

Prise en charge et offre de soins

France

Rapport national 2015 (données 2014) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Aurélie Lermenier-Jeannet et Anne de l'Eprevier

Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez
- 1.2 *Cadre légal* : Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques* : Eric Janssen, Olivier Le Nézet, Magali Martinez
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais
- 5.1 *Prison* : Cristina Díaz-Gómez, Aurélie Lermenier-Jeannet, Ivana Obradovic
- 5.2 *Recherche*: Maitena Milhet

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Aurélie Lermenier-Jeannet (OFDT)

Marie Jauffret-Roustide, Aurélie Mayet (Collège scientifique de l'OFDT)

Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et tous les chargés de mission de la MILDECA

Relecture (version anglaise)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Anne de l'Eprevier

Documentation : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

The EMCDDA is investigating how the submission of the workbooks could be made easier through the use of technology. In the first instance, a pilot using templates in Word with defined fields to distinguish the answers to questions is being tried. The outcome of the pilot will be to evaluate the usefulness of this tool and establish the parameters of any future IT project.

Templates have been constructed for the workbooks being completed this year. The templates for the pre-filled workbooks were piloted in the EMCDDA.

1. The principle is that a template is produced for each workbook, and one version of this is provided to each country, in some instances pre-filled.
2. Answers to the questions should be entered into the "fields" in the template. The fields have been named with the question number (e.g. T.2.1). It will be possible to extract the contents of the fields using the field names.
3. Fields are usually displayed within a border, and indicated by "Click here to enter text" Fields have been set up so that they cannot be deleted (their contents can be deleted). They grow in size automatically.
4. The completed template/workbook represents the working document between the NFP and the EMCDDA. Comments can be used to enhance the dialogue between the EMCDDA and the NFP. Track changes are implemented to develop a commonly understood text and to avoid duplication of work.

Table of Contents

T0. Summary	4
T1. National profile	5
T1.1 Policies and coordination	5
T1.2 Organisation and provision of drug treatment	6
Outpatient network	6
Inpatient network	9
T1.3 Key data	12
T1.4 Treatment modalities	13
Outpatient and Inpatient services	14
Opioid substitution treatment (OST)	16
T1.5 Quality assurance of drug treatment services	20
T2. Trends	20
T3. New developments	24
T4. Additional information	25
T5. Notes and queries	26
T6. Sources and methodology	26

T0. Summary

- Profil national

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictions (au sein d'établissements médico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes). Environ 104 000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2010 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage.

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis est importante (58 %). C'était déjà le cas les années antérieures mais l'inclusion dans les données TDI (indicateur de demande de traitement) de l'ensemble des usagers de drogues illicites pris en charge dans les anciens centres d'alcoologie à partir de 2013 a encore renforcé le poids du cannabis.

La prescription des TSO se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en officine de ville. En 2014, 147 000 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés : 99 000 ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 de méthadone et 6 500 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010.

Sur le plan de l'offre de traitement en ambulatoire, les pouvoirs publics ont développé une prise en charge spécifique aux jeunes usagers par la création des consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2004. Il existe à l'heure actuelle environ 540 points de consultation ouverts. Bien qu'il n'existe pas de « programmes » nationaux à destination d'autres groupes cibles, certains CSAPA se sont spécialisés dans une prise en charge adaptée à tel ou tel public (femmes avec enfants, personnes ayant commis une infraction, etc.).

- Tendances

Parmi les personnes prises en charge pour la première fois de leur vie dans le dispositif spécialisé de traitement des addictions, la part des usagers de cannabis tend à augmenter alors que celle des usagers d'opiacés est à la baisse. Cette population, dont l'âge moyen fluctue autour de 26 ans depuis 2007, comprend en 2014 près de 70 % d'usagers de cannabis et un peu plus de 10 % d'usagers d'opiacés.

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement, la répartition suivant les produits apparaît assez stable jusqu'en 2012, avec une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis jusqu'en 2010. En 2013, la proportion d'usagers de cannabis a fortement augmenté, alors que celle des usagers d'opiacés déclinait de façon symétrique.

- Nouveaux développements

La durée maximale de prescription de la méthadone sous forme gélule est désormais de 28 jours contre 14 auparavant. La forme sirop, en revanche, conserve une durée maximale de prescription de 14 jours.

Alors que des débats sur la primo-prescription de méthadone en médecine de ville ont eu lieu, les résultats de l'étude Méthaville ont montré que cette modalité de prescription n'était pas moins efficace que celle actuellement en vigueur (uniquement par un médecin dans un CSAPA ou un hôpital), ouvrant la voie à son expérimentation.

T1. National profile

T1.1 Policies and coordination

The purpose of this section is to

- describe the main treatment priorities as outlined in your national drug strategy or similar key policy documents
- provide an overview of the co-ordinating/governance structure of drug treatment within your country

T1.1.1 What are the main treatment-related objectives of the national drug strategy?

Priorités en matière de traitement dans la stratégie nationale de lutte contre les addictions

Concernant le traitement, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) comprend deux axes, décomposés en objectifs :

- I) Adapter les offres de soins de premier recours et spécialisés :
 - Conforter les compétences des professionnels en contact avec les jeunes (particulièrement les consultations jeunes consommateurs (CJC), en développant l'intervention précoce).
 - Conforter les compétences des professionnels de santé et le positionnement des médecins généralistes (formation à l'intervention brève et à l'entretien motivationnel).
 - Étendre les interventions des dispositifs de soins spécialisés (élargir les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) à la prévention, l'insertion professionnelle, et le soutien des familles ; développer les Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans les établissements de santé).
 - Renforcer l'accessibilité géographique et sociale.
- II) Adapter les stratégies thérapeutiques
 - Soutenir et diffuser la thérapie familiale multidimensionnelle (formation de plusieurs CJC réparties sur le territoire).
 - Déployer l'approche intégrée vers les comorbidités psychiatriques et somatiques.
 - Soutenir des recherches sur de nouveaux traitements des conduites addictives et de la dépendance.
 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) et développer leur accessibilité (nouvelles modalités thérapeutiques, comme la primo-prescription de méthadone en médecine de ville ; milieu carcéral).
 - Proposer des services d'aide à distance.

T1.1.2 Who is coordinating drug treatment and implementing these objectives?

Gouvernance et coordination de la mise en place des traitements en matière d'addictions

Voir T1 dans le workbook « Drug policy »

T1.1.3 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand the governance of treatment within your country.

(Suggested title: Further aspects of drug treatment governance.)

T1.2 Organisation and provision of drug treatment

The purpose of this section is to:

- Describe the organisational structures and bodies that actually provide treatment within your country
- Describe the provision of treatment on the basis of Outpatient and Inpatient, using the categories and data listed in the following tables. Drug treatment that does not fit within this structure may be included in the optional section
- Provide a commentary on the numerical data submitted through ST24

Outpatient network

T1.2.1 Using the structure and data provided in table I please provide an overview of the main bodies/organisations providing Outpatient treatment within your country and comment on their relative importance.

Structures de soins en ambulatoire

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites (UD) : le dispositif spécialisé de traitement des addictions (au sein d'établissements médico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes). Il ne sera fait mention ici que des personnes accueillies par les professionnels mentionnés dans le tableau I.

Le dispositif spécialisé

Jusqu'en 2004, les usagers de drogues illicites n'étaient pris en charge que dans les centres spécialisés de soins en toxicomanie (CSST). Les centres d'alcoologie (CCAA) n'accueillaient que des personnes en difficulté avec l'alcool. À partir de cette date, les deux catégories de centres ont pris la même appellation de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et se sont vus assigner en 2008 une mission commune de prise en charge de l'ensemble des personnes ayant un problème d'addiction, quel que soit le produit, avec toutefois la possibilité de conserver leur spécialisation antérieure. Jusqu'en 2010-2011, celle-ci est restée très présente et le nombre d'usagers de drogues illicites (UD) pris en charge dans les anciens CCAA est resté négligeable. Les CSAPA antérieurement centres d'alcoologie n'étaient donc pas pris en compte dans les données TDI. L'augmentation progressive du nombre d'UD en traitement dans les anciens CCAA a cependant conduit à ce qu'il ne soit plus pertinent de différencier les CSAPA suivant leur historique. Tous les CSAPA ont été inclus dans les données TDI à partir de 2013, même si certains n'accueillent qu'une minorité d'UD et parfois aucun. Ce changement explique la brusque augmentation du nombre de CSAPA recensés pour cette année.

Les CSAPA sont majoritairement à statut associatif, une minorité de centres étant gérés par des hôpitaux.

Les CSAPA en milieu pénitentiaire, peu nombreux, consacrent toutes leur activité aux usagers de drogues incarcérés. Leur activité ne représente cependant qu'une partie de l'offre de soins addictologiques en milieu carcéral. D'une part, des soins addictologiques sont délivrés par les établissements hospitaliers généralistes ou en santé mentale qui assurent les soins dans les établissements pénitentiaires. Il n'existe cependant pas de système d'information permettant de mesurer cette activité. D'autre part, les pouvoirs publics ont souhaité mettre en place, à partir de 2011, un CSAPA référent pour chacun des 187 établissements pénitentiaires existant en France. Ces CSAPA sont chargés d'intervenir en détention pour assurer la continuité des soins. Une enveloppe financière a été prévue

pour permettre à chaque CSAPA désigné comme référent de consacrer un demi emploi supplémentaire d'un travailleur social à l'intervention auprès d'usagers de drogues incarcérés ou venant de sortir de prison.

