

2018

**Treatment workbook
(Prise en charge et offre de soins)**

France

Rapport national 2018 (données 2017) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

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

Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Julie-Émilie Adès
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Thomas Néfau, Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Taïrou, Eric Janssen, Julie-Émilie Adès
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Thomas Néfau, Agnès Cadet-Taïrou
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Thomas Néfau, Caroline Protais
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier
- 5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

Selecture (version française) : Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

Selecture (version anglaise) : Anne de l'Eprevier

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Table of Contents

T0. Summary	3
T1. National profile	4
T1.1 Policies and coordination	4
T1.2 Organisation and provision of drug treatment	5
Outpatient network	5
Inpatient network	9
T1.3 Key data	11
T1.4 Treatment modalities	14
Outpatient and Inpatient services	14
Opioid substitution treatment (OST)	17
T1.5 Quality assurance of drug treatment services	20
T2. Trends	22
T3. New developments	248
T4. Additional information	29
T5. Sources and methodology	29

T0. Summary

Please provide an abstract of this workbook (target: 500 words) under the following headings:

- National profile
- Trends
- New developments

Please include here a brief description of:

- The main treatment-related objectives of the national drug strategy, and the coordination bodies responsible for their funding and provision.
- An overview of the main providers of outpatient and inpatient treatment.
- The main treatment modalities available in your country.

Provide a short description of key data on clients profile and patterns of drug use

- 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). D'après les données des rapports d'activité des CSAPA en ambulatoire, environ 138 000 personnes ont été prises en charge dans ces structures en 2016 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage. En 2017, un peu plus de 58 000 usagers commençant un épisode de traitement dans un CSAPA ont pu être inclus dans les données TDI. Ce chiffre ne représente cependant qu'une partie du nombre d'usagers qui seraient inclus si le recueil des données était exhaustif.

La prescription des TSO se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en pharmacie d'officine. En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés délivré en officine de ville et 23 330 patients ont eu une dispensation en CSAPA en 2016.

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 s'est stabilisée après avoir augmenté entre 2007 et 2014. De façon symétrique, la part des usagers d'opiacés, qui tendait à diminuer, s'est également stabilisée. Cette population, dont l'âge moyen a atteint 27,3 ans en 2017 (âge médian de 24 ans), comprend près de 74 % d'usagers de cannabis, 14 % d'usagers d'opiacés et 8 % d'usagers de cocaïne.

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement, la répartition suivant les produits apparaît assez stable jusqu'en 2010, avec une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis. La part de ces usagers augmente cependant ensuite fortement pour culminer à 62 % en 2016 et baisse pour la première fois depuis 2010 en 2017. L'évolution de la part des usagers d'opiacés est à peu près symétrique à celle des usagers de cannabis.

Par ailleurs, depuis 2013, le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) est stable, après n'avoir cessé d'augmenter depuis l'introduction de ce type de traitement. Le nombre de personnes traitées avec la buprénorphine haut dosage (BHD) baisse légèrement sur cette période, au profit des patients traités par méthadone, de manière concordante avec les données de ventes de ces médicaments de substitution aux opiacés (MSO).

- Nouveaux développements

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis est importante (59 %), mais a diminué entre 2016 et 2017. La part des usagers d'opiacés a évolué de façon symétrique à celle des usagers de cannabis. La part des usagers de cocaïne a nettement progressé entre 2016 et 2017. Les évolutions en 2017 sont en rupture avec les tendances amorcées en 2010-2011.

En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés délivré en officine de ville : 99 900 personnes ont eu des délivrances de BHD en pharmacie d'officine (Subutex® ou génériques), 61 700 des délivrances de méthadone et 7 600 des délivrances de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®).

De plus, 23 330 patients ont eu une dispensation de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en CSAPA (19 800 de méthadone et 3 530 de BHD) en 2016.

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?
(Suggested title: Main treatment priorities in the national drug strategy.)

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

Concernant la prise en charge des addictions, le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDT 2018) formule six objectifs :

- 1) Systématiser et renforcer le repérage des conduites addictives
- 2) Renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant des addictions
- 3) Développer les recommandations de bonnes pratiques en addictologie et en favoriser l'appropriation
- 4) Rénover les pratiques professionnelles
- 5) Structurer les parcours de santé en addictologie
- 6) Rendre les parcours de santé accessibles aux personnes en situation de handicap

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 T1.1 dans le workbook « Stratégie nationale »

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
- provide contextual information on the level of integration between the different treatment providers (e.g. umbrella organizations providing multiple services, for instance both outpatient and low threshold services);

Outpatient network

T.1.2.1 Using the structure and data provided in table I please provide an overview and a commentary of the main bodies/organisations providing Outpatient treatment within your country and on their respective total number of clients receiving drug treatment.

(Suggested title: Outpatient drug treatment system – Main providers and client utilisation.)

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 depuis. Les CSAPA sont majoritairement gérés par des organismes non gouvernementaux à but non lucratif. Une minorité de centres (environ un tiers) dépend d'un établissement public de santé. Tous sont financés par le budget de l'Assurance maladie.

Les CSAPA en milieu pénitentiaire, peu nombreux (16), consacrent toutes leur activité aux usagers de drogues incarcérés. Les thérapeutes de ces CSAPA accueillent les personnes incarcérées qui le souhaitent dans le cadre de consultations addictologiques. Il ne s'agit pas de zones sans drogues comme il en existe dans certains pays. L'activité de ces CSAPA 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 182 établissements pénitentiaires existant en France (voir workbook Prison). 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 (devenu Santé publique France), menée auprès d'un échantillon de praticiens. Cette enquête n'a cependant pas été reconduite depuis 2009. À cette date, 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. En 2016, les prescripteurs libéraux de MSO sont des généralistes pour la quasi-totalité d'entre eux (96,2 %) et plus rarement des psychiatres (3,5 %) (Brisacier 2018).

En 2017, 51 microstructures médicales sont implantées dans sept régions et ont suivies près de 1 700 personnes : dans le Grand-Est principalement (où elles ont vus le jour à Strasbourg dès 1999), les Hauts-de-France, la région PACA, la Bourgogne-Franche-Comté, et plus récemment l'Occitanie, l'Ile-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes. Une microstructure est une équipe de soin pluri-professionnelle travaillant au sein d'un cabinet de médecin généraliste, composée de ce médecin, et d'au moins un psychologue et un travailleur social. Elle constitue une unité de soins primaires et s'inscrit dans le maillage territorial des soins de premier recours. Sa population cible est constituée par les patients présentant des situations complexes en matière de conduites addictives, des situations de précarité ou des comorbidités liées à l'usage de drogues.

Une coordination nationale des réseaux de microstructures a été créée en 2006 (Coordination nationale des réseaux des microstructures 2018).

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.

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 138 000¹ le nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2016 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage. Ce chiffre comprend les personnes déjà en traitement l'année précédente. Il est bien supérieur au nombre de personnes recensées comme commençant un nouvel épisode de traitement suivant la définition du protocole TDI (58 077 en 2017). Cet écart est à la fois lié à la différence de définition mais aussi à l'exhaustivité des données issues des rapports d'activité, alors que de nombreux CSAPA ne participent pas au recueil de données TDI ou, même lorsqu'ils participent, ne fournissent pas les données permettant de déterminer si un patient commence un traitement ou le poursuit.

Le nombre d'UD vus par les médecins généralistes estimé à partir des remboursements pour une prescription de TSO s'établit à 132 000.

En 2016, les 11 CSAPA en milieu pénitentiaire ayant fourni des données sur le nombre de patients ont déclaré avoir pris en charge environ 4 500 personnes dans l'année pour usage de drogues illicites ou de médicaments psychotropes. Par extrapolation de ce chiffre, on peut estimer à environ 6 000 le nombre total de patients traités dans ces CSAPA. Mais les prises en charge des usagers de drogues incarcérés sont également assurées par des CSAPA ambulatoires dont l'activité n'est pas limitée à l'intervention en milieu pénitentiaire. En 2016, 202 CSAPA ont indiqué intervenir en milieu carcéral. Au total, le nombre de personnes en milieu carcéral prises en charge pour usage de drogues illicites ou de médicaments psychotropes peut être estimé à environ 15 000. Ce chiffre est cependant en partie compris dans les 138 000 usagers de drogues pris en charge dans les CSAPA ambulatoires.

¹ Ce chiffre tient compte d'une proportion de doubles comptes de 5 % des données déclarées, pourcentage évalué à partir de la dernière étude capture-recapture menée dans quelques villes françaises.

