



Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » 2018

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

RÉSUMÉ	2
SUIVI DE LA POPULATION EN TSO	3
DÉBUT, MAINTIEN ET ARRÊT DU TSO	7
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (SEXE, ÂGE, CMU-C)	7
LES DOSES PRESCRITES	9
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RENCONTRÉS : MÉDECINS PRESCRIPTEURS DE MSO, PHARMACIES DÉLIVRANT LE MSO	9
MSO ET AUTRES MÉDICAMENTS REMBOURSÉS DANS L'ANNÉE. AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE CHEZ LES PERSONNES EN TSO	10
MSO ET HOSPITALISATION	12
LE MÉSUSAGE DES MSO	12
MORTALITÉ EN LIEN AVEC LES TSO	14
LES TSO EN PRISON	15
VENTES DE MSO ET RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE	16
LES TSO EN EUROPE	16
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	17

RÉSUMÉ

Au cours des 6 dernières années, le nombre de bénéficiaires d'une délivrance de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en ville s'est stabilisé autour de 150 000 personnes parmi la population protégée par les trois principaux régimes d'assurance maladie. En y ajoutant les personnes couvertes par les autres régimes, celles ayant des délivrances dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dans les structures hospitalières et en prison, l'estimation globale du nombre de personnes ayant eu une prescription de MSO avoisine les 180 000. La buprénorphine haut dosage (BHD) hors association avec la naloxone, prescrite à un peu moins des deux tiers des patients, reste le traitement le plus fréquent devant la méthadone qui concerne plus du tiers des patients. Fait marquant de ces dernières années, la forme gélule de la méthadone, en forte progression, est depuis 2014 plus souvent prescrite que le sirop.

La population remboursée de ces traitements, masculine pour les trois quart, âgée de 39,5 ans en moyenne, a vieilli de plus de 3 ans entre 2011 et 2016. Elle est affiliée à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) dans 43 % des cas et bénéficie d'une prise en charge pour une affection de longue durée (ALD) dans près du tiers des cas. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) s'inscrivent dans la durée, cinq années après un premier remboursement 43 % des patients poursuivent leur traitement. Les professionnels de santé prescripteurs de MSO sont majoritairement des généralistes exerçant en ville. Une personne sur cinq bénéficiant d'un TSO a été hospitalisée en 2015. Concernant le mésusage des MSO, tant parmi les usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) que ceux des CSAPA, l'injection de BHD a nettement reculé au profit de l'administration par voie orale.

Concernant les décès par surdoses, les TSO ont contribué à leur réduction depuis leur introduction en 1995. Cependant les MSO sont aujourd'hui impliqués dans la majorité d'entre eux, principalement la méthadone. La part des décès causée par les MSO est néanmoins en nette baisse en 2015. Ces décès sont contrebalancés par les décès évités en lien avec à l'héroïne grâce à l'utilisation des TSO.

Les bénéficiaires de MSO se répartissent inégalement sur le territoire national, avec des ventes rapportées à la population variant d'un facteur 7 selon les départements. Cet indicateur se situe à un niveau élevé dans la plupart des départements des régions Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté ainsi que dans les Pyrénées-Orientales, les Hautes-Pyrénées et en Charente-Maritime.

À l'échelle européenne le nombre de bénéficiaires varie d'un facteur 4 selon les pays. Comparée aux sept pays frontaliers (le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne), la France affiche en 2015 le niveau de prescription de TSO par habitant le plus élevé.

L'objectif du tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » réalisé par l'OFDT est de rassembler les éléments les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique. Il est actualisé annuellement afin de transmettre à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) des données régulières sur le sujet.

Une partie importante des données proviennent de l'échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié (EGB). 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 simplifié ont été exploitées et analysées pour les années 2011 à 2016 [1-3].

D'autres sources sont mobilisées afin de compléter l'étude de la population recevant un TSO. Il s'agit des données de vente et de remboursements des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) 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, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [4 ; 5], le recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) [6] 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 (EN-CAARUD) [7].

SUIVI DE LA POPULATION EN TSO

Nombres de personnes ayant bénéficié d'un remboursement de MSO

D'après les données de l'EGB simplifié, 151 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de MSO délivrés en ville en 2016. La buprénorphine haut dosage (BHD) hors Suboxone® a été le MSO le plus remboursé : 63 % des bénéficiaires en ont reçu, soit 95 000 personnes, tandis que 37 % ont reçu de la méthadone (MTD), soit 56 000 personnes. Mise sur le marché en janvier 2012, le Suboxone® (médicament associant la buprénorphine à la naloxone, un antagoniste opiacé) n'a été remboursé qu'à 5 % de l'ensemble des personnes recevant un MSO¹, soit 7 000 personnes. Ce médicament a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Le nombre de bénéficiaires d'un MSO apparaît en légère hausse entre 2011 et 2016, cette hausse n'étant cependant pas significative. Cette situation résulte d'un mouvement de baisse pour la BHD et de hausse pour la méthadone, seule cette dernière évolution étant significative. Le nombre de bénéficiaires de Suboxone® a doublé depuis son introduction, mais ce traitement reste peu fréquemment prescrit et remboursé.

Le détail du nombre de bénéficiaires de BHD indique une baisse tant pour le princeps que les génériques². Pour la méthadone, le nombre de bénéficiaires de la forme gélule progresse, tandis que celui de la forme sirop diminue (Figure 1). Ces évolutions sont non significatives, sauf pour la méthadone gélule.

En 2016, plus de la moitié des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone (52 %) se sont vus prescrire la molécule exclusivement sous forme de gélules (commercialisée depuis 2008). L'augmentation de la part de la méthadone en gélules, majoritaire depuis 2014, et la baisse de celle de la méthadone sous forme de sirop se poursuivent en 2016 (Figure 2).

1. Environ 3 850 bénéficiaires d'un remboursement de MSO ont eu en 2016 à la fois des remboursements de BHD et de MTD, 3 450 ont eu à la fois des remboursements de BHD seule et de BHD en association avec la naloxone, 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 seule, additionnée à la part de ceux ayant de BHD en association avec la naloxone et de ceux ayant de la MTD soit légèrement supérieure à 100 %.

2. La BHD princeps (médicament d'origine) est le Subutex®. Les spécialités génériques, apparues sur le marché en 2006, sont au nombre de sept en 2018 et commercialisées par les laboratoires Arrow, Biogaran, Cristers, EG, Mylan, Sandoz et Teva.

Figure 1. Évolution du nombre estimé d'assurés sociaux ayant eu au moins un remboursement de MSO en ville dans l'année (2011 à 2016)



Les segments figurant pour chaque point représentent les limites des intervalles de confiance à 95 %. Bien qu'inclus en partie depuis 2015 dans l'EGB, les données provenant des sections locales mutualistes (SLM) ne sont pas prises en compte ici pour suivre les évolutions du nombre de bénéficiaires à champ constant.

Source : Données CNAM-TS, RG hors SLM, RSI, MSA issues de l'EGBS, extraction OFDT

Figure 2. Évolution de la répartition des bénéficiaires selon la forme galénique de méthadone remboursée en ville dans l'année de 2011 à 2016 en pourcentage



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

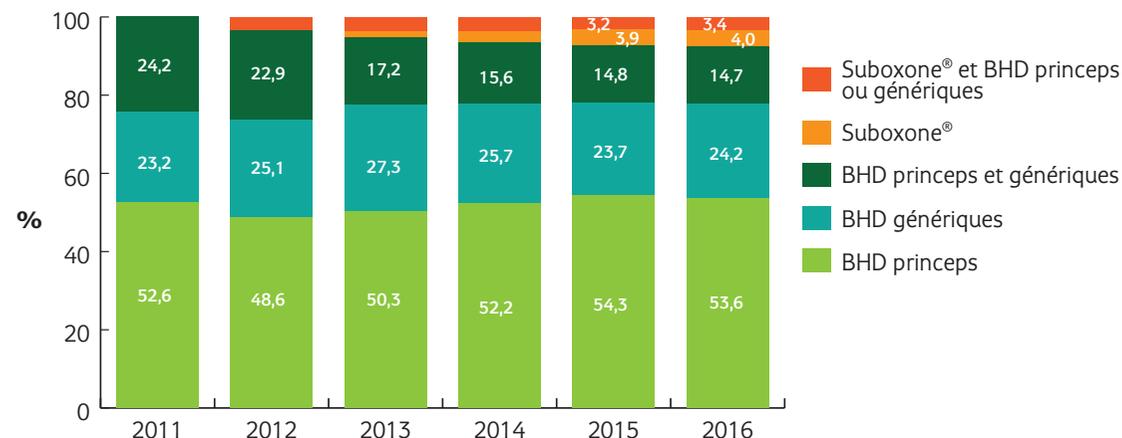
Parmi les bénéficiaires de remboursements de BHD en 2016, la forme princeps a été prescrite exclusivement à plus de la moitié, la forme générique à un peu moins du quart, le Suboxone® à 4% et différentes combinaisons de ces trois catégories au reste des bénéficiaires. L'introduction du Suboxone® en 2012 a peu modifié ces répartitions (Figure 3). 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 pouvaient entraîner plus fréquemment des complications cutanées pouvant aller jusqu'à la nécrose locale des tissus en cas d'injection par voie intraveineuse. Une nouvelle formulation de génériques sans talc, ni silice a remplacé l'ancienne. Par ailleurs, la BHD fait partie des quelques médicaments à ne pas être soumis aux objectifs de délivrance nationale des génériques.

