

**INDICATEURS  
RELATIFS**  
AU CHAMP DES  
**DROGUES**  
ET DES  
**DÉPENDANCES**  
EN ÎLE-DE-FRANCE

Crips-Cirdd Île-de-France  
ORS Île-de-France  
mars 2009

Crips-Cirdd Île-de-France  
ORS Île-de-France  
actualisation de février 2009

## **DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES ADDICTIONS AUX PRODUITS PSYCHOACTIFS**

1

Dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, la Miltl a réorganisé le réseau des Cirdd qui existent aujourd'hui dans onze régions métropolitaines.

Les Cirdd ont pour principales missions : l'information, la documentation, l'observation, l'ingénierie de formation et le conseil méthodologique, en matière de prévention, de soin et d'application de la loi. Ils doivent servir d'appui et d'aide aux choix politiques. Dans ce contexte, le Cirdd Île-de-France a réalisé en 2006 avec l'appui méthodologique de l'ORS Île-de-France, initiateur de l'observation et du suivi de la toxicomanie en Île-de-France dès la fin des années 1980, un état des lieux relatif au champ des drogues et des dépendances.

L'actualisation de cet état des lieux est réalisée au fur et à mesure de la publication de nouveaux résultats, afin de permettre aux acteurs et aux décideurs de ce champ de mieux connaître et comprendre les phénomènes liés aux drogues.

**Le présent document constitue le troisième volet des mises à jour. Il porte sur les dispositifs de prise en charge de consommations de produits psychoactifs, soit le chapitre 3 du document de référence. Il a été réorganisé par types de structures puis complété par un focus sur la prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral.**

Amandine Herpin, chargée de mission, Olivier Smadja, coordinateur, Cirdd Île-de-France  
avec le soutien méthodologique de l'ORS Île-de-France

**Crips-Cirdd Île-de-France**

33, avenue du Maine – Tour Maine-Montparnasse – BP53 – 75755 Paris cedex 15

tél. 01 56 80 33 35 – fax 01 56 80 33 00

[www.lecrips-idf.net/cirdd](http://www.lecrips-idf.net/cirdd) – [cirddidf@lecrips.net](mailto:cirddidf@lecrips.net)

## SOMMAIRE

<b>1. CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES ET POLITIQUES PUBLIQUES / 4</b>
1.1. Contexte général des consommations problématiques / 4
1.1.1. En population générale / 4
1.1.2. Chez les usagers de drogues / 4
1.1.3. Chez les détenus / 4
1.2. Cadre légal et orientations des politiques publiques / 5
1.2.1. Évolutions des politiques publiques / 5
1.2.2. Les plans actuels à l'échelle nationale et régionale / 6
1.2.3. L'orientation des usagers de produits psychoactifs / 7
<b>2. DIFFÉRENTS DISPOSITIFS OU STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX PRODUITS PSYCHOACTIFS / 8</b>
2.1. Prise en charge des usagers de drogues en médecine de ville / 8
2.1.1. Le tabagisme / 8
2.1.2. La consommation abusive d'alcool et l'alcoolodépendance / 8
2.1.3. L'usage des drogues illicites / 9
2.2. Prise en charge hospitalière des usagers de drogues / 11
2.2.1. Les consultations / 11
2.2.2. Les Elsa / 14
2.2.3. Les réseaux ville-hôpital / 16
2.3. Structures spécialisées dans les addictions / 16
2.3.1. Les dispositifs de soins / 17
2.3.1.1. Les CCAA / 17
2.3.1.2. Les consultations jeunes consommateurs de cannabis et autres substances / 19
2.3.1.3. Les CSST / 22
2.3.1.4. Les Csapa / 25
2.3.1.5. Les CTR / 25
2.3.1.6. Les autres dispositifs / 26
2.3.2. Les dispositifs de réduction des risques / 26
2.3.2.1. Les Caarud / 26
2.3.2.2. L'offre en outils de RdR en Île-de-France et en France / 27
<b>3. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE / 31</b>
3.1. L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : rappel du cadre réglementaire / 31
3.2. Le repérage des addictions à l'entrée en prison / 32
3.3. L'offre de prise en charge proposée aux détenus en matière de drogues licites et illicites / 32
3.3.1. Le dispositif de prise en charge d'une dépendance au tabac / 32
3.3.2. La prise en charge de l'alcoolodépendance en détention / 33
3.3.3. Les soins aux personnes toxicomanes / 34
3.4. Le relais de prise en charge à la sortie de prison : continuité des soins / 35
<b>GLOSSAIRE DES SIGLES / 36</b>

## LES DONNÉES SONT ISSUES...

- du traitement régional de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense<sup>1</sup> (Escapad) 2005, réalisé en 2007, par l'OFDT. Cette enquête annuelle sur la santé et les consommations des jeunes de 17-18 ans porte sur les comportements et les attitudes relatifs à la consommation de produits psychoactifs des jeunes, leur santé et leurs modes de vie ;
- de l'enquête nationale du Baromètre santé 2005<sup>2</sup>, réalisée par l'Inpes. Cette enquête en population générale porte sur les connaissances, les comportements et les opinions en matière de santé des 12-75 ans. En 2007, une exploitation régionale (Île-de-France) de ces données, a été réalisée par l'ORS d'Île-de-France<sup>3</sup> et l'Inpes pour les jeunes de 12-25 ans ;
- de l'extraction départementale et régionale du Système d'information mensuel sur les consultations cannabis (Simcca), réalisée par l'OFDT, qui recueille les données d'activité ;
- du traitement départemental et régional du Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (Siamois), effectué par l'InVS et consultable sur le site de l'OFDT, qui évalue la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- de l'enquête « État des lieux des consultations de tabacologie » réalisée en 2006, par le RHST. Cette enquête vise à décrire les caractéristiques structurelles et fonctionnelles des consultations de tabacologie ;
- de l'enquête nationale sur les usagers des Caarud, réalisée pour la première fois en 2006 dans 114 structures et qui sera menée tous les ans par l'OFDT. Une exploitation régionale a été réalisée par l'OFDT en 2007. Cette enquête a pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif ;
- de deux enquêtes départementales sur les consommations des usagers de drogues soit du dispositif Trend<sup>4</sup> à Paris soit de l'enquête Coquelicot. Le dispositif Trend vise à fournir de façon précoce des informations sur les usages et les usagers de drogues illicites et sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. L'enquête Coquelicot<sup>5</sup> associe un volet épidémiologique destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues par injection et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des pratiques à risques.

1 - F.Beck, S.Legleye, O.Le Nezet, S.Spilka, « Analyse régionale Escapad 2005 », OFDT, 2007. Paris [consulté le 01.12.2007]. Disponible sur internet : [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html)

2 - F.Beck, P.Guilbert, A.Gautier, « Baromètre santé 2005 », Inpes, novembre 2007

3 - C.Embersin, B.Chardon., I.Grémy, « Jeunes en Île-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque - Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005 », ORS Île-de-France, 2007 « Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France - Situation initiale en 2006 », GRSP Île-de-France, ORS Île-de-France, 2008

4 - S.Halfen, C.Vincelet, I.Grémy, « Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions (Trend) », ORS Île-de-France, juin 2008

5 - L'enquête Coquelicot est une enquête triennale, menée par l'InVS dont la première édition s'est déroulée en 2004 à Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux dans un ensemble de structures accueillant des usagers de drogues.

# 1. CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES ET POLITIQUES PUBLIQUES

## 1.1. Contexte général des consommations problématiques

### 1.1.1. En population générale<sup>6</sup>

Les produits principalement consommés en France sont le tabac, l'alcool et le cannabis<sup>7</sup>. En 2005, **chez les jeunes** âgés de 12 à 19 ans, les consommations régulières de tabac et d'alcool sont moins élevées en Île-de-France que dans le reste de la France. En Île-de-France, les consommations régulières de tabac ont diminué significativement entre 1997 et 2005 (-53 % pour les garçons et -62 % pour les filles). Les ivresses répétées<sup>8</sup> concernent de plus en plus de jeunes franciliens. En 2005, 16 % des jeunes âgés de 17 ans, ont connu des ivresses répétées contre 13 % en 2002-2003. Concernant le cannabis, entre 1997 et 2005, l'expérimentation et la consommation régulière de cannabis ont augmenté en province mais sont restées stables en Île-de-France. En 2005, la consommation régulière de cannabis chez les 12-19 ans concerne 27 % des Franciliens (19 % des Provinciaux) et 9 % des Franciliennes (12 % des Provinciales).

**Chez les adultes** âgés de 25 à 75 ans, la prévalence du tabagisme quotidien masculin est à la baisse depuis le début des années 1980 mais le tabagisme féminin s'est accru. En effet, en 2005, la proportion de fumeuses quotidiennes atteint 31 % chez les Franciliennes âgées de 35 à 44 ans. En 2005, parmi les Franciliens âgés de 25 à 75 ans, 26 % présentent un risque d'alcoolisation excessive<sup>9</sup> ponctuel, 8 % un risque élevé d'alcoolisation chronique et 1 % un risque élevé de dépendance alcoolique. Quel que soit le type de consommation de cannabis (expérimentation, usage occasionnel, usage régulier...), les prévalences en Île-de-France sont bien supérieures à celles du reste de la France. Ainsi, 3 % des Franciliens âgés de 25 à 75 ans consomment régulièrement du cannabis contre 1,3 % des habitants de la même tranche d'âge en Province.

### 1.1.2. Chez les usagers de drogues

L'Île-de-France est particulièrement concernée par les problèmes d'usage de drogues illicites. Les observations conduites à Paris en 2007<sup>10</sup> permettent de souligner la poursuite de la diversification des caractéristiques des consommateurs de certains produits (cocaïne, héroïne, crack, ecstasy, Subutex<sup>®</sup> détourné, etc.), indiquant une diffusion de leur usage au sein de nouveaux groupes de consommateurs, notamment auprès de populations socialement insérées.

La politique de réduction des risques a permis de réduire significativement les contaminations au VIH, comme le montre, par exemple, le faible nombre de découvertes de séropositivité au VIH chez les usagers de drogues injectables.

En revanche, la séroprévalence du VHC reste encore élevée puisqu'elle concerne 28 % des usagers de drogues de moins de 30 ans<sup>11</sup>. L'étude Coquelicot<sup>12</sup> montre notamment que 60 % des usagers de drogues sont contaminés par le virus de l'hépatite C et 11 % sont co-infectés par le VIH et le VHC.

### 1.1.3. Chez les détenus

Dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011), l'un des objectifs est « d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés ». Aucune enquête n'a été menée récemment sur les usagers de drogues en milieu carcéral.

Seules deux enquêtes sur les addictions en milieu carcéral et la prise en charge des usagers de drogues en prison permettent d'obtenir des données.

La première porte sur la santé des entrants en prison<sup>13</sup>, réalisée en 1997, en France, par Marie-Claude Mouquet de la Drees, dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers des centres pénitentiaires. Cette enquête révèle que la population incarcérée (les entrants comme les sortants) est particulièrement touchée par les addictions. Ces consommations peuvent parfois également être à l'origine de la détention.

6 - Données issues de l'enquête Escapad 2005 et de l'exploitation régionale du Baromètre santé 2005

7 - État des lieux et concepts. « Prévenir les addictions », Adsp n°60, sept 2007, p. 22

8 - Avoir été ivre au moins trois fois au cours des douze derniers mois (Escapad)

9 - Le repérage de la consommation excessive d'alcool peut se faire par l'utilisation du test Audit-C, développé par l'OMS, afin de repérer les consommations excessives d'alcool. Trois questions interrogeant notamment sur les fréquences de consommation de boissons alcoolisées, de la consommation de 6 verres ou plus lors d'une même occasion (indicateur d'épisode d'ivresse) et du nombre de verres bus en rapport avec un type d'alcool (vin, bière ou alcool fort) permettent la construction des profils d'alcoolisation.

10 - S.Halfen, C.Vincelet, I.Grémy, « Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions (Trend) », ORS Île-de-France, juin 2008

11 - M.Jauffret-Roustide, E.Couturier, Y.Le Strat, et al. « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 33, 5 septembre 2006

12 - Op.cit.

13 - M-C.Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Drees, Études et Résultats n° 386, mars 2005

Cette enquête, renouvelée en 2003, montre que chez les entrants en prison, les consommations de produits psychoactifs sont beaucoup plus élevées qu'en population générale. En 2003, près du quart des entrants déclarent au moins deux consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites). Par rapport à 1997, la proportion d'entrants en prison se déclarant polyconsommateurs a diminué.

Les femmes et les mineurs sont des groupes de populations peu nombreux en prison, leur consommation de produits psychoactifs est plus importante que pour l'ensemble de la population. Les usages des femmes se rapprochent de ceux des hommes.

La proportion la plus importante de « gros fumeurs » s'observe chez les 25-39 ans et chez les 40-59 ans. Chez les mineurs, la prévalence du tabagisme quotidien est trois fois plus élevée qu'en population générale. Chez les femmes, cette prévalence est sept fois plus élevée qu'en population générale.

Près d'un tiers des entrants en prison (31 %) déclarent une consommation excessive d'alcool<sup>14</sup> ; cette consommation est restée quasiment stable puisqu'elle était de 33 % en 1997. Ce type de consommation concerne une femme sur cinq contre près d'un homme sur trois.

Trois entrants sur dix (30 %) ont consommé régulièrement du cannabis dans les douze mois précédant leur incarcération, tandis que les autres drogues représentent moins de 10 % des consommations.

La seconde enquête<sup>15</sup> porte sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France, réalisée pour la première fois en 1993 et renouvelée en 2004, en France, par Daniel Karinthi, Agnès Dumas et Philippe Michaud. Elle présente un état des lieux concernant notamment la prise en charge des problèmes d'alcool en milieu carcéral.

## 1.2. Cadre légal et orientations des politiques publiques

### 1.2.1. Évolutions des politiques publiques

La loi du 31 décembre 1970 pose le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. L'usage de toute substance classée comme stupéfiant est interdit. Il expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à une peine d'emprisonnement ferme. L'utilisateur peut être placé sous la surveillance d'une autorité de santé ; l'injonction thérapeutique<sup>16</sup> apparaît comme une alternative à la réponse répressive. Quelques structures spécialisées dans les soins aux toxicomanes voient le jour avec des prises en charge ayant pour objectif le sevrage, l'abstinence et la réinsertion.

Alors que la prise en charge de l'utilisateur de drogues mettait l'accent sur le produit consommé et sa dangerosité, désormais, on s'intéresse aux usages que les personnes font du produit. Trois facteurs, en constante interaction, vont être retenus et pris en compte pour une prise en charge de l'utilisateur plus globale : l'individu, le produit et le contexte de la consommation.

La loi du 9 juillet 1976 ou « loi Veil » limite la publicité en faveur du tabac à la seule presse écrite. Elle interdit le parrainage des manifestations sportives par les cigarettiers. Les emballages doivent comporter un message sanitaire. Des interdictions de fumer doivent être établies dans tous les lieux à usage collectif où le tabagisme peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

À la fin des années 1980, l'épidémie de sida fait des ravages chez les usagers de drogues utilisant la voie intraveineuse et les politiques publiques intègrent la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injecteurs. Les pouvoirs publics décident d'intervenir davantage auprès des usagers injecteurs, y compris ceux qui ne font pas de demande de soins.

En 1987, les seringues sont mises en vente libre et en 1993, les premières structures dites « à bas seuil d'exigence », ou structures de « première ligne » (les boutiques, les sleep-in, les programmes d'échanges de seringues) sont créés.

La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme du 10 janvier 1991 (loi Évin n° 91-32) établit le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ainsi que dans les lieux collectifs de transport.

14 - Définie, dans l'enquête, comme supérieure ou égale à 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes quand elle est régulière, et supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue.

15 - A.Dumas et P.Michaud, « Rapport d'enquête sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France », F3A, avril 2006

16 - « Modalité de traitement imposée au toxicomane considéré comme malade (selon la loi de 1970) ou à l'alcoolique jugé dangereux (selon la loi de 1954) en alternative à des sanctions pénales », D.Richard, J-L.Senon, M.Valleur, « Dictionnaire des drogues et des dépendances », Larousse, Paris, 2004, p. 336

Concernant l'alcool, elle limite fortement le droit de faire de la publicité aux boissons alcoolisées afin de protéger les jeunes des opérations de marketing. Parallèlement à cette loi, les pouvoirs publics ont mené une politique d'augmentation des prix du tabac, qui ont pratiquement doublé entre 1991 et 1996. L'action des pouvoirs publics a également porté sur la prévention au travers de campagnes de communication.

La circulaire n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacés détermine le cadre de mise en œuvre des traitements de substitution. Ces derniers ont profondément modifié la prise en charge des usagers de drogues en France.

