

3.1

Prises en charge des usagers et réduction des risques

Christophe Palle, Agnès Cadet-Tairou,
Tanja Bastianic, Aurélie Lermenier

Les problèmes d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive s'accompagnent souvent de pathologies liées à la consommation de ces substances (cancer, cirrhose, sida, hépatites, traumatismes, etc.) qui doivent être distinguées de l'addiction en tant que telle. La question des pathologies associées est abordée dans les chapitres traitant de la morbidité. Les données présentées dans ce chapitre portent sur les prises en charge de l'addiction elle-même et non pas sur celles qui peuvent être liées aux conséquences sanitaires de la consommation de substances psychotropes. Les consommateurs d'alcool et de drogues illicites accueillis dans les structures sanitaires et sociales présentent des dissemblances mais également des ressemblances, et notamment une problématique similaire de risque d'exclusion sociale. La consommation de tabac n'est pas en soi porteuse de ce risque et les fumeurs se distinguent moins, de ce point de vue, de l'ensemble de la population française. Les prises en charge des consommateurs d'alcool et de drogues illicites seront abordées conjointement et celles des consommateurs de tabac dans une seconde partie. Ce chapitre aborde aussi la question de la réduction des risques (RDR) depuis son apparition en France.

ALCOOL ET DROGUES ILLICITES

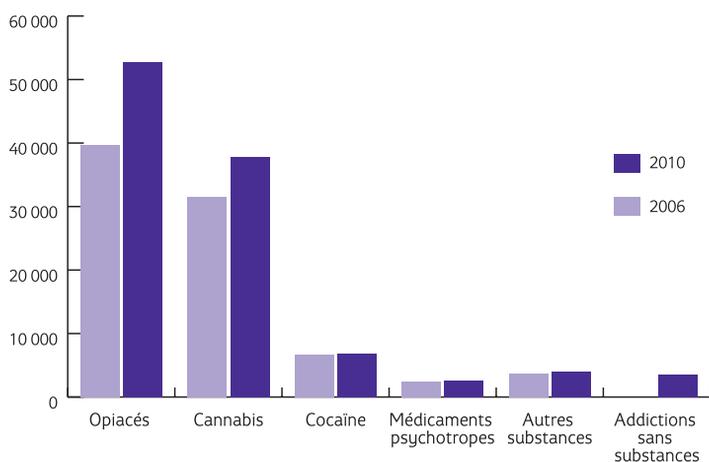
Les personnes souffrant de problèmes d'addiction peuvent s'adresser à différents dispositifs et professionnels de la prise en charge de ces troubles. Deux grandes catégories peuvent être distinguées : les institutions spécialisées et le système de soins généraliste, hôpitaux et médecine de ville.

Les établissements spécialisés regroupent des centres qui prennent en charge les patients en ambulatoire, des structures dans lesquelles les patients peuvent effectuer des séjours thérapeutiques allant de quelques mois jusqu'à 2 ans dans certains cas, et des centres d'accueil de jour spécialisés dans la réduction des risques.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire

Depuis 2007, tous les établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues illicites ou d'addictions sans substances, ont pris la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les données fournies dans les rapports d'activité 2010 de ces établissements permettent d'estimer à 133 000 le nombre de personnes qui y sont accueillies en ambulatoire pour un problème de consommation d'alcool, et à 104 000 celles qui le sont pour un problème de consommation de substances illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Dans cette deuxième catégorie, les groupes les plus importants sont ceux des personnes prises en charge principalement pour des problèmes en lien avec une consommation d'opiacés (52 000 individus) ou de cannabis (38 000 personnes). La cocaïne arrive en troisième position en termes d'effectifs, mais se situe à un niveau

Graphique 1 - Nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA en ambulatoire pour usage d'une substance psychoactive, hors alcool et tabac, en 2006 et 2010



Source : rapports d'activité type des CSAPA (DGS/OFDJ)

nettement plus faible (près de 7 000 usagers). Entre 2006 et 2010, la progression en nombre a été particulièrement forte pour les personnes en difficulté avec les opiacés (+ 31 %) ou avec le cannabis (+ 21 %) [193] (graphique 1). Le nombre de personnes prises en charge à titre principal pour usage d'alcool a augmenté de 6 % ; il est resté stable pour la cocaïne. Il s'agit ici de données de files actives déclarées par les CSAPA, c'est-à-dire du nombre de consommateurs de substances venus physiquement dans le centre et vus en face à face au moins une fois. Parmi eux, entre 10 % et 20 % n'ont été vus qu'une fois. Et parmi les autres, les niveaux de gravité des addictions peuvent être très variables. La proportion de personnes dépendantes est évaluée par les centres, selon le produit en cause, à environ 90 % pour les opiacés, 60 % pour l'alcool, à 50 % pour le cannabis et la cocaïne [182].