Les quantités vendues de MSO

Les données de vente des MSO apportent des informations complémentaires à celles tirées de 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. Exprimée en dose journalière pour 10 000 habitants par jour, la consommation de BHD s'est stabilisée depuis 2011, tandis que l'augmentation de celle de méthadone se poursuit.

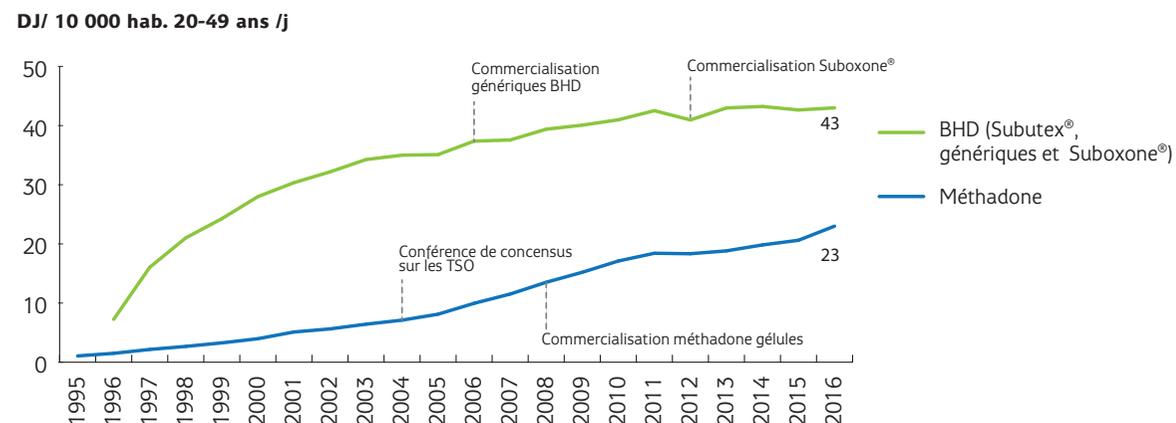
La consommation de BHD est en 2016 deux fois plus importante que celle de méthadone. Cependant la part de la méthadone dans l'ensemble de la consommation de TSO n'a cessé d'augmenter depuis 1998. La méthadone est délivrée pour 79 % en pharmacie d'officine en 2016, le reste étant fourni par les CSAPA ou les hôpitaux.

Figure 3. Évolution de la répartition des bénéficiaires selon la BHD remboursée en ville entre 2011 et 2016 : princeps, génériques ou Suboxone®



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 4. Consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2016 (Dose journalière/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans /j)



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

Source : Données de vente Siamois, laboratoire Bouchara-Recordati, Médic'AM, Insee, estimation OFDT



Prescriptions et délivrances de MSO dans les CSAPA

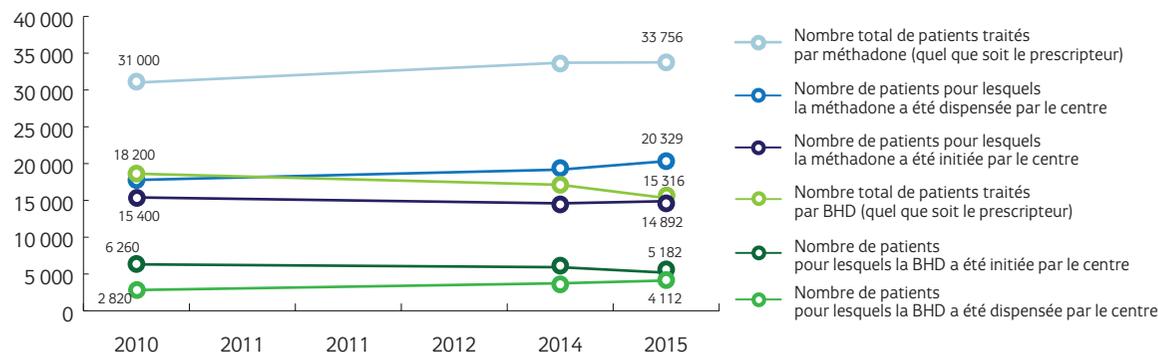
Parmi les personnes suivant un TSO (quel que soit le prescripteur) accueillies dans les CSAPA, la majorité des patients (33 750 personnes en 2015, nombre en hausse par rapport à 2010) est traitée par méthadone. Le nombre de patients traités par BHD, deux fois moindre (15 300), est en baisse par rapport à 2010. Les initiations de traitement avec la méthadone sont presque 3 fois plus fréquentes qu'avec la BHD. Pour les traitements par méthadone, la dispensation a lieu au CSAPA pour 60 % des patients contre 27 % de ceux traités par BHD (celle-ci est alors souvent achetée au préalable en pharmacie d'officine par les patients, alors que les CSAPA se fournissent directement en méthadone).

Ensemble des personnes bénéficiaires, montants remboursés

L'estimation précise du nombre global de personnes bénéficiant d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) en France reste délicate. Si les délivrances de BHD ont lieu quasi exclusivement en pharmacie d'officine, les personnes ayant eu une délivrance en CSAPA de méthadone (nombre estimé à 20 300 en 2015, stable par rapport à 2014) 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. Celle-ci est contrebalancée par le fait que les trois régimes étudiés dans l'EGB ne couvrent en 2016 que 85,5 % de la population et par l'absence de données sur les délivrances dans les structures hospitalières hors CSAPA et en milieu pénitentiaire. Au total, une estimation probable de 180 000 personnes ayant une prescription MSO peut être avancée.

En 2016, 85 millions d'euros ont été remboursés par l'Assurance maladie pour l'ensemble des MSO) [8]. Ce montant n'inclut pas les honoraires de dispensation au conditionnement perçus par les pharmaciens d'officine depuis le 1^{er} janvier 2015. En contrepartie, les marges perçues par les pharmaciens sur la vente de médicaments remboursés ont été revues à la baisse. Les montants des MSO remboursés apparaissent donc en diminution en 2015 par rapport aux années précédentes.

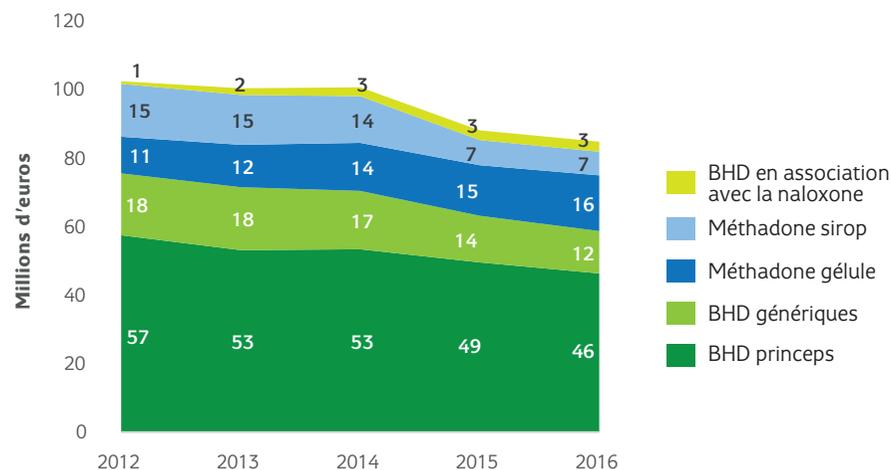
Figure 5. Évolution du nombre de patients traités par MSO pris en charge dans les CSAPA entre 2010 et 2015



Des prescriptions de sulfates de morphine sont mentionnées par 59 CSAPA en 2015 (contre 34 en 2010). Le nombre de patients concernés par CSAPA représente au total 216 patients en 2015 (contre 130 en 2010).

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSPAPA 2010-2015, DGS/OFDT

Figure 6. Montants des MSO remboursés par l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie entre 2012 et 2016



France entière, y compris DOM-TOM.

Source : Médic'AM, CNAM-TS

Repères méthodologiques

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

Description de l'EGB simplifié

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.

Depuis 2016, l'EGB simplifié inclut une partie des sections locales mutualistes (SLM) correspondant aux fonctionnaires et à la moitié des étudiants. Ainsi en 2016, l'EGB simplifié représente 95,6 % de la population couverte par la sécurité sociale.

