

Cycles de traitement par médicament de substitution aux opiacés dans une cohorte de patients suivis 5 ans en médecine ambulatoire

Julie Dupouy^{1,2}, Jacques Bez³, Jacques Barsony⁴, Stéphane Oustric¹ et Maryse Lapeyre-Mestre²

1 Département universitaire de Médecine générale, Faculté de Médecine, Toulouse, France

2 Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance de Toulouse, Service de Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine, Toulouse, France

3 Échelon local du Service médical de la Caisse nationale d'Assurance maladie Haute Garonne, Toulouse, France

4 Passages Réseau Addiction 31, Toulouse, France

Texte reçu le 26 juin 2012 ; accepté le 28 mars 2013

Mots clés :

médicament de substitution aux opiacés ; maintien sous traitement ; addiction aux opiacés ; médecine ambulatoire

Résumé – Objectif. L'objectif était de décrire les cycles de traitement par médicament de substitution aux opiacés (MSO) sur 5 ans en médecine ambulatoire. **Méthodes.** Une cohorte de patients nouvellement traités par MSO a été constituée à partir des données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en Haute-Garonne, du 01 janvier 2005 au 31 décembre 2010. Les interruptions de traitement ont été identifiées au cours du suivi. **Résultats.** Cinq cent patients ont été inclus, dont 72 % d'hommes avec un âge médian de 33 ans. Le nombre médian de cycles de traitement était de 2 [1 ; 3] sur 5 ans. La durée médiane du 1^{er} cycle était de 214 [77 ; 689] jours. Le délai médian entre le 1^{er} et le 2^e cycle était de 80 [23 ; 241] jours. Le taux de maintien sous MSO à 1 an était de 38,2 %. **Conclusion.** Dans la moitié des cas, les patients avaient au moins 2 cycles de traitement.

Keywords:

opiate substitution treatment; medication adherence; opioid-related disorders; ambulatory care

Abstract – Opiate Substitution Treatment's Cycles in a Five-year Followed-up Cohort in Ambulatory Practice. Aim. To describe opiate substitution treatment (OST) cycles in a five year followed-up cohort of patients initiating OST during 5 years in ambulatory practice. **Methods.** Data were extracted from Health Insurance System Database from January 1st 2005 to December 31st 2010 for "Haute Garonne" (South Western France area, 1 million inhabitants). Patients starting OST were included. Drop-outs were identified throughout the follow-up. **Results.** Five hundred patients were included, 72% of men, median age of 33 years. Median number of OST cycles was 2 [1; 3] on 5 years. Median duration of first OST cycle was 214 [77; 689] days. Median delay between first and second OST cycle was 80 [23; 241] days. Retention rate at one year was 38.2%. **Conclusion.** More than 50% of patients had at least 2 cycles of OST.

Abréviations : voir en fin d'article.

1. Introduction

Au premier semestre 2009, près de 140 000 patients étaient traités en France par un médicament de substitution aux opiacés (MSO) buprénorphine pour ¾ des patients et méthadone pour ¼ des patients.^[1] La buprénorphine est considérée comme aussi efficace que la méthadone.^[2] Le maintien sous traitement de substitution est associé à des bénéfices cliniques nets. En particulier, le maintien sous buprénorphine est associé à une consommation moindre de substances psycho-actives (héroïne, cocaïne, benzodiazépines),^[3] à une diminution de la morbi-mortalité et à une amélioration de l'insertion sociale.^[4] Il est aussi associé à une diminution des risques infectieux associés à l'injection de drogues (virus de l'immudodé-

ficienne humaine [HIV], virus de l'hépatite B [HVB], virus de l'hépatite C [HVC])^[5] et à une meilleure observance des traitements anti rétroviraux.^[6] Le maintien sous traitement est le garant des bénéfices attendus des MSO.

L'arrêt du MSO est connu pour être une période à risque (3 fois plus de risque de décès dans les 15 premiers jours d'arrêt de traitement que pendant le traitement).^[7] L'arrêt du MSO peut être planifié : un sevrage progressif peut être proposé après une période de stabilisation si le patient le souhaite.^[8] Cette modalité peu étudiée aurait concerné 6,7 % des patients sous buprénorphine en Haute Garonne entre 2005 et 2010.^[9] Dans une étude australienne, le sevrage en MSO était une préoccupation pour 62 % des patients interrogés, les modalités de sevrage variaient : arrêt brutal, arrêt progressif

plannifié et réalisé par le médecin ou par le patient lui-même.^[10] L'arrêt du MSO peut aussi être impromptu : les ruptures de prise en charge précoces sont fréquentes et souvent dans la première année de traitement.^[5,11]

Au total, peu de données sont disponibles sur la dynamique de traitement par médicament de substitution. Notamment, peu d'études se sont attachées à décrire s'il existe une reprise de traitement après une rupture de prise en charge ; reprise qui induirait une dynamique de traitement par cycles distincts.