De 1995 à 1998, la priorité porte sur la réalité des pratiques de consommation des substances psychoactives, que l'utilisateur soit dépendant ou non. Le rapport du professeur Philippe-Jean Parquet<sup>17</sup> met en évidence l'existence de différents comportements – usage, usage nocif et dépendance – conforme à la réalité des multiples pratiques de consommation.

Le 16 juin 1999, le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le gouvernement, met notamment l'accent sur les comportements plutôt que sur les produits consommés et élargit le champ de la prévention à l'ensemble des substances psychoactives, qu'elles soient licites ou non. Au cours de l'année 2003, la prévention des addictions investit le milieu scolaire avec la circulaire n° 2003-210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003<sup>18</sup>. La lutte contre le tabagisme s'est intensifiée avec le Plan cancer 2003-2007 et s'est renforcée en 2004 avec le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)<sup>19</sup>. Ce plan accorde une place majeure aux jeunes et à la prévention. La lutte contre la drogue doit alors se situer au carrefour de trois approches, prévention, répression, soin.

Dans le cadre de la loi du 9 août 2004, la réduction des risques a obtenu une reconnaissance officielle avec entre autres, la création des Caarud. Le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuve le référentiel national des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Il complète ainsi le code de la santé publique en introduisant « un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soin ». Il donne notamment un cadre légal à des actions mises en place depuis plusieurs années, en interdit d'autres, et définit clairement les objectifs des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ce décret est applicable dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte des écoles<sup>20</sup>.

La loi du 5 mars 2007 (article 47<sup>21</sup>) relative à la prévention de la délinquance dans ses dispositions concernant la lutte contre la toxicomanie vise à améliorer le recours à l'injonction thérapeutique, par la création d'un dispositif reposant sur le médecin relais chargé de mettre en œuvre la mesure, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi effectif sur le plan sanitaire.

### 1.2.2. Les plans actuels à l'échelle nationale et régionale

#### En France

Récemment, deux plans nationaux ont été élaborés et ont pour objectifs de lutter contre les addictions. L'un a été présenté par le ministère de la Santé et l'autre par le gouvernement.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 concerne toutes les addictions, avec ou sans substances. Les objectifs sont « de renforcer et de coordonner les dispositifs existants et de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge : prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social. Il vise également à restructurer l'offre de soins, à l'organiser pour placer le patient au cœur du dispositif en apportant à la fois une réponse médicale et une réponse médico-sociale. »

17 - Professeur de psychiatrie et d'addictologie

18 - (Extraits)  
« La prévention des comportements à risque et la lutte contre la consommation de produits illicites ou dangereux doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège. »

19 - Cf. partie sur les plans actuels

20 - En ce qui concerne les lieux « de convivialité » (débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques), la date d'application de la mesure a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

21 - (Art. L. 3413-1 du CSP)

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, proposé par la Milt, reprend les mêmes dispositions sur le volet sanitaire. Il vise notamment à renforcer et à adapter le dispositif de prise en charge, de réduction des risques et d'insertion à l'évolution des produits addictifs. Il propose également, dans l'un de ses objectifs, d'intensifier et de diversifier la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues, en ciblant les populations exposées et vulnérables.

### En Île-de-France

Le Plan régional de santé publique, prévu par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, est une déclinaison du plan national inscrit dans la loi (notamment en matière de comportements à risque et de conduites addictives). Ce plan constitue le cadre de référence pour les cinq années à venir de la politique de santé publique en région Île-de-France. Il a pour objectif prioritaire de promouvoir des comportements favorables à la santé notamment dans le champ des addictions. Trois objectifs<sup>22</sup> ont été retenus : le premier est « de développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions ». Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes. Le deuxième est « d'assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin pour réduire la prévalence de ce phénomène ». Le troisième est « de renforcer la RdR chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales. »

#### 1.2.3. L'orientation des usagers de produits psychoactifs

En France, quel que soit le type de produit (tabac, alcool, cannabis, autres drogues) avec lequel un individu rencontre des difficultés d'ordre physique ou psychologique, une prise en charge est envisageable soit au sein d'un dispositif de soin de droit commun comme la médecine de ville ou l'hôpital avec des consultations spécialisées en alcoologie, en tabacologie ou de façon plus large en addictologie ; soit dans des structures spécialisées par produit consommé ou par type de public (CCAA, CSST, Csapa, « consultations cannabis », Caarud).

## 2. LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS OU STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX PRODUITS PSYCHOACTIFS

23 - A.Stoebner-Delbarre, F.Letourmy, H.Sancho-Garnier, « Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique », BEH, Numéro thématique Journée mondiale sans tabac, 2005

24 - Le bupropion fait partie de la famille des antidépresseurs, mais n'est pas utilisé pour ses propriétés antidépressives. Il diminue les symptômes du sevrage tabagique, sans que son mécanisme d'action dans cette indication soit connu avec précision [extrait du Vidal].

25 - La varénicline se fixe sur les récepteurs à la nicotine présents dans le cerveau. Elle aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés au tabagisme [extrait du Vidal].

26 - TCC : Technique de soins basée sur l'analyse, l'évaluation et la modification des facteurs individuels et environnementaux qui influent sur les comportements, les manifestations physiologiques et les schémas de pensées d'un individu. Elle vise à remplacer par le biais d'un apprentissage, un comportement pathologique, notamment une conduite de dépendance, par un autre comportement dont la définition aura fait l'objet d'un contrat entre le patient et le thérapeute. (source : Dictionnaire des drogues et des dépendances, Larousse, Paris, 2004)

27 - MC.Fiore, WC.Bailey, SJ.Cohen, « Treating tobacco use and dependence : a clinical practice guideline. Rockville, Maryland : US Department of Health and Human Services. A Public Health Service report ». May, 2000. [www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)

28 - C.Silagy, T.Lancaster, L.Stead, D.Mant, G.Fowler, « Nicotine Replacement therapy for smoking cessation ». Cochrane database Syst Rec 2004, p. 3

### 2.1. Prise en charge des usagers de drogues en médecine de ville

#### À retenir

Le médecin généraliste constitue un interlocuteur de première ligne dans la prévention et la prise en charge des problèmes liés au tabac, à l'alcool, et aux drogues illicites. Il peut favoriser la réalisation d'un dépistage du VIH ou du VHC et orienter les usagers vers une prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives tant licites qu'illicites. Certains médecins sont organisés en réseau centré sur la toxicomanie afin de mettre en œuvre une prise en charge concertée des addictions sur le plan médico-psycho-social.

Le médecin de ville peut développer des actions de prévention secondaire (le RPIB pour les usagers d'alcool, le conseil minimal ou l'utilisation du CO-testeur pour les personnes dépendantes du tabac). Il peut également prescrire un traitement de substitution nicotinique ou aux opiacés. En France, depuis 1995, le nombre d'usagers de drogues sous substitution aux opiacés a fortement augmenté mais cette croissance s'est ralentie dès 2005. En officine de ville, le nombre de boîtes vendues de traitements de substitution a globalement diminué à Paris, en Île-de-France et en France. En 2006, les ventes franciliennes de Subutex® sont hétérogènes sur le territoire puisque les Yvelines présentent le nombre le plus faible de boîtes vendues avec 12 boîtes de Subutex® pour 100 habitants de 20 à 49 ans contre 34 en Seine-Saint-Denis et 50 à Paris.

#### 2.1.1. Le tabagisme

Les médecins généralistes peuvent aider efficacement à l'arrêt du tabac<sup>23</sup>. Des actions peuvent être réalisées au sein même des consultations. Ainsi, le médecin peut utiliser le conseil minimal qui consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer. Il a la possibilité de proposer des brochures, d'aider et de soutenir le fumeur dans ses démarches de prise en charge. Il peut aussi prescrire des traitements adaptés aux dépendances pour que le patient réduise ou arrête sa consommation de tabac.

Actuellement, quatre traitements sont recommandés : les substituts nicotiques, le bupropion<sup>24</sup> (commercialisé sous les marques Zyban® et Wellbutrin®) prescrit en tant qu'aide au sevrage tabagique, la varénicline<sup>25</sup> (commercialisée en France depuis le 12 février 2007 sous la marque Champix®) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)<sup>26</sup>.

Le médecin peut utiliser le CO-testeur (mesure du monoxyde de carbone expiré) afin d'évaluer le niveau de consommation du patient. Ces méthodes sont reconnues pour augmenter significativement les sevrages tabagiques réussis<sup>27</sup> et « multiplient par 1,5 à 2 les chances d'arrêter de fumer »<sup>28</sup>.

#### 2.1.2. La consommation abusive d'alcool et l'alcoolodépendance

L'intervention des médecins généralistes en matière de prise en charge des consommateurs rencontrant un problème avec l'alcool s'effectue souvent en liaison avec un centre spécialisé. « En France, 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS<sup>29</sup>. »<sup>30</sup>

Il n'existe pas de données actualisées sur la prise en charge de la consommation d'alcool par la médecine de ville. Toutefois, d'après le Baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003, la moitié des médecins interrogés (51 %) déclare avoir vu au moins un patient consultant pour un sevrage alcoolique dans les sept jours précédant l'enquête. Pour 68 % des généralistes, la prise en charge de ces patients se fait en liaison avec une structure et, pour 20 %, elle s'effectue seule.

### Le RPIB, une méthode qui vise une réduction de la consommation d'alcool

Depuis 2006, le ministère de la Santé souhaite développer à l'échelle nationale la pratique du RPIB, en matière d'alcool auprès des médecins généralistes, dans le cadre d'une stratégie échelonnée sur cinq ans.<sup>31</sup>

La pratique du RPIB peut se dérouler soit lors d'une consultation en médecine de ville, soit en médecine du travail et vise une réduction de la consommation d'alcool au-dessous des niveaux de risque définis par l'OMS. « Cette méthode se caractérise par une absence de jugement de la part du praticien, et le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de sa consommation. Le repérage des personnes concernées se fait grâce à des questionnaires rapides dont les plus usuels sont l'Alcohol use disorders identification tests (AUDIT) et la Formule pour apprécier la consommation en entretien (Face), ce dernier étant d'utilisation plus aisée en médecine de ville. »<sup>32</sup>

### Le RPIB, une méthode qui a fait ses preuves en termes d'efficacité

La quasi-totalité des travaux de recherche met en évidence que l'intervention brève entraîne une réduction de la consommation d'alcool, à court ou moyen terme, chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS. Dans le cadre des travaux de l'OMS, il a été démontré qu'un simple conseil de quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs<sup>33</sup>.

### Une méthode validée mais dont la diffusion est complexe

Quinze régions sont à ce jour impliquées, la dynamique de diffusion étant en phase de démarrage dans la plupart d'entre elles. L'OFDT assure une évaluation de cette stratégie nationale. En 2007, l'OFDT a recensé, en France, 670 médecins généralistes formés.

En Île-de-France, « le bilan intermédiaire des formations au RPIB pour les médecins généralistes montre que 13 sessions de formations ont été réalisées dans 4 départements (75, 77, 94, 95). Dans ce cadre, 2 344 médecins ont été contactés par téléphone suite à l'envoi d'un courrier d'invitation à s'inscrire à la formation : 145 médecins se sont inscrits à la formation et 83 médecins l'ont suivie. »<sup>34</sup>

### **2.1.3. L'usage des drogues illicites**

Les données issues du Baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003 n'ont pas été actualisées. Cependant, rappelons qu'en 2003, « 85 % des médecins généralistes déclarent être concernés par la prise en charge des patients toxicomanes dans le cadre de leurs consultations. Parmi l'ensemble des médecins interrogés, un tiers déclare prescrire un traitement de substitution. »

À l'heure actuelle, le médecin de ville joue un rôle non négligeable dans la prise en charge des usagers de drogues illicites et continue à être prescripteur de traitement de substitution, notamment de la BHD.

### En France, en dix ans, le nombre d'usagers de drogues sous substitution a fortement augmenté mais cette croissance s'est ralentie depuis 2005

Deux médicaments sont utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les CSST et les établissements de soins, et la BHD commercialisée sous le nom de Subutex® ou sa forme générique, qui peut être initiée par tout médecin. Depuis sa mise sur le marché en 1996, la BHD est devenue très rapidement, en termes quantitatif, le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France.

En 2006, en France, selon les données du dispositif Siamois qui comptabilise les ventes en pharmacie de ville, et avec l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour, on pouvait estimer à 89 076 le nombre de patients sous traitement par Subutex<sup>35</sup>. Ce nombre de patients a légèrement augmenté puisqu'il était de 87 079 en 2004, soit une hausse de 2 %.

Pour la méthadone<sup>36</sup>, avec l'hypothèse d'une posologie moyenne de 60 mg par jour, en France, le nombre de patients traités par ce médicament a légèrement diminué entre 2004 et 2006 passant de 17 688 à 15 424 usagers, soit une baisse de 13 %.

Au total, en 2007, parmi les patients recevant un traitement de substitution aux opiacés en pharmacie de ville, 85 % reçoivent de la BHD et 15 % de la méthadone. Le nombre total d'usagers de drogues sous substitution a fortement augmenté depuis 1995. Toutefois, depuis 2005, cette croissance s'est ralentie avec une baisse d'environ 3 %.

29 - Moins de 21 verres par semaine chez l'homme, moins de 14 verres par semaine chez la femme et pas plus de 4 verres par occasion.

30 - Drees, « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », Études et résultats n°405, 2005

31 - Circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au RPIB en alcoologie

32 - Initiatives, Santé publique, Lettre bimestrielle d'informations sur les effets de l'alcool, Actualités Alcool n°31, février 2007, Impes

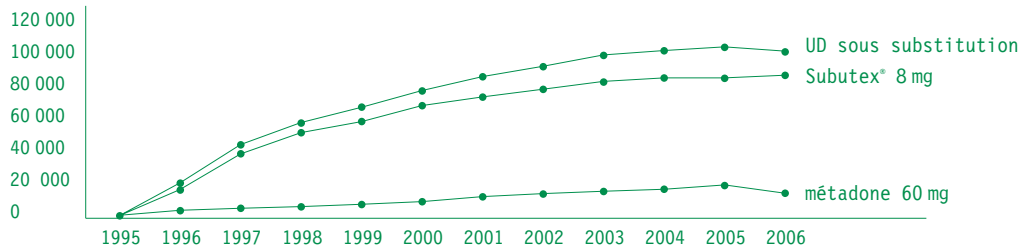
33 - TF. Babor, J.C.Higgins-Biddle, J.B.Saunders, M.G.Montero, « AUDIT the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in Primary care », Second Edition. World Health Organization, Geneva 2001

34 - GRSP, ORS Île-de-France, « Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France : situation initiale en 2006 », Document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, Mars 2008. (Extrait) C.Praznocy-Pépin (Crips-Cirdd), I.Grémy (ORS), Fiche 18 p.100

35 - Le Subutex® est vendu sous différents conditionnements. Pour éviter de fournir des chiffres pour chacun des conditionnements l'ensemble des quantités vendues est ici exprimé en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg. Il ne s'agit pas du nombre de personnes à qui ces traitements ont été prescrits.

36 - La Méthadone® est vendue sous différents conditionnements. L'ensemble des quantités vendues est ici exprimé en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg. Il ne s'agit pas du nombre de personnes à qui ces traitements ont été prescrits.

**Graphique 1. Évolution du nombre de personnes recevant un traitement de substitution délivré en officine de ville, en France, de 1995 à 2006**

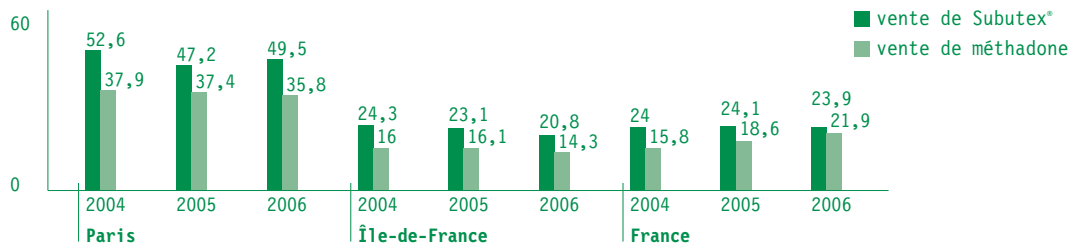


sources : Données Gers/InVS/Siamois

Baisse des ventes de traitements de substitution en officine de ville

Entre 2004 et 2006, le nombre de boîtes vendues de traitements de substitution a globalement diminué à Paris, en Île-de-France et en France. Paris compte un nombre de boîtes vendues de Subutex® et de méthadone, pour 100 habitants de 20 à 49 ans, plus élevé qu'à l'échelle régionale et nationale.