L'EGB simplifié résulte d'un sondage au 1/97ème sur le numéro de Sécurité sociale et regroupe 698 500 bénéficiaires en 2016.

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 médecine-chirurgie-obstétrique. Enfin, il renseigne quelques caractéristiques sociodémographiques.

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

Limites d'interprétation

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

- ❶ Les données de remboursement de l'EGB simplifié ne concernent que les MSO délivrés 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 simplifié.
- ❷ Pour l'estimation du nombre de personnes en TSO, il y a possibilité de doubles comptes entre les données EGB simplifié et les rapports d'activité des CSAPA.

Par ailleurs, une partie des MSO est détournée pour alimenter le trafic ou mésusée 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.



Repères méthodologiques

Les données de vente des MSO proviennent pour la BHD du dispositif Siamois (InVS jusqu'en 2011 puis OFDT en 2016), d'estimations à partir des données de remboursement Medic'AM (CNAMTS) de 2012 à 2015 et pour la méthadone du laboratoire Bouchara-Recordati.

DÉBUT, MAINTIEN ET ARRÊT DU TSO

Environ 16 500 personnes ont été remboursées pour la première fois d'un TSO en 2016, nombre à peu près identique à celui de 2011. Il s'agissait de BHD dans 63 % des cas, de méthadone dans 34 % des cas et de BHD en association avec la naloxone dans 3 % des cas. En 2013, près de 14 000 personnes avaient arrêté leur traitement, nombre légèrement inférieur à celui des personnes ayant été remboursées pour la première fois d'un traitement cette année (Figure 7). En 2015, 15 000 patients avaient initié un traitement par méthadone en CSAPA et 5 000 un traitement par BHD (Figure 5), chiffre resté stable depuis 2010 pour la méthadone et en baisse pour la BHD.

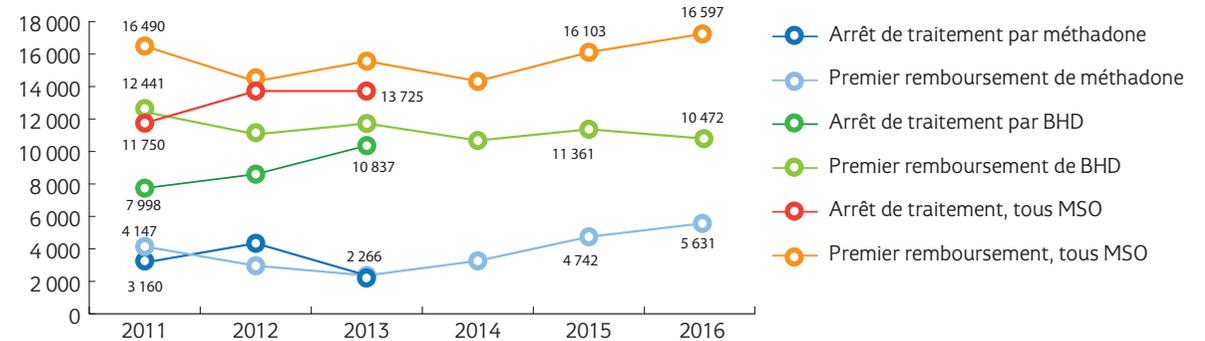
Le maintien en traitement chute les deux premières années, puis se stabilise. La proportion de patients encore en traitement l'année suivant celle du premier remboursement est de 62 %, 47 % deux années plus tard et 43 % cinq années après. Le maintien en traitement est plus élevé pour les patients traités par méthadone que pour ceux traités par BHD les trois premières années. Il devient ensuite comparable.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES (SEXE, ÂGE, CMU-C)

Plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont des hommes. La part des femmes est légèrement plus importante parmi les personnes traitées par méthadone que par BHD, de manière non significative en 2016 (24 % vs 22 %).

En 2016, l'âge moyen des bénéficiaires d'un MSO est de 39,5 ans. Les personnes bénéficiaires d'une prescription de BHD sont d'un âge moyen significativement plus élevé que les bénéficiaires de méthadone (40,5 ans versus 37,5 ans). Les hommes sont aussi en moyenne plus âgés que les femmes (39,8 ans versus 38,3 ans), de façon significative en 2016. La population bénéficiaire d'un MSO a vieilli entre 2011 et 2016 de 3,2 ans, soit plus d'un semestre chaque année. L'âge des personnes débutant un traitement s'infléchit en 2016 à 35,3 ans, alors qu'il n'avait cessé d'augmenter de 31,7 ans en 2011 à 36,5 ans en 2015. Ainsi, le vieillissement des bénéficiaires de MSO s'explique d'abord par la poursuite du traitement au long cours pour une partie des patients, mais aussi

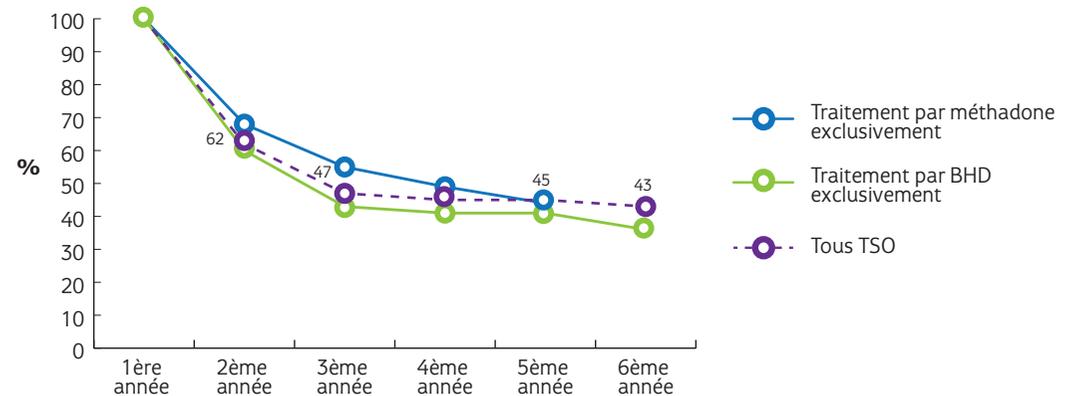
Figure 7. Évolution du nombre de patients remboursés pour la première fois d'un TSO de 2011 à 2016 et du nombre de patients arrêtant un TSO de 2011 à 2013



Lorsqu'aucun TSO n'a été remboursé au cours des trois années précédentes, on considère qu'il s'agit d'un premier remboursement. L'arrêt d'un traitement par TSO une année donnée est défini par l'absence de remboursement de TSO les trois années suivantes. Les délivrances ayant lieu en CSAPA ne peuvent pas être prises en compte ici. Ainsi, un premier remboursement de TSO peut correspondre soit à un début de traitement, soit à un transfert d'une délivrance d'un CSAPA vers une pharmacie d'officine.

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

Figure 8. Maintien en traitement des patients remboursés pour la première fois entre 2011 et 2015



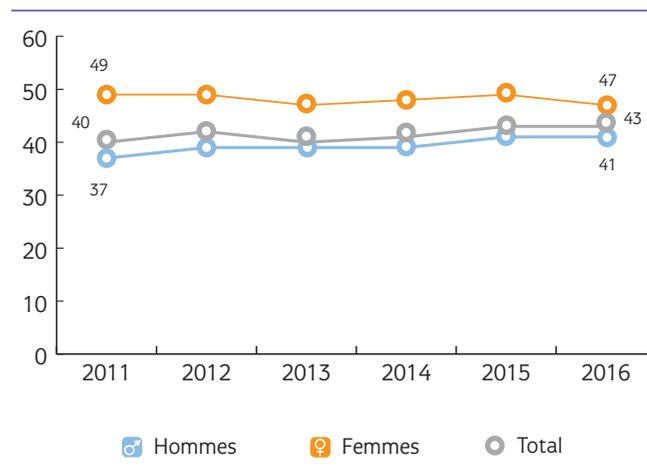
Les effectifs de patients traités par méthadone exclusivement ne sont pas suffisants pour estimer le maintien en traitement au-delà de la 5ème année.

Source : Données CNAM-TS, RG hors SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

par l'initiation des traitements à un âge plus élevé. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour interpréter ce recul de l'âge d'initiation des TSO observé jusqu'en 2015. L'âge des premières consommations d'opiacés a pu augmenter. Puis lorsque la dépendance aux opiacés s'installe, le recours à un médecin prescripteur de TSO est peut-être plus tardif, compte tenu de la large disponibilité des MSO sur le marché de rue, notamment de la BHD. Ces hypothèses mériteraient d'être étayées par des études sur les parcours de consommation et de soin des usagers d'opiacés.