En France, l'activité des CAARUD n'est pas considérée comme relevant du traitement : les informations relatives à ce type de structures sont détaillées dans le workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques ».

Le dispositif généraliste

L'activité des médecins généralistes de ville en ce qui concerne le traitement de l'usage de drogues est décrite à l'aide de l'enquête Baromètre santé médecins généralistes de l'INPES, menée auprès d'un échantillon de praticiens. En 2009, deux tiers des médecins généralistes (approximativement 40.000) ont reçu au moins un usager de drogues dépendant aux opiacés au cours de l'année (Gautier 2011). La proportion de ceux qui reçoivent au moins un usager par mois a nettement progressé pour atteindre près de la moitié d'entre eux (contre un tiers en 2003) et 12 % d'entre eux (approximativement 7.000) reçoivent au moins 5 usagers par mois. Cette activité importante auprès des usagers dépendants aux opiacés est principalement liée à la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Les consultations en lien avec le cannabis concernent beaucoup moins de médecins : près de 3 000 déclarent avoir reçu au moins 5 patients par mois en raison de leur consommation de cannabis. Enfin, environ un médecin sur cinq (13 000) a reçu au moins un patient dans l'année pour un problème de consommation de stimulants. On ne dispose pas d'information sur la prise en charge des usagers de drogues par les psychiatres de ville.

Les usagers de drogues illicites peuvent également être pris en charge en ambulatoire dans les nombreuses consultations addictologiques créées dans les hôpitaux généralistes et dans les hôpitaux psychiatriques. Il existait en 2010 environ 480 consultations addictologiques hospitalières (Palle *et al.* 2012). Ce chiffre se rapporte aussi bien à des consultations ouvertes quelques heures par semaine qu'à celles fonctionnant tous les jours ouvrables. Les patients sont majoritairement accueillis pour des problèmes d'alcool mais toutes les consultations sont susceptibles de traiter des usagers de drogues illicites.

T1.2.2 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand the availability of Outpatient treatment within your country.

(Suggested title: Further aspects of outpatient drug treatment provision.)

--

Tableau I. Réseau des structures de soins ambulatoires (nombre total d'unités)

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)
Centres spécialisés de soins aux toxicomanes	410	Structures à caractère médico-social autorisées et financées par la Sécurité sociale dont l'activité est entièrement consacrée à la prise en charge des personnes ayant une addiction aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac ou une addiction comportementale (jeux d'argent, cyberaddiction). Ces structures sont dénommées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
Structures d'accès à bas-seuil	160	Structures à caractère médico-social autorisées et financées par la Sécurité sociale ayant pour mission de contribuer à la réduction des risques parmi les usagers de drogues : accueil inconditionnel, information et conseil personnalisé, soutien pour l'accès aux soins et aux droits sociaux, mise à disposition de matériel de prévention des maladies infectieuses, interventions à l'extérieur pour rencontrer les usagers de drogues et actions de médiation sociale. Ces structures sont dénommées centres d'accueil et

		d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et n'entrent pas en France dans le champ des données de traitement.
Système de soins général/mental	30 000	Nombre estimé de médecins généralistes ayant déclaré avoir reçu au moins un patient dépendant aux opiacés au cours du mois.
Prisons	15	Structures autorisées et financées par la Sécurité sociale dont l'activité est entièrement consacrée à la prise en charge des personnes incarcérées ayant une addiction aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac ou une addiction comportementale (jeux d'argent, cyberaddiction). Ces structures sont dénommées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en milieu pénitentiaire.
Autres structures ambulatoires		

Source : Standard Table 24.

T.1.2.3 Using the structure and data provided in table II please provide an overview of the utilisation of the outpatient treatment system within your country and comment on the clients served.

Patients pris en charge dans les structures de soins en ambulatoire

Les données fournies dans les rapports d'activité des CSAPA permettent d'estimer à environ 104 000¹ le nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2010² pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Le nombre d'UD vus par les médecins généralistes (147 000) est estimé à partir des remboursements pour une prescription de TSO.

Les CSAPA en milieu pénitentiaire prennent en charge 5 000 à 6 000 patients dans l'année. Ce nombre ne représente qu'une part sans doute relativement faible de l'ensemble des usagers de drogues incarcérés bénéficiant de soins addictologiques dispensés par les CSAPA. Cette prise en charge est en effet souvent assurée aussi par des CSAPA dont l'activité n'est pas seulement pénitentiaire (CSAPA ambulatoires) ainsi que par des établissements hospitaliers généralistes ou en santé mentale qui interviennent en prison. Une évaluation plus complète de ce nombre devrait être disponible pour le prochain rapport.

¹ Ce chiffre tient compte d'une proportion de doubles comptes de 3 % des données déclarées, pourcentage évalué à partir de la dernière étude capture-recapture menée dans quelques villes françaises.

² Le nombre de personnes vues dans les CSAPA n'a pu être actualisé depuis 2010 en raison de retards dans la transmission des rapports d'activité à l'OFDT. Cette actualisation est cependant en cours et devrait mener à une estimation certainement nettement supérieure pour l'année 2014.

T1.2.4 *Optional.* Please provide any additional information you feel is important to understand the utilisation of Outpatient treatment within your country
(Suggested title: Further aspects of outpatient drug treatment utilisation.)

T1.2.5 *Optional.* Please provide any additional information on treatment providers and its utilisation not covered above.
(Suggested title: Further aspects of outpatient drug treatment provision and utilisation.)

Tableau II. Nombre de patients pris en charge en ambulatoire

	Nombre total de patients	Définition nationale (Caractéristiques)
Centres spécialisés de soins aux toxicomanes	104 000	Usagers de drogues ayant été vus au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face par un professionnel du soin employé dans un CSAPA dans le cadre d'une prise en charge structurée.
Structures d'accès à bas-seuil	60 000	Usagers de drogues vus au moins une fois dans un CAARUD ou rencontrés à l'extérieur par une équipe d'intervenants du CAARUD. En France, les usagers de drogues vus dans les CAARUD ne sont pas considérés comme étant en traitement.
Système de soins général/mental	147 000	Personnes ayant bénéficié d'un remboursement suite à une prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.
Prisons	5 700	Usagers de drogues ayant été vus au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face par un professionnel du soin employé dans un CSAPA pénitentiaire dans le cadre d'une prise en charge structurée.
Autres structures ambulatoires		

Source : Standard Table 24

Inpatient network

T1.2.6 Using the structure and data provided in table III please provide an overview of the main bodies/organisations providing Inpatient treatment within your country and comment on their relative importance.

Structures de soins avec hébergement

Comme en ambulatoire, les traitements résidentiels peuvent intervenir dans le cadre d'un CSAPA ou d'un hôpital public, général ou spécialisé en psychiatrie.

Les soins résidentiels dans les CSAPA

Les CSAPA avec hébergement offrent différents types de prestation. La plus importante en termes de nombre de patients concernés est l'hébergement collectif dans le cadre de centres thérapeutiques résidentiels (CTR). Historiquement, ces centres ont été créés pour accueillir des UD après un sevrage pour un séjour de quelques mois permettant de se réadapter à une vie sans drogue. Depuis la généralisation des TSO dans les années 1990, ces institutions accueillent également des personnes qui suivent un traitement de ce type. Il existe aujourd'hui 37 CTR. En dehors de ces institutions, il existe également 8 communautés thérapeutiques expérimentales (CTE) créées au cours des années 2000. Les CTE doivent en principe devenir des CSAPA mais n'ont pas encore officiellement ce statut¹. Tous les CTR et les CTE sont en gestion associative. Il peut être noté que le nombre de places est beaucoup plus important dans les CTE que dans les CTR (30 en moyenne vs 10). Les CSAPA avec hébergement mais également ceux en ambulatoire peuvent offrir des prestations d'hébergement en appartement thérapeutique résidentiel (ATR), pour des séjours d'une durée maximale de deux ans. En 2011, 64 CSAPA offraient des places en ATR. Il existe enfin un dernier type de prestation, le court séjour, qui répond aux besoins d'hébergement d'urgence pour des UD sans domicile ou d'hébergement de transition (notamment à la sortie de prison). En 2011, 8 CSAPA offraient ce type de prestation.

Les soins résidentiels dans les hôpitaux

À la suite du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (Ministère de la santé et des solidarités 2006), les moyens disponibles pour le traitement résidentiel des addictions ont été considérablement renforcés. En 2010, on comptait en France 391 établissements hospitaliers, publics dans la quasi-totalité des cas, dotés de lits d'hospitalisation pour sevrage et 113 avec une activité de soins de suite avec mention addictologie (Palle *et al.* 2012). Ces services prennent en charge toutes les addictions (notamment l'alcool), il est donc difficile de dénombrer ceux qui accueillent effectivement des UD.

¹ Les CTE ne sont donc pas soumises aux mêmes obligations que les CSAPA concernant le rapport d'activité et le dispositif RECAP (dans lequel leurs données n'apparaissent donc pas).

T1.2.7 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand the availability of Inpatient treatment within your country.
(Suggested title: Further aspects of inpatient drug treatment provision.)

