entre 2011 et 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT



Figure 9. Évolution de la part des bénéficiaires ayant des DQM ≥ 16 mg, ≥ 32 mg pour la BHD et > 100 mg pour la méthadone délivrée en ville



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

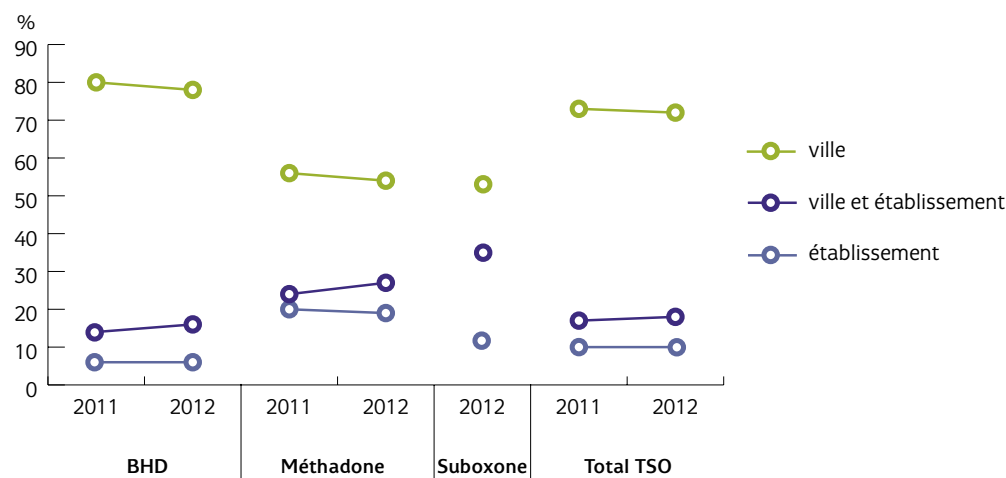
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RENCONTRÉS : MÉDECINS PRESCRIPTEURS DE MSO, PHARMACIES DÉLIVRANT LE MSO

Les professionnels de santé prescripteurs de MSO délivrés en ville sont majoritairement des médecins libéraux dont presque exclusivement (à 98 %) des médecins généralistes. Les bénéficiaires de MSO ont eu des prescriptions de BHD provenant exclusivement de médecins libéraux dans près de 80 % des cas et de méthadone dans plus de la moitié des cas. Il semblerait, bien que cela ne soit pas significatif, que la part des prescriptions provenant exclusivement de la médecine de ville tende à baisser au profit des prescriptions mixtes (ville et établissement), aussi bien pour la BHD que pour la méthadone.

Les prescripteurs multiples pour un même bénéficiaire sont considérés comme l'indicateur d'un possible mésusage ou d'une présomption de trafic de MSO. En 2012, la prescription de MSO par trois prescripteurs ou plus pour un même bénéficiaire concernent 18,6 % des personnes et la délivrance par trois pharmacies ou plus 11,7 % des bénéficiaires. Si, pour la méthadone, le nombre de patients ayant consulté dans l'année trois prescripteurs différents de MSO ou plus semble légèrement augmenter (mais de façon non significative) entre 2011 et 2012, ce nombre est stable pour la BHD. La part des patients ayant eu dans l'année des délivrances de MSO dans 3 pharmacies ou plus est stable entre 2011 et 2012, tant pour la méthadone que pour la BHD. L'écart important pour la méthadone entre la part des patients ayant eu plus de trois prescripteurs et ceux ayant fréquenté plus de trois pharmacies peut s'expliquer par la possibilité de délivrance en CSAPA et par le cadre réglementaire de prescription de la méthadone plus strict³ comparé à celui de la BHD. De plus, la faible proportion de patients ayant un traitement par méthadone fréquentant plus de trois pharmacies peut aussi être un indicateur de la réticence d'un certain nombre de pharmaciens à délivrer de la méthadone (avec notamment des difficultés pour les patients à trouver un relais lors des vacances).

3. La méthadone est classée comme stupéfiant, tandis que la BHD est inscrite sur la liste I. Les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant en CSAPA ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible, une fois le patient stabilisé. La forme gélule de la méthadone est réservée aux patients traités par la forme sirop depuis au moins 1 an et stabilisés. Sa prescription initiale est réservée aux médecins des CSAPA ou dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux usagers de drogues. Pour la BHD, l'initiation d'un traitement peut être pratiquée par tout médecin.

