

Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins

Anne-Claire Brisacier, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle

La prise en charge de l'addiction elle-même, dont il est question dans ce chapitre, doit être distinguée de celle de ses conséquences, traumatismes ou pathologies provoquées par la consommation, ponctuelle ou répétée, d'une substance psychoactive (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Ce chapitre présente les données disponibles sur le nombre et les caractéristiques des personnes bénéficiant d'un accompagnement dans le système de soins en raison de leurs conduites addictives. Le dispositif de prise en charge fait l'objet d'une description complète dans la partie Réponses publiques (voir chapitre « Le dispositif de traitement des addictions », p. 99) et n'est évoqué ici que très brièvement.

La prise en charge des conduites addictives s'articule autour de trois pôles complémentaires, médico-social, hospitalier et de médecine de ville. Pour se faire aider, les personnes en difficulté avec une conduite addictive peuvent ainsi s'adresser à des structures spécialisées en addictologie (pôle médico-social), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), ou au système de soins généraliste.

Les personnes prises en charge dans les CSAPA

Les CSAPA sont des structures médico-sociales ancrées sur le territoire de proximité, dont les missions comprennent l'accueil et l'information des personnes en difficulté avec leur conduite addictive et de leur entourage, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, la prise en charge et l'accompagnement sur ces trois dimensions. Ces personnes prennent contact avec un CSAPA soit de leur propre initiative ou à celle de leurs proches, ou sont adressées par des partenaires sanitaires ou sociaux, ou encore par la justice à la suite d'une interpellation pour usage de stupéfiants. Dans ce dernier cas, la venue dans un CSAPA est le plus souvent obligatoire, même si le contrôle de la réalité de la prise en charge peut être variable.

En 2016, les CSAPA ont accueilli en ambulatoire un nombre estimé de 293 000 personnes pour un problème de conduite addictive. Un nombre beaucoup plus faible de personnes, environ 3 000, sont prises en charge dans le cadre d'un CSAPA avec hébergement. Une partie non négligeable d'entre elles ont été vues dans la même année dans les deux structures. Compte tenu de leur faible nombre et du recoupement important avec le public des CSAPA en ambulatoire, les développements qui suivent ne portent que sur ces derniers.

Parmi ces personnes, près d'un quart n'ont été vues qu'une fois au cours de l'année. Le produit consommé au cours des 30 derniers jours cité comme posant le plus de problèmes est l'alcool pour la moitié d'entre elles, le cannabis pour 20 %, des

opioïdes pour 15 % et le tabac pour 8 %. La cocaïne (crack inclus) et les addictions sans substance n'apparaissent en produit/addiction posant le plus de problèmes que pour 3 % des personnes (Palle et Rattanatray, 2018).

Relativement à 2010, le public des CSAPA a augmenté de 17 %, principalement en raison de la hausse du nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis (+ 20 000, soit une hausse de 55 %), d'alcool (+ 10 000, soit + 8 %) et de tabac (+ 9 000, soit + 64 %). Le nombre de personnes vues pour usage d'opioïdes a, à l'inverse, diminué (- 6 000, soit - 13 %). Cette baisse pourrait cependant être liée, au moins en partie, à l'augmentation du nombre de personnes suivant un traitement de substitution aux opioïdes (TSO : + 5 000)¹, pour qui les opioïdes peuvent ne plus être considérés comme le produit posant le plus de problème. Les CSAPA ont également accueilli 22 400 personnes membres de l'entourage des individus en difficulté avec une conduite addictive (Palle et Rattanatray, 2018).