**Graphique 2. Évolution des ventes de boîtes de Subutex® et de méthadone pour 100 habitants de 20 à 49 ans, en pharmacie de ville, entre 2004 et 2006 (en %)**

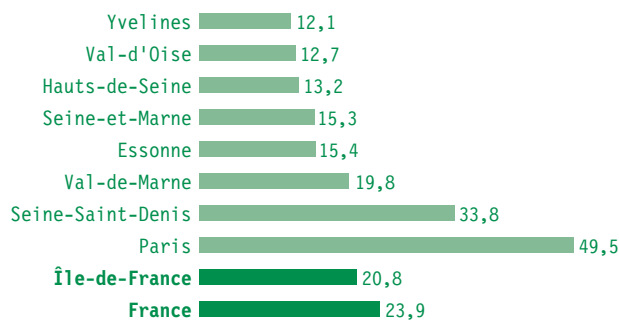


sources : OFDT (base Iliad), Siamois/InVS, Insee, 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

Hétérogénéité des ventes franciliennes de Subutex®

Comme en 2003, les ventes de boîtes de Subutex® sont assez différentes d'un département francilien à un autre. C'est au sein de la capitale et de la Seine-Saint-Denis que le nombre de boîtes vendues est le plus élevé. En 2006, à Paris, 50 boîtes de Subutex® ont été délivrées pour 100 habitants de 20 à 49 ans. C'est dans les Yvelines que le nombre de boîtes vendues a été le plus faible alors qu'en 2003, c'était dans le Val-d'Oise avec 19 boîtes vendues. Le nombre de boîtes vendues pour 100 habitants de 20 à 49 ans à l'échelle régionale est inférieur à l'échelle nationale (21 boîtes de Subutex® contre 24).

**Graphique 3. Vente de boîtes de Subutex® selon le département pour 100 habitants de 20 à 49 ans en 2006 (en %)**



sources : OFDT (base Iliad), Siamois/InVS, Insee, 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

## 2.2. Prise en charge hospitalière des usagers de drogues

### À retenir

Il existe à l'hôpital des consultations spécialisées dans le domaine des addictions ; ces consultations peuvent prendre en charge l'ensemble des produits ou porter spécifiquement sur le tabac ou l'alcool. En Île-de-France, un peu plus de la moitié des consultations de tabacologie sont implantées dans un établissement hospitalier. Paris est le département de la région qui compte le plus de consultations de tabacologie ; elles représentent 38% de l'ensemble des consultations d'Île-de-France. En 2007, le nombre de patients accueillis est en hausse par rapport à l'année précédente.

Peu de données existent concernant l'activité des services hospitaliers d'alcoolologie et d'addictologie.

D'après la synthèse des rapports d'activité type des Elsa pour l'année 2005, en France, une équipe de liaison sur deux exerce dans un hôpital pourvu de lits dédiés à l'addictologie. D'après les données issues des rapports d'activité des Elsa d'Île-de-France, parmi les équipes, 26% déclarent prendre en charge l'ensemble des addictions mais environ un quart des équipes exclut de leur champ d'activité les patients ayant des problèmes avec le tabac. En Île-de-France, près de 16 000 patients ont été vus au moins une fois dans l'année en 2005 par les 23 équipes incluses dans l'exploitation des rapports, soit en moyenne 671 patients par équipe et par an. Près de quatre patients sur dix sont venus à l'hôpital pour un sevrage et un peu plus d'un sur dix suite à une intoxication aiguë. L'équipe est sollicitée par un service de l'hôpital pour deux patients sur trois. Le tiers restant est, dans la plupart des cas, soit adressé par un médecin de ville soit vient de sa propre initiative. Parmi les patients, 70% vus par les équipes rencontrent des difficultés, principalement, avec l'alcool et 14% pour leur dépendance au tabac. Les drogues illicites sont en cause pour 10 à 14% des patients. En 2005, l'ensemble des équipes franciliennes a déclaré environ 46 000 consultations externes et environ 19 000 consultations internes.

### 2.2.1. Les consultations

#### en tabacologie

##### Une offre particulièrement concentrée à Paris

Les consultations en tabacologie sont, en majorité, implantées au sein des centres hospitaliers. Elles prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une maladie liée au tabac.

**Tableau 1. Nombre de consultations de tabacologie<sup>37</sup> hospitalières ou non dans les départements d'Île-de-France en 2007**

	nombre de consultations de tabacologie		
	hospitalière (a)	total (b)	pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 70 ans (b)
Paris	18	44	27,3
Seine-et-Marne	2	3	3,3
Yvelines	3	7	7,1
Essonne	4	5	5,9
Hauts-de-Seine	10	20	18,6
Seine-Saint-Denis	6	14	13,5
Val-de-Marne	11	16	17,6
Val-d'Oise	6	7	8,6
<b>Île-de-France</b>	<b>60</b>	<b>116</b>	<b>14,2</b>
<b>France</b>	<b>-</b>	<b>645</b>	<b>14,8</b>

sources : (a) OFT, « Annuaire des consultations de tabacologie », éd. janvier 2007

(b) GRSP, ORS Île-de-France, « Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France : situation initiale en 2006 », document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, mars 2008. C.Praznoczy-Pépin (Crips-Cirdd), I.Grémy (ORS), fiche 18, p. 100

37 - Le terme « consultation de tabacologie » désigne une consultation d'aide au sevrage qui a recours à la prise en charge recommandée par la conférence de consensus, en particulier la substitution nicotinique, le terme de « consultation d'aide à l'arrêt du tabac » est employé pour l'ensemble des consultations, quelle que soit la prise en charge effectuée.

En Île-de-France, on compte 116 consultations de tabacologie (dont 60 sont en milieu hospitalier), référencées par l'OFT, soit 14 consultations pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 70 ans, avec une concentration importante au sein de la capitale (27 consultations pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 70 ans). La Seine-et-Marne et l'Essonne sont les départements les moins pourvus puisqu'ils comptent respectivement 3 et 6 consultations de tabacologie pour 1 000 000 habitants. Toutefois, ces données sont à mettre en parallèle avec le taux d'équipement hospitalier<sup>38</sup> qui est particulièrement élevé à Paris (7 pour 1 000 habitants contre 4 en Île-de-France) et plutôt faible en Seine-et-Marne avec 3 structures hospitalières pour 1 000 habitants.

### Activité des consultations de tabacologie hospitalières et privées en France et en Île-de-France

#### En France, hausse du nombre moyen de nouveaux patients vus au sein des consultations

Les données relatives à l'activité des consultations de tabacologie ne sont recueillies de manière informatique, que depuis 2006, pour une centaine de structures sur le territoire national. Ces données ne représentent donc pas l'ensemble des consultations de tabacologie. L'exercice 2007 permet une première analyse de l'évolution de l'activité de ces consultations. Ainsi, d'après les données nationales issues des tableaux de bords mensuels des indicateurs tabac réalisés par l'OFDT, en 2006, 13,5 nouveaux patients ont été accueillis en moyenne chaque mois dans chaque consultation ; cette moyenne est en augmentation en 2007 avec 14,4 nouveaux patients vus mensuellement.

D'après l'enquête du RHST<sup>39</sup> de 2006, 53 945 consultations ont été effectuées en France. La consultation la moins active déclare 20 patients par an, la plus sollicitée 7 651. Parmi les consultations, 20 % accueillent plus de 1 000 patients/an et 36 % (essentiellement les établissements de grande taille) organisent des consultations de groupe.

#### En deux ans, le nombre de dossiers de prise en charge de fumeurs a doublé

La base CDTnet regroupe les informations et les ressources concernant les consultations de tabacologie hospitalières et privées. L'analyse des données présentes sur le site montre qu'en France comme en Île-de-France, le nombre de dossiers de prise en charge de fumeurs au sein des consultations a fortement augmenté entre 2005 et 2007. Ce constat peut s'expliquer en partie par une politique forte en matière de lutte contre le tabagisme.

#### Le délai d'attente est un peu plus long que l'année précédente

En 2007, comme c'était déjà le cas en 2006, la moitié des nouveaux patients (55 %) est adressée par un professionnel de santé ; l'autre moitié (45 %) vient sans orientation, déclarant une démarche personnelle.

Le délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous a sensiblement augmenté passant de 16 jours en moyenne en 2006 à 18 jours en 2007.

#### Les deux tiers des patients des consultations hospitalières bénéficient d'un suivi téléphonique

D'après l'enquête du RHST de 2006, 93 % des consultations disposent d'au moins un analyseur de monoxyde de carbone (CO testeur). La plupart en ont plusieurs. Le suivi téléphonique des patients est pratiqué par 66 % des consultations interrogées.

#### Les consultations hospitalières de tabacologie accueillent de plus en plus de publics spécifiques mais l'accès des adolescents reste encore difficile

D'après l'enquête du RHST de 2006, l'accueil spécifique de certaines catégories de patients se développe. Plus de la moitié des consultations interrogées (53 %) déclare accueillir du personnel hospitalier. Parmi l'ensemble des consultations, le quart d'entre elles déclare accueillir de façon spécifique les adolescents, alors qu'ils représentent une population à forte prévalence tabagique<sup>40</sup>, et 43 % des consultations déclarent accueillir des femmes enceintes.

D'après CDTnet, en 2006, parmi les femmes se rendant dans les consultations de tabacologie (dont la moyenne d'âge est de 43,5 ans) 6 % sont enceintes et 16 % sont sous contraception orale<sup>41</sup>. On sait que fumer en période de grossesse peut conduire notamment à des risques de fausses couches et de naissances prématurées. L'association du tabac et de la pilule constitue également un facteur de risque

38 - Iaurif, « Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France ». Note rapide. Population et modes de vies n°435, septembre 2007

39 - Dr A.Borgne, J-P.Deberdt, Rapport de mission, enquête nationale « État des lieux des consultations en tabacologie », RHST, 2006

40 - Rappelons qu'en 2007, à 16 ans, 18 % des garçons et 16 % des filles fument quotidiennement (Espad 2007, Tendances n°64, OFDT)

41 - <https://cdtnet.spim.jussieu.fr>

important de maladies cardiovasculaires. Même si l'accueil de certaines catégories de patients socialement fragilisés se développe, leur prise en charge reste encore insuffisante.

### Profil sociodémographique des patients des consultations de tabacologie

#### Autant d'hommes que de femmes fumeurs plutôt âgés

Les données des consultations de tabacologie issues des rapports d'activité des consultations dans les établissements hospitaliers et privés montrent que, en 2007, parmi les Franciliens venus dans ces consultations, il y a eu quasiment autant d'hommes que de femmes (51 % de femmes contre 49 % d'hommes) et leur moyenne d'âge se situe dans la tranche des 40-50 ans. Parmi les consultants, les femmes fument moins que les hommes avec en moyenne respectivement 19 et 23 cigarettes par jour. À l'échelle nationale, les tendances sont quasiment similaires.

#### À un an de prise en charge, le bilan des consultations chez les femmes est quasiment identique à celui effectué auprès des hommes

À six mois de consultations, contrairement à 2005, le bilan de 2007 est plus favorable chez les femmes que chez les hommes. Parmi les personnes prises en charge dans les consultations franciliennes, 24 % des femmes ont arrêté le tabac (25 % en 2005) contre 21 % des hommes (27 % en 2005). En revanche, 20 % des hommes ont réduit de moitié leur consommation de tabac contre 17 % des femmes.

À un an, les résultats de la prise en charge chez les hommes comme chez les femmes sont comparables. Une personne sur cinq a arrêté de fumer et 9 % ont réduit de moitié leur consommation.

Les données issues des consultations de tabacologie sont à interpréter avec prudence puisque la base CDTnet n'est pas remplie de manière obligatoire et systématique par les professionnels de santé.

**Tableau 2. Bilan des consultations de tabacologie hospitalières et privées en Île-de-France, en 2007**

	hommes	femmes	total
<b>à 6 mois suivant la prise en charge</b>			
arrêt du tabac	20,7 %	23,5 %	22,1 %
réduction de 50 % et plus du nombre de cigarettes	20,2 %	17,2 %	18,7 %
poursuite du tabagisme	36,6 %	30,7 %	33,6 %
perdus de vue	22,1 %	28,6 %	25,4 %
décès	0,4 %	0 %	0,2 %
<b>à 1 an</b>			
arrêt du tabac	19,3 %	20,3 %	19,8 %
réduction de 50 % et plus du nombre de cigarettes*	9,1 %	9,2 %	9,1 %
poursuite du tabagisme	40,1 %	35,5 %	37,7 %
perdus de vue	30,5 %	34,8 %	32,7 %
décès	1 %	0,2 %	0,4 %

source : <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> consulté le 22/09/2008

### en alcoologie

Les consultations en alcoologie s'adressent aux personnes en difficulté avec l'alcool (qu'elles soient dépendantes ou dans l'usage nocif) présentant des troubles psychiques associés (anxiété, dépression) ou pour une prise en charge sanitaire du sevrage. Aucune donnée n'est disponible actuellement concernant les consultations en alcoologie au sein des établissements hospitaliers.

### en addictologie

Les consultations en addictologie s'adressent aux personnes en difficulté avec un ou plusieurs produits (tabac, alcool, cannabis, autres drogues illicites). L'activité d'un service hospitalier d'addictologie est axée sur la prise en charge des conduites addictives et des troubles du comportement associés.

Certaines structures vont au-delà de la prise en charge de l'addiction aux produits et s'ouvrent sur les addictions aux comportements comme le jeu pathologique, l'addiction à internet, l'achat compulsif, à l'exemple de l'hôpital Marmottan<sup>42</sup>.

### 2.2.2. Les équipes de liaison et de soins en addictologie

Les Elsa ou les Ecimud sont des équipes mobiles et pluridisciplinaires qui se déplacent à la demande des différents services hospitaliers pour prendre en charge les usagers de drogues. Ces équipes favorisent l'accès aux soins des patients présentant une addiction à un ou des produits licites et/ou illicites.

#### Activité des équipes de liaison en Île-de-France

Les équipes franciliennes ont vu davantage de patients que celles de province

D'après la synthèse des rapports d'activité des Elsa<sup>43</sup>, en Île-de-France, les 23 équipes ayant fourni des informations sur les patients ont vu près de 16 000 patients en 2005 (116 équipes en France ont vu près de 62 000 patients), soit environ 695 patients en moyenne par équipe. Cette moyenne est bien supérieure à la moyenne française qui est d'environ 530 patients par équipe.

Une activité de consultations externes importante en Île-de-France assurée en grande majorité par des médecins

D'après l'exploitation régionale des données des rapports d'activité des Elsa<sup>44</sup>, les équipes de liaison reçoivent des patients soit en consultation externe soit en consultation interne. En Île-de-France, il y a deux fois plus de consultations externes qu'internes (45 861 vs 18 573) alors que ce rapport est plus équilibré en France (110 000 vs 90 000). Parmi les équipes franciliennes, les consultations externes sont assurées par des médecins dans 59 % des cas, par des infirmiers dans 16 % des cas et par des psychologues dans 15 % des cas. La répartition est sensiblement différente pour les consultations internes : 36 % des consultations sont assurées par des médecins, près de 31 % par des infirmiers et 18 % par des psychologues.

Une majorité de patients pris en charge à la demande d'un service hospitalier

En Île-de-France, les équipes interviennent, pour presque la moitié des patients (46 %) pris en charge par les Elsa, sur demande d'un service de l'hôpital. En France, ce pourcentage est de 66 %. Un patient sur cinq est adressé directement à l'équipe par des médecins de ville, des structures spécialisées en addictologie ou des services judiciaires ou administratifs.

Enfin, parmi l'ensemble des patients pris en charge par les équipes, 33 % d'entre eux sont classés dans la catégorie « Autre origine » ce qui pourrait, selon le rapport de l'OFDT de 2005<sup>45</sup>, représenter une partie des patients venus consulter de leur propre initiative.

Les urgences sont les services les plus demandeurs

En 2005, les équipes franciliennes interviennent en moyenne dans 15 services, ce qui représente environ 80 % des services hospitaliers existants. Les services ou les unités les plus demandeurs d'interventions sont les urgences (18 citations sur 104) suivis des services de médecine interne et infectieuse (15 citations sur 104) puis des services de gastro-entérologie ou d'hépatogastro-entérologie (13 citations sur 104). D'autres services sont également cités mais apparaissent de façon minoritaire.

Des équipes franciliennes qui interviennent essentiellement pour une question liée au sevrage

En Île-de-France, parmi l'ensemble des patients vus par les équipes de liaison, plus de la moitié des patients (53 %) sont venus à l'hôpital pour un problème de consommation de substances psychoactives. La proportion est identique à l'échelle nationale. Ainsi, parmi l'ensemble des patients vus, 43 % d'entre eux viennent pour un sevrage (39 % des patients en France), 5 % des usagers viennent suite à une intoxication aiguë (contre plus d'un patient sur dix en France) et 5 % pour une substitution aux opiacés. Enfin, parmi les patients vus par les équipes, 20 % sont hospitalisés pour un problème somatique lié aux drogues.

