

Treatment workbook

(Prise en charge et offre de soins)

2021

France

Contributors

Christophe Palle, Anna Ndiaye, Clément Gérome (OFDT)

Rapport national 2021 (données 2020) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Marc-Antoine Douchet

Contribution aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Marc-Antoine Douchet
2. *Cadre légal* : Caroline Protais, Margaux Blanchon
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérome, Michel Gandilhon, Eric Janssen
4. *Prévention* : Carine Mutatayi
5. *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anna Ndiaye, Clément Gérome
6. *Bonnes pratiques* : Anna Ndiaye, Carine Mutatayi
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anna Ndiaye, Christophe Palle, Magali Martinez
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Caroline Protais, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anna Ndiaye, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Maitena Milhet, Isabelle Michot

Relecture (version française) : 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 : Margaux Blanchon, Anne de l'Eprevier

Sommaire

T0. Summary	3
T1. National profile	5
T1.1. Policies and coordination	5
T1.2. Organisation and provision of drug treatment	5
T1.3. Key data	12
T1.4. Treatment modalities	15
T1.5. Quality assurance of drug treatment services	18
T2. Trends	19
T3. New developments	25
T4. Additional information	26
T5. Sources and methodology	27

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

Les traitements aux usagers de drogues illicites peuvent être dispensés dans des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en médecine de ville (principalement par des médecins généralistes), ou dans les établissements hospitaliers, y compris certains hôpitaux psychiatriques. La place de l'addictologie dans les établissements hospitaliers est variable. Certains sont dotés de service d'addictologie comprenant plusieurs praticiens hospitaliers qui prennent en charge des patients en ambulatoire mais surtout en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. D'autres disposent d'un ou deux lits de sevrage et d'une consultation ambulatoire en addictologie. Des équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) existent dans une grande partie des hôpitaux dotés d'un service d'accueil d'urgence.

Toutefois, seules les personnes accueillies dans les CSAPA font l'objet d'un recueil de données conforme au protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement. En 2020, un peu plus de 45 700 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. Compte tenu du taux de participation des CSAPA au recueil des données TDI (69 %), le nombre total de personnes commençant un traitement dans les CSAPA pourrait se situer autour de 66 000.

L'ensemble des personnes prises en charge dans un CSAPA dans l'année en raison de leur consommation de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage thérapeutique, qui inclut également les personnes déjà en traitement l'année passée, s'élève à 137 000 d'après les dernières données disponibles remontant à 2019¹.

L'activité des médecins de ville en matière de traitement des addictions concerne principalement la prescription des traitements de substitution aux opioïdes (TSO). Ces médecins ne sont pas les seuls à prescrire ces traitements mais ils en assurent la part la plus importante. La dispensation de ces traitements 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 ville². Près de 22 000 patients ont eu une dispensation en CSAPA en 2017.

¹ Ces données sont issues d'une source différente, Les rapports d'activité des CSAPA, dont le temps de traitement en vue d'obtenir des données nationales se révèle jusqu'à maintenant plus long que pour les données TDI. Pour plus de détails, voir T5 Sources et méthodologie.

² D'après les dernières données de 2018, 161 000 personnes ont reçu un traitement substitution aux opioïdes délivré en officine de ville. Pour plus de détails, voir T5 Sources et méthodologie.

Les sources de données sur les traitements des problèmes d'addiction à l'hôpital sont partielles et difficiles à interpréter. Des données ne sont disponibles que pour les personnes hospitalisées, les prises en charge ambulatoires n'étant pas renseignées. En 2017, 11 500 personnes ont été hospitalisées dans les hôpitaux généralistes avec un diagnostic principal témoignant d'un problème d'addiction aux drogues illicites ou aux médicaments psychotropes (hypnotiques ou anxiolytiques). Une partie de ces hospitalisations peut cependant être liée à la gestion des intoxications aiguës de personnes qui ne sont pas pour autant inscrites dans un processus de traitement de leur problème d'addiction.

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

A champ constant, le nombre de personnes prises en charge (en présentiel ou en distanciel) pour la première fois de leur vie dans le dispositif spécialisé de traitement des addictions, qui avait peu varié entre 2015 et 2019, a chuté de près de 30 % en 2020. Les effectifs enregistrés sont en baisse pour toutes les substances en cause mais la diminution est plus prononcée pour le cannabis (-32 %) que pour les opioïdes (-22 %) et la cocaïne (-27 %). La crise sanitaire a ainsi eu un impact particulièrement important sur les premières demandes de traitement. Une partie de cette baisse pourrait être liée à un moindre enregistrement des personnes prises en charge lié aux conditions d'accueil plus difficiles dans le contexte de la crise. Ce défaut d'enregistrement n'expliquerait cependant qu'une faible partie de la diminution des effectifs.

Les effectifs de l'ensemble des usagers entrant en traitement (à champ constant), diminuent également mais moins fortement : la baisse est globalement de près de 22 %, et de 26 % lorsque le cannabis est concerné, de 16 % pour les opioïdes et de 20 % pour la cocaïne.

Les évolutions différenciées des effectifs suivant les produits se traduisent par une augmentation de la part des prises en charge pour opioïdes de près de 2 points entre 2019 et 2020 et une diminution presque égale de la part de celles pour cannabis. La part de la cocaïne est restée stable.

Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est resté stable entre 2013 et 2018, 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).

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

Les traitements en ambulatoire aux usagers de drogues illicites peuvent être dispensés dans des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en médecine de ville (principalement par des médecins généralistes), ou dans les établissements hospitaliers, y compris certains hôpitaux psychiatriques dans le cadre de consultations addictologique en ambulatoire. Il ne sera fait mention ici que des personnes accueillies par les professionnels mentionnés dans le tableau I.

Le dispositif médico-social spécialisé

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 pouvoirs publics ont mis 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.

En France, l'activité des structures de réduction des risques dénomés Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) n'est pas considérée comme relevant du traitement tel que défini par le protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement³: les informations relatives à ce type de structures sont détaillées dans le workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques ».

Le dispositif généraliste

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 l'absence d'enquête récente sur l'activité des médecins généralistes dans le domaine des addictions, le nombre de personnes prises en charge pour un problème de consommation de drogues illicites est appréhendé à partir des seules prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes. Les usagers d'opioïdes en demande de ces traitements représentent le principal de la patientèle suivie par les médecins généralistes pour des problèmes d'addiction aux drogues illicites. Le nombre total de personnes vues pour ces motifs est cependant plus important. Le nombre d'usagers de drogues vus par les médecins généralistes estimé à partir des remboursements pour une prescription de TSO s'établit ainsi en 2017 à 132 000. Dans le cadre de la médecine de ville, un dispositif original de prise en charge des usagers de drogues, appelé microstructure, s'est développé en France depuis plus de 15 ans. Fin 2020, 70 microstructures médicales addictions étaient implantées dans sept régions et ont suivi près de 2 200 personnes, mobilisant l'activité de 159 médecins généralistes, 44 psychologues et 41 travailleurs sociaux. Les régions d'implantation sont les suivantes : Grand-Est avec 29 microstructures, Hauts-de-France (12 microstructures), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4 microstructures), Bourgogne-Franche-Comté (8

³ Un des critères d'inclusion est que les interventions auprès des usagers de drogues doivent se situer dans le cadre de programmes planifiés. Ce protocole est consultable sur le site de l'OFDT : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap_eur.pdf.

microstructures), et plus récemment Occitanie (12 microstructures), Ile-de-France (4 microstructures), et Nouvelle Aquitaine (1 microstructure) (CNRMS 2021). Une coordination nationale des réseaux de microstructures a été créée en 2006.

La loi de finance de 2018 a prévu d'encourager les projets innovants en santé (article 51). Dans ce cadre, des projets de renforcement et d'extension des microstructures (Equip'Addict) ont été mis en place dans six des sept régions d'implantation des microstructures (Nouvelle-Aquitaine exclue). En outre, toujours dans le même cadre, un projet ayant débuté en 2021 (Microstructures médicales post COVID), vise à renforcer des microstructures dans les six mêmes régions pour leur permettre d'assurer pour des patients fragilisés une prise en charge impliquant des psychiatres et les acteurs du champ de la santé mentale (Ministère des Solidarités et de la Santé 2021).