T1.2.2 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand the availability and provision 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 et de patients)

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	377	<p>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.</p> <p>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).</p>	138 000
Structures d'accès à bas-seuil	160	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.	60 000
Système de soins général (ex. médecins généralistes)	30 000	<p>Personnes ayant bénéficié d'un remboursement suite à une prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.</p> <p>Nombre estimé de médecins généralistes ayant déclaré avoir reçu au moins un patient dépendant aux opiacés au cours du mois.</p>	132 000
Système de soins général/mental			
Prisons	16	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.	6 000
Autres structures ambulatoires			

Source : Standard table 24.

Note : Ces données sont une estimation de l'ensemble des personnes prises en charge au cours de l'année dans les CSAPA, qu'il s'agisse d'un nouvel épisode de traitement ou non. Ce chiffre est comparable à celui donné pour les autres types de structure. Si on se limite au chiffre TDI (58 077 personnes en 2017), il ne serait alors pas possible de fournir de chiffres pour les autres types de structure.

T1.2.3 Optional. Please provide any additional information on treatment providers and clients not covered above.

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

--

Inpatient network

T1.2.4 Using the structure and data provided in table II please provide an overview and a commentary of the main bodies/organisations providing Inpatient treatment within your country and on their respective total number of clients receiving drug treatment.
(Suggested title: Inpatient drug treatment system – Main providers and client utilisation.)

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. En 2016, il existe 35 CTR. En dehors de ces institutions, il existe également 9 communautés thérapeutiques (CT) créées au cours des années 2000. Les CT font désormais partie des CSAPA. Tous les CTR et les CT sont gérés par des organismes non gouvernementaux. Il peut être noté que le nombre de places est beaucoup plus important dans les CT 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 2016, 61 CSAPA offraient des places en ATR. Il existe également un autre 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 2016, 7 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.

Patients pris en charge dans les structures de soins avec hébergement

À partir des rapports d'activité des CSAPA, le nombre de personnes hébergées dans les CTR et les CT peut être estimé en 2016 à 1 800. Environ 1 000 personnes ont été hébergées en ATR et environ 600 dans les structures d'hébergement d'urgence et de transition gérées par des CSAPA. Le recouvrement 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.

T1.2.5 **Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand the availability and provision of Inpatient treatment within your country.

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

Tableau II. Réseau des structures de soins résidentiels (nombre total d'unités et de patients)

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
Prise en charge résidentielle en milieu hospitalier	nd		nd
Prise en charge résidentielle hors milieu hospitalier	35	<p>Personnes hébergées dans les centres thérapeutiques résidentiels</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	1 500
Communautés thérapeutiques	9	<p>Personnes hébergées dans les communautés thérapeutiques expérimentales</p> <p>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.</p>	300
Prisons	nd		nd
Autres structures résidentielles	61	<p>Personnes hébergées dans les appartements thérapeutiques résidentiels</p> <p>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).</p>	900
Autres structures résidentielles	7	<p>Personnes hébergées dans les structures d'hébergement d'urgence et de transition</p> <p>Le court séjour en 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'usager sera évaluée et une prise en charge médicale, psychosociale et éducative proposée.</p> <p>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.</p> <p>L'hébergement de court séjour peut être collectif (type foyer) ou individuel (nuitées d'hôtel).</p>	600

nd : non disponible

Source : Standard table 24

T1.2.6 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.)

T1.3 Key data

The purpose of this section is to provide a commentary on the key estimates related to the topic. Please focus your commentary on interpretation and possible reasons for the reported data (e.g. contextual, systemic, historical or other factors but also data coverage and biases). Please note that for some questions we expect that only some key TDI data to be reported here as other TDI data are reported and commented in other workbooks (drugs, prison, harm and harm reduction, etc.). However, please make cross-references to these workbooks when it supports the understanding of the data reported here.

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?

(Suggested title: Summary table of key treatment related data and proportion of treatment demands by primary drug)

Synthèse des données relatives aux patients en traitement et répartition des personnes prises en charge suivant les produits posant le plus de problèmes

En 2017, près de 58 100 usagers de drogues pris en charge dans un CSAPA ont été inclus dans les données TDI, contre environ 56 500 en 2016.

Parmi les CSAPA en ambulatoire, près de 69 % ont participé à l'enquête RECAP dont sont extraites les données TDI. Mais pour chaque CSAPA, des informations peuvent être manquantes pour de nombreux patients (absence de données sur les produits ou sur le type de prise en charge). Le taux de couverture¹ se situe ainsi probablement entre 60 % et 65 % et en l'absence de ces informations, ces patients sont exclus des données TDI. 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.

Pour la première fois depuis 2009, la part des usagers de cannabis parmi les personnes qui commencent un traitement dans les CSAPA a diminué entre 2016 et 2017 (- 3 points) pour retomber à moins de 60 % (Figure I). Les consommateurs d'opiacés constituent en France le deuxième groupe le plus important. Leur part en fort recul depuis quatre ans (de près de 35 % en 2013 à 26 % en 2016) a légèrement augmenté en 2017. 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 est beaucoup moins citée que le cannabis ou les opiacés comme produit posant le plus de problèmes (environ 8 % des nouveaux patients), mais sa part est en progression depuis 2015 (+ 32 %), en cohérence avec une augmentation de l'usage dans l'année en France observée entre 2014 et 2017 (voir section Stimulants du workbook « Usages »).

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.

Il est probable que la répartition suivant les produits posant le plus de problèmes serait moins déséquilibrée en faveur du cannabis si les personnes prises en charge pour un problème de consommation de drogues dans les hôpitaux hors CSAPA et en médecine de ville étaient également prises en compte. Les consultations jeunes consommateurs qui accueillent très majoritairement des usagers de cannabis dépendent le plus souvent d'un CSAPA et beaucoup plus rarement d'un hôpital et les prises en charge d'usagers de cannabis sont moins donc fréquentes dans ces établissements sanitaires que dans les centres spécialisés. Les médecins de ville, de leur côté, prennent surtout en charge des usagers d'opiacés. Cependant, parmi eux, seuls environ 10 % se font prescrire un traitement de substitution aux opiacés pour la première fois par un médecin de ville (Brisacier 2018) et pour certains en relais d'une prescription dans un CSAPA ce qui conduirait dans ce cas à ne pas les prendre en compte. Les parts respectives du cannabis et des opiacés dans les prises en charge seraient sans doute modifiées mais dans des proportions probablement limitées.

L'importance des prises en charge liée au cannabis en France s'explique d'une part par la proportion déclinante mais qui reste assez élevée de personnes adressées à un CSAPA par les services judiciaires suite à une interpellation pour usage de ce produit (environ 36 % en 2016 d'après les chiffres TDI) mais aussi par la mobilisation des pouvoirs publics face à des niveaux de consommation qui placent la France comme pays le plus consommateur parmi les jeunes de 16 ans (The ESPAD Group 2016) et plus généralement comme un des pays les plus consommateurs pour l'ensemble de la population. Répondant aux incitations des pouvoirs publics (création des consultations jeunes consommateurs, voir ci-dessous T.1.4.1), les CSAPA se sont ainsi fortement investis dans l'accueil de ce type de public, ce qui s'est traduit par une importante augmentation du nombre d'usagers de cannabis pris en charge dans les CSAPA, notamment depuis 2010 (+ 21 000 personnes entrant en traitement ou déjà suivies entre 2010 et 2016) (Palle and Rattanatray 2018). Comme il s'agit le plus souvent de prises en charge de courte durée, contrairement à celles des usagers d'opiacés, le nombre de personnes pouvant être accueillies est moins rapidement limité par les capacités d'accueil. A l'inverse le nombre d'usagers d'opiacés pris en charge dans les CSAPA tend à diminuer, peut-être en partie parce que la facilité d'accès aux TSO en France rend moins obligatoire pour ce public le passage par un CSAPA.

¹ Ce taux de couverture est calculé en utilisant comme dénominateur le nombre estimé de personnes qui commencent un épisode de traitement dans l'année dans l'ensemble des CSAPA.

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.)

