

Addiction aux opiacés : la réalité de la prise en charge en France et dans le monde...



Asud



huffingtonpost

Pr F. Paille
Nancy

Liens d'intérêt

Essais cliniques	Lundbeck
Interventions ponctuelles : activités de conseil	D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck, Indivior
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	Lundbeck, Merck Serono, Indivior
Conférences : invitations en qualité d'auditeur	D&A Pharma, Lundbeck

Estimation du nombre de consommateurs de SPA en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

(Source : OFDT)

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)

// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Estimation moyenne des usagers problématiques d'héroïne = 210 000
(= usagers d'héroïne dans les 30 derniers jours)

La réalité des consommations

Expérimentation de l'héroïne en France, en 2014

(= usage au moins 1 fois dans la vie)

■ **Chez les jeunes de 17 ans : 1,0 %**

- Filles = garçons
- Stabilité entre 2000 et 2005,
- Augmentation de 2005 à 2008
- Actuellement : stabilité, notamment chez les garçons (1,0% en 2011)

■ **Chez les 18-64 ans : 1,5 %**

2,5 % parmi les hommes vs 0,6 % parmi les femmes

L'usage actuel apparaît très rare (0,2 % des personnes interrogées)

Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 11-75 ans est estimé à 600 000 personnes.

Diversification des consommations chez les UD

- Les opiacés gardent une place importante dans les consommations des UD actifs
- Ils ne constituent plus l'essentiel des produits consommés, mais **s'intègrent à un polyusage**. Moins d'1/4 des UD en prend quotidiennement
- **La BHD est le produit le plus consommé**, en particulier parmi les jeunes polyusagers en errance, les plus pauvres et les plus désocialisés
- La consommation d'opiacés semble progresser parmi les usagers récréatifs fréquentant le milieu festif techno

2 grandes catégories d'usagers

■ UD avec une consommation « traditionnelle »

Injection plus fréquente

- Soit hommes, âgés de + de 35 ans, sous TSO + héroïne de temps en temps
- Soit UD précaires, en grande fragilité sociale et économique. Consommation d'héroïne occasionnelle essentiellement conditionnée par les rentrées d'argent.



■ **Usagers « récréatifs »** : jeunes adultes, usage intermittent, dans un cadre festif, souvent associé à des stimulants.

Usagers très intégrés, consomment pour les effets (euphorie, plaisir...). Groupe émergent.

La majorité n'est pas dépendante.

L'héroïne est très majoritairement sniffée et parfois fumée.

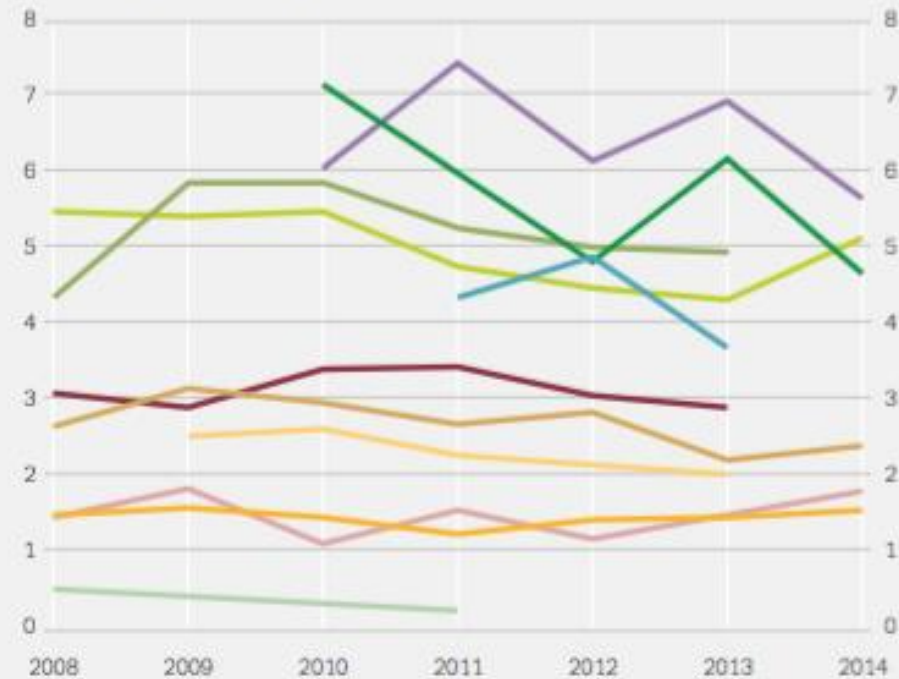
Les alternatives à l'injection se développent chez les nouveaux usagers

- Usagers vus dans les structures de réduction des risques : l'injection reste le mode d'administration prédominant
Mais diminution progressive au profit du sniff (42,0 %) et de l'inhalation à chaud
- Usagers pris en charge en CSAPA ou en médecine de ville
Voie nasale prépondérante.
Sniff = voie d'entrée la plus fréquente des jeunes usagers. L'inhalation se diffuse comme un mode d'usage alternatif à l'injection

Estimation nationale de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au cours de l'année écoulée : sélection de tendances et données les plus récentes

(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)

Nombre de cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans



Taux pour 1 000 0,0-2,5 2,51-5,0 >5,0 Aucune donnée

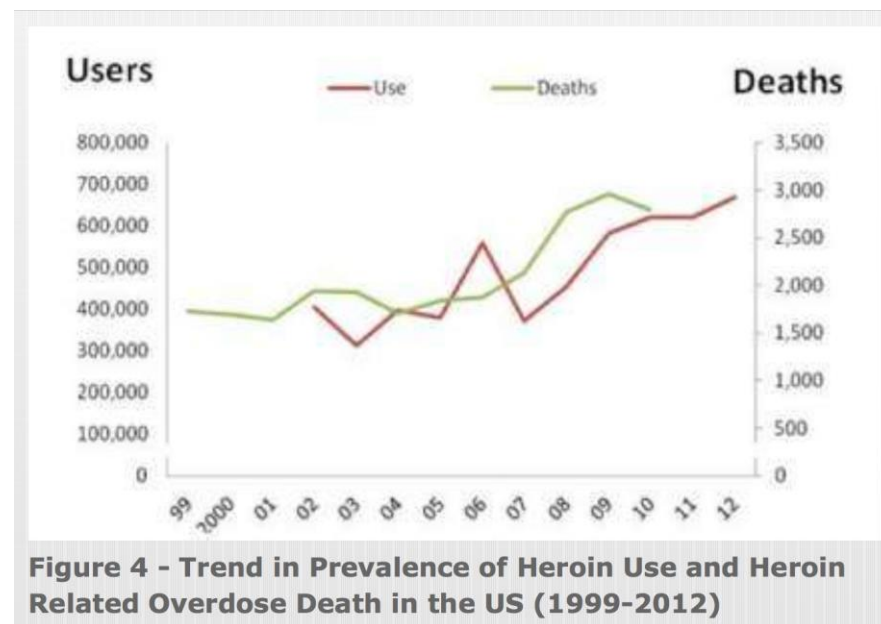
En Europe : 1,3 million d'utilisateurs problématiques d'opiacés

■ **Aux Etats-Unis**, estimation

400 000 usagers
problématiques d'héroïne,
en forte augmentation
3 millions avec usage
actuel ou passé d'opiacés

2,1 millions de personnes
présenteraient un trouble
de l'usage d'un antalgique
opiacé (4 millions avec un
usage non médical)

- **Dans le monde entier**, estimation entre 26,4 millions et 36 millions de personnes présentant un usage problématique d'opiacés
En augmentation



Le mésusage des antalgiques opiacés

- **Problème devenu majeur au USA** : > 2 millions de patients avec un trouble de l'usage des antalgiques opiacés
En France, la question commence à être d'actualité chez les patients présentant une DCNC, mais aussi une DCC

- **Prévalence de l'addiction aux opiacés antalgiques**

Chiffres très variables selon les études.

