



LES DROGUES ILLICITES EN ÎLE-DE-FRANCE

CONSOMMATIONS, OFFRE DE PRISE EN CHARGE ET RECOMMANDATIONS

Les récents évènements liés aux usagers de crack du nord de Paris ont remis le sujet des conduites addictives sur le devant de la scène médiatique. Porte d'entrée de nouvelles substances, lieu emblématique du milieu festif, grande accessibilité aux produits, l'Île-de-France occupe une place spécifique au sein des consommations de drogues. Pourtant, au regard des chiffres, les niveaux de consommations des Franciliens, et notamment des jeunes, sont inférieurs à la moyenne nationale. D'après le Baromètre santé 2017, les Franciliens de 18-64 ans sont 7 % à consommer de l'alcool quotidiennement, 22 % du tabac et 44 % à avoir expérimenté le cannabis. Les taux d'expérimentation de la cocaïne, de l'héroïne et du crack sont respectivement de 5 %, 1 % et 1 %. C'est toutefois aussi sur ce territoire, aux forts contrastes socio-économiques et culturels que les consommations de drogues illicites sont le plus visibles.

Face à ce problème majeur de santé publique et de société, la Région Île-de-France s'est tournée vers l'ORS pour dresser un état des lieux des consommations de drogues illicites, ainsi qu'un recensement des modalités de prise en charge de ces addictions.

Auteurs : Julie Tocchetto, Catherine Embersin-Kyprianou, Adrien Saunal
Directrice de publication : Isabelle Grémy

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Historique des drogues en France
- 5 Situation en Île-de-France
- 11 Organisation du système de prise en charge des addictions
- 19 Préconisations pour la prise en charge des addictions
- 26 Exemples innovants en France et à l'international
- 35 Conclusion
- 37 Références

Introduction

Bien que consommées depuis des millénaires, les substances psychoactives divisent l'opinion publique. Tantôt perçues comme une source d'amusement, tantôt comme un risque de déviance, l'usage nocif et le passage à un état de dépendance ne sont, dans tous les cas, pas sans conséquences.

Le terme d'addictions peut être défini comme « *l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne* » et « *la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* » [1]. Cette définition permet d'inclure à la fois les addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, sexe, nourriture, sport etc.) et les addictions à des substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les produits dopants, les médicaments psychotropes ou encore les produits détournés de leur usage [2]. C'est à cette deuxième catégorie que s'intéresse ce focus. Concrètement les substances psychoactives perturbent la transmission des informations entre les neurones, modifiant ainsi les perceptions, les sensations et les émotions. Les professionnels de l'*American Psychiatric Association (APA)* distinguent « l'usage » et « les troubles liés à l'usage ». L'usage n'entraîne pas forcément de dommage immédiat pour le consommateur mais comporte des risques dans certaines situations (grossesse, conduite d'un véhicule etc.) ou chez des personnes vulnérables. Les troubles liés à l'usage correspondent à des modes de consommation inappropriés et répétés, regroupant l'usage nocif et la dépendance, entraînant une souffrance ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme l'incapacité de remplir des obligations majeures, une mise en danger physique, des problèmes judiciaires liés aux substances ou encore le constat d'un phénomène de tolérance aux produits [3].

L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) définit les usagers problématiques de drogues comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou des usagers réguliers d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines au cours de l'année passée. Parmi les usagers problématiques, une proportion importante se trouve en situation de précarité, avec un état de santé dégradé entraînant souvent des troubles physiques et psychiques. Mais cette situation ne concerne pas tous les usagers problématiques de substances psychoactives, certains sont bien insérés dans la société, travaillent et ont une vie sociale ordinaire.

Au cours des dernières décennies, les drogues illicites ont fait l'objet d'une couverture médiatique importante, tout d'abord avec l'épidémie de VIH/sida des années 1980 au cours de laquelle les usagers de drogues par injection sont durement touchés, jusqu'à plus récemment avec les nombreuses mobilisations autour des consommateurs de crack des scènes ouvertes du nord de Paris. Cette période a permis de faire évoluer les politiques de santé publique notamment dans le domaine de la réduction des risques et des dommages, qui ont vocation à prévenir les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogues et cela pour toutes les personnes.

L'objectif de ce « Focus santé » est donc de présenter et de comprendre la situation actuelle des addictions aux drogues illicites en Île-de-France. Tout d'abord en retraçant l'histoire des drogues en France, et en dressant un portrait du territoire francilien. Puis en s'intéressant à l'articulation des différents éléments du dispositif de prise en charge des consommations. Et enfin, en synthétisant les recommandations nationales et internationales et en les illustrant par des exemples de prise en charge dans d'autres pays.

Historique des drogues en France

Évolution des consommations de drogues

Jusqu'aux années 1960, la consommation de drogues ne concerne qu'un faible nombre d'individus, principalement localisés dans les grands ports faisant du commerce avec l'empire colonial. Petit à petit, et dans la vague des mouvements hippies américains, la consommation s'étend aux milieux festifs où les populations jeunes consomment principalement du cannabis et du LSD [4]. La consommation d'héroïne, quant à elle, arrive au tout début des années 1970 et se propage progressivement jusque dans les milieux populaires [5]. Dans les années 1980 et 1990, la résine de cannabis et l'héroïne dominent largement le marché des drogues en France [6].

À la fin des années 1990, l'usage de la cocaïne se développe. D'abord dans les milieux « branchés » avec l'image positive d'une drogue que l'on peut contrôler. Puis, à partir des années 2010, on assiste à un accroissement de l'accessibilité de la cocaïne en France et en Europe, avec une inflation des quantités et de la pureté de la cocaïne disponible [7] et une baisse importante de son prix d'après les observations Trend Paris et Seine-Saint-Denis.

Dérivée de cocaïne, la cocaïne base (crack) arrive en France par les communautés antillaises ultra-précarisées et s'installe dans le nord-est parisien où, pour le moment, le marché est resté relativement localisé. Comme pour la cocaïne, son accessibilité augmente fortement à partir de 2016. Puis en 2017 la question de la visibilité des scènes ouvertes réémerge dans l'espace médiatique [8]. La période 2017-2018 est marquée par la diffusion massive des usages de crack au sein des consommateurs les plus précaires [7].

En 2020, seulement 10 nouveaux produits de synthèse ont été identifiés

Parallèlement, l'usage d'ecstasy se développe dans le milieu techno avec un public jeune issu de milieux aisés, poursuivant des études supérieures ou récemment engagés dans la vie professionnelle [5].

Plus récemment, ce sont les nouveaux produits de synthèse (NPS) qui se sont développés. Ils correspondent à des substances créées en laboratoire qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Leur spécificité est qu'un grand nombre d'entre elles ne sont pas encore classées comme « stupéfiants » et, par conséquent, elles échappent à toutes formes de législation.

Si les nouveaux produits de synthèse ont inquiété les pouvoirs publics ces dernières années, il semble qu'un ralentissement soit observé [9]. En effet, entre 2008 et 2014, le nombre d'identification de nouvelles molécules était en constante augmentation, atteignant 56 nouvelles substances identifiées en 2014, ce chiffre est de 10 en 2020 [10].