Commentaires méthodologiques supplémentaires sur les chiffres clefs liés au traitement

Le nombre total de patients en traitement n'est pas connu. On ne dispose tout d'abord d'aucune source statistique sur les usagers de drogues vus en ambulatoire dans le cadre des consultations hospitalières en addictologie hors CSAPA. En ce qui concerne les médecins généralistes il est possible d'approcher le nombre de personnes en traitement

par celui des personnes qui se sont fait rembourser un TSO. Parmi eux, cependant, une proportion inconnue peut avoir été déjà comptée parmi les personnes prises en charge dans un CSAPA. Le nombre total de personnes en traitement se situe probablement entre 200 000 et 300 000 personnes.

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

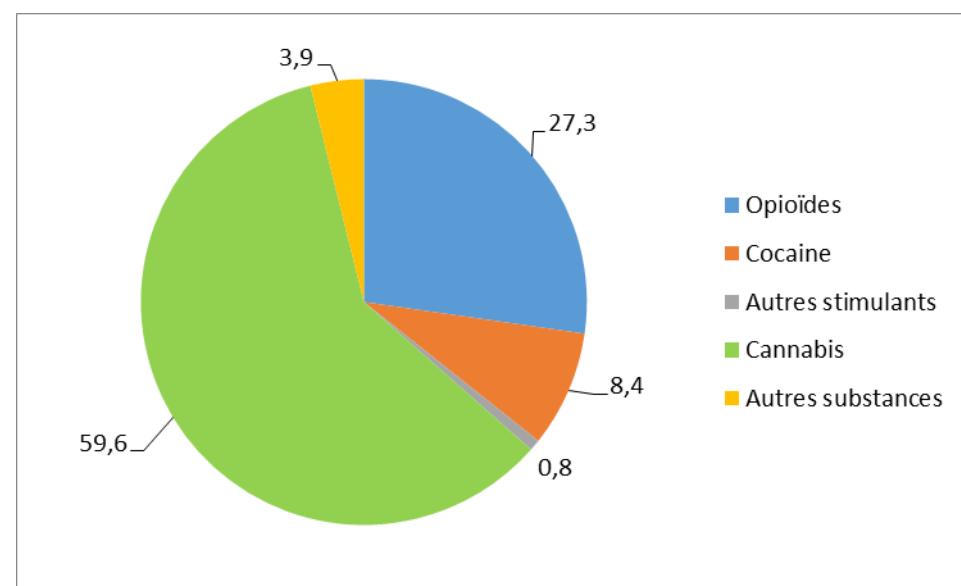
	Nombre de patients
Nombre total de patients en traitement	nd
Nombre total de patients suivant un TSO	170 000
Nombre estimé total de patients commençant un traitement dans un CSAPA	89 300*

nd : non disponible

* : sur la base d'un taux de couverture de 65 %

Source : Standard Table 24 et TDI

Figure I. Répartition du nombre de personnes ayant commencé un traitement dans un CSAPA en 2017 suivant la drogue posant le plus de problèmes en %



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.
(Suggested title: Outpatient drug treatment services)

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. Crées 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 à 90 % gérées par un CSAPA (à gestion associative ou hospitalière) et pour le reste par des centres hospitaliers et quelques autres types de structures (Points accueil et écoute jeunes (PAEJ), structures de conseil sur des questions de santé destinées aux adolescents et à leurs parents). Il existe à l'heure actuelle environ 540 points de consultation ouverts (Obradovic 2015; Protais *et al.* 2016) 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 (tels que les PAEJ). 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 standardisé EMCDDA SQ27P1 (*Treatment availability*), 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.

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.

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 », a été expérimenté 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. Ce programme s'est accompagné d'une étude d'évaluation reposant sur un recueil de données auprès des participants et des entretiens qualitatifs non encore réalisés en 2017. Le programme et le protocole de l'étude d'évaluation ont été décrits dans une publication (Tinland *et al.* 2013).

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.

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.

(Suggested title: Inpatient drug treatment services)

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.

(Suggested title: Main providers/organisations providing Opioid substitution treatment)

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 dépresseurs 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. 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 (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 : résultats similaires par rapport à un CSAPA 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. L'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville, prévue dans le précédent plan 2013-2017 (MILDT 2013), n'est plus mentionné dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018).

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. La durée maximale de prescription de cette forme est désormais de 28 jours contre 14 auparavant [[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 forme sirop, en revanche, conserve une durée maximale de prescription de 14 jours.

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 sirop, tandis qu'elle est de 28 jours pour la méthadone gélule et 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 entre 2003 et 2009 (9 sur 10), la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers des médecins généralistes prescrivant un TSO prescrit de la méthadone en 2009, alors que la part de ceux prescrivant de la BHD diminue (de 84,5 % en 2003 à 77 % en 2009) (Gautier 2011).

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. (Suggested title: Number of clients in OST)

Nombre de patients avec un 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 sept en 2018, commercialisées par les laboratoires Arrow, Biogaran, Cristers, 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) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié (EGBS), 162 300 personnes ont bénéficié de remboursements pour un médicament de substitution aux opiacés (MSO) délivré en pharmacie d'officine en 2017 (estimation redressée en tenant compte du coefficient d'extrapolation de l'EGBS et de la représentativité de l'EGBS évaluée à 95,6 % de la population couverte par la Sécurité sociale). Le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO), qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction en 1995, est stable depuis 2013. Plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont des hommes. Plus précisément, en 2017, 99 900 personnes ont eu des délivrances de BHD en pharmacie d'officine (Subutex® ou génériques), 61 700 des délivrances de méthadone et 7 600 des délivrances de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®).

De plus, 23 330 patients ont eu une dispensation de MSO en CSAPA (19 800 de méthadone et 3 530 de BHD) en 2016 parmi les 56 200 patients suivis en CSAPA ayant un TSO (37 700 personnes par méthadone et 18 500 personnes par BHD) selon l'exploitation des rapports d'activité-type des CSAPA (DGS/OFDT). Au total, environ 180 000 patients sont traités avec des MSO en France, en tenant compte des doubles comptes possibles entre les prises en charge par les médecins généralistes libéraux, par les CSAPA, par les hôpitaux et en prison. La prédominance de la BHD dans les ventes de MSO, représentant 64 % de l'ensemble, reste encore très nette, malgré la part croissante de la méthadone (Figure IV).

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.

Début et maintien du TSO

Environ 16 600 personnes ont eu une délivrance de TSO en ville pour la première fois en 2016, soit 11 % des personnes remboursées d'un TSO durant l'année. Le maintien en traitement chute les deux premières années puis se stabilise. La proportion de patients encore en traitement l'année suivant celle du premier remboursement est de 62 %, 47 % deux années plus tard et 43 % 5 années après. Le maintien en traitement est plus élevé pour les patients traités par méthadone que pour ceux traités par BHD les trois premières années. Il devient ensuite comparable (Brisacier 2018).

L'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés

Parmi les personnes ayant eu une délivrance de TSO en ville, près de 13 700 personnes ont arrêté leur TSO en 2013 (sans reprise de traitement les trois années suivantes), soit 9 % de l'ensemble des patients remboursés d'un TSO durant l'année (Brisacier 2018). 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. 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 (3,1 % en 2016) (Brisacier 2018). 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). Autre indicateur de mésusage, l'existence de prescripteurs multiples (5 et plus) pour un même bénéficiaire et de plusieurs pharmacies de délivrance (5 et plus), concernait respectivement 3,7 % et 3,5 % des patients prenant de la BHD en 2016 (Brisacier 2018). Les facteurs associés au nomadisme médical (défini comme des prescriptions se chevauchant sur un jour ou plus et/ou rédigées par au moins 2 prescripteurs différents et/ou délivrées dans au moins 3 pharmacies différentes) étaient le sexe masculin, de faibles revenus, des troubles psychiatriques, une consommation concomitante d'hypnotiques, d'opioïdes faibles et de morphine (Delorme *et al.* 2016).

Parmi les usagers des CAARUD (enquête ENa-CAARUD 2015), la voie orale (51 %) est la voie d'administration de la BHD la plus fréquente en 2015, devant l'injection (46 %) qui était le mode de consommation le plus répandu jusqu'en 2012. L'utilisation de la voie orale est en augmentation, à l'opposé de l'injection qui recule entre 2012 et 2015. Le sniff, moins fréquent (21 %), après une nette augmentation entre 2008 et 2012, est orienté à la baisse en 2015. La voie inhalée ou fumée, bien que minoritaire (7 %), est en progression depuis 2008 (Brisacier 2017).

Observées depuis de nombreuses années, des pratiques d'usages non conformes de BHD se maintiennent en 2017 notamment parmi des usagers fortement précarisés. La tendance semble stable voire décroissante, en particulier du fait de « la concurrence » du sulfate de morphine dans certaines régions (Milhet *et al.* 2017).