Tableau III. Réseau des structures de soins résidentiels (nombre total d'unités)

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)
Prise en charge résidentielle en milieu hospitalier	nd	
Prise en charge résidentielle hors milieu hospitalier	37	Le centre thérapeutique résidentiel est une structure qui associe un hébergement collectif et le soin. Il assure les mêmes missions et prestations qu'en ambulatoire. Il constitue le support à une prise en charge individualisée. Il s'adresse à des personnes, y compris sous TSO, ayant besoin d'un cadre structuré ainsi qu'un éloignement temporaire, une rupture avec leur environnement habituel. Son apport réside dans la diversité des approches : prise en charge médicale et psychologique, accompagnement, socialisation (activités et vie collectives mais avec une approche différente de celle de la communauté thérapeutique), réinsertion socio-professionnelle.
Communautés thérapeutiques	8	Les communautés thérapeutiques sont des structures d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale.
Prisons		
Autres structures résidentielles	68	L'hébergement en appartement thérapeutique permet à la personne suivie dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychosociale et éducative (suivi ambulatoire) de reconquérir son autonomie, de restaurer des liens sociaux (par exemple, à travers le partage des tâches quotidiennes dans l'appartement) et professionnels (recherche de formation, d'emploi, etc.). Ce type d'hébergement vise à prolonger et renforcer l'action thérapeutique engagée. Il s'adresse en particulier aux personnes bénéficiant d'un traitement lourd (TSO, VHC, VIH).

Autres structures résidentielles	8	Le court séjour, avec des structures d'urgence ou de transition, est destiné à l'accueil pour des durées courtes (inférieures à trois mois), pendant lesquelles la situation socio-sanitaire de l'utilisateur sera évaluée et une prise en charge médicale, psychosociale et éducative proposée. Il doit permettre une période de rupture et/ou de transition (initiation d'un TSO, attente de sevrage, sortie de prison...) favorable à l'initiation d'une démarche de prise en charge. L'hébergement de court séjour peut être collectif (type foyer) ou individuel (nuitées d'hôtel).
----------------------------------	---	--

nd : non disponible

Source : Standard Table 24

T1.2.8 Using the structure and data provided in table IV please provide an overview of the utilisation of the inpatient treatment system within your country and comment on the clients served.

Patients pris en charge dans les structures de soins avec hébergement

À partir des rapports d'activité des CTR et des ATR, le nombre de personnes hébergées dans ces deux dispositifs peut être estimé en 2010¹ à respectivement 1 400 et 1 000 usagers de drogues. Il faudrait également tenir compte du nombre de personnes hébergées dans les CTE. Ce chiffre n'est actuellement pas connu avec précision mais devrait se situer entre 300 et 400 personnes en 2014. Le recoupement avec les UD vus dans les CSAPA en ambulatoire est sans doute assez large : une part importante des personnes accueillies est en effet adressée par un CSAPA ambulatoire.

¹ Le nombre de personnes vues dans les CSAPA n'a pu être actualisé depuis 2010 en raison de retards dans la transmission des rapports d'activité à l'OFDT.

T1.2.9 **Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand the utilisation of Inpatient treatment within your country.

(Suggested title: Further aspects of inpatient drug treatment utilisation.)

--

T1.2.10 **Optional.** Please provide any additional information on types of treatment providers and its utilisation not covered above.

(Suggested title: Further aspects of inpatient drug treatment provision and utilisation.)

--

Tableau IV. Nombre de patients pris en charge en résidentiel

	Nombre total de patients	Définition nationale (Caractéristiques)
Prise en charge résidentielle en milieu hospitalier	nd	
Prise en charge résidentielle hors milieu hospitalier	1 400	Personnes hébergées dans les centres thérapeutiques résidentiels
Communautés thérapeutiques	nd	Personnes hébergées dans les communautés thérapeutiques expérimentales

Prisons		
Autres structures résidentielles	1 000	Personnes hébergées dans les appartements thérapeutiques résidentiels
Autres structures résidentielles	nd	

nd : non disponible

Source : Standard Table 24

T1.3 Key data

The purpose of this section is to provide a commentary on the key estimates related to the topic.

T1.3.1 Please comment and provide any available contextual information necessary to interpret the pie chart (figure I) of primary drug of entrants into treatment and main national drug-related treatment figures (table V). In particular, is the distribution of primary drug representative of all treatment entrants?

Récapitulatif des données relatives aux patients en traitement

Le taux de couverture des données TDI peut être estimé à environ 70 % pour les CSAPA en ambulatoire. Le taux est plus faible pour les CSAPA avec hébergement mais leur poids en termes de nombre d'utilisateurs est très faible. Les centres qui n'ont pas fourni de données ne semblent pas présenter de caractéristiques communes qui les différencieraient de ceux qui ont transmis des données. Les UD des centres qui participent au TDI peuvent donc être considérés comme représentatifs de l'ensemble des patients vus dans les CSAPA en ambulatoire.

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis apparaît particulièrement importante (58 %) en 2014. C'était déjà le cas les années antérieures mais l'inclusion dans les données TDI de l'ensemble des UD pris en charge dans les anciens CCAA à partir de 2013 a encore renforcé le poids du cannabis (voir T1.2.1).

Les consommateurs d'opiacés constituent en France le deuxième groupe le plus important. Les personnes pour qui un stimulant est cité comme produit posant le plus de problèmes ne représentent en revanche qu'une faible proportion des nouveaux patients. La cocaïne apparaît beaucoup plus fréquemment comme produit secondaire chez des personnes indiquant un opiacé en produit posant le plus de problèmes.

Le nombre total de personnes en traitement n'est connu que pour les CSAPA. Il n'est à l'heure actuelle pas possible de connaître le nombre de personnes prises en charge à l'hôpital, ni la proportion des patients pris en charge par un médecin de ville qui l'a également été par un CSAPA dans l'année.

T1.3.2 **Optional.** If possible, please provide any available information on the distribution of primary drug in the total population in treatment.

(Suggested title: distribution of primary drug in the total population in treatment.)

--

T1.3.3 **Optional.** Please comment on the availability, validity and completeness of the estimates in Table V below.

(Suggested title: Further methodological comments on the Key Treatment-related data.)

T1.3.4 Optional. Describe the characteristics of clients in treatment, such as patterns of use, problems, demographics, and social profile and comment on any important changes in these characteristics. If possible, describe these characteristics of all clients in treatment. If not, comment on available information such as treatment entrants (TDI ST34).

(Suggested title: Characteristics of clients in treatment.)

T1.3.5 Optional. Please provide any additional top level statistics relevant to the understanding of treatment in your country.

(Suggested title: Further top level treatment-related statistics.)

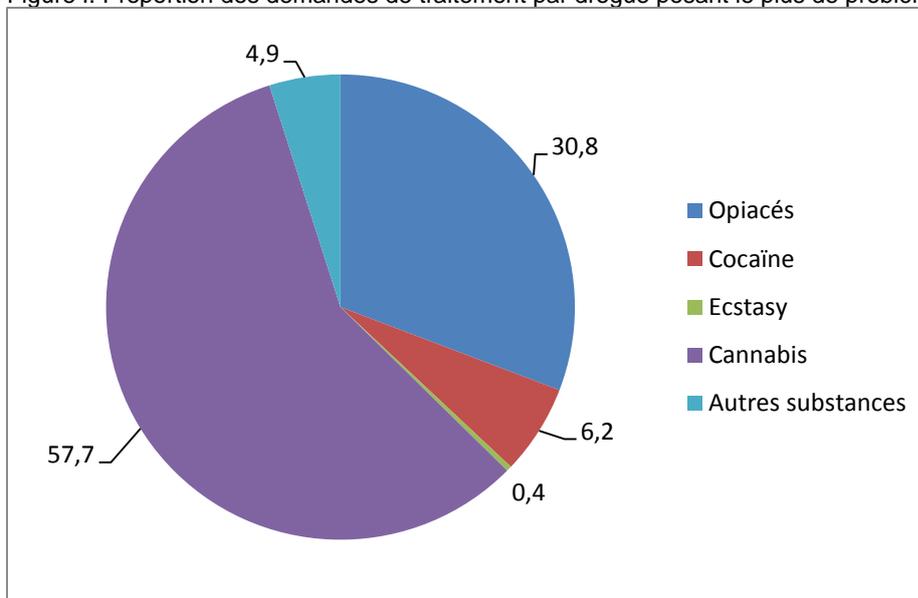
Tableau V: Synthèse - Patients en traitement

	Nombre de patients
Nombre total de patients en traitement	nd
Nombre total de patients suivant un TSO	167 000
Nombre total de patients qui commencent un traitement dans un centre	70 000

nd : non disponible

Source : Standard Table 24 et TDI

Figure I. Proportion des demandes de traitement par drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur



Source : TDI

T1.4 Treatment modalities

The purpose of this section is to

- Comment on the treatment services that are provided within Outpatient and Inpatient settings in your country, with reference to the categories and data reported in SQ27 part 1 where possible. provide an overview of Opioid Substitution Treatment (OST) in your country

Outpatient and Inpatient services

T1.4.1 Please comment on the types of outpatient drug treatment services available in your country and the scale of provision, as reported to the EMCDDA in SQ27 part 1.