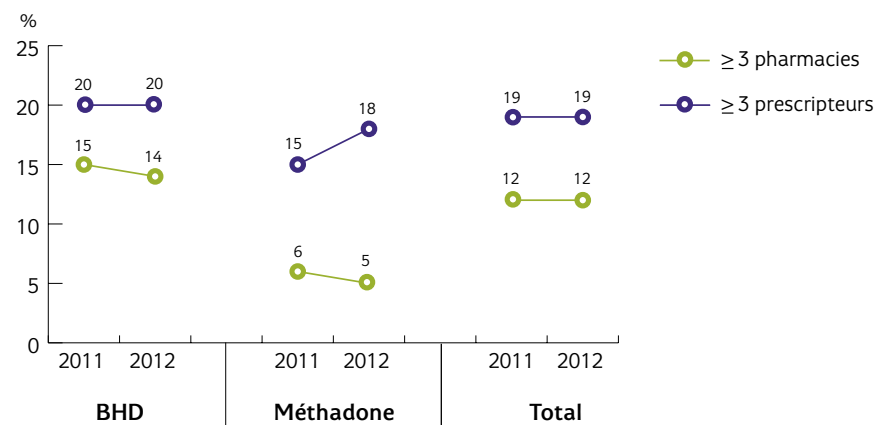
Figure 10. Répartition des bénéficiaires selon l'origine de leurs prescriptions et le MSO prescrits entre 2011 et 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Lecture : En 2012, 78 % des bénéficiaires de BHD ont eu leurs prescriptions exclusivement auprès de médecins libéraux exerçant en ville, 16 % d'entre eux ont eu des prescriptions émanant tantôt de la ville, tantôt d'établissements (CSAPA ou hôpital) et enfin 6 % d'entre eux ont reçu leurs prescriptions exclusivement de médecins exerçant en établissement.

Figure 11. Évolution du pourcentage de patients ayant eu dans l'année trois prescripteurs différents de MSO ou plus et eu des délivrances dans 3 pharmacies ou plus



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

MSO ET AUTRES MÉDICAMENTS REMBOURSÉS DANS L'ANNÉE ; AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE CHEZ LES PERSONNES EN TSO

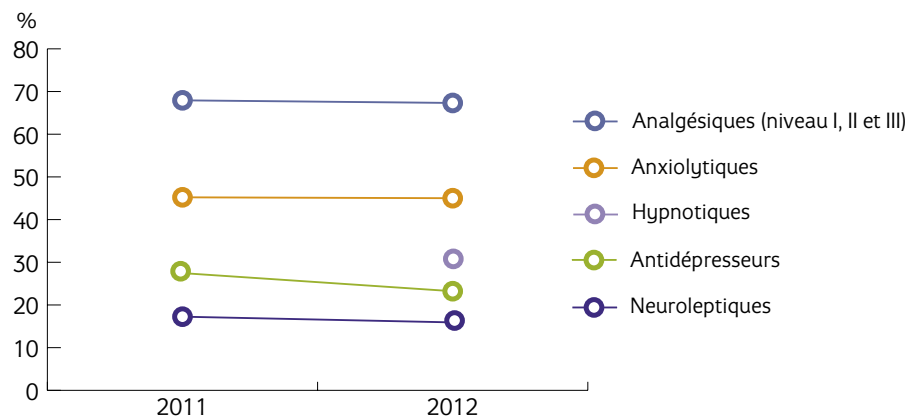
Les analgésiques sont la classe médicamenteuse la plus fréquemment remboursée aux bénéficiaires de MSO, loin devant les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques. Les niveaux de consommation de ces médicaments sont semblables, quel que soit le MSO associé, et peuvent être considérés comme stables.

Le remboursement de traitements antiviraux du VIH semble diminuer tandis que celui des hépatites virales B et C augmente. Ces évolutions ne sont toutefois pas significatives et seules les données ultérieures permettront de déterminer s'il s'agit de fluctuations aléatoires ou d'une tendance réelle. Le remboursement de Fucidine® en crème ou en pommade et de ses génériques, antibiotique local fréquemment utilisé en cas d'abcès cutané, est un marqueur potentiel d'une utilisation de la voie injectable. Il est remboursé à un peu plus de 6 % des personnes ayant des MSO en 2012.

Le remboursement de sulfates de morphine, parfois utilisés comme MSO, en dehors de toute autorisation de mise sur le marché (AMM), concerne moins de 2 % des personnes ayant reçu de la BHD ou de la méthadone.

Les bénéficiaires de remboursement de MSO sont 39,5 % à être pris en charge en affections de longue durée (ALD). Les personnes ayant de la méthadone le sont plus souvent que celles ayant de la BHD (48,0 % versus 35,8 %), peut être en raison de la prescription de méthadone plutôt en second recours ou chez des usagers plus précaires avec des troubles liés à l'utilisation d'opiacés plus sévères. L'ALD est le plus souvent justifiée par une pathologie psychiatrique, notamment les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : 14,5 % des bénéficiaires de MSO sont pris en charge en ALD à ce titre, plus fréquemment les bénéficiaires de méthadone (22,1 %) que de BHD (11,3 %). La prise en charge en ALD en raison d'une hépatite virale chronique ou d'une infection par le VIH concerne respectivement 7,4 % et 1,4 % des bénéficiaires de MSO. Ces pourcentages sont très en deçà des prévalences du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues.