Les chiffres cités ci-dessus se réfèrent au produit indiqué comme posant le plus de problème à l'utilisateur, considéré comme la substance la plus en cause dans la prise en charge actuelle. La référence à un produit « principal » ne doit cependant pas masquer que ces personnes en consomment souvent plusieurs et rencontrent fréquemment des problèmes avec plus d'une substance. La population prise en charge pour sa consommation d'alcool est très fréquemment également fumeuse de tabac et, pour une minorité (15 % à 20 %), de cannabis. La plupart des usagers d'opiacés sont des polysusagers qui consomment très souvent aussi du tabac, de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne et d'autres substances illicites. Chez les personnes prises en charge pour leur usage de cannabis, le tabac (53 %) et l'alcool (25 %) sont aussi fréquemment consommés. Les autres drogues illicites comme la cocaïne et l'héroïne sont en revanche peu souvent mentionnées (6 % et 3 %).

Les profils des patients ne sont pas les mêmes suivant les produits en cause (tableau 1) : les usagers de cannabis vus dans les CSAPA, âgés en moyenne de 26 ans, sont globalement les plus jeunes, même si 8 % d'entre eux ont plus de 40 ans. Parmi eux, 25 % sont élèves ou étudiants, 49 % habitent avec leurs parents, 24 % dépendent de ressources fournies par des tiers (leurs parents). Le tableau est très différent pour les usagers d'alcool, en moyenne beaucoup plus âgés (42 ans) : la moitié exerce une activité rémunérée alors que 3 % seulement sont étudiants ; la plupart vit seuls ou avec un conjoint, alors que 14 % d'entre eux vivent avec leur parents. Avec un âge moyen de 35 ans, les usagers d'opiacés, de cocaïne et/ou d'autres drogues se situent dans une génération intermédiaire. Au-delà des différences liées à l'âge, le public qui fréquente les CSAPA se caractérise par une forte proportion de personnes vivant dans des conditions précaires. Cette part est particulièrement importante dans

le dernier groupe cité (opiacés, cocaïne et autres produits), qui compte la plus forte proportion de personnes au chômage (25 %) ou inactives (26 %, retraités non compris), percevant le revenu de solidarité active (RSA, 20 %) ou étant sans domicile fixe (SDF, 6 %). Ces indicateurs se situent à un niveau légèrement en deçà, mais qui reste néanmoins élevé, chez les usagers d'alcool (20 % de chômeurs, 22 % d'inactifs, 15 % au RSA et 3 % de SDF). Les usagers de cannabis sont nombreux, en raison de leur âge, à habiter avec leurs parents et à dépendre économiquement d'eux, ce qui rend leur situation moyenne difficilement comparable avec celle des usagers d'alcool ou d'autres drogues illicites plus âgés. Par ailleurs dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC), la prise de contact avec un CSAPA peut intervenir beaucoup plus souvent que pour les autres substances pour de très faibles niveaux de consommation et de gravité des addictions. Il existe néanmoins parmi eux des jeunes en rupture, qui trop jeunes pour percevoir des aides sociales, se retrouvent ainsi en situation de grande exclusion.

Les modalités de prise en charge sont également différentes suivant les produits en cause. Dans le cas de l'alcool, le traitement de référence pour les personnes dépendantes reste le sevrage, qui peut être réalisé en

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2011

	Cannabis	Opiacés, cocaïne et drogues illicites autres que le cannabis	Alcool
	n = 22 728	n=55 039	n=44 296
Âge moyen	26 ans	35 ans	42 ans
Homme	87 %	75 %	78 %
Activité rémunérée continue	26 %	28 %	40 %
RSA	7 %	20 %	15 %
Logement durable	39 %	52 %	70 %
SDF	1 %	6 %	3 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	30 %	57 %	37 %
Adressés par la justice ou l'administration	50 %	12 %	20 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	24 %	33 %