Risque faible si durée de traitement faible et absence de facteurs de risque d'addiction¹ (0,27 %)

¹ Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2010; CD006605

Risque de comportement déviant estimé entre 5 et 24 % chez les lombalgiques chroniques

Suivi de cohortes à plus long terme

- . Taux d'addiction de 0 à 2,8 % (6 études)
- . Taux d'abus de 0 à 1,3 % (3 études)
- . Taux de mésusage de 0 à 63 % (14 études) - **Médiane = 14 %**

Il existe différentes populations

■ Les sujets dépendants à doses thérapeutiques

Sujets devenus peu à peu dépendants suite à une prise prolongée d'antalgiques opiacés prescrits

■ Les polyconsommateurs (polyaddicts)

≈ 40 % ont aussi des BZD prescrites

=> doses de médicaments plus élevées, pendant plus longtemps, plus à risque de consommer d'autres SPA et d'avoir des comorbidités psychiatriques.

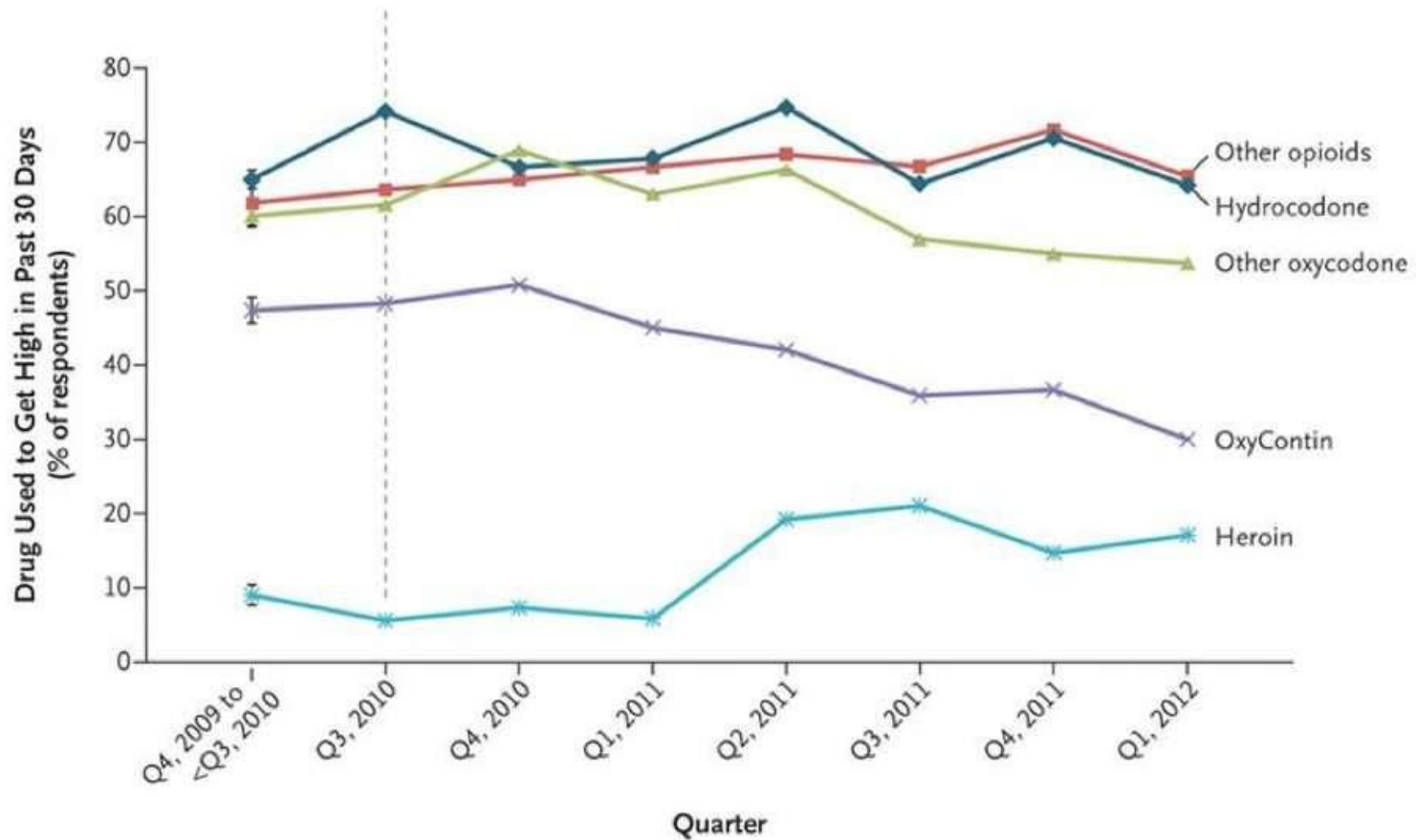
Etude danoise (13281 personnes).

- 22,6 % des patients traités par opiacés pour DCNC ont au moins 2 autres comportements addictifs
 - vs 11,5 % chez les patients non traités par opiacés
 - et 8,9 % chez les individus sans douleur chronique
- RR 27 fois plus grand de mésusage de BZD avec douleur chronique que sans

Les facteurs de risque de mésusage des opioïdes forts

= profil de risque d'addiction

- Age jeune
- Sexe masculin
- Maladie psychiatrique présente au moment de la prescription
- Problèmes légaux et comportementaux chez les hommes
- ATCD de mésusage de substance(s)
- ATCD d'addiction à l'alcool
- Tabagisme actif
- Consommation de produits illicites
- Prescription d'opioïdes faibles > dose journalière définie (par l'OMS) (ex : tramadol, DDD = 300 mg/j)

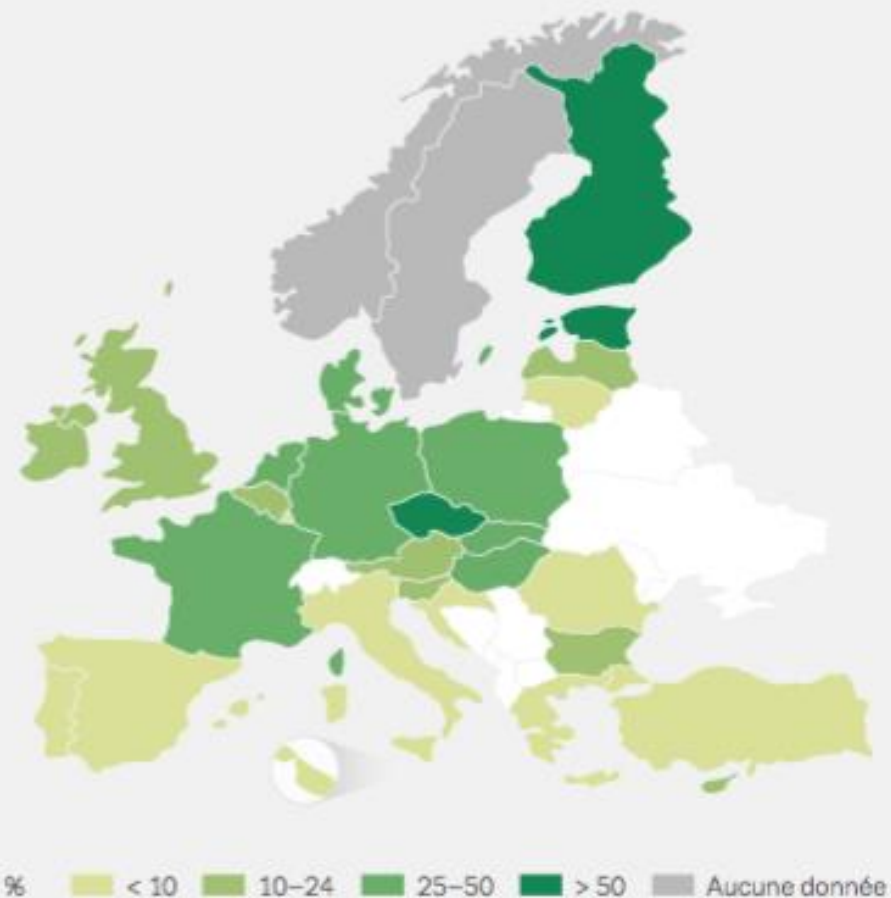
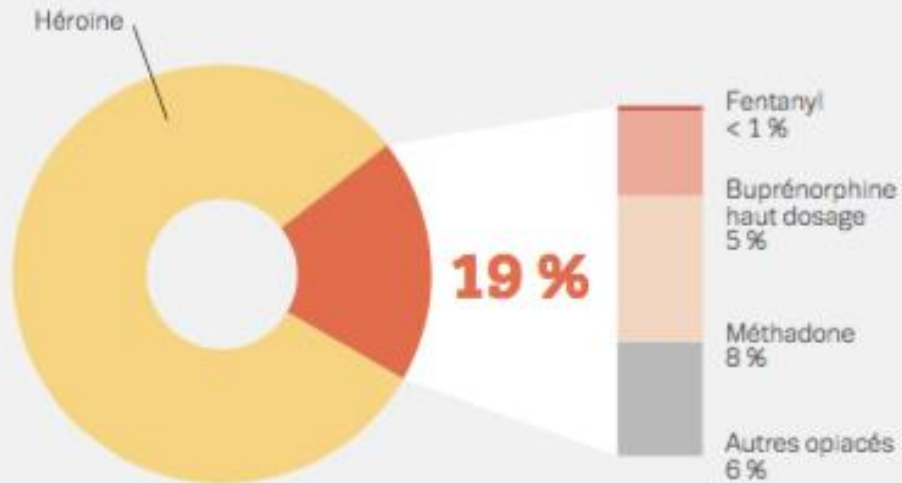