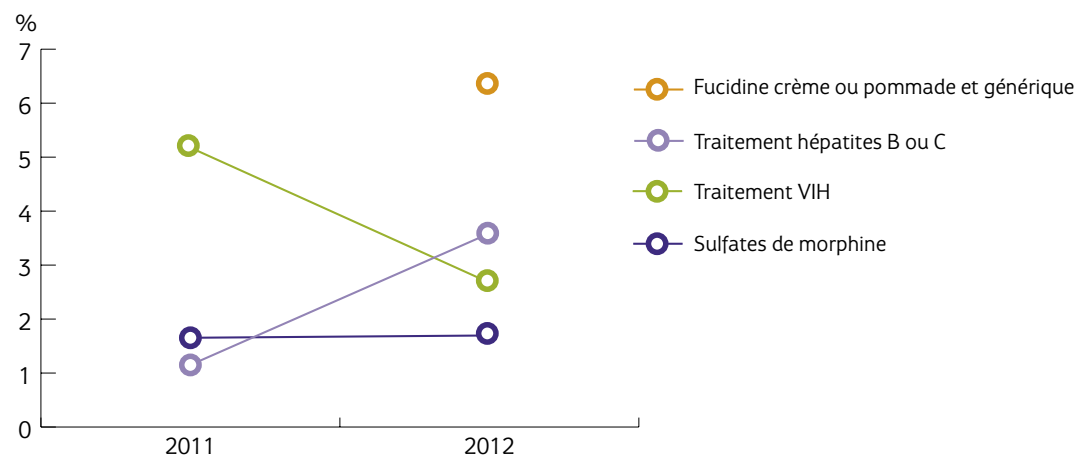
Figure 12. Remboursements de médicaments analgésiques et psychotropes parmi l'ensemble des sujets bénéficiant de BHD ou de méthadone en ville entre 2011 et 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Les données de remboursement concernant les hypnotiques en 2011 ne figurent pas dans cette figure car leur extraction a posé problème.

Figure 13. Remboursements de médicaments anti-infectieux et de sulfate de morphine parmi l'ensemble des sujets bénéficiant de BHD ou de méthadone en ville entre 2011 et 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Les données de remboursement concernant la fucidine en 2011 ne figurent pas dans cette figure car leur extraction a posé problème.

La prise en charge au titre d'une ALD se justifie en cas de soins actifs ; or peu d'usagers de drogues ayant une hépatite C chronique sont traités. De plus, les patients ayant de faibles ressources et bénéficiant d'une protection complémentaire gratuite (CMU C), alors qu'ils pourraient cumuler une prise en charge en ALD, n'en bénéficient pas toujours.

LE MÉSUSAGE DES MSO

Repères méthodologiques

La population en TSO suivie dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est analysée à partir de 2 sources :

- les Rapports d'activité des CSAPA, dont les derniers à avoir été exploités par l'OFDT et la DGS datent de 2010 [3].

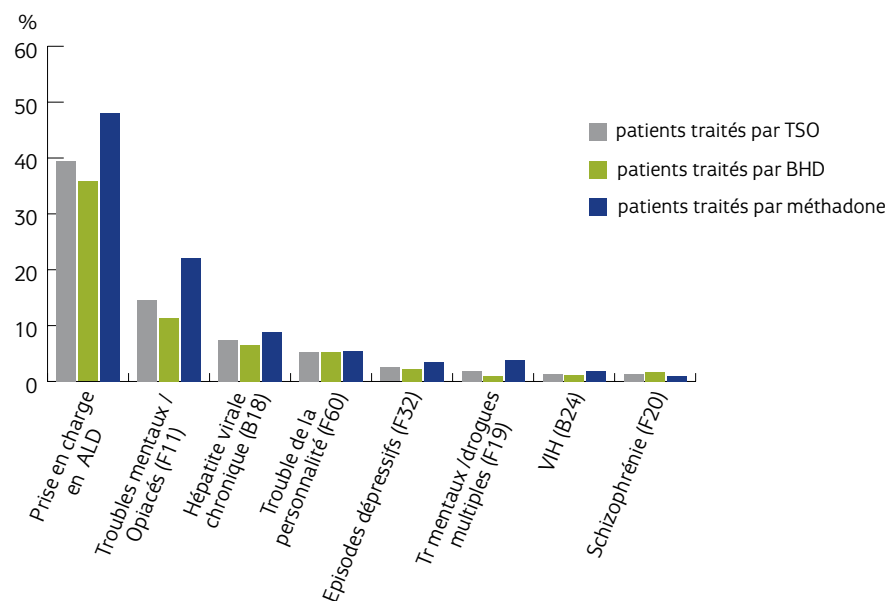
- le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), dispositif permettant de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies en CSAPA (prise en charge actuelle, traitements suivis, produits consommés et santé du patient dont les dernières données datent de 2012[4].