Le public pris en charge dans les CSAPA, aux trois quarts masculin, n'est pas homogène et peut être scindé, selon le type de produit consommé, en trois groupes principaux² d'âge moyen très différent (tableau 1) (OFDT, 2018e) :

■ **Les usagers de cannabis** : en moyenne nettement plus jeunes (26,5 ans) que les autres usagers, ils se distinguent par une proportion particulièrement élevée de moins de 20 ans (25 %), d'hommes (87 %) et d'orientations par la justice (41 %). Les 30 ans et plus sont minoritaires, mais leur part tend à s'accroître (de 26 % à 31 % entre 2010 et 2017), alors que celle des 20-24 ans suit une évolution inverse (de 30 % à 26 %). La proportion des orientations judiciaires s'est également contractée (de 51 % à 41 %). Autre évolution notable, la part des usagers quotidiens augmente régulièrement (de 61 % à 67 %), tout comme la part des usagers dépendants (de 53 % à 63 %).

■ **Les usagers d'alcool ou de tabac** : ce public aux trois quarts masculin, dont l'âge moyen est d'un peu plus de 44 ans, compte plus d'un tiers (36 %) de personnes de 50 ans et plus et un très faible pourcentage de moins de 20 ans (1,3 %). Un quart de ces usagers est orienté vers un CSAPA par la justice. Six personnes prises en charge sur dix sont considérées comme dépendantes à l'alcool. Les principales caractéristiques de ce groupe d'usagers sont restées assez stables entre 2009 et 2017. Toutefois, la proportion de consommateurs dépendants décroît depuis 2009, faiblement, mais de façon régulière. La part des 60 ans et plus tend à augmenter (de 9 % à 13 %), ainsi que celle des consommations associées de cannabis (de 14 % à 20 %).

■ **Les usagers d'opioïdes, de cocaïne, d'autres drogues illicites ou de médicaments psychotropes** : également très majoritairement masculin (77 %), ce public est à 80 % âgé de 30 ans et plus, avec un âge moyen de 38,5 ans en 2017. Une proportion de ces usagers, nettement supérieure à celle observée dans les deux groupes précédents, connaît des conditions de vie précaire : un tiers subsiste grâce aux revenus de solidarité, 16 % peuvent être considérés sans revenu et près de 5 % sont sans domicile fixe. Ces usagers,

1. Entre 2010 et 2016, d'après les rapports d'activité des CSAPA, le nombre de personnes traitées par méthadone a augmenté de 6 000 et celui des personnes traitées par buprénorphine haut dosage (BHD) a diminué de 900.

2. La répartition en groupes, de type exclusif, repose sur le produit cité comme posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge si le premier est inconnu. Toutes les personnes qui suivent un TSO sont incluses dans le groupe « opioïdes, cocaïne, autres drogues illicites et médicaments psychotropes », même si le produit indiqué comme posant le plus de problèmes est le cannabis, le tabac ou l'alcool.

le plus souvent polyconsommateurs, sont très majoritairement consommateurs d'opioïdes : parmi les usagers ayant renseigné les questions sur la substitution ou sur les produits, 64 % suivent un TSO et 85 % consomment des opioïdes (dans le cadre d'un TSO ou pas). La cocaïne ou le crack sont consommés par 28 % des personnes de ce groupe (le crack et la cocaïne basée par 10 %) ; 95 % des usagers de ce groupe ont consommé dans le mois des opioïdes (prescrits ou non) ou de la cocaïne/crack. Parmi ceux qui ont consommé un produit dans le mois, 16 % ont eu recours à la voie injectable en 2017.

Depuis 2010, l'âge moyen de ces usagers a augmenté de 4 ans. La part des 50 ans et plus a ainsi presque triplé pour atteindre 14 %, alors que la part des moins de 25 ans a reculé de 14 % à 6,2 %. La proportion de consommateurs d'héroïne a diminué de 10 points depuis 2010. Les pourcentages de consommateurs de cocaïne, en lent déclin entre 2007 et 2015, ont nettement augmenté en 2016 (+ 2,3 points) et en 2017 (+ 2,1 points), pour atteindre 28 %, dépassant ainsi légèrement le niveau de 2007 (27 %). Le recours à la voie intraveineuse tend à diminuer parmi les consommateurs récents d'opioïdes et de cocaïne³.