Des politiques publiques qui tardent à se mettre en place

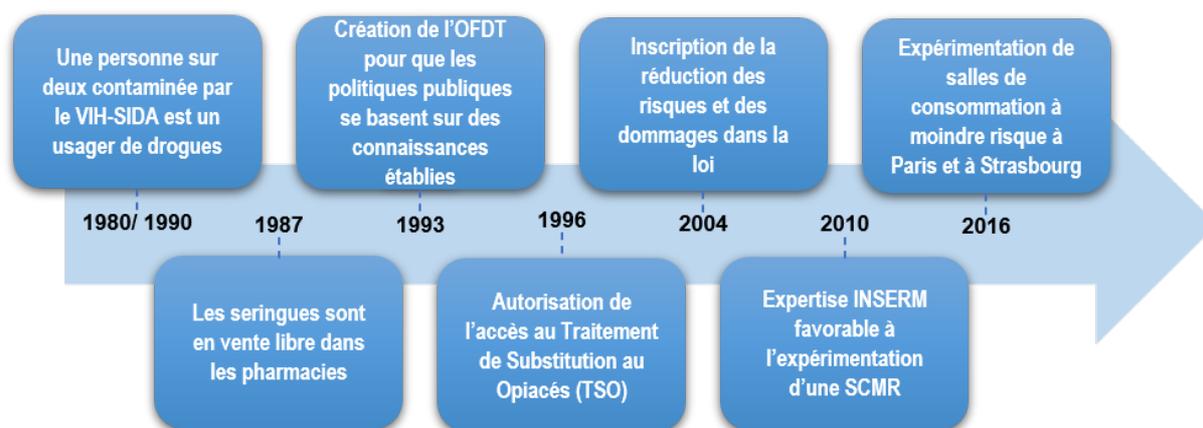
Ce n'est qu'à partir des années 1970 que s'est posée la question de la prise en charge des usagers de drogues. À cette époque le seul traitement envisagé est l'accompagnement au sevrage des consommateurs d'héroïne [2]. En décembre 1970, entre en vigueur une loi prohibant l'usage privé de stupéfiants sans distinction entre les substances. Elle s'accompagne de mesures en faveur des consommateurs, en abandonnant les poursuites judiciaires à l'encontre des usagers acceptant de recevoir un traitement médical. Cette loi ne s'est révélée que peu efficace et les consommations continuèrent d'augmenter [4]. L'arrivée de l'épidémie de sida dans les années 1980 et ses ravages parmi les usagers de drogues a rendu ce modèle de prise en charge obsolète. Les acteurs militants et les professionnels de santé ont pris conscience de la nécessité d'offrir aux usagers qui ne pouvaient ou ne voulaient pas devenir abstinentes, des mesures de réduction des risques et des dommages. C'est ainsi que les seringues ont été autorisées à la vente libre en pharmacie en 1987, ce qui a eu pour effet la diminution des partages de seringues dans les années 1990 [5].

La réduction des risques et des dommages a pendant longtemps été un sujet de discordance pour les décideurs politiques, la police et la justice et même pour certains intervenants en addictologie (2)

Progressivement, la réduction des risques et des dommages s'est imposée et s'est élargie à la prise en charge globale des usagers de drogues, autant sur le plan sanitaire que psychologique ou social.

À cette période, les données disponibles sur les drogues sont peu nombreuses et ne permettent pas d'en tirer des constats. Une réelle volonté de développer et de diffuser les connaissances sur le sujet émerge. C'est ainsi qu'en 1993 est créé l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) avec pour objectif d'aider à la mise en place de politiques publiques intelligentes basées sur des connaissances établies [11].

Figure 1 – Grandes étapes de la réduction des risques et des dommages en France



Source : Dossier de presse, association Gaïa (15)

À partir de 1996, et malgré des débats houleux, les traitements de substitution se développent. Puis au début des années 2000, un constat est fait : le dispositif de prise en charge s'intéresse presque exclusivement aux drogues illicites et peu aux personnes dépendantes au tabac et à l'alcool, qui pourtant, concernent un nombre bien plus important d'individus. Ce constat aboutira à une réorganisation des dispositifs de soins et un regroupement des structures, notamment avec la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2009 [2].

Depuis, les soins et les démarches de réduction des risques et des dommages se sont élargis, notamment aux addictions sans substance tels que les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo, les écrans ou encore les addictions alimentaires ou au sexe [2]. Parmi les modes de consommation des substances psychoactives, l'injection est, parce qu'elle représente l'usage le plus délétère, celle qui bénéficie d'un plus grand nombre de programmes de réduction des risques et des dommages. La part d'individus pratiquant l'injection tendrait à diminuer ces vingt dernières années, passant de 60 % des usagers de CSAPA en 2000 à 25 % en 2016. Mais cette évolution tient davantage à l'augmentation du nombre d'usagers non-injecteurs que de la diminution réelle du nombre de personnes pratiquant l'injection [12].

Même si elle est déjà pratiquée par les professionnels de santé et les acteurs militants, ce n'est qu'en 2004 que la réduction des risques et des dommages est reconnue et inscrite dans la loi. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 va plus loin et fixe un cadre législatif à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en France. Deux SCMR ont été créées en 2016 à Paris et à Strasbourg dans le cadre d'une expérimentation et sont actuellement les seules en France.

Puis est mis en place un Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) [13]. Il s'articule autour de trois axes principaux : la prévention et l'intervention précoce, la prise en charge sanitaire des dépendances et la réduction des risques et des dommages et enfin, la réponse pénale au trafic et à l'usage de drogues, et qui a pour objectif de permettre une prise en charge globale et adaptée [14].

Le rôle nouveau des technologies de l'information et de la communication dans le trafic de stupéfiants

Depuis une vingtaine d'années, les modalités d'achat et de vente de drogues ont fondamentalement changé : fichiers clients tenus à jour par les dealers, campagnes de promotion, système d'achat par drive ou encore livraison [6,16]. Pour cela, les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont nécessaires et permettent aux vendeurs de rester en contact permanent avec leurs clients. Les « cocaïne call centers » en sont un exemple. Ce sont de véritables plateformes d'achat avec standard téléphonique et livreurs. Mais il est à noter que les méthodes classiques de vente restent encore majoritaires. Les dealers vont s'approvisionner à l'étranger pour la revendre à leur entourage proche [6]. Le marché sur internet s'est également développé ces dernières années, notamment pour la vente des NPS sur le web.

Les revendeurs utilisent les codes issus du marketing de marque

Les codes du marketing commercial sont ainsi repris par les revendeurs de drogues. Les outils numériques comme les réseaux sociaux ou les applications de rencontre sont utilisés pour vendre de la drogue, des offres promotionnelles sont directement communiquées au client et des packaging, travaillés et attractifs, sont développés [16].

Situation en Île-de-France

La consommation de drogues illicites en Île-de-France

Les données concernant les drogues illicites présentées ici proviennent essentiellement des enquêtes en population générale, notamment les Baromètres Santé publique France 2016 et 2017 et l'enquête Escapad auprès des jeunes de 17 ans, réalisée par l'OFDT, des données relatives à la prise en charge des usagers de drogues exploitées par l'OFDT ainsi que celles de l'Assurance maladie (SNDS) et d'enquêtes qualitatives réalisées par l'Inserm.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée, suivi de très loin par la cocaïne, les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy

En France, la consommation de drogues illicites concerne principalement le cannabis, avec 46 % des personnes de 18-64 ans qui déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de la vie et 11 % au moins une fois au cours des douze derniers mois [17] et la France est le pays de l'Union européenne ayant la prévalence la plus élevée de la consommation de cannabis [14]. Les consommations d'autres drogues illicites sont beaucoup plus faibles mais depuis les années 2000, leur diffusion est généralisée, en particulier pour les stimulants (cocaïne, MDMA/ecstasy, amphétamines). La cocaïne est la drogue illicite la plus consommée après le cannabis, dont une consommation au cours de la vie a été déclarée par 5,6 % des personnes de 18-64 ans. Vient ensuite les champignons hallucinogènes (5,3 %) et la MDMA/ecstasy (5,0 %). Les autres drogues concernent des proportions inférieures.