Offre de traitement en ambulatoire

Sur le plan de l'offre de traitement en ambulatoire, en dehors des mesures qui concernent les TSO (largement disponibles), les pouvoirs publics ont en premier lieu cherché à développer un accueil et une prise en charge spécifiques aux jeunes consommateurs (pour qui la problématique de l'addiction est encore le plus souvent fortement imbriquée dans celle de l'adolescence et des difficultés psychologiques qui l'accompagnent), en ciblant tout particulièrement les adolescents et les jeunes adultes consommateurs de cannabis. Créées en 2004 [[Circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille](#)], les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont pour un peu plus de la moitié gérées par un CSAPA et pour le reste par des centres hospitaliers. Il existe à l'heure actuelle environ 540 points de consultation ouverts (Obradovic 2015) sur des durées plus ou moins longues (parfois une demi-journée par semaine et parfois tous les jours ouvrables). De nombreuses CJC ont ouvert des points de consultation avancés dans les établissements scolaires ou différentes structures accueillant des jeunes. Cette offre est disponible sur l'ensemble du territoire français et son niveau d'accessibilité peut être considéré comme élevé. Un guide de bonnes pratiques destiné aux professionnels qui interviennent dans le cadre des CJC et édité par l'organisme professionnel rassemblant les intervenants en addictologie (Fédération addiction 2012) a été publié en 2012.

En ce qui concerne les autres groupes cibles mentionnés dans le questionnaire SQ27P1, il n'existe pas de « programmes » au niveau national comparables à ce qui a été mis en place pour les jeunes consommateurs. Certains CSAPA se sont cependant investis et spécialisés dans la prise en charge spécifique de tel ou tel public, comme les personnes présentant des comorbidités psychiatriques, pour qui ont été mis en place des protocoles spécifiques. On ne dispose cependant pas d'informations plus précises à ce sujet. La question de la prise en charge des femmes enceintes ou venant d'accoucher est également une préoccupation de longue date des pouvoirs publics comme des professionnels du soin en addictologie. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (MILDT 2008) prévoyait d'encourager les projets allant dans ce sens. Suite à un appel d'offre, une quarantaine de projets de ce type ont été financés, tous portés par des CSAPA (Mutatayi 2014). Deux centres thérapeutiques résidentiels, situés dans deux régions différentes (Aquitaine et Île-de-France), sont entièrement ou fortement spécialisés dans la prise en charge de ce type de public. Le plan 2013-2017 (MILDT 2013) prévoit également la création de deux dispositifs résidentiels accueillant des femmes avec enfants et de deux équipes de repérage et de prise en charge précoce parents/enfants.

Dans les hôpitaux, les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) interviennent également régulièrement dans les services de maternité soit directement auprès des patientes soit pour former le personnel.

Dans le cadre des orientations sanitaires prononcées par les parquets ou les tribunaux (voir workbook « Cadre légal ») suite à une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), une offre de soins est disponible pour ce type de public. Toutefois, elle n'est sans doute pas toujours adaptée aux besoins du public concerné, notamment celui des sortants de prison,

pour qui le problème du logement se pose de façon aiguë. Pour éviter les ruptures de soins et les "sorties sèches"¹, les pouvoirs publics ont mis en place, dans le cadre du plan gouvernemental 2008-2011, à titre expérimental, des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prison au sein des structures sociales et médico-sociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison. En deux ans (2009-2010), sept types de programmes destinés aux sortants de prison ont ainsi été financés (4 projets d'unités d'accueil courts et d'accès rapide et 3 projets de consultations avancées de CSAPA en centres d'hébergement et de réinsertion sociale, CHRS) puis évalués par l'OFDT (Obradovic 2014). Les pouvoirs publics ont plus récemment favorisé la mise en œuvre d'un programme expérimental de prévention de la récidive et d'alternative à l'incarcération chez des UD ayant commis des actes de délinquance en lien avec leur addiction, dans le ressort d'un tribunal de la région parisienne². Cette expérimentation a débuté au mois de mars 2015. L'objectif est de proposer à une cinquantaine de multirécidivistes de suivre un programme thérapeutique intensif (cinq heures d'activités et de soins par jour, cinq jours par semaine, pendant un an) plutôt que de retourner en prison (voir workbook « Prévention »).

L'accueil d'UD sans domicile est également une situation à laquelle de nombreux CSAPA sont confrontés. Quelques-uns se sont spécialisés dans l'accueil de ce public : leur nombre est certainement inférieur à ce qui serait souhaitable. Un programme intitulé « Un chez soi d'abord », inspiré du programme nord-américain « Housing first », est actuellement en cours d'expérimentation dans quatre villes françaises (Paris, Lille, Marseille et Toulouse). Il ne vise pas spécifiquement les usagers de drogues mais les personnes sans abri souffrant de troubles mentaux importants, population qui recouvre en partie celle des usagers de drogues sans domicile fixe. Il est proposé aux personnes recrutées d'accéder à un logement ordinaire moyennant un accompagnement intensif social et sanitaire. Cet accompagnement est assuré par des équipes rassemblant aussi bien des professionnels de santé (psychiatre, addictologue, généraliste, infirmier) que des intervenants sociaux, des spécialistes du logement ou encore des personnes qui ont elles-mêmes connu la rue ou la maladie mentale.

En l'absence d'enquête systématique sur le développement d'accueil spécifique des publics recensés dans le questionnaire SQ27P1, il n'a pas été possible d'obtenir des informations concernant l'accueil des seniors, des travailleurs sexuels et des personnes LGBT.

Il y a sans doute lieu de développer des programmes spécifiques pour ces publics mais la prise en charge des femmes enceintes ou avec enfants tout comme celle des personnes souffrant de problèmes psychiatriques ou interpellées pour une ILS font partie des situations auxquelles tous les CSAPA doivent être en mesure de faire face. La formation des personnels des CSAPA est probablement autant que le développement de « programmes » spécifiques un des moyens pour atteindre cet objectif.

De façon générale, les consultations avec un psychologue ou un psychiatre sont assez largement disponibles en France dans les CSAPA en ambulatoire. Pour ce qui concerne les autres types de services mentionnés dans le SQ27P1, la disponibilité n'est pas connue.

¹ Sorties de prison sans suivi thérapeutique.

² Le projet du tribunal de Bobigny s'inspire de ceux existant au Canada (Montréal, Vancouver) qui reposent sur une approche globale de la personne et une concertation renforcée entre les différents acteurs du programme, notamment ceux de la santé et de la justice. Les personnes présentant un profil psychiatrique lourd ne peuvent pas être incluses dans ce programme. L'expérimentation prévue pour deux ans devrait permettre d'inclure 40 à 50 personnes dans le programme.

T1.4.2 Optional. Please provide any additional information on services available in Outpatient settings that are important within your country.

(Suggested title: Further aspect of available outpatient treatment services)

T1.4.3 Please comment on the types of inpatient drug treatment services available in your country and the scale of provision, as reported to the EMCDDA in SQ27part 1.

Offre de traitement avec hébergement

De façon générale, les TSO ainsi que les consultations avec un psychologue ou un psychiatre sont assez largement disponibles en France dans les services hospitaliers en addictologie, les centres thérapeutiques résidentiels, les communautés thérapeutiques expérimentales et les appartements thérapeutiques résidentiels. Pour ce qui concerne les autres types de services mentionnés dans le SQ27P1, la disponibilité n'est pas connue.

T1.4.4 Optional. Please provide any additional information on services available in Inpatient settings that are important within your country.

(Suggested title: Further aspect of available inpatient treatment services)

T1.4.5 Optional. Please provide any available information or data on treatment outcomes and recovery from problem drug use.

(Suggested title: treatment outcomes and recovery from problem drug use)

T1.4.6 Optional. Please provide any available information on the availability of social reintegration services (employment/housing/education) for people in drug treatment and other relevant drug using populations.

(Suggested title: Social reintegration services (employment/housing/education) for people in drug treatment and other relevant populations)

Opioid substitution treatment (OST)

T1.4.7 Please provide an overview of the main providers/organisations providing OST within your country and comment on their relative importance.

Systèmes de délivrance des TSO

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictions (au sein d'établissements médico-sociaux, CSAPA) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes).

La prescription des TSO se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en officine de ville.

L'organisation de l'accès aux TSO s'est construite autour de deux cadres de prescription différents, l'un pour la méthadone, l'autre pour la buprénorphine haut dosage (BHD). La méthadone, classée comme stupéfiant, a un cadre de prescription plus strict que celui de la BHD (associée ou non à la naloxone). Cette dernière est inscrite sur la liste I¹ mais avec les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Cette différence est liée à la dangerosité moindre de la BHD (agoniste partiel des récepteurs opiacés) comparée à la

méthadone (agoniste pur) ; l'effet plafond de la BHD limitant les effets dépressifs notamment cardio-respiratoires.

Les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant en CSAPA ou à l'hôpital (ou en unité sanitaire en prison). Le relais par un médecin de ville est possible, une fois le patient stabilisé. L'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville est prévue dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). La forme gélule de la méthadone, plus discrète (les flacons de sirop sont très volumineux) et ne contenant ni sucre ni éthanol, n'est pas destinée à la mise en place d'un traitement ; elle peut être prescrite aux patients stabilisés, en relais de la forme sirop. La prescription initiale de la forme gélule est réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux UD.

Pour la BHD, l'initiation d'un traitement peut être pratiquée par tout médecin. La durée maximale de prescription est de 14 jours pour la méthadone, tandis qu'elle est de 28 jours pour la BHD. Ces deux traitements doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée.