3. Ceux qui ont déclaré en avoir consommé dans les 30 derniers jours.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017

	Cannabis (n = 33 250)	Drogues illicites autres que cannabis (opioïdes, cocaïne) (n = 46 874)	Alcool ou tabac (n = 86 407)
Âge moyen	26,5 ans	38,5 ans	44,2 ans
Homme	86 %	77 %	76 %
Activité rémunérée continue	26 %	26 %	41 %
RSA	8,7 %	21 %	13 %
Logement durable indépendant	41 %	57 %	74 %
SDF	1,4 %	4,6 %	1,7 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	37 %	63 %	51 %
Adressés par la justice ou l'administration	41 %	7,9 %	26 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	25 %	28 %

Source : RECAP 2017, OFDT

Les prises en charge dans les CAARUD

Les CAARUD sont des structures destinées à accueillir des consommateurs de drogues actifs, pas forcément impliqués dans une démarche de soins, qui connaissent souvent des usages moins maîtrisés et des conditions de vie plus précaires que l'ensemble des usagers de drogues (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

En 2015, environ 75 000 usagers ont fréquenté au moins une fois un CAARUD (Díaz Gómez et Milhet, 2016). Âgés de 38,2 ans en moyenne, 81 % d'entre eux sont des hommes. Globalement, les indicateurs de conditions de vie (logement, ressources, couverture santé) suggèrent un recul de la précarité au fil du temps parmi cette population. Toutefois, six usagers sur dix vivent de prestations sociales et 22 % n'ont aucune ressource légale. Si 40 % disposent de leur propre logement, un quart vit en squat (9 %) ou est sans abri (16 %). Enfin, 20 % ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale ou ignorent leur statut. Les plus jeunes apparaissent les plus démunis : parmi les moins de 25 ans, qui n'accèdent pas au revenu de solidarité active, 57 % n'ont aucune ressource légale (Cadet-Tairou et al., 2018).

En termes de consommations, les médicaments (quel que soit le cadre thérapeutique, et y compris ceux de substitution aux opioïdes : 76 % d'usagers dans le mois précédant l'enquête) et les opioïdes (74 %) sont plus spécifiquement déclarés, mais le cannabis est aussi très présent (75 %, dont la moitié quotidiennement). Par ailleurs, au cours de la dernière année, un usager sur trois dit avoir pris de l'alcool tous les jours et une proportion similaire déclare une alcoolisation importante quotidienne (6 verres ou plus en une seule occasion). L'usage de cocaïne ou de crack concerne la moitié du public accueilli (un tiers pour la cocaïne basée ou le crack). Il s'agit d'une population fortement marquée par le polyusage : 39 % ont consommé cinq produits ou plus dans le mois, une proportion qui atteint presque la moitié (48 %) chez les moins de 35 ans.

Enfin, 63 % des usagers des CAARUD ont pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie et 47 % dans le mois précédant l'enquête. Le partage de matériel, vecteur de transmission virale, est déclaré par 15 % des usagers. Neuf usagers sur dix ont fait un dépistage du VIH et 83 % du VHC ; moins de 5 % se disent séropositifs au VIH et un quart au VHC.

Les prises en charge dans le système de soins non spécialisés

Dans les établissements hospitaliers

En 2017, d'après les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 125 600 personnes ont été hospitalisées pour un problème de conduite addictive⁴. Parmi elles, un peu plus de 56 000 l'ont été dans les hôpitaux généralistes (médecine, chirurgie, obstétrique-MCO), près de 66 000 dans les établissements spécialisés en psychiatrie et 31 500 dans les centres de soins de suite et de réadaptation

4. Personnes hospitalisées avec un diagnostic principal ou relié de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances et au jeu (codes CIM10 : F10-F19, F630), de sevrage alcool (Z502), de rééducation des drogués et après abus de médicaments (Z503), ainsi que les conseils et surveillance (Z714-716, Z720-722, Z726). Les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal d'intoxication aiguë lié à une substance, comme par exemple dans le cas de l'alcool les codes F100 et F100.x, ne sont pas incluses dans ces chiffres.