L'expérimentation de cocaïne a été multipliée par quatre en l'espace de deux décennies en France, même si une stabilisation est observée plus récemment : de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2014 et stable depuis. Son usage dans l'année poursuit une augmentation continue depuis 1995, avec un net accroissement entre 2014 et 2017, de 1,1 % à 1,6 %, des 18-64 ans. L'expérimentation de la MDMA/ecstasy a connu une trajectoire similaire, passant de 1 % à 5,0 % entre 2000 et 2017, s'accompagnant d'une hausse des usagers dans l'année (0,2 % à 1 %) [18]. Par ailleurs, une augmentation récente de l'expérimentation des champignons hallucinogènes et de la MDMA/ecstasy est observée en France depuis 2014, avec des consommations cependant moindres en Île-de-France pour l'expérimentation mais comparables pour l'usage dans l'année [19].

En Île-de-France, les usages suivent les mêmes tendances que celles observées au niveau national, à savoir une expérimentation de drogues illicites dominée par le cannabis et celle de cocaïne, ecstasy et champignons hallucinogènes se situant loin derrière.

Deux points sont marquants :

- Certaines consommations sont moindres chez les hommes franciliens par rapport à leurs homologues du reste de la France pour certaines drogues : les champignons hallucinogènes (6,3 % des hommes franciliens en ont consommé au cours de la vie contre 8,5 % hors Île-de-France), le LSD (2,9 % en Île-de-France contre 4,2 % hors Île-de-France), les amphétamines (2,1 % contre 3,3 % hors Île-de-France) et l'héroïne (1,5 % contre 2,5 % hors Île-de-France),
- L'expérimentation de la cocaïne chez les femmes s'avère plus élevée chez les Franciliennes que chez leurs homologues du reste de la France : 4,5 % en Île-de-France contre 2,9 % hors Île-de-France (Baromètre 2017).

Par ailleurs, les consommations sont rarement isolées. Ainsi, si 44 % des Franciliens ont expérimenté le cannabis, 35 % n'ont expérimenté que cette drogue illicite. Parmi les expérimentateurs de cocaïne, 99 % ont déjà expérimenté le cannabis et ils ne sont que 0,05 % à n'avoir expérimenté aucune autre drogue illicite que la cocaïne. Quant aux expérimentateurs de MDMA/ecstasy, 60 % ont déjà consommé de la cocaïne au cours de la vie. En Île-de-France, les expérimentateurs de crack ont tous expérimenté le cannabis, ils sont 36 % à avoir déjà consommé du LSD, 38 % des champignons hallucinogènes, 43 % des amphétamines, 49 % de la MDMA/ecstasy, 53 % de l'héroïne et 80 % de la cocaïne non basée.

Les usages dans l'année (tableau 2) suivent les mêmes tendances que ce qui est observé pour les expérimentations, avec des consommations franciliennes comparables ou inférieures à celles du reste de la France. Les effectifs peuvent cependant être faibles en Île-de-France, et ne permettent pas de mettre en évidence les différences hommes femmes dans les consommations de la plupart des drogues à l'exception du cannabis et de la MDMA/ecstasy.

Pour l'année 2019, 13 801 Franciliens ont eu une prise en charge de l'assurance-maladie pour un traitement de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine) soit, rapporté à la population de référence de 15-80 ans, un taux de 13,6 pour 10 000 personnes. En France, le taux est de 31,0 pour

10 000 personnes (163 784 personnes prises en charge).

Les bénéficiaires sont majoritairement des personnes de 50-64 ans (représentant 48 % des bénéficiaires en Île-de-France), puis des personnes de 31-49 ans (42 % des bénéficiaires franciliens), essentiellement situés à Paris (qui regroupe 25 % des bénéficiaires), en Seine-Saint-Denis (14 % des bénéficiaires) et dans le Val-de-Marne (12 %).

Les niveaux de consommation de drogues varient sensiblement selon le sexe et l'âge

Ainsi, les proportions d'expérimentateurs sont toujours plus élevées chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le produit (à l'exception des amphétamines en Île-de-France), avec des écarts plus marqués entre hommes et femmes hors Île-de-France qu'en Île-de-France (tableau 1).

Par âge (figure 2), c'est parmi les adultes de moins de 35 ans que la proportion d'expérimentateurs des principales drogues illicites est la plus élevée, en particulier l'ecstasy, les champignons hallucinogènes, le LSD et la cocaïne (cette dernière également expérimentée dans des proportions comparables dans le groupe des 35-44 ans). Les amphétamines et le crack sont en revanche plus souvent expérimentés à la fois par les 26-34 ans et les plus âgés (55-64 ans). Quant à l'héroïne, les expérimentateurs sont plus nombreux parmi les 55-64 ans puis parmi les plus jeunes (18-25 ans), témoignant à la fois des anciennes générations d'usagers d'héroïne mais aussi des jeunes urbains en précarité sociale. L'héroïne, traditionnellement injectée, est aujourd'hui majoritairement sniffée [18].

Des niveaux de consommation plus faibles en Île-de-France que dans le reste de la France observés aussi chez les jeunes

L'adolescence est une période d'expérimentation des produits psychoactifs, avec des premiers usages qui commencent pendant les années collège et qui tendent à s'intensifier et s'installer par la suite, avec des conséquences cognitives, sanitaires et sociales. L'enquête Escapad réalisée par l'OFDT auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée défense et ci-

toyenneté (JDC), montre qu'en termes de consommation de drogues illicites, le cannabis prédomine, expérimenté par 39,1 % des jeunes [20], et dont l'usage régulier (dix fois au moins au cours du dernier mois) concerne 7,2 % des jeunes (France, 2017). L'âge moyen du premier usage de cannabis reste stable et se situe autour de 15,3 ans (France, 2017). Chez les jeunes de 17 ans en France, outre le cannabis, les drogues illicites les plus consommées sont par ordre de fréquence, la MDMA/ecstasy (3,4 %), les champignons hallucinogènes (2,8 %), la cocaïne (2,8 %), les amphétamines (2,3 %). Les autres drogues illicites le sont par moins de 2 % des jeunes.

En Île-de-France, les drogues citées ci-dessus sont également celles qui sont les plus consommées. Mais comme cela avait été observé chez les adultes, les proportions d'expérimentateurs sont toujours inférieures en Île-de-France par rapport au reste de la France (tableau 3), pour ces drogues, ainsi que pour le LSD chez les hommes et, chez les femmes, pour le cannabis, la cocaïne (point différenciant de l'observation faite chez les adultes) et les amphétamines. Le deuxième constat, observé depuis au moins deux décennies, est que les consommations sont plus proches entre hommes et femmes en Île-de-France que dans le reste de la France où les hommes sont plus souvent expérimentateurs que les femmes pour la plupart des drogues.

L'usage d'une drogue par voie intraveineuse concerne une très faible proportion de personnes

En termes de modes de consommation, l'injection concerne 0,4 % des personnes de 18-64 ans en Île-de-France contre 0,6 % hors Île-de-France (Baromètre Santé publique France 2016). Une spécificité de l'Île-de-France est que cet usage ne diffère pas entre les hommes et les femmes (0,4 %) tandis qu'il est plus élevé chez les hommes hors Île-de-France (0,9 % contre 0,3 % des femmes).

Le profil des usagers de drogues est aujourd'hui plus diversifié, comprenant à la fois des usagers socialement insérés, fréquentant ou non des espaces festifs, et des usagers en situation de précarité, parmi lesquels des jeunes en errance et des migrants.