Source : RECAP 2011 (OFDT)

ambulatoire par le centre ou en mode résidentiel, presque toujours en milieu hospitalier. Dans ce dernier cas, les thérapeutes du CSAPA peuvent préparer cette étape et accompagner le patient lors de son sevrage à l'hôpital et enfin, assurer un suivi en ambulatoire après sevrage pour prévenir les rechutes. Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO), les sevrages pour les personnes dépendantes à cette catégorie de substances sont devenus rares. La plupart des individus vus dans les CSAPA pour un problème d'opiacés suivent un TSO, à la méthadone un peu plus fréquemment qu'à la buprénorphine haut dosage (BHD). Différents types de thérapies individuelles ou de groupes sont également proposés par les CSAPA (psychothérapies, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales), mais les informations sur les choix d'approche thérapeutique opérés par les différents centres ne sont pas disponibles. Les CSAPA doivent également assurer un suivi social incluant des actions de réinsertion (mises à jour des droits sociaux, logement, emploi, formation). La prise en charge des usagers de cannabis présente des particularités liées à la proportion importante de jeunes parmi eux. Depuis 2004-2005, les pouvoirs publics ont encouragé la création de consultations jeunes consommateurs (CJC) ayant pour mission d'assurer une information et une évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif), et proposant également, si nécessaire, une prise en charge brève ou, lorsque le problème est plus important, une orientation vers une structure spécialisée. Il existe à l'heure actuelle environ 300 lieux proposant des consultations jeunes consommateurs qui sont pour la plupart gérées par des CSAPA [172]. La majorité des usagers de cannabis pris en charge dans les CSAPA en 2010 ont été vus dans le cadre de ces CJC. Autre spécificité des usagers de cannabis ainsi pris en charge : la moitié d'entre eux entrent en contact avec un CSAPA dans le cadre d'une mesure judiciaire ou administrative, souvent une obligation de soins, prononcée par une autorité judiciaire après une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants ; les pourcentages correspondants sont de 20 % pour l'alcool et de 12 % pour les drogues illicites autres que le cannabis.

Les CSAPA avec hébergement et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie

Les personnes présentant un problème d'addiction avec un niveau de dépendance élevé et/ou évoluant dans un environnement social particulièrement défavorable ou encore ayant simultanément d'autres problèmes de santé peuvent bénéficier d'une prise en charge résidentielle dans des centres spécialisés qui les accueillent pour des séjours de durées variables. Dans la plupart des cas, l'hébergement dans ces centres

est collectif : les locaux comprennent plusieurs chambres qui ne sont en général pas individuelles, les repas sont pris en commun, etc. Ces institutions n'accueillaient pendant longtemps que des personnes ayant effectué une cure de sevrage, avec pour objectif de les aider à réapprendre à vivre sans substance(s), ce qui a conduit à nommer « post-cure » ces institutions. Avec l'apparition des TSO, certaines dérogations au principe d'abstinence ont pu être introduites, ce principe restant néanmoins le plus souvent la norme. Pour des raisons historiques, ces centres ont été dotés de statuts institutionnels différents selon qu'ils accueillent des consommateurs d'alcool ou des consommateurs de drogues illicites.

Les premiers sont gérés par les hôpitaux publics et ont pris le nom de centres de soins de suite et de réadaptation en alcoologie (CSSRA), le terme d'alcoologie ayant été récemment transformé en addictologie. Selon un recensement datant de 2010, 113 établissements de santé possèdent une autorisation pour mener des activités de soins de suite et de réadaptation avec mention addictologie.

Les centres résidentiels accueillant majoritairement des usagers de drogues illicites ont été créés par des associations, sur un financement d'État dans un premier temps, puis de la Sécurité sociale depuis le début des années 2000. Ils ont pris le nom de centres thérapeutiques résidentiels ou de CSAPA avec hébergement. Les 44 centres à financement public de ce type existant en 2011 ont hébergé, cette même année, environ 1 800 patients pour une durée moyenne d'environ 3 mois. Tout comme les CSAPA ambulatoires, les centres résidentiels doivent assurer le soutien psychologique des patients dans le cadre de thérapies individuelles ou de groupe et un suivi social incluant des actions de réinsertion.

Une partie de ces centres propose une prise en charge spécifique reposant sur le modèle des communautés thérapeutiques. Ces institutions se définissent comme « des centres résidentiels de long séjour (jusqu'à 2 ans) ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polydépendances) qui leur procurent un environnement sûr et sans drogues dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles d'identifications positifs et par la pression du groupe » [116]. En 2012, dix centres résidentiels fonctionnent suivant ces principes.

