

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

2019

*France*

---

## ***Contributors***

Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier (OFDT)

## Rapport national 2019 (données 2018) 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, Anne de l'Eprevier et Julie-Émilie Adès

### Contributions aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Julie-Émilie Adès
2. *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez, Aurélie Lermenier-Jeannet
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérome, Julie-Émilie Adès, Stanislas Spilka, Michel Gandilhon
4. *Prévention* : Carine Mutatayi
5. *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier
6. *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Magali Martinez
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Aurélie Lermenier-Jeannet, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Maitena Milhet, Isabelle Michot

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

**Relecture (version anglaise)** : Anne de l'Eprevier

**Références bibliographiques** : Isabelle Michot

**Références législatives** : Anne de l'Eprevier

## Sommaire

<b>T0. Summary</b> .....	3
<b>T1. National profile</b> .....	5
<b>T1.1. Policies and coordination</b> .....	5
<b>T1.2. Organisation and provision of drug treatment</b> .....	6
<b>T1.3. Key data</b> .....	13
<b>T1.4. Treatment modalities</b> .....	15
<b>T1.5. Quality assurance of drug treatment services</b> .....	24
<b>T2. Trends</b> .....	25
<b>T3. New developments</b> .....	33
<b>T4. Additional information</b> .....	34
<b>T5. Sources and methodology</b> .....	34

## 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 co-ordination 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 (disponible soit au sein d'établissements médico-sociaux – Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA, soit à l'hôpital soit en ville) et le dispositif généraliste essentiellement représenté par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. 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 2018, près de 57 000 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 traitements de substitution aux opioïdes (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 substitution aux opioïdes 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

Le nombre de personnes prises en charge pour la première fois de leur vie dans le dispositif spécialisé de traitement des addictions, après avoir augmenté entre 2014 et 2016, a baissé en 2017. Il est resté stable entre 2017 et 2018. La progression de ces demandes de traitement entre 2014 et 2016 concerne surtout les usagers de cannabis dont la part est très majoritaire (74 % en 2018). Le nombre de demandes de traitement liées aux opiacés régresse depuis 2016. Celles liées à la cocaïne, très faibles en 2014, ont plus que doublé entre 2014 et 2018 et pourraient bientôt dépasser celles liées aux opioïdes. Sur la période 2007-2018, la part du cannabis a progressé entre 2007 et 2014 pour se stabiliser ensuite. La part des opiacés a symétriquement régressé entre 2007 et 2014. La baisse se poursuit à rythme assez lent depuis. La part de la cocaïne a sensiblement augmenté entre 2016 et 2018.

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement, les évolutions de leur nombre sont similaires à ce qui est observé pour les premières demandes de traitement, bien que plus amorties en ce qui concerne le cannabis (taux d'augmentation et de baisse plus faible). 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 pour baisser pour la première fois depuis 2010 en 2017 et se stabiliser en 2018 à près de 60 %. L'évolution de la part des usagers d'opiacés est à peu près symétrique à celle des usagers de cannabis. Comme pour les premières demandes de traitement, la tendance la plus marquante est la poursuite de l'augmentation du nombre et de la part des demandes de traitement liées à la cocaïne.

Par ailleurs, depuis 2013, le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opioïdes (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 opioïdes (MSO).

## Nouveaux développements

Comme en 2017, l'année 2018 est marquée par la poursuite de la progression du nombre et de la part des demandes de traitements liées à la cocaïne. Le nombre et la part des demandes de traitements liées au cannabis semblent s'être stabilisés après la forte progression des années 2010-2016.

En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes 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 la substitution aux opioïdes (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 (MILDECA 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 y compris pour intégrer de façon systématique les objectifs de RDRD, développer l'aller vers, et intégrer les pairs aidants dans les équipes d'addictologie
- 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?  
(suggested title: Governance and coordination of drug treatment implementation)

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

Voir section T1.1 du workbook « Politique et 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

T1.2.1. 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 médico-social 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 sur les demandes de traitement transmises à l'EMCDDA. 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 (11), consacrent toute leur activité aux usagers de drogues incarcérés (y compris alcool et tabac). 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 établissements pénitentiaires existant en France (voir workbook Prison). Ces CSAPA sont chargés d'intervenir en détention principalement pour assurer la continuité des soins à la sortie. Une enveloppe financière a été prévue pour permettre à chaque CSAPA désigné comme référent de consacrer un demi équivalent temps plein (un équivalent temps plein dans les gros établissements pénitentiaires) 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 au même titre que les CSAPA : 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 opioïdes (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. L'enquête auprès des médecins étant assez ancienne, les chiffres pourraient avoir évolué depuis. En 2017, les prescripteurs libéraux de MSO sont des généralistes pour la quasi-totalité d'entre eux (96,2 %) et plus rarement des psychiatres (3,2 %) (Brisacier 2019).

En 2017, 51 microstructures médicales sont implantées dans sept régions et ont suivi près de 1 700 personnes : dans le Grand-Est principalement (où elles ont vu le jour à Strasbourg dès 1999), les Hauts-de-France, la région PACA, la Bourgogne-Franche-Comté, et plus récemment l'Occitanie, l'Île-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). Une expérimentation est en cours dans 4 régions pour en évaluer le modèle organisationnel et économique et permettre son déploiement sur tout le territoire.

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. Certaines consultations addictologiques hospitalières sont spécialisées sur le tabac.

## **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 138 000<sup>1</sup> 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 (56 845 en 2018). 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 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 pris en charge pour usage de drogues illicites ou de médicaments psychotropes mésusé, 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.

*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)

	<b>Nombre total d'unités</b>	<b>Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)</b>	<b>Nombre total de patients</b>
<b>Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)</b>	374	Usagers de drogues ayant été vus au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face par un professionnel du soin employé dans un CSAPA dans le cadre d'une prise en charge structurée.  Structures 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).	138 000

<sup>1</sup> 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.

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
<b>Structures centrées sur une approche de RDRD</b>	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
<b>Système de soins général (ex. médecins généralistes)</b>	34 000	Personnes ayant bénéficié d'un remboursement suite à une prescription d'un traitement de la substitution aux opioïdes par un médecin de ville.  Nombre estimé de médecins généralistes ayant déclaré avoir reçu au moins un patient dépendant aux opiacés au cours du mois.	140 000
<b>Système de soins général/mental</b>			
<b>Prisons : CSAPA en milieu pénitentiaire</b>	11	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.	4 500
<b>Autres structures ambulatoires</b>			

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 (56 845 personnes en 2018), 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)**

**T1.2.4. Using the structure and data provided in table II please provide an overview and a commentary of the main bodies/organisations owning outpatient treatment facilities in your country**  
(Suggested title: Ownership of outpatient drug treatment facilities)

37 % des CSAPA sont gérés par des hôpitaux publics et 67 % par des associations. Tous ces centres (CSAPA et CAARUD) sont financés par la sécurité sociale. Il n'est cependant pas nécessaire de cotiser à la sécurité sociale pour pouvoir accéder à ces centres, la prise en charge y étant anonyme et gratuite.

Les médecins généralistes de ville exercent pour la plupart dans un cabinet privé.

Table II. Ownership of outpatient facilities providing drug treatment in your country (percentage). Please insert % in the table below. Example: about 80% of all outpatient specialised drug treatment centres are public/government-owned facilities and about 20% are non-government (not for profit) owned facilities.

	Public / Government	Non-government (not for profit)	Non- government (for profit - Private)	Other	Total
Specialised drug treatment centres	37%	63%			100%
Low-threshold agencies		100%			100%
General primary health care (e.g. GPs)			100%		100%
General mental health care	100%				100%
Other outpatient units (1)					100%
Other outpatient units (2)					100%

### Inpatient network

T1.2.5. Using the structure and data provided in table III 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 ou d'un soin de suite et de réadaptation (SSR).

#### 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 10 communautés thérapeutiques (CT) créées au cours des années 2000. Tous les CTR et les CT sont gérés par des organismes non gouvernementaux et financé par l'assurance maladie sans reste à charge pour les personnes accueillies. 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 en hospitalisation complète 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 et de réadaptation 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 recouplement 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.