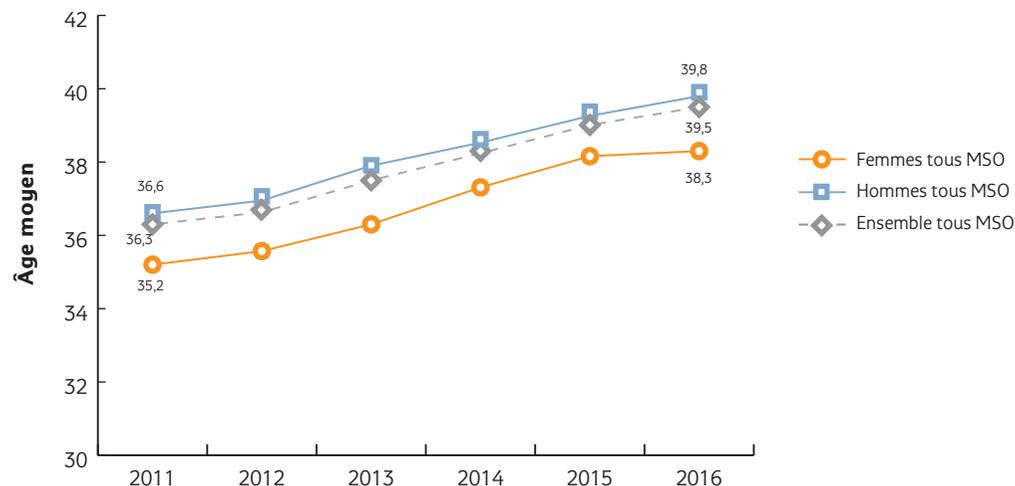
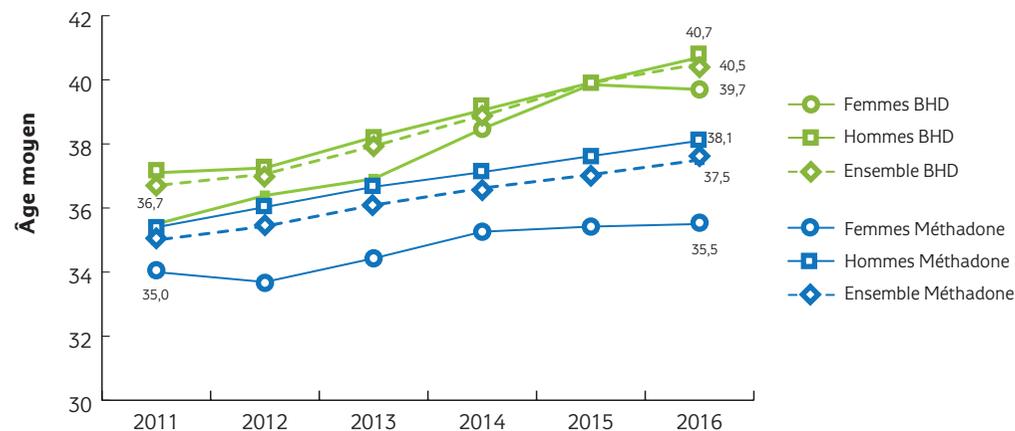
Les bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont 43 % à être affiliés à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2016, les femmes plus souvent (47 %) que les hommes (41 %), bien que l'écart se soit réduit depuis 2011. La légère progression de bénéficiaires affiliés à la CMU-C depuis 2011 n'est pas significative. Les patients prenant de la BHD bénéficiaient plus souvent de la CMU-C que ceux substitués à la méthadone en 2011. Cette différence n'est plus significative en 2016 et est à mettre en parallèle avec la progression de la part des personnes traitées par méthadone affiliées à la CMU-C durant cette période.

Figure 10. Pourcentage de patients traités par TSO en ville bénéficiaires de la CMU complémentaire selon le sexe de 2011 à 2016



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 9. Évolution de la moyenne d'âge des bénéficiaires selon le MSO remboursé en ville et le sexe (2011 à 2016)



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

LES DOSES PRESCRITES

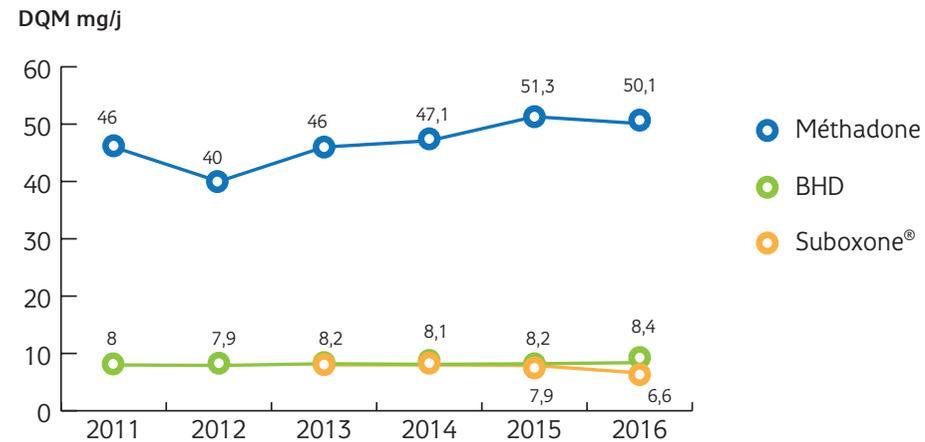
Les médianes des doses quotidiennes moyennes (DQM) prescrites pour la BHD et le Suboxone® se rapprochent de la dose d'entretien recommandée de 8 mg. Elles sont stables entre 2011 et 2016 pour la BHD et en légère baisse pour le Suboxone®. La posologie maximale efficace est de 16 mg/j selon la monographie du Vidal®. Indicateur d'un possible mésusage ou de détournement, 3,1 % des bénéficiaires ont eu des délivrances de BHD avec des DQM supérieures à 32 mg en 2016, pourcentage stable depuis 2011. Les médianes des DQM de méthadone ont augmenté depuis 2012, mais elles restent plus faibles que les doses d'entretien mentionnées dans le Vidal® qui se situent habituellement entre 60 et 100 mg/j.

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, lesquels sont presque exclusivement (à 98 %) des médecins généralistes. Les bénéficiaires de MSO ont eu des prescriptions de BHD provenant exclusivement de médecins libéraux dans 81 % des cas et de méthadone dans la moitié des cas. Les parts des prescriptions issues des médecins libéraux, des établissements et des prescriptions mixtes (ville et établissement) sont restées stables depuis 2013 pour la BHD. Dans le cas de la méthadone, la part des prescriptions provenant exclusivement des médecins de ville baisse de façon significative au profit des prescriptions en établissement et des prescriptions mixtes depuis 2014. Le Suboxone® se distingue par des fluctuations importantes de la répartition des prescriptions liées aux faibles effectifs, mais sans doute aussi à l'introduction de ce nouveau traitement. La part

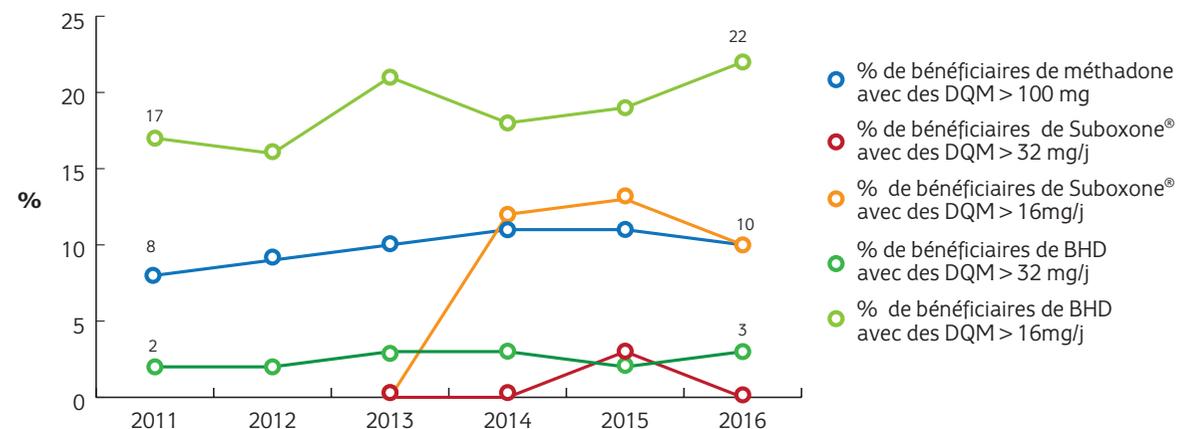


Figure 11. Évolution des médianes des doses quotidiennes moyennes (DQM) des bénéficiaires traités par BHD, Suboxone® et méthadone en ville entre 2011 et 2016



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 12. Évolution de la part des bénéficiaires ayant des DQM ≥ 16 mg, ≥ 32 mg pour la BHD et le Suboxone® et > 100 mg pour la méthadone délivrée en ville



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

de prescription de ce médicament provenant exclusivement des établissements est particulièrement importante (36 %) comparée aux autres MSO.