Mésusage et risques de la méthadone

Le suivi national d'addictovigilance de la méthadone, placé sous la responsabilité du CEIPA (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance) de Marseille, a été mis en place lors de la commercialisation de la méthadone gélule en 2008. Le bilan à 9 ans montre l'augmentation du nombre de patients traités par méthadone, mais aussi de l'obtention illégale de méthadone (5,9 % en 2008 versus 9,7 % en 2016) et des cas nécessitant une prise en charge hospitalière. De plus durant la 9^e année, on note une augmentation de la consommation de méthadone par des sujets naïfs ou occasionnels, du nombre de patients ayant présenté un coma profond et du nombre de patients ayant fait une tentative de suicide. L'estimation du taux de décès par méthadone est de 2 décès pour 1 000 patients traités, un taux 6 fois plus élevé qu'avec la buprénorphine et 4,5 fois plus élevé qu'avec l'héroïne. En vue d'infléchir l'augmentation continue des cas d'overdoses et de décès dans lesquels la méthadone est impliquée, la Commission des stupéfiants et psychotropes a souhaité qu'un plan d'actions soit élaboré (ANSM 2018).

Traitements de substitution en milieu pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2013 à 7,8 %, soit environ 14 900 personnes, dont 61,6 % traités par BHD (Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD)) (voir workbook "Prison"). Elle était significativement plus élevée chez les femmes en 2011 (16,5 % chez les femmes vs 7,7 % chez les hommes) selon l'enquête Prévacar (Barbier *et al.* 2016).

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 avec la 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)

Voir figure VIII pour la répartition par classe d'âge des bénéficiaires de MSO.

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. (Suggested title: Quality assurance in drug treatment)

Assurance qualité en matière de traitement

Soucieux d'une prise en charge encadrée et conforme à la réglementation en vigueur des patients souffrant de conduites addictives et bénéficiant d'un TSO, les Conseils nationaux de l'ordre national des médecins et des pharmaciens ont réactualisé en 2017 leurs recommandations communes à propos de la prescription et de la dispensation des MSO pour accompagner les professionnels, pour faciliter l'accès aux soins et améliorer la prise en charge, l'observance et le suivi des malades (Conseil national de l'ordre des médecins and Conseil national de l'ordre des pharmaciens 2017). Ces recommandations rappellent que les médecins et les pharmaciens ont le devoir de contribuer à la prise en charge des conduites addictives notamment en participant aux actions de prévention, de soin et à la réduction des risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi que la mise en cause de leur responsabilité tant disciplinaire, civile que pénale est toujours possible.

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 and ANAES 2005).

Des experts européens ont publié en 2017 un consensus sur les bonnes pratiques de recours à la méthadone et à la buprénorphine en conduisant une analyse de l'ensemble des recommandations publiées entre 2014 et 2017 sur le sujet et en les complétant d'une opinion d'experts fondée sur la pratique clinique (Dematteis *et al.* 2017).

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.

En ce qui concerne les consultations jeunes consommateurs, on peut mentionner la publication et la diffusion du manuel PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique) (Lascaux *et al.* 2014). Cet ouvrage peut être considéré comme un guide des bonnes pratiques pour les professionnels des CJC et plus généralement pour l'ensemble des professionnels de santé de premiers recours ayant pour mission d'accompagner les jeunes consommateurs de substances psychoactives. La publication de ce document à l'initiative de professionnels intervenant dans les CJC mais avec le soutien de la MILDECA et du Ministère de la santé va clairement dans le sens d'une amélioration de la qualité des prises en charge dans les CJC.

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

For example, patterns of drug use, referral practices, policy changes and methodological changes.
(Suggested titles: Long term trends in numbers of clients entering treatment and in OST)

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

Les usagers admis en traitement pour la première fois

Commenter les évolutions en nombre absolu des usagers admis pour la première fois en traitement s'avère assez délicat en raison de la couverture particulièrement faible du recueil de données pour cette catégorie de personnes. Ainsi qu'il a déjà été indiqué, un tiers des CSAPA ne fournissent pas de données TDI. De plus, le champ des répondants varie chaque année de façon non négligeable (des CSAPA qui n'avaient jamais participé à l'enquête commencent à le faire, d'autres arrêtent). Parmi ceux qui répondent, un grand nombre ne renseigne pas la question permettant de savoir s'il s'agit d'un premier traitement dans la vie ou non. L'interprétation des variations en nombre est rendue encore plus difficile par les évolutions institutionnelles qui ont conduit les centres auparavant spécialisés en alcoologie à prendre en charge de plus en plus des usagers de drogues illicites.

En ayant à l'esprit toutes ces réserves, les chiffres semblent montrer une certaine stabilité du nombre de personnes admises en traitement pour la première fois entre 2007 et 2014. La brusque augmentation en 2015 est liée à des changements méthodologiques et n'est pas le reflet d'une variation réelle de la population en traitement. Depuis 2015, le nombre de ces prises en charge semble être en diminution. Néanmoins, une grande partie de ces évolutions pourrait être liée aux variations du champ des répondants.

Dans le cas de la France, les données sur les demandes de traitement apparaissent surtout utiles pour observer les évolutions en proportions. Depuis 2007, 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 en baisse. Depuis 2014, cependant, les proportions respectives d'usagers de cannabis et d'opiacés semblent s'être stabilisées et fluctuent autour de 75 % pour le cannabis et de 14 % pour les opiacés. La part de la cocaïne, restée assez stable autour de 5 % à 6 % entre 2008 et 2014, a progressé de près de 2 points en 2017 pour atteindre près de 8 %.

L'ensemble des usagers entrant en traitement

Comme pour les usagers pris en charge pour la première fois, l'interprétation des évolutions en nombre absolu est rendue difficile par les problèmes de variation du champ des répondants. La forte augmentation du nombre de personnes incluses dans les données TDI entre 2012 et 2013 est liée en grande partie à l'inclusion des CSAPA auparavant spécialisés en alcoologie dans les données TDI. Ces CSAPA accueillant principalement des usagers de cannabis (en dehors des usagers d'alcool), c'est donc presque exclusivement sur cette catégorie d'usagers qu'ont porté les augmentations. Il reste que sur le long terme, le nombre d'usagers de cannabis a beaucoup augmenté alors que le nombre d'usagers d'opiacés commençant un traitement a eu tendance à diminuer. Le nombre total de ces usagers, tous produits confondus, a augmenté depuis 2007 mais moins fortement qu'il n'y paraît si on tient compte de l'accroissement du nombre de centres participant au recueil de données.

La répartition des usagers suivant les produits (Figure IV) apparaît assez stable jusqu'en 2010, avec même une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis. Si l'on fait abstraction des valeurs de 2012, probablement en partie erronées, on voit se dessiner à partir de 2011 une tendance à l'augmentation de la part des usagers de cannabis, qui se poursuit en s'accentuant jusqu'en 2016. L'évolution est symétrique pour la part des usagers d'opiacés. Les données de 2017 apparaissent en rupture avec cette tendance. Pour la première fois depuis 2010, la proportion d'usagers de cannabis est en baisse et celle des usagers d'opiacés en hausse. Autre phénomène marquant, la proportion d'usagers de cocaïne, stable voire en légère diminution entre 2007 et 2015, est en progression depuis, tout particulièrement en 2017, en cohérence avec la hausse des usages dans l'année parmi la population française adulte (voir section Stimulants du workbook « Usages »).

La hausse de la proportion des usagers de cannabis s'expliquait à la fois par l'augmentation de la consommation de cannabis en France chez les adolescents et les adultes au début des années 2010 et par la mobilisation des pouvoirs publics pour accroître l'offre de traitement pour les jeunes usagers de cannabis (voir section Cannabis du workbook « Usages de substances illicites »). Il est toujours hasardeux d'interpréter une variation qui reste assez faible (- 2,7 % en effectif en 2017) et qui peut être en partie liée aux variations du champ des répondants. Les années suivantes permettront de savoir s'il s'agit d'une stabilisation de la part des usagers, comme celle constatée pour les personnes commençant un traitement pour la première fois, ou d'une tendance plus durable à la baisse. L'accroissement de la part des usagers d'opiacés (+ 6,5 % en effectif) peut être rapprochée des restrictions à la vente de médicaments codéinés introduites en juillet 2017 (voir T4.2) qui pourraient avoir conduit certains consommateurs de ces produits à chercher de l'aide dans un CSAPA.