*T1.2.6. 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 III.** 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 prises en charge 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 de prise en charge avec 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

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
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

*T1.2.7. Using the structure and data provided in table IV please provide an overview and a commentary of the main bodies/organisations owning and operating inpatient treatment facilities in your country (Suggested title: Ownership of inpatient drug treatment facilities)*

En France, presque toutes les structures offrant de l'hébergement thérapeutique sont soit gérées par des hôpitaux publics soit par des CSAPA en gestion associative mais financée par la sécurité sociale. Il existe cependant un tout petit nombre de cliniques privées susceptibles d'accueillir des patients pour un sevrage ou pour un séjour de maintien dans l'abstinence suite à un sevrage. Les sevrages résidentiels se déroulent presque tous dans les hôpitaux publics. L'hébergement thérapeutique hors sevrage est quant à lui le plus souvent assuré par des CSAPA à gestion associative. Toutes les communautés thérapeutiques sont gérées par des CSAPA en gestion associative.

Table IV. Ownership of inpatient facilities providing drug treatment in your country (percentage).  
Please insert % in the table below. Example: about 80% of all Therapeutic communities are public/government-owned facilities and about 20% are non-government (not for profit) owned facilities.

	Public / Government	Non-government (not for profit)	Non- government (for profit - Private)	Other	Total
Hospital-based residential drug treatment	97%		3%		100%
Residential drug treatment (non-hospital based)	5%	90%	5%		100%
Therapeutic communities		100%			100%
Prisons					100%
Other inpatient units (1 - please specify here)					100%
Other inpatient units (2- please specify here)					100%

*T1.2.8. **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?**

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

En 2018, près de 57 000 usagers de drogues pris en charge dans un CSAPA ont été inclus dans les données TDI, contre un peu plus de 58 000 en 2017. Cette petite baisse est liée aux variations des centres spécialisés ayant transmis des données TDI. A champ constant sur la période 2014-2018 (44 000 personnes incluses en 2018, 52 % du nombre de CSAPA en ambulatoire), ce nombre a au contraire très légèrement augmenté (+1,6%) entre 2017 et 2018. Compte tenu des imprécisions de ce recueil de données, le nombre de nouveaux patients dans les structures ayant fourni des données depuis 2014 apparaît stable entre 2015 et 2018.

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 couverture<sup>2</sup> se situe ainsi probablement entre 60 % et 65 %. 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.

Après avoir légèrement baissé en 2017, la part des usagers de cannabis parmi les personnes qui commencent un traitement dans les CSAPA est restée stable à environ 60% en 2018 (Figure I). A champ constant, le nombre de personnes prises en charge avec le cannabis en produit 1 a augmenté d'un peu plus de 4% (Figure III). 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 continué à diminuer en 2018 pour s'établir à un peu moins de 25 %. A champ constant, le nombre de personnes avec une demande de traitement liée à cette catégorie de produit a reculé de 4 % entre 2017 et 2018. Le phénomène marquant est encore une fois en 2018 l'augmentation des demandes de traitement liées à la cocaïne. En proportion, la part de ces demandeurs passe de 8,4 % à 10,8 %. A champ constant le nombre de ces demandeurs augmente de 26 %, soit sensiblement le même accroissement qu'en 2017 (+24 %). Les personnes pour qui un stimulant est cité comme produit posant le plus de problèmes ne représentent en revanche qu'une très faible proportion des nouveaux patients.

<sup>2</sup> 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

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 et en milieu carcéral, ni la proportion des patients pris en charge par un médecin de ville ayant également été suivi par un CSAPA au cours de la même année.

L'importance des prises en charge liées 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 39 % en 2018 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.1.4.5), 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.

Summary table of key treatment related data and proportion of treatment demands by primary drug)



**Tableau V. Synthèse - Patients en traitement**

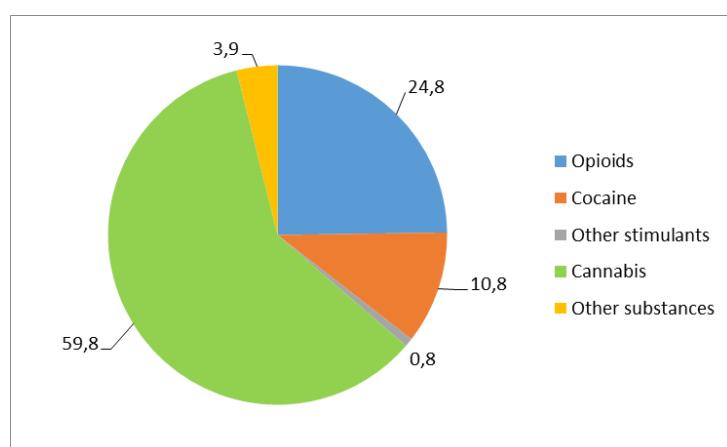
	<b>Nombre de patients</b>
Nombre total de patients en traitement	nd
Nombre total de patients suivant un TSO	178 700
Nombre estimé total de patients commençant un traitement dans un CSAPA	89 300*

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 2018 suivant la drogue posant le plus de problèmes en %



**Source :** TDI

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 et consultations hospitalières en milieu carcéral 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)

## **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. 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 in table VI below.

### **Offre de traitement en ambulatoire**

Le type de thérapies et de services offert par les structures accueillant des usagers de drogues en ambulatoire n'a pas fait l'objet jusqu'à ce jour d'un recensement détaillé. Les éléments fournis ci-dessous reposent principalement sur des avis d'experts. Des travaux sont en cours au sein de l'OFDT pour améliorer les connaissances sur les pratiques professionnelles au sein des CSAPA.

### **CSAPA**

En France tous les CSAPA doivent assurer une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ([circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des](#)

(schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie) des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives. Tous les CSAPA emploient des psychologues et des éducateurs formés susceptibles d'offrir des thérapies selon des approches diverses mais qui visent la dimension psychologique et sociale des addictions. La prescription de traitements de substitution aux opioïdes fait également partie des missions essentielles des CSAPA (voir ci-dessous). Ce type de traitement est donc en principe disponible dans tous les CSAPA. Quelques CSAPA anciennement spécialisés en alcoologie ne prescrivent pas ces traitements mais ces situations tendent à devenir de plus en plus rares.

Le dépistage des maladies mentales n'est pas une pratique ayant fait l'objet d'un protocole et les personnes accueillies dans les CSAPA ne sont pas toutes vues par un psychiatre, profession assez peu représentée dans les emplois des CSAPA (2 à 3 % des ETP en 2016). Les psychologues, en nombre important dans les CSAPA, sont peut-être souvent capables de déceler les troubles mentaux des personnes qu'ils accueillent. La possibilité de traiter au sein du CSAPA la maladie mentale est en revanche peu fréquente sauf, bien sûr dans les quelques CSAPA intégrés dans un établissement psychiatrique ou dans des CSAPA pourvus en psychiatre(s).

Aucune information n'est disponible sur les interventions de type « individual case management » au sein des CSAPA.

#### CAARUD

Les CAARUD ne sont pas considérés en France comme des structures offrant, au même titre que les CSAPA, des traitements des addictions. Il n'entre ainsi pas dans les missions de ces structures de prescrire des traitements de substitution aux opioïdes.

#### Médecins généralistes

Les médecins généralistes sont tous susceptibles de prescrire des traitements de substitution aux opioïdes (BHD ou méthadone). Les traitements à la BHD peuvent être initiés par ces praticiens mais ceux à la méthadone ne peuvent être prescrits par eux qu'en relai, après initiation de ce traitement dans un CSAPA ou dans un hôpital. Ils assurent en revanche rarement les prises en charge de type psychologique et sociale. La logique de la rémunération à l'acte qui prévaut en médecine de ville en France ne favorise pas ce type d'activité.

#### Santé mentale

Il entre bien évidemment dans les missions du système de soins en santé mentale de dépister les maladies mentales et de les traiter. On peut supposer que face à un problème d'addiction, ces structures proposent des prises en charge psychologiques et sociales. On ne dispose pas d'informations précises sur les prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes dans ce type d'établissement.