Une évidence croissante suggère que les usagers problématiques d'analgésiques opiacés ont tendance à se tourner vers l'héroïne lorsque la prescription d'analgésiques devient moins accessible ou plus difficile à mésuser.

Ex. : l'usage d'héroïne a augmenté après une diminution du mésusage de l'oxycontin du fait de l'introduction d'une forme galénique dissuasive de ce médicament (ligne noire)

Patients admis en traitement citant les opiacés comme drogue posant le plus de problèmes par type d'opiacés

(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)



Les traitements



Les opiacés très souvent en cause dans les prises en charge...

- **En CSAPA**, près de 40 % de patients sont pris en charge pour un usage problématique d'opiacés. Héroïne principalement en cause dans 77 % des cas BHD dans 12 % des cas Méthadone ou sulfate de morphine chacun dans 5,5 % des cas.
Le nombre total de personnes traitées en CSAPA en raison de leur consommation d'opiacés est estimé à 53 000 en 2010. Augmentation d'1/3 depuis 2006.
- **En médecine de ville**, on estime à 110 000 le nombre de patients dépendants aux opiacés vus par les MG en 2009. En augmentation.
- Peu de patients ont recours à **l'hôpital**.

Consommateurs d'héroïne admis en traitement

Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)

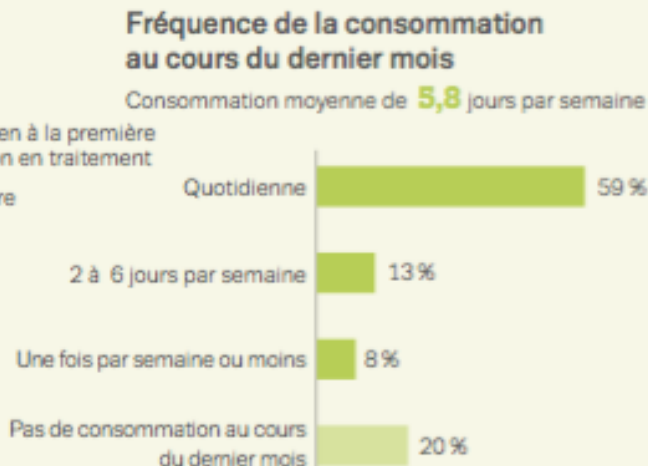
Caractéristiques



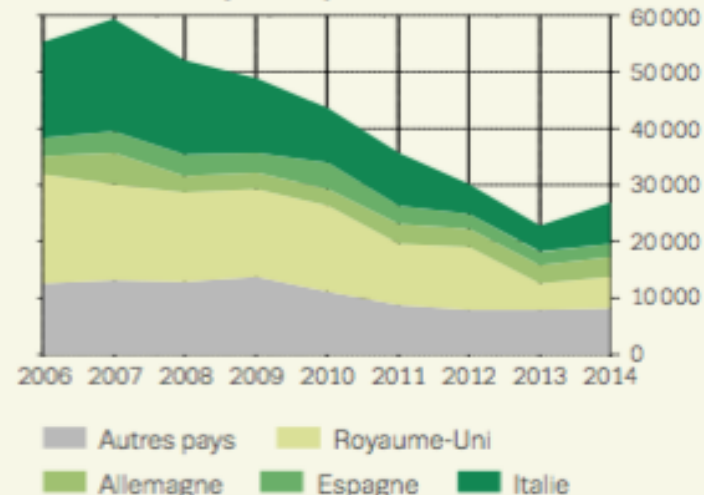
22
Âge moyen à la première consommation



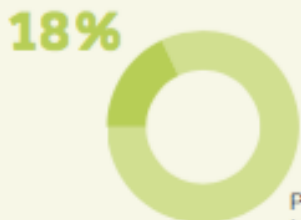
36
Âge moyen à la première admission en traitement