Si la part des médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué depuis 2003 (9 sur 10), la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers des médecins généralistes prescrivant un TSO prescrit maintenant de la méthadone, alors que la part de ceux prescrivant de la BHD diminue (de 84,5 % en 2003 à 77 % en 2009).

¹ Les médicaments délivrés exclusivement sur ordonnance médicale sont inscrits sur la liste I (pour ceux présentant des risques élevés), sur la liste II (pour ceux considérés comme moins dangereux) ou sur celle des stupéfiants. Ces derniers, dont l'utilisation risque de créer une dépendance, sont prescrits sur ordonnance sécurisée.

T1.4.8 Please comment on the number of clients receiving OST within your country and the main medications used.

Nombre de patients sous TSO

Après sa mise sur le marché en 1995, la BHD est très rapidement devenue le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France. Depuis 2006, le Subutex® n'est plus le seul médicament disponible. Des spécialités génériques sont apparues sur le marché, au nombre de six en 2015, commercialisés par les laboratoires Arrow, Biogaran, EG, Mylan, Sandoz et Teva. En janvier 2012, le Suboxone® (association de BHD et d'un antagoniste opiacé, la naloxone) a été mis sur le marché sous forme de comprimés sublinguaux. Cette association de substances a pour objectif la prévention du mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM-TS) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires, 147 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en médecine de ville en 2014. Le nombre de bénéficiaires d'un TSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction, a amorcé une légère baisse depuis 2013 (150 000 bénéficiaires versus 152 000 bénéficiaires en 2012), en lien avec une diminution du nombre de bénéficiaires de BHD. Plus précisément, en 2014, 99 000 personnes ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 des prescriptions de méthadone et 6 500 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). La prédominance de la BHD, représentant 69 % de l'ensemble, reste encore très nette. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010 (Palle and Rattanaray 2013).

L'utilisation du sulfate de morphine dans un but de substitution (généralement prescrit sous forme de gélules à libération prolongée) concerne plusieurs milliers de patients, qui le plus souvent l'injectent, mais ne bénéficie d'aucun cadre légal de prescription, ni d'aucune évaluation des bénéfices et des risques pour cette utilisation en tant que traitement de substitution.

L'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés

Il n'existe pas, à ce jour, de source fiable et actualisée régulièrement renseignant le nombre de personnes ayant arrêté un TSO dans les différents dispositifs (spécialisés ou généralistes). Il faut noter qu'une part importante des addictologues et psychiatres spécialisés français sont réticents à l'arrêt total trop rapide du traitement substitutif, par crainte de la rechute et des surdoses qui peuvent en découler. L'arrêt de la substitution, à la différence du maintien en traitement, n'apparaissait pas comme un objectif prioritaire dans la Conférence de consensus de 2004 (FFA and ANAES 2005). Néanmoins, des demandes d'arrêt des TSO sont exprimées par de nombreux patients, amenant les professionnels de santé à réfléchir à leur pratique afin de déterminer les stratégies, indications et modalités favorables à cet arrêt (Dugarin *et al.* 2013; Hautefeuille 2013).

Mésusages et trafic de BHD

Une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et n'est pas consommée dans le cadre d'un traitement (voir T1.1.1 dans le workbook « Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques »). Cette part a diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie sur les traitements de substitution aux opiacés en 2004¹. Un des indicateurs principaux de détournement ou de mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j²) a été divisé par trois entre 2002 et 2007 (Canarelli and Coquelin 2009). Depuis, cet indicateur est resté stable (2,2 % en 2012) (Brisacier and Collin 2014). Par ailleurs, 73 % des patients recevant de la BHD sont en traitement régulier³ et donc a priori inclus dans un processus thérapeutique. Les bénéficiaires « non réguliers » de ces traitements ne sont toutefois pas forcément en dehors de toute démarche de soins, tandis que les usagers prenant ce médicament dans une logique de soins ne sont pas exempts de certaines formes de mésusage (INSERM 2012).

D'après les résultats de l'enquête OPPIDUM menée en 2012 (CEIP and ANSM 2013), 10 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique ont pratiqué l'injection de BHD. Le sniff est pratiqué par 10 % d'entre eux et l'inhalation par une part infime des usagers. En 2012, parmi les personnes interrogées dans l'enquête ENACAARUD, 54 % des consommateurs de BHD au cours du dernier mois signalent l'avoir injectée durant cette période, soit plus que la voie orale (46 %), 26 % disent l'avoir sniffée et 5 % l'avoir fumée. La BHD est le premier produit injecté pour 8 % des usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au moins une fois au cours de la vie (Cadet-Taïrou 2012).

Deux groupes de populations en particulier utilisent la BHD comme une drogue : d'une part les usagers les plus précarisés, des hommes pour 90 % d'entre eux, sans domicile, dont une partie est en situation illégale sur le territoire français et qui consomment essentiellement des médicaments et de l'alcool ; et d'autre part les jeunes en errance, fortement polyusagers (INSERM 2012).

Mésusage et risques de la méthadone

Le suivi d'addictovigilance et de toxicovigilance de la méthadone (ANSM 2014a), placé sous la responsabilité du CAPTV (Centre anti-poison et de toxicovigilance) et du CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) de Marseille, a identifié cinq risques : les intoxications pédiatriques, les décès, les tentatives de « sniff » et d'injection, les prises occasionnelles et les prises par des sujets naïfs (c'est-à-dire n'ayant jamais consommé). Au cours des 6 ans de suivi, on dénombre 87 intoxications pédiatriques (31 avec la forme gélule et 56 avec la forme sirop), responsables de 5 décès et de 325 cas d'abus ou d'usage détourné (obtentions illégales, détournement de la voie d'administration par injection ou par sniff, consommations occasionnelles ou surdosages). Concernant les intoxications pédiatriques, la gravité des cas est le plus souvent minime grâce à la grande réactivité des parents, auprès desquels a été lancée une campagne d'information.

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2010 à 7,9 %, soit environ 5 000 personnes, dont 68,5 % sous BHD (voir le workbook Prison). Elle est significativement plus élevée chez les femmes (DGS 2011).

¹ Les contrôles de l'Assurance maladie mis en place depuis 2004 ont ainsi essentiellement visé à repérer les trafiquants (« patients » mais aussi quelques cas de médecins et de pharmaciens) à travers les données de remboursement et à rappeler à l'ordre les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou 5 pharmacies différentes délivrant le traitement ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg.

² La posologie d'entretien de la BHD est de 8 mg/j avec une dose maximale fixée à 16 mg/j. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

³ Les patients en traitement régulier sous BHD sont les sujets ayant des délais entre 2 délivrances de moins de 35 jours ou des délais légèrement dépassés (36-45 jours) pour 3 occurrences au maximum. La durée réglementaire maximale de prescription est de 28 jours.

T1.4.9 Optional. Describe the characteristics of clients in opioid substitution treatment, such as demographics (in particular age breakdowns), social profile and comment on any important changes in these characteristics. (Suggested title: Characteristics of clients in OST)

T1.4.10 Optional. Please provide any additional information on the organisation, access, and availability of OST. (Suggested title: Further aspect on organisation, access and availability of OST)

T1.5 Quality assurance of drug treatment services

The purpose of this section is to provide information on quality system and any national treatment standards and guidelines.

Note: cross-reference with the Best Practice Workbook.

T1.5.1 Optional. Please provide an overview of the main treatment quality assurance standards, guidelines and targets within your country.

Assurance qualité en matière de traitement

En 2014, le dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives a été évalué par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Dans ses conclusions, l'IGAS conforte les missions des CAARUD et des CSAPA et juge que « *l'organisation et le fonctionnement de ces établissements répondent aux besoins des publics très spécifiques qui s'adressent à eux* ». Mais elle recommande une évaluation plus rigoureuse de « *l'efficacité du dispositif, de son bon positionnement et de son articulation avec les autres acteurs de la prévention, du soin, du social et du médico-social* » (Hesse and Duhamel 2014).

Les dernières recommandations nationales concernant les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés remontent à la Conférence de consensus de 2004 (FFA et al. 2005).

Un guide des TSO en milieu carcéral publié en 2013 (Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT 2013) détaille le cadre légal et réglementaire des TSO (en France en général et en milieu carcéral) et présente les recommandations de bonnes pratiques de prise en charge.

T2. Trends

The purpose of this section is to provide a commentary on the context and possible explanations of trends in treatment data.

T2.1 Please comment on the possible explanations of long term trends (10 years - or earliest data available) in the following treatment data:

- New treatment entrants (figure II),
- All treatment entrants (figure III),
- OST clients (figure IV)

For example, patterns of drug use, referral practices, policy changes and methodological changes.

Tendances à long terme du nombre d'usagers entrant en traitement

Les usagers admis en traitement pour la première fois

La part des usagers de cannabis tend à augmenter parmi les personnes prises en charge pour la première fois dans leur vie (Figure II) alors que celle des usagers d'opiacés est à la baisse. Cette population de personnes prises en charge pour la première fois, dont l'âge moyen fluctue autour de 26 ans depuis 2007, comprend en 2014 près de 70 % d'usagers de cannabis et un peu plus de 10 % d'usagers d'opiacés. La tendance à la baisse de la part des usagers d'opiacés en 2014 pourrait être liée à la hausse du pourcentage d'usagers sans information sur les produits. En effet, en 2014, pour une dizaine de CSAPA pour lesquels subsiste un doute sur la mise à jour de leur logiciel suite à la modification du protocole européen, les données sur les produits ont été supprimées pour éviter de fausser les résultats. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que la question sur l'existence de traitements antérieurs n'est renseignée que pour les deux tiers des usagers inclus dans les données TDI.