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 (voir T.1.2.1 du workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020)

Patients pris en charge dans les structures de soins en ambulatoire

Le nombre de personnes prises en charge peut-être calculé de plusieurs façons. Le protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement prévoit de n'inclure que les personnes qui débutent un traitement au cours de l'année. Le recueil de données conforme au protocole européen a permis d'enregistrer 45 717 patients en 2020, la quasi-totalité dans les CSAPA en ambulatoire. Cependant seuls 69 % des CSAPA ont participé à ce recueil en 2020. Pour donner un ordre de grandeur, il est possible d'extrapoler ce nombre à l'ensemble des CSAPA. Le nombre total de personnes ayant débuté un traitement en 2020 dans les CSAPA en ambulatoire serait alors d'environ 66 000 personnes.

Il est cependant utile de connaître le nombre total de personnes prises en charge dans les CSAPA en tenant compte également des personnes qui sont suivies d'une année sur l'autre. Une autre source de données, les rapports d'activité des CSAPA (voir T5 Sources et méthodes), permet de renseigner ce nombre. Ce chiffre n'est actuellement connu qu'après un délai plus important que pour les données TDI et on ne dispose pour ce rapport que des données remontant à 2019.

Au cours de cette année, d'après cette source exhaustive, 137 000⁴ personnes ont ainsi consulté dans un CSAPA pour un problème de consommation de drogues illicites.

En 2019, les 11 CSAPA en milieu pénitentiaire ayant fourni des données sur le nombre de patients ont déclaré avoir pris en charge environ 5 000 personnes dans l'année pour usage de drogues illicites ou de médicaments psychotropes. 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 2019, 187 CSAPA en ambulatoire 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 16 500. Ce chiffre est cependant en partie compris dans les 137 000 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)

⁴ 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.

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

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	374	Usagers de drogues ayant été vus au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en présentiel ou en distanciel 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).	137 000
Structures centrées sur une approche de RDRD (CAARUD)	141	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.	89 600
Système de soins général (ex. médecins généralistes)	30 000	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.	132 000
Système de soins général/mental			
Prisons : CSAPA en milieu pénitentiaire	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.	5 000
Autres structures ambulatoires			

Source : Standard table 24.

Note : Ces données sont une estimation de l'ensemble des personnes prises en charge au cours de l'année dans les CSAPA, qu'il s'agisse d'un nouvel épisode de traitement ou non. Ce chiffre est comparable à celui donné pour les autres types de structure. Si on se limite au chiffre TDI (45 700 personnes en 2020), 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)

En 2019, 39 % des CSAPA sont gérés par des hôpitaux publics ou des structures médicales publiques et 61 % par des associations. Tous ces centres 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	39 %	61 %			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 pour les consommateurs de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage thérapeutique 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) (voir workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020). En 2019, il existait 36 CTR. En dehors de ces institutions, il existe également 10 communautés thérapeutiques (CT). 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 2019, au moins 63 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 usagers de drogues sans domicile ou d'hébergement de transition (notamment à la sortie de prison). En 2019, 7 CSAPA offraient ce type de prestation.

Les soins en hospitalisation complète dans les hôpitaux

Les établissements hospitaliers publics comportent dans la quasi-totalité des cas des lits d'hospitalisation pour sevrage avec parfois une activité de soins de suite et de réadaptation avec mention addictologie (voir T.1.2.6 du workbook « Prise en charge et offre de soins » 2020). Un très grand nombre d'hôpitaux sont dotés d'ELSA qui n'ont pas pour mission de traiter les patients mais d'assurer le repérage des problèmes d'addictions parmi les patients hospitalisés et leur orientation vers des structures de soins en addictologie.

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 2019 à près de 2 000 personnes. Environ 900 personnes ont été hébergées en ATR et environ 400 dans les structures d'hébergement d'urgence et de transition gérées par des CSAPA. Le recoupement avec les usagers de drogues 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 et a déjà été enregistrée dans ces structures.

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	36	Personnes prises en charge dans les centres thérapeutiques résidentiels Le centre thérapeutique résidentiel est une structure qui associe un hébergement collectif et le soin. Il assure les mêmes missions et prestations qu'en ambulatoire. Il constitue le support à une prise en charge individualisée. Il s'adresse à des personnes, y compris sous TSO, ayant besoin d'un cadre structuré ainsi qu'un éloignement temporaire, une rupture avec leur environnement habituel. Son apport réside dans la diversité des approches : prise en charge médicale et psychologique, accompagnement, socialisation (activités et vie collectives mais avec une approche différente de celle de la communauté thérapeutique), réinsertion socio-professionnelle.	1 400
Communautés thérapeutiques	10	Personnes hébergées dans les communautés thérapeutiques expérimentales 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.	550
Prisons	nd		nd
Autres structures résidentielles	63	Personnes hébergées dans les appartements thérapeutiques résidentiels 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).	900

	Nombre total d'unités	Définition nationale (Caractéristiques/Types de centre)	Nombre total de patients
Autres structures résidentielles	7	Personnes hébergées dans les structures d'hébergement d'urgence et de transition 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'utilisateur sera évaluée et une prise en charge médicale, psychosociale et éducative proposée. Il doit permettre une période de rupture et/ou de transition (initiation d'un TSO, attente de sevrage, sortie de prison...) favorable à l'initiation d'une démarche de prise en charge. L'hébergement de court séjour peut être collectif (type foyer) ou individuel (nuitées d'hôtel).	400

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)*

Sans changement – voir workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

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 2020, 45 700 usagers de drogues pris en charge pour un nouvel épisode de traitement dans un CSAPA ont été inclus dans les données TDI, contre environ 54 000 en 2019. Le nombre de CSAPA ayant transmis des données TDI était de 266 en 2020 contre 249 en 2019. La baisse des effectifs inclus n'est donc pas liée à la diminution de la participation des CSAPA à l'enquête mais à la baisse du nombre d'usagers de drogues pris en charge dans les CSAPA ainsi qu'à un moindre enregistrement des personnes prises en charge, ces deux évolutions étant imputables à la crise sanitaire. La baisse des effectifs des personnes commençant un traitement parmi les 239 CSAPA ayant transmis des données en 2019 et en 2020 (champ constant) est d'un peu plus de 21 %.

Parmi les CSAPA en ambulatoire, près de 69 % ont participé à l'enquête RECAP dont sont extraites les données TDI. Une simple extrapolation à partir de ce taux de participation et du nombre de personnes incluses par les CSAPA ayant transmis des données permet d'estimer à 66 000 le nombre personnes ayant entamé un traitement en ambulatoire en 2020. Ce chiffre ne doit être considéré que comme un ordre de grandeur.

Les personnes qui commencent un traitement dans les CSAPA sont majoritairement pris en charge en raison de leur usage de cannabis (57 % en 2020). Cette part a baissé de 2 points par rapport à 2019, les effectifs ayant diminué (- 26 %) plus fortement qu'en moyenne (à champ constant sur la période 2015-2020). Représentant un peu plus du quart des effectifs, les usagers d'opioïdes constituent le deuxième groupe le plus important (26 % en 2020). Leur part est en augmentation de 2 points en raison d'une baisse plus faible qu'en moyenne (- 16 %). La part des usagers de cocaïne parmi les personnes qui débutent un traitement s'établit à 11,8 % en 2020, proportion qui se décompose en 7,6 % de consommateurs de cocaïne poudre et 4,2 % de consommateurs de cocaïne basée. Cette part a légèrement augmenté (11,5 % en 2019) mais l'effectif de ces usagers qui avait été en forte progression les années précédentes, diminue à champ constant de 20 %, un peu plus fortement pour la cocaïne poudre (- 21 %) que pour le crack/cocaïne basée (- 18 %). Parmi les usagers d'autres produits se trouvent ceux des hypnotiques et sédatifs (2,5 %), des autres stimulants (1,8 %) et ceux des substances non détaillées (1,2 %).