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois

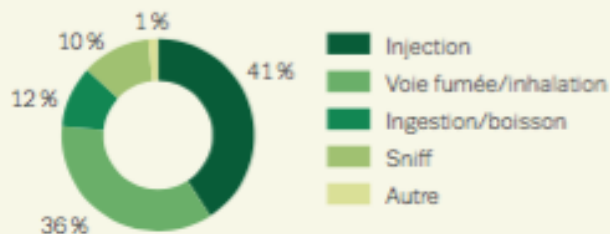


Patients admis en traitement pour la première fois



Patients admis en traitement traités antérieurement
82%

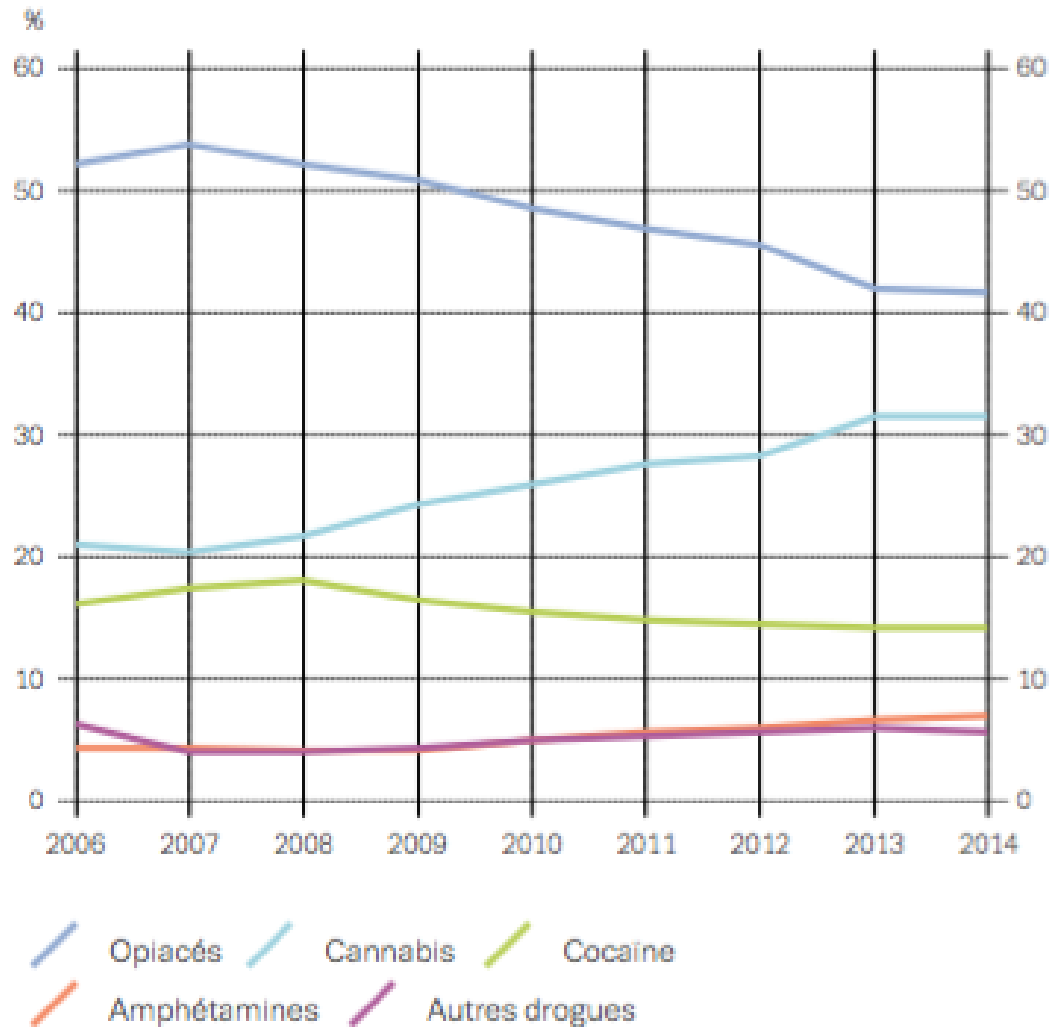
Mode d'administration



USA : environ 420 000 patients ont été admis pour traitement d'une addiction aux opiacés en 2009

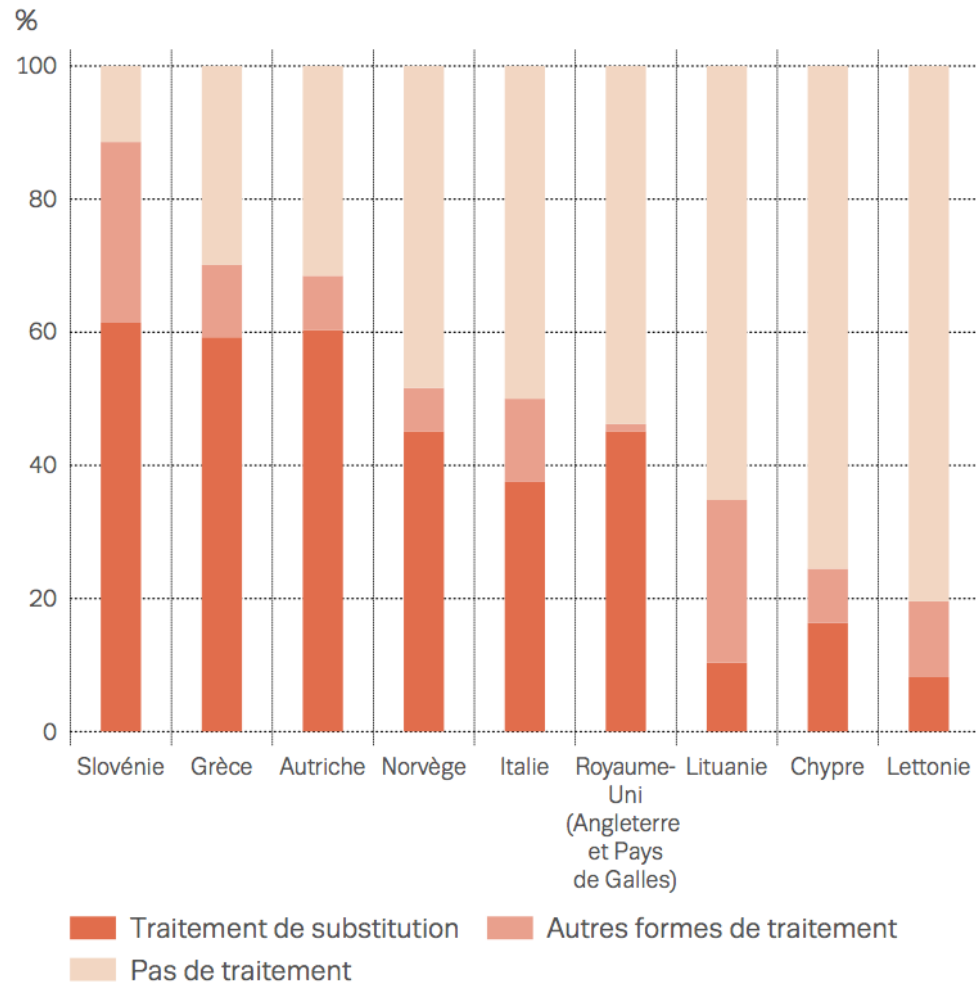
Evolution du pourcentage de patients admis en traitement spécialisé, par drogue posant le plus de problème à l'usager

(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)



Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement pour usage de drogue (estimation)

(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)



Vue d'ensemble de la disponibilité élevée (> 75 %) de certaines actions par structure (évaluation d'experts)

(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)



Les TSO

A MEDICAL TREATMENT FOR DIACETYLMORPHINE (HEROIN) ADDICTION. A CLINICAL TRIAL WITH METHADONE HYDROCHLORIDE.

DOLE VP, **NYSWANDER M.**

JAMA. 1965 Aug 23;193:646-50.



Historiquement, le sida et les autres risques infectieux, notamment l'hépatite C, sont venus à partir des années 80 bouleverser la prise en charge des consommateurs d'héroïne.

Les acteurs de terrain se sont mobilisés pour promouvoir le développement d'une **politique de prévention des risques et de réduction des dommages**, qui a constitué le déterminant historique principal de l'élargissement, au milieu des années 90, de l'accès à deux MSO : la méthadone et la buprénorphine haut dosage

Depuis plus de 20 ans les MSO constituent un des fondements de la RdRD

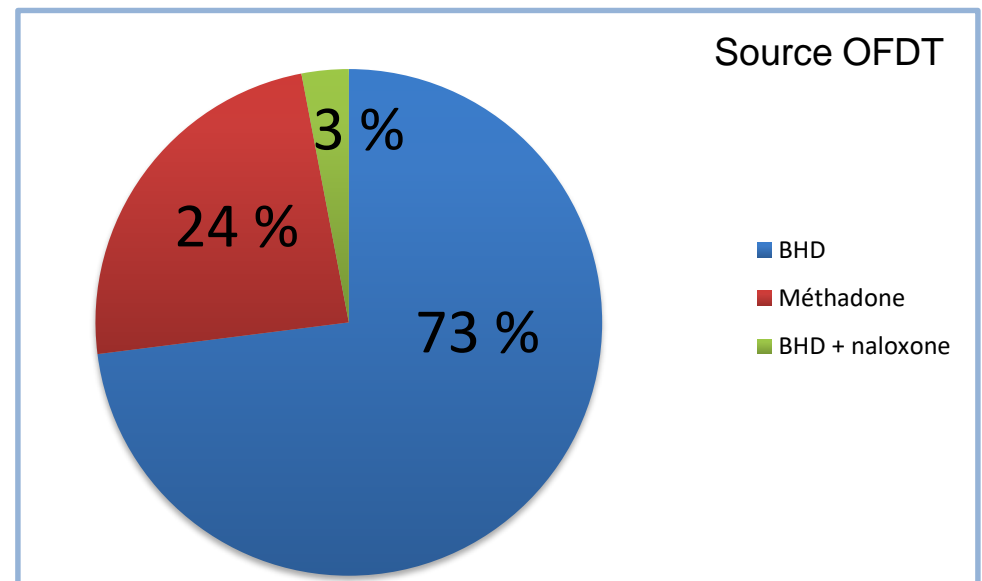
Commercialisation des TSO en 1995 (méthadone) et 1996 (BHD) et 2012 (BHD + naloxone)

Mais 2 cadres de prescription très différents

La France est une exception : la BHD est très majoritairement prescrite

Des profils différents entre utilisateurs de Subutex et des génériques

En 2013, l'estimation était de 160 à 180 000 personnes traitées par TSO / 210 000 personnes ayant un usage problématique d'opiacés