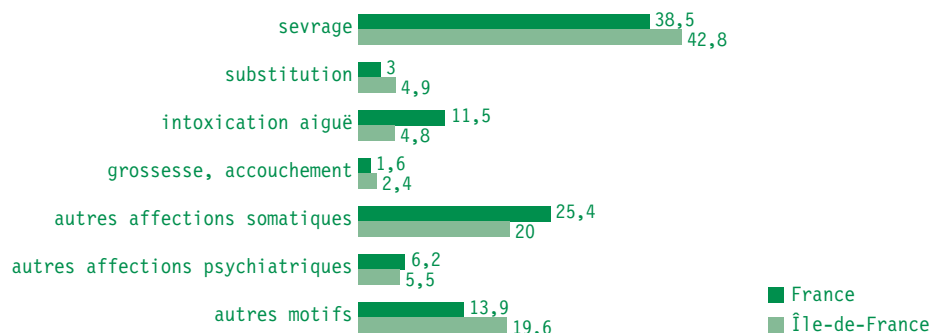
42 - Lieu initiateur dans la prise en charge des toxicomanes « traditionnels », l'hôpital Marmottan, à Paris, travaille également aujourd'hui sur ces problèmes générés par des addictions aux comportements, dites « addictions sans produit ».

43 - C.Palle, M.Jean-François, « Les équipes de liaison en addictologie en 2005 », Focus Consommations et conséquences, OFDT, p. 6

44 - Base de données des rapports d'activité des Elsa, en Île-de-France, en 2005, fournie par l'OFDT. Exploitation Cird Île-de-France.

45 - C.Palle, M.Jean-François, « Les équipes de liaison en addictologie en 2005 », Focus Consommations et conséquences, OFDT, p. 17

**Graphique 4. Répartition des patients vus par les équipes de liaison suivant le motif principal de venue à l'hôpital, en Île-de-France et en France, en 2005 (en %)**



source : Données OFDT/DHOS, Rapports d'activité type des équipes de liaison en addictologie de 2005. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

#### Parmi les patients vus par les équipes, l'alcool est le produit qui pose le plus de difficultés

Le produit posant le plus de difficultés<sup>46</sup> au patient et à traiter en priorité, est déterminé par l'équipe soignante. En Île-de-France, la majorité (61%) des patients vus par les équipes de liaison rencontre un problème avec l'alcool, 16% avec le tabac et 7% avec le cannabis. La répartition de ces proportions est quasi-identique à l'échelle du pays puisque l'alcool est aussi le produit posant le plus de problèmes pour 71% des patients vus, suivi du tabac pour 14% des patients et du cannabis pour 4% des patients.

**Tableau 3. Répartition des patients vus par les équipes de liaison suivant le produit posant le plus de difficultés et à traiter en priorité, en Île-de-France et en France, en 2005 (en %)**

	Île-de-France*	France*
alcool	60,5	70,6
tabac	16,4	13,8
cannabis	6,5	3,7
opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	6,5	3,3
cocaïne et crack	3,1	1,4
amphétamines, ecstasy	0,4	0,2
médicaments psychotropes (non opiacés) détournés de leur usage	1,4	1,6
BHD (hors usage thérapeutique)	1,7	1,0
méthadone (hors usage thérapeutique)	0,5	0,2
autres	3,0	4,2

\* Pourcentage de patients pour lesquels cette question est renseignée 78% pour l'Île-de-France et 80% pour la France

source : Données OFDT/DHOS, Rapports d'activité type des équipes de liaison en addictologie de 2005. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

#### Les équipes franciliennes prennent en charge deux fois plus de sevrages tabagiques qu'en moyenne en France

Parmi les patients hospitalisés pour sevrage d'une substance psychoactive, 66% sont en difficulté avec l'alcool, un peu plus de 3% avec les opiacés, 3% avec le cannabis et plus d'un quart des patients avec d'autres produits.

En Île-de-France, 1861 patients ont suivi un sevrage tabagique, soit en moyenne environ 81 patients par équipe. En France, environ la moitié des équipes déclarent avoir réalisé au moins un sevrage tabagique. En France, ils sont 5 200 patients à avoir suivi un sevrage tabagique soit en moyenne 43 patients par équipe, environ moitié moins de sevrages qu'en Île-de-France.

46 - Produit consommé dans les 30 jours précédant le contact du patient avec l'équipe soignante.

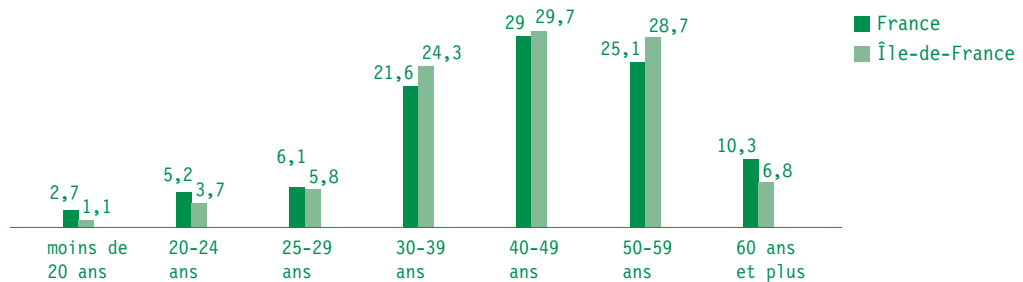
## Caractéristiques sociodémographiques des patients

### Des patients surtout masculins et plutôt âgés

Parmi les patients vus par les équipes franciliennes, 62 % sont des hommes. La majorité des personnes prises en charge ont entre 40 et 49 ans. Les moins de 30 ans ne représentent que 11 % de l'ensemble des patients. L'âge des patients varie en fonction de la substance consommée posant problème à l'utilisateur.

Ainsi, les personnes vues pour des problèmes de tabac ou d'alcool sont plus âgées que celles rencontrant des difficultés avec les drogues illicites. Les patients consommateurs de cannabis sont particulièrement jeunes. Peu de différences sont à noter entre l'âge des patients en France et ceux de la région Île-de-France.

**Graphique 5. Répartition des patients selon les tranches d'âge, en Île-de-France et en France, en 2005 (en %)**



source : OFDT/DHOS, Rapports d'activité type des équipes de liaison en addictologie de 2005. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

### 2.2.3. Les réseaux ville-hôpital

Il existe des réseaux de soins, notamment autour des addictions, composés d'équipes multidisciplinaires travaillant ensemble à l'accompagnement médico-social d'un patient. Ces réseaux articulent la prise en charge en médecine de ville et celle en établissement hospitalier. Aucune donnée quantitative n'est disponible actuellement concernant leur activité.

## 2.3. Structures spécialisées dans les addictions

### À retenir

Que ce soit au sein des CSST ou des CCAA, tous ayant vocation à devenir des Csapa, les rapports d'activité de 2006, comme de 2003, montrent une surreprésentation masculine parmi les consultants. La plupart des usagers se rendant dans des CSST ont entre 30 et 39 ans alors que dans les CCAA, les patients sont plus âgés et ont entre 40 et 49 ans. Au sein des CSST, le produit à l'origine de la prise en charge reste dans la plupart des cas un opiacé (33 % des cas en Île-de-France contre 48 % en 2003), le cannabis atteignant de plus en plus des proportions comparables à celle des opiacés. Les usagers des CSST sont plus souvent polyconsommateurs que ceux des CCAA puisqu'un tiers des patients franciliens citent un troisième produit posant problème contre 5 % dans les CCAA.

Depuis leur création en 2005, le nombre de Consultations cannabis a augmenté dans quasiment tous les départements franciliens. Elles accueillent essentiellement de jeunes consommateurs, surtout des hommes. En 2007, en moyenne, 21 personnes ont été vues par mois et par structure dans ces consultations. Le délai moyen de rendez-vous a diminué passant de 6,2 jours en 2005 à 5,4 jours en 2007 ; ce délai restant plutôt court par rapport à d'autres consultations (à l'exemple des consultations de tabacologie).

Concernant la RdR, malgré une réussite incontestable déjà notée en 2003, on voit notamment à travers l'analyse des données sur les Caarud et les automates que certains départements franciliens sont encore peu pourvus tant au niveau des structures que des outils. Paris et la Seine-Saint-Denis restent les départements fran-

ciliens qui comptent le plus de ventes de Stéribox® et de BHD. Les personnes qui fréquentent les Caarud franciliens sont, en majorité, des polyusagers de drogues en situation de précarité sociale. Les hommes sont majoritaires, sauf parmi les plus jeunes pour lesquels le sexe ratio est équilibré, et les usagers sont essentiellement consommateurs de stimulants (58 %), d'opiacés (57 %) et de médicaments détournés (42 %). Selon les équipes des Caarud franciliens, les produits engendrant le plus de problèmes à l'utilisateur sont le crack (29 %), suivi par l'alcool (16 %) et le sulfate de morphine (13 %). En Île-de-France, la population des Caarud est, en grande majorité, composée d'injecteurs (82 %). Le partage du matériel d'injection persiste : 12 % des usagers partagent des cotons/filtres et 7 % partagent des seringues.

Concernant les outils de la RdR, la baisse des ventes de Stéribox® en officine de ville est en partie compensée par la hausse des distributions de Stéribox® via les automates. Le dispositif de dispensation des seringues reste encore assez hétérogène dans sa répartition territoriale.

### 2.3.1. Les dispositifs de soins

#### 2.3.1.1. Les CCAA<sup>47</sup>

Les CCAA sont des structures spécialisées où toute personne en difficulté avec l'alcool peut consulter. Leurs missions portent sur la prévention, le soin et l'accompagnement social.

« Les deux tiers de ces structures sont en gestion associative et un tiers en gestion hospitalière<sup>48</sup>. Les comparaisons d'une année sur l'autre doivent [...] être faites avec prudence : le nombre de structures financées et les taux de réponses étant différents chaque année. Le taux de réponse était de plus de 98 % en 2006 mais il a été plus faible auparavant (73 % en 2002) »<sup>49</sup>.

L'activité des CCAA est répartie en trois grandes catégories : les actes médicaux et/ou thérapeutiques, les interventions sociales et les actions de prévention. Dans chacun de ces domaines, les actions peuvent être individuelles ou collectives.

#### Une offre diversifiée de CCAA parmi les départements franciliens

En 2006, la France compte 230 CCAA dont 50 en Île-de-France. En Île-de-France, ce nombre a augmenté puisqu'il était de 39 en 2004. L'Île-de-France est mieux dotée que la moyenne française et compte 7 CCAA pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 70 ans contre 6 en France. Au sein même de la région, ces taux varient de 3 CCAA pour 1 000 000 habitants à Paris contre 13 CCAA pour 1 000 000 habitants en Seine-Saint-Denis.

**Tableau 4. Nombre de patients venus consulter dans les CCAA, en Île-de-France et en France, en 2006**

	nombre de CCAA (a)	nombre de CCAA pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 70 ans (b)	nombre de consultants* (a)	nombre moyen de consultants par CCAA (b)
Paris	5	3,3	1 944	389
Seine-et-Marne	7	8,7	1 699	243
Yvelines	6	6,8	1 572	262
Essonne	4	5,3	779	195
Hauts-de-Seine	6	6,1	2 527	421
Seine-Saint-Denis	12	12,9	4 477	373
Val-de-Marne	5	6,0	2 624	525
Val-d'Oise	5	6,9	1 926	385
<b>Île-de-France</b>	<b>50</b>	<b>6,7</b>	<b>17 548</b>	<b>351</b>
<b>France</b>	<b>230</b>	<b>5,8</b>	<b>125 955</b>	<b>548</b>

\* Nombre de consommateurs d'alcool venus consulter dans les CCAA

sources : (a) Données OFDT, Rapports d'activité des CCAA 2006 en Île-de-France et en France, Base Iliad 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

(b) Insee-Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

47 - Données issues des rapports d'activité des CCAA transmis chaque année aux Ddass.

48 - OFDT, base Iliad. Note sur les recours aux CCAA. [www.ofdt.fr/BDD\\_1en/iliad/2006\\_note6.html](http://www.ofdt.fr/BDD_1en/iliad/2006_note6.html)

49 - Op. cit.

En 2006, en Île-de-France, le nombre de consultants au sein de ces structures s'élève à 17 548 personnes, soit 351 consultants en moyenne par CCAA variant de 195 en Essonne à 525 dans le Val-de-Marne. Cette moyenne régionale est bien inférieure à celle observée en France avec 548 consultants en moyenne par CCAA. Au total, l'Île-de-France est mieux dotée que la moyenne nationale en CCAA et l'activité moyenne des centres y est inférieure. Ce nombre est à relativiser puisque les horaires d'ouverture des centres varient d'un département à un autre et les besoins ne sont pas forcément les mêmes.

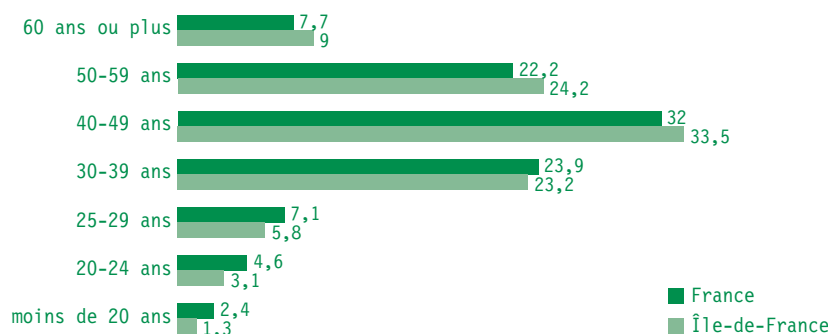
### Caractéristiques des patients accueillis au sein des CCAA

En 2006, parmi les usagers accueillis dans les structures franciliennes, environ un patient sur cinq était reçu pour la première fois dans les centres.

#### Des patients franciliens plus âgés avec une majorité d'hommes

La majorité des personnes prises en charge a entre 40 et 49 ans, la population jeune y est très peu nombreuse. Le public accueilli au sein des CCAA est plus âgé en Île-de-France qu'en France (67 % ont 40 ans ou plus contre 62 % en France). En Île-de-France, comme en France, près des trois quarts des patients sont des hommes (73 %).

**Graphique 6. Répartition des patients pris en charge dans les CCAA par tranche d'âge, en Île-de-France et en France, en 2006 (en %)**



source : Données OFDT, Rapports d'activité des CCAA en Île-de-France et en France, en 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

#### Peu de mobilité des patients pour se rendre dans un CCAA francilien

Parmi les patients franciliens reçus, 81 % résident dans le même département que le CCAA dans lequel ils se sont rendus. Environ 16 % des patients viennent d'un autre département et seuls 3 % des patients se sont déplacés d'une région à une autre. Les CCAA sont donc des dispositifs de proximité.

#### Des patients franciliens plutôt bien insérés dans la société

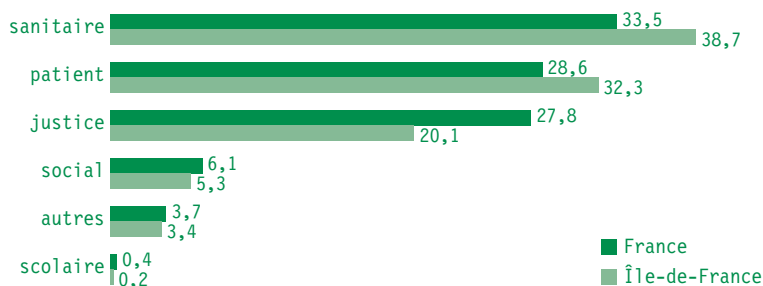
En 2006, en Île-de-France, une large majorité (86 %) des patients dispose d'un logement stable (88 % en France), 10 % des usagers sont considérés comme occupant un logement de façon précaire et près de 2 % sont sans logement. En Île-de-France comme en France, environ 61 % des patients exercent une activité rémunérée, 13 % perçoivent les Assedics et un patient sur six (environ 17 %) vit de revenus de solidarité (RMI, AAH, autres prestations sociales). Seuls, 2 % des patients sont sans revenus.

### Prise en charge des usagers au sein des CCAA

#### Une démarche de prise en charge plus souvent personnelle en Île-de-France

En Île-de-France, les patients sont, dans 39 % des cas, adressés par d'autres professionnels du champ sanitaire (médecin de ville, structures spécialisées, équipes de liaison, autre service hospitalier). Un tiers des patients viennent consulter d'eux-mêmes, 20 % sont vus dans le cadre d'une mesure judiciaire et 5 % sont adressés par des services sociaux. À l'échelle nationale, ces données sont légèrement différentes puisque pour 28 % des patients, la justice est à l'origine de la prise en charge.