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 VI). Auparavant, il était estimé à partir des données de vente des MSO. Pour conserver l'évolution à long terme, la figure VII présente les données de consommation de MSO disponibles depuis 1995.

Depuis 2013, le nombre de bénéficiaires d'un TSO est stable, après n'avoir cessé d'augmenter depuis l'introduction de ce type de traitement (Figure VI). Le nombre de personnes traitées avec la BHD baisse légèrement depuis 2014, au profit des patients traités par méthadone dont le nombre augmente, de manière concordante avec les données de ventes de ces MSO (Brisacier 2018).

La part de la méthadone continue d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (FFA and ANAES 2005). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 a participé à cette augmentation. Depuis 2014, la forme sirop n'est plus prédominante. Elle reste prescrite de façon exclusive à 31 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone versus 57 % pour la forme gélule. Par ailleurs, 12 % des bénéficiaires avaient été remboursés des 2 formes (données EGBS, CNAM, exploitation OFDT). D'après les données de ventes, en 2017, la forme sirop représente 36 % (contre 40 % en 2016, 44 % en 2015 et 55 % en 2013) de la méthadone vendue (en poids) et la forme gélule 64 % (contre 60 % en 2016, 56 % en 2015 et 45 % en 2013). De plus, 80 % des quantités sont délivrées en ville, tandis que 20 % le sont en CSAPA ou à l'hôpital (données du laboratoire Bouchara).

En 2017, l'âge moyen des bénéficiaires d'un MSO délivré en officine de pharmacie est de 40,5 ans (contre 37,5 ans en 2013). Les hommes sont en moyenne plus âgés que les femmes (41,0 ans contre 39,2 ans). Les personnes bénéficiaires d'une prescription de BHD

sont d'un âge moyen plus élevé que les bénéficiaires de méthadone (41,8 ans contre 38,3 ans). Les tranches d'âge quinquennales les plus représentées sont celles des trentenaires pour les bénéficiaires de méthadone (qui représentent 45 % d'entre eux), tandis que les bénéficiaires de BHD appartiennent le plus souvent aux classes d'âge de 35 à 49 ans (voir figure VIII). L'évolution de l'âge des bénéficiaires de MSO indique un vieillissement de cette population.

La figure VII présente la consommation de BHD (dont Suboxone®) et de méthadone en France depuis 1995. Ces données proviennent des chiffres de vente et de remboursement, 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 2017, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 74 %, les génériques pour 21 % et le Suboxone® pour 5 % (contre 1 % en 2012) (Gers-Siamois, exploitation OFDT).

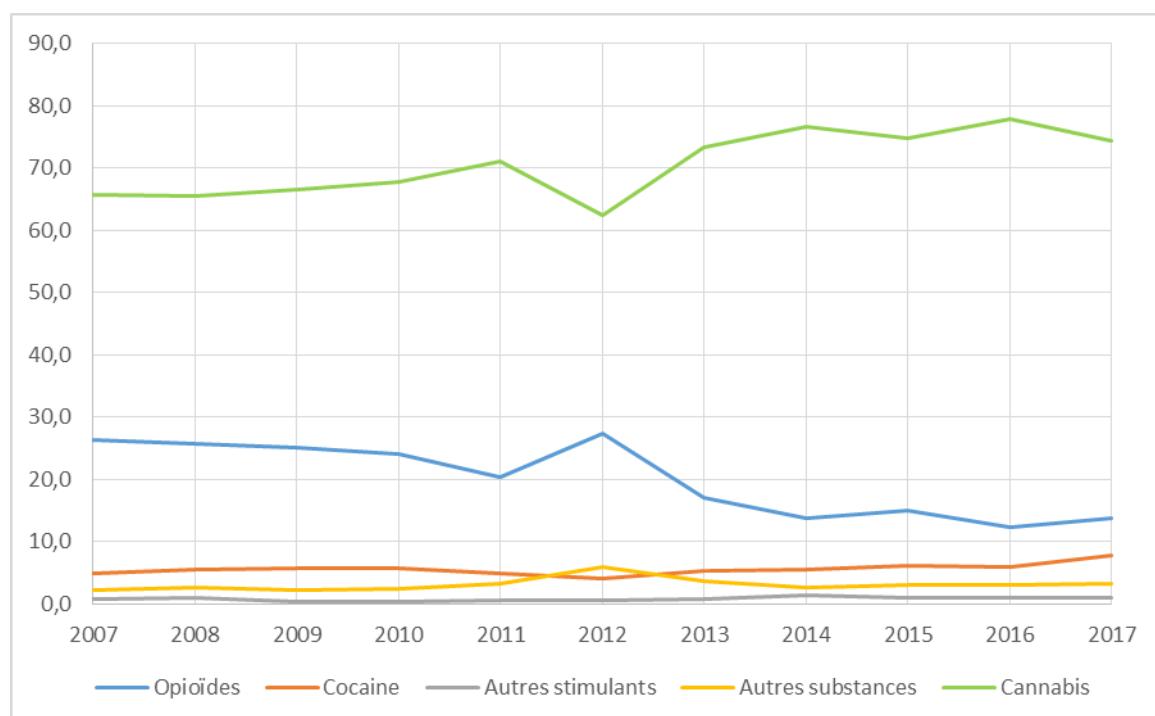
Le taux de pénétration des génériques de la BHD (nombre de boîtes de génériques remboursées rapporté au nombre total de boîtes de BHD remboursées) est stable à 32 % en 2017 (Assurance Maladie 2018).

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.

In particular when there is a strong change in trend, please specify whether this change is validated by data and what are the reasons for those trends

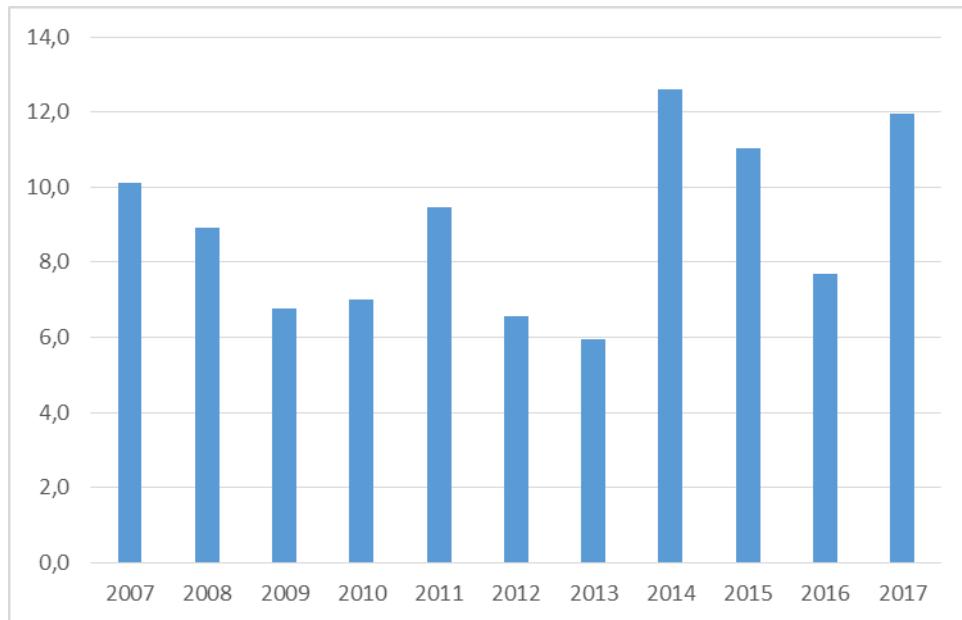
(Suggested title: Additional trends in drug treatment)

Figure II. Évolution des proportions de patients commençant un traitement pour la première fois, suivant le produit posant le plus de problèmes, 2007-2017 (en %)