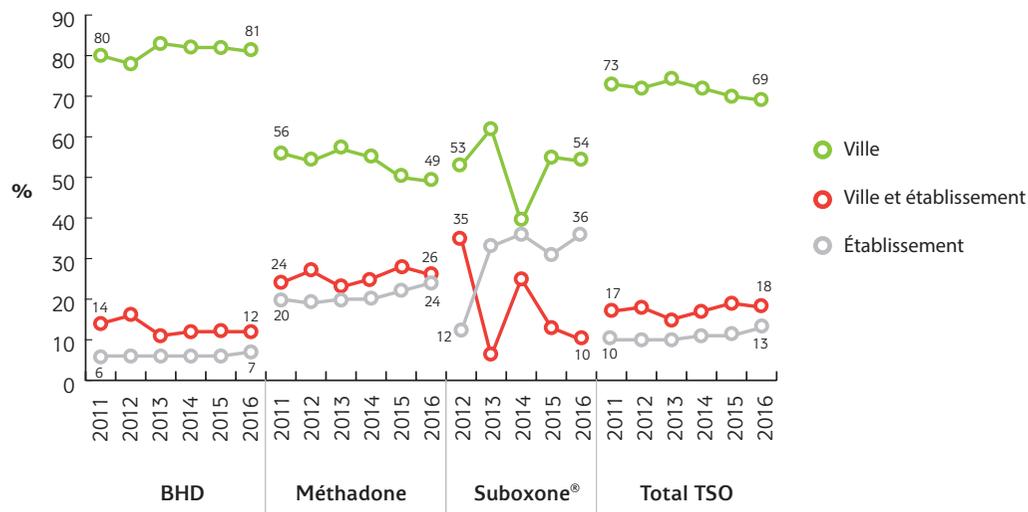
L'existence de prescripteurs multiples pour un même bénéficiaire est considérée comme un indicateur d'un possible mésusage ou d'une présomption de trafic de MSO. En 2016, la prescription de MSO par trois prescripteurs ou plus pour un même bénéficiaire concerne 23 % des personnes et la délivrance par trois pharmacies ou plus 9 % des bénéficiaires. Si, pour la méthadone, le nombre de patients ayant consulté dans l'année trois prescripteurs différents de MSO ou plus a augmenté de façon significative entre 2011 et 2016, ce nombre est stable pour la BHD. La part des patients ayant eu dans l'année des délivrances de MSO dans trois pharmacies ou plus se stabilise en 2016 pour la BHD après une diminution entre 2011 et 2015. Elle est stable sur la période pour la méthadone. 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. En effet, l'initiation du traitement par méthadone et le passage à la forme gélule se déroulant obligatoirement en CSAPA contribuent à augmenter le nombre de prescripteurs différents pour les patients suivis en médecine de ville. 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.

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, plus souvent ceux traités par BHD et /ou Suboxone® (71 %) que par méthadone (65 %), loin devant les anxiolytiques, les

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.

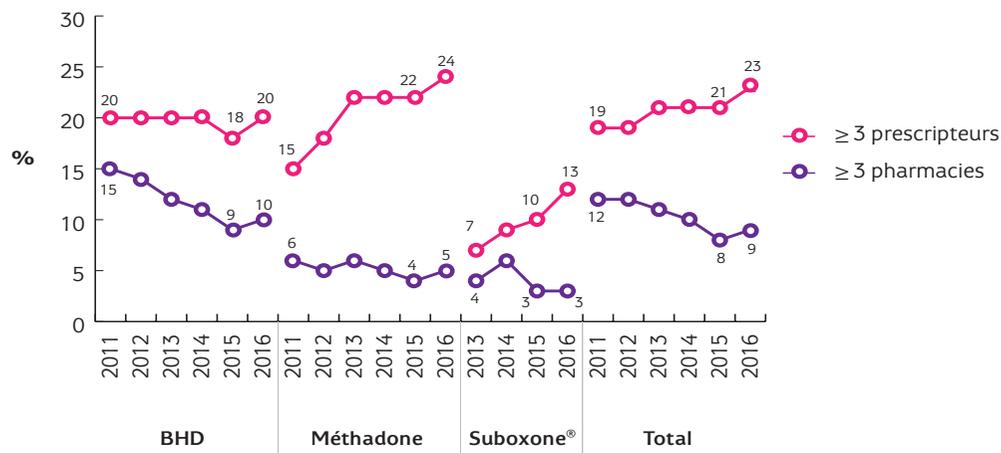
Figure 13. Répartition des bénéficiaires selon l'origine de leurs prescriptions et le MSO prescrits entre 2011 et 2016



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Lecture : En 2016, 69 % des bénéficiaires de TSO ont reçu leurs prescriptions exclusivement auprès de médecins libéraux exerçant en ville, 18 % d'entre eux ont eu des prescriptions émanant tantôt de la ville, tantôt d'établissements (CSAPA ou hôpital) et enfin 13 % d'entre eux ont reçu leurs prescriptions exclusivement de médecins exerçant en établissement.

Figure 14. 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, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

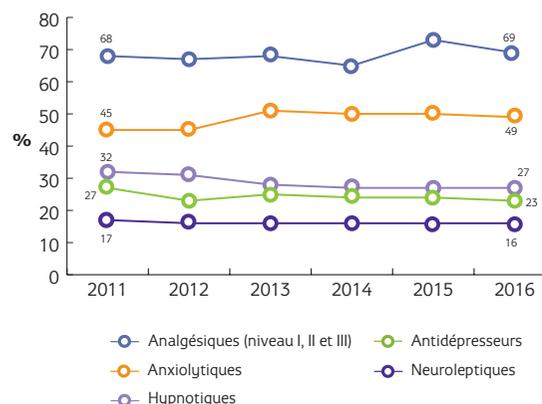
hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques. Les niveaux de consommation de ces médicaments ont augmenté pour les anxiolytiques et ont diminué pour les hypnotiques (peut-être en lien avec le retrait du marché du flunitrazépam en 2013) et les antidépresseurs entre 2011 et 2016.

Le pourcentage de patients ayant bénéficié d'un remboursement des traitements antiviraux contre le VIH est resté stable, tout comme celui des traitements contre les hépatites virales B et C malgré l'arrivée des antiviraux d'action directe contre l'hépatite C en 2014. 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. Sept pour cent des personnes remboursées de MSO en 2016 en ont bénéficié, proportion demeurée stable depuis 2011.

Le niveau de remboursement de sulfates de morphine, parfois utilisés comme MSO, malgré l'absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM), n'a également pas varié depuis 2011. Il concerne en 2016 un peu plus de 2 % des personnes ayant reçu un MSO.

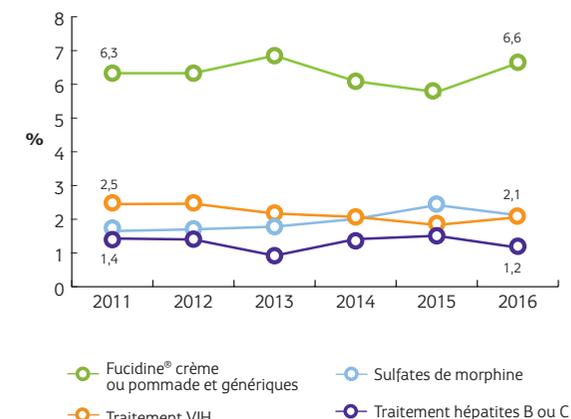
Les bénéficiaires de remboursement de MSO (autant pour la BHD que la méthadone) sont près du tiers à être pris en charge pour affection de longue durée (ALD). L'ALD est le plus souvent justifiée par un trouble psychiatrique (21 % des bénéficiaires de MSO), notamment les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et les troubles spécifiques de la personnalité (respectivement 9 % et 5 % des bénéficiaires de MSO). La prise en charge pour ALD en raison d'une hépatite virale chronique C ou d'une infection par le VIH concerne respectivement 6 % et 2 % des bénéficiaires de MSO. Ces pourcentages sont très en deçà des prévalences du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues. De plus, la prise en charge au titre d'une hépatite virale chronique a diminué entre 2011 et 2016 alors que des antiviraux d'action directe contre l'hépatite C sont disponibles depuis 2014. La prise en charge pour ALD se justifiant en cas de soins actifs, cela semble indiquer que peu d'usagers de drogues ayant une hépatite C chronique ont accès aux nouveaux traitements. En outre, les patients ayant de faibles ressources et protégée par la couverture complémentaire gratuite (CMU-C), alors qu'ils pourraient cumuler une prise en charge pour ALD, n'en bénéficient pas toujours.