Image par k-e-k-u-l-é de Pixabay

Tableau 1 : Consommations des principales drogues illicites chez les personnes de 18-64 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2017 (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p IdF / HIdF ¹		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	H	F	Ens
Expérimentation									
Cannabis	52,5	36,7 ²	44,3	52,6	37,4	44,9	NS	NS	NS
Cocaïne	6,8	4,5	5,6	8,3	2,9	5,5	NS	S**	NS
MDMA/Ecstasy	7,1	2,5	4,7	7,4	2,8	5,1	NS	NS	NS
Champignons hallucinogènes	6,3	2,8	4,5	8,5	2,7	5,5	S*	NS	S*
LSD	2,9	1,4	2,1	4,2	1,3	2,8	S*	NS	NS
Amphétamines	2,1	1,3	1,7	3,3	1,1	2,2	S*	NS	NS
Héroïne	1,5	0,4	0,9	2,5	0,7	1,6	S*	NS	S**
Crack, freebase	0,9	0,2	0,6	1,1	0,3	0,7	NS	NS	NS
Consommation dans l'année									
Cannabis	14,7	7,6	11,0	15,2	7,0	11,0	NS	NS	NS
Cocaïne	1,7	1,2	1,4	2,4	0,8	1,6	NS	NS	NS
MDMA/Ecstasy	1,8	0,6	1,2	1,4	0,6	1,0	NS	NS	NS
Champignons hallucinogènes	0,4	0,2	0,3	0,6	0,1	0,3	NS	NS	NS
LSD	0,2	0,3	0,3	0,5	0,2	0,4	NS	NS	NS
Amphétamines	0,3	0	0,2	0,5	0,2	0,3	NS	NS	NS
Héroïne	0,1	0,1	0,1	0,6	0,3	0,4	S*	NS	S*
Crack, freebase	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	NS	NS	NS
Effectifs	1 819	1 925	3 744	7 902	9 006	16 908			

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

1, p IdF/HIdF : Test du χ^2 de Pearson, NS : Non significatif, S* p<0,05, S** p<0,001, S*** p<0,0001

2, En gras : p Hommes / Femmes : test du χ^2 de Pearson, significatif au seuil de 5 %

Tableau 2 : Expérimentation des principales drogues illicites en Île-de-France et hors Île-de-France à 17 ans en 2017 (en %)

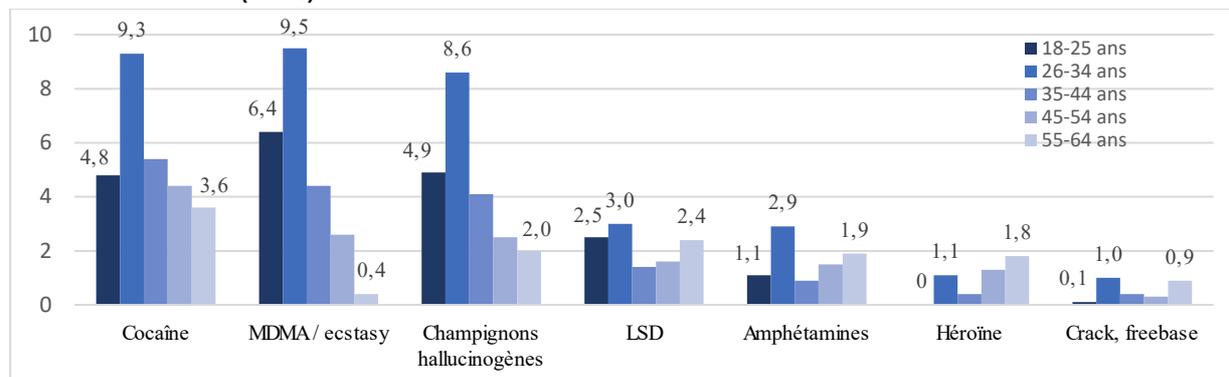
	Île-de-France			France métropolitaine			p IdF / HIdF		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	H	F	Ens
Cannabis	38,7	32,1	35,4	41,8	36,3	39,1	S***	S***	S***
MDMA/Ecstasy	3,1	2,4	2,7	3,9	2,8	3,4	S*	NS	S**
Champignons hallucinogènes	2,6	1,6	2,1	3,6	1,9	2,8	S**	NS	S***
Cocaïne	2,3	1,5	1,9	3,1	2,4	2,8	S**	S***	S***
Amphétamines	1,6	1,3	1,5	2,8	1,8	2,3	S***	S*	S***
LSD	1,2	1,0	1,1	1,9	1,2	1,6	S**	NS	S***
Crack, freebase	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	NS	NS	NS
Héroïne	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	NS	NS	NS

Source : Escapad 2017, OFDT, exploitation ORS Île-de-France

1, p IdF/HIdF : Test du χ^2 de Pearson, NS : Non significatif, S* p<0,05, S** p<0,001, S*** p<0,0001

2, En gras : p Hommes / Femmes : test du χ^2 de Pearson, significatif au seuil de 5 %

Figure 2 : Expérimentation des principales drogues illicites hors cannabis en Île-de-France par âge chez les 18-64 ans (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Les principales drogues illicites

Cannabis : Plante dont l'espèce la plus répandue est le Cannabis sativa (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol. Il est classé en France comme stupéfiant. Il se présente sous trois formes : l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (le « haschisch ») et l'huile (plus concentrée en principe actif). L'herbe et le haschisch se fument, généralement, sous forme de « joint » (i.e. avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux space-cakes) ou bu (infusions).

Cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) : Elle est obtenue par transformation de la feuille de coca, elle se présente sous forme de poudre blanche, classée parmi les stimulants, et est consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), parfois pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale) ou intraveineuse (injection). Effets : sensation de puissance intellectuelle et physique, indifférence à la fatigue, sentiment d'euphorie. Phase de « descente » : symptômes de type dépressif, anxiété et forte irritabilité, Forte dépendance psychique conduisant à des envies irrésistibles d'en consommer (craving) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

La cocaïne base (crack ou « free base ») est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne et résulte de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés et plus rarement injectés. Effets de la cocaïne base : beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate, apparition plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais de durée beaucoup plus courte (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à une multiplication des prises.

Ecstasy, MDMA, amphétamines : La MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine) et l'amphétamine sont des drogues de synthèse. L'amphétamine est le chef de file d'un groupe de molécules, les dérivés amphétaminiques. La MDMA, appelée ecstasy sous sa forme comprimé, en est l'élément le plus connu et s'est diffusée en France avec l'essor du mouvement festif techno. Elle est surtout recherchée pour ses effets amplifiant la capacité d'empathie et peut à forte dose entraîner des modifications des perceptions sensorielles. Elle est avalée mais aussi sniffée, plus rarement fumée ou injectée. L'amphétamine, ou « speed », est un psychostimulant plus puissant se présentant sous la forme de poudre destinée à être sniffée, parfois injectée, très présente dans l'espace festif alternatif où son moindre prix par rapport à la cocaïne, pour des effets relativement proches, lui assure une certaine popularité.

Hallucinogènes : Les substances hallucinogènes présentes dans certains végétaux (notamment champignons « hallucinogènes ») ou produites chimiquement. Effets : distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales, temporelles et de la perception que l'utilisateur a de son corps. Le plus souvent, pas de dépendance, ni tolérance, du fait de leur consommation en séquences espacées. Complications : « bad trips » ou épisodes « délirants » et traumatismes (chutes, accidents, etc.). Le LSD, acide lysergique, produit par un champignon (l'ergot de seigle), est parmi les hallucinogènes synthétiques les plus connus, que l'on trouve le plus souvent directement sous forme liquide (« goutte ») ou déjà déposé sur un buvard, et destiné à être avalé. Effets : modifications sensorielles intenses, hallucinations et perte plus ou moins marquée du sens des réalités, mais aussi angoisses, crises de panique, bouffées délirantes, la « descente » peut, elle aussi, être très désagréable et générer un profond mal-être.