**Graphique 7. Répartition des patients suivant l'origine de la prise en charge, en Île-de-France et en France, en 2006 (en %)**



source : Données OFDT, Rapports d'activité des CCAA en Île-de-France et en France, en 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

L'alcool est le produit posant le plus de problème aux patients mais tous ne sont pas dépendants

Compte tenu des missions des consultations en alcoologie, en Île-de-France comme en France, la quasi-totalité (88 %) des patients viennent consulter pour un problème avec l'alcool. En Île-de-France, seuls 7 % des usagers viennent spécifiquement pour des difficultés de consommation de tabac et 2 % de cannabis. Les usagers pris en charge sont souvent polyconsommateurs, essentiellement d'alcool/tabac. Un deuxième produit posant problème est déclaré par 31 % des patients, il s'agit essentiellement du tabac (81 %). Parmi les 5 % des patients ayant cité un troisième produit, il s'agit du cannabis pour plus de la moitié d'entre eux (57 %). Plus des deux tiers des patients (70 %) accueillis dans les CCAA franciliens sont dépendants d'une substance psychoactive. Parmi les patients, 17 % ont un usage nocif<sup>50</sup> et 14 % un usage à risques<sup>51</sup>.

Les CCAA d'Île-de-France accueillent peu d'usagers consommant d'autres drogues illicites que le cannabis

Parmi les patients des CCAA, certains consomment des drogues illicites ou des médicaments détournés de leur usage thérapeutique et ont des pratiques d'injection. En Île-de-France, près de 7 patients en moyenne par CCAA ont eu au moins une fois une prescription de méthadone par le centre et près de 15 patients une prescription de BHD.

En Île-de-France comme en France, parmi les patients des CCAA consommant des drogues illicites, les pratiques d'injection sont peu fréquentes. Une large majorité des patients (85 %) n'a jamais pratiqué l'injection (93 % en France). La moyenne des patients sous traitement de substitution aux opiacés est plus élevée en Île-de-France qu'en France.

**2.3.1.2. Les consultations jeunes consommateurs de cannabis et autres substances**

En 2005, devant l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes, des consultations jeunes consommateurs de cannabis et autres substances désignées sous le nom de Consultations cannabis dans ce document, ont été mises en place sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit d'un réseau de consultations gratuites garantissant l'anonymat, destiné aux jeunes consommateurs et à leur famille.

Ces consultations, menées par des équipes pluridisciplinaires formées aux spécificités du cannabis, permettent d'effectuer un bilan individualisé des consommations, d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille, d'aider en quelques consultations à arrêter ou à réduire la consommation et d'orienter vers une prise en charge à long terme lorsque la situation le justifie. Deux types de suivi existent : la consultation individuelle et la réunion de groupe. Ces consultations s'appuient sur le dispositif d'addictologie existant. Elles sont implantées au sein de structures spécialisées (CSST, CCAA, consultations hospitalières d'addictologie, de tabacologie) ou de structures plus généralistes d'accueil de publics jeunes. En France « 75 % d'entre elles sont adossées à un CSST, 15 % à un service hospitalier, 8 % à un CCAA et 2 % à un CCAA/CSST »<sup>52</sup>.

50 - L'usage nocif, ou abus, est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour le sujet lui-même, mais aussi pour son environnement. (Reynaud, 2002)

51 - L'usage à risques correspond à une situation qui peut entraîner des conséquences en termes de santé ou de problèmes médico-légaux pour soi-même ou pour autrui car il s'agit soit d'une consommation présentant un risque situationnel (boire avant de conduire, fumer durant la grossesse), ou en raison de facteurs de gravité (débuter une consommation très jeune, cumuler les consommations, recherche d'une visée auto-thérapeutique ou consommation importante en terme de quantité à chaque prise). (Reynaud, 2002)

52 - I.Obradovic, « Premier bilan des consultations cannabis », OFDT, Tendances n° 50, septembre 2006. Recueil mensuel, OFDT, récapitulatif des crédits dédiés aux consultations labellisées, ministère de la Santé, DGS/SD6B

### En trois ans, l'offre de Consultations cannabis s'est accrue

Il existe 278 Consultations cannabis réparties sur l'ensemble du territoire français. Entre 2005 et 2007, en Île-de-France, le nombre de Consultations cannabis a augmenté passant de 34 à 51<sup>53</sup>. Parmi les départements franciliens, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine sont les mieux dotés avec respectivement 42 et 41 consultations pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 24 ans. En revanche, le Val-d'Oise est le moins pourvu avec seulement 6 Consultations cannabis pour 1 000 000 habitants de la même tranche d'âge. L'Île-de-France est légèrement moins pourvue que la France avec respectivement 33 consultations pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 24 ans contre 35 en France.

**Tableau 5. Nombre de Consultations cannabis par département, en Île-de-France et en France, en 2007**

	nombre de Consultations cannabis (a)	nombre de Consultations cannabis pour 1 000 000 habitants âgés de 15 à 24 ans (b)
Paris	11	37,2
Seine-et-Marne	4	23,1
Yvelines	7	38,0
Essonne	5	31,2
Hauts-de-Seine	8	41,3
Seine-Saint-Denis	8	36,8
Val-de-Marne	7	41,6
Val-d'Oise	1	5,9
<b>Île-de-France</b>	<b>51</b>	<b>32,7</b>
<b>France</b>	<b>278</b>	<b>35,4</b>

sources : (a) GRSP, ORS Île-de-France, « Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France : situation initiale en 2006 », document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, mars 2008. (Extrait) C. Praznocy-Pépin (Crips-Cirdd), I. Grémy (ORS), fiche 18, p. 100

(b) Insee-Estimations de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

### L'entourage des consommateurs utilisateur du dispositif

En Île-de-France, pendant les deux premières années d'activité des Consultations cannabis (de mars 2005 à février 2007), 3 520 consommateurs et 2 750 personnes de l'entourage des consommateurs (parents, amis, conjoints) ont été reçus dans les consultations franciliennes<sup>54</sup> (respectivement 32 000 et 25 000 en France).

### **Fréquentation des Consultations cannabis**

#### Une répartition de l'activité assez stable sur les trois ans

Pour l'année 2007, en Île-de-France, 19 personnes en moyenne par structure sont vues chaque mois (dont 14 consommateurs). Entre 2005 et 2007, ce nombre a diminué puisqu'il était de 23 personnes en 2005 (dont 17 consommateurs). Cette tendance à la baisse est donc également visible pour le nombre moyen de consommateurs vus par structure. Dans le même temps, à l'échelle nationale, le nombre moyen de personnes vues et de consommateurs par structure est resté stable durant les trois années d'activité avec respectivement 18 personnes vues en moyenne dont 14 consommateurs. En 2007, le nombre moyen de personnes vues, par mois, dans les consultations franciliennes est légèrement supérieur à celui des consultations françaises.

### **Caractéristiques sociodémographiques des consultants**

#### De jeunes consommateurs majoritairement masculins

D'après l'enquête de l'OFDT de 2005, en Île-de-France, la moyenne d'âge des consommateurs reçus en consultation est de 20 ans et les hommes sont majoritaires (77%). Ce constat est identique au plan national (90% des consommateurs reçus ont entre 14 et 25 ans). En France, parmi les personnes de l'entourage (28% de l'ensemble des consultants, pour la plupart des parents), 68% sont des femmes et 32% des hommes. Cette remarque est valable pour les deux ans d'activité (de mars 2005 à février 2007) des consultations.

Sur les trois ans d'activité, la part des consommateurs parmi l'ensemble des personnes vues dans les Consultations cannabis est restée quasiment identique en Île-de-France comme en France. Ainsi, en 2007, en Île-de-France, parmi l'ensemble des consultants, le public est constitué de 76% de consommateurs, de 18% de parents

53 - Crips-Cirdd, Brochure « Consultations jeunes consommateurs de cannabis en Île-de-France », juin 2007

54 - OFDT, « Bilan de deux ans d'activité des consultations cannabis », Recueil mensuel d'activité des consultations cannabis, de mars 2005 à février 2007

et de 6 % d'autres consultants<sup>55</sup>. Ces proportions sont très proches en France avec respectivement 80 % de consommateurs, 15 % de parents et 5 % d'autres consultants.

#### Moins de parents parmi les consultants franciliens

En Île-de-France, entre 2005 et 2007, la part des consommateurs parmi les consultants a augmenté (de 72 %, elle est passée à 76 %) alors que celle des parents a diminué (de 22 % à 18 %).

#### Baisse de la part des primo-consultants en Île-de-France parmi l'ensemble des consommateurs reçus

En Île-de-France, sur les trois ans d'activité des Consultations cannabis, la proportion de consommateurs vus pour la première fois s'élève à 29 % en moyenne par mois, soit une proportion inférieure à celle de la France qui est de 43 % en moyenne par mois sur les trois ans. En 2007, la part de primo-consultants franciliens dans l'ensemble des consommateurs reçus (24 %) est bien inférieure à celle enregistrée les deux années précédentes avec respectivement 35 % de primo-consultants en 2005 et 28 % en 2006, soit une baisse de 11 points en trois ans.

Ces données semblent difficiles à interpréter en l'absence d'informations complémentaires notamment sur le nombre de patients revus.

### **Accessibilité des consultations**

#### Un délai d'attente court

Sur l'ensemble de l'année 2007, malgré des plages horaires en moyenne plus larges en France qu'en Île-de-France (62 heures en moyenne d'heures d'ouverture contre 57 heures en Île-de-France), le délai moyen de prise de rendez-vous est quasiment identique en France comme en Île-de-France avec respectivement en moyenne 7 jours et 6 jours. Sur les trois ans d'activité, ce délai moyen de prise de rendez-vous, plutôt bref, est resté stable en Île-de-France comme en France.

#### Malgré une baisse du nombre moyen d'heures d'ouvertures des consultations franciliennes, le cumul de ces heures, en Île-de-France, reste le plus élevé des régions françaises

En trois ans, en Île-de-France, le nombre moyen d'heures d'ouverture pour une consultation par structure a diminué passant de 73 heures par mois en 2005 à 57 heures en 2007. À l'échelle nationale, ce nombre est resté stable avec en moyenne 62 heures d'ouverture.

Cependant, l'indicateur moyen ne rend pas compte de toutes les particularités. En effet, parmi l'ensemble des régions françaises, l'Île-de-France possède le cumul d'heures d'ouverture le plus élevé avec 423 heures par semaine. Seulement 12 % des structures sont ouvertes 35 heures ou plus par semaine.

### **Modalités de recours aux Consultations cannabis**

#### L'origine de la démarche varie selon le sexe et l'âge de l'utilisateur

Plusieurs modalités de recours sont possibles, une démarche spontanée de la part de l'utilisateur, une suggestion de l'entourage ou une orientation judiciaire. Ces recours varient aussi en fonction du sexe et de l'âge de l'utilisateur.

En France, la plupart des consultants (60 %) viennent spontanément ou sont adressés par un tiers (familial, éducatif ou médical : parent, assistante sociale, médecin scolaire, etc.), à parts sensiblement égales.

En 2005<sup>56</sup>, en Île-de-France, les modalités de recours aux consultations diffèrent selon le sexe : chez les garçons, les recours sont en majorité de nature judiciaire (23 % contre 7 % chez les filles) alors que chez les filles, ce sont davantage des démarches spontanées (60 % contre 36 % chez les garçons). Ces tendances sont identiques à l'échelle nationale. Cependant, la part des consommateurs adressés par la justice est relativement faible en Île-de-France (20 % pour les deux sexes confondus contre 38 % pour l'ensemble du pays).

Les auteurs de l'enquête, réalisée par l'OFDT, signalent que cette différence de modalités de recours selon le sexe est à rapprocher avec celui fait par l'Insee qui met en évidence que « le recours au système de soins est plus fréquent chez les femmes et plus souvent motivé par une démarche de prévention, alors que chez les hommes, les consultations sont davantage motivées pour des raisons de douleurs »<sup>57</sup>. Ce phénomène est sans doute également à mettre en relation avec le fait que les femmes sont moins consommatrices de cannabis que les hommes<sup>58</sup>.

55 - Part calculée parmi l'ensemble des personnes vues

56 - Ce sont les données les plus récentes concernant les particularités des modalités de recours aux consultations cannabis.

57 - C. Aliaga, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », Insee Première n° 869, Paris, octobre 2002. Cette enquête intitulée « Comportements vis-à-vis de la santé » a constitué la partie dite « variable » de mai 2001 du dispositif de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV). Ses résultats reposent sur un échantillon de 5 200 individus âgés de 15 ans ou plus au moment de l'enquête.

58 - En Île-de-France, en 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans, 6 % des filles ont un usage régulier de cannabis contre 14 % des garçons. (Escapad 2005)

En France, en 2005, les modalités de recours aux consultations diffèrent également selon la tranche d'âge et semblent en lien avec les modes de vie et la socialisation de l'individu. Le consommateur se rend dans une consultation sur suggestion d'un tiers dans près de 50 % des cas avant l'âge de 20 ans. La demande du consommateur est le plus fréquemment induite par une décision de justice entre 20 et 28 ans (46 %), en particulier chez les garçons. Les demandes spontanées deviennent plus nombreuses à partir de 29 ans (plus de 60 % des modalités de recours). Dans tous les cas, quelles que soient les modalités de recours, le motif principal de consultation est la consommation de cannabis : 92 % des consultants accueillis (hors entourage) déclarent à titre principal un usage de cannabis au moins occasionnel ou répété<sup>59</sup>.

### Fréquence d'usage des consommateurs<sup>60</sup>

#### Près de la moitié des consommateurs sont des usagers quotidiens de cannabis

En 2005, en France, les niveaux de consommation de cannabis déclarés par les consommateurs se rendant dans les Consultations cannabis sont élevés. Ainsi, parmi l'ensemble des consommateurs, 45 % d'entre eux sont des usagers quotidiens<sup>61</sup>, environ 20 % font état d'une consommation régulière<sup>62</sup> mais pas quotidienne et 36 % sont des usagers occasionnels<sup>63</sup>, voire n'ont pas de consommation récente. En effet, 10 % des consultants accueillis n'ont pas consommé de cannabis dans le mois précédant la visite en consultation. L'enquête ne révèle pas les motifs du recours de ces consultants.

#### Les filles vont consulter lorsque leur consommation de cannabis est régulière

La structure globale des usages de cannabis, parmi les consultants, est relativement différenciée par sexe : 69 % des filles rencontrées ont une consommation régulière ou quotidienne de cannabis, contre 62 % des garçons. Les filles sont donc moins nombreuses (31 %) que les garçons (38 %) à s'être déplacées en consultation pour évoquer des usages occasionnels.

### 2.3.1.3. Les CSST

Les CSST en ambulatoire sont « des structures de prise en charge des usagers de drogues illicites. Ces structures peuvent assurer une prise en charge médico-sociale et une prise en charge socio-éducative (aide à la réinsertion). Elles assurent l'accueil de la personne en situation de dépendance et/ou de sa famille, l'orientation, l'information, l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier et le soutien à l'environnement familial. »<sup>64</sup>

Certains CSST assurent des prestations en ambulatoire et/ou avec hébergement et gèrent des réseaux d'ATR qui permettent aux usagers de drogues de retrouver une certaine autonomie, des réseaux de familles d'accueil, des structures d'hébergement d'urgence sur des durées comprises entre une et quatre semaines, pendant une période de transition (attente d'un sevrage, sortie de prison...). Ce dispositif fonctionne en liaison avec le dispositif hospitalier traditionnel qui a également en charge l'accueil et les soins aux personnes toxicomanes.

Les CSST avec hébergement collectif sont des lieux de vie accueillant, pendant une durée limitée, des personnes sevrées ou sous traitement de substitution. Cette prise en charge vise à consolider la rupture avec l'usage de produits illicites, restaurer l'équilibre personnel et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des résidents. Ces CSST peuvent être également des CTR<sup>65</sup>.

Il existe aussi des CSST implantés en milieu pénitentiaire.<sup>66</sup>

#### Une offre élevée de CSST en Île-de-France

En 2006, en France, il existe 251 CSST dont 209 sont en ambulatoire et environ 42 sont avec hébergement. « Les deux tiers des CSST en ambulatoire sont en gestion associative et un tiers en gestion hospitalière »<sup>67</sup>. En Île-de-France, le nombre de CSST a augmenté par rapport à 2004 passant de 49 à 54 CSST (hors milieu pénitentiaire). D'après l'enquête « CSST avec hébergement » menée conjointement par la Drassif et la Cramif en 2005, sur les 31 CSST identifiés comme assurant des prestations avec hébergement, 26 ont répondu au questionnaire.

Sur 334 places recensées au total, 129 concernent les appartements thérapeutiques, 103 l'hébergement collectif, 85 les chambres d'hôtel, 12 les familles d'accueil, et 5 les autres types d'hébergements.

59 - Les 8 % restants sont, sauf exception, des non-réponses à la question des fréquences de consommation par produit.