Les pourcentages d'usagers de cocaïne et des « autres produits », situés à un niveau assez faible, sont restés relativement stables sur la période. Les proportions d'usagers d'amphétamines et d'ecstasy sont tellement faibles qu'il n'est pas pertinent d'en commenter les modifications.

Les évolutions constatées en 2012 contrastent avec les tendances sur l'ensemble de la période : il est possible que les perturbations liées au passage au nouveau protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement aient commencé à se manifester en 2012 et que les évolutions ne soient pas le reflet exact de la réalité.

L'ensemble des usagers entrant en traitement

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement (Figure III), la répartition suivant les produits apparaît assez stable jusqu'en 2012, avec une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis jusqu'en 2010. La proportion d'usagers de cannabis a fortement augmenté en 2013, alors que celle des usagers d'opiacés déclinait de façon symétrique. Ces évolutions sont peut-être amplifiées en raison de l'inclusion à partir de 2013 de l'ensemble des UD (majoritairement usagers de cannabis) vus dans les anciens CCAA (voir T1.2.1). L'inclusion de ces centres a eu pour conséquence une augmentation des effectifs entre 2012 et 2013 de 9 000 usagers, dont 5 600 de cannabis. Elle explique donc une part importante de l'augmentation globale (+ 9 000 usagers de cannabis) mais pas la totalité. Si on exclut ces centres, la part des usagers de cannabis reste en hausse, de 34 % en 2012 à 40 % en 2013.

La part des usagers d'opiacés est restée assez stable entre 2009 et 2012 et ne diminue qu'à partir de 2013, en raison de la forte augmentation du nombre d'usagers de cannabis. La baisse observée en 2014 est la conséquence d'un recul des effectifs qui semble lié à une légère diminution du nombre de CSAPA répondants en 2014 et à la suppression volontaire des données sur les produits dans une dizaine de CSAPA.

La part des non-réponses sur les produits se situait aux alentours de 20 % jusqu'en 2012, avec toutefois une légère tendance à l'augmentation. La baisse de 2013 s'explique une fois de plus par l'inclusion des anciens CCAA dans les données TDI. L'augmentation des effectifs qui en est la conséquence (+ 9 000) ne s'est accompagnée que d'un très faible accroissement des non-réponses sur les produits. En effet, pour tous les anciens CCAA, les non-réponses sur les produits correspondent dans la grande majorité des cas à des usagers d'alcool en premier produit qui ne doivent pas être inclus dans les données TDI. Tous les cas de non-réponses sur les produits chez les personnes prises en charge par les anciens CCAA ont donc été exclus de l'exploitation des données. La présence possible de ces usagers d'alcool parmi les non-réponses dans les anciens CCAA n'avait pas été perçue lors de l'exploitation des données 2013. Les effectifs de non-répondants et donc les effectifs globaux ont été en partie surestimés (d'environ 10 %) dans les données TDI 2013. Celles utilisées ici ont été recalculées après exclusion des non-répondants sur les produits dans les anciens CCAA. La forte augmentation des effectifs globaux sans augmentation des non-réponses sur les produits se traduit mécaniquement par une baisse du pourcentage de ces non-réponses.

Malgré les diverses perturbations dans l'établissement de l'indicateur TDI, la hausse de la proportion des usagers de cannabis peut s'expliquer à la fois par l'augmentation de la consommation de cannabis en France chez les adolescents et les jeunes adultes depuis 2010-2011 et par la mobilisation des pouvoirs publics pour accroître l'offre de traitement pour les jeunes usagers de cannabis (voir T1.2 dans le workbook « Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques »).

Les bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés

Le nombre de bénéficiaires d'un TSO est estimé depuis 2010 à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie (Figure IV). Auparavant, il était estimé à partir des

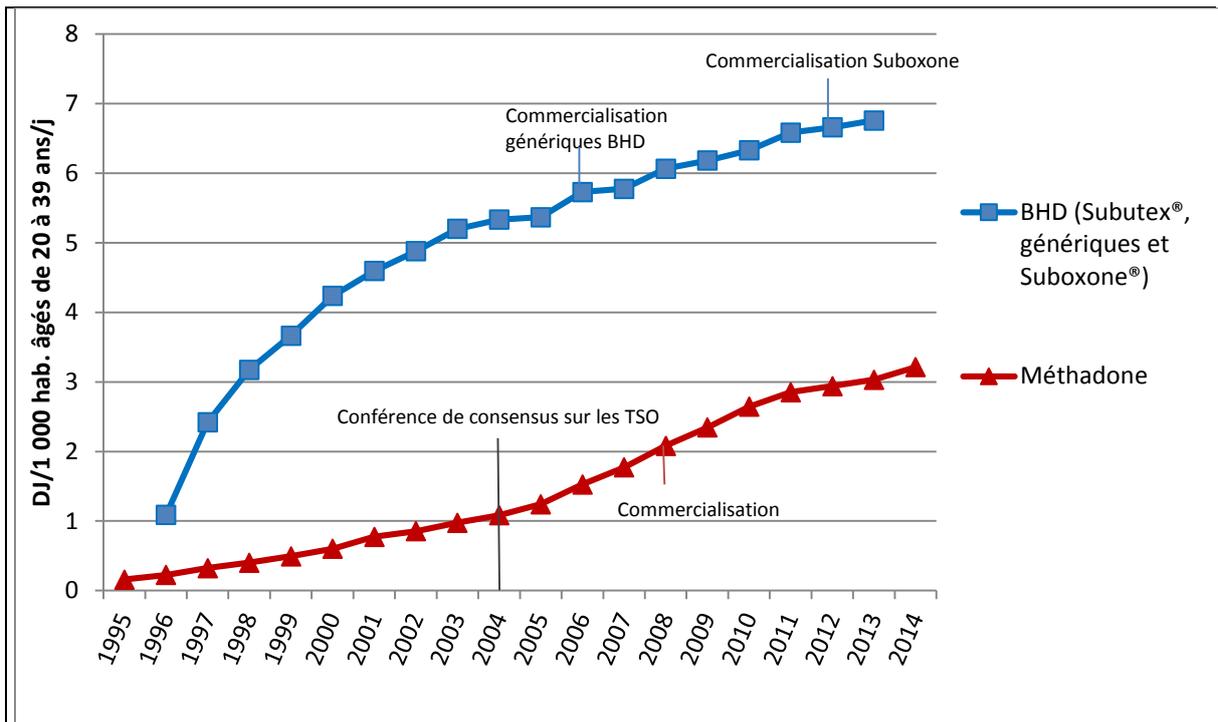
données de vente des médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Pour conserver l'évolution à long terme, la figure V présente les données de consommation de MSO disponibles depuis 1995.

En 2013 et 2014, le nombre de bénéficiaires d'un TSO est en légère baisse, pour la première fois depuis l'introduction des MSO (Figure IV). Cette tendance n'est cependant pas significative. Les données de ventes de MSO montrent une certaine discordance, avec une poursuite de leur croissance en 2013 (l'ensemble des données 2014 n'est pas encore disponible).

La part de la méthadone continue d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (FFA *et al.* 2005). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 a participé à cette augmentation. Parmi les 49 000 personnes ayant bénéficié d'un remboursement de méthadone en 2014, pour la première fois, la forme sirop n'est plus prédominante, même si elle reste très prescrite (de façon exclusive à 42 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone versus 47 % pour la forme gélule). Par ailleurs, 11 % des bénéficiaires avaient été remboursés des 2 formes (données EGB, CNAM-TS). D'après les données de ventes, en 2014, la forme sirop représente 48 % (contre 55 % en 2013) de la méthadone vendue (en poids) et la forme gélule 52 % (contre 45 % en 2013). De plus, 78 % des quantités sont délivrées en ville, tandis que 22 % le sont en CSAPA ou en hôpital (données du laboratoire Bouchara).

La figure V présente la consommation de BHD (dont Suboxone®) et de méthadone en France depuis 1995. Ces données proviennent des chiffres de vente, en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour pour la BHD (dont Suboxone®) et de 60 mg par jour pour la méthadone. Les génériques de la BHD (introduits en France depuis 2006) puis le Suboxone® (introduit en 2012) compensent la diminution de la consommation de Subutex® observée à partir de 2006. En 2013, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 73 %, les génériques pour 24 % et le Suboxone® pour 3 % (contre 1 % en 2012). Le taux de pénétration des génériques, en constante progression ces 5 dernières années, a atteint 35 % en 2013 (Assurance Maladie). Dans le cadre d'un protocole de substitution, la forme générique est prescrite à des doses quotidiennes moyennes d'environ 2 mg inférieures à celles du princeps, d'après les résultats de l'enquête OPPIDUM de 2012 (CEIP *et al.* 2013).