Héroïne et autres opiacés : Opioïdes : famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de la culture du pavot, tels que morphine, héroïne, codéine, méthadone et buprénorphine haut dosage. Capables d'induire une dépendance psychique et physique. L'héroïne se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique) et peut être injectée en intraveineuse, sniffée ou fumée en « chassant le dragon ». Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase, suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. La pratique de l'injection peut être à l'origine d'infections locales (abcès) et expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en cas de mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation.

Source : OFDT

L'accessibilité des drogues sur le territoire de Paris et de la Seine-Saint-Denis en 2019

Le dispositif TREND de l'OFDT collecte et analyse les informations afin de détecter, de décrire et de comprendre les phénomènes et les pratiques émergentes en matière de drogues. Grâce à ce dispositif, il est possible d'observer les différences d'accessibilité sur les territoires, notamment entre le département de la Seine-Saint-Denis et celui de Paris [16].

Ainsi l'héroïne est une drogue relativement disponible en Île-de-France. La Seine-Saint-Denis est le département privilégié pour s'en procurer, avec une vente qui s'effectue historiquement dans des halls d'immeubles des cités (appelés « fours »). Toutefois, l'héroïne est de plus en plus accessible via des livraisons à domicile ou près des lieux de revente, qui remplace progressivement les réseaux de type « fours ».

D'un département à l'autre, les produits vendus et les modes de revente diffèrent

Un marché de revente des médicaments de substitution (MSO) est visible. La buprénorphine haut dosage (BHD), comme le Subutex®, est accessible à Paris, contrairement au département de la Seine-Saint-Denis où son trafic n'est pas structuré. Même si de nouvelles formes de BHD ont été commercialisées, le Subutex® reste l'un des plus consommés. La méthadone, présente sous la forme de sirop et plus récemment de comprimés, est très disponible sur le territoire parisien, contrairement à la Seine-Saint-Denis où elle a plutôt un rôle de « dépannage » entre consommateurs. À noter que la méthadone est soumise à une primo-prescription par un médecin exerçant dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou un service hospitalier spécialisé.

Le Skénan® (sulfate de morphine) est un médicament antalgique classé sur la liste des stupéfiants par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il est particulièrement disponible aux abords de la Gare du Nord à Paris. Depuis 2016, il s'agit de la substance la plus consommée (avec le crack) en injection dans la salle de consommation à moindre risque de Paris.

La cocaïne est, sur le territoire parisien, principalement disponible à la livraison et bénéficie d'une offre importante, les consommateurs ayant souvent plusieurs choix de vendeur à contacter. En Seine-Saint-Denis, la cocaïne est très accessible et disponible, notamment dans de nombreuses « cités » historiquement lieux de vente de cannabis.

La disponibilité et l'accessibilité du crack sont en constante augmentation ces dernières années. Les

démantèlements réguliers des divers sites de vente et de consommation de crack ont engendré un trafic de plus en plus mobile, les usagers et revendeurs changeant de lieu et d'horaire en fonction de la pression exercée par les forces de l'ordre. Le trafic s'est notamment développé dans certaines lignes de métro du nord de Paris [8]. Le marché du crack (cocaïne vendue sous forme solide cailloux) reste globalement confiné au nord est parisien et ses abords immédiats de la Seine-Saint-Denis.

Le cannabis, quant à lui, est toujours très disponible, que ce soit à Paris ou en Seine-Saint-Denis, dans des lieux de ventes habituels, dans la rue ou par un service de livraison. De plus, l'offre multiproduit se développe.

Une consommation de cocaïne et de crack peu élevée en population générale mais très visible dans l'espace public à Paris et en Seine-Saint-Denis

La consommation de crack ou freebase en population générale concerne un très faible pourcentage de personnes, ainsi 0,6 % des Franciliens de 18-64 ans, les hommes un peu plus que les femmes (0,9 % et 0,2 %), déclarent en avoir déjà consommé au cours de la vie. Ces proportions ne sont pas plus élevées que celles observées dans le reste de la France. Chez les jeunes de 17 ans, les niveaux de consommation sont faibles également, 0,6 % des Franciliens en ayant déjà consommé au cours de la vie, proportions comparables entre hommes et femmes et comparables avec le reste de la France.

Bien qu'il soit majoritairement fumé, en 2017, un tiers des consommations de crack de la salle de consommation à moindre risque de Paris était réalisée par injection [16].

Alors que le crack et le freebase sont en réalité un même produit, son usage recouvre des publics hétérogènes, qui pensent consommer des substances différentes

Le profil des consommateurs de freebase, apparu en France à la fin des années 1990, s'apparente davantage aux consommateurs récréatifs de cocaïne en poudre alors que les usagers de cracks sont davantage précarisés [14]. D'après des estimations produites à partir des données Recap 2019, le nombre d'usagers de 15-64 ans consommant de la cocaïne basée serait estimé à 42 800 (IC à 95 %, 40 900-44 700) en France en 2019. En Île-de-France, des estimations à partir de l'enquête ENACAARUD estimeraient le nombre d'usagers de cocaïne basée ayant fréquenté les CAARUD en 2019

en Île-de-France autour de 13 000 personnes, soit près de 70 % du public accueilli, avec une concentration forte à Paris et en proche banlieue

Même si les consommateurs de crack sont majoritairement précarisés, un public d'usagers insérés ou semi-insérés émerge

Paris et la Seine-Saint-Denis sont spécifiques par l'implantation du seul marché organisé de crack en métropole et par la présence visible d'usagers en situation de vulnérabilité extrême. Ainsi l'étude crack en Île-de-France [21] confirme la désaffiliation des usagers de crack, se traduisant par l'absence de ressources financières issues d'un emploi, des ruptures familiales, administratives et surtout des difficultés de logement. En effet, plus des deux tiers des usagers sont sans domicile fixe ou hébergés dans une structure sociale. Si les usagers sont majoritairement des hommes, ayant en moyenne une quarantaine d'années, les femmes sont plus visibles que parmi les non-consommateurs de crack et leurs trajectoires sont chaotiques et douloureuses.

Cette étude a aussi montré l'émergence d'une population d'usagers de cracks insérés ou semi-insérés (personnes disposant d'une couverture sociale, d'un logement, de revenus réguliers, voire d'un travail, de liens familiaux ou amicaux), fréquentant peu les structures de réduction des risques, mais qui semblent avoir développé une forte addiction au crack et ayant pu entamer un processus de désinsertion sociale. L'étude a aussi montré la présence d'usagers russophones, également consommateurs d'opiacés.

La recherche a mis en évidence l'existence d'un décalage entre les représentations associées à ces usagers et les besoins exprimés par eux. Bien que perçus comme incapables de s'insérer dans des parcours sanitaires et de réinsertion, les usagers expriment leurs besoins « de se mettre à distance des produits par l'accès à un hébergement éloigné des scènes de consommation, un souhait d'intimité, de sevrage et des réponses individualisées ». Elle a également montré la différence de situation entre Paris où les principaux lieux de deal de consommation sont à quelques minutes de marche des structures d'accueil type CAARUD et celle de la Seine-Saint-Denis où le territoire est peu couvert, notamment dans l'est du département. Ces structures sont parfois les seuls contacts que les usagers ont avec le milieu sanitaire et social.