Table VI. Availability of core interventions in outpatient drug treatment facilities.

Please select from the drop-down list the availability of these core interventions (e.g. this intervention is available, if requested, in >75% of low-threshold agencies).

	Specialised drug treatment centres	Low-threshold agencies	General primary health care (e.g. GPs)	General mental health care
Psychosocial treatment/ counselling services	>75%	not known	not known	not known
Screening and treatment of mental illnesses	<25%	<25%	>25%-75%	>75%
Individual case management	not known	not known	not known	not known
Opioid substitution treatment	>75%	<25%	>25%-75%	not known
Other core outpatient treatment interventions (please specify in T1.4.1.)	Please select	Please select	Please select	Please select

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 in table VII below. (Suggested title: Availability of core interventions in 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 et les appartements thérapeutiques résidentiels. Pour ce qui concerne les autres types de services mentionnés dans le SQ27P1, la disponibilité n'est pas connue.

Table VII. Availability of core interventions in inpatient drug treatment facilities.  
Please select from the drop-down list the availability of these core interventions (e.g. this intervention is available, if requested, in >75% of therapeutic communities).

	Hospital-based residential drug treatment	Residential drug treatment (non-hospital based)	Therapeutic communities	Prisons
Psychosocial treatment/ counselling services	>75%	>75%	>75%	>25%-75%
Screening and treatment of mental illnesses	Please select	Please select	Please select	Please select
Individual case management	Please select	Please select	Please select	Please select
Opioid substitution treatment	>75%	>75%	>75%	>25%-75%
Other core inpatient treatment interventions (please specify in T1.4.3.)	Please select	Please select	Please select	Please select

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. Please provide any additional information on available services, targeted treatment interventions or specific programmes for specific groups: senior drug users, recent migrants (documented or undocumented), NPS users, gender-specific, under-aged children, other target groups (Suggested title: Targeted interventions for specific drug-using groups)

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 jeunes consommateurs 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.

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"<sup>3</sup>, 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 parisienne<sup>4</sup>. 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.

Senior drug users (>40years old):

NPS users:

Recent undocumented migrants (asylum seekers and refugees):

**Women (gender-specific):** La question de la prise en charge spécifique des femmes, non ciblée uniquement sur les 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 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 et étayer le personnel d'obstétrique.

Under-aged children and adolescents:

<sup>3</sup> Sorties de prison sans suivi thérapeutique

<sup>4</sup> 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

**Other target groups:** 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 aux besoins. 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. Le programme et le protocole de l'étude d'évaluation ont été décrits dans une publication (Tinland et al. 2013). Au terme de la phase expérimentale, le programme a été pérennisé et généralisé par le décret du 28 décembre 2016 ([Décret n° 2016-1940 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »](#)). Il est prévu d'ouvrir 2 000 places sur 20 sites d'ici à 2023 (DIHAL 2017).

T1.4.6. *Please provide any available information on the availability of E-health interventions, such as web-based treatment, counselling, mobile applications, e-learning for drug professionals, etc. for people seeking drug treatment and support online in your country (Suggested title: E-health interventions for people seeking drug treatment and support online)*

#### **Interventions de cyber santé pour les personnes à la recherche d'un traitement ou d'un soutien en ligne**

Suite à une commande de la MILDECA, un rapport « e-santé et addictions » (Thierry and Reynaud 2019) a été remis en mai 2019. Ce rapport recense quelques initiatives relevant de la e-santé. Il cite tout d'abord les plateformes nationales régionales, non nominatives, sur lesquels il est possible de trouver des informations, des outils d'évaluation et des espaces communautaires interactifs. On peut classer dans cette catégorie Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS), piloté par Santé Publique France, qui regroupe des services d'écoutes et des sites webs (<http://www.droques-info-service.fr/> ; <http://www.alcool-info-service.fr/> ; <https://www.tabac-info-service.fr/>). Le deuxième site qui peut être mentionné est [Addict'Aide](#) qui inclut un forum géré par des patients experts. Mais il existe également un dispositif de télémédecine [Doctoconsult](#) destiné aux patients ayant des troubles psychiatriques ou additifs. Le site [PulsioSanté](#) est lui spécialisé dans la prise en charge des conduites addictives. Ce site met à disposition des outils de repérages précoces, des interventions brèves et une orientation vers un addictologue, le recours pouvant se faire à distance (télémédecine) ou dans le cadre d'une consultation classique.

T1.4.7. *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)*

T1.4.8. *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)

T1.4.9. 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, unités sanitaires en milieu pénitentiaire 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 I<sup>5</sup> 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 la forme gélule 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. Sa durée maximale de prescription est 28 jours. La BHD et la méthadone doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée.

<sup>5</sup> 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.

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).

T1.4.10. 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 substitution aux opioïdes en France. Des spécialités génériques de la BHD sont apparues sur le marché en 2006. Elles sont au nombre de sept en 2018, commercialisées par les laboratoires Arrow, Biogaran, Cristers, EG, Mylan, Sandoz et Teva. Depuis 2008, la forme gélule de la méthadone est disponible. 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. En 2018, les génériques de la BHD/naloxone et une nouvelle formulation de BHD en lyophilisat oral (Orobupré®) ont été commercialisés. Orobupré® se dissout en quelques secondes sur la langue, à la différence des 5 à 10 minutes nécessaires pour les formes sublinguales, améliorant ainsi le confort de la prise et pouvant représenter une option utile lors d'une prise supervisée (HAS 2018).

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 opioïdes (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 opioïdes (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 63 % 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 14 800 personnes ont eu une délivrance de TSO en ville pour la première fois en 2017, soit 9 % des personnes remboursées d'un TSO durant l'année. Le maintien en traitement chute les deux premières années puis diminue plus lentement après. La proportion de patients encore en traitement l'année suivant celle du premier remboursement est de 62 %, 51 % deux années plus tard et 41 % six années après. Le maintien en traitement est plus élevé pour les patients traités par méthadone que pour ceux traités par BHD (Brisacier 2019).

### *L'interruption d'un traitement de substitution aux opioïdes*

Parmi les personnes ayant eu une délivrance de TSO en ville, près de 13 500 personnes ont arrêté leur TSO en 2014 (sans reprise de traitement les trois années suivantes), soit 11 % de l'ensemble des patients remboursés d'un TSO durant l'année (Brisacier 2019). 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 opioïdes en 2004<sup>6</sup>. Un des indicateurs principaux de détournement ou de mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j<sup>7</sup>) a été divisé par trois entre 2002 et 2007 (Canarelli and Coquelin 2009). Depuis, cet indicateur est resté stable (2,0 % en 2017) (Brisacier 2019). Par ailleurs, 73 % des patients recevant de la BHD sont en traitement régulier<sup>83</sup> 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 4,2 % et 2,8 % des patients prenant de la BHD en 2017 (Brisacier 2019). 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).

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> La posologie d'entretien de la BHD est de 8 mg/j avec une dose maximale fixée à 24 mg/j. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

<sup>8</sup> 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.

### *Mésusage et risques de la méthadone*

Le suivi national d'addictovigilance de la méthadone, placé sous la responsabilité du CEIP-A (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<sup>e</sup> 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 stable entre 2013 et 2017. Elle est estimée à 7,7 %, soit environ 13 700 personnes, dont 57 % traités par BHD (42 % par BHD seule, 12 % par l'association BHD/naloxone) et 43 % par la méthadone (Brisacier 2019) (voir le 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).

### *Impact du changement de réglementation de la codéine*

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 à effet immédiat du 12 juillet 2017 [[Arrêté portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses](#)] (voir T3.1 du workbook Cadre légal 2018), 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).

Une étude a été mené par le CEIP-A de Paris sur l'impact de cette nouvelle réglementation sur les professionnels de santé (médecins de la douleur, addictologues, médecins généralistes et pharmaciens d'officine). Ceux-ci (hormis les médecins généralistes) ont été majoritairement amenés à identifier plus de patients usagers de paracétamol-codéine dépendants depuis le changement de législation. La prise en charge proposée diffère selon les professionnels. Les médecins généralistes proposent majoritairement le sevrage complet et les médecins de la douleur une posologie respectant l'AMM. Ces deux catégories de médecins ont peu recours à une orientation de leurs patients vers des addictologues. La prise en charge proposée alors peut aussi inclure la prescription d'un MSO (la BHD le plus souvent) (CEIP-A de Paris 2018).