À la sortie d'un centre résidentiel, les patients peuvent accéder au dispositif des appartements thérapeutiques relais (ATR) gérés par des CSAPA, qui permettent aux personnes de retrouver une autonomie tout en bénéficiant du soutien de l'équipe pluridisciplinaire de thérapeutes

et d'éducateurs. La durée moyenne d'hébergement dans ces appartements est d'un peu plus de 6 mois mais peut aller jusqu'à deux ans au maximum. Certains patients pour lesquels le passage dans un centre thérapeutique n'apparaît pas possible peuvent accéder directement à un appartement thérapeutique relais. En 2010, 1 000 personnes environ ont pu bénéficier d'un hébergement dans les ATR. Dans l'ensemble des CSAPA, 64 disposent de places pour ce type d'hébergement.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Les consommateurs de drogues actifs peuvent également bénéficier de l'accueil ou de l'action des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), désignés

Tableau 2 - Situation sociale des usagers des CAARUD selon l'âge, 2010

	Moins de 25 ans n=348 (14 %)	25-34 ans n=804 (32,3 %)	35 ans et plus n=1 342 (53,7 %)	Ensemble n=2 389
Couverture santé				
Sécurité sociale hors CMU* ou ALD**	26,2 %	25,4 %	28,0 %	26,9 %
Sécurité sociale avec CMU ou ALD	54,0 %	61,6 %	63,9 %	61,9 %
Non affilié à la Sécurité sociale avec ou sans AME***	19,8 %	13,0 %	8,1 %	11,3 %
Logement				n = 2 463
Durable (indépendant ou chez des proches)	39,9 %	45,1 %	52,6 %	48,4 %
En institution ou provisoire	27,6 %	22,0 %	23,2 %	23,4 %
SDF (à la rue)	19,3 %	21,2 %	18,8 %	19,6 %
Squat	13,2 %	11,6 %	5,4 %	8,6 %
Origine des ressources				n = 2 437
Revenus d'emplois et ASSEDIC	24,2 %	23,3 %	20,5 %	22,0 %
Prestation sociales / ressources provenant d'un tiers	17,5 %	57,1 %	65,2 %	56,1 %
Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenu (y compris mendicité)	58,3 %	19,5 %	14,3 %	22,0 %
Niveau de précarité				n = 2 290
Faible	18,8 %	23,2 %	27,9 %	25,2 %
Moyenne	37,2 %	46,4 %	48,1 %	46,1 %
Forte	44,1 %	30,5 %	24,0 %	28,8 %

Lecture du tableau : 26,2 % des usagers des CAARUD de moins de 25 ans sont affiliés à la Sécurité sociale ou bénéficient d'une assurance complémentaire.

* CMU : Couverture maladie universelle

**ALD : Affections de longue durée

***AME : Aide médicale de l'État

Source : ENaCAARUD 2010 (DGS/OFDJ)

avant 2006 par les termes « structures de première ligne » ou encore « structures (à) bas seuil (d'exigence) ». Leur objectif est de limiter l'impact des consommations de drogues, en particulier les infections virales, en informant sur les risques des différentes substances et des pratiques, en permettant l'accès à du matériel de consommation réduisant les risques (seringues stériles, filtres, pailles, pipes à crack...) et en favorisant l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables ou moins délétères. En 2012, on dénombre 163 CAARUD en France.

En 2010, entre 60 000 et 66 000 usagers ont fréquenté au moins une fois un CAARUD [72]. Leur âge moyen est de 35,5 ans ; 80 % d'entre eux sont des hommes. Les usagers vus par les CAARUD, s'ils peuvent être suivis par le système de soins spécialisé ou non en addictologie, connaissent en moyenne des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs de drogues et des situations sociales plus précaires (tableau 2). Près de six sur dix (56 %) vivent de prestations sociales et 22 % n'ont aucune ressource légale. Parmi eux, 20 % sont sans domicile fixe et 9 % vivent en squat. Enfin, 11 % ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale. Les plus jeunes apparaissent les plus démunis : parmi les moins de 25 ans, qui n'accèdent pas au RSA, 58 % n'ont aucune ressource légale [33].

Les CAARUD répondent à leurs missions par le biais de lieux d'accueil, offrant notamment des services ou des soins aux usagers précaires : programmes d'échange de seringues ou de distribution d'autres matériels, travail de rue (maraudes), suivi des usagers en squat ou sorties en milieu festif, etc. Ainsi, en 2010, les CAARUD ont distribué directement ou par le biais d'automates un peu plus de 4 millions de seringues seules ou incluses dans une trousse comprenant l'ensemble du matériel nécessaire à l'injection. À ce nombre, il faut ajouter environ 600 000 seringues fournies par les CAARUD à des pharmacies partenaires qui gèrent un programme d'échange de seringues. Les actes le plus fréquemment réalisés concernent le maintien d'un lien social ou l'écoute, la réduction des risques liés à l'usage de drogues ou à la sexualité et l'accès à l'hygiène, mais, en 2010, environ 92 000 actes d'ordre sanitaire ont été mis en œuvre (dépistage, soins infirmiers...) [72].