Figure 15. Remboursements de médicaments analgésiques et psychotropes parmi l'ensemble des sujets bénéficiant de MSO délivrés en ville entre 2011 et 2016



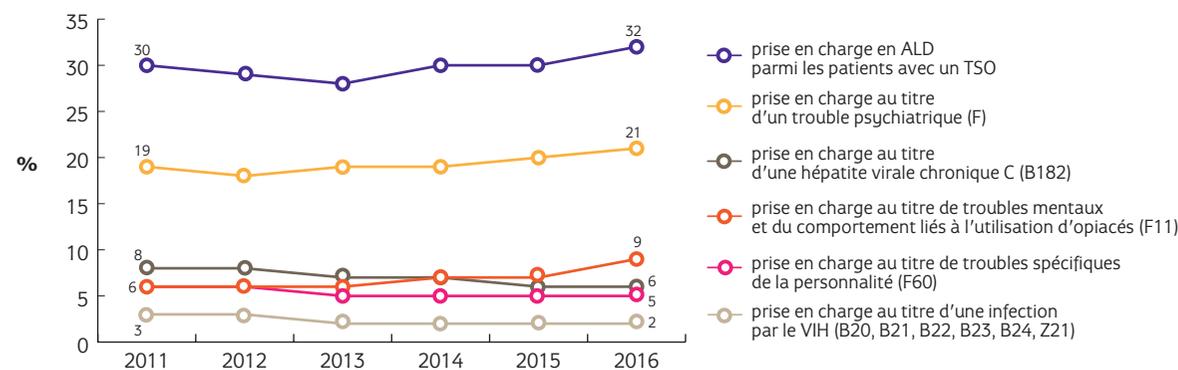
Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 16. Remboursements de médicaments anti-infectieux et de sulfate de morphine parmi l'ensemble des sujets bénéficiant de MSO délivrés en ville entre 2011 et 2016



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 17. Pourcentage de bénéficiaires pris en charge pour une ALD parmi les patients remboursés d'un MSO en ville de 2011 à 2016



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

MSO ET HOSPITALISATION

En 2015, 22 % des bénéficiaires de MSO ont été hospitalisés dans l'année en médecine, chirurgie ou obstétrique, proportion en hausse continue depuis 2011 pour les patients traités par méthadone et seulement par rapport à 2014 pour ceux traités par BHD. Les bénéficiaires de méthadone sont plus souvent hospitalisés que ceux traités par BHD ou Suboxone®, sauf en 2011 où l'inverse était observé. Les femmes ont plus fréquemment été hospitalisées dans l'année que les hommes (27 % versus 21 % en 2015) en lien avec les accouchements et les interruptions de grossesse qui concernent 7 % d'entre elles.

Les principales causes d'hospitalisations sont les maladies de l'appareil digestif (14 % des personnes hospitalisées), les lésions traumatiques (10 %), les maladies du système ostéo-musculaire (9 %) puis les troubles mentaux et du comportement (8 %). Ces derniers sont le plus souvent liés à l'utilisation d'alcool pour 5 % des personnes hospitalisées et liés aux opiacés pour 1,5 % d'entre elles. Il est à noter que les hospitalisations en psychiatrie ne sont ici pas prises en compte. La durée des séjours était en moyenne de 6 jours, plus longue pour les hommes que pour les femmes (7 jours versus 4 jours), avec une médiane à 2 jours.

Enfin, 5 % des femmes âgées de 15 à 44 ans et bénéficiaires d'un MSO ont accouché en 2015.

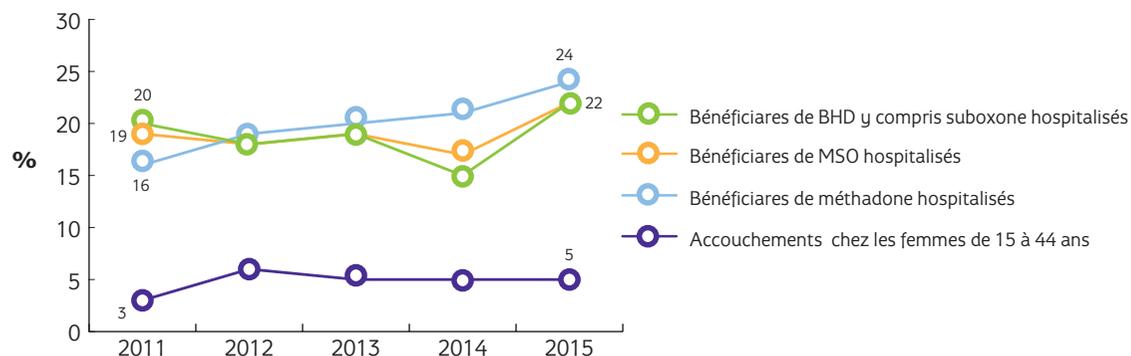
LE MÉSUSAGE DES MSO

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

Le mésusage traduit une diversité de finalités (auto substitutive, addictive). Les modes d'obtention sont très variés (marché noir, troc, entourage) de même que les voies d'administration (injection, sniff, inhalation) et ces modalités sont souvent imbriquées. Une pratique de mésusage peut également constituer une étape vers une prise en charge médicale pour les usagers en demande de traitement consommant déjà de la méthadone qu'ils se sont procurée sur le marché noir mais aussi parfois une porte d'entrée dans l'addiction aux opiacés.

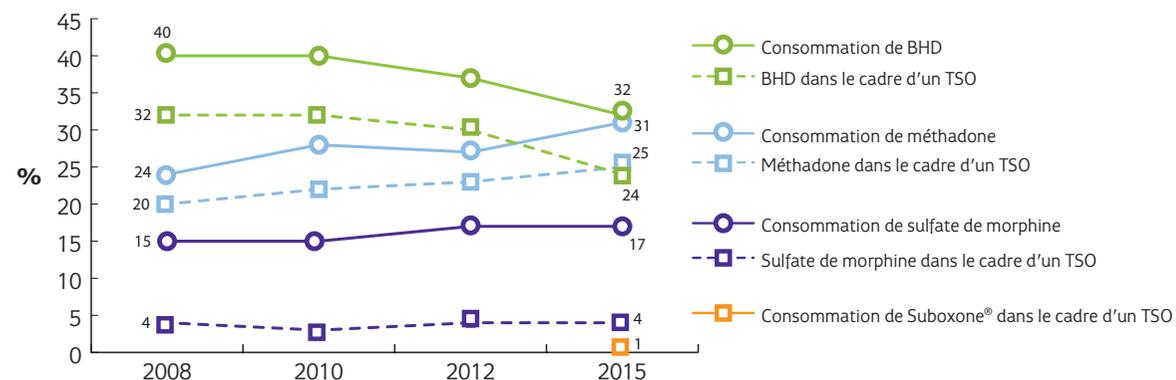
Au sein du public reçu dans les CSAPA, le produit posant le plus de problèmes ou motivant la prise en charge est un MSO pour 2,6 % des usagers (de l'ensemble des drogues, y

Figure 18. Pourcentage de bénéficiaires hospitalisés selon le MSO prescrit et de femmes ayant accouché de 2011 à 2015



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

Figure 19. 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



*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.

Source : ENA-CAARUD 2008, 2010, 2012, 2015. OFDT

compris l'alcool) en 2015, (chiffre stable par rapport à 2010), soit environ 7 500 personnes par an [5]. Lorsque la BHD est le produit posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge, la voie orale est le mode de consommation habituel pour 39 % des usagers, l'injection pour 27 % d'entre eux et le sniff pour autant en 2016. Ces niveaux sont stables après une hausse pour la voie orale et le sniff et en diminution pour l'injection depuis 2009.

Parmi les usagers des CAARUD, la voie orale (51 %) est la voie d'administration de la BHD la plus fréquente en 2015, devant l'injection (46 %) qui était la voie la plus répandue jusqu'en 2012. L'utilisation de la voie orale est en augmentation, à l'opposé de l'injection qui recule entre 2012 et 2015. Le sniff, moins fréquent (21 %), après une nette augmentation entre 2008 et 2012, est orienté à la baisse en 2015. La voie inhalée ou fumée, bien que minoritaire (7 %), est en progression depuis 2008.

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 Direction générale de la santé (DGS) datent de 2015 [9] ;
- 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 2016 [6].

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, qui porte sur les consommations, les comportements de consommation, les dépistages et la situation sociale des usagers des CAARUD [7]. La dernière édition a eu lieu en 2015.

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 ont un traitement plus souvent stabilisé et une prescription plus fréquente de BHD.

Figure 20. 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



*Chaque usager ne peut déclarer qu'une seule voie d'administration.