La population en TSO suivie en Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) est approchée par l'enquête ENa-CAARUD, enquête exhaustive une semaine donnée, biennale, qui porte sur les consommations, les comportements de consommation, les dépistages et la situation sociale des usagers des CAARUD. La dernière édition a eu lieu en 2012 [5].

Si ces deux populations se recoupent partiellement, les usagers reçus en CAARUD se caractérisent par une consommation active de drogues et une plus grande précarité, les usagers des CSAPA par une démarche de demande de soins et une prescription plus fréquente de méthadone, enfin les patients ayant des délivrances en ville par plus de stabilité dans leur traitement et une prescription plus fréquente de BHD.

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements (trafics) des médicaments et d'usages non conformes aux prescriptions médicales.

Figure 14. Pourcentage de bénéficiaires pris en charge au titre d'une ALD parmi les patients remboursés d'un MSO en ville en 2012



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Codes de la classification internationale des maladies (CIM10) correspondant à la prise en charge au titre d'une ALD :

F11	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
B18	Hépatite virale chronique
F60	Troubles spécifiques de la personnalité
F32	Episodes dépressifs
F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives
B24	Immunodéficience humaine virale
F20	Schizophrénie

Le mésusage traduit une diversité de finalités (auto substitutive, addictive) et de pratiques (mode d'administration -injection, sniff, inhalation-, mode d'obtention du MSO -marché noir, troc, entourage) qui sont souvent imbriquées. Il peut être une étape vers une prise en charge médicale (situation des usagers en demande de traitement consommant déjà de la méthadone qu'ils se sont procurée sur le marché noir) et parfois une porte d'entrée dans l'addiction aux opiacés (usagers consommant de la BHD avant d'expérimenter l'héroïne).

Au sein du public reçu dans les CSAPA, le produit posant le plus de problèmes ou motivant la prise en charge est un MSO pour 2,7 % des usagers (de l'ensemble des drogues, y compris l'alcool) en 2010, soit près de 7 000 personnes par an (Rapports d'activité des CSAPA) [3]. Parmi les produits consommés au cours des 30 derniers jours posant le plus de problèmes aux usagers des CAARUD en 2012, qui accueillent principalement des usagers de drogues illicites (telles que les opiacés ou la cocaïne), la BHD et la méthadone sont citées, respectivement, par 16,3 % et 3,9 % des usagers (Enquête ENa-CAARUD).

En CSAPA, concernant les cas où la BHD est le produit posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge, la voie orale concerne 35,2 % des usagers, l'injection 34,9 % et le sniff 23,6 % d'entre eux en 2011. Ces niveaux sont en hausse pour la voie orale et le sniff et en diminution pour l'injection.

Parmi les usagers des CAARUD, la voie d'administration la plus fréquente de la BHD est l'injection (54 %), plus répandue que la voie orale (46 %), avec des pourcentages stables entre 2008 et 2012. Le sniff, moins fréquent (26 %), connaît cependant une nette augmentation.

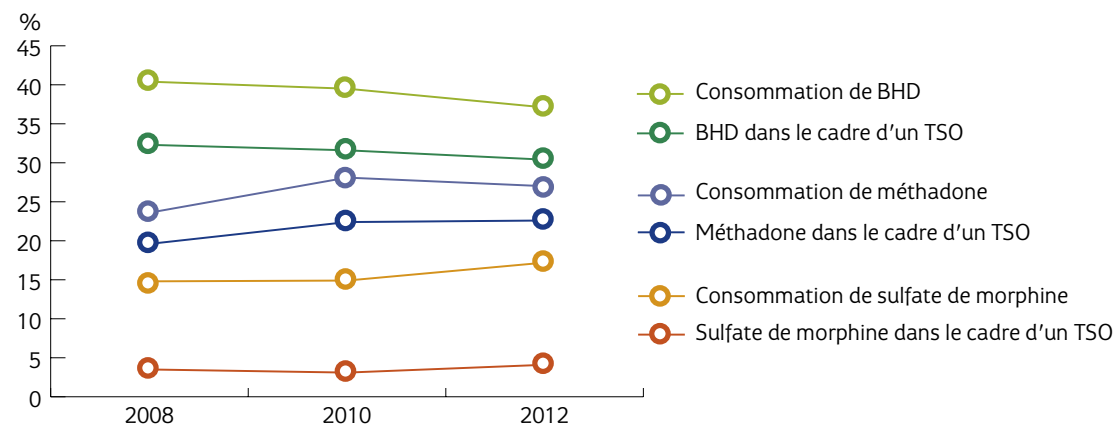
Tableau 2. Nombre de patients en TSO et nombre de patients pour lesquels le produit n°1 posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge est un MSO (mésusage) en CSAPA

	Nombre	% de l'ensemble des personnes prises en charge en CSAPA*
TSO	49 200	19,3
BHD, méthadone (mésusage)	6 967	2,7

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSPAPA 2010, DGS/OFTD

*y compris les CSAPA accueillant très majoritairement des personnes principalement en difficulté avec l'alcool.