Pays	Méthadone	BHD
Suède	1967	1999
Royaume-Uni	1968	1999
Pays-Bas	1968	1999
Italie	1975	1999
Autriche	1987	1999
Espagne	1990	1996
Allemagne	1992	2000
Irlande	1992	2002
Grèce	1993	2002
Belgique	1994	2003
France	1995	1996
République Tchèque	1998	2000
USA	1972	2002
Russie	Illégal	Illégal

Bilan global

- Réduction de la mortalité
- Réduction de la consommation d'héroïne
- Réduction de la transmission des infections virales
- Amélioration de l'accès aux soins
- Amélioration de la situation sociale et de la qualité de vie

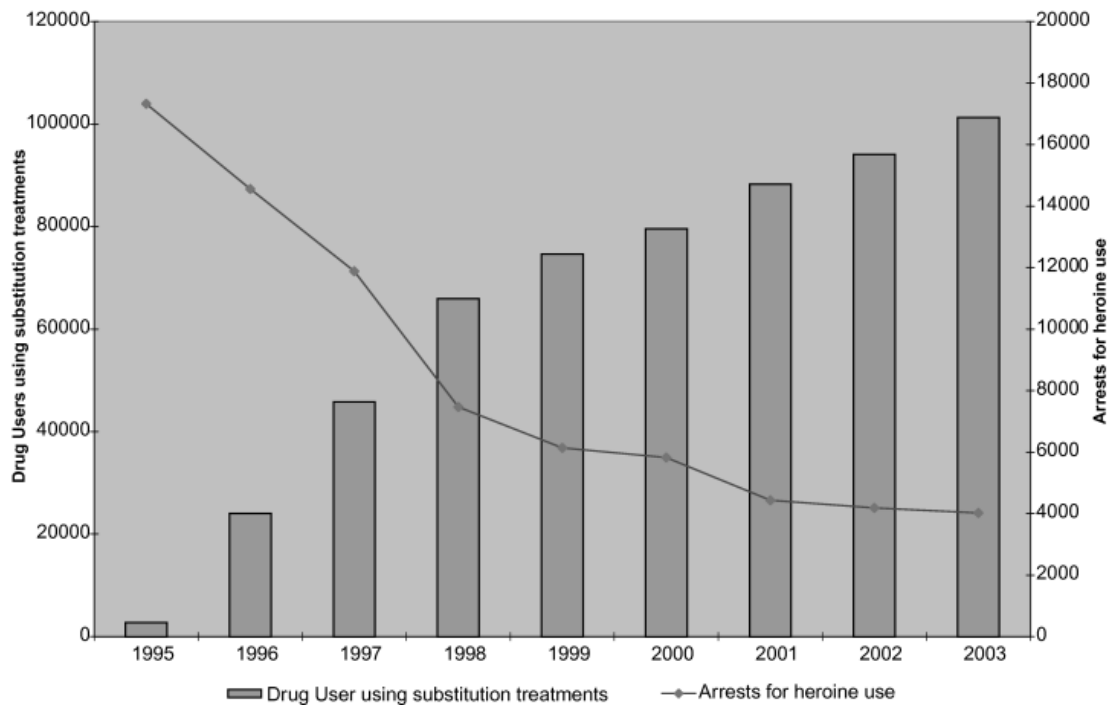
Utilisation d'autres médicaments

Les médicaments de substitution sont des agonistes, purs ou non, des récepteurs de la morphine.

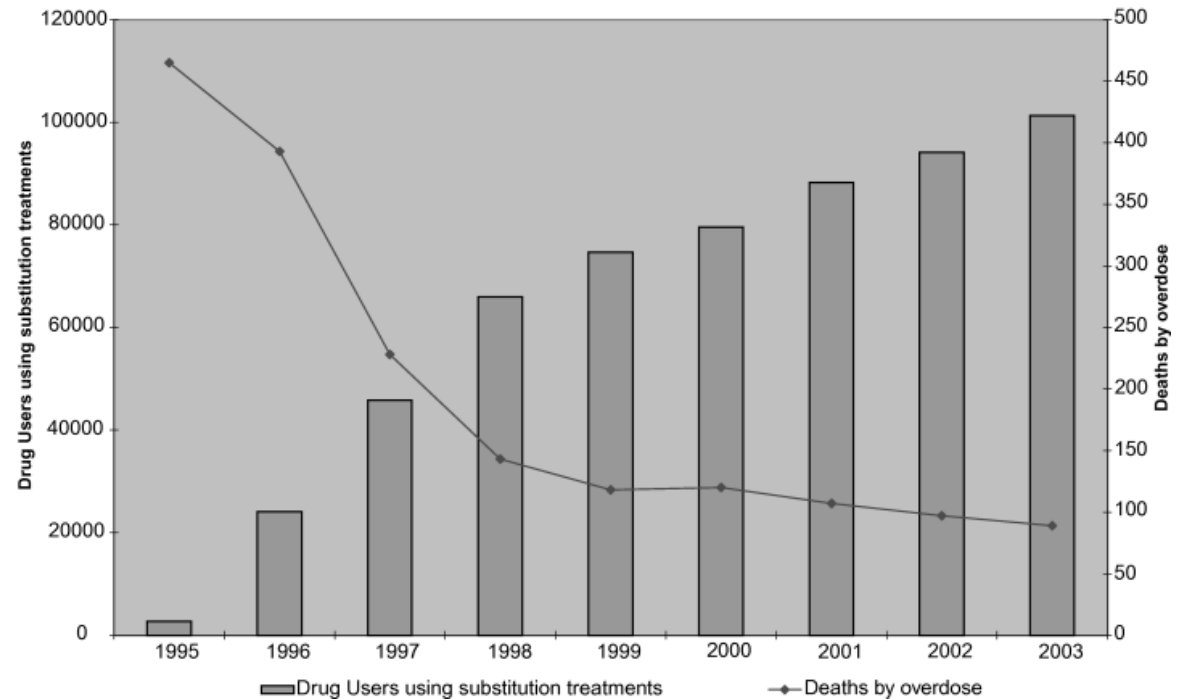
Il est admis que la substitution a pu être réalisée au moyen d'autres substances, même si leur emploi est controversé et non reconnu dans un cadre réglementaire :