**T1.4.11 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.

**T1.4.12 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.

Parmi les options thérapeutiques présentées dans ce guide, les thérapies familiales multidimensionnelles (MDFT) sont indiquées pour certains publics spécifiques (mineurs de moins de 15 ans, troubles psychiatriques associés, dépendance au cannabis, troubles du comportement). Suite à la publication du manuel ce type de traitement se diffuse dans les CJC. Le Plan national de mobilisation contre les addictions prévoit de « poursuivre l'accompagnement à la méthode MDFT dans les régions qui ne bénéficient pas d'une équipe d'addictologie formée à cette approche » (MILDECA 2018).

## 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 title: 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 difficile 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. Et 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. 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).

Afin d'éliminer les variations liées aux modifications du champ des répondants, les données ont été analysées à champ constant, c'est-à-dire sur le sous ensemble de CSAPA ayant transmis des données chaque année entre 2014 et 2018. Les changements institutionnels intervenus entre 2007 et 2013 conjugués aux problèmes liés au changement du protocole TDI auraient conduits à ne pouvoir inclure qu'un nombre trop faible de CSAPA pour la période 2007-2018. Même à champ constant il reste difficile de distinguer pour un même CSAPA ce qui relève d'une variation réelle de la file active de ce qui pourrait être la conséquence de modifications dans les pratiques d'enregistrements des données.

Pour les premières demandes de traitement, l'analyse à champ constant entre 2014 et 2018 a porté sur un peu moins de 100 CSAPA en ambulatoire (sur 375) ayant accueilli en 2018 un peu plus de 10 000 personnes commençant un traitement pour la première fois de leur vie. Les chiffres qui apparaissent dans la Figure II ne représentent qu'une partie du total des demandeurs de traitement de ce type accueilli dans l'ensemble des CSAPA en France, probablement moins d'un tiers.

L'intérêt de ces données à champ constant est de permettre de suivre les évolutions, en supposant que l'échantillon de CSAPA sélectionné est bien représentatif de l'ensemble des CSAPA. Les courbes de la figure II font tout d'abord apparaître une tendance à l'augmentation des premières demandes de traitement liées au cannabis entre 2014 et 2016. Cette évolution qui touche tous les produits s'explique peut-être en partie par un meilleur enregistrement des premières demandes de traitement. Mais elle peut aussi être rapprochée de l'afflux des

personnes observé entre ces deux années dans les Consultations jeunes consommateurs, structures qui reçoivent très majoritairement des primo consultants. La campagne de communication menée par les pouvoirs publics pour promouvoir les CJC en 2015 a ainsi pu avoir un impact sur la fréquentation de ces structures. Cette hausse des demandes de traitement est suivie d'une baisse en 2017 qui ne paraît pas pouvoir être rapprochée d'un événement particulier qui en serait à l'origine mais qui pourrait illustrer les effets parfois à court terme des campagnes de communication.

Les opiacés et la cocaïne sont à l'origine d'une part bien plus faible des premières demandes de traitement. Celles liées aux opiacés ont tendance à décliner depuis 2016, alors que celles liées à la cocaïne augmentent depuis 2014. Si les tendances persistent, le nombre de premières demandes de traitement liées à la cocaïne pourraient bientôt dépasser celles liées aux opioïdes. La part des autres produits est résiduelle et n'appelle pas de commentaires particuliers.

Les données en pourcentage (à champ variable) (Figure III) permettent d'observer à plus long terme la tendance à l'augmentation de la part des premières demandes de traitement liées au cannabis et la baisse de la part de celles liées aux opiacés ainsi que la tendance à l'augmentation de la part de la cocaïne depuis 2015.

#### *L'ensemble des usagers entrant en traitement*

L'évolution du nombre de personnes entrant en traitement a également été analysée « à champ constant » pour la période 2014-2018. Le nombre de CSAPA en ambulatoire ayant fourni des données chaque année entre 2014 et 2018 représente un peu plus de la moitié du total des CSAPA en ambulatoire. L'effectif des personnes incluses dans le recueil à champ constant atteint environ 44 000 personnes en 2018. Le nombre de personnes incluses a nettement augmenté (+ 13 %) entre 2014 et 2015 pour diminuer ensuite légèrement entre 2015 et 2018. L'augmentation des effectifs entre 2014 et 2015 s'observe pour tous les produits, bien qu'elle soit plus forte pour le cannabis que pour les opiacés (+19 % vs +11 %), et pourrait être également liée à un enregistrement plus exhaustif des patients à partir de 2015. La proportion de patients enregistrés sans produits spécifiés est passée de 22 % en 2014 à 15 % en 2018, baisse importante même si cette proportion reste encore bien trop élevée en 2018.

Les évolutions à champ constant font apparaître une relative stabilité des prises en charge liée au cannabis entre 2015 et 2018 après la forte augmentation entre 2014 et 2015, une lente diminution de celles liées aux opiacés (principalement celles liées à l'héroïne et à la BHD), et une stabilité de celles liées autres stimulants (effectifs très faibles) et aux autres produits (Fig VII). Le phénomène marquant au cours de cette période est l'augmentation des effectifs des demandes de traitement liées à la cocaïne (poudre et crack). En 2014, cet accroissement est sensiblement égal à l'augmentation globale des effectifs tous produits confondus et ce n'est donc qu'à partir de 2015 qu'apparaît réellement cette tendance propre à la cocaïne qui se maintient encore en s'amplifiant légèrement en 2018. Cette évolution apparaît cohérente avec l'augmentation de l'usage dans l'année en France observée entre 2014 et 2017 dans l'ensemble de la population adulte (voir section Stimulants du workbook « Usages de substances illicites »).

Comme pour les premières demandes de traitement, l'analyse à champ constant est complétée par une analyse sur la période 2007-2018 de la part des différentes catégories de produits dans les demandes de traitement. Ces données font apparaître une augmentation de la part des demandes de traitement liées au cannabis entre 2010 et 2016, puis sa stabilisation en 2017 et 2018, la baisse symétrique de la part des opiacés et l'augmentation de la part de la cocaïne à partir de 2015.

La hausse de la proportion des usagers de cannabis depuis 2007 s'explique 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 »).

### *Les bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opioïdes*

Le nombre de bénéficiaires d'un TSO est estimé depuis 2010 à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie (Figure VIII). 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 VIII). 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 2019).

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 X). L'évolution de l'âge des bénéficiaires de MSO indique un vieillissement de cette population.

La figure IX 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.