Le système de soins non spécialisés

Dans les hôpitaux non spécialisés (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2011 (contre 93 000 en 2002) et environ 48 000 séjours

La réduction des risques (RDR) vise à la réduction des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues en renonçant à un idéal d'éradication. En pratique, elle cherche à limiter l'impact des usages de drogues, en particulier infectieux, à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations, que beaucoup ne réussissent pas à maintenir au-delà de la durée de la cure de sevrage. Enfin, l'objectif de RDR légitime la délivrance aux usagers d'une information non plus centrée exclusivement sur le rappel de l'interdit et des dangers, mais vers la maîtrise des risques pour réduire les dommages. Historiquement, en France, elle a d'abord été le fait d'acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour toxicomanes. Sous leur impulsion, et afin d'endiguer l'épidémie en limitant la transmission du VIH chez les usagers de drogues, cette politique va peu à peu se développer (tardivement par rapport aux mesures prises dans d'autres pays européens), jusqu'à être finalement institutionnalisée.

La première mesure est la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987, suivie par la mise en place des programmes d'échange de seringues, la vente de kits contenant du matériel d'injection stérile et l'installation d'automates distributeurs de ces kits (au nombre de 260 en 2012, répartis sur 53 départements), échangeurs ou collecteurs. On estime que, en 2010, plus de 14 millions de seringues au-

raient été distribuées en France, soit environ 170 par an et par usager injecteur [179]. L'essor des traitements de substitution (voir chapitre 3.2) vient compléter ces mesures, parallèlement au développement des « boutiques » pour les usagers de drogues, structures d'accueil dites, à l'époque, « à bas seuil d'exigence ». Cette politique permet dès lors à des personnes dépendantes aux opiacés de s'inscrire dans un processus de prise en charge de leur état de santé, de leur situation personnelle, familiale et professionnelle, et de se libérer des affres du manque et des contraintes financières et délictuelles liées à la recherche des stupéfiants sans que le maintien d'un sevrage durable leur soit imposé [64].

L'officialisation de cette approche se traduit en 2004 par l'inscription de la réduction des risques dans la loi de santé publique et en 2005 par la création des CAARUD. La RDR est désormais inscrite dans les différents plans gouvernementaux de santé publique. Les lieux d'intervention de la RDR sont aujourd'hui variés, cherchant à s'adapter à la diversification des usages et des usagers (voir chapitre 2.1) : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent l'*outreach*, ou « travail de proximité », qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes. À côté du matériel stérile d'injection sont également distribuées des pailles pour le sniff, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires,

des feuilles pour « chasser le dragon », mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. L'*empowerment*, ou le « pouvoir d'agir sur sa santé et son environnement », est au cœur des actions de RDR et se traduit notamment par la distribution de nombreux flyers d'information à destination des usagers de drogues. Bien que, en théorie, le concept de RDR concerne l'ensemble des produits (y compris l'alcool, le tabac et les médicaments), il est encore le plus souvent utilisé pour les produits illicites.

En 2009, afin « de disposer du bilan des connaissances sur les dispositifs et les programmes de réduction des risques chez les usagers de drogues existant au niveau international, et sur les projets en expérimentation », le ministère de la Santé et des Sports commande à l'INSERM une expertise collective sur ce thème de la « réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ». Les experts réunis ont constaté que la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, la baisse des surdoses mortelles et l'amélioration de l'accès aux soins. Néanmoins, l'infection par le VHC, l'émergence des nouvelles populations non couvertes par les dispositifs existants et de nouvelles pratiques à risques mettent en lumière la persistance de difficultés. À l'issue de leur travail, les experts ont formulé une série de recommandations rendues publiques en 2010 [126].

Celles-ci ont notamment porté sur la nécessité de mettre en place des politiques spécifiques pour certaines populations : mineurs, femmes et personnes

détenues. Pour ces dernières, il s'agit d'abord d'appliquer le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre. Si les recommandations insistent sur la nécessité d'adapter outils et approches à l'évolution des pratiques (par exemple avec le développement de kits spécifiques liés à l'usage du crack et à la voie fumée), elles rappellent qu'il s'agit en tout premier lieu pour la RDR de prévenir le passage à l'injection et pour les usagers qui ne peuvent s'en passer d'en limiter les risques associés.

C'est par ailleurs avec l'objectif d'offrir un programme d'offres de services cohérent que ces experts ont recommandé de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un centre d'injection supervisé (CIS), en insistant sur la nécessaire phase d'évaluation de cette implantation. Ces espaces, appelés parfois familièrement « salles de shoot », offrent aux usagers de drogues un cadre sécurisé, afin qu'ils puissent consommer dans des conditions d'hygiène acceptables. Ils existent depuis les années 1980 dans différents pays, dont plusieurs en Europe (Allemagne, Espagne, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse) [92]. En février 2013, une première expérimentation de « salle de consommation à moindre risque » débute en France. Les services du Premier ministre annoncent avoir donné leur accord à la Ville de Paris, qui a souhaité s'engager dans cette démarche. La MILDT est chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la Ville de Paris, en lien avec les ministères concernés, dans ses travaux préparatoires [64, 126, 165].