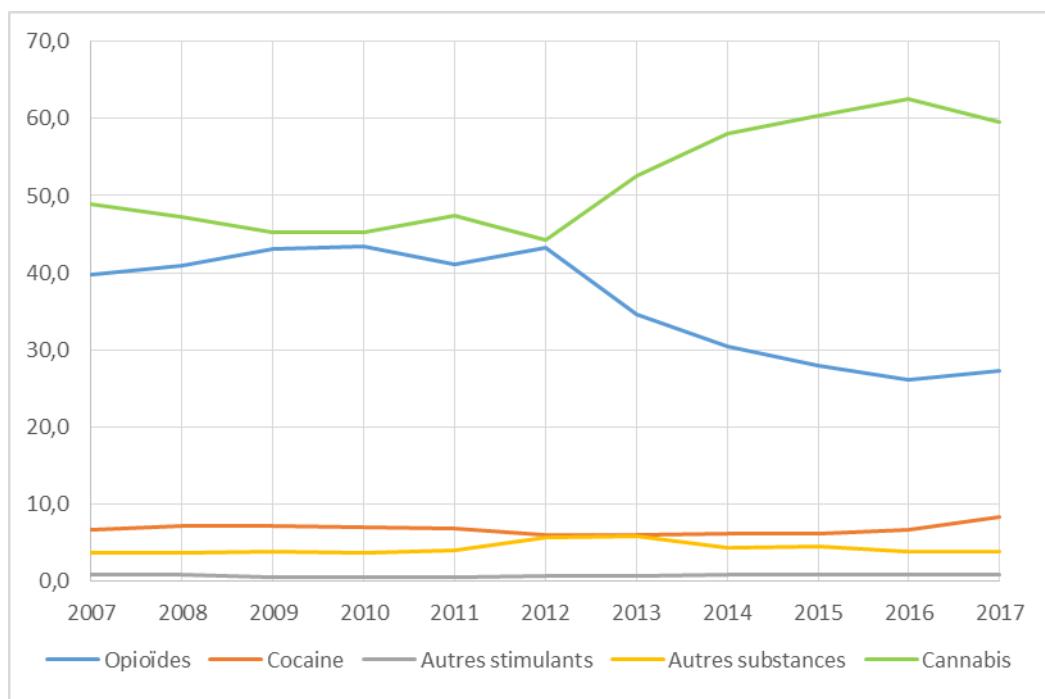
Source : TDI

Figure III. Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour la première fois pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2007-2017 (en %)



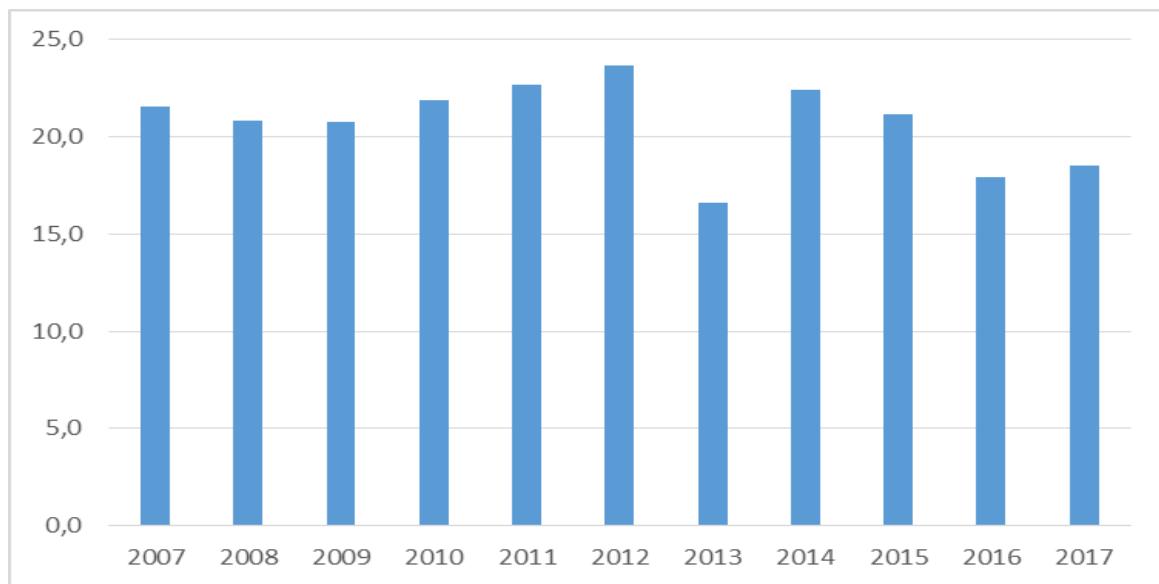
Source : TDI

Figure IV. Évolution des proportions de patients qui commencent un traitement, suivant le produit leur posant le plus de problèmes, 2007-2017 (en %)



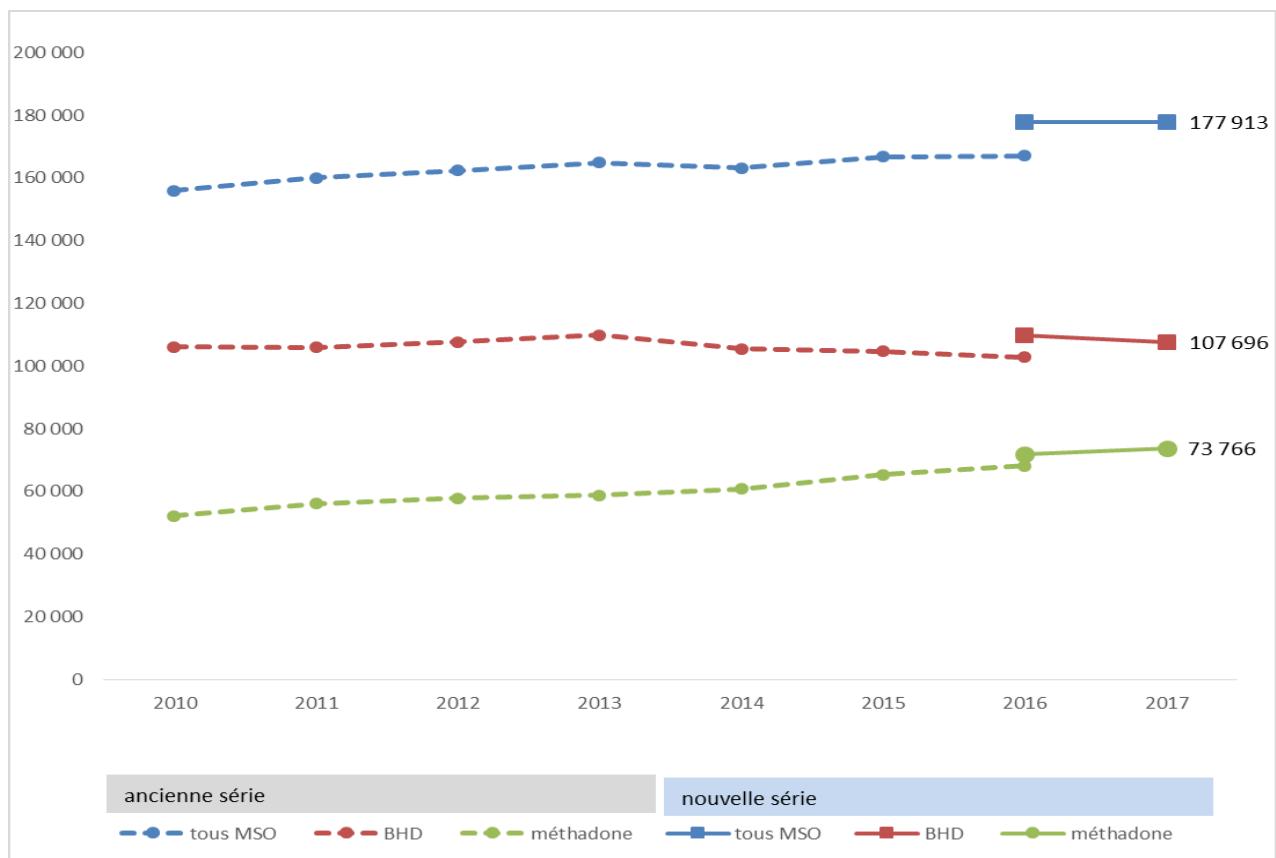
Source : TDI

Figure V. Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2005-2017 (en %)