La répartition suivant les produits des personnes débutant un traitement avec un médecin de ville est probablement différente de celle observée pour les CSAPA. Compte tenu du rôle des médecins de ville dans les prescriptions des traitements de substitution aux opioïdes, il est vraisemblable que la part des usagers d'opiacés soit très majoritaire et celle des usagers de cannabis beaucoup plus faible que dans les CSAPA. À l'hôpital, la spécialisation sur les traitements de substitution est sans doute moins forte qu'en médecine de ville mais ainsi que le montre les chiffres d'hospitalisation (voir ci-dessous T1.3.3), la répartition des usagers suivant les substances apparaît plus équilibrée que dans les CSAPA.

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

Tableau V. Synthèse - Patients en traitement

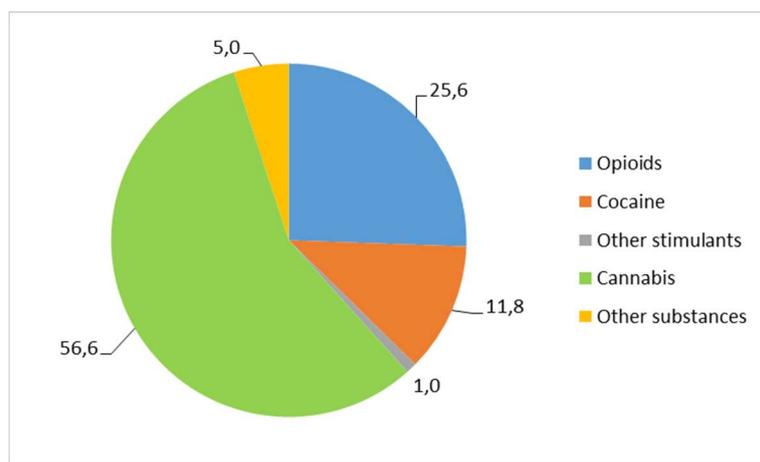
	Nombre de patients
Nombre total de patients en traitement	nd
Nombre total de patients suivant un TSO	178 700
Nombre estimé total de patients commençant un traitement dans un CSAPA en ambulatoire	66 000*

nd : non disponible

* : sur la base d'un taux de couverture de 69 %

Source : Standard Table 24 et TDI

Figure I. Répartition du nombre de personnes ayant commencé un traitement dans un CSAPA en 2020 suivant la drogue posant le plus de problèmes (champ variable), en %



Source : TDI

Note : les proportions sont calculées en prenant en compte le produit cité en premier considéré comme le produit posant le plus de problèmes à la personne qui le consomme

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)*

Répartition de la drogue posant le plus de problème dans la population en traitement

L'importance des prises en charge liées au cannabis en France s'explique d'une part par la proportion assez élevée de personnes adressées à un CSAPA par les services judiciaires suite à une interpellation pour usage de ce produit (environ 40 % en 2020 d'après les chiffres TDI, au même niveau qu'en 2019) mais aussi par la mobilisation des pouvoirs publics face à des niveaux de consommation qui placent la France comme un des pays le plus consommateur parmi les jeunes de 16 ans (Spilka *et al.* 2021) 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'utilisateurs 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 Rattanatrav 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.

À 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. Le large recours à la médecine de ville pour la prescription des TSO explique aussi en grande partie la forte proportion d'usagers de cannabis parmi les demandes de traitement.

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 (voir T1.3.3. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020)

L'enregistrement des demandes de traitement dans le contexte de la crise sanitaire

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la baisse du nombre de personnes incluses dans les statistiques TDI en 2020 pourrait être en partie liée à un moindre enregistrement des personnes accueillies en raison des difficultés de fonctionnement des CSAPA pendant la crise sanitaire. Pour tenter d'apprécier l'importance de ce défaut d'enregistrement, il a été demandé aux CSAPA d'indiquer dans un questionnaire en ligne s'ils avaient pu enregistrer les personnes prises en charge dans la même proportion que l'année précédente. Parmi les 126 CSAPA ayant rempli le questionnaire, 22 % ont répondu négativement, soit un peu plus d'un sur cinq. Il était alors demandé à ces CSAPA, d'indiquer la proportion de personnes qu'ils n'avaient pas pu enregistrer. Sur les 25 CSAPA ayant répondu négativement à la question précédente, seuls 14 CSAPA ont fourni un chiffre. En moyenne, parmi eux, le pourcentage de personnes n'ayant pas été enregistrées s'élève à 15 %. En supposant que les effectifs se répartissent à peu près proportionnellement aux nombres de CSAPA (les 22 % de CSAPA prennent en charge environ 22 % des effectifs), on peut évaluer à 3 à 4 %, la proportion de personnes prises en charge mais non enregistrées. Le recours aux consultations en distanciel pouvait être une des raisons majeures pouvant expliquer le défaut d'enregistrement. La quasi-totalité des CSAPA répondants a indiqué avoir mené des consultations en distanciel, le nombre de personnes concernées variant de 1 % à 25 % pour 41 % des CSAPA, de 26 % à 45 % pour 32 %, de 46 % à 65 % pour 13 % et plus de 65 % pour 12 %. Parmi ces CSAPA dans lesquels des consultations ont eu lieu en distanciel, une large majorité (71 %) estime que les enregistrements n'ont pas été moins fréquents pour les personnes prises en charge en distanciel que pour les personnes vues dans les locaux du CSAPA. Un quart des CSAPA, le plus souvent ceux qui indiquaient avoir eu des difficultés à enregistrer toutes les personnes prises en charge, considère cependant que le défaut d'enregistrement est plus fréquent en distanciel qu'en présentiel.

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 – Sans changement - voir T1.4.1. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

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 – Sans changement - voir T1.4.3. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

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	not known	not known	not known	not known
Individual case management	not known	not known	not known	not known
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)

Sans changement - voir T1.4.5. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

Senior drug users (>40years old):

NPS users:

Recent undocumented migrants (asylum seekers and refugees):

Femmes :

Autres groupes cibles :

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 e- santé pour les personnes à la recherche d'un traitement ou d'un soutien en ligne – Sans changement - voir T1.4.6. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

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 - – Sans changement - voir T1.4.9. workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

Les TSO peuvent être prescrits par les médecins exerçant dans un CSAPA, dans un cabinet de ville ou dans un établissement hospitalier, y compris des hôpitaux psychiatriques. La dispensation peut se faire dans un CSAPA, dans un établissement hospitalier ou en officine de ville.

La majorité des prescriptions de TSO est faite en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en officine de ville.

Voir aussi la section T4.2 concernant les mesures de confinement imposées par le gouvernement pour limiter la pandémie de COVID-19 et leurs impacts sur les délivrances de médicaments de substitution aux opioïdes en pharmacies d'officine, ainsi que leurs données de ventes et de remboursements.

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

La HAS a émis, en mars 2021, un avis favorable pour le remboursement de la spécialité BUVIDAL[®] des laboratoires MEDIPHA SANTE dans la prise en charge de la pharmacodépendance aux opiacés chez l'adulte et l'adolescent de 16 ans et plus. BUVIDAL[®] est une solution injectable de buprénorphine sous-cutanée à libération prolongée avec des injections hebdomadaires ou mensuelles. Le produit présente 7 dosages différents (128 mg, 96 mg, 64 mg, 32 mg, 24 mg, 16 mg, 8 mg). Sa prescription est réservée aux médecins hospitaliers et aux médecins exerçant en CSAPA. L'administration de BUVIDAL[®] est obligatoirement effectuée par un professionnel de santé.

D'après les données de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié (EGBS), 161 400 personnes ont bénéficié de remboursements pour un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) délivré en pharmacie d'officine en 2018 (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 2018, 96 300 ont eu des prescriptions de BHD (Subutex[®], génériques ou Orobupré[®]), 63 400 de méthadone et 7 300 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone[®] ou génériques).

De plus, 22 900 patients ont eu une dispensation de MSO en CSAPA (19 100 de méthadone et 3 800 de BHD) en 2019 parmi les 51 900 patients suivis en CSAPA ayant un TSO (36 900 personnes par méthadone et 15 000 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 62 % de l'ensemble en 2019, reste encore très nette, malgré la part croissante de la méthadone (Figure IX).