Le plan de lutte contre la consommation de crack à Paris : un bilan en demi-teinte selon la Cour des comptes

La population de consommateurs de crack en France dans l'espace public est estimée à environ 700 à 800 personnes, se trouvant principalement dans certains lieux des XVIII^e, XIX^e et XX^e arrondissements de Paris [22]. Face aux problèmes de santé et de sécurité publique engendrés par la présence de ces consommateurs dans l'espace public, un Plan de mobilisation coordonnée 2019-2021 a été établi [23]. Ses objectifs premiers sont de mieux réguler l'espace public et de mieux coordonner la politique de réduction des risques et des dommages entre les différents acteurs. Pour ce faire, quatre objectifs principaux ont été définis : l'hébergement, le renforcement des maraudes, l'accompagnement social et sanitaire ainsi qu'un meilleur repérage des publics. Ils ont ensuite été déclinés en 33 mesures opérationnelles.

Même si les actions du plan de mobilisation semblent pertinentes, leur impact reste limité

La Cour des comptes a récemment évalué ce dispositif, avec un résultat en demi-teinte. Avant tout, seulement 19 actions sur les 33 prévues initialement ont été mises en œuvre. Le budget initial de 9 millions sur trois ans a été largement dépassé et s'élève finalement à presque 25 millions d'euros. Des effets ont quand même pu être observés, notamment une diversification et une intensification des maraudes ainsi qu'une mise à l'abri des individus dans des hôtels, ce qui se trouve être la cause principale de dépassement du budget (situation favorisée par la crise sanitaire). Cependant, trop peu de structures de premier accueil (espace de repos, SCMR) et de place d'hébergement pérennes ont été créées [22].

Organisation du système de prise en charge des addictions

En France, trois secteurs interviennent dans la prise en charge des addictions : la médecine de ville, le secteur médico-social et le secteur hospitalier. Parmi eux, les structures médico-sociales et hospitalières pratiquent une prise en charge qui peut être ambulatoire ou résidentielle. Parallèlement aux soins, des démarches de réduction des risques et des dommages se développent pour les individus qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas arrêter de consommer.

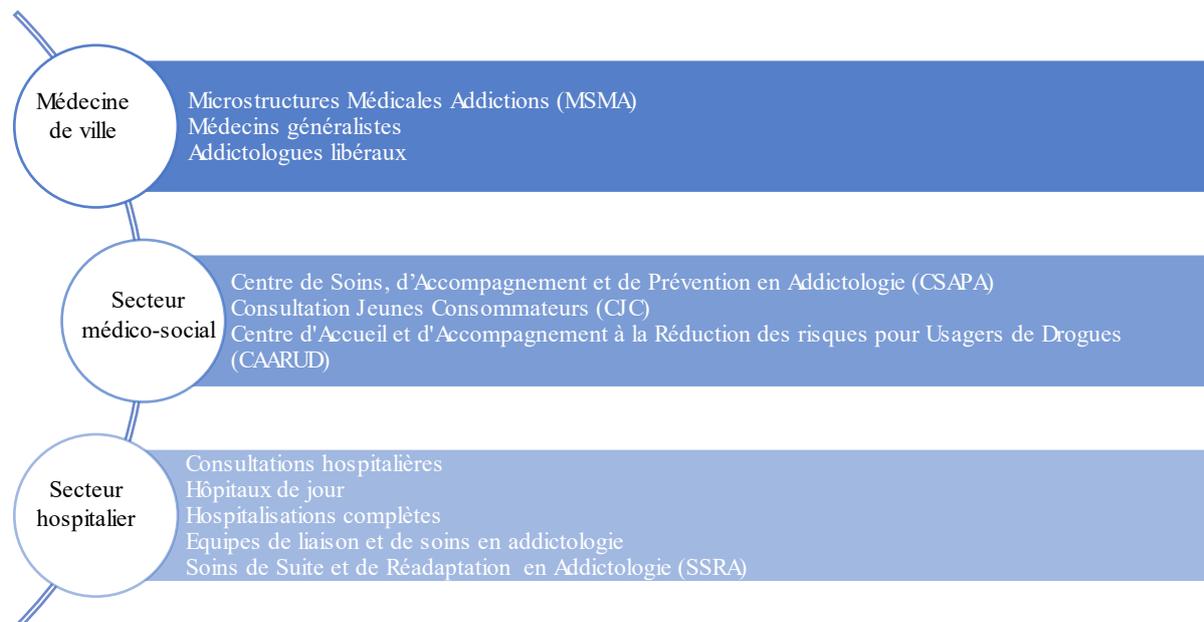
Les soins ambulatoires en addictologie, une offre adaptable

Les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** ont été créés en 2002 et résultent de la fusion des centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ces structures assurent des missions d'accueil, d'information et d'évaluation ainsi qu'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative en fonction des besoins. Une orientation est également proposée pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, ainsi qu'à leur entourage. En ce sens ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le

repérage précoce des usages nocifs, mener des interventions de réduction des risques et des dommages mais également accompagner le sevrage grâce à la prescription et au suivi des traitements, notamment les traitements de substitution au opiacés (TSO) [24]. Afin de garantir un accompagnement pluridisciplinaire, l'équipe du CSAPA se compose de travailleurs sociaux, de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de psychologues ainsi que de personnel administratif [25].

Le **secteur libéral** est également actif dans la prise en charge des dépendances. Les professionnels de santé, médecins généralistes, addictologues libéraux, psychiatres/psychologues et pharmaciens, représentent souvent le premier point de contact avec le système de santé pour les personnes souffrant d'addictions. Les **microstructures médicales en addictologie (MSMA)**, actuellement en expérimentation, résultent de la volonté de faire des médecins de premiers recours des acteurs « *pivots du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé* » en addictologie [27]. L'objectif est de faciliter l'orientation des personnes avec des parcours addictifs complexes et de promouvoir l'articulation entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux afin « *de favoriser une prise en charge adaptée, graduée et transdisciplinaire des personnes* » [28]. Parmi les substances

Figure 3 : Les trois secteurs de l'addictologie et leurs structures associées



consommées, les drogues illicites, à l'exemption du cannabis, sont peu présentes. Ces structures sont présentes au sein des cabinets de certains médecins généralistes et regroupent, a minima, un médecin généraliste, un travailleur social et un psychologue. En Île-de-France, le département de la Seine-Saint-Denis expérimente les MSMA et comptabilise, en 2021, huit microstructures, dont quatre ouvertes pendant l'année.

Le **secteur hospitalier** mène des **consultations d'addictologie**, qui permettent de faire le point sur les consommations et de proposer une démarche de traitement. Des **hospitalisations de jour** existent également, elles permettent de mener une évaluation pluridisciplinaire, d'élaborer des projets thérapeutiques individualisés et de mettre en place une prise en charge adaptée [29]. Cette prise en charge ambulatoire permet de fournir un accompagnement médical, psychologique et social tout en maintenant l'individu dans son environnement [30].

Les **équipes de liaison et de soins en addictologie** (ELSA) ont été introduites dans les centres hospitaliers par la circulaire du 8 septembre 2000 [31]. À l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) ces équipes se nomment **équipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues** (ECIMUD). Ce sont des équipes pluridisciplinaires composées a minima d'un praticien et de deux à trois professionnels : infirmier, psychologue, travailleur social ou encore diététicien. Ces équipes de liaison sont chargées de définir des protocoles de prise en charge et d'aider à leur mise en œuvre à travers l'accueil aux urgences, le repérage, les bilans, la gestion des situations de manque, la poursuite ou initiation d'un traitement de substitution ou encore de sevrage [31]. Elles interviennent donc dans le cadre des prises en charge aux urgences mais également dans le cadre des hospitalisations ou des consultations externes.