Figure V : Traitements de substitution aux opiacés : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2014 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans/jour (Subutex® et génériques 8 mg, Suboxone® 8 mg, méthadone® 60 mg)

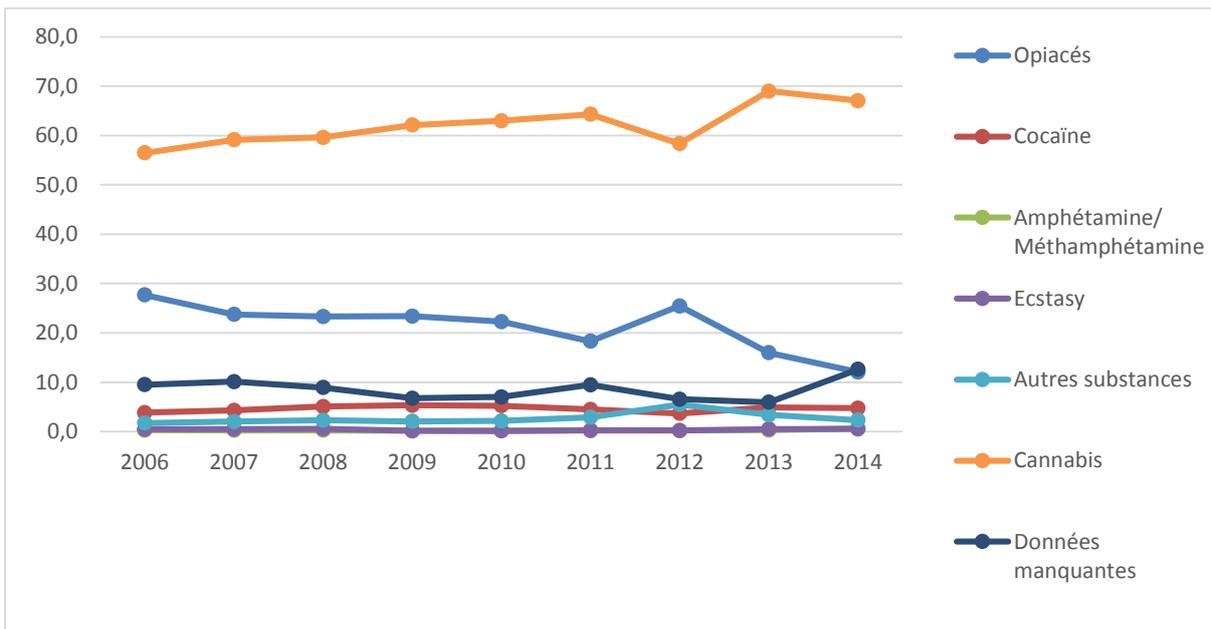


Source : SIAMOIS (InVS), Bouchara, Medic'AM (CNAM-TS)

Note : Les données de vente de la BHD ne sont pas encore disponibles pour 2014

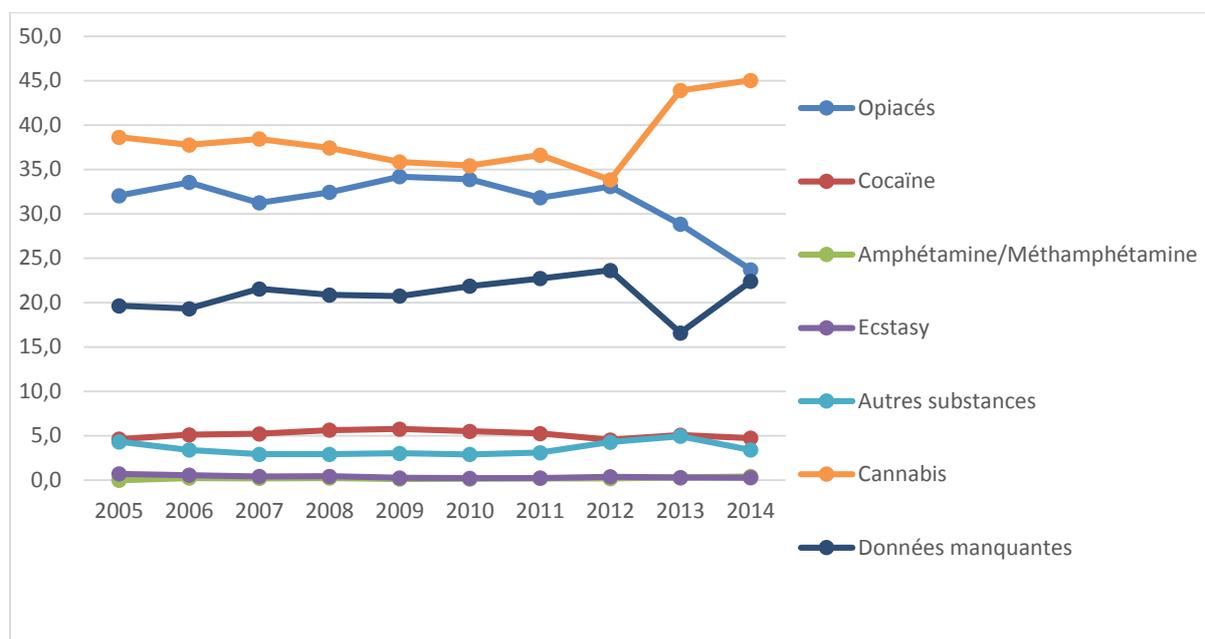
T2.2 **Optional.** Please comment on the possible explanations of long term trends and short term trends in any other treatment data that you consider important.
(Suggested title: Additional trends in drug treatment)

Figure II. Évolution du nombre de patients commençant un traitement pour la première fois, par produit leur posant le plus de problèmes, 2006-2014



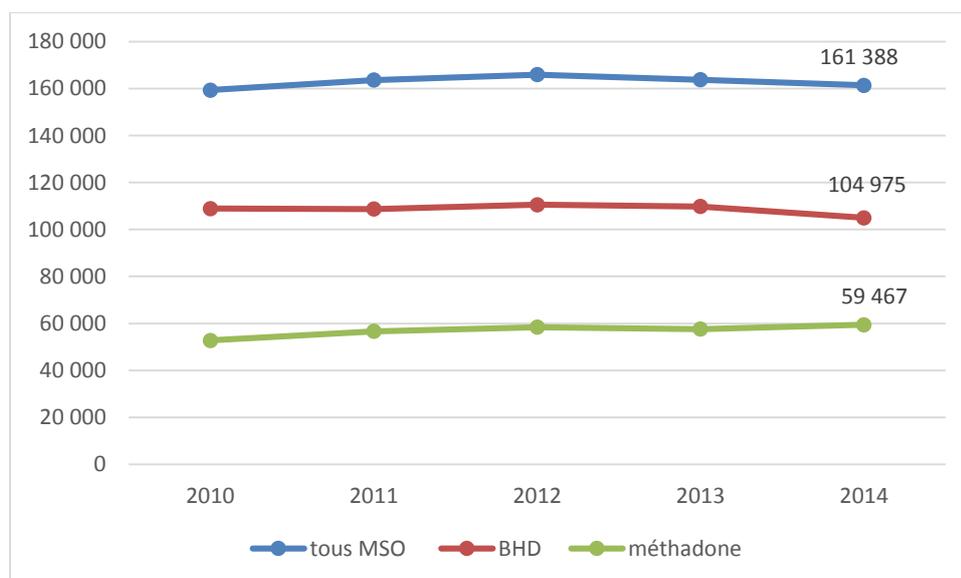
Source : TDI

Figure III. Évolution du nombre total de patients qui commencent un traitement, suivant le produit leur posant le plus de problèmes, 2005-2014



Source : TDI

Figure IV. Évolution du nombre de personnes ayant reçu un MSO entre 2010 et 2014



Source : Standard Table 24

T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug treatment in your country **since your last report**.

T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here.

If information on recent notable developments have been included as part of the baseline information for your country, please make reference to that section here. It is not necessary to repeat the information.

T3.1 Please report on any notable new or topical developments observed in drug treatment in your country since your last report.

Nouveaux développements

Les conditions de prescription de la méthadone sous forme gélule ont été modifiées par arrêté en octobre 2014 [[Arrêté du 13 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 20 septembre 1999 modifié fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze jours ou à sept jours](#)]. La durée maximale de prescription de cette forme est désormais de 28 jours contre 14 auparavant. La forme sirop, en revanche, conserve une durée maximale de prescription de 14 jours.

L'initiation d'un traitement à la méthadone ne peut être réalisée en France que par un médecin exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital (voir T1.4.7). Cette restriction a cependant fait l'objet de débats et les pouvoirs publics se sont interrogés sur les avantages et les inconvénients qu'il y aurait de permettre l'initiation d'un traitement à la méthadone par les médecins de ville. Les résultats de l'étude Méthaville publiés en novembre 2014 dans la revue PLoS One (Carrieri *et al.* 2014) sont venus conforter les partisans de l'extension de l'initiation des traitements à la méthadone à la médecine de ville. Dans cette étude randomisée, des personnes dépendantes aux opiacés et souhaitant bénéficier d'un traitement par méthadone ont été réparties en deux groupes de façon aléatoire : dans le premier (155 personnes), le traitement a été initié par un médecin généraliste en ville et dans le second (66 personnes), l'initiation s'est déroulée dans le cadre d'un CSAPA. La comparaison entre les deux groupes fait apparaître au bout d'un an des résultats similaires pour les deux groupes en ce qui concerne l'abstinence aux opioïdes et la rétention dans le traitement, et une meilleure satisfaction des patients pris en charge en médecine de ville. Les auteurs de l'étude soulignent cependant que ce résultat est conditionné par le volontariat des médecins de ville, par l'accès à une formation spécifique à la prescription de méthadone et à la collaboration avec un CSAPA et un pharmacien de référence. Le Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prévoit l'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville mais celle-ci n'a pas encore été amorcée.