(26 500 en 2002) pour sevrage alcoolique. La prise en compte des séjours pour les problèmes d'alcool apparaissant en diagnostic associé conduit à des chiffres plus importants : en 2011, 470 000 séjours avec au moins un diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool ont été dénombrés [213]. En ce qui concerne les drogues illicites, un peu plus de 6 400 séjours (3 900 en 2002) liés à la consommation de ces substances (troubles mentaux et du comportement) ont été enregistrés la même année, dont un tiers pour consommation d'opiacés et 13 % environ pour usage de cannabis [5]. Ces chiffres se rapportent aux hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, et excluent par conséquent l'activité des CSAPA hospitaliers et des services de soins de suite et de réadaptation en alcoologie. On ne dispose pas à l'heure actuelle de données permettant de convertir ces nombres de séjours en nombre de patients concernés. Ces derniers pouvant faire plusieurs séjours au cours d'une année, leur nombre est obligatoirement inférieur au nombre de séjours.

LE BACLOFÈNE

Le baclofène est un médicament autorisé en 1975 sous le nom de Liorésal® avec pour indication le traitement des contractures musculaires involontaires, pouvant survenir notamment dans la sclérose en plaques ou dans certaines affections de la moelle épinière. Sa posologie maximale, suivant son autorisation de mise sur le marché, est de 80 mg par jour.

Ce médicament est devenu célèbre à la fin des années 2000 à la suite de son utilisation à un dosage très élevé (270 mg) par un médecin cardiologue, le Dr Olivier Ameisen, pour soigner, avec succès, sa propre alcoolo-dépendance. Une expérience qu'il a relatée dans un ouvrage, *Le Dernier Verre* (éditions Denoël). Cet effet n'est pas une surprise dans la mesure où le baclofène agit sur un neuromédiateur, l'acide gamma amino-

butyrique (GABA), qui joue un rôle central dans les addictions, et où des études menées sur des animaux avaient montré une réduction très nette de l'appétence (*craving*) pour l'alcool et d'autres drogues comme la cocaïne après administration de baclofène. Cette action ne se manifeste cependant en général que pour des dosages beaucoup plus élevés que la dose maximale autorisée, ce qui explique que cet effet pour le traitement des addictions chez l'homme n'ait pas été mis en évidence auparavant.

Le témoignage d'Olivier Ameisen a enclenché un mouvement en faveur de la prescription du baclofène pour les personnes souffrant d'alcoolo-dépendance. Même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de données émanant d'une source officielle sur le nombre de personnes qui se sont fait prescrire du baclofène pour

traiter leur addiction à l'alcool, il y a tout lieu de penser que celui-ci est d'ores et déjà prescrit à un nombre important de patients souffrant de ces problèmes. Des sources officielles font état d'une augmentation importante des ventes de ce médicament entre 2004 (1,2 million de boîtes remboursées) et la période allant de mars 2012 à février 2013 (3,9 millions de boîtes délivrées) [169].

La prescription de ce médicament hors indication soulève plusieurs problèmes. Il s'agit d'abord de l'absence d'études cliniques menées selon les standards internationaux donnant des résultats incontestables quant à l'action du baclofène sur la dépendance à l'alcool, restriction néanmoins contestée par certains médecins prescripteurs à des malades alcooliques. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a autorisé en 2012 deux essais cliniques, un en médecine de ville (Bacloville) et l'autre en milieu hospitalier (Alpadir), pour combler cette lacune. La deuxième question, liée à la première, tient à l'absence de données suffisantes sur la sécurité d'emploi du baclofène à des dosages élevés. À l'heure actuelle, le principal effet secondaire de ce médicament semble être la somnolence.

D'après la revue de littérature sur le baclofène réalisée sous l'égide de la SFA [192], la tolérance aux doses élevées apparaît globalement satisfaisante dans les études disponibles en 2012, mais celles-ci restent trop limitées en ce qui concerne le nombre de patients inclus et la durée de suivi pour avoir un niveau suffisant de certitudes quant aux risques encourus.

Un débat assez passionnel oppose donc des partisans inconditionnels du baclofène, qui mettent en avant d'innombrables témoignages de patients « guéris » et l'importance du bénéfice en vies sauvées, à des médecins plus sceptiques. Dans ce contexte, l'ANSM indique, à l'occasion de son point d'information d'avril 2012, que ce traitement ne peut s'envisager qu'« au cas par cas, prescrit et surveillé par des praticiens expérimentés dans la prise en charge de l'alcool-dépendance, avec une adaptation posologique individuelle et une surveillance rapprochée de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables ».