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).

Mésusages et trafic de BHD

Une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et n'est pas consommée dans le cadre d'un traitement (voir T.4.10 du workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020)

Parmi les usagers des CAARUD (enquête ENa-CAARUD 2019), la voie orale (57 %) est la voie d'administration de la BHD la plus fréquente en 2019, devant l'injection (38 %) 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 fortement entre 2015 et 2019. Le sniff, moins fréquent (18 %), après une nette augmentation entre 2008 et 2012, est orienté à la baisse depuis 2015. La voie inhalée ou fumée, bien que minoritaire (10 %), est en progression depuis 2008 (Brisacier 2017).

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

Mésusage et risques de la méthadone – voir workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO en 2018 est de 7 %, soit environ 12 900 personnes ; elle diminue après une période de stabilité entre 2013 et 2017. La part de la méthadone progresse (47,4 % en 2018 vs 42,8 % en 2017 et 15,2 % en 1998) alors que celle de la BHD seule diminue (36,3 % des cas en 2018 vs 42,1 % en 2017) La part des personnes traitées par l'association BHD/naloxone s'élève à 16,3 % (Brisacier 2020) (voir le workbook "Prison").

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)

Pour quelques développements sur l'assurance qualité en matière de traitement, voir T.1.5.1 du workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020.

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

Les chiffres sur les nombres de personnes prises en charge pour un problème d'addiction pour la première fois de leur vie sont à considérer avec prudence en raison de la couverture particulièrement faible du recueil de données pour cette catégorie de personnes. Ainsi qu'il a déjà été indiqué, plus d'un tiers des CSAPA ne fournissent pas de données TDI. Et parmi ceux qui les transmettent, la question permettant de savoir s'il s'agit d'un premier traitement dans la vie ou non n'est renseignée que pour 38 % des patients. 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 évolutions ont été calculées à champ constant, c'est-à-dire à partir du sous-ensemble de CSAPA ayant transmis des données chaque année entre 2015 et 2020. Les changements institutionnels intervenus entre 2007 et 2013 conjugués aux problèmes liés au changement du protocole TDI auraient conduit à ne pouvoir inclure qu'un nombre trop faible de CSAPA pour la période 2007-2020. Même parmi les CSAPA de l'échantillon à champ constant, il peut parfois être observé des variations très importantes des effectifs d'une année sur l'autre qui paraissent plus liées à des changements de pratiques d'enregistrements qu'à des variations réelles des effectifs.

Pour les premières demandes de traitement, l'analyse à champ constant entre 2015 et 2020 a porté sur 102 CSAPA en ambulatoire (soit seulement 27 % du nombre de CSAPA en ambulatoire) ayant accueilli 7 150 personnes commençant un traitement pour la première fois de leur vie en 2020. Les effectifs qui apparaissent dans la figure II ne représentent ainsi qu'une faible partie du total des demandeurs de traitement de ce type accueilli dans l'ensemble des CSAPA en France.

L'intérêt des données à champ constant est de permettre de suivre les évolutions des effectifs, sous l'hypothèse que l'échantillon de CSAPA sélectionné est bien représentatif de l'ensemble des CSAPA. Les effectifs pour les premières demandes de traitement ont globalement baissé d'un peu plus de 29 % entre 2019 et 2020, diminution plus forte que pour l'ensemble des personnes commençant un traitement. Les courbes de la figure II montrent que cette évolution est principalement liée à la forte baisse (- 32 %) des effectifs de personnes prises en charge en raison de leur consommation de cannabis en 2020, faisant suite à une période de stabilité des effectifs entre 2017 et 2019. Il est logique que la crise sanitaire ait eu un impact plus important sur les demandes de traitements liées au cannabis, les problèmes liés à l'usage de ce produit étant en moyenne moins aigus que ceux liés à la consommation de substances comme les opioïdes ou la cocaïne.

Les opioïdes et la cocaïne sont à l'origine d'une part bien plus faible des premières demandes de traitement (respectivement 9 % et 8 % en 2020). La tendance à la baisse des effectifs pour les demandes liées aux opioïdes observée depuis 2015 s'est accentuée en 2020 (-22 %) mais cette diminution a été moins forte que pour le cannabis. La tendance à l'augmentation des prises en charge liée à la cocaïne depuis le milieu des années 2010 s'est quant à elle interrompue en 2020, les effectifs baissant d'environ 27 %, plus fortement que pour les opioïdes. La prolongation de la

tendance des années 2015-2019 pouvait laisser penser que les effectifs pour la cocaïne dépasseraient en 2020 ceux pour les opioïdes. Il s'avère que ce n'est pas le cas, sans qu'il soit possible de dire si la crise sanitaire a joué un rôle ou si l'augmentation des prises en charge liée à la cocaïne, déjà plus faible en 2019, a atteint un plafond.

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 opioïdes 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 (que ce soit la première demande de traitement ou non) a également été analysée « à champ constant » pour la période 2015-2020. Le nombre de CSAPA en ambulatoire ayant fourni des données chaque année entre 2015 et 2020 représente 52 % du nombre total de CSAPA en ambulatoire en 2020. L'effectif des personnes incluses dans cet échantillon de CSAPA atteint 32 400 personnes. Ce nombre a peu varié entre 2015 et 2018, a ensuite augmenté de 4 % en 2019, puis a diminué de 21 % en 2020.

Les évolutions à champ constant pour les usagers entrant en traitement suivant les substances (Fig. VII) sont assez similaires à celles observées pour les premières demandes de traitement, tout en étant moins prononcées. L'effectif des personnes prises en charge pour usage de cannabis a assez peu varié entre 2015 et 2019, pour chuter de 26 % en 2020. La tendance à la diminution des effectifs s'est également accentuée en 2020 pour les opioïdes, mais plus faiblement (- 16 %) que pour le cannabis. Les effectifs pour la cocaïne chutent d'environ 20 % après avoir doublé entre 2015 et 2019.

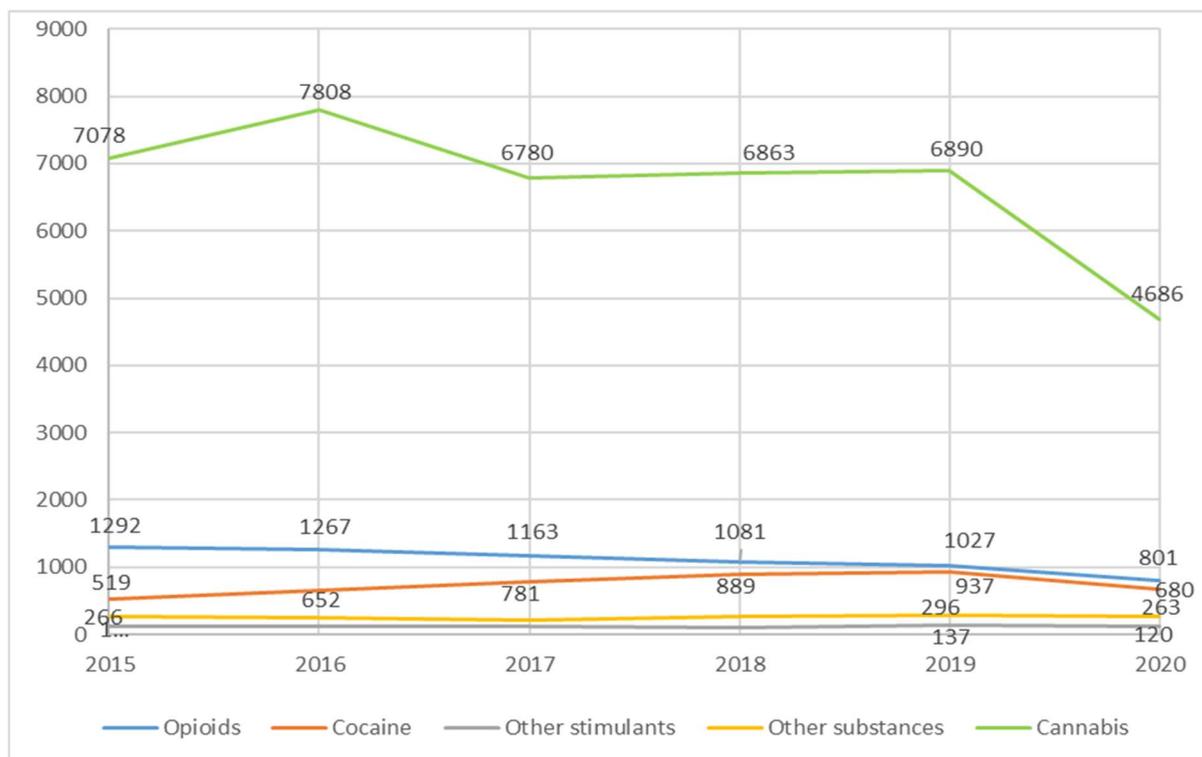
Comme pour les premières demandes de traitement, l'analyse à champ constant est complétée par une analyse sur la période 2007-2020 de la part des différentes catégories de produits dans les demandes de traitement. Comme pour les premières demandes de traitement, la plus forte diminution des effectifs pris en charge pour usage de cannabis se traduit par une diminution de la part du cannabis et une augmentation de celle des opioïdes.