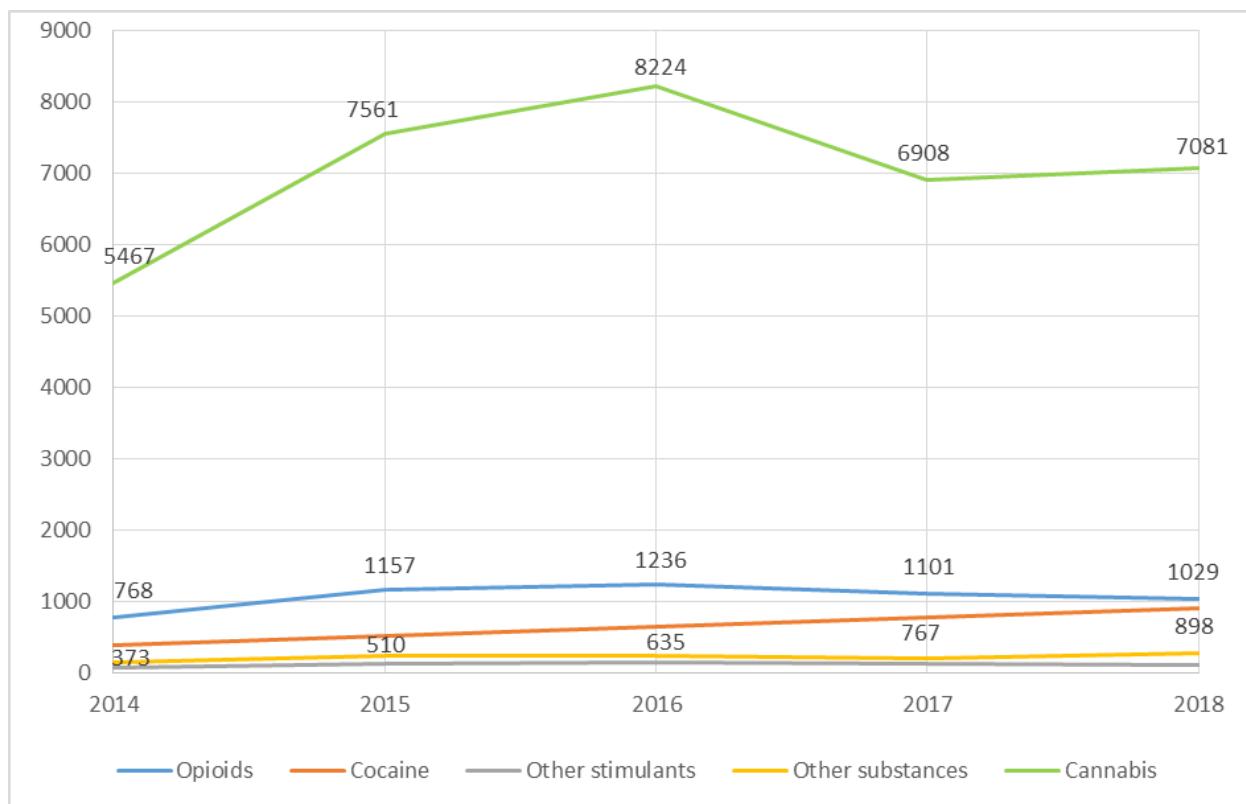
En 2017, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 74 %, les génériques pour 21 % et le Suboxone® pour 5 % (contre 1 % en 2012) (Gers-Siamois, exploitation OFDT).

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.***

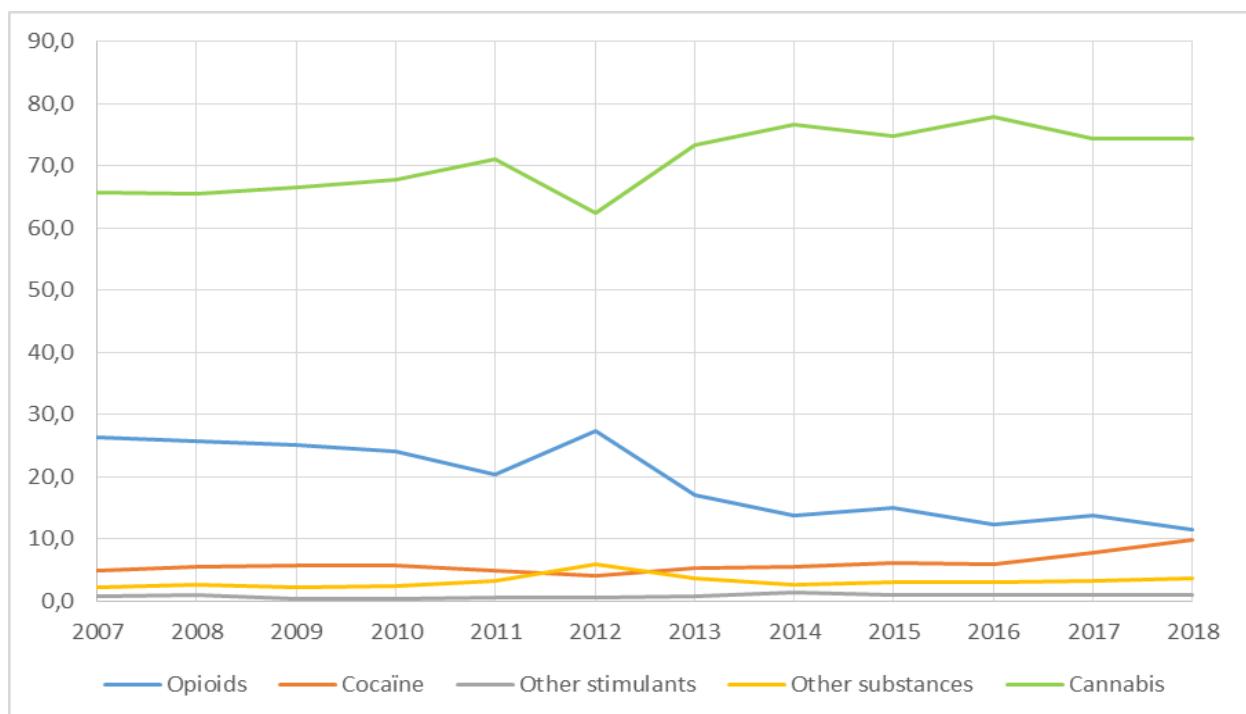
*In particular when there is a strong change in trend, please specify whether this change is validated by data and what are the reasons for those trends (suggested title: Additional trends in drug treatment)*

**Figure II.** Evolution des effectifs de personnes entrant en traitement pour la première fois de leur vie suivant le produit posant le plus de problèmes entre 2014 et 2018, analyse à champ constant



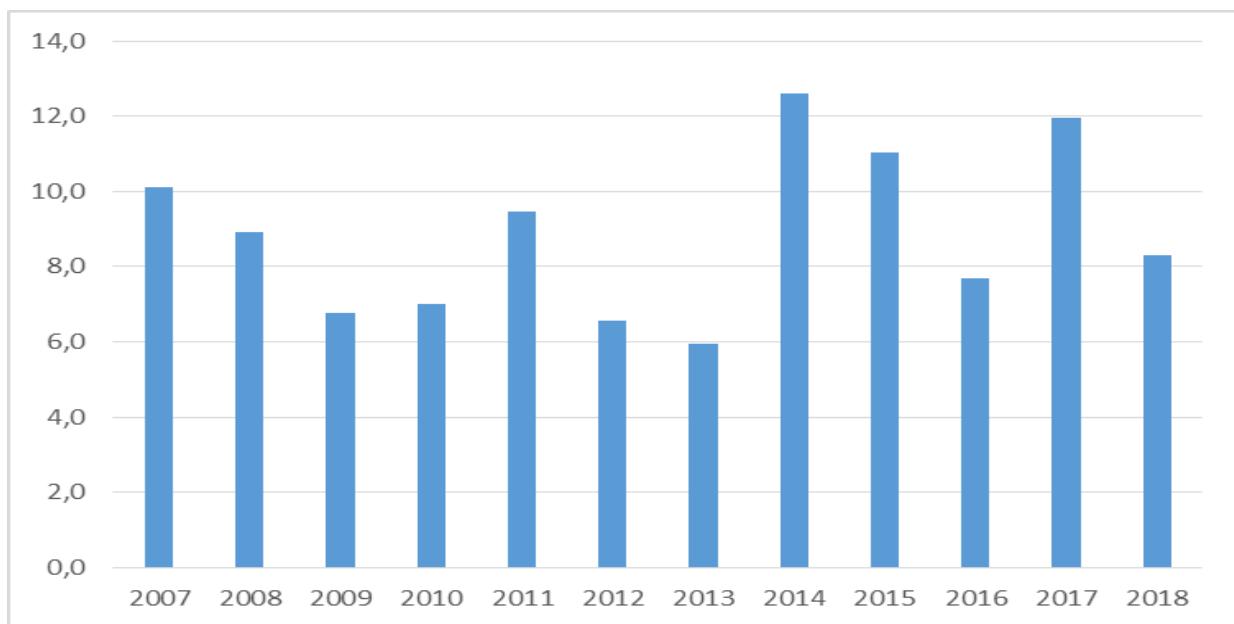
Source : TDI

**Figure III.** Évolution des proportions de patients commençant un traitement pour la première fois, suivant le produit posant le plus de problèmes, 2007-2018 (en %)