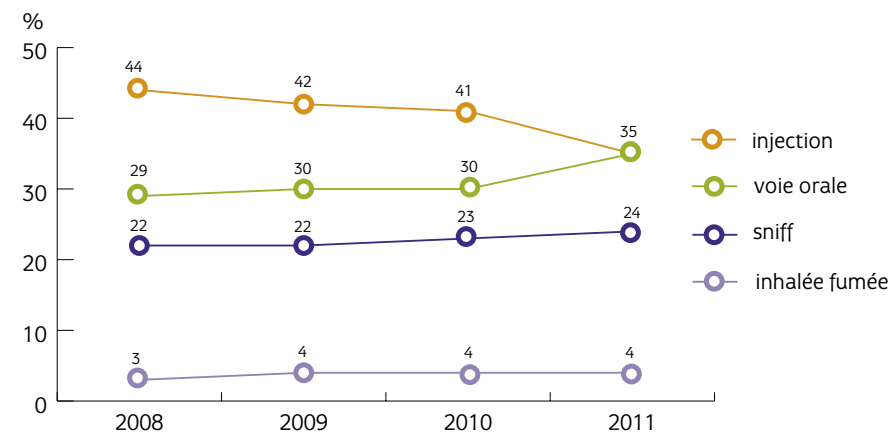
Figure 15. Prévalence de la consommation* de BHD, de méthadone et de sulfate de morphine au cours des 30 derniers jours et prévalence des usagers en TSO dans les CAARUD



Source : ENa-CAARUD 2008, 2010, 2012. OFDT

* La consommation de MSO au cours des 30 derniers jours concerne à la fois les usagers en TSO ayant une prescription et un suivi médical et ceux qui consomment en dehors d'un TSO, les usagers se procurant alors le MSO par le marché noir, par dépannage entre usagers ou par nomadisme médical. Le fait que le MSO soit consommé dans le cadre d'un TSO ne garantit cependant pas son bon usage, notamment au niveau de la voie d'administration.

Figure 16. Mode de consommation habituel de la BHD chez les usagers des CSAPA pour lesquels la BHD est le premier produit consommé posant le plus de problème ou à l'origine de la prise en charge



Source : Recap /OFTD

Entre 20 % et 25 % des usagers des CAARUD en 2012 ayant consommé dans le mois précédent de la BHD ou de la méthadone prenaient ce MSO hors suivi médical, pourcentage en baisse par rapport à 2008 pour la BHD et stable pour la méthadone.

La prévalence de la consommation dans les CAARUD a diminué pour la BHD entre 2008 et 2012, tandis qu'elle a augmenté pour la méthadone et les sulfates de morphine.

MORTALITÉ EN LIEN AVEC LES TSO

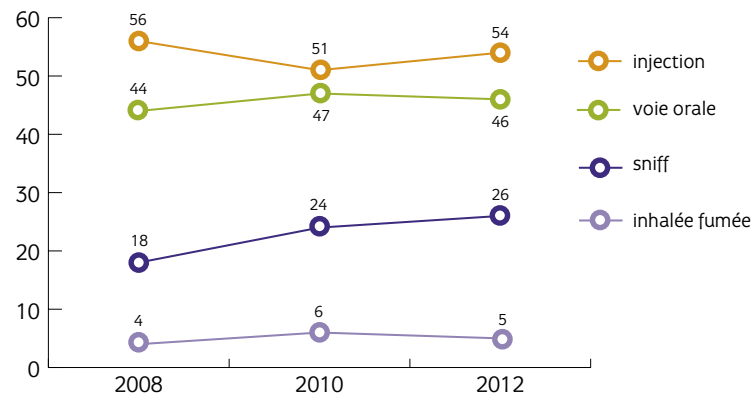
Le risque principal des MSO est celui de décès par surdose, risque majoré par la consommation de benzodiazépines ou d'alcool. En 2012, 60 % des décès par surdoses sont imputables au moins en partie aux MSO : la méthadone est impliquée dans 45 % d'entre eux, tandis que la BHD l'est dans 15 % selon les résultats de l'enquête DRAMES. Entre 2010 et 2012, la part des décès impliquant la méthadone a augmenté de 36 % à 45 %. Cette évolution est mise en parallèle avec la diminution du nombre de décès impliquant l'héroïne, ainsi qu'avec l'augmentation du nombre de mésusages (en particulier liés à l'obtention illégale, au sniff de la gélule, à la prise occasionnelle ou par des sujets naïfs aux opiacés) par l'ANSM dans son bilan du suivi d'addictovigilance et de toxicovigilance de la méthadone [6].