Source : TDI

Figure VI. Évolution du nombre de personnes ayant reçu un MSO entre 2010 et 2017

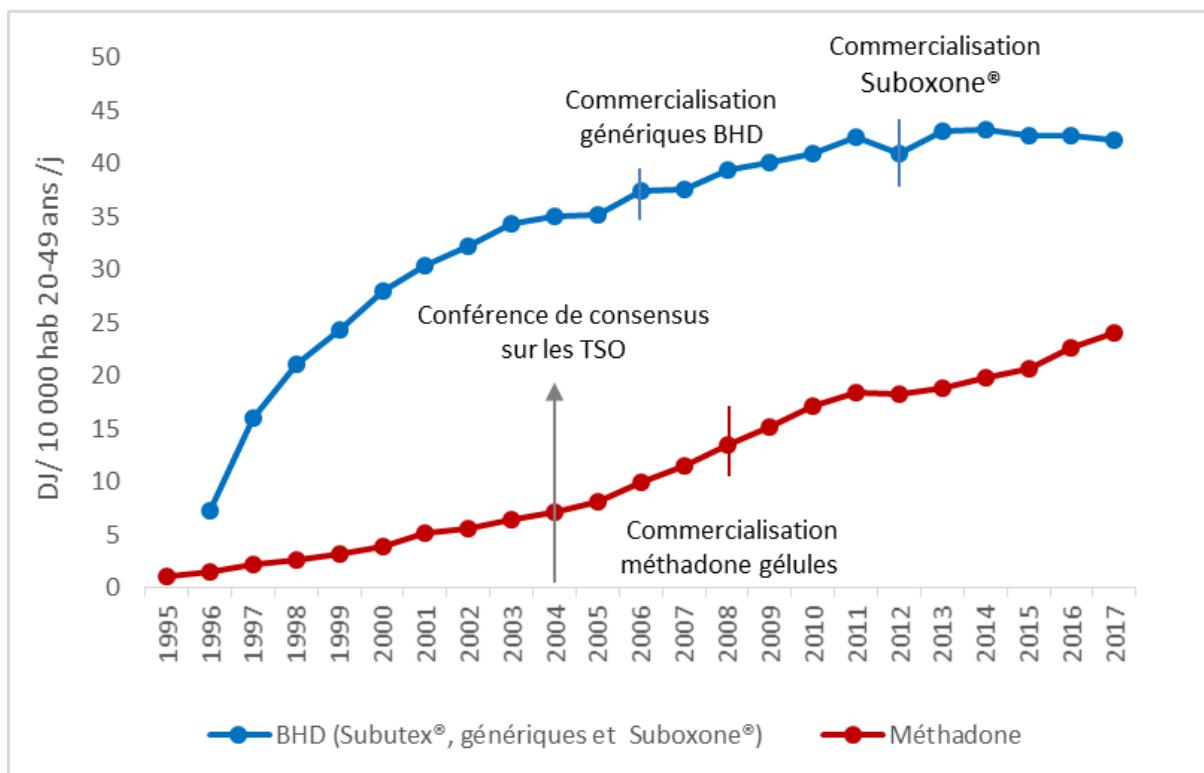


Note : L'ancienne série s'interrompt en 2016, elle prenait en compte les remboursements de MSO de 86 % de la population couverte par la Sécurité sociale. La nouvelle série débute en 2016, elle intègre les données de remboursement de l'ensemble de la population couverte en France, estimées et redressées à partir des données de l'EGBS représentatif de 96 % de la population couverte.

Ces deux séries incluent aussi les personnes ayant des délivrances en CSAPA et en prison qui n'apparaissent pas dans les données de remboursement de l'Assurance maladie.

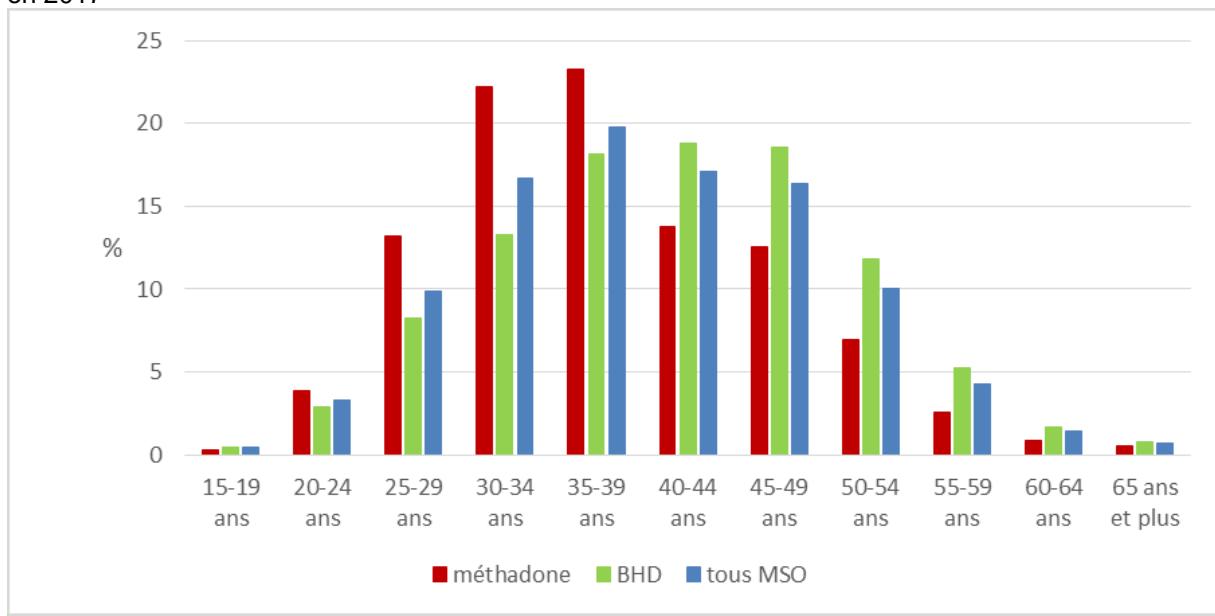
Source : Standard Table 24

Figure VII. Traitements de substitution aux opiacés : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2017 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 49 ans/jour (Subutex® et génériques 8 mg/j, Suboxone® 8 mg/j, méthadone® 60 mg/j)



Sources : SIAMOIS (GERS, exploitation InVS puis OFDT), Bouchara-Recordati, Medic'AM (CNAM)

Figure VIII. Répartition par classe d'âge quinquennale des bénéficiaires de MSO remboursés en ville en 2017



Source : EGBS (CNAM, exploitation OFDT)

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. (Suggested title: New developments)

Nouveaux développements

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis est importante (59 %), mais a diminué entre 2016 et 2017. La part des usagers d'opiacés a évolué de façon symétrique à celle des usagers de cannabis. La part des usagers de cocaïne a nettement progressé entre 2016 et 2017. Les évolutions en 2017 sont en rupture avec les tendances amorcées en 2010-2011.

En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés délivré en officine de ville : 99 900 ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 61 700 de méthadone et 7 600 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). De plus, 23 330 patients ont eu une dispensation de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en CSAPA (19 800 de méthadone et 3 530 de BHD) en 2016.

En mars 2017, la Commission des stupéfiants et psychotropes s'est déclarée favorable à la mise à disposition d'une spécialité à base de BHD sous forme injectable dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. La population cible est constituée par les usagers injecteurs de BHD et/ou d'autres opioïdes et/ou dépendants à l'injection (ANSM 2017). Une enquête nommée PrébupIV a été menée en France parmi une population de personnes dépendantes et consommatrices d'opioïdes par injection, afin d'étudier les facteurs associés à l'acceptabilité vis-à-vis d'un traitement par buprénorphine intraveineuse. La large majorité (83 %) s'est déclarée favorable à un tel traitement. Les personnes injectant principalement de la BHD, celles déclarant plus de complications liées à l'injection et celles n'ayant jamais fait d'overdose étaient plus favorables à recevoir un traitement de BHD injectable (Roux *et al.* 2017). Les résultats de cette étude ont par ailleurs été présentés dans une brochure à destination des usagers rassemblant aussi des témoignages et des illustrations sur la BHD comme traitement injectable (SESSTIM (UMR1252) and Aides 2018).

En décembre 2017, la CNAM a lancé simultanément des programmes nationaux de contrôle des professionnels et des assurés axés sur les TSO qui sont actuellement en cours. Le ciblage et le repérage s'effectuent à partir des remboursements effectués par l'Assurance maladie et l'examen des ordonnances scannées.

T4. Additional information

The purpose of this section is to provide additional information important to drug treatment 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.)

Les médicaments contenant de la codéine, de l'éthylmorphine, du dextrométhorphane et de la noscapine ont été retirés de la liste des médicaments disponibles sans ordonnance par arrêté du 12 juillet 2017 [[Arrêté portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses](#)] (voir T3.1 du workbook Cadre légal), amenant des usagers en difficulté à consulter des médecins de ville ou de CSAPA ou à se sevrer seul. Ce retrait avait été préconisé par l'ANSM suite au signalement de plusieurs cas d'abus de ces substances, dont un cas mortel début 2017, chez des adolescents ou des jeunes adultes ayant consommé du *purple drank* (mélange de soda et de sirop antitussif à base de codéine, de prométhazine ou de dextrométhorphane (ANSM 2018; Cadet-Taïrou and Milhet 2017)).