60 - I.Obrovic, « Premier bilan des consultations cannabis en 2005 », OFDT, Tendances n° 50, septembre 2006

61 - Usager quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours

62 - Usager régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours

63 - Usager occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois

64 - D.Richard, J-L.Senon, M.Valleur, « Dictionnaire des drogues et des dépendances », Larousse, 2004, p. 119

65 - Cf. définition page 25

66 - Cf. troisième partie du document sur la prise en charge en milieu carcéral

67 - Note de l'OFDT sur les CSST, base Iliad. [www.ofdt.fr/BDD\\_1en/iliad/2006\\_note1.html](http://www.ofdt.fr/BDD_1en/iliad/2006_note1.html)

Ces places ont permis d'héberger 1 167 personnes, réparties comme suit : 468 ont bénéficié d'un hébergement collectif, 451 d'un hébergement en hôtel, 216 d'appartements thérapeutiques, 26 de familles d'accueil et 6 dans d'autres types d'hébergements. D'après l'exploitation régionale des données issues des rapports d'activité fournis par l'OFDT en 2006, la région Île-de-France compte 6 CTR (65 places). Ces données seront prochainement complétées avec l'enquête médico-sociale menée par la Drassif et la Cramif.

**Tableau 6. Nombre de CSST et de patients venus consulter, en Île-de-France et en France, en 2006**

	nombre de CSST en ambulatoire	nombre de CSST en ambulatoire avec hébergement	hébergement (CTR/ATR)	nombre total de CSST hors pénitentiaire	nombre de CSST en milieu pénitentiaire	file active* totale estimée des CSST	file active pour 1000 habitants âgés de 20 à 49 ans
Paris	12	6	1	19	1	10731	10,1
Seine-et-Marne	3	1	1	5	0	1 022	1,9
Yvelines	2	0	0	2	1	1 354	2,3
Essonne	3	2	0	5	1	1 140	2,2
Hauts-de-Seine	4	3	0	7	0	3 031	4,3
Seine-Saint-Denis	5	0	1	6	0	1 980	3,0
Val-de-Marne	5	2	0	7	1	1 382	2,4
Val-d'Oise	0	3	0	3	0	1 127	2,3
<b>Île-de-France</b>	<b>34</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>21767</b>	<b>4,2</b>
<b>France</b>	<b>209</b>	<b>-</b>	<b>42</b>	<b>251</b>	<b>-</b>	<b>96136</b>	<b>3,9</b>

\*Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge. sources : Données OFDT/Drassif, Rapports d'activité des CSST en ambulatoire en Île-de-France et en France, en 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

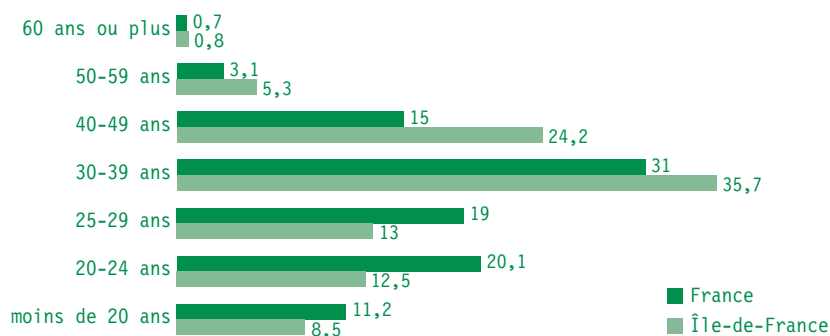
En Île-de-France, le nombre de consultants (patients usagers de drogues) au sein des CSST s'élève à 21 767 personnes soit 4 consultants pour 1 000 habitants âgés de 20 à 49 ans (comparable à l'échelle nationale). À nouveau, parmi les départements franciliens, le nombre de consultants par CSST est le plus élevé pour la capitale avec 10 consultants pour 1 000 habitants âgés de 20 à 49 ans et le plus faible en Seine-et-Marne avec 2 consultants pour 1 000 habitants de la même tranche d'âge.

### Caractéristiques sociodémographiques des patients accueillis dans les CSST

#### En Île-de-France, davantage d'hommes plutôt âgés et peu insérés

D'après les données des rapports d'activité des CSST de 2006 fournies par l'OFDT, parmi l'ensemble du public francilien accueilli au sein de ces centres, 36 % ont entre 30 et 39 ans (31 % en France). Les moins de 20 ans sont peu nombreux (9 %) dont 4 % sont mineurs. Les usagers pris en charge sont plus âgés en Île-de-France qu'en France ; 60 % des usagers ont entre 30 et 49 ans contre 45 % en France.

**Graphique 8. Répartition des patients pris en charge dans les CSST par tranche d'âge, en Île-de-France et en France, en 2006 (en %)**



sources : Données OFDT/DGS, Rapports d'activité des CSST en ambulatoire en Île-de-France et en France, en 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

En Île-de-France, comme en France, environ quatre usagers sur cinq sont des hommes. Les patients accueillis dans les structures franciliennes sont peu insérés dans la société. Les ressources d'un peu plus d'un tiers des patients (37 %) proviennent de revenus du travail. Presque un patient sur dix (9 %) perçoit les Assedics et 39 % des usagers vivent de revenus de solidarité (RMI, AAH, autres prestations sociales). Enfin, 2 % des patients sont sans revenus. Parmi les usagers, 7 % sont sans logement et un patient sur cinq (21 %) est logé de façon provisoire. À l'échelle nationale, les usagers sont légèrement plus nombreux à avoir une situation sociale stable.

Peu de mobilité des usagers pour se rendre dans un CSST

En Île-de-France comme en France, la grande majorité des patients sont originaires du département dans lequel se trouve le CSST. En Île-de-France, environ 77 % des patients accueillis (contre 87 % en France) résident dans le même département que le CSST avec lequel ils sont rentrés en contact. Parmi les patients franciliens, 18 % viennent d'un autre département situé dans la même région que le CSST. Paris concentre un nombre important de structures qui prennent en charge les usagers de drogues, c'est pourquoi la proportion de patients parisiens venant d'un autre département (24 %) est plus élevée qu'en Île-de-France. Seuls 5 % des patients se sont déplacés d'une région à une autre. Ce pourcentage reste malgré tout faible au regard de la forte concentration de CSST au sein de la capitale.

### Substances consommées et nature de la prise en charge

#### En Île-de-France, des usagers essentiellement consommateurs d'opiacés

En 2006, en Île-de-France comme en France, la grande majorité des usagers accueillis en CSST a déjà entrepris une démarche de soins antérieure à la consultation, souvent de leur propre initiative ou de celle de leurs proches. Parmi les usagers franciliens, 30 % sont adressés par d'autres professionnels du champ sanitaire. L'orientation judiciaire arrive en troisième position pour 17 % des patients, en majorité des hommes et près de 5 % sont envoyés par les services sociaux. Un peu plus de la moitié des usagers pris en charge sont dépendants aux substances psychoactives. En 2006, parmi les 92 % des patients franciliens (soit 18 129 personnes) ayant cité le produit leur posant le plus de problème, la plupart (33 %) des usagers pris en charge dans les CSST rencontrent un problème avec les opiacés, 27 % avec le cannabis et 14 % avec l'alcool. Ces patients sont très souvent polyconsommateurs. En effet, parmi les patients franciliens, 58 % ont cité un deuxième produit posant problème, il s'agit du cannabis pour 25 % d'entre eux. Parmi les 34 % ayant cité un troisième produit, le tabac était mentionné par 24 % de ces patients. Toutefois, les usagers d'opiacés sont dans une très large majorité consommateurs de tabac mais il se peut que peu d'entre eux en fassent un motif de recours.

#### En France, en huit ans, une modification de la file active des CSST

Entre 1998 et 2006, en France, la file active des CSST a triplé, passant de 22 827 à 74 542 patients. On constate une baisse très nette du pourcentage de patients venus consulter pour un problème d'opiacés, 55 % en 1998 contre 36 % en 2006.

**Tableau 7. Répartition de l'ensemble des patients pris en charge dans un CSST suivant le premier produit à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problème, en France, de 1998 à 2006 (en %)**

	1998	2000	2002	2004	2006
	<b>22 827</b>	<b>32 398</b>	<b>42 310</b>	<b>71 829</b>	<b>74 542 patients</b>
alcool	6,1	6,8	9,1	10,8	10,6
cannabis	16,1	21,8	25,0	28,5	31,8
opiacés	54,6	47,1	43,1	37,9	36,3
cocaïne et crack	5,1	5,6	6,2	5,7	6,6
amphétamines, ecstasy	1,8	1,9	2,3	1,7	1,2
médicaments psychotropes	5,2	4,3	3,2	3,2	2,4
méthadone, BHD	8,4	9,2	7,6	8,0	6,8
autres	2,7	3,3	3,5	3,6	2,0

sources : Données OFDT, Rapports d'activité des CSST 2004 et 2006, DGS. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

Inversement, la proportion de patients venus pour une prise en charge de cannabis a doublé passant de 16 % en 1998 à 32 % en 2006. Ainsi, en 2006, même si la prise en charge pour les opiacés reste dominante, celle pour le cannabis atteint des proportions de plus en plus importantes. Malgré la hausse des usages de cocaïne dans la population au cours de ces dernières années, les données ne montrent pas d'augmentation des prises en charge pour ce produit.

#### De moins en moins d'usagers de drogues par voie intraveineuse dans les CSST

En 2006, d'après l'exploitation régionale des données des rapports d'activité des CSST fournis par l'OFDT, environ un patient francilien sur huit déclare avoir utilisé la voie intraveineuse dans le mois, mais plus de la moitié déclare n'avoir jamais utilisé ce mode de consommation. En France, la baisse du nombre d'usagers de drogues ayant utilisé la voie intraveineuse se poursuit en 2006.

Avec 30 % de non-injecteurs en 1998 contre 64 % en 2006, la population accueillie par les CSST en ambulatoire semble s'être notablement transformée en huit ans.

#### Les proportions de patients des CSST sous traitement de substitution sont similaires en Île-de-France et en France

En 2006, en Île-de-France, la répartition de Subutex® et de méthadone chez les patients sous traitement de substitution est identique à celle de la France. Parmi l'ensemble des patients reçus au sein des CSST en Île-de-France comme en France, 38 % sont sous traitement de substitution dont 17 % sous Subutex® et 21 % sous méthadone.

#### Une prise en charge en CSST composée essentiellement d'actes infirmiers

En 2006, d'après l'exploitation régionale des données des rapports d'activité des CSST fournis par l'OFDT, sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST en ambulatoire, en Île-de-France comme en France, les actes infirmiers sont les plus nombreux (32 % de l'ensemble des actes en Île-de-France et 41 % en France), suivis par les actes d'éducateurs spécialisés (21 % des actes). Par ailleurs, 36 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST et près de 20 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier.

#### 2.3.1.4. Les Csapa

Les Csapa ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Jusqu'ici les Csapa n'avaient pu se mettre en place faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que ces centres soient financés par l'Assurance maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des Csapa. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité.

#### Les Csapa : un dispositif médico-social en addictologie

Ces centres offriront un statut réglementaire commun pour les CCAA et les CSST. Ils pourront se spécialiser en alcoologie ou en toxicomanie ou être généralistes en addictologie.

L'objectif de ces nouvelles structures est de constituer un dispositif médico-social en addictologie permettant au sein d'un territoire de prendre en charge les conduites addictives et l'individu dans sa globalité.

Les Csapa s'adressent aux personnes en difficulté avec leurs consommations de substances psychoactives (licites/illicites) ou aux personnes présentant des addictions sans substance, ainsi qu'à leur entourage.

#### La mise en place des Csapa : une période de transition

Les CCAA et les CSST ont jusqu'au 22 décembre 2009 pour déposer auprès du préfet de département, un dossier de demande d'autorisation en tant que Csapa. Durant cette période de transition, les CCAA et les CSST obéissent toujours à la même réglementation. Dans la mesure du possible, le Schéma régional d'addictologie, élaboré par la Drassif dans le cadre de la Commission régionale addictions, devra être adopté préalablement au dépôt des dossiers de demande d'autorisation en Csapa.

#### 2.3.1.5. Les CTR

Un CTR (ex post-cure) est un hébergement thérapeutique résidentiel destiné aux patients usagers de drogues. Il permet une transition entre l'hospitalisation et

le retour à domicile par suivi médical, psychologique, éducatif et social et un retour progressif à la vie sociale visant à la réinsertion et au retour à l'autonomie.

### 2.3.1.6. Les autres dispositifs

En dehors des dispositifs publics, des établissements privés peuvent prendre en charge les addictions. Certains s'adressent à des populations plus spécifiques comme la clinique Montevideo<sup>68</sup>.

### 2.3.2. Les dispositifs de réduction des risques

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues « vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie »<sup>69</sup>.

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, qui a permis une reconnaissance législative de la réduction des risques en définissant son objet et en affirmant la responsabilité de l'État dans ce domaine. Cette même loi a également permis la création des Caarud. Ce dispositif de réduction des risques repose sur un petit nombre d'actions de prévention visant à faciliter l'accès au matériel d'injection et la diffusion de messages préventifs parmi une population à haut risque infectieux.

#### 2.3.2.1. Les Caarud

D'après la circulaire n° DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006<sup>70</sup> : « les Caarud sont des établissements médico-sociaux qui assurent : l'accueil, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; l'appui aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, au matériel de prévention des infections (distribution et récupération de seringues, préservatifs...). Les Caarud assurent également des interventions de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ; ils participent à des actions de médiation sociale auprès des riverains, des commerçants, des élus locaux et des forces de l'ordre afin d'assurer la bonne intégration des usagers dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. »

Parmi les départements franciliens, Paris est le mieux pourvu en Caarud avec 8 Caarud pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 49 ans. Avec 4 Caarud pour 1 000 000 habitants, l'Île-de-France est moins bien dotée que la France (5 Caarud).

**Tableau 8. Nombre de Caarud par département, en Île-de-France et en France, en 2007**

	nombre de Caarud (a)	nombre de Caarud pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 49 ans (b)
Paris	9	8,4
Seine-et-Marne	2	3,7
Yvelines	1	1,7
Essonne	1	1,9
Hauts-de-Seine	1	1,4
Seine-Saint-Denis	4	6,0
Val-de-Marne	1	1,7
Val-d'Oise	1	2,1
<b>Île-de-France</b>	<b>20</b>	<b>3,9</b>
<b>France</b>	<b>130</b>	<b>5,2</b>

source : (a) GRSP, ORS Île-de-France, « Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France : situation initiale en 2006 », document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, mars 2008. (Extrait) C. Praznocy-Pépin (Crips-Cirdd), I. Grémy (ORS), fiche 20, p. 107  
(b) Insee-Estimations de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

68 - La clinique Montevideo a été créée en 2003, pour ouvrir une autre voie dans le traitement de l'addiction sous toutes ses formes. C'est le premier établissement privé ayant obtenu la création de 45 lits d'addictologie. Elle se situe dans les locaux de l'ancienne Clinique du Belvédère aux portes de Paris, à Boulogne Billancourt. Elle dispose de deux bâtiments, dont une aile principale nommée Montevideo et une seconde appelée La Havane. La capacité d'accueil est de 37 chambres individuelles et 4 chambres doubles. ([www.montevideoclinic.net](http://www.montevideoclinic.net))

69 - [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/caarud/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/caarud/sommaire.htm)

70 - Circulaire relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des Caarud et à leur financement par l'Assurance maladie.

### Caractéristiques sociodémographiques des usagers des Caarud

#### Une population d'usagers plutôt masculine, âgée et souvent précaire

L'exploitation régionale de l'enquête 2006 de l'OFDT sur les usagers des Caarud<sup>71</sup> montre que 59 % ont 35 ans ou plus et 94 % se situent dans une fourchette comprise entre 20 et 49 ans. Le sexe ratio est d'une femme pour cinq hommes (16,4 % contre 83,6 %).

En France, l'usager le plus jeune est âgé de 15 ans et le plus âgé de 67 ans. En Île-de-France, la moyenne d'âge des usagers est de 33,4 ans.

Les Caarud d'Île-de-France présentent la particularité d'accueillir la part la plus forte en termes de populations en difficulté puisque 83 % des usagers sont marqués par la précarité sociale (77 % en France). Toutefois, selon une variable synthétique de précarité socio-économique<sup>72</sup> qui présente trois degrés de précarité, l'Île-de-France compte, parmi l'ensemble des personnes précaires, une majorité d'usagers ayant une précarité modérée (55 % contre 42 % à l'échelle nationale). En France, parmi les usagers fréquentant les Caarud, plus de la moitié d'entre eux vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38 %) et plus d'un quart sont sans domicile fixe (26 %).

#### Les usagers des Caarud franciliens essentiellement consommateurs de stimulants et d'opiacés

En Île-de-France, parmi les personnes accueillies dans les Caarud, 58 % sont essentiellement consommatrices de stimulants, 57 % d'opiacés, 41 % de cannabis et 17 % de médicaments (non opiacés) détournés de leur usage thérapeutique. Les produits engendrant le plus de problèmes à l'usager selon les équipes des Caarud franciliens sont le crack (29 %), suivi par l'alcool (16 %) et le sulfate de morphine (13 %).