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. – workbook « Prise en charge et offres de soins » 2020

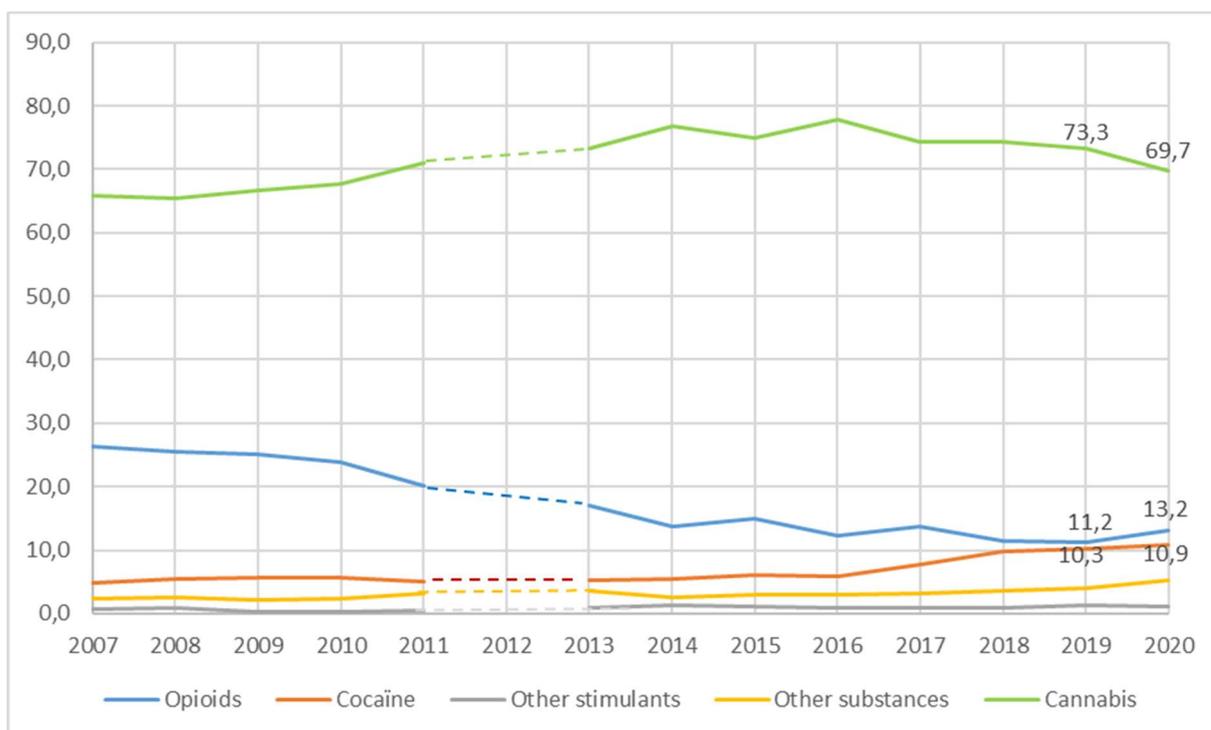
T2.2. Optional. *Please comment on the possible explanations of long-term trends and short term trends in any other treatment data that you consider important. In particular when there is a strong change in trend, please specify whether this change is validated by data and what are the reasons for those trends (suggested title: Additional trends in drug treatment)*

Figure II. Évolution des effectifs de personnes entrant en traitement pour la première fois de leur vie, selon le produit posant le plus de problèmes entre 2015 et 2020, analyse à champ constant



Source : TDI

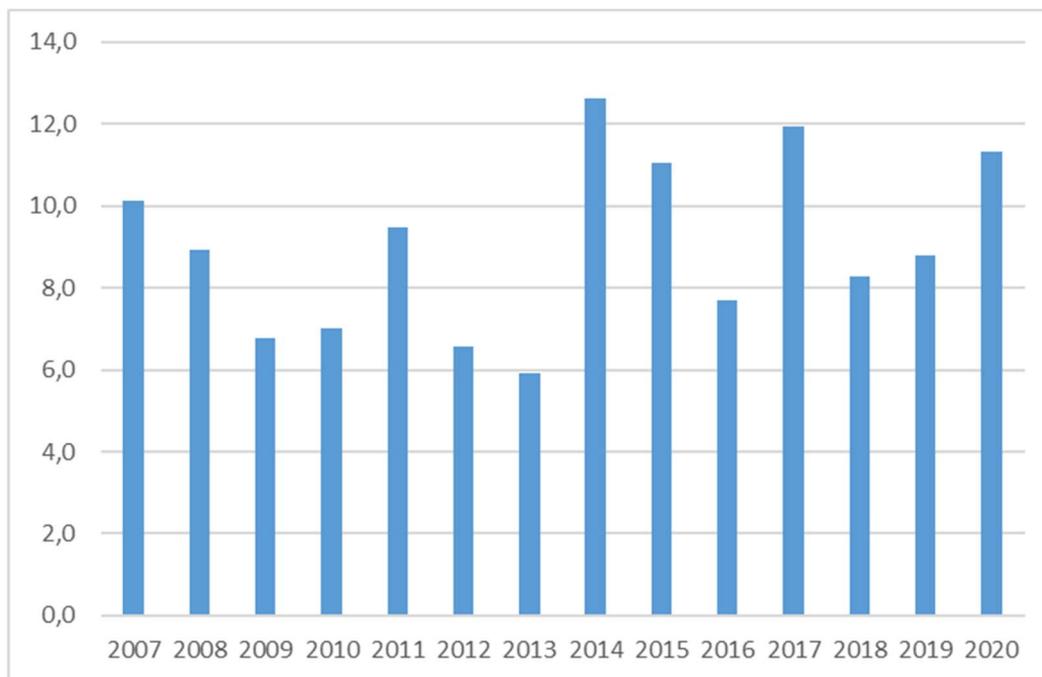
Figure III. Évolution des proportions de patients commençant un traitement pour la première fois dans leur vie, selon le produit posant le plus de problèmes, 2007-2020 (en %), analyse à champ variable