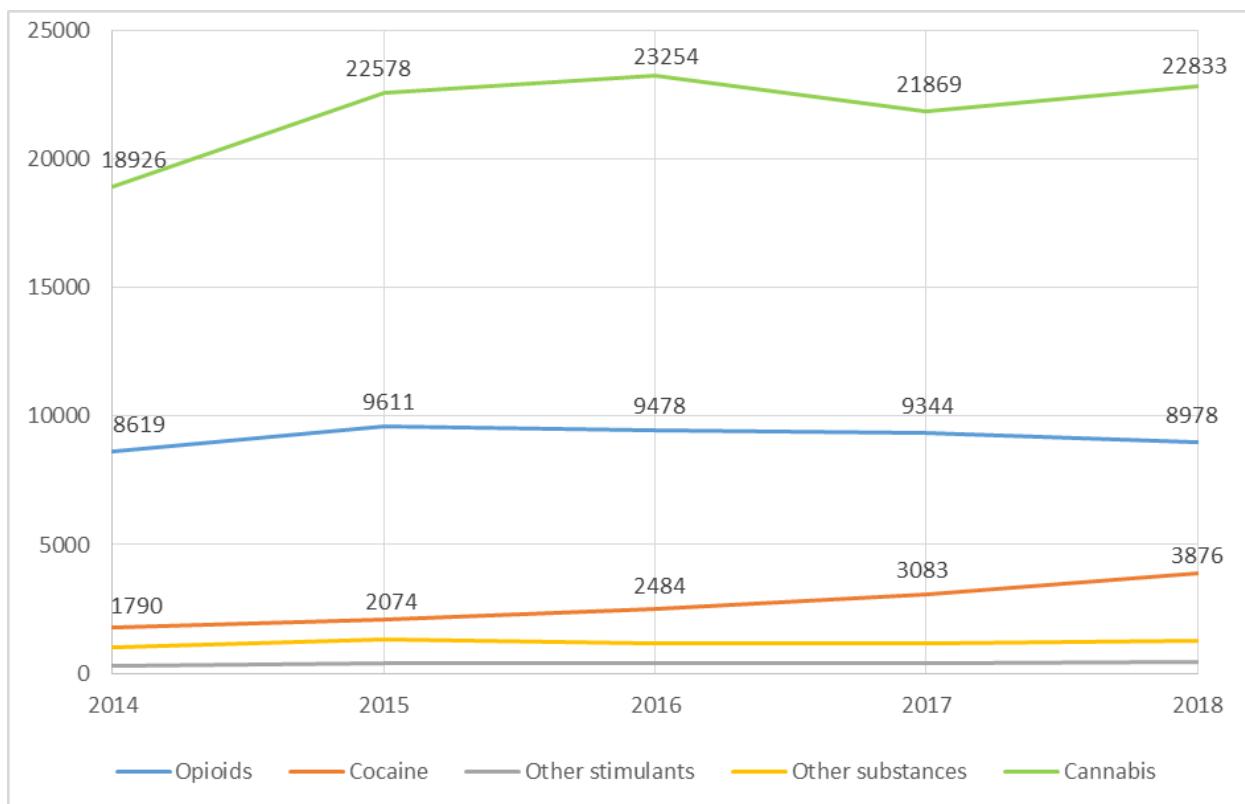
Source : TDI

**Figure IV.** Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour la première fois pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2007-2018 (en %)



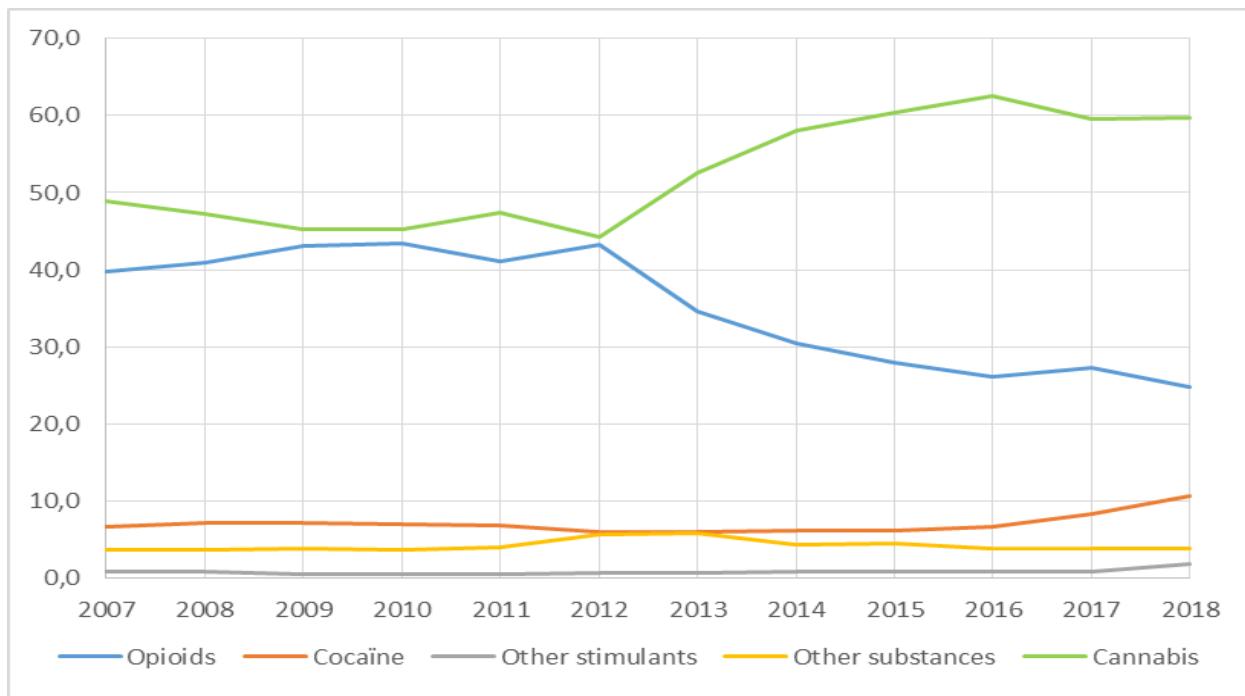
Source : TDI

**Figure V.** Evolution des effectifs de personnes entrant en traitement suivant le produit posant le plus de problèmes entre 2014 et 2018, analyse à champ constant



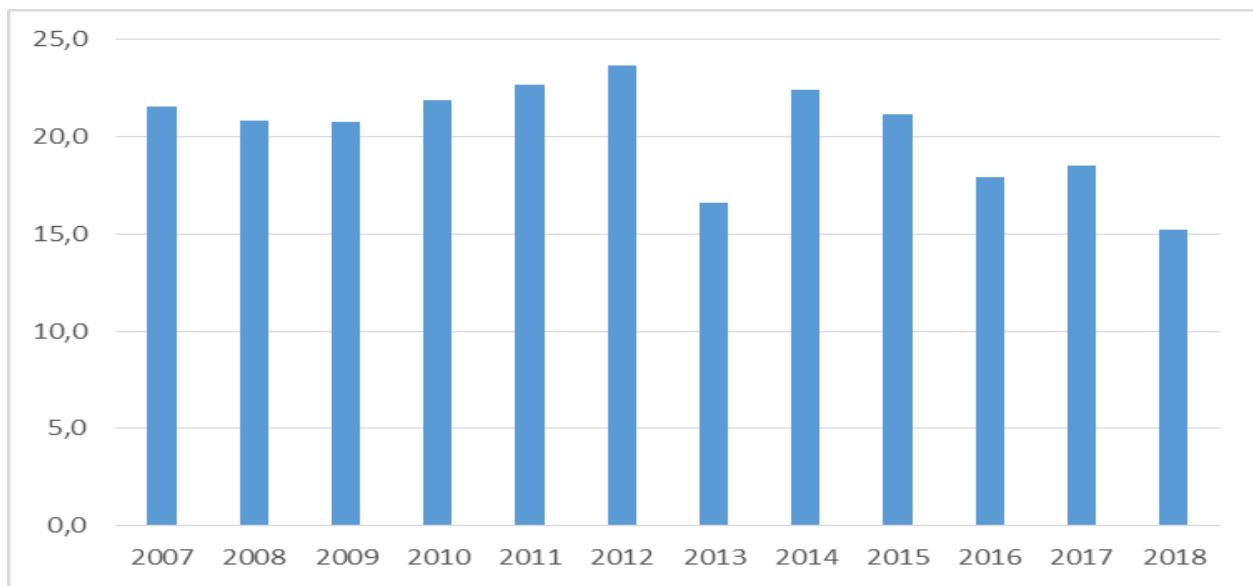
Source : TDI

**Figure VI.** Évolution des proportions de patients qui commencent un traitement, suivant le produit leur posant le plus de problèmes, 2007-2018 (en %)