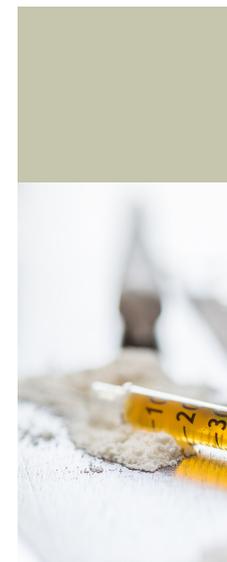
Source : RECAP-OFDT

Figure 21. Voie d'administration* de la BHD chez les usagers des CAARUD



*Chaque usager peut déclarer une ou plusieurs voies d'administration.

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010, 2012, 2015. OFDT



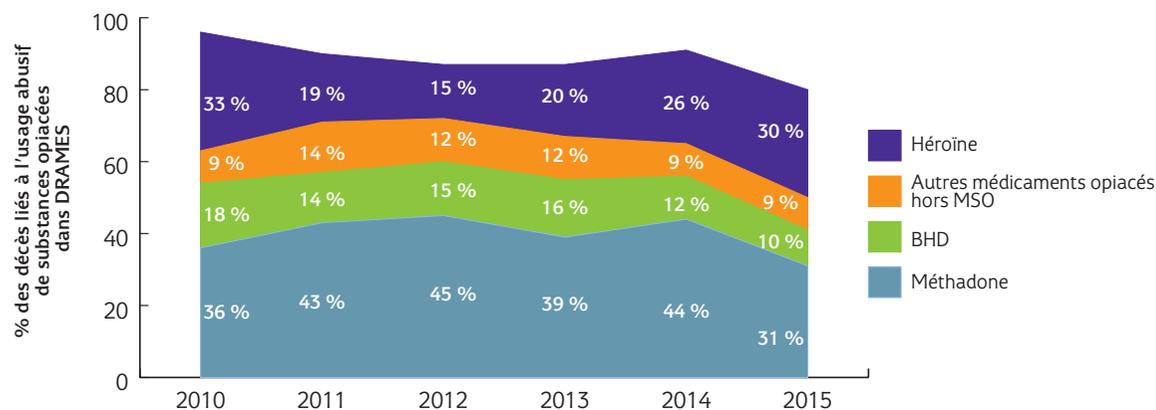
La consommation de MSO hors suivi médical parmi les usagers des CAARUD en 2015 concernent 20 % des usagers de méthadone et 26 % de ceux de BHD, pourcentage stable pour la méthadone et en hausse par rapport à 2012 pour la BHD. Cette hausse est la première observée depuis le début des enquêtes en 2008.

La prévalence de la consommation de BHD a diminué dans les CAARUD entre 2008 et 2015, tandis qu'elle a augmenté pour la méthadone et qu'elle est stable pour 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 2015, 41 % des décès par surdoses sont imputables au moins en partie aux MSO : la méthadone est impliquée dans 31 % d'entre eux, tandis que la BHD l'est dans 10 % selon les résultats de l'enquête DRAMES qui a dénombré 343 décès directs provoqués par l'abus de substances. De 2010 à 2015, la part des décès impliquant la méthadone a fluctué entre 31 % (en 2015) et 45 % (en 2012). En 2015, la part de décès impliquant un MSO a fortement chuté, tandis que ceux causés par l'héroïne ont augmenté.

Figure 22. Évolution du pourcentage de décès par surdose 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 2015, 31 % des décès observés dans l'enquête DRAMES impliquent la méthadone.

Source : DRAMES - CEIP de Grenoble - ANSM

Repères méthodologiques

L'enquête DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) [10 ; 11] menée sous la responsabilité de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) 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 experts toxicologues doivent inclure dans l'enquête tous les décès liés à la drogue : 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. Sont en revanche exclus tous les décès dus à un suicide, à un tiers, à une intoxication médicamenteuse sans antécédent documenté d'abus aux médicaments impliqués, les décès dus aux accidents de la voie publique, les dossiers pour lesquels on trouve une autre cause non liée à une substance psychoactive, les dossiers insuffisamment documentés et les dossiers sans dosages sanguins. Les données recueillies portent sur 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, leur quantification dans le sang et la cause probable du décès. Elles 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 :

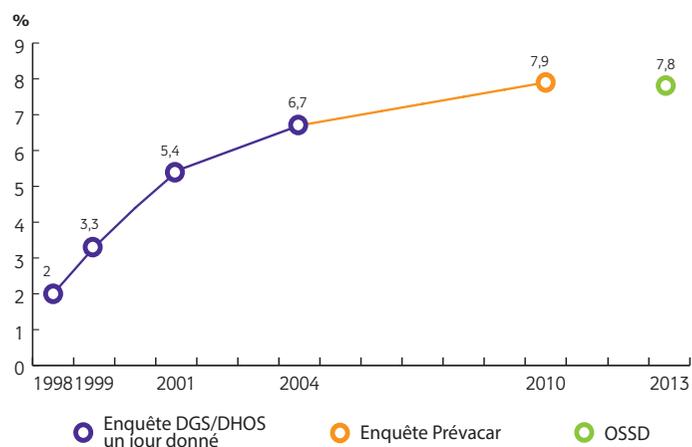
Le signalement des décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives n'est pas exhaustif en raison d'obstacles à plusieurs niveaux :

- 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, qui peut omettre de signaler un obstacle médico-légal, malgré une suspicion d'overdose.

LES TSO EN PRISON

La place occupée par les TSO en prison semble stable entre 2010 et 2013. Cependant, la prévalence des TSO en prison désormais calculée une année donnée par l'Observatoire des structures de de santé des personnes détenues (OSSD), n'est pas strictement comparable aux prévalences un jour donné estimées dans les précédentes enquêtes. Le nombre de personnes détenues ayant eu un TSO en 2013 s'élève à 5 714, soit 8 % des personnes ayant séjourné en établissements pénitentiaires [12]. 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 (61,6 % des cas), même si la part de la méthadone continue sa progression (38,4 % des cas en 2013 versus 15,2 % en 1998) et se situe à un niveau plus élevé qu'en milieu libre. Selon le type d'établissement, la part des détenus ayant un TSO diffère. Les centres de détention (établissements accueillant les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à 1 an) ont la plus forte prévalence de TSO avec 13 % des détenus en bénéficiant, 8 % des détenus reçoivent des TSO en maison d'arrêt (établissement pour les prévenus et les personnes condamnées dont la durée de peine à purger est inférieure à un an), 5 % en maison centrale (établissement pour les condamnés à une longue peine)[13].

Figure 23. 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), Observatoire des structures de données des personnes détenues OSSD (2013)

Repères méthodologiques

Les enquêtes sur les traitements de substitution en prison

L'Observatoire des structures de de santé des personnes détenues (OSSD) [12] a été mis en place en 2010 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il documente les prescriptions de TSO en prison à partir des rapports d'activité type renseignés annuellement par les unités sanitaires. Le pourcentage de personnes bénéficiant d'un TSO est calculé en rapportant le nombre de personnes ayant reçu une prescription de TSO sur le nombre de personnes détenues ayant séjourné en établissement pénitentiaire une année donnée.

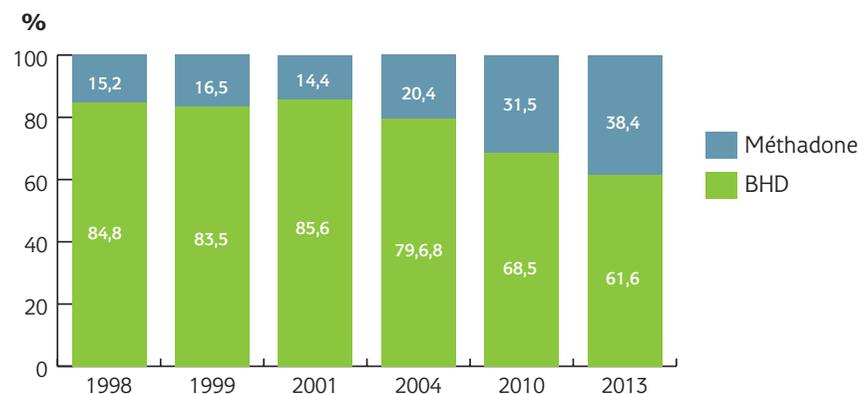
Le volet « prévalence » de l'enquête Prévacar [14], menée en 2010, a pour objet de mesurer en milieu carcéral la proportion de personnes en TSO ainsi que la prévalence des infections par le VIH et le VHC. Après tirage au sort des personnes incarcérées, ces dernières ont été informées de manière collective et individuelle et pouvaient refuser de participer. Les données ont été recueillies par questionnaire individuel et anonyme 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.

Figure 24. Évolution 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), Observatoire des structures de données des personnes détenues OSSD (2013)



VENTES DE MSO ET RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE

En France métropolitaine, les ventes moyennes de MSO s'élèvent à 65 doses journalières pour 10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans par jour (DJ/10 000 hab. /j). Ces ventes sont inégalement réparties sur le territoire variant de 21 dans les Yvelines à 152 DJ/10 000 hab. /j en Haute-Marne. À l'échelle régionale, les ventes de MSO rapportées à la population sont les plus élevées dans le Grand-Est et la Bourgogne-Franche-Comté. Elles sont les plus faibles en Île-de-France, dans les Pays-de-la-Loire et en Auvergne-Rhône-Alpes.