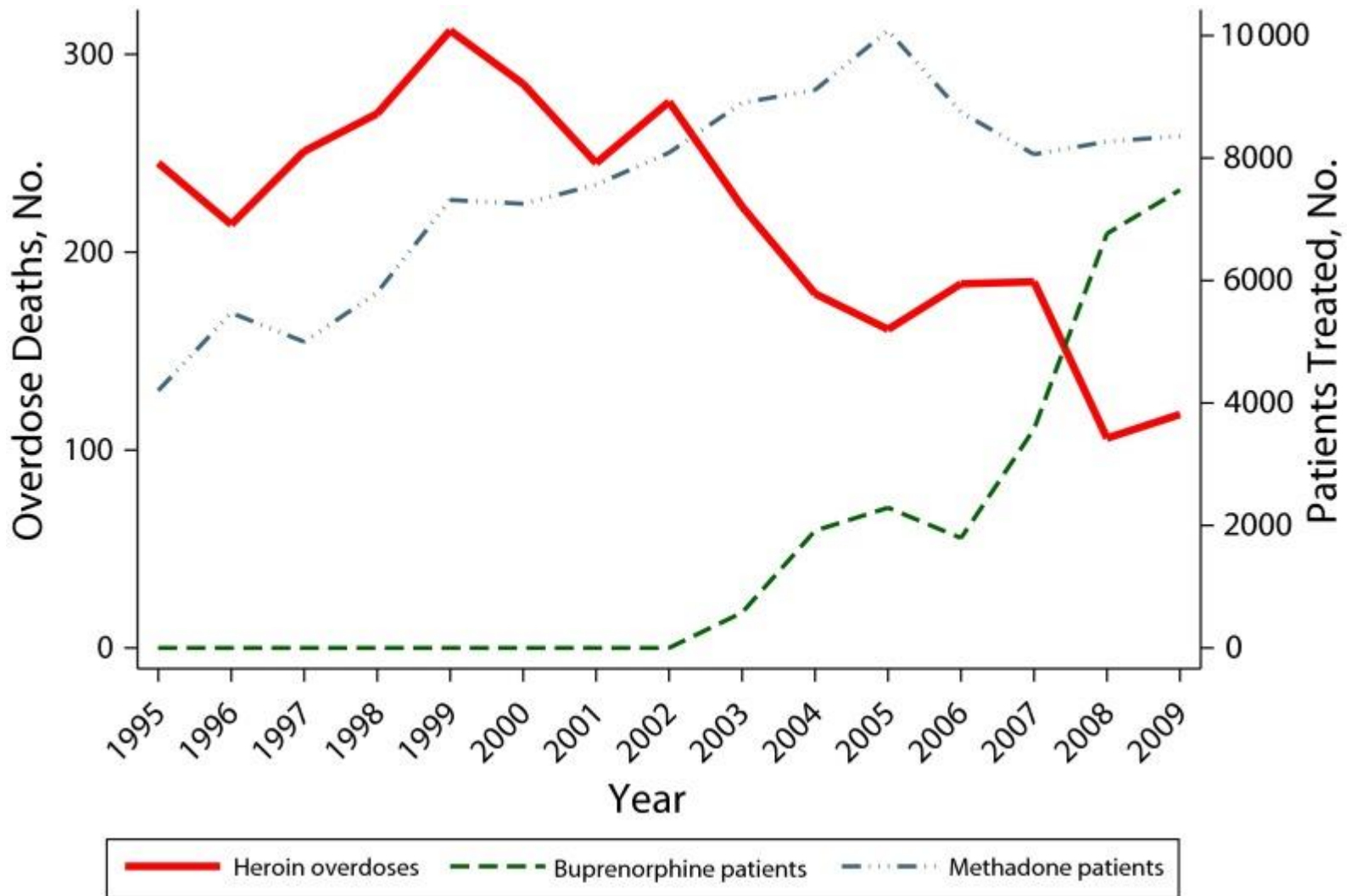
- Héroïne médicalisée
- Morphine à libération prolongée
- Codéine
- LAAM (l-alpha-acetylmethadol)





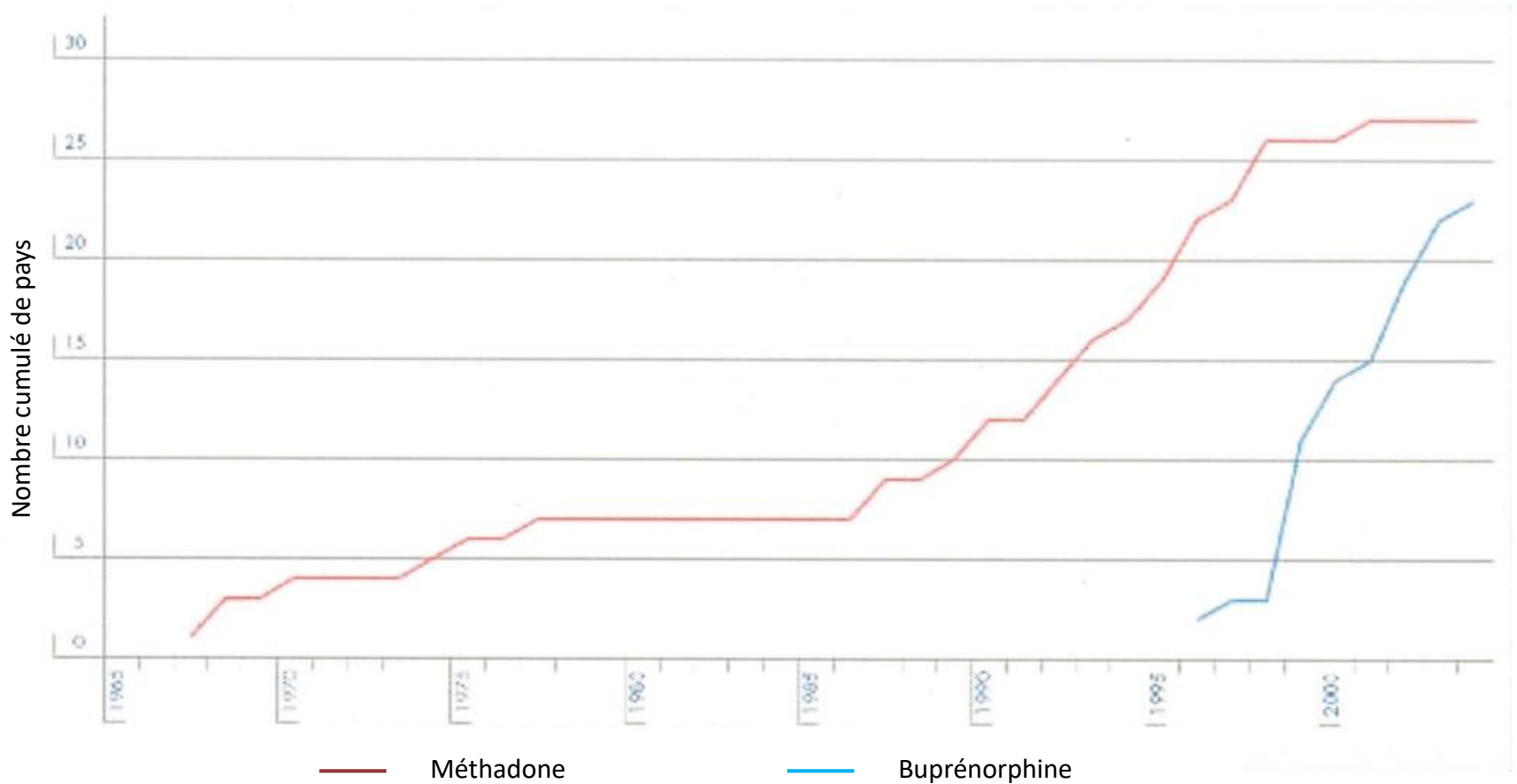
Emmanuelli J, Desenclos JC.
 Harm reduction interventions,
 behaviours and associated health
 outcomes in France, 1996–2003.
 Addiction 2005;100:1690-700.





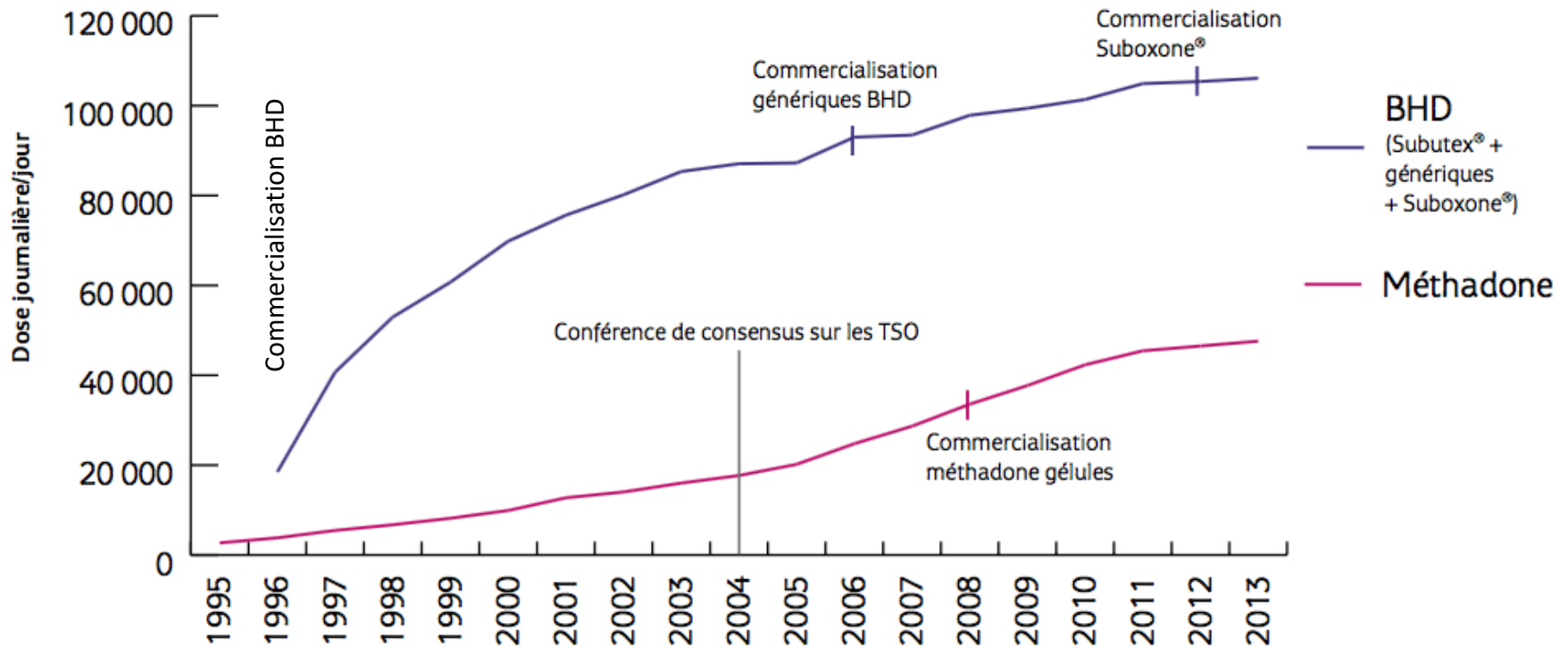
Schwartz RP et al. Opioid Agonist Treatments and Heroin Overdose Deaths in Baltimore, Maryland, 1995–2009. *Am J Public Health* 2013;103:917–922.