Source : TDI

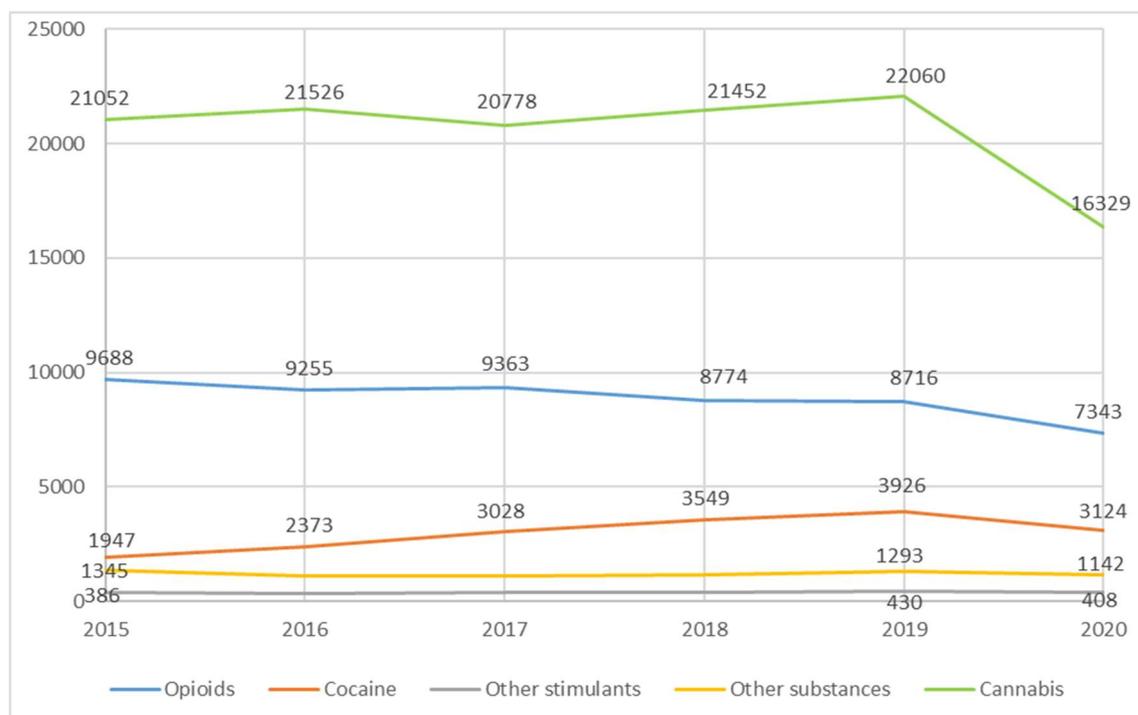
Note : en raison de la mise en place du nouveau protocole d'enregistrement des demandes de traitement en 2012, les données de cette année ne sont pas valides ; on peut considérer avec une grande certitude que les valeurs de 2012 se situaient dans le prolongement des tendances observées entre les années 2010 et 2016

Figure IV. Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour la première fois pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2007-2020 (en %)



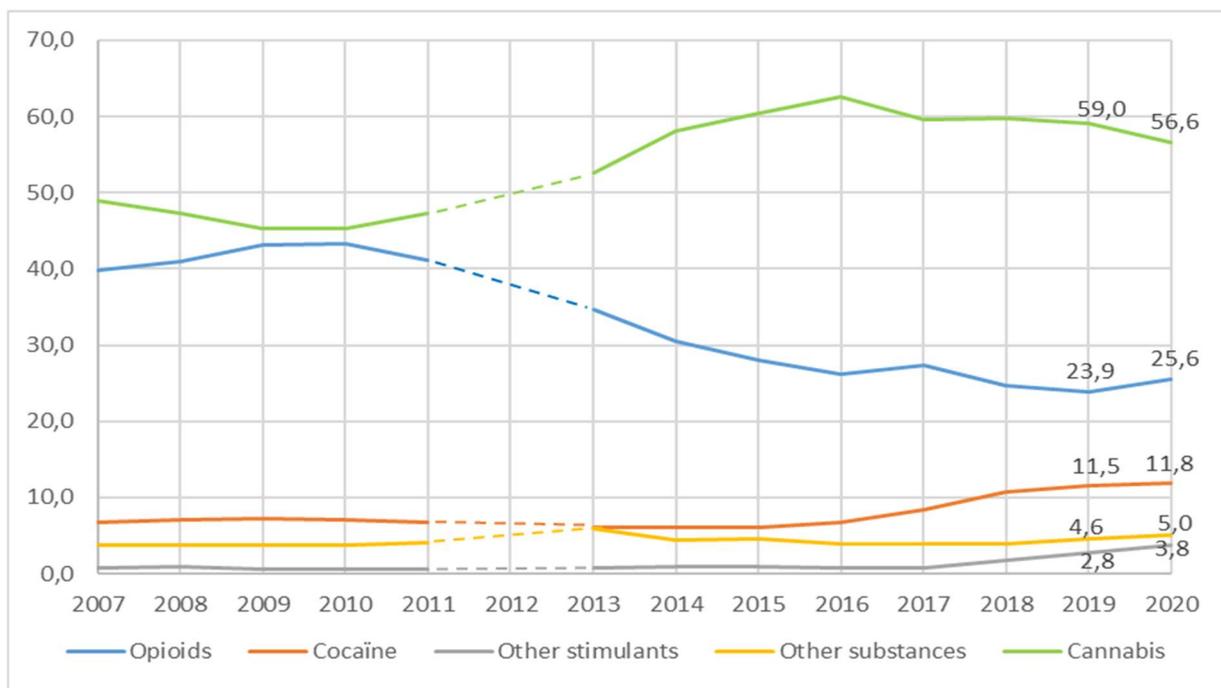
Source : TDI

Figure V. Évolution des effectifs de personnes entrant en traitement selon le produit posant le plus de problèmes entre 2015 et 2020, analyse à champ constant



Source : TDI

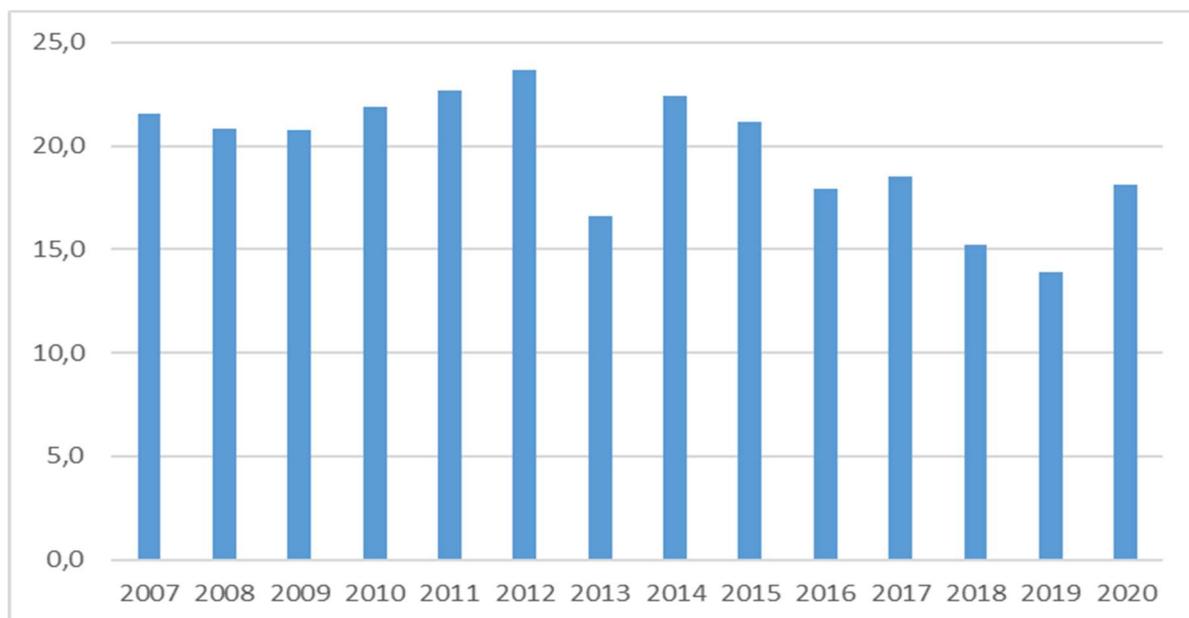
Figure VI. Évolution des proportions de patients qui commencent un traitement, selon le produit leur posant le plus de problèmes, 2007-2020 (en %), analyse à champ variable