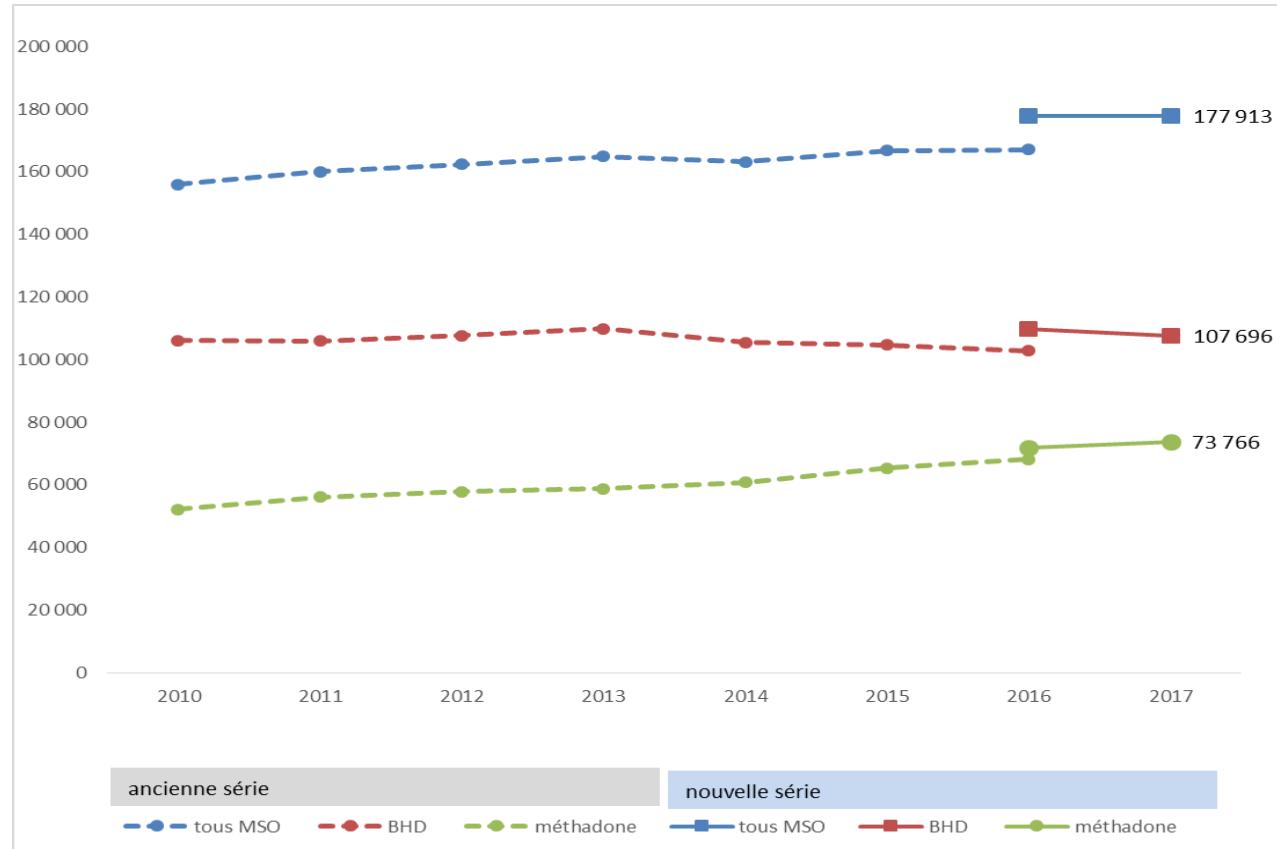
Source : TDI

**Figure VII.** Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2007-2018 (en %)



Source : TDI

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

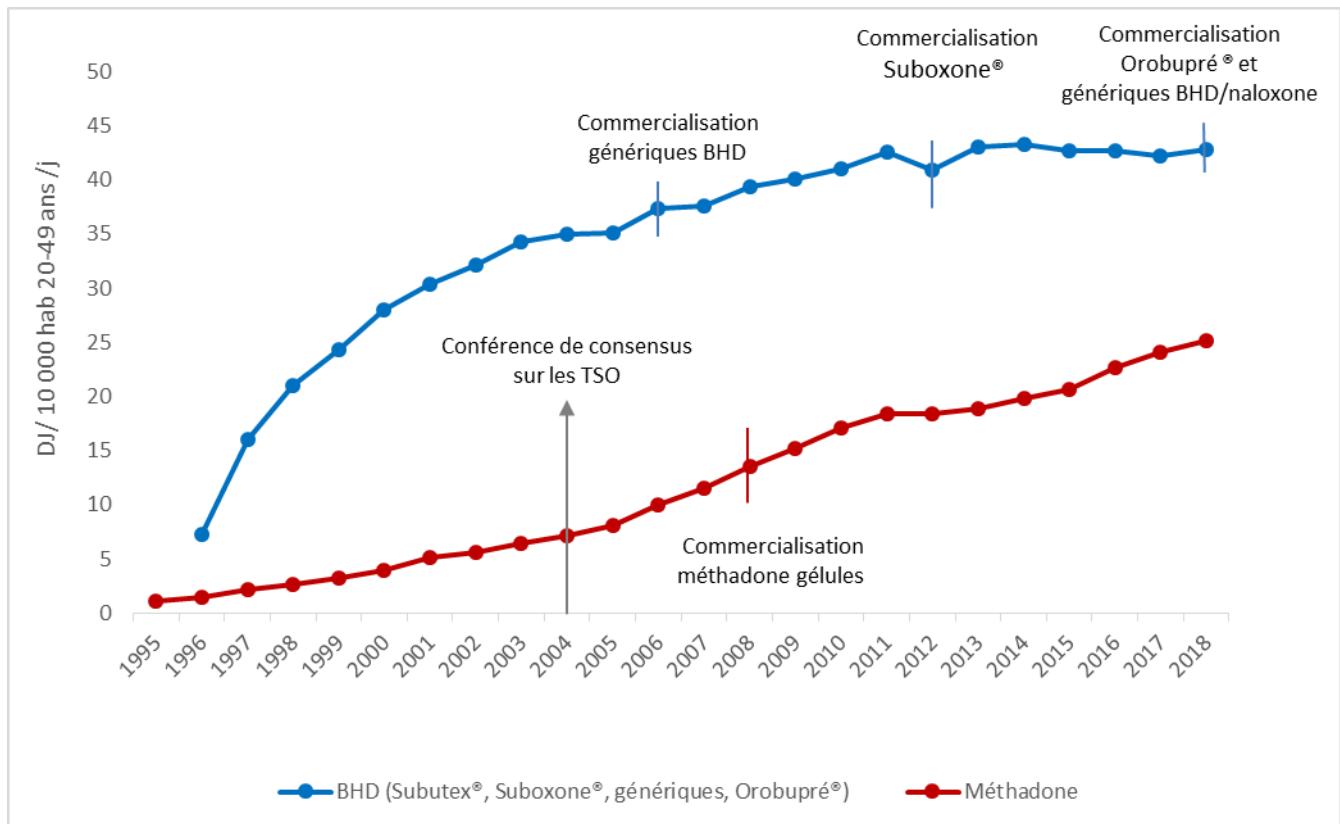


Note : L'ancienne série s'interrompt en 2016, elle prenait en compte les remboursements de MSO de 86 % de la population couverte par la Sécurité sociale. La nouvelle série débute en 2016, elle intègre les données de remboursement de l'ensemble de la population couverte en France, estimées et redressées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