Repères méthodologiques

L'enquête DRAMES [7] (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (surdoses), d'identifier ces substances qu'il s'agisse de médicaments ou de drogues et de suivre leur évolution dans le temps.

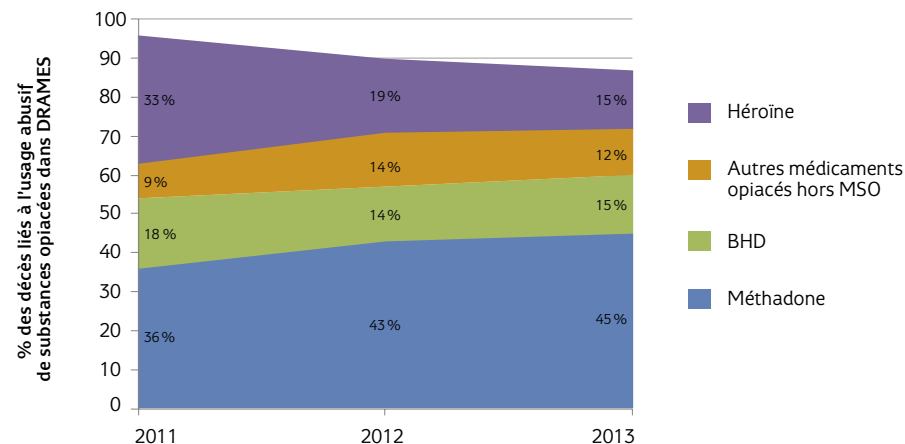
Cette enquête repose sur la participation volontaire d'experts toxicologues analystes répartis sur une grande partie du territoire. Les cas de décès recueillis ont tous fait l'objet d'une recherche des causes de la mort à la demande des autorités judiciaires et d'analyses toxicologiques dans ce cadre. Les décès liés à la drogue sont inclus (psychose due à la drogue, dépendance, toxicomanie sans dépendance, empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis, d'hallucinogènes, de buprénorphine ou de méthadone ou toute substance psychoactive abusée évaluée responsable du décès). Ceux dus à un suicide, à un tiers, à une intoxication médicamenteuse sans...

Figure 17. Voie d'administration de la BHD chez les usagers des CAARUD



Source : ENa-CAARUD 2008, 2010, 2012. OFDT

Figure 18. Évolution du pourcentage de décès par surdoses selon la substance opiacée impliquée* parmi l'ensemble des décès directement provoqués par un abus de médicaments ou de substances psychoactives



*Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont pris en compte. Plusieurs substances peuvent être impliquées dans un décès lorsqu'aucune substance prédominante n'a pu être mise en évidence.

Lecture : En 2012, 45 % des décès observés dans l'enquête DRAMES impliquent la méthadone.

Source : DRAMES - CEIP de Grenoble - ANSM

antécédent documenté d'abus aux médicaments impliqués, les dossiers pour lesquels on trouve une autre cause non liée à une substance psychoactive, les dossiers insuffisamment documentés, les dossiers sans dosage sanguin, des décès dus aux accidents de la voie publique sont exclus de l'enquête. Les données recueillies (les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents du sujet, les circonstances de découverte du corps et les constatations sur le lieu de décès, le stade de l'abus au moment du décès, les résultats de l'autopsie et des analyses anatomopathologiques, l'identification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques et quantification dans le sang, la cause probable du décès) permettent de classer les décès en lien direct avec le produit, en lien indirect ou encore cause indéterminée. Chaque cas examiné, chaque substance présente dans le sang fait l'objet d'une analyse d'imputabilité par rapport à la survenue du décès permettant d'attribuer un score d'imputabilité de fort à faible.

Limites d'interprétation

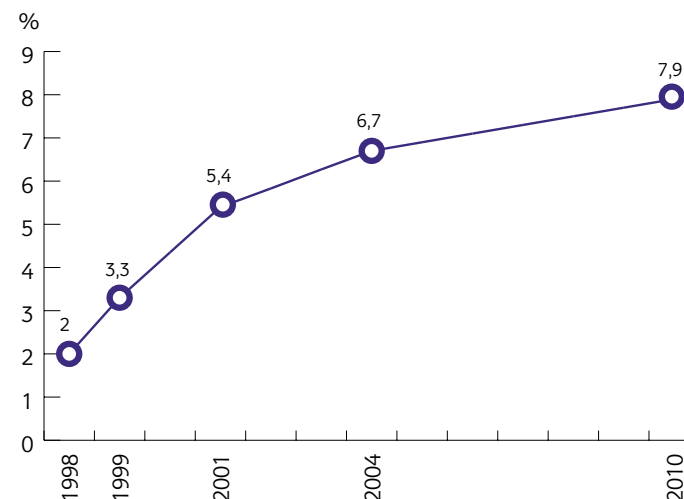
Le signalement des décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives n'est pas exhaustif en raison d'obstacles à plusieurs niveaux :