(SSR⁵) (ATIH, 2017b). Ces données sont en très légère augmentation depuis 2015, première année de calcul de ces indicateurs par l'ATIH. Ces chiffres reposent sur une approche restrictive des problèmes d'addiction qui excluent les personnes hospitalisées pour seule intoxication aiguë. Ils ne sont pas détaillés suivant les substances impliquées mais les chiffres exprimés en nombre de séjours détaillés par substances accessibles sur le site de l'ATIH font apparaître que ces hospitalisations sont très majoritairement liées aux consommations d'alcool.

Les données hospitalières indiquent également que 231 000 personnes ont été vues en 2017 au moins une fois dans le cadre d'une consultation hospitalière en addictologie (ATIH, 2017a).

5. Le total est inférieur à la somme du nombre de personnes en MCO, psychiatrie et SSR, les mêmes personnes pouvant avoir fait des séjours dans plus d'une catégorie d'établissement durant la même année.

Le baclofène

Le baclofène est un médicament commercialisé dans les années 1970 pour une indication autre que les problèmes d'alcool. Un médecin, le Dr Ameisen, l'ayant utilisé avec réussite pour soigner sa propre dépendance à l'alcool à la fin des années 2000, expérience relatée dans un livre (*Le Dernier Verre*, Denoël), les quantités prescrites de cette spécialité ont très fortement augmenté jusqu'en 2014 pour décroître ensuite. Le suivi des ventes de ce médicament pose des difficultés d'interprétation, une partie des prescriptions concernant des affections neurologiques sans rapport avec l'alcool. Néanmoins, une étude, menée par la Caisse nationale de l'assurance-maladie (CNAM) en collaboration avec l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'INSERM-CépiDc, a permis, par recoupement entre différentes sources, d'estimer à 213 000 le nombre de patients ayant débuté un traitement au baclofène « hors neurologie » entre 2009 et 2015, le chiffre annuel étant passé de 14 000 en 2009 à un maximum de 52 000 en 2014, pour diminuer en 2015 (CNAMTS et al., 2017). Pour l'année 2017, les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) permettent d'estimer à 187 000 le nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement de baclofène, toutes indications confondues, en net recul par rapport à 2014 (236 000 personnes). Le baclofène peut être prescrit pour le traitement de la dépendance depuis 2014, dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) élaborée par l'ANSM pour encadrer son utilisation hors autorisation de mise sur le marché. Une autorisation de mise sur le marché a été octroyée en octobre 2018 à la spécialité BACLOCUR® (baclofène) dans l'alcool-dépendance, avec une posologie maximale de 80 mg. Cette limitation est vraisemblablement motivée par les résultats de l'étude mentionnée ci-dessus, faisant état d'une surmortalité des patients à qui le baclofène avait été prescrit avec des posologies élevées.

En médecine de ville

Les dernières données disponibles (Gautier, 2011), remontant à 2009, montraient que les médecins généralistes installés en ville voyaient par semaine environ 70 000 patients pour un sevrage tabagique et 50 000 pour un sevrage alcoolique. En ce qui concerne l'alcool, ces chiffres se rapportaient à une période située au tout début de la forte augmentation des prescriptions de baclofène (voir encadré), qui a très certainement eu une influence sur le nombre de personnes suivies pour un problème d'alcool par les médecins généralistes. Par ailleurs, les médecins de ville voyaient également un nombre élevé, bien que moindre, de patients dépendants aux opioïdes, dans près de 90 % des cas pour une prescription de TSO. Les chiffres plus récents sur cet aspect sont présentés dans la partie suivante.

Les traitements de substitution aux opioïdes

Au milieu des années 1990, l'épidémie de sida a fortement touché les usagers de drogues par voie injectable, amenant les pouvoirs publics à mettre en place une politique de réduction des risques incluant l'introduction des traitements de substitution des dépendances aux opioïdes. La substitution consiste à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'héroïne ou d'autres opioïdes. Ces traitements s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale.