LES TSO EN EUROPE

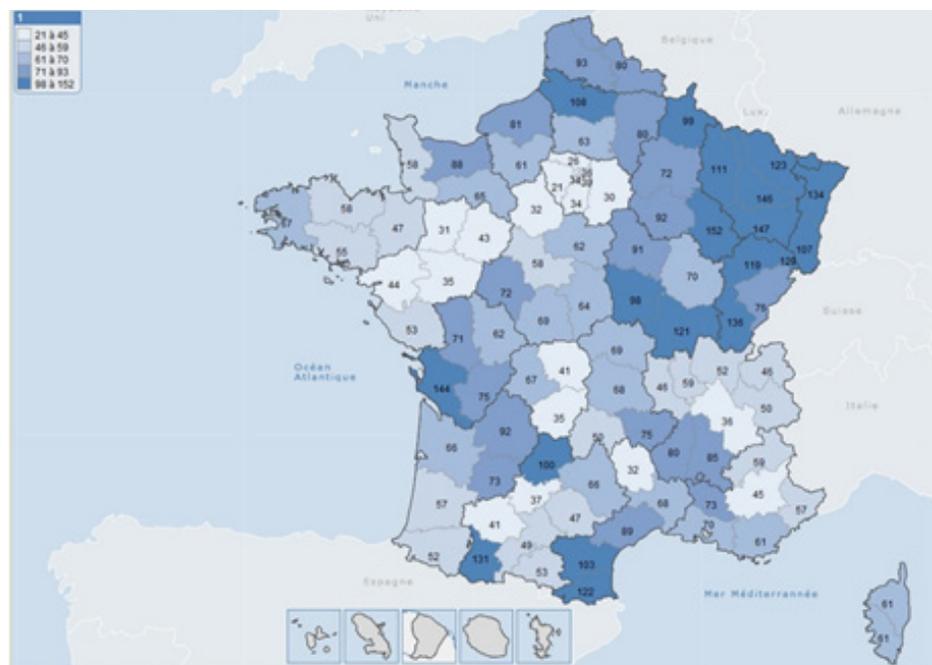
La France se distingue de la plupart des autres pays européens par la proportion très majoritaire de prescriptions de BHD. Dans l'Union européenne, près des deux tiers des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone. La BHD est également le MSO le plus souvent utilisé en Grèce, Suède, Finlande, République tchèque et à Chypre.

L'absence de normalisation des modes de calcul⁴ limite la comparabilité des données [15]. 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. Ce haut niveau de diffusion des MSO est lié à l'utilisation de la BHD et à sa large accessibilité permise par sa moindre dangerosité.

Le nombre de personnes ayant un TSO en Europe a augmenté régulièrement de 2004 à 2010 et diminue depuis. 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. En Angleterre et au Pays de Galles, après une forte croissance jusqu'en 2010, la tendance est depuis à la baisse. En Irlande, on observe une hausse modérée et continue au cours de la décennie. En Italie, le nombre de personnes ayant un TSO est stable depuis 2004, la baisse observée en 2014 et 2015 est liée à un changement du mode de calcul. Au Luxembourg, la relative stabilité jusqu'en 2010 a été suivie d'une baisse. Enfin, en Espagne, la tendance est à la diminution du nombre de personnes en TSO au cours de la dernière décennie [16].

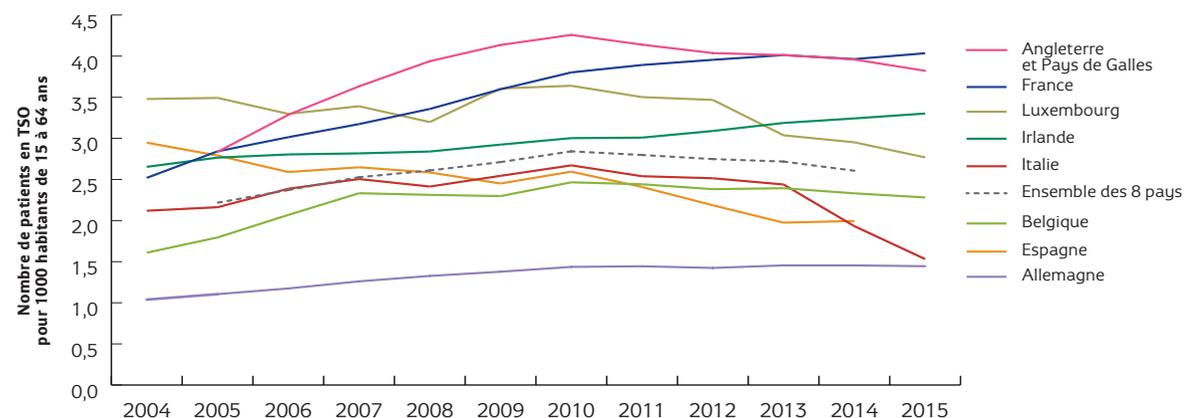
4. Selon les pays et les années considérés, l'estimation du nombre de patients en TSO peut être issue de données individuelles de prise en charge (comme un registre de substitution pour l'Allemagne et la Belgique, une base médico-administrative de remboursements de médicaments pour la France) ou de données 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.

Figure 25. Répartition départementale des ventes de MSO en dose journalière/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans /j en 2016



Source : SIAMOIS (GERS, exploitation OFDT)

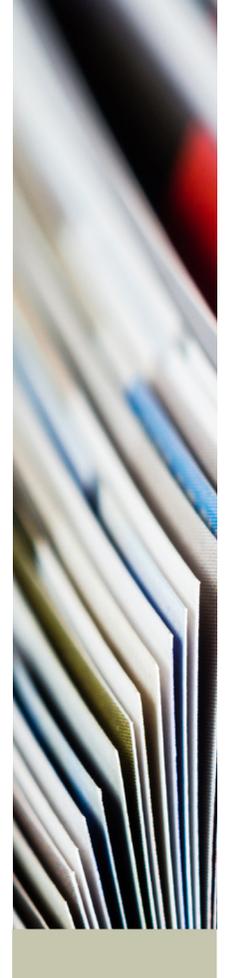
Figure 26. Évolution du nombre de patients en TSO pour 1000 habitants de 15 à 64 ans selon les pays frontaliers de la France



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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Brisacier A.-C., *Tableau de bord TSO 2017*, Saint-Denis, OFDT, 2017, 17 p.
2. 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.
3. Brisacier A.-C. et Collin C., « Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes », *Tendances*, OFDT, n° 94, 2014, 6 p.
4. Palle C. et Rattanatrasy 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.
5. Palle C. et Rattanatrasy M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2015. Situation en 2015 et évolutions sur la période 2005-2015*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.
6. OFDT, RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge). <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/> [accédé le 05/12/2017].
7. Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A. et Gautier S., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 », *Tendances*, OFDT, n° 120, 2017, 6 p.
8. Assurance Maladie, Medic'AM 2016. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-mensuel-2016.php> [accédé le 30/11/2017].
9. Palle C. et Rattanatrasy M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2014. Situation en 2014 et évolutions sur la période 2005-2014*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.
10. ANSM, « Présentation des résultats de l'enquête "DRAMES 2014" », Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CT022016023. Compte rendu de la séance du 17 mars 2016, Saint-Denis, ANSM, 2016, pp. 9-11.
11. ANSM, DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Résultats de l'enquête. [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/5#paragraph_54409](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5#paragraph_54409) [accédé le 18/12/2017].
12. Observatoire des structures de de santé des personnes détenues (OSSD), Rapport d'exploitation des données 2013, DGOS, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 38 p.
13. Barbier C., Maache A., Bauer D., Joannard N. et Lerasle S., Enquête flash relative à la prise en charge des addictions en milieu carcéral, Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 46 p.
14. Direction Générale de la Santé, Enquête Prévacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, Paris, DGS, 2011, 88 p.
15. EMCDDA, Statistical bulletin 2017. Data tables, health and social responses, opioid substitution treatment, clients, methods. http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/hsr_en [accédé le 01/12/2017].
16. EMCDDA, Statistical bulletin 2017. Data tables, health and social responses, opioid substitution treatment, clients, all clients. http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/hsr_en [accédé le 01/12/2017].



Remerciements

À Julie-Émilie Adès, Julien Morel D'Arleux
et Christophe Palle pour leur relecture attentive.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

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 / © Syda Productions / © Minerva Studio / © alswart / © davidphotos / © Food photo / © ridvanarda / © fotomaximum / © dobri71 / © Stasiqne (Fotolia.com) / © frolicsomepl (Pixabay)



www.ofdt.fr