En France, selon le même rapport d'enquête, les opiacés sont les produits les plus fréquemment consommés au cours du dernier mois (par 57 % des usagers), les stimulants (47 %), le cannabis (50 %), l'alcool (37 %) et les médicaments (non opiacés) en mésusage (14 %). En France, les équipes des Caarud rapportent que le produit posant le plus de problèmes est la BHD détournée de son usage thérapeutique, suivie de l'alcool (17 %) et de l'héroïne (15 %).

Parmi les usagers franciliens, 53 % déclarent bénéficier d'un traitement de substitution médicalement prescrit ; la BHD pour 29 % d'entre eux. À l'échelle nationale, ils sont un peu plus nombreux à déclarer suivre un traitement de substitution (60 %).

#### Moins d'usagers injecteurs dans les Caarud franciliens que dans ceux de province

Comparée au territoire métropolitain, l'Île-de-France présente un profil d'usagers particulier en matière d'injection, que ce soit au cours du mois ou de la vie, avec une fréquence bien moindre de cette pratique que dans les autres zones. Ainsi, un usager francilien sur deux a utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de la vie et 42 % au cours du mois. En France, ils sont près de sept usagers sur dix (69 %) à avoir utilisé l'injection au moins une fois au cours de leur vie. À 15 ans, 10 % des usagers de drogues par voie intraveineuse franciliens avaient déjà été initiés à l'injection ; cette proportion est quasiment identique à l'échelle nationale. Concernant le partage du matériel d'injection, plus d'un usager francilien injecteur sur deux (61 %) déclare n'avoir jamais partagé de seringues au cours de la vie (un injecteur sur deux en France) et 7 % déclarent avoir partagé des seringues au cours du dernier mois (8,3 % en France).

Concernant le partage du petit matériel, parmi les injecteurs récents, près d'un usager francilien sur huit (12 %) a partagé des cotons/filtres au cours du mois et la même proportion a partagé la cuillère. Les données sont comparables à celles observées à l'échelle nationale.

#### Une pratique de dépistage répandue et des prévalences de VIH et VHC qui demeurent importantes

Parmi les usagers injecteurs franciliens fréquentant les Caarud, 84 % déclarent avoir réalisé des tests de dépistage du VIH et du VHC. Au total, 8 % des usagers déclarent être séropositifs au VIH (contre 6 % en France) et 32 % au VHC (contre 27 % en France). Une minorité des usagers séropositifs au VHC reçoit un traitement et moins de la moitié est vaccinée contre le VHB. Il en est de même en France.

#### 2.3.2.2. L'offre en outils de RdR en Île-de-France et en France

Les seringues sont disponibles en pharmacie de ville, dans les automates ou dans les structures de RdR.

71 - A.Toufik, A.Cadet-Taïrou, E.Janssen, M.Gandilhon, « Première enquête nationale sur les usagers des Caarud », OFDT, Tendances n°61, mai 2008

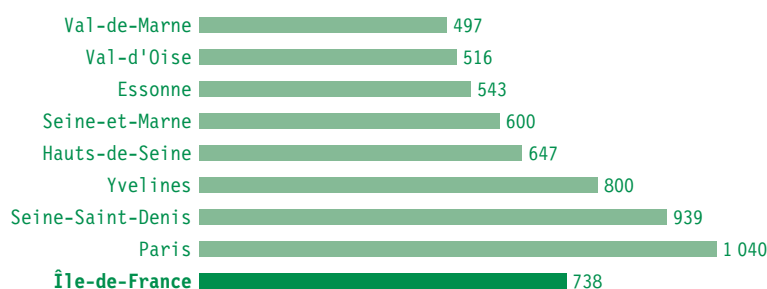
72 - Une variable de précarité socio-économique a été calculée à partir de cinq variables : couverture santé, ressources, situation professionnelle, niveau d'étude, logement. Les sujets ont été classés en trois catégories : non-précaires, précarité modérée, précarité forte.

### Recul des ventes franciliennes de Stéribox® en pharmacie

D'après les données de l'InVS produites à partir des chiffres du Gers<sup>73</sup>, entre 2001 et 2007, en Île-de-France, les ventes de Stéribox® en pharmacie de ville ont diminué de 31% passant de 544 949 à 377 691 ventes de Stéribox®. Cette tendance est identique à l'échelle nationale.

En 2007, parmi les départements franciliens, les taux s'échelonnent de 1 040 ventes pour 10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans à Paris à 497 ventes dans le Val-de-Marne (graphique 9). En pharmacie de ville, les ventes en Île-de-France représentent 15% de l'ensemble des ventes françaises de Stéribox® (contre 32% en 1996).

**Graphique 9. Nombre de Stéribox® vendus en pharmacie par département francilien, pour 10 000 habitants de 20 à 49 ans, en 2007**



En 2006, en France, 1 010 Stéribox® ont été vendus en pharmacie pour 10 000 habitants de 20 à 49 ans (639 Stéribox® en Île-de-France). Les données 2007 pour la France ne sont pas disponibles.

sources : Données InVS/Siamois à partir des données Gers 2007, Insee-Estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Exploitation Cirdd Île-de-France 2008

Un Stéribox® est une trousse de prévention destinée aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Elle contient deux seringues à insuline stériles, deux tampons d'alcool, deux cuillères stériles, deux tampons secs à coagulation, deux flacons d'eau stérile, un préservatif et un mode d'emploi.

### Un accès inégal au matériel d'injection via les automates selon les départements franciliens

Les automates sont des bornes qui peuvent être de simples récupérateurs sécurisés pour la collecte des seringues ou peuvent permettre d'échanger des seringues contre du matériel d'injection stérile. En Île-de-France, l'association Safe<sup>74</sup> assure la gestion et la coordination du dispositif des automates d'échange et de distribution de seringues. Elle centralise également les statistiques relatives aux automates.

**Tableau 9. Nombre de sites d'implantation des automates et de distributeurs de seringues par département francilien, en 2006**

	nombre de sites d'implantation	distributeur seul non couplé à un récupérateur	récupérateur seul non couplé à un distributeur	distributeur couplé à un récupérateur	1 ou 2 distributeur(s) couplé(s) à un échangeur
Paris	33	12	0	0	21
Seine-et-Marne	2	0	0	0	2
Yvelines	1	0	0	0	1
Essonne	10	2	0	0	8
Hauts-de-Seine	36	10	7	0	19
Seine-St-Denis	16	7	0	7	2
Val-de-Marne	30	11	0	0	19
Val-d'Oise	7	2	0	3	2
<b>Île-de-France</b>	<b>135</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>74</b>

source : Association Safe, 2008

73 - Le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (Gers) recueille quotidiennement les données de ventes de tous les acteurs de l'industrie pharmaceutique, par point de vente et par présentation produit.

74 - L'association Safe est une association nationale de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Elle assure la gestion et l'entretien de près de 50 sites d'implantation d'automates en Île-de-France.

**Tableau 10. Nombre de seringues distribuées et récupérées via les automates, par département francilien en 2006**

	nombre de seringues distribuées	nombre de seringues récupérées
Paris	272 594	245 100
Seine-et-Marne	1 236	1 559
Yvelines	1 800	783
Essonne	21 466	7 664
Hauts-de-Seine	53 500	17 170
Seine-St-Denis	36 034	327
Val-de-Marne	48 064	4 290
Val-d'Oise	3 622	2 415
<b>Île-de-France</b>	<b>438 316</b>	<b>279 308</b>

Chaque Stéribox® contient deux seringues. En Île-de-France, 219 158 kits ont été distribués soit 438 316 seringues.

source : Association Safe, 2008

Le distributeur simple permet l'accès à une trousse de prévention en échange d'un jeton « prévention sida ».

Le récupérateur ou collecteur permet l'accès à un jeton « prévention sida » en échange d'une seringue usagée.

L'échangeur distributeur permet l'accès à une trousse de prévention en échange d'une seringue usagée ou d'un jeton « prévention sida ».

#### Une hausse du nombre de sites d'implantation des automates en Île-de-France

Sur l'ensemble du territoire francilien, l'association Safe a recensé en 2006, 44 sites de distribution de trousse de prévention par automate et 7 sites de collecte de seringues par automate, répartis dans 8 départements. En 2004, 124 automates distributeurs étaient implantés en Île-de-France, en 2006 il y en a 135, ce qui représente une hausse de 9 % du nombre d'implantations.

#### Une répartition territoriale des automates assez hétérogène

Le tableau 9 relatif au nombre de sites d'implantation des automates et de distributeurs de seringues dont sont équipés les différents départements franciliens montre une grande hétérogénéité des équipements selon les zones géographiques. Depuis 2004, tous les départements franciliens sont dotés d'au moins un automate de réduction des risques. Cependant, la couverture territoriale reste encore très hétérogène et probablement insuffisante sur certains secteurs géographiques. Comme le souligne Safe, « certains automates fonctionnent très peu, ce qui interroge sur la pertinence de certaines implantations et sur les mesures à envisager pour optimiser leur usage. »

A contrario, en 2006, le département des Yvelines ne dispose que d'un seul automate alors que les données Siamois montrent qu'il existe dans ce département une demande de la part des usagers de drogues. En effet, en 2006, près de 48 000 Stéribox® ont été vendus dans les pharmacies du département. Une analyse plus qualitative serait nécessaire pour apprécier l'opportunité d'en installer dans des zones où l'on constate un achat important de kits de réduction des risques.

#### Hausse du nombre de seringues délivrées par des automates

Au cours des dernières années, en Île-de-France, il y a eu un accroissement des quantités de Stéribox® distribués dans les automates (+32 % entre 2001 et 2006), cette hausse est particulièrement marquée au sein de la capitale puisqu'elle est de 70 % entre 2001 et 2006. Cette évolution est due notamment à l'augmentation du nombre d'automates implantés à Paris ainsi qu'à l'augmentation du nombre de Stéribox® distribués dans chaque automate. (tableau 10)

#### Hausse du nombre de seringues récupérées

L'évolution de la collecte de seringues par automate peut être un indicateur de l'intégration des messages de prévention de l'environnement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. En 2004, en Île-de-France, le taux de collecte de seringues (ou taux de récupération) était de 26 % (404 864 seringues distribuées

pour 103 304 seringues usagées récupérées), en 2006, il est de 64 % (tableau 10), soit presque un triplement en trois ans.

La hausse de la distribution de seringues via les automates compense en partie la baisse des ventes de Stéribox®

Comme l'illustre le graphique 10, la baisse des ventes de Stéribox® en officine de ville depuis 2001 est compensée en partie par l'augmentation de la distribution via les automates. Toutefois, une part importante de la distribution est assurée par les acteurs locaux de soins et de prévention (environ 30 % au niveau national)<sup>75</sup>. Au total, le nombre de Stéribox® distribués a diminué passant d'un peu plus de 700 000 Stéribox® en 2001 à près de 600 000 en 2006.

**Graphique 10. Évolution du nombre de Stéribox® distribués en pharmacie et par automate entre 2001 et 2006, en Île-de-France**



source : Données transmises par l'association Safe en 2008, Siamois (base Iliad)

#### Bilan des automates en Île-de-France

Le dispositif de réduction des risques par automates continue de se développer en Île-de-France et les chiffres globaux montrent un accroissement permanent de son utilisation par les usagers de drogues. Même si tous les départements franciliens sont équipés d'au moins un site de distribution aujourd'hui, la couverture territoriale semble insuffisante dans certains départements.

### 3. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

#### À retenir

Le repérage des addictions à l'entrée en prison peut être effectué par l'Ucsa, le SMPR et à titre exceptionnel, par un CSST ou par le Spip. En 2003, la santé des entrants est jugée plutôt bonne par les médecins.

L'offre de prise en charge en détention en matière de dépendance au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites, est présente dans les établissements pénitentiaires. Toutefois, ces consultations sont parfois difficiles à mettre en œuvre dans le contexte actuel de surpopulation des prisons. En 2004, une enquête révèle qu'il existe encore peu d'interventions sur le tabagisme. Une large majorité des détenus (82 %) peuvent avoir à leur disposition des patchs. Les substituts nicotiniques sont en partie pris en charge par l'hôpital dans 38 % des cas.

L'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires français s'est étendue et professionnalisée mais les moyens humains restent « très insuffisants » selon une étude de la F3A. D'un point de vue quantitatif, en 2004, les résultats de cette étude montrent qu'une part importante d'établissements pénitentiaires accueille une intervention alcoologique. Le nombre d'interventions alcoologiques proposées au sein des établissements a augmenté par rapport à 1997. Cependant, le nombre de détenus s'est accru et les établissements pénitentiaires ne proposent plus suffisamment d'interventions. Les faiblesses du dispositif ressortent, notamment au travers de la fréquence des interventions, du nombre d'intervenants et de leur temps de travail. D'un point de vue qualitatif, les intervenants ont révélé des difficultés dues surtout à l'organisation pénitentiaire, au manque de temps, au manque de financement et à un problème de local de consultation.

Malgré une répartition assez homogène des consultations spécialisées pour les usagers de drogues illicites, les TSO sont parfois difficilement acceptés au sein du milieu carcéral (risque de surdosage chez les usagers ou de trafic) et leur distribution est inégale.

La continuité des soins pour les sortants de prison est quasi-inexistante pour la plupart des usagers alcoolodépendants. Cette continuité des soins reste difficile à cause notamment d'un manque d'articulation entre les services existants en milieu carcéral avec ceux de l'extérieur, d'un manque de fonds et de temps. A contrario, en 2006, le relais de prise en charge est plutôt bien assuré pour les usagers de drogues illicites.

#### 3.1. L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : rappel du cadre réglementaire

Depuis la réforme de 1994, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, et notamment la prise en charge des dépendances aux substances psychoactives, ont été profondément modifiées. Ainsi, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Son objectif principal était d'assurer aux détenus une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Pour faciliter son application, deux mesures complémentaires ont été prises : le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier et l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la Sécurité sociale. À ce jour, tous les établissements pénitentiaires sont dotés d'une Ucsa rattachée à l'hôpital de proximité.

La note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une consommation abusive ou une dépendance aux produits licites ou illicites. Elle préconise un suivi de la personne tout au long du cursus carcéral : repérage de la dépendance tabagique (grilles d'appréciation de la

dépendance<sup>76</sup>), diversification des prises en charge, développement de la prévention, proposition d'un traitement de substitution, préparation à la sortie. Les détenus usagers de drogues représentent aujourd'hui encore une proportion importante de la population incarcérée dans les maisons d'arrêt françaises.

76 - Test de Fagerström

77 - L'Ucsa est une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, qui assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité des soins à la sortie de détention. Une Ucsa, dépendant de l'hôpital de proximité, est implantée dans chaque établissement.

78 - Le SMPR est un service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire et comprenant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire. Les 26 SMPR existants sont relayés par des antennes locales et sont implantés dans 26 établissements pénitentiaires.

79 - Les CSST en milieu pénitentiaire, au nombre de 16 en France, sont implantés dans des établissements dotés de SMPR et sont placés sous la direction de leur chef de service. Les CSST extérieurs et les CCAA interviennent plus ou moins activement en détention, selon les conventions établies avec l'établissement pénitentiaire et les structures sanitaires en présence. L'Île-de-France compte 4 CSST en milieu pénitentiaire situés dans les maisons d'arrêt de : Paris-La Santé (75), Bois d'Arcy (78) Fleury-Mérogis (91) et Fresnes (94).

80 - Le Spip a pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous son contrôle par les autorités judiciaires. Il est responsable de l'accompagnement social de la personne détenue, garant de la cohérence de la prise en charge et du suivi. Il existe un Spip par département.

### 3.2. Le repérage des addictions à l'entrée en prison

#### Un repérage des addictions pas encore systématique lors de l'incarcération

D'après l'enquête de l'OFDT, réalisée auprès des Ddass de métropole et d'outre-mer en 2003 sur les addictions en milieu carcéral, le repérage des addictions à l'entrée en prison peut être effectué par l'Ucsa<sup>77</sup>, lors de la visite médicale obligatoire d'entrée ou le SMPR<sup>78</sup>. Enfin, à titre exceptionnel, un CSST<sup>79</sup> ou le Spip<sup>80</sup> unilatéralement ou conjointement peuvent assurer ce repérage.

D'après la même enquête, l'Ucsa est responsable de ce repérage pour plus de huit établissements sur dix et le SMPR pour près de deux établissements sur dix. Le CSST ou le Spip peuvent également assurer ce rôle dans cinq établissements chacun.

Comme le remarquent les auteurs de l'enquête de l'OFDT, le repérage des situations d'abus ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, n'est pas opéré de façon systématique, pour chaque produit, contrairement aux directives consignées dans la note interministérielle de 2001<sup>81</sup>. Près de 60 % des établissements (soit 70 structures ayant répondu positivement à l'enquête sur 120 établissements) utilisent des outils spécifiques de repérage (dont la grille mini-grade<sup>82</sup>).