Un cadre de prescription moins souple pour la méthadone que pour la buprénorphine haut dosage

Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD, dont le médicament princeps est le Subutex®). En France, la méthadone se présente sous forme de sirop et, depuis 2008, de gélule. La BHD est conditionnée sous forme de comprimés sublinguaux. Des médicaments génériques de la BHD existent depuis 2006 et une nouvelle formulation en lyophilisat oral qui s'administre sur la langue depuis 2018 (Orobupré®). La buprénorphine en association avec la naloxone, un antagoniste opiacé (Suboxone®), a été mise sur le marché en janvier 2012 sous forme de comprimé sublingual. L'association entre ces deux molécules vise à prévenir le mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Les traitements par méthadone doivent être instaurés par des médecins exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible une fois le patient stabilisé. La BHD bénéficie d'un cadre plus souple de prescription que la méthadone, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin, car elle ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes.

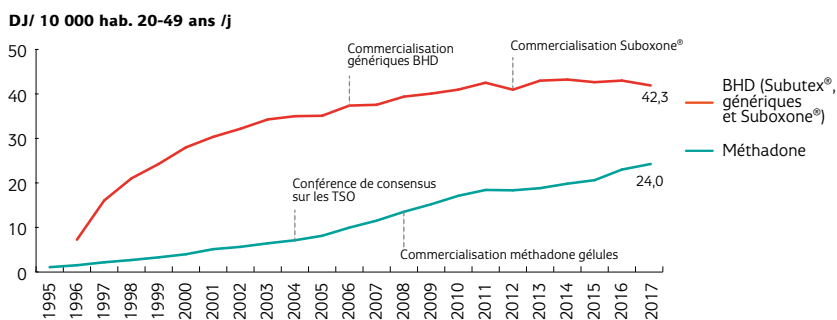
Le nombre de personnes traitées par un MSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction, tend à se stabiliser autour de 180 000 en 2017. La délivrance a lieu en pharmacie d'officine pour 162 000 d'entre elles (parmi lesquelles 87 % ont une prescription provenant de médecins libéraux, quasi exclusivement des médecins généralistes) et en CSAPA pour 23 000. La population remboursée de ces traitements, masculine pour les trois quarts, âgée de 40,5 ans en moyenne, a vieilli de plus de 4 ans entre 2011 et 2017 (Brisacier, 2019).

La prédominance de la BHD, représentant 64 % de la consommation de MSO, reste encore très nette malgré la part croissante de la méthadone. La Conférence de consensus sur les traitements de substitution (ANAE, 2004), prônant une meilleure accessibilité de la méthadone, puis la mise sur le marché de la forme gélule en 2008 ont contribué à cette augmentation (figure 1).

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2017 à 8 %, soit près de 13 700 personnes traitées au cours de l'année, dont 57 % par BHD (Brisacier, 2019).

Le développement des TSO a fortement contribué à améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opioïdes. Cette large diffusion s'est cependant accompagnée de détournements des MSO et d'usages non conformes aux prescriptions. Ceux-ci ont surtout été rapportés à propos de la BHD mais concernent également la méthadone, au fur et à mesure que se développe sa prescription (ANSM, 2018b ; Milhet et al., 2017).

Figure 1. Évolution de la consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2017



Note : Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières (DJ) pour 10 000 hab. de 20 à 49 ans. DJ : 8 mg-BHD, 60 mg-méthadone (posologie moyenne d'entretien recommandée). Ces données couvrent l'ensemble des quantités délivrées, que le prescripteur exerce en libéral, en hôpital ou dans un CSAPA et que la délivrance ait lieu en officine de ville, en CSAPA ou à l'hôpital.

Sources : Données/vente Siamois (GERS) 1995-2011, 2016-2017, données/remboursement Médic'AM (CNAMTS) 2012-2015, données/vente (laboratoire Bouchara-Recordati), estimation de population INSEE, exploitation OFDT