

## The outputs of opiate substitution treatment Les sorties de traitement de substitution aux opiacés

Laurent Plancke<sup>1,2</sup>, Alina Amariei<sup>1</sup>, Nathalie Lancial<sup>2,3</sup>, Sébastien Lose<sup>3</sup>.

1. Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais. France
2. Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques
3. Cèdre bleu (centre d'addictologie)

Ref: 150/214

F2RSM | 3 rue Malpart - 59000 Lille. France | Tél. 33+(0)3 20 44 10 34 | Mel. [laurent.plancke@santementale5962.com](mailto:laurent.plancke@santementale5962.com) | Site [www.santementale5962.com](http://www.santementale5962.com)

### INTRODUCTION

En France, l'abstinence a constitué le paradigme unique dans le traitement des toxicomanies, jusqu'à l'introduction des traitements de substitution (TSO), en ville pour la seule buprénorphine haut dosage (BHD) et dans les services d'addictologie au milieu des années 1990. Le nombre de bénéficiaires de TSO est estimé à 150 000 en 2012 [1] ; alors que la plupart des études les concernant portent sur leurs caractéristiques et la durée de leur traitement, considérée le plus souvent comme chronique, il nous a semblé intéressant de nous intéresser aux sorties de traitement en médecine de ville.

### OBJECTIVES AND METHODS

Les données des remboursements de médicaments des 3 principales caisses d'assurance-maladie (9 habitants sur 10 en 2013) de la région ont été employées.

Une extraction des lignes de délivrance de buprénorphine haut dosage (BHD), de méthadone et de BHD-naloxone, des années 2011-2013, a été réalisée. Une base de bénéficiaires de 15 ans et plus a été générée, en récupérant une série de caractéristiques concernant les individus - sexe, âge, bénéficiaire de la couverture-maladie universelle (CMU) ou complémentaire (CMUc), zone de résidence - mais aussi concernant leurs traitements (molécule, forme galénique, date de prescription, posologies, spécialité du prescripteur, coprescriptions d'autres classes de médicaments psychotropes dans la même période). La sortie de traitement a été définie comme une absence de délivrance de TSO pendant 6 mois ou plus durant la période 2011-2013 (les patients entrant en traitement durant le 2<sup>e</sup> semestre 2013 ont été exclus de l'analyse faute de recul suffisant). Sa probabilité est présentée (analyse de survie), ainsi que les variables significativement associées (modèle de régression de Cox). Les traitements statistiques ont été effectués sur SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

### RESULTS

16 863 personnes ont bénéficié d'au moins une délivrance d'un traitement de substitution aux opiacés dans la période janvier 2011 - juin 2013, en médecine de ville. La probabilité de sortie de traitement est de 17,6% à 12 mois et de 27,1% à 24 mois.

Les patients de 35-44 ans et de 45-54 ans ont les probabilités de sortie de traitement les plus faibles, alors que les plus jeunes patients connaissent la probabilité la plus élevée (HR=3,8) et que ceux âgés de 55 ans ou plus sortent également plus fréquemment (HR=1,5). Bénéficiaire de la CMU augmente significativement la probabilité de sortie (HR=1,2), de même qu'être traité par antiépileptique (HR=1,2) ; à l'inverse, les sorties sont plus rares chez les patients s'étant vus délivrer des antidépresseurs (HR=0,8), des hypnotiques (HR=0,8) ou -plus encore- des anxiolytiques (HR=0,6). Enfin, une propension de sortie plus élevée de 40% est observable chez les patients dont la posologie baisse entre 1<sup>ère</sup> et dernière délivrance enregistrées durant la période d'étude (HR=1,4).<sup>2</sup>