#### Des entrants jugés plutôt en bonne santé

L'enquête<sup>83</sup> sur la santé des personnes entrées en prison en 2003, montre qu'après l'examen médical d'entrée, les médecins jugent huit entrants sur dix en « bon état de santé général ». La grande majorité des personnes entrées en prison sont des hommes âgés de 18 à 44 ans. En outre, à l'issue de l'examen médical d'entrée, une personne entrant en prison sur dix se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie.

Par rapport à 1997, la prévalence des consommations à risque de substances psychoactives a eu tendance à diminuer, de même que la proportion des personnes déclarant une sérologie positive pour le VIH, le VHB et/ou le VHC.

### 3.3. L'offre de prise en charge proposée aux détenus en matière de drogues licites et illicites

D'après les chiffres fournis par les Ddass de métropole et d'outre-mer à l'OFDT dans le cadre de l'enquête sur les addictions en milieu carcéral, 35 % des détenus rencontrent un problème d'addiction, tous produits confondus. L'enquête du ministère de la Santé auprès des entrants<sup>84</sup> a montré que seuls 6 % d'entre eux ont été orientés vers une consultation spécialisée liée à un usage problématique de drogues illicites et 6 % pour une consommation problématique d'alcool.

#### 3.3.1. Le dispositif de prise en charge d'une dépendance au tabac

En 2004, le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues indique que « les personnes détenues dépendantes au tabac, exprimant le souhait de s'abstenir de toute consommation, doivent pouvoir solliciter l'affectation en cellule « non-fumeur » au sein de la détention. »

##### Des cellules « non-fumeurs » dans un établissement sur quatre en 2003

En 2003, d'après les auteurs de l'enquête de l'OFDT, seuls 26 établissements pénitentiaires français sur 107 ayant répondu, ont déclaré disposer de cellules « non-fumeurs ».

##### En 2007, la réglementation de la consommation de tabac au sein des cellules a été modifiée

La circulaire de la DAP du 25 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire prévoit qu'au sein des cellules, « l'usage du tabac est toléré dans les cel-

lules occupées exclusivement par des personnes détenues majeures se déclarant « fumeuses » :

- la personne détenue fumeuse doit être incitée à aérer fréquemment sa cellule. Lorsque la personne détenue fume, la porte de la cellule doit rester fermée ;
- de façon générale, une cellule, après occupation, doit faire l'objet d'une aération. »<sup>85</sup>

Dans le cadre des mesures d'accompagnement à l'interdiction de fumer dans les lieux publics applicables au 1<sup>er</sup> février 2007, l'Ucsa assure la prise en charge du sevrage des personnes détenues qui en font la demande, organise si nécessaire des consultations de tabacologie et assure la fourniture des traitements de substitution nicotinique.

#### Peu d'interventions sur le tabagisme

D'après l'enquête de 2004<sup>86</sup>, 38 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête, accueillent une intervention sur le tabagisme, le plus souvent réalisée par les soignants de l'Ucsa.

#### Des substituts nicotiniques en partie pris en charge par l'hôpital

En 2004, les détenus peuvent avoir des patchs à leur disposition dans 152 établissements (82 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête<sup>87</sup>), qu'il y ait une intervention sur le tabac ou non au sein de l'établissement. La quasi-totalité des établissements distribuant des substituts nicotiniques fournit des patchs, les autres types de substituts (gommes, comprimés à sucer...) représentant entre 8 % et 16 % des cas. Toutefois, parmi l'ensemble des établissements, 14 % d'entre eux ne fournissent aucun substitut nicotinique. Parmi l'ensemble des détenus bénéficiant de substituts nicotiniques (82 %), 44 % les payent eux-mêmes et dans 38 % des cas, ils sont à la charge de l'hôpital.

### **3.3.2. La prise en charge de l'alcoolodépendance en détention**

#### Deux enquêtes présentant les interventions alcoologiques

Les populations pénales semblent particulièrement concernées par les problèmes d'alcool. Depuis le début des années 1970, des interventions locales sont mises en place à l'attention des détenus en difficulté avec l'alcool. Une première enquête, conduite en 1993<sup>88</sup>, a répertorié les interventions alcoologiques menées dans l'ensemble des prisons françaises. Cette étude mettait en évidence une carence globale de l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires français. Le renouvellement de cette enquête en 2004<sup>89</sup> présente un état des lieux de la prise en charge des problèmes d'alcool en milieu carcéral. La comparaison des deux enquêtes a permis de mesurer les évolutions durant la dernière décennie.

#### Hausse du nombre d'établissements proposant des interventions alcoologiques accompagnée d'un doublement du nombre d'intervenants en dix ans

Entre 1993 et 2004, le nombre d'établissements pénitentiaires accueillant une intervention alcoologique (bénévole ou salariée, individuelle ou groupale) a augmenté, passant de 60 % des établissements en 1993 à 84 % en 2004.

L'enquête de 2004 révèle que 16 % des établissements parmi l'ensemble des établissements pénitentiaires ne proposent aucune intervention alcoologique soit 30 établissements parmi les 185 établissements retenus. Un seul établissement peut accueillir plusieurs interventions alcoologiques.

En dix ans, alors que le nombre d'établissements recensés n'a pas évolué, le nombre d'intervenants a doublé passant de 0,7 intervenant professionnel pour un établissement pénitentiaire en 1993 à 1,4 intervenant en 2004, toutes interventions professionnelles confondues. Toutefois, compte tenu de la hausse du nombre de détenus, cette évolution ne permet pas de proposer suffisamment d'interventions par établissement.

#### Des interventions menées de plus en plus par des professionnels

Alors qu'en 1993 les interventions étaient surtout conduites par des bénévoles - 42 % des intervenants, en 2004, l'intervention professionnelle est devenue prépondérante (67 % des intervenants). Parmi l'ensemble des interventions alcoologiques, on compte une majorité d'interventions individuelles.

En 2004, 120 intervenants provenaient de CCAA (soit 47 % des 257 intervenants) alors qu'ils n'étaient que 48 intervenants en 1993 (soit 36 % des 133 intervenants).

#### Davantage d'établissements financés pour la prise en charge de l'alcool

D'après l'enquête de 1993, 16 établissements bénéficiaient d'un financement spé-

81 - « Conformément à la note interministérielle du 9 août 2001, un repérage des dépendances aux substances psychoactives doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. »

82 - Grille d'entretien sur l'abus et la dépendance aux substances, issue d'entretiens diagnostiques validés. Cette grille, dont l'utilisation a été recommandée par la Mildt, la DGS, la DHOS et la DAP, permet d'investiguer de façon systématique les troubles liés à l'usage de toutes substances psychoactives à l'exception du tabac. Chacune des sections par produit est composée de trois types de questions, liées à l'existence ou non d'une consommation de la substance concernée, aux critères de dépendance ou d'abus à ladite substance.

83 - M.-C. Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Drees, Études et Résultats n° 386, mars 2005

84 - Op. cit.

85 - Circulaire du 25 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire.

86 - A. Dumas et P. Michaud, « Rapport d'enquête sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France », F3A, avril 2006, p. 50

87 - Op. cit.

88 - D. Karinthi, « Prise en charge alcoologique des sujets incarcérés dans les prisons françaises, une enquête téléphonique en 1993 », Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté de médecine Paris Sud, Université Paris IX, 1994, p. 86

cifique pour réaliser une intervention alcoologique (soit 9 % des 186 établissements recensés). L'enquête de 2004 révèle que 136 établissements disposent de ce type de financement (soit 74 % des 185 établissements recensés). Cependant, l'enquête n'apporte pas d'informations sur le montant de ces financements.

#### Au regard de l'accroissement du nombre de détenus pris en charge, le nombre d'interventions réalisées semble insuffisant

L'évaluation de l'activité annuelle relative aux interventions individuelles professionnelles révèle que le nombre de détenus pris en charge a augmenté. En effet, entre 1993 et 2004, le nombre moyen de détenus pris en charge est passé de 28 à 53 détenus par an et par établissement.

Ainsi, le nombre total de détenus rencontrés annuellement a doublé passant de 1 530 détenus en 1993 à 3 822 détenus en 2004. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec l'évolution du taux de détention qui est passé de 86,3 détenus pour 100 000 habitants en 1993 à 96 détenus pour 100 000 habitants en 2004.

Toutefois, malgré cette évolution, le nombre moyen d'interventions réalisées par établissement a peu augmenté puisqu'il est passé en dix ans de 130 à 146 consultations par an et par établissement.

#### Un bilan mitigé

D'un point de vue quantitatif, les résultats de l'enquête<sup>90</sup> de 2004 montrent qu'une part importante d'établissements pénitentiaires accueille une intervention alcoologique. Certaines faiblesses du dispositif ressortent, notamment au travers de la fréquence des interventions, du nombre d'intervenants et de leur temps de travail. En 2004, la part des établissements où l'intervention a lieu moins d'une fois par semaine reste très importante (85 % des établissements accueillent des interventions de groupe réalisées par des professionnels). L'enquête met également en exergue la faible intensité des moyens consacrés aux interventions puisque « trois minutes d'offre de soins spécialisés sont disponibles, par semaine, pour chaque personne alcoolodépendante incarcérée ». Dans près de 20 % des établissements, l'intervenant rencontre le détenu deux fois au cours de son séjour.

#### Des difficultés qui persistent

D'un point de vue qualitatif, les intervenants ont révélé des difficultés dues surtout à l'organisation pénitentiaire, le manque de temps, le manque de financement, un problème de local de consultation, un problème concernant la relation avec le Spip et des difficultés dans la mise en place de l'intervention.

L'offre de soins est jugée encore insuffisante dans un certain nombre de sites pénitentiaires, même si elle s'est considérablement accrue, suite à la note interministérielle du 9 août 2001. En effet, d'après l'enquête de 1997 sur la santé des entrants en prison<sup>91</sup>, la présence des consultations spécialisées pour les personnes alcoolodépendantes ne concernait que deux établissements en France sur 186. L'enquête de 2003<sup>92</sup> montre qu'on compte 102 établissements dotés d'une consultation spécialisée alcool.

### **3.3.3. Les soins aux personnes toxicomanes**

#### Une répartition des consultations spécialisées assez homogène

D'après l'enquête de l'ODFT de 2003 sur le bilan de la note interministérielle du 9 août 2001, réalisée auprès des Ddass, les consultations spécialisées en toxicomanie couvrent 86 % des établissements. Néanmoins, l'offre de soins aux toxicomanes souffre de plusieurs handicaps : une articulation insuffisante des services intervenants (Ucsa, SMPR, CSST) et de persistantes difficultés pour généraliser l'accès à la substitution aux opiacés.

#### Une acceptation des TSO qui peut être encore améliorée

La note interministérielle de 2001 incitait les médecins à poursuivre les traitements engagés avant l'incarcération et à en proposer un si besoin. Les Ddass ayant répondu à l'enquête de l'OFDT ont signalé, dans près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral.

Les auteurs de l'enquête de l'OFDT concluent que « dans ce domaine, l'hétérogénéité des pratiques de soins d'un établissement à l'autre reste frappante. C'est manifestement en matière de traitements de substitution aux opiacés que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur est le plus fortement mis à mal. »<sup>93</sup>

89 - A.Dumas et P.Michaud, « Rapport d'enquête sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France », F3A, avril 2006

90 - A.Dumas et P.Michaud, « Rapport d'enquête sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France », F3A, avril 2006

91 - M-C.Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 1997 », Drees, Études et statistiques, Paris, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 1999

92 - M-C.Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Drees, Études et Résultats n°386, mars 2005

93 - I.Obradovic, « Addictions en milieu carcéral », Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, 2004, p. 45

### Une distribution hétérogène des TSO

L'enquête<sup>94</sup> de la DGS relative aux traitements de substitution en milieu carcéral menée en février 2004 montre que les traitements de substitution par méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

La population carcérale sous traitement de substitution a augmenté progressivement entre 1998 et 2004 passant de 2 % à 7 %.

La distribution de ces TSO est très hétérogène puisque « neuf établissements pénitentiaires représentant 20 % de la population carcérale prescrivent à eux seuls 33 % des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assure 11 % », et sept établissements, principalement des centres de détention, « initient plus de traitements qu'ils n'en poursuivent. »

Comme le souligne l'étude sur l'accès aux soins des personnes détenues, certaines Ucsa optent pour une diminution des doses prescrites ou une modification de la dispensation du Subutex® en le distribuant sous forme pilée à cause notamment des risques de trafic ou de surdosage. Elle souligne également que le laboratoire qui fabrique le Subutex® a pourtant alerté sur la « perte d'efficacité » du produit qui résulte d'une telle manipulation, « le traitement requérant une prise sublinguale sans fractionnement. »

### **3.4. Le relais de prise en charge à la sortie de prison : continuité des soins**

L'Ucsa organise le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

Concernant le tabac, il n'existe pas de données disponibles sur la continuité des soins pour les détenus fumeurs.

#### **Alcool**

##### Une orientation des détenus lors de la sortie de prison qui reste encore à améliorer

D'après le rapport d'enquête<sup>95</sup> d'Agnès Dumas et Philippe Michaud sur la prise en charge des détenus ayant un problème avec l'alcool, l'orientation des professionnels consiste à fournir des coordonnées aux détenus sortants. Pour 53 % des établissements inclus dans l'enquête, les CCAA se révèlent être les interlocuteurs privilégiés pour recevoir les usagers sortants de prison.

L'absence de partenariat en lien avec la préparation à la sortie d'un détenu reste marquante puisque les professionnels interviewés déclarent dans 20 % des établissements inclus dans l'enquête, ne pas orienter les détenus vers une structure particulière.

D'après les professionnels du pénitentiaire (Ucsa ou SMPR), le manque de fonds pour financer des actions et le manque de temps se révèlent être les deux principales difficultés lors de la préparation à la sortie. De fait, dans de nombreux établissements, les personnes sortent en état de manque, dépourvues d'ordonnance et sans l'assurance d'une prise en charge extérieure.

#### **Drogues illicites**

##### Un relais de prise en charge bien assuré en 2006 pour les patients sous méthadone

D'après l'enquête de l'OFDT de 2006<sup>96</sup> portant sur l'évaluation de l'impact de la circulaire de 2002<sup>97</sup>, le relais de prise en charge offert à la sortie de prison est correctement assuré. L'orientation postpénale majoritairement proposée aux patients sous méthadone est un relais vers un CSST extérieur (278 patients, sur 4 874 reçus au cours d'un semestre), conformément aux directives de la circulaire du 30 janvier 2002. Les orientations vers un médecin généraliste arrivent loin derrière (86 patients) : en particulier dans les établissements de moyenne ou de petite taille, devant les relais vers un service hospitalier.

94 - H.Morfini, Y.Feuillerat, « Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire », ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DGS/DHOS, février 2004

95 - A.Dumas et P.Michaud, « Rapport d'enquête sur l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires en France », F3A, avril 2006

96 - OFDT, « Primoprescription de méthadone en établissement de santé », Tendances n° 60, avril 2008

97 - Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initiation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

## GLOSSAIRE DES SIGLES

<b>AAH</b>	Allocation adulte handicapé
<b>ACT</b>	Appartement de coordination thérapeutique
<b>ATR</b>	Appartements thérapeutiques relais
<b>BHD</b>	Buprénorphine haut dosage
<b>Caarud</b>	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
<b>CCAA</b>	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
<b>CDTnet</b>	Consultation de dépendance tabagique sur internet
<b>CHRS</b>	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>Cirdd</b>	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>Cramif</b>	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
<b>Crips</b>	Centre régional d'information et de prévention du sida
<b>Csapa</b>	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSST</b>	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
<b>CTR</b>	Centres thérapeutiques résidentiels
<b>DAP</b>	Direction administrative pénitentiaire
<b>Ddass</b>	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>Drassif</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>Ecimud</b>	Équipes de coordination, d'intervention pour les malades usagers de drogues
<b>Elsa</b>	Équipe de liaison et soins en addictologie
<b>Escapad</b>	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
<b>F3A</b>	Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie
<b>Gers</b>	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
<b>Iaurif</b>	Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France
<b>Iliad</b>	Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions
<b>Inpes</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>Mildt</b>	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
<b>OFDT</b>	Observatoire français des drogues et de la toxicomanie
<b>OFT</b>	Office français de prévention du tabagisme
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ORS</b>	Observatoire régional de santé
<b>RdR</b>	Réduction des risques
<b>RHST</b>	Réseau hôpital sans tabac
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>RPIB</b>	Repérage précoce et intervention brève
<b>SDF</b>	Sans domicile fixe
<b>Siamois</b>	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution
<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional
<b>Spip</b>	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
<b>SRA</b>	Schéma régional d'addictologie
<b>Trend</b>	Tendances récentes et nouvelles drogues
<b>TSO</b>	Traitement de substitution aux opiacés
<b>Ucsa</b>	Unité de consultations et de soins ambulatoires
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C