Suite à une enquête conduite par le CEIP de Nantes en 2013, qui avait montré que le mésusage par injection de la BHD (particulièrement des génériques) pouvait entraîner des lésions nécrotiques cutanées, la formulation des génériques de la BHD a été modifiée depuis fin 2014. Les excipients supprimés sont la silice colloïdale, l'amide, le stéarate de magnésium (ANSM 2014b).

Concernant le traitement, on peut aussi mentionner le programme expérimental de prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions souffrant d'addiction à l'alcool ou aux drogues, déjà évoqué dans la partie T1.4.1 et dans le workbook « Prévention ».

T4. Additional information

The purpose of this section is to provide additional information important to drug policy in your country that has not been provided elsewhere.

T4.1 Optional. Please describe any additional important sources of information, specific studies or data on drug treatment. Where possible, please provide references and/or links.

(Suggested title: Additional Sources of Information.)

T4.2 Optional. Please describe any other important aspect of drug treatment that has not been covered in the specific questions above. This may be additional information or new areas of specific importance for your country.
(Suggested title: Further Aspects of Drug Treatment.)

--

T5. Notes and queries

The purpose of this section is to highlight areas of specific interest for possible future elaboration. Detailed answers are not required.

Yes/No answers required. If yes please provide brief additional information.

T5.1 Is there any monitoring in place and data available on the misuse of opioid substitution medications?

OUI	<ul style="list-style-type: none">• Suivi d'indicateurs de détournement (ciblant les personnes qui se font délivrer plus de 32 mg de BHD par jour ainsi que les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou 5 pharmacies délivrant le traitement) dans les bases de remboursements des MSO de l'Assurance maladie.• Monitoring qualitatif à travers le dispositif TREND (OFDT) dans 7 villes qui observe la disponibilité et les prix des MSO sur le marché parallèle ainsi que leurs modes d'usage.• Enquêtes ENa-CAARUD (OFDT) : voie d'administration de la BHD par les usagers des CAARUD.• Enquête OPPIDUM (ANSM) : voie d'administration de la BHD par les usagers des CSAPA ou des CAARUD.
-----	--

T5.2 Is internet-based treatment available in your country?

NON	
-----	--

T5.3 Has your country developed any specific treatments for NPS users?

NON	
-----	--

T6. Sources and methodology

The purpose of this section is to collect sources for the information provided above, including brief descriptions of studies and their methodology where appropriate.

T6.1 Please list notable sources for the information provided above.

Sources

Rapports d'activité des CSAPA
EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires
ENa-CAARUD : Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs
OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

T6.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology?

Méthodologie

Rapports d'activité des CSAPA : Exploitation des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Direction générale de la santé (DGS) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST puis les CSAPA (qui leur ont succédé) remplissent chaque année un rapport d'activité type qui est envoyé à l'Agence régionale de santé (ARS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil d'informations est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des personnes accueillies. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des individus reçus dans la structure. Pour l'année 2010, les rapports de 348 CSAPA ambulatoires et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être analysés, ce qui correspond à des taux de réponse respectifs de 83 % et 67 %.

EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires

Caisse nationale d'assurance maladie-Travailleurs salariés (CNAM-TS)

La population ayant une délivrance de MSO en ville est étudiée à partir des données de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB) de 2012. L'EGB est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Il résulte d'un sondage au 1/97^{ème} sur le numéro de sécurité sociale et regroupe plus de 600 000 bénéficiaires en 2012. La base de données issue de cet échantillon contient quelques données sociodémographiques, toutes les prestations et actes de soins remboursés (consultations médicales, médicaments, biologie, ...). On y trouve également des données médicales telles que la prise en charge en affection de longue durée (ALD) et les données hospitalières du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ médecine-chirurgie-obstétrique. L'EGB a été mis à disposition de plusieurs agences sanitaires dont l'ANSM et l'OFDT par la CNAM-TS. Les données de 2011 et 2012 ont été extraites par l'ANSM, celles de 2013 et 2014 par l'OFDT.

ENa-CAARUD : Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Menée tous les 2 ans depuis 2006 dans l'ensemble des CAARUD de métropole et des départements d'outre-mer, cette enquête permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures, leurs caractéristiques et leurs consommations. Chaque usager qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête est interrogé par questionnaire en face-à-face avec un intervenant. Les questions portent sur les consommations (fréquence, âge de début d'usage, mode d'administration, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, entourage, etc.).

L'enquête 2012 a eu lieu du 26 novembre au 7 décembre : 4 241 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis dans 142 CAARUD. Après élimination des doublons (299) et des questionnaires « non-répondants » (1 037), 2 905 individus (dans 139 CAARUD) ont été inclus dans l'analyse.

Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2014 est le troisième (après 2005 et 2007) de l'enquête sur les personnes accueillies en consultations jeunes consommateurs (CJC), dispositif créé en 2005 pour accueillir les jeunes usagers de substances psychoactives. L'enquête 2014 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients ou leur entourage entre le 24 mars et le 30 juin 2014. Elle couvre la métropole et les départements d'outre-mer. Sur 260 structures gestionnaires d'une activité de CJC en métropole et dans les DOM recensées en 2014, 212 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 82 %.

Le questionnaire comprend quatre parties : les circonstances et motifs de la consultation, les caractéristiques socio-démographiques du consommateur, les substances consommées et l'évaluation de la dépendance au cannabis par le CAST, et la décision prise à l'issue de la consultation.

Sur 5 421 questionnaires collectés, correspondant au nombre de consultations menées pendant la période d'enquête, 5 407 ont été jugés exploitables pour décrire l'activité de consultation. Après suppression des questionnaires sans mention de sexe ou d'âge, la base finale de consommateurs inclut 4 958 individus.

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Ce système de surveillance épidémiologique de la consommation de stupéfiants et de psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage), via une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux usagers de drogues, existe au niveau national depuis 1995. Tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution se présentant au cours du mois d'octobre dans ces structures est inclus.

Les informations recueillies portent sur les caractéristiques des individus et sur chacun des produits consommés au cours des sept derniers jours (description, mode d'obtention et de consommation, effet recherché et signes de dépendance). En 2012, 140 centres (soit 4 765 patients) ont participé à l'enquête, essentiellement des CSAPA en ambulatoire (66 %) mais également plusieurs unités de consultation, de soins en milieu carcéral et des CAARUD.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse. Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement (TDI).

En 2013, environ 175 000 patients vus dans 180 CSAPA ambulatoires, 18 centres thérapeutiques résidentiels et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes en place. L'observation est menée dans deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y

rencontrer des phénomènes nouveaux ou non encore observés, même s'ils ne résument pas à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, tel que défini par TREND, recouvre essentiellement les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) et les lieux ouverts (rue, squats, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, teknivals, etc.) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les 7 coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) à l'origine de rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national à partir :

- des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau des coordinations locales doté d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information
- des informations du dispositif SINTES, système d'observation basé sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD)
- des résultats de systèmes d'informations partenaires
- des investigations thématiques quantitatives et qualitatives destinées à approfondir un sujet.

Bibliographie :

ANSM (2014a). Compte rendu de la séance n°6 du 20 mars 2014 de la Commission des stupéfiants et psychotropes. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Saint-Denis.

ANSM (2014b). Compte rendu de la séance n°8 du 21 octobre 2014 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Saint-Denis.

Assurance Maladie (2014). Medic'AM 2008-2013 [online]. Available: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2013.php> [accessed 30/07/2015].

Brisacier, A.C. and Collin, C. (2014). Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Tendances. OFDT (94).

Cadet-Taïrou, A. (2012). Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.

Canarelli, T. and Coquelin, A. (2009). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007. Tendances. OFDT (65).

Carrieri, P.M., Michel, L., Lions, C., Cohen, J., Vray, M., Mora, M. *et al.* (2014). Methadone induction in primary care for opioid dependence: A pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). PLoS One 9 (11) e112328.

- CEIP and ANSM (2013). OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Résultats de l'enquête 24 - octobre 2012. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Saint-Denis.
- DGS (2011). Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. DGS (Direction générale de la santé), Paris.
- Dugarin, J., Dupuy, G. and Nominé, P. (2013). Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? Psychotropes 19 (2) 9-22.
- Fédération addiction (2012). Les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées. Fédération Addiction, Paris.
- FFA and ANAES (2005). Conférence de consensus, Lyon, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), Saint-Denis.
- Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes, Saint-Denis.
- Hautefeuille, M. (2013). Arrêter la substitution [Editorial]. Psychotropes 19 (2) 5-8.
- Hesse, C. and Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Paris.
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris.
- MILDT (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La Documentation française, Paris.
- MILDT (2013). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. MILDT, Paris.
- Ministère de la santé et des solidarités (2006). La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités, Paris.
- Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
- Mutatayi, C. (2014). Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2014). « Mesures d'accueil des sortants de prison ». Synthèse du focus group. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2015). Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances. OFDT (101).
- Palle, C., Canarelli, T., Bonnet, N., Borgne, A., Boyer, C., Breurec, J.Y. *et al.* (2012). Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital. Résultats de l'enquête 2010 sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction (ESPERHA). Tendances. OFDT (82).
- Palle, C. and Rattanatrav, M. (2013). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. OFDT, Saint-Denis.