Source : TDI

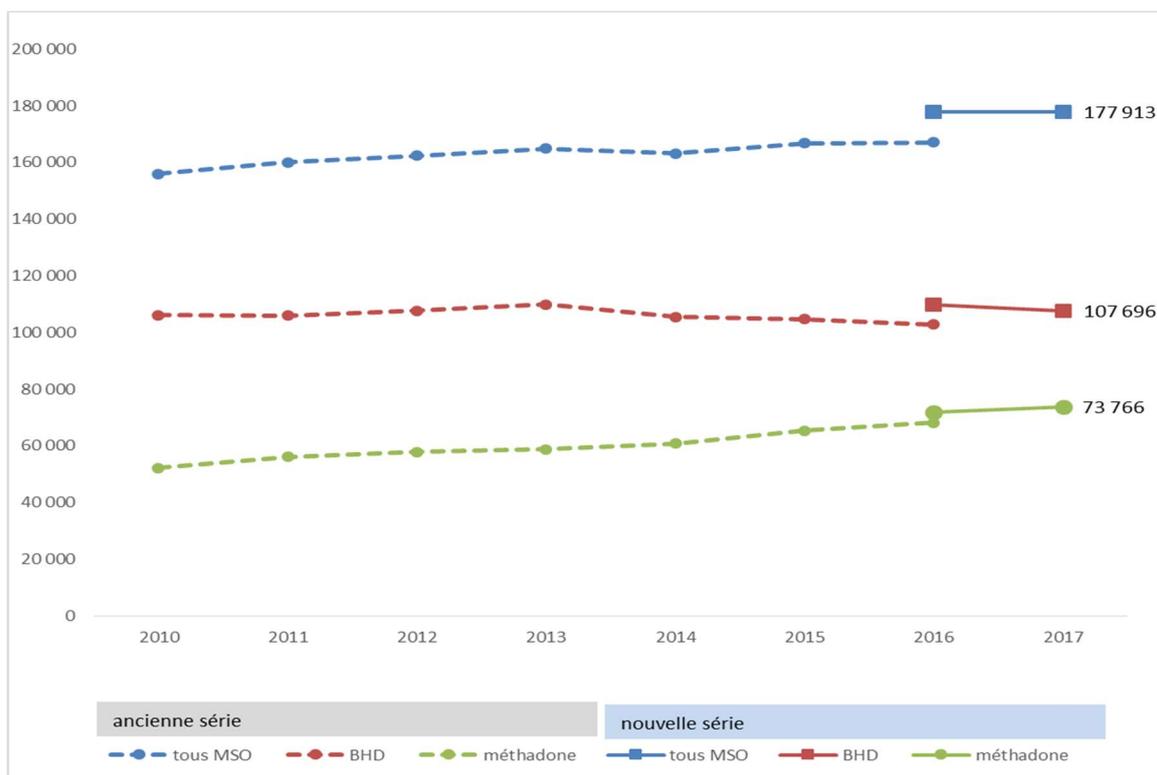
Note : en raison de la mise en place du nouveau protocole d'enregistrement des demandes de traitement en 2012, les données de cette année ne sont pas valides ; on peut considérer avec une grande certitude que les valeurs de 2012 se situaient dans le prolongement des tendances observées entre les années 2010 et 2016

Figure VII. Évolution de la proportion de patients commençant un traitement pour lesquels les produits ne sont pas renseignés, 2007-2020 (en %)



Source : TDI

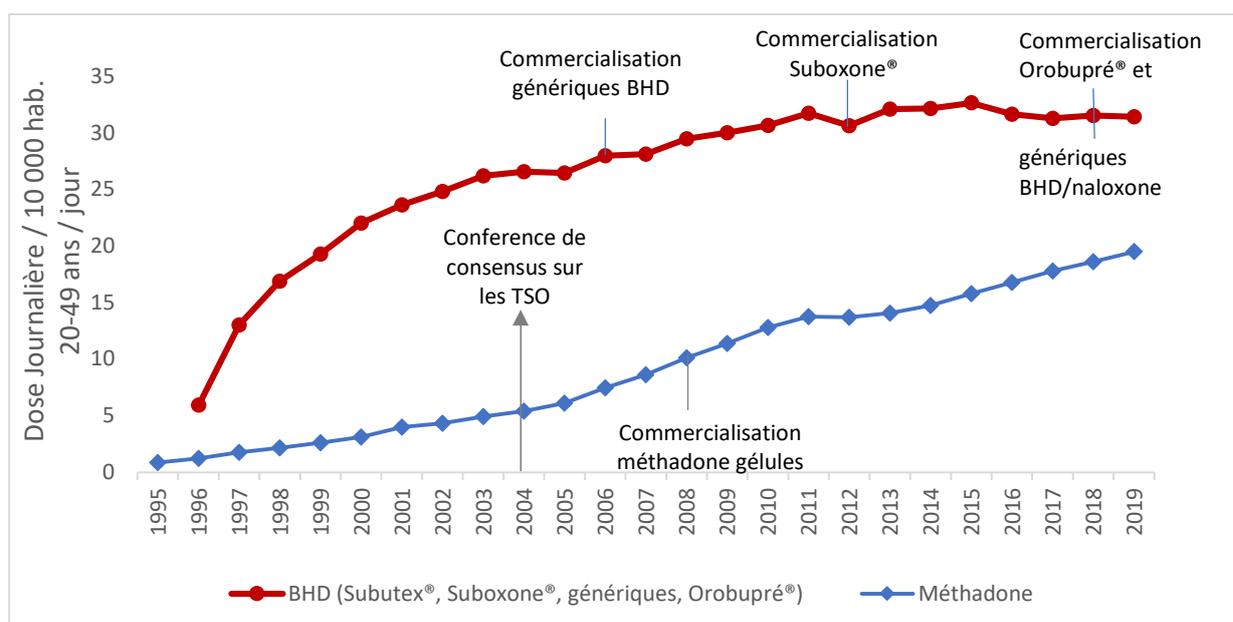
Figure VIII. Évolution du nombre de personnes ayant reçu un MSO entre 2010 et 2017



Source : Standard Table 24

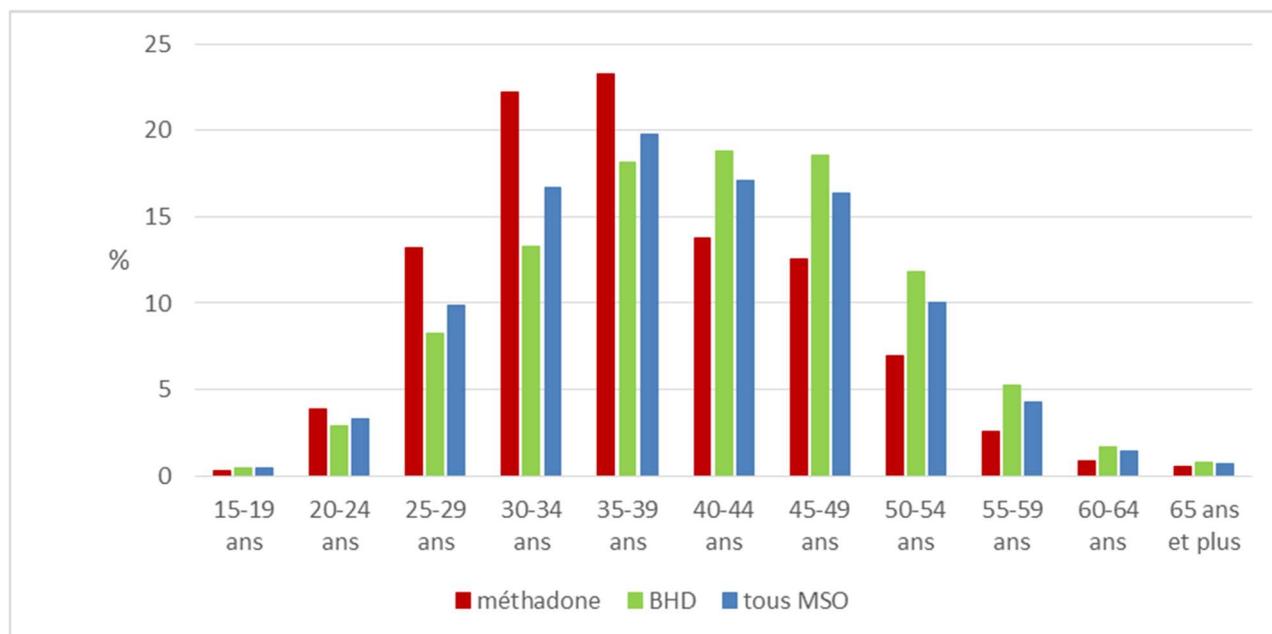
Note : L'ancienne série s'interrompt en 2016, elle prenait en compte les remboursements de MSO de 86 % de la population couverte par la Sécurité sociale. La nouvelle série débute en 2016, elle intègre les données de remboursement de l'ensemble de la population couverte en France, estimées et redressées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

Figure IX. Traitements de substitution aux opioïdes : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2019 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 59 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 la forte diminution des effectifs de personnes prises en charge en 2020 en raison de la crise sanitaire (voir T.3.1 du workbook « Prise en charge et offre de soins » 2020) (Gérome and Gandilhon 2020a, b).