L'objectif de cette étude était de décrire les cycles de traitement par médicament de substitution aux opiacés sur 5 ans.

2. Méthode

Les données ont été extraites de la base de données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnAMTs) « extraction, recherches, analyses pour un suivi médico-économique » (ERASME) à l'échelon départemental Haute-Garonne du 1^{er} janvier 2005 au 31 octobre 2010 pour constituer une cohorte de patients initiant un MSO. L'Assurance maladie des travailleurs salariés est le principal régime d'assurance médicale en France et couvre 87 % de la population générale française.^[12,13] Le critère d'inclusion était d'avoir eu un premier remboursement de MSO entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2005. Le premier remboursement était défini par l'absence de remboursement de MSO dans une période d'au moins deux mois précédant la date d'inclusion. Les patients étaient suivis 5 années pleines à partir de la date d'inclusion.

2.1. Définition de l'exposition

L'exposition étudiée était la prescription d'un MSO : buprénorphine ou méthadone, correspondant à un remboursement à une date donnée. Cette exposition était considérée comme une variable dépendante du temps.

2.2. Définition du critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal était le nombre de cycles de MSO. Pour déterminer les cycles de MSO, nous avons défini le maintien sous MSO comme des remboursements réguliers de MSO : remboursement tous les 70 (= (28 + 7) * 2) jours au maximum pour la buprénorphine et 35 (= (14 + 3,5) * 2) jours pour la méthadone. Un délai > 70 jours après un remboursement de buprénorphine sans nouveau remboursement de MSO (ou > 35 jours après un remboursement de méthadone) était considéré comme une interruption de traitement. Un délai de 35 jours entre 2 remboursements de buprénorphine a été validé dans d'autres études pour identifier des situations de polyprescription ;^[14,15] pour autant, la durée d'étude nous

le permettant, nous avons choisi de doubler ce délai afin d'augmenter la spécificité de la détection des interruptions de traitement. N'ayant pas de moyen de savoir s'il y a eu une hospitalisation ou si le patient a changé de caisse d'affiliation, tout patient ayant une interruption de traitement était considéré comme ayant arrêté le traitement ; toute reprise de traitement ultérieure était considérée comme un autre cycle de traitement. Les données ont été censurées à droite lorsque survenait la fin de la période d'étude (censure administrative au 31 décembre 2010) ou le décès du patient. La durée de traitement était la durée entre le premier remboursement et le dernier remboursement à laquelle était ajouté 70 jours si le dernier remboursement était un remboursement de buprénorphine ou 35 jours si le dernier remboursement était un remboursement de méthadone.

2.3. Définition du critère d'évaluation secondaire

Le critère d'évaluation secondaire était le maintien sous traitement lors du premier cycle de traitement. Pour cette analyse de survie, les perdus de vue ont été pris en compte comme tels : tout patient n'ayant aucun remboursement de médicaments après la date d'arrêt du traitement était considéré comme perdu de vue et censuré. Pour les patients ayant présenté l'évènement « arrêt de traitement » avant le décès, l'évènement a été jugé comme tel s'il survenait dans un délai de plus de 30 jours avant le décès ; sinon la censure était appliquée.

2.4. Définition des co-variables

Pour déterminer les doses délivrées de traitement par méthadone et buprénorphine (notamment pour les patients ayant eu successivement des traitements par méthadone et buprénorphine), les doses de méthadone et de buprénorphine ont été converties en *defined daily dose* (DDD) selon les valeurs données par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).^[16] Les posologies quotidiennes délivrées ont été calculées selon la définition de Pradel *et al.*^[14] Selon cette définition, la posologie quotidienne délivrée au patient est calculée comme suit : (somme des quantités remboursées – quantité remboursée lors du dernier remboursement) / durée entre le premier et le dernier remboursement.

D'autres variables étaient considérées pendant toute la période d'étude : la couverture par les différentes assurances (maladie, maternité, accident du travail) et l'affiliation aux différents régimes notamment celui pénitentiaire (correspondant aux périodes d'incarcération), la couverture médicale universelle (CMU) et la CMU complémentaire (CMUc). Par ailleurs, les pathologies associées, identifiées à partir des codes d'affection de longue durée (codées selon la classification internationale des maladies, 10^e révision [CIM10]) ou des médicaments utilisés (codés selon la classification anatomique thérapeutique et chimique [ATC]), ont été considérées pendant le suivi.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2578921>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2578921>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)