- Dans le dispositif Drames, du fait de l'absence de participation de certaines régions (Alsace-Lorraine)
- Au niveau de l'autorité judiciaire, du fait de l'absence de demande systématique de la recherche des causes de la mort en cas de suspicion de surdose, avec des pratiques très hétérogènes sur le territoire
- Au niveau du médecin constatant le décès, du fait de l'absence de signalement d'un obstacle médicolégal en cas de suspicion d'overdose sur le certificat de décès

LES TSO EN PRISON

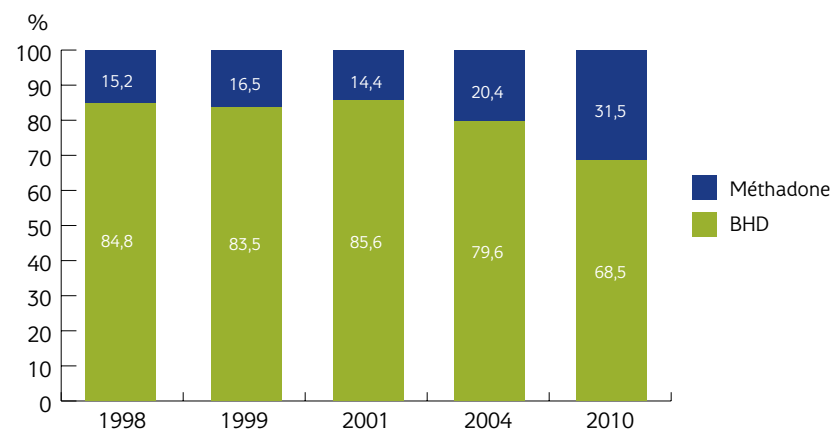
Entre 1998 et 2010, la part des personnes détenues ayant une prescription de TSO au moment de l'enquête un jour donné a augmenté, passant de 2 % à près de 8 %. Le MSO le plus prescrit est la BHD (68,5 % des cas), même si la méthadone s'avère deux fois plus prescrite en 2010 qu'en 1998 (31,5 % des cas versus 15,2 %).

Figure 19. Évolution de la part de personnes détenues ayant une prescription de TSO



Source : Enquête DGS/DHOS un jour donné sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral (1998, 1999, 2001, 2004), Prévacar DGS/ InVS (2010)

Figure 20. Evolution de la répartition entre BHD et méthadone (%) des TSO prescrits en prison



Source : Enquête DGS/DHOS un jour donné sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral (1998, 1999, 2001, 2004), Prévacar DGS (2010)

Repères méthodologiques

Les enquêtes sur les traitements de substitution en prison

Le volet « prévalence » de l'enquête Prévacar [8], menée en 2010, a pour objet de mesurer en milieu carcéral la proportion de personnes en TSO ainsi que la prévalence des infections par le VIH et le VHC. Après tirage au sort des personnes incarcérées, ces dernières ont été informées de manière collective et individuelle et pouvaient refuser de participer. Les données ont été recueillies par questionnaire anonymisé et individuel rempli par le médecin de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) à partir du dossier médical.

L'enquête menée par la DGS et l'InVS s'est déroulée en juin 2010 dans 27 établissements pénitentiaires et environ 1 900 questionnaires ont pu être exploités, soit 86 % des personnes dont le numéro d'écrou avait été tiré.

Les enquêtes menées par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) un jour donné sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral ont été conduites à 4 reprises : 1998, 1999, 2001, 2004. Elles s'appuient sur un questionnaire adressé à tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire relevant du secteur public hospitalier (UCSA, Service médico-psychologique régional (SMPR) ou secteurs de psychiatrie générale.)

Le questionnaire concerne les personnes détenues présentes dans l'établissement pénitentiaire un jour donné : nombre total d'écroués, de traitements de substitution en cours, de traitements initiés ou poursuivis en milieu carcéral.