Le baclofène n'est pas le seul traitement médicamenteux disponible dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Trois médicaments d'aide au maintien de l'abstinence sont prescrits depuis assez longtemps : le disulfirame, l'acamprostate et la naltrexone. Le premier a un effet aversif (rougeurs, vertiges, vomissements parfois) en cas d'absorption d'alcool. Les deux autres diminuent l'envie de boire. Ces médicaments apportent une aide pour certains mais paraissent cependant d'une efficacité limitée. Un quatrième médicament, le nalméfène, a obtenu une autorisation européenne de mise sur le marché en 2013. Ce médicament est présenté comme permettant à des patients qui ne veulent pas s'engager dans l'abstinence totale de diminuer leur consommation. Il peut se prendre de façon ponctuelle lorsque l'envie de prendre de l'alcool devient trop forte.

Une autre limite concernant les données hospitalières tient à l'absence de système d'information permettant de recenser le nombre de patients vus par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie. Les ELSA ont été créées en 2000 afin de favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers, quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes, comprenant dans l'idéal un médecin, un(e) infirmier/ère, un(e) psychologue et/ou un(e) assistant(e) social(e), se déplacent à la demande des différents services auprès des malades hospitalisés ou dans les services d'urgence pour évaluer leurs problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et orienter le patient vers une prise en charge adaptée à sa sortie de l'hôpital. Les consultations hospitalières en addictologie permettent d'accueillir en ambulatoire des patients avec des problèmes d'addiction. En 2010, 297 établissements de santé déclarent être dotés d'une ELSA et 476 d'une consultation en addictologie. Ces chiffres sur les nombres de structures ne doivent pas masquer une très grande variété dans les capacités de prise en charge, le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) par ELSA ou par consultation pouvant varier de 0,1 ETP par semaine à plusieurs ETP.

En 2009, les médecins de ville ont vu environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2009 [110]. Par ailleurs, les médecins de ville jouent un rôle important dans la prescription des TSO. Ils peuvent prescrire en relais de la méthadone à un patient dont le traitement a été au préalable initié dans un centre spécialisé (un CSAPA depuis 2007) ou dans un établissement hospitalier. Ils ont aussi la possibilité de prescrire un traitement à la BHD, en initiation ou en relais. Au cours d'un mois, les médecins généralistes ont vu un nombre estimé à 110 000 consommateurs d'opiacés en 2009, dans la plupart des cas pour une prescription d'un TSO. En 2003, le nombre de ces patients vus dans le mois était d'environ 97 000 [109]. Pour l'ensemble de l'année 2011, la Caisse nationale d'assurance maladie a effectué des remboursements pour 135 000 patients ayant eu une prescription de TSO par un médecin de ville (voir chapitre 3.2).

TABAC

Le sevrage tabagique revêt différentes formes et peut se faire sans l'aide d'un médecin, puisque des aides médicamenteuses peuvent être délivrées en pharmacie sans ordonnance. Les personnes dépendantes au tabac peuvent néanmoins se tourner vers des structures spécialisées

qui s'adressent en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt ou rechuté à plusieurs reprises ainsi qu'à ceux souffrant de pathologies liées au tabac et qui continuent de fumer. En 2012, il existait environ 660 consultations de tabacologie, dont environ 115 pour lesquelles on dispose de données sur les fumeurs reçus [187]. Les stratégies thérapeutiques de ces consultations sont mal connues mais les recommandations de bonne pratique vont dans le sens d'une prise en charge globale, médicamenteuse (substituts nicotiques et médicaments pour l'arrêt du tabac) et non médicamenteuse (thérapies cognitivo-comportementales, entretien motivationnel, etc.) [2, 114]. La Haute autorité de santé a mené un travail d'actualisation de ces bonnes pratiques pour améliorer le repérage, l'aide au sevrage et son maintien, dans un contexte de remontée du tabagisme : ses conclusions devraient être disponibles au deuxième trimestre 2013 [115].

Légère hausse du nombre de patients pris en charge

En 2012, les consultations spécialisées en tabacologie, en grande majorité hospitalières, qui disposent d'un recueil informatisé de leur activité (environ 115 structures) ont accueilli plus de 21 000 nouveaux patients, soit en moyenne 15,2 par mois et par centre, un chiffre en légère hausse par rapport à 2011. Parmi ces nouveaux patients, plus de la moitié (53 %) est adressée par un professionnel de santé et 42 % entament une démarche personnelle (le reste venant sur demande de l'entourage). Parallèlement, chaque centre suit en moyenne 28,3 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique [47, 158].