Janvier 2005 : l'OMS recommande d'intégrer la méthadone et la buprénorphine dans sa liste des médicaments essentiels



Quantité de BHD et de méthadone consommées de 1995 à 2013

(Source : OFDT)

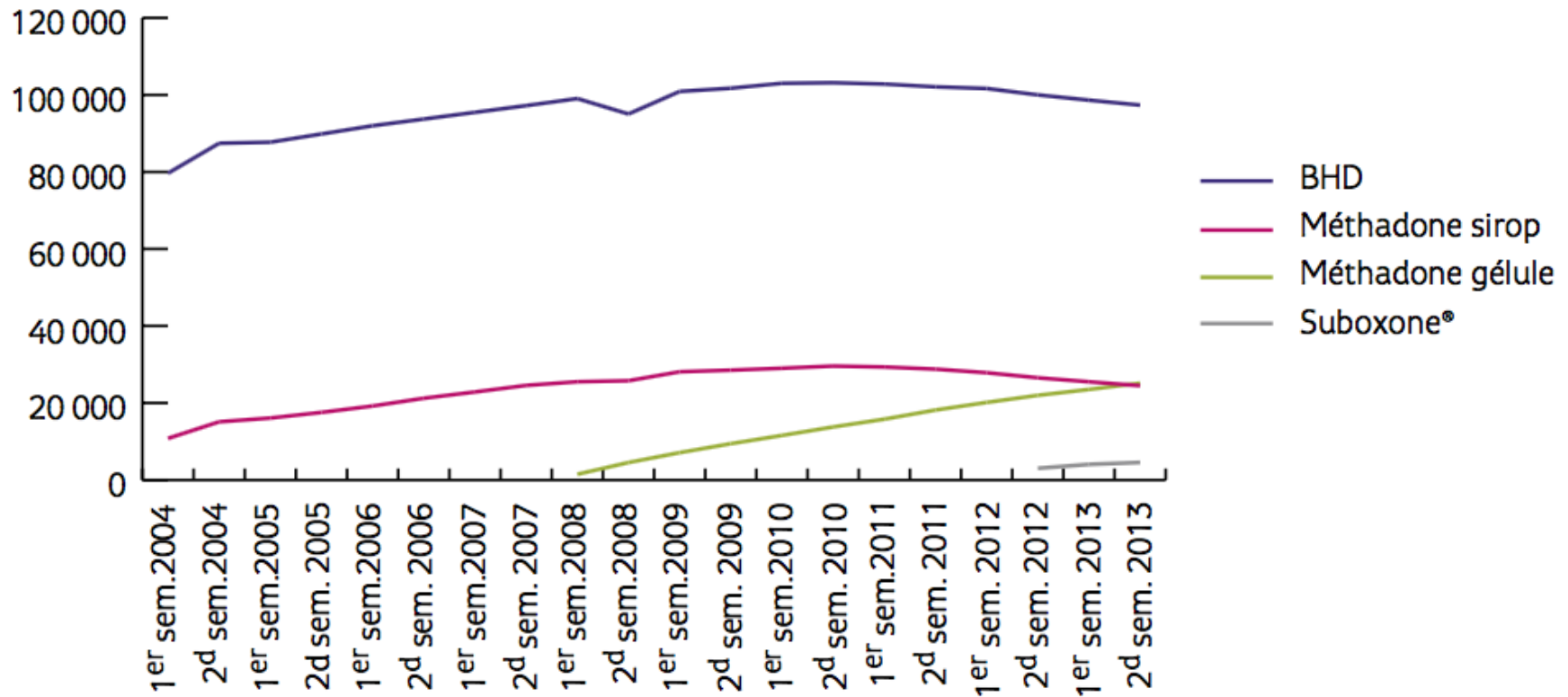


Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières par jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

Sources : Données de ventes Siamois (InVS), Medic'AM (CNAM-TS), données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati, extrapolation OFDT. Ces données couvrent l'ensemble des quantités prescrites, que le médecin prescripteur exerce en libéral, en hôpital ou dans un CSAPA.

Evolution semestrielle du nombre de personnes remboursées d'un MSO entre 2004 et 2013

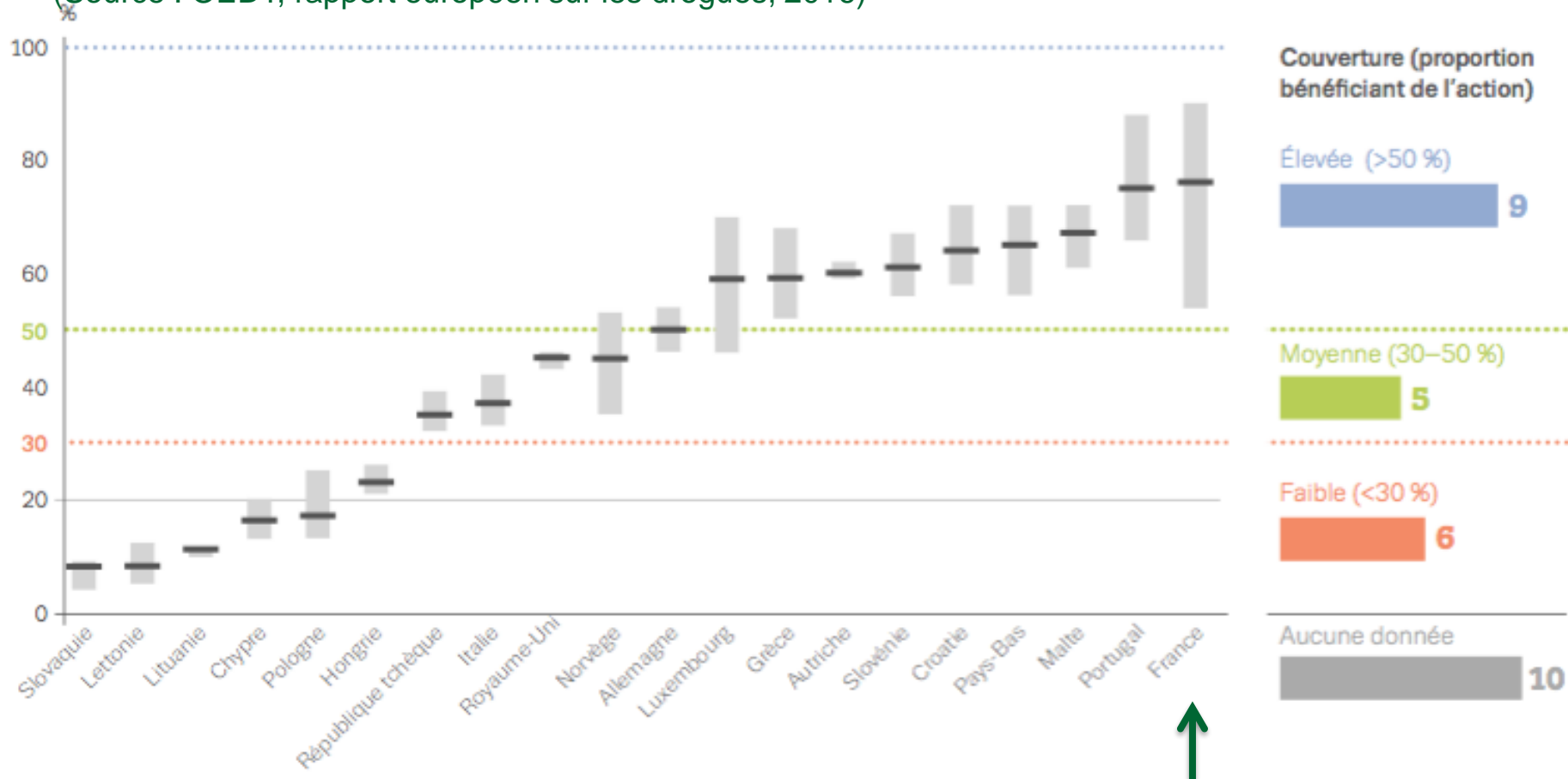
(Source OFDT)