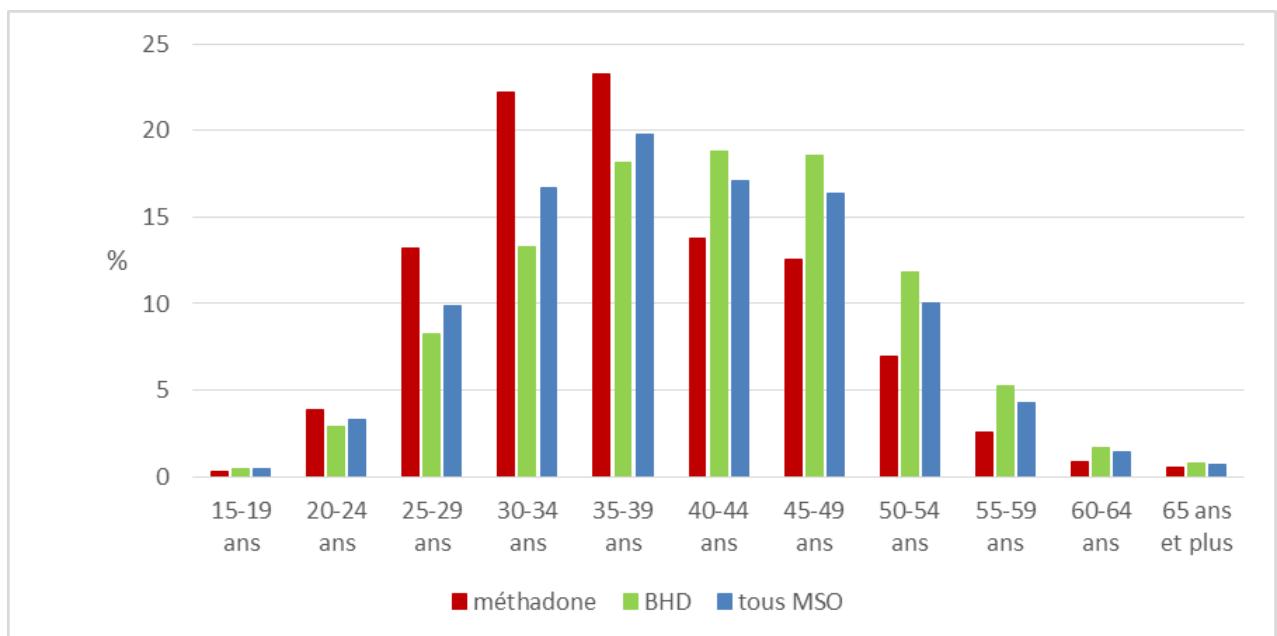
**Source** : Standard Table 24

**Figure IX.** Traitements de substitution aux opioïdes : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2018 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 49 ans/jour (Subutex® et génériques 8 mg/j, Suboxone® et génériques 8 mg/j, Orobupré® 8 mg/j, méthadone® 60 mg/j)



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

**Figure X.** 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

Le principal fait marquant est l'accentuation de l'augmentation de la part des nouveaux patients pris en charge avec la cocaïne en produit posant le plus de problèmes : cette proportion qui n'était que de 6,1 % en 2015 est passée à près de 11 % en 2018. La part des personnes prises en charge pour leur problème avec le cannabis semble s'être stabilisée autour de 60 % depuis 2015. En ce qui concerne les opioïdes, cette part continue à décliner (de 30,5 % en 2017 à 28,0 % en 2018).

En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes 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 opioïdes (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. 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)

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'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

ANSM (2017). Commission des stupéfiants et psychotropes. Compte rendu de la séance n°4 du 2 mars 2017. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis. Available: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/5cccef7702e634bb84c8652a31351b74.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5cccef7702e634bb84c8652a31351b74.pdf) [accessed 18/09/2019].

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 +COM\\_ST UP\\_010218.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/115539/1462135/version/1/file/Retour +COM_ST UP_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](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medic_AM_annuel_2017_tous_regimes.zip) [accessed 18/09/2019].

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. Organisation, pratiques et activités. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris. Available: [http://ebph.eu/sites/default/files/enquete\\_flash\\_addictons\\_oct2016.pdf](http://ebph.eu/sites/default/files/enquete_flash_addictons_oct2016.pdf) [accessed 18/09/2019].

Brisacier, A.-C. (2017). Tableau de bord TSO 2017. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO170127.pdf> [accessed 18/09/2019].

Brisacier, A.-C. (2019). Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour 2019. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf> [accessed 19/06/2019].

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/eisxacx7v2.pdf> [accessed 12/08/2019].

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 substitution treatments. Initial results of a reimbursement data analysis on more than 4,500 patients in 2006 and 2007]. Tendances. OFDT (65). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxtcp5.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftatcp5.pdf> [accessed 18/09/2019].

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

CEIP-A de Paris (2018). Étude d'impact du changement de réglementation de la codéine. Retour d'expérience des professionnels de santé. Available: <http://addictovigilance.aphp.fr/2018/12/13/impact-de-la-nouvelle-reglementation-des-codeines/> [accessed 18/09/2019].

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/Recommandations+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.

DIHAL (2017). Dispositif ACT « Un Chez-soi d'abord ». Cahier des charges national. DIHAL, La Défense. Available: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/07/cahier\\_des\\_charges\\_national\\_dispositif\\_act\\_un\\_chez-soi\\_dabord.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/07/cahier_des_charges_national_dispositif_act_un_chez-soi_dabord.pdf) [accessed].

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: <https://www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne/?aid=4209&sa=0> [accessed 18/09/2019].

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. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Saint-Denis.

Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes, Saint-Denis.

HAS (2018). Commission de la transparence. Avis du 25 juillet 2018. Buprénorphine - Orobupré. Haute Autorité de santé, Saint-Denis. Available: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16731\\_OROBUPRE\\_PIC\\_Ins\\_Avis2\\_CT16731.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16731_OROBUPRE_PIC_Ins_Avis2_CT16731.pdf) [accessed 18/09/2019].

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. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Paris. Available: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000578/index.shtml> [accessed 18/09/2019].

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. Available: <https://www.federationaddiction.fr/parution-du-manuel-paact-outil-dappui-aux-professionnels-cjc/> [accessed 18/09/2019].

MILDECA (2018). Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Alcohol, tobacco, drugs, screens: National plan for mobilisation against addictions 2018-2022]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022> [accessed 19/06/2019].

MILDT (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [Combating drugs and drug addiction: Government action plan 2008-2011]. La

Documentation française, Paris. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/les-precedents-plans> [accessed 18/09/2019].

MILDT (2013). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris. Available: [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_eng\\_df\\_0.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_eng_df_0.pdf) [accessed 07/08/2019].

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: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmx5.pdf> [accessed 18/09/2019].

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: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_addictions\\_2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf) [accessed 18/09/2019].

Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Available: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_des\\_TSO\\_en\\_milieu\\_carceral.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf) [accessed 18/09/2019].

Mutatayi, C. (2014). Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmu3.pdf> [accessed 18/09/2019].

Obradovic, I. (2014). « Mesures d'accueil des sortants de prison ». Synthèse du focus group. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiou4.pdf> [accessed 18/09/2019].

Obradovic, I. (2015). Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs". Tendances. OFDT (101). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxiov4.pdf> [accessed 12/08/2019].

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). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcp9.pdf> [accessed 18/09/2019].

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].

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). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw3.pdf> ; <http://en.ofdt.fr/index.php?cID=305> [accessed 12/08/2019].

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. Available: <http://www.espad.org/report/home/> [accessed 18/09/2019].

Thierry, J.-P. and Reynaud, M. (2019). e-Santé et addictions. Addictions : la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge. Available: <https://www.droques.gouv.fr/presse/sante-un-enorme-potentiel-contre-addictions> [accessed 18/09/2019].

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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> (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.