T4.3 Optional. Please provide any available information or data on psychiatric comorbidity, e.g. prevalence of dual diagnosis among the population in drug treatment, type of combinations of disorders and their prevalence, setting and population. If available, please describe the type of services available to patients with dual diagnosis, including the availability of assessment tools and specific services or programmes dedicated to patients with dual diagnosis
(Suggested title: Psychiatric comorbidity.)

T5. Sources and methodology.

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

T5.1 Please list notable sources for the information provided above. (Suggested title: Sources)

Sources

Rapports d'activité des CSAPA

EGBS : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié

ENa-CAARUD : Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD

CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

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

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

SIAMOIS : Système d'information sur l'accès au matériel officinal d'injection et à la substitution

- ANSM (2017). Compte rendu de la séance n°4 du 2 mars 2017. Commission des stupéfiants et psychotropes. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis.
- ANSM (2018). Retour sur la séance du 1er février 2018 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis. Available: http://ansm.sante.fr/content/download/115539/1462135/version/1/file/Retour_CO_M_STUP_010218.pdf [accessed 19/06/2018].
- Assurance Maladie (2018). Medic'AM annuel 2017, tous régimes. Médicaments remboursés par l'ensemble des régimes de l'assurance maladie au cours de l'année 2017 [online]. Available: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medic_AM_annuel_2017_tous_regimes.zip [accessed 18/06/2018].
- Barbier, C., Maache, A., Bauer, D., Joannard, N. and Lerasle, S. (2016). Enquête flash relative à la prise en charge des addictions en milieu carcéral. Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Brisacier, A.-C. (2017). Tableau de bord TSO 2017. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/> [accessed 10/08/2017].
- Brisacier, A.-C. (2018). Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » 2018. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/> [accessed 14/08/2018].
- Cadet-Taïrou, A. and Milhet, M. (2017). Les usages détournés de médicaments codéinés par les jeunes. Les observations récentes du dispositif TREND. Note 2017-03. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacx7.pdf> [accessed 20/07/2017].
- 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 [Recent information on opioid susbstition treatments. Initial results of a reimbursement data analysis on more than 4,500 patients in 2006 and 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.
- Conseil national de l'ordre des médecins and Conseil national de l'ordre des pharmaciens (2017). Recommandations ordinaires. Prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés. CNOM, CNOP. Available: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/376626/1813620/version/1/file/Rec commandations+ordinaires++prescription+et+dispensation+des+m%C3%A9dicaments+de+substitution+aux+opiac%C3%A9s.pdf> [accessed 14/08/2018].
- Coordination nationale des réseaux des microstructures (2018). CNRMS. Rapport d'activité 2017.

- Delorme, J., Chenaf, C., Kabore, J.-L., Pereira, B., Mulliez, A., Tremey, A. et al. (2016). Incidence of high dosage buprenorphine and methadone shopping behavior in a retrospective cohort of opioid-maintained patients in France. Drug and Alcohol Dependence 162 99-106.
- Dematteis, M., Auriacombe, M., D'Agnone, O., Somaini, L., Szerman, N., Littlewood, R. et al. (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. Expert Opinion on Pharmacotherapy 18 (18) 1987-1999.
- Dugarin, J., Dupuy, G. and Nominé, P. (2013). Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? [Stop methadone, what for?]. 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. Available: <http://www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne/?aid=4209&sa=0> [accessed 10/08/2017].
- 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 médico-social de prise en charge des conduites addictives. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Paris. Available: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000578/index.shtml> [accessed 13/07/2017].
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris.
- Lascaux, M., Couteron, J.P. and Phan, O. (2014). Manuel PAACT. Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique. Fédération Addiction, Paris.
- MILDECA (2018). Alcool, tabac, droques, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris.
- MILD'T (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La Documentation française, Paris. Available: <http://www.droques.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/les-precedents-plans> [accessed 10/08/2017].
- MILD'T (2013). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILD'T, Paris. Available: http://www.droques.gouv.fr/sites/droques.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernement_droques_2013-2017_eng_df_0.pdf [accessed 12/06/2018].
- Milhet, M., Cadet-Taïrou, A., Lazès-Charmetant, A., Lose, S., Tissot, N., Zurbach, E. et al. (2017). Usages de BHD non conformes au cadre médical. De la buprénorphine au

"Subu" : observations récentes du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/thema/usages-de-bhd-non-conformes-au-cadre-medical/> [accessed 20/07/2017].

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. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf [accessed 10/08/2017].

Ministère des affaires sociales et de la santé and MILD (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf [accessed 20/06/2018].

Mutatayi, C. (2014). Accueil addictologique et médico-social de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmu3.pdf> [accessed 10/08/2017].

Obradovic, I. (2014). « Mesures d'accueil des sortants de prison ». Synthèse du focus group. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiou4.pdf> [accessed 10/08/2017].

Obradovic, I. (2015). Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs". Tendances. OFDT (101).

Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) (2014). Rapport d'exploitation des données 2013. DGOS, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Paris.

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 Rattanatray, M. (2018). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2016/> [accessed 17/10/2018].

Protais, C., Díaz Gómez, C., Spilka, S. and Obradovic, I. (2016). Évolution du public des CJC (2014-2015) [The evolution of population attending youth addiction outpatient clinic (CJC's) 2014-2015]. Tendances. OFDT (107).

Roux, P., Rojas Castro, D., Ndiaye, K., Briand Madrid, L., Laporte, V., Mora, M. et al. (2017). Willingness to receive intravenous buprenorphine treatment in opioid-dependent people refractory to oral opioid maintenance treatment: results from a community-based survey in France. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 12 (46).

SESSTIM (UMR1252) and Aides (2018). Enquête préliminaire à l'évaluation de la buprénorphine intraveineuse : étude PrébupIV.

The ESPAD Group (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. EMCDDA ; ESPAD, Lisbon.

Tinland, A., Fortanier, C., Girard, V., Laval, C., Videau, B., Rhenter, P. et al. (2013). Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 14 309.

T5.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology? (Suggested title: 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 2016, les rapports de 377 CSAPA ambulatoires et 11 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être analysés, ce qui correspond à des taux de réponse respectifs de 100 % et 69 %.

EGBS : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié

Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), exploitation OFDT

La population ayant une délivrance de MSO en ville est étudiée à partir des données de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié de l'Assurance maladie (EGBS). 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 700 000 bénéficiaires en 2017. 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. Les données de 2011 et 2012 ont été extraites par l'ANSM, celles de 2013 à 2017 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 décrire les caractéristiques et les consommations des usagers qui fréquentent ces structures. 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, 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 2015 a eu lieu du 14 au 27 septembre : 3 129 individus ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans l'analyse. Sur les 167 CAARUD recensés en France, 143 ont participé à l'enquête (soit 86 % d'entre eux). Le taux de recueil (part des usagers pour lequel le questionnaire a été rempli rapportée à l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé à l'enquête) était 64 % en 2015.

Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2015 est le 4^{ème} (après 2005, 2007 et 2014) 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 2015 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients ou leur entourage entre le 20 avril et le 20 juin 2015. 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 2015, 199 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 77 %.

Un an après un premier volet d'enquête en 2014, le second volet conduit en 2015 permet d'examiner l'évolution de la structure du public reçu, à la suite d'une campagne de communication sur le dispositif. Au total, 3 747 questionnaires ont été collectés pendant une période d'inclusion de 9 semaines en 2015 (contre 5 421 pendant 14 semaines d'enquête en 2014), ce qui permet de disposer d'un socle stable de structures doublement répondantes : 86 % des structures répondantes en 2015 ont participé aux deux éditions de l'enquête.

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.

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 2017, environ 208 000 patients pris en charge pour un problème d'addiction (alcool, drogues illicites et médicaments psychotropes, addictions sans produits) dans 260 CSAPA ambulatoires, 15 structures avec hébergement et 3 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS) /Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS) a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO) au niveau départemental. Les données ne sont pas disponibles de 2012 à 2015, mais le sont à nouveau à partir de 2016.

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.

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les 8 coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, 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 dans les espaces festif et urbain, 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.