Source : Données CNAM-TS, Régime général stricto sensu hors sections locales mutualistes.

Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement de substitution (estimation)

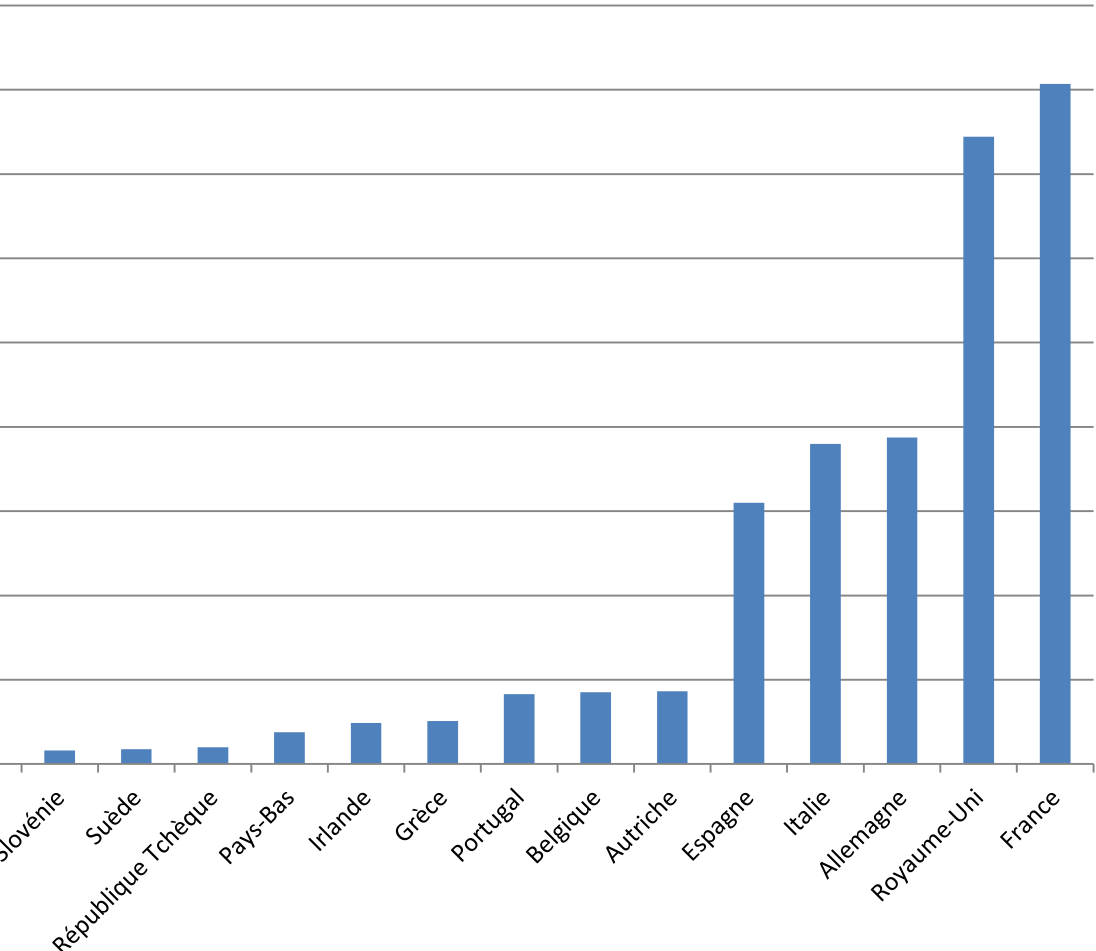
(Source : OEDT, rapport européen sur les drogues, 2016)



La France est un des pays qui a le plus grand pourcentage de patients sous TSO. Originalité française : choix réglementaires de faciliter l'accès à la BHD et donc l'accès à un 1^{er} traitement. Sécurité d'utilisation. Possibilité de passer ensuite à la méthadone si besoin.

Pays	Cas pour 1000 hab	Patients sous TSO
Danemark		2600
Suède		3502
Irlande		9764
Belgique		17026
Hongrie	0,4-0,5	745
Pologne	0,4-0,7	2586
Pays-Bas	1,1-1,5	7569
République Tchèque	1,4-1,8	4000
Espagne	1,6-2,5	61954
Grèce	2,1-2,8	10226
Allemagne	2,7-3,2	77500
Finlande	3,8-4,5	3000
Slovénie	3,4-4,1	3190
Lettonie	3,4-7,5	518
Portugal	4,2-5,5	16587
Autriche	4,9-5,1	17272
Italie	4,6-5,8	75964
France	4,4-7,4	161388
Royaume-Uni	7,9-8,4	148868
UE		644324
Turquie	0,2-0,5	28656
Norvège	2-4,2	7433
UE, Norvège, Turquie		680413

us TSO dans différents pays de l'UE (OEDT, 2016)



USA : 660 000 patients sous TSO en 2012

Pour demain

- **Le plan gouvernemental** de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 prévoit d'améliorer la qualité des PEC des patients et l'accessibilité à ces traitements.
- **La prescription de méthadone en ville**
- **La naloxone intranasale / Injectable ?**
- **L'implant sous-cutané de BHD ?**

Commercialisation autorisée récemment aux USA par la FDA.
Petit bâtonnet qui délivre pendant six mois une dose, faible mais constante de buprénorphine.
Indiqué chez les patients qui ont été **préalablement stabilisés** par d'autres formes de buprénorphine.
Essai clinique, 63% des patients implantés n'ont pas utilisé d'opiacés au cours des 6 mois de traitement.

Pour demain

- MSO : médicament de substitution aux opiacés
ou MAO : médicament de l'addiction aux opiacés ?
- MSO = RdR « canal historique »
basée notamment sur la réduction des risques infectieux liés au mode d'administration de l'héroïne + insertion dans un programme de soins
- MAO = traitement de fond de la conduite addictive
avec effet sur différents récepteurs opioïdes (*mu*, *kappa*, delta, autres)
+ autres mécanismes d'action (antagoniste NMDA...)
→ sert pas seulement à empêcher la fixation des autres opiacés et à ressentir leurs effets
→ diminution du craving, effets sur émotions, anxiété/dépression, régulation du stress...
- Selon ce concept, RdRD et traitement de l'addiction ne s'opposent plus. L'objectif commun est la RdRD. Il y a un ensemble de mesures disponibles pour ce faire