En 2009, la proportion de médecins ayant vu, au cours des sept derniers jours, au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique est quasiment stable par rapport à 2003 (68,6 %). En revanche, la part de ceux en ayant vu au moins trois a presque doublé en dix ans (17,4 % contre 9,7 % en 1998). Ainsi, environ 90 000 personnes par semaine sont reçues par un médecin généraliste pour un sevrage tabagique. Près de 16,5 % des médecins sont en liaison avec une structure spécialisée pour la prise en charge de leurs patients fumeurs. L'utilisation de questionnaires de repérage du tabagisme a très fortement progressé entre 2003 et 2009, passant de 6,3 % des médecins à 34 % [110].

Par ailleurs, depuis 2007, les CSAPA ont vocation à pouvoir prendre en charge des personnes en difficulté avec le tabac : en 2010, ces structures font état au total de 13 700 fumeurs pour lesquels ce produit est celui qui pose le plus de problème et motive la consultation, soit environ 5 % du public accueilli [193].

Un peu plus de femmes que d'hommes

Les dossiers de 21 025 patients reçus pour la première fois en 2012 dans des consultations de tabacologie ont été enregistrés et analysés. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (52 % contre 48 %) ; elles ont en moyenne 4,5 ans de moins (42,9 ans contre 47,5). Leur consommation journalière de cigarettes (manufacturées et roulées) est élevée : 21,3 en moyenne pour les hommes et 18,3 pour les femmes. Par ailleurs, les patients hommes déclarent boire en moyenne 1,6 verre d'alcool par jour et les femmes 0,5 [45].

Hausse des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac

Depuis la mise en vente libre des substituts nicotiques, fin 1999, les fumeurs ne sont plus obligés de consulter un médecin pour entreprendre leur sevrage. Entre 2000 et 2012, les ventes de ces produits ont presque doublé, sous l'impulsion du marché des gommes à mâcher et des comprimés. Depuis 2007, le marché des traitements pour l'arrêt du tabac atteint autour de deux millions d'« équivalents patients traités » par an. Par ailleurs, les substituts sous forme orale constituent depuis 2008 la part la plus importante des ventes en nombre de traitements, alors qu'il s'agissait auparavant des timbres transdermiques (ou « patchs »). Le Champix® (varénicline) a connu un succès important après sa commercialisation, en 2007, mais ses ventes ont été divisées par 3 entre 2010 et 2012 (en « équivalents patients traités »). Une évolution assez proche de celle du Zyban® (bupropion), très populaire entre 2002 et 2006, mais qui ne représente plus que 0,5 % du marché en 2012. Ces deux médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac font les frais de mises en garde sur leurs effets secondaires (troubles dépressifs, problèmes cardiaques, vertiges, etc.), relayés par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Enfin, les ventes d'inhalateurs ont reculé de 13,2 % entre 2011 et 2012, représentant 0,7 % du marché, soit l'équivalent de 16 700 patients traités. Depuis 2007, l'Assurance maladie rembourse forfaitairement à hauteur de 50 euros par an (150 euros pour les femmes enceintes depuis 2011) les substituts nicotiques acquis sur prescription : en 2011, 372 404 personnes ont bénéficié de ce dispositif contre 336 000 en 2010 [158].

Recours en hausse au dispositif d'aide en ligne

Le nombre d'appels à la ligne spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac, Tabac Info Service, avait considérablement augmenté en 2003 et 2004, au moment des fortes hausses du prix du tabac et de l'apposition du

numéro sur certains paquets. Après une baisse entre 2005 et 2008, les appels avaient repris en 2010 : 48 117 appels ont été enregistrés, un niveau jamais atteint depuis 1998 (date de création de la ligne), en grande partie grâce à l'apparition du numéro court (le 39 89). En 2011, le nombre d'appels s'est maintenu à un niveau élevé (47 679 appels), avec l'inscription obligatoire du numéro sur tous les paquets. Par ailleurs, le site www.tabac-info-service.fr propose notamment un coaching d'aide à l'arrêt du tabac. En 2010, le site avait reçu plus de 707 000 visites et 6 620 personnes s'étaient inscrites au coaching personnalisé. En 2011, près de 668 000 visites ont été dénombrées (- 5,6 %) et le coaching a permis de recruter 17 585 fumeurs souhaitant arrêter ou réduire leur consommation [157].

Repères méthodologiques

ASA-CAARUD ; Baromètre santé médecins généralistes ; Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM/EGB) ; ENaCAARUD ; PMSI ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; Tableau de bord tabac.