Les professionnels des CSAPA se sont adaptés à la situation de crise sanitaire et aux mesures de confinement en facilitant la délivrance des TSO par le biais des ordonnances faxées en pharmacie et dont la validité a été renouvelée automatiquement. L'accès aux TSO pour les usagers en traitement a ainsi pu s'effectuer de manière moins contrainte durant la totalité du confinement pour la majorité des patients déjà suivis. Quelques CSAPA ont également facilité l'accès aux traitements pour de nouveaux usagers en assouplissant les protocoles d'inclusion à la méthadone voire au Skénan® (formes d'accès bas-seuil). Les soignants des CSAPA ont aussi répondu à de nouvelles demandes de traitements de benzodiazépines par des usagers dépendants qui rencontrent des difficultés pour accéder à ces médicaments via les médecins généralistes et les pharmaciens, ainsi qu'à des ajustements pour des patients bénéficiant déjà de ces traitements. De nombreuses structures ont déployé différentes actions d'accompagnement des usagers, comme la généralisation des téléconsultations et le

développement des visites à domicile, tout en conservant (ou en la rétablissant après quelques semaines de suspension) la possibilité d'un accueil individuel physique et d'un accès aux personnels soignants dans certains cas particuliers ou urgents (inclusions de TSO à la méthadone, finalisation de dossiers de soins ou de procédures d'accès aux droits, patients en grandes difficultés exprimant le besoin d'un contact physique, etc.).

La question des surdoses aux opioïdes, mortelles ou non, au cours du confinement reste à documenter de manière précise.

Dans le cadre d'une enquête en ligne, les CSAPA ont été invités à signaler les changements liés à la crise sanitaire dans les caractéristiques des personnes prises en charge (consommations, caractéristiques socio-économiques, état de santé). Parmi les 79 CSAPA ayant fourni une réponse à cette question, 21 % (14 CSAPA) ont indiqué n'avoir perçu aucun changement lié à la crise sanitaire. Parmi les 65 CSAPA percevant des changements, les thèmes les plus souvent évoqués étaient l'augmentation des consommations (par 26 CSAPA : « hausse générale des consommations », « Rechute de consommations », « Augmentation des re-consommations après abstinence »). Mais le produit le plus souvent mentionné est l'alcool. Des augmentations de consommation de cocaïne sont citées par 5 CSAPA. Un même nombre font le constat d'une augmentation des recours pour des addictions sans substances (jeux, écrans). L'autre thème qui apparaît le plus souvent est celui de l'augmentation des problèmes psychiatriques et psychologiques (26 CSAPA : « Augmentation des états anxio-dépressifs sévères, des crises d'angoisse, de l'isolement et des décompensations psychotiques », « Comorbidités psychiatriques plus fréquentes avec des pathologies qui se déclarent suite au confinement », « augmentation des syndromes anxiodépressifs et des nécessités d'hospitalisation en psychiatrie »). Un accroissement de la précarité sociale est mentionné par 7 CSAPA. 3 CSAPA indiquent avoir vus plus de femmes, pour la plupart avec des problématiques de consommations d'alcool et de médicaments psychotropes, et qui apparaissent mieux insérées que les femmes habituellement accueillies.

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

Brisacier, A.-C. (2017). Tableau de bord TSO 2017. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO170127.pdf> [accessed 25/08/2021].

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 25/08/2021].

Brisacier, A.-C. (2020). Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour septembre 2020. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf> [accessed 25/08/2021].

CNRMS (2021). Rapport d'activité 2020. Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS), Strasbourg. Available: <https://www.reseaux-rms.org/wp-content/uploads/2021/08/CNRMS-RAPPORT-DACTIVITE-2020.pdf> [accessed 06/09/2021].

Gérome, C. and Gandilhon, M. (2020a). Evolution des usages et de l'offre de drogues au temps du COVID-19 : observations croisées du dispositif TREND [Drug use, drug supply and professional practices in France at the time of COVID-19: qualitative cross-observations of the TREND scheme]. Bulletin TREND COVID-19. OFDT (2). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-2.pdf> [accessed 15/06/2021].

Gérome, C. and Gandilhon, M. (2020b). Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du COVID-19 : Les observations croisées du dispositif TREND [Drug use, drug supply and professional practices in France at the time of COVID-19: Qualitative cross-observations of the TREND scheme]. Bulletin TREND COVID-19. OFDT (1). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-1.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Synthese-Bulletin-TRENDcovid-EN.pdf> [accessed 15/06/2021].

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 08/06/2021].

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 25/08/2021].

Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). L'Atlas du 51. Les expérimentations par région / Actualisation juin 2021. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_du_51-juin_2021.pdf [accessed 06/09/2021].

Palle, C. and Rattanatrav, 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/BDD/publications/docs/epfxcpya.pdf> [accessed 25/08/2021].

Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A. and Philippon, A. (2021). 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. Tendances. OFDT (143). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2b2.pdf> [accessed 06/09/2021].

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 2019, les rapports de 334 CSAPA ambulatoires et 11 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être analysés, ce qui correspond à des taux de réponse 89 % pour les premiers et de 100 % pour les seconds. Afin d'estimer au mieux le nombre de personnes accueillies et compte tenu de variations en moyenne limitée, les valeurs manquantes sont remplacées par celles de la dernière année disponible, celle de l'année n-1 dans la très grande majorité des cas.

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.

EGBS : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié

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

La population ayant une délivrance de MSO en ville est étudiée à partir des données de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié de l'Assurance maladie (EGBS). L'EGB est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Il résulte d'un sondage au 1/97^{ème} sur le numéro de sécurité sociale et regroupe plus de 700 000 bénéficiaires en 2017. La base de données issue de cet échantillon contient quelques données sociodémographiques, toutes les prestations et actes de soins remboursés (consultations médicales, médicaments, biologie, ...). On y trouve également des données médicales telles que la prise en charge en affection de longue durée (ALD) et les données hospitalières du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ médecine-chirurgie-obstétrique. L'EGB a été mis à disposition de plusieurs agences sanitaires dont l'ANSM et l'OFDT par la CNAM. Les données de 2011 et 2012 ont été extraites par l'ANSM, celles de 2013 à 2017 par l'OFDT.

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

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

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

L'enquête 2015 a eu lieu du 14 au 27 septembre : 3 129 individus ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans l'analyse. Sur les 167 CAARUD recensés en France, 143 ont participé à l'enquête (soit 86 % d'entre eux). Le taux de recueil (part des usagers pour lequel le questionnaire a été rempli rapportée à l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé à l'enquête) était 64 % en 2015.

Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2015 est le 4^{ème} (après 2005, 2007 et 2014) de l'enquête sur les personnes accueillies en consultations jeunes consommateurs (CJC), dispositif créé en 2005 pour accueillir les jeunes usagers de substances psychoactives. L'enquête 2015 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients ou leur entourage entre le 20 avril et le 20 juin 2015. Elle couvre la métropole et les départements d'outre-mer. Sur 260 structures gestionnaires d'une activité de CJC en métropole et dans les DOM recensées en 2015, 199 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 77 %.

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

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

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

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

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

En 2020, environ 206 000 patients pris en charge pour un problème d'addiction (alcool, drogues illicites et médicaments psychotropes, addictions sans produits) dans 257 CSAPA ambulatoires, 11 CSAPA avec hébergement et 1 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes en place.

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.