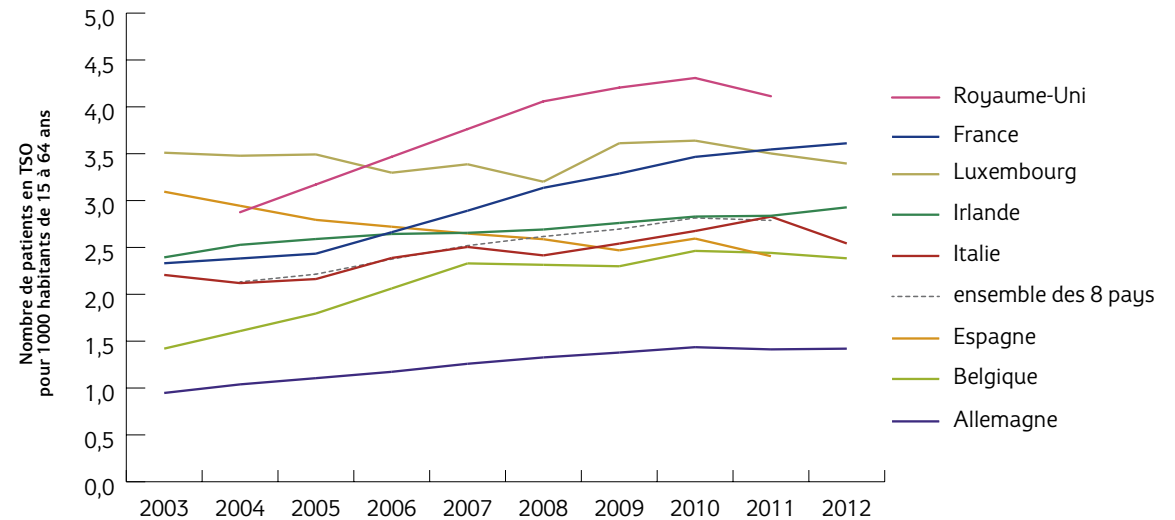
LES TSO EN EUROPE

La France se distingue des autres pays européens par la place de la BHD, principal MSO, comme en Grèce et en République tchèque. En Europe, près des trois quarts des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone.

L'absence de normalisation des modes de calcul⁴ limite la comparabilité des données. Il est cependant certain que la France se situe aujourd'hui parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans.

Le nombre de personnes ayant un TSO en Europe a globalement augmenté régulièrement depuis 2003 et semble se stabiliser en 2011. La situation de chaque pays est cependant singulière. Ainsi dans les pays frontaliers de la France, on observe une hausse franche en Belgique (jusqu'en 2007), modérée en Allemagne (jusqu'en 2011). Ces hausses ont été suivies d'un plateau dans ces deux pays. Au Royaume-Uni, après une forte croissance jusqu'en 2010, la tendance est désormais à la baisse. Au Luxembourg, on observe une relative stabilité. Enfin en Espagne, la tendance est à diminution du nombre de personnes en TSO au cours de la dernière décennie.

Figure 21. Évolution du nombre de patients en TSO pour 1000 habitants de 15 à 64 ans selon les pays frontaliers de la France



Source : OEDT (pour le nombre de patients en TSO), Eurostat (pour la population de 15 à 64 ans), exploitation OFDT.

4. Selon les pays et les années considérés, l'estimation du nombre de patients en TSO peut être issue de données individuelles de prise en charge (comme un registre de substitution pour l'Allemagne et la Belgique, une base médico-administrative de remboursements de médicaments pour la France) ou de données de vente de MSO. La période considérée est variable (un jour donné, un mois donné ou le plus souvent une année donnée, civile ou fiscale). Enfin la qualité des données, en raison de leur exhaustivité (prise en compte ou non des étrangers, des patients incarcérés) et de la possibilité de doubles comptes (agrégation de bases régionales, d'estimations issues du système généraliste de prise en charge d'une part et spécialisé d'autre part), diffère d'un pays à l'autre. Le mode de calcul d'un pays peut aussi varier dans le temps. Ainsi l'estimation française est issue de données de vente de MSO jusqu'en 2003, de données semestrielles de remboursements de la CNAMTS jusqu'en 2009 et elle repose sur l'EGB à partir de 2010.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BRISACIER A.C. et COLLIN C., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011*, Saint-Denis, OFDT ; ANSM, 2013, 45 p.
2. BRISACIER A.C. et COLLIN C., « Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes », *Tendances*, OFDT, n° 94, 2014, 6 p.
3. PALLE C. et RATTANATRAY M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 89 p.
4. OFDT. RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge). <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html> [accédé le 25/06/2015].
5. CADET-TAÏROU A., SAÏD S. et MARTINEZ M., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 », *Tendances*, OFDT, n° 98, 2015, 8 p.
6. ANSM, Commission des stupéfiants et psychotropes. Compte rendu de la séance n° 6 du 20 mars 2014, Saint-Denis, ANSM, 2014, 24 p.
7. ANSM. Résultats des enquêtes DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances). http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/%28offset%29/3#paragraph_54409 [accédé le 25/06/2015].
8. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, *Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*, Paris, DGS, 2011, 88 p.

Remerciements

À Cédric Collin (ANSM) pour l'extraction des données de l'EGB.

À Christophe Palle, François Beck, Ivana Obradovic et Julie-Emilie Adès pour leur relecture attentive.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies



www.ofdt.fr

3, avenue du Stade de France
93218 Saint Denis La Plaine Cedex
France
Tel. : + 33 (0)1 41 62 77 16
ofdt@ofdt.fr

Maquette : Frédérique Million (OFDT)
Photos copyright : © Samuel MAISSONNIER / ©Minerva Studio / ©ridvanarda / © fotomaximum / © dobri71 - Fotolia.com