Variable	Modalité	Hazard Ratios	95% Confidence Intervals	P
Sexe	Femmes	1,1	0,99 - 1,20	0,063
	Hommes	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire de la CMU*	Oui	1,2	1,09 - 1,28	<,0001
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Age	15-24 ans	3,8	3,30 - 4,41	<,001
	25-34 ans	1,6	1,42 - 1,69	<,001
	35-44 ans	Réf.	Réf.	Réf.
	45-54 ans	0,9	0,76 - 0,99	0,032
	55 ans et plus	1,5	1,03 - 2,14	0,033
DQM**	< DQM recommandée	1,3	1,22 - 1,46	<,001
	> DQM recommandée	1,0	0,81 - 1,13	0,589
	DQM recommandée	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire antidépresseurs***	Oui	0,8	0,70 - 0,86	<,001
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire hypnotiques***	Oui	0,8	0,75 - 0,91	<,001
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire anxiolytiques***	Oui	0,6	0,54 - 0,65	<,001
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire antipsychotiques***	Oui	1,1	0,99 - 1,29	0,072
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire TTT alcool***	Oui	1,0	0,87 - 1,23	0,684
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Bénéficiaire antiépileptiques***	Oui	1,2	0,97 - 1,37	<,001
	Non	Réf.	Réf.	Réf.
Molécule	BHD seule	0,9	0,87 - 1,02	0,098
	Plusieurs molécules	0,6	0,34 - 1,13	0,137
	Méthadone seule	Réf.	Réf.	Réf.
Evolution de la posologie	Même posologie environ	1,3	1,15 - 1,40	0,119
	Posologie en baisse	1,4	1,24 - 1,50	<,0001
	Posologie en hausse	Réf.	Réf.	Réf.

\*Couverture-maladie universelle \*\*Dose moyenne quotidienne \*\*\* Dans la période 2011-2013

### CONCLUSIONS

La sortie de TSO n'est pas un phénomène rare. Elle peut être liée à un épuisement de l'expérience des drogues par les usagers [2, 3], qui décident de cesser toute consommation et les traitements qui s'y rapportent, chez les patients les plus âgés notamment. Le souhait de sortie n'est pas rare chez une partie des patients [4], qui reprochent aux TSO de les maintenir en situation de dépendance à des médicaments qui rappellent les drogues [5, 6].

Alors que la rétention en traitement est, le plus souvent dans les études médicales, jugée positivement, notre travail confirme qu'il ne s'agit pas d'un traitement chronique qui ne s'interrompt qu'au décès des sujets. Il met à jour un groupe de jeunes patients, dont la probabilité de sortie est près de 4 fois plus élevée que celle de leurs aînés. Il s'agit peut-être de sujets hâtivement entrés en traitement, sans que leur motivation à la sortie de l'héroïnomanie ait été solide ou/et sans que l'indication ait été vérifiée.

1. Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes, OFDT, Tendances, 94, octobre 2014.
2. Castel R (dir.), Les sorties de la toxicomanie, Fribourg (Suisse), Ed. Universitaires, 1998.
3. Simmat-Durand L, Planche M, Jauffret-Roustide M, Lejeune C, Michel L, Mougel S, et al. Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions. Psychotropes 2013.
4. Winstock A.R., Lintzeris N., Lea T., "Should I stay or should I go?" Coming off methadone and buprenorphine treatment, Int J Drug Policy. 2011 Jan ; 22(1).
5. Langlois E, Milhet M. Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients, Saint-Denis, OFDT, Tendances, 2012, 83.
6. Escots S. Le Subutex une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Rêquisse d'une anthropologie des psychotropes, Psychotropes, 2014/1, vol. 20.
7. Stein MD, Cioe P, Friedmann PD. Buprenorphine retention in primary care. J Gen Intern Med 2005 ; 20.
8. Magura S, Nwazike PC, Demsky SY. Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. Addict Abingdon Engl 1998 ; 93.
9. Hser Y-I, Saxon AJ, Huang D, Hasson A, Thomas C, Hillhouse M, et al. Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/haloxone compared to methadone in a multi-site trial. Addict Abingdon Engl 2014;109.