Les CSAPA et les centres hospitaliers peuvent tous deux proposer des **consultations jeunes consommateurs** (CJC). Créées en 2005, elles ont pour vocation d'assurer un continuum entre prévention et soin [32]. Ces consultations ont pour objectif d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage afin d'aborder leurs conduites addictives avec ou sans substances. Les lieux destinés à l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points d'accueil écoute jeunes) peuvent également proposer ce type d'intervention. Il y est question d'évaluer les consommations des jeunes mais également d'aborder leurs situations dans leur globalité (liens familiaux, mal-être, santé, scolarité...).

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Au sein des CSAPA, trois populations se distinguent : le groupe « alcool-tabac », le groupe « cannabis » et le groupe « opiacés, cocaïne et autres produits » qui représentent respectivement 51,1 %, 26,1 % et 19,0 % de l'effectif total estimé des usagers. Plus de trois personnes sur quatre sont des hommes. Les individus du groupe « cannabis » sont relativement jeunes, 27,2 ans en moyenne, et plus d'un quart a été orienté dans le cadre d'une obligation de soins.

Le groupe « opiacés, cocaïne et autres produits » est une population que l'on peut qualifier de précaire. En effet, près d'un individu sur quatre est sans-domicile fixe ou vit dans un logement provisoire et seulement 37,4 % bénéficient de revenus issus d'un emploi (y compris retraites et pensions d'invalidité).

Même s'ils sont très souvent polyconsommateurs, le produit à l'origine de la prise en charge est, pour 45,6 % des usagers, l'héroïne, pour 10,7 %, la cocaïne et pour 5,4 %, le crack. Dans plus de la moitié des situations, c'est la personne elle-même qui est à l'origine de la démarche de consultation.

Les individus du « groupe alcool » sont, quant à eux, plus âgés avec une moyenne d'âge de 44,4 ans. Ils sont également mieux insérés, 86,7 % ont un logement qualifié de durable et 42,2 % une activité rémunérée continue.

Source : Enquête RECAP, données nationales 2019, OFDT (26)

Micro structures médicales en addictologie (MSMA)

En 2020, pour les quatre MSMA ouvertes en Seine-Saint-Denis :

Les psychologues ont eu une file active de 76 patients, dont 62 % de femmes.

L'âge moyen est de 48 ans et les principales substances consommées sont : l'alcool dans 37 % des cas, le tabac pour 27 % et le cannabis pour 17 %.

Les travailleurs sociaux ont eu une file active de 55 patients (51 % d'hommes, 47 % de femmes, 2 % de couple).

L'âge moyen est de 47 ans et les principaux motifs de consultations sont la consommation d'alcool (53 %), de cannabis (33 %) et le mésusage de médicaments (13 %).

Source : Rapport d'activité CNRMS 2020 (27)

Par la suite, une orientation est décidée conjointement par les professionnels et les jeunes afin de proposer une prise en charge visant à l'arrêt de la consommation ou à sa réduction.

Les soins résidentiels, une offre diversifiée

Les prises en charge résidentielles permettent de disposer d'un cadre protecteur pendant toute la durée du sevrage et de mettre une distance géographique et temporelle entre l'individu et les substances consommées précédemment, notamment pendant la période suivant immédiatement le sevrage [33]. Ces structures peuvent être gérées par des structures sanitaires ou des structures médico-sociales.

Les services hospitaliers ont la capacité d'effectuer « *des hospitalisations complètes des patients ayant une conduite addictive dont la sévérité ou la gravité des complications nécessitent une hospitalisation* » [30]. Deux types de structures existent, toutes deux qualifiées de « court séjour ». D'un côté, des **unités d'hospitalisation qui permettent de faire des sevrages résidentiels simples**. Ce ne sont pas des services spécialisés, ils sont intégrés aux services généraux et disposent d'une équipe encadrante *a minima* sensibilisée au sujet des dépendances. Les durées d'hospitalisation varient en moyenne de 5 à 10 jours. Ces services sont notamment un appui pour les services des urgences. D'un autre côté, des **unités d'hospitalisation qui ont vocation à réaliser des soins résidentiels complexes** grâce à des équipes formées à l'addictologie. Ces services doivent pouvoir prendre en compte d'une part les addictions mais également leurs répercussions somatiques, psychiatriques et sociales. La durée d'hospitalisation est de 2 à 4 semaines en moyenne [30].

À l'exception des communautés thérapeutiques et des centres thérapeutiques résidentiels, toutes les structures présentées ci-après ne sont pas uniquement dédiées à la prise en charge des addictions, sauf en cas de spécialisation. Les soins résidentiels peuvent être individuels ou collectifs. Parmi les soins résidentiels individuels, les **appartements thérapeutiques (AT)** sont destinés aux personnes pouvant vivre seules mais nécessitant un accompagnement thérapeutique, médical, psychologique et éducatif. Les **appartements de coordination thérapeutique (ACT)** sont, quant à eux, destinés aux personnes en situation de précarité touchées par une pathologie chronique

Consultations jeunes consommateurs

Même si les consultations jeunes consommateurs sont ouvertes à tous les types de consommateurs de produit, ce sont majoritairement, et loin devant les autres substances, des consommateurs de cannabis. Plus d'un tiers des consultations est alimenté par les orientations judiciaires et seulement 20 % sont des démarches spontanées. Mais les orientations socio-éducatives de la protection judiciaire de la jeunesse ou par un professionnel de santé restent importantes. A 80 %, les usagers sont des hommes. L'âge a également une influence sur le motif des orientations. Les mineurs arrivent majoritairement à la suite d'une demande de la famille, entre 18 et 30 ans ce sont les orientations judiciaires qui dominent et au-delà les recours sont principalement le résultat de demandes spontanées et d'orientations médicales. De plus, le public accueilli en CJC s'avère être pour une forte proportion en situation de précarité. Un jeune adulte sur cinq n'a ni formation, ni emploi et après 25 ans, 54 % des consultants sont **chômeurs ou inactifs (32)**.

Source : CJC : bilan après 10 ans d'activité. Données issues des enquêtes de l'OFDT (32)

invalidante (initialement ils étaient destinés aux personnes ayant contracté le VIH-sida). Cet hébergement temporaire permet de donner accès à des soins et à un suivi médical, d'assurer le suivi et la coordination des soins, d'aider à l'observance des traitements tout en fournissant un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Enfin, les **familles d'accueil** peuvent être une solution. En effet, l'intégration dans une famille permet de sortir de son environnement habituel, de bénéficier d'un rythme de vie et de réapprendre les relations sociales et familiales [34].

Concernant les soins résidentiels collectifs, les **centres thérapeutiques résidentiels (CTR)** sont des centres postcures qui proposent des séjours d'un an maximum. Ils sont principalement indiqués aux personnes sevrées ou avec une consommation stabilisée lorsque les dispositifs ambulatoires ou individuels paraissent insuffisants. Les **communautés thérapeutiques**¹ proposent une prise en charge fondée sur le « groupe de résident-pairs comme moteur du soin et d'entraide » [35]. Cet accompagnement peut durer jusqu'à deux ans. Des **lits halte soins santé (LHSS)** existent également. Ce sont des structures médico-sociales qui hébergent à temps complet des personnes sans domicile fixe ayant une pa-

¹ Les communautés thérapeutiques sont abordées plus amplement page 19

thologie aiguë mais ne nécessitant pas d'hospitalisation. Ensuite les **lits d'accueil médicalisé (LAM)** prennent en charge les personnes sans domicile fixe présentant une pathologie chronique lourde qui nécessitent un suivi médical et/ou hospitalier régulier. Enfin les **centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT)** n'accueillent, quant à eux, que des sortants de prison. Ils constituent une passerelle de transition vers les autres types de soins résidentiels cités précédemment.

Les structures de réduction des risques et des dommages

La réduction des risques et des dommages (RdRD) se réfère à l'amélioration des politiques, des programmes et des pratiques dans l'objectif de minimiser les impacts négatifs de la consommation de drogues, tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique ou juridique [36, 37]. Ces interventions ont été à l'origine créées afin de réduire les risques associés, notamment de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales B (VHB) et C (VHC). Les structures de réduction des risques et des dommages ont également vocation à favoriser l'accès aux soins et à informer sur les risques encourus [38] (cf. partie « Il est nécessaire de réduire les risques et les dommages liés à l'usage de drogues » page 22).

Les centres hospitaliers pratiquent également l'accueil en **soins de suite et de réadaptation en addictologie** avec pour objectif de « *réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation* » [30]. Ils peuvent être réalisés en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation.

Les **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)**, créés par la loi du 9 août 2004 sont des structures à bas seuil d'exigence, c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas que la personne soit engagée dans une démarche de soin pour y avoir accès. Ces centres peuvent être gérés par une association ou un établissement public de santé. L'accueil peut se faire dans des lieux fixes ou mobiles tels que des bus, des antennes mobiles ou encore lors d'interventions en milieu culturel et festif. Des soins de santé de premier recours doivent être proposés ainsi qu'un accompagnement vers le système de soins spécialisé si besoin. De plus, un accès au matériel de prévention doit être mis en place : programme d'échange de seringue, distributeur automatique, distribution de matériel. Les CAARUD ont aussi des missions de médiation avec les communautés locales, d'alerte sur les usages et les produits ainsi qu'un accompagnement sur les droits sociaux [39].

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)

Les hommes sont largement majoritaires, avec un ratio de quatre hommes pour une femme. L'écart d'âge entre les deux sexes est faible et tend à diminuer (âge médian à 44 ans pour les hommes et à 38 ans pour les femmes).

Entre 2006 et 2019, l'âge moyen des usagers des CAARUD a augmenté de 7,4 ans.

Ce sont des populations souvent isolées : 69 % vivent seuls, seulement un usager sur deux (50 %) vit dans son propre logement ou chez un proche, 23 % sont sans domicile fixe et 24,5 % vivent en logement temporaire précaire, c'est-à-dire en institution, en camion, en caravane, dans un squat ou dans une chambre d'hôtel.

Parmi les usagers des CAARUD¹, 73 % consomment des opioïdes, dont 48 % de la méthadone, 36 % de la buprénorphine haut dosage² (BHD) et 34 % de l'héroïne. Les stimulants sont consommés par 67 % des usagers, les usagers de stimulants sont 69 % à consommer de la cocaïne (toute forme) et 54 % à en consommer sous forme de crack ou basée (inhalée). Enfin 8,7 % consomment des substances hallucinogènes et 42 % des benzodiazépines.

Source : OFDT à partir des données de l'enquête ENa-CAARUD réalisée en 2019 (37)

¹ Les usagers des CAARUD sont souvent poly-consommateurs, un individu peut donc avoir déclaré consommer plusieurs drogues.

² La méthadone et la buprénorphine haut dosage peuvent être consommées dans un cadre thérapeutique (TSO) ou non.

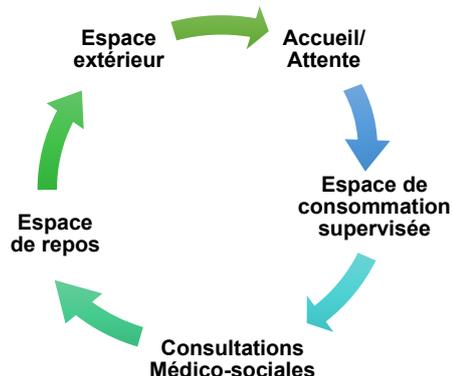
En 2016 était inauguré un dispositif expérimental de **salle de consommation à moindre risque (SCMR)** à Paris et à Strasbourg, dénommé Halte « soins addictions » (HSA), par l'arrêté du 26 janvier 2022 (loi n°2021-1754 de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2021). Les objectifs sont la réduction des principaux risques de transmission de maladies induits par les injections, la prévention des décès liés à l'usage de drogues et la mise en relation des usagers les plus à risque avec les services sanitaires ou sociaux [40]. L'objectif est double. D'un côté il est question d'améliorer la santé publique en travaillant sur la réduction des risques et des dommages engendrés par les consommations. Les usagers qui consomment des drogues par injection bénéficient d'un environnement sécurisé, permettant de consommer leurs produits dans de bonnes conditions d'hygiène en présence de professionnels qualifiés capables d'expliquer les risques et de réagir en cas de surdose. Ce dispositif répond également à des objectifs sociaux en permettant de faire le lien avec des consommateurs très marginalisés et de faciliter le processus de réinsertion. D'un autre côté, les SCMR permettent de réduire les nuisances et d'améliorer la sécurité et la tranquillité dans l'espace public. Concrètement, l'usager désirant utiliser la SCMR doit s'enregistrer gratuitement et anonymement à son arrivée, puis à chaque session la substance apportée doit être montrée à l'équipe encadrante. Lorsqu'une place se libère, l'usager peut aller s'installer à un poste de consommation où le matériel est délivré. Il n'est ni possible de consommer avec son propre matériel ni de consommer à plusieurs. Après cela, une salle de repos est à disposition ainsi que des bureaux pour les consultations sociales et médicales [41].

L'unique HSA d'Île-de-France, située dans le X^e arrondissement de Paris, n'autorise l'accès qu'aux personnes majeures usagères de drogues par voie intraveineuse. Aussi les usagers consommant des drogues par inhalation, comme le crack, n'y sont pas admis.

La réduction des risques s'inscrit dans des dispositifs transversaux

Dans un objectif éducatif et thérapeutique, l'**accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI)** consiste à superviser les comportements, les gestes et les procédures de consommation de drogues par injection. Concrètement, l'intervention consiste à observer les pratiques de l'usager, à superviser ses injections afin de mieux identifier les pratiques à risques et à élaborer des conseils personnalisés. Ainsi les modifications des pratiques permettent une injection à moindre risque [42].

Figure 4 : Schéma de fonctionnement d'une halte « soins addictions »



Source : Dossier de presse, Gaïa, « Expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque dans le quartier de la gare du Nord » (15).

Halte « soins addictions », HSA (anciennement Salle de consommation à moindre risque, SCMR)

Les usagers de la HSA du Xe arrondissement de Paris ont un âge médian de 40 ans ; 82 % sont des hommes et 17,5 % des femmes. 65,8 % ont déjà connu une expérience de prison au cours de leur vie. Les usagers sont principalement des personnes précaires : 65,5 % déclarent vivre dans un logement d'instable à très précaire et 82,5 % sont sans activité professionnelle. Ils souffrent également d'une forte dépendance, en effet 66,3 % déclarent s'injecter quotidiennement et plus d'une personne sur deux (56,3 %) consomme du crack tous les jours. Parmi les consommateurs d'opioïdes, 45,4 % consomment de la morphine quotidiennement, 5,4 % de la buprénorphine, 5,0 % de la méthadone et 4,2 % de l'héroïne.

Source : Résultat de l'enquête Cosinus menée par l'INSERM qui évalue l'expérimentation des SCMR (41)



Le **programme d'échange de seringues** (PES) s'adresse aux personnes usagères de drogues qui souhaitent se procurer du matériel de consommation stérile à usage personnel : seringues, aiguilles, kits pour le crack, filtres. Des préservatifs peuvent également être mis à disposition. Ces services peuvent être associés à des structures de réduction des risques et des dommages fixes, mobiles ou dans des distributeurs automatiques. En 2011, l'association SAFE a même créé un programme de distribution de matériel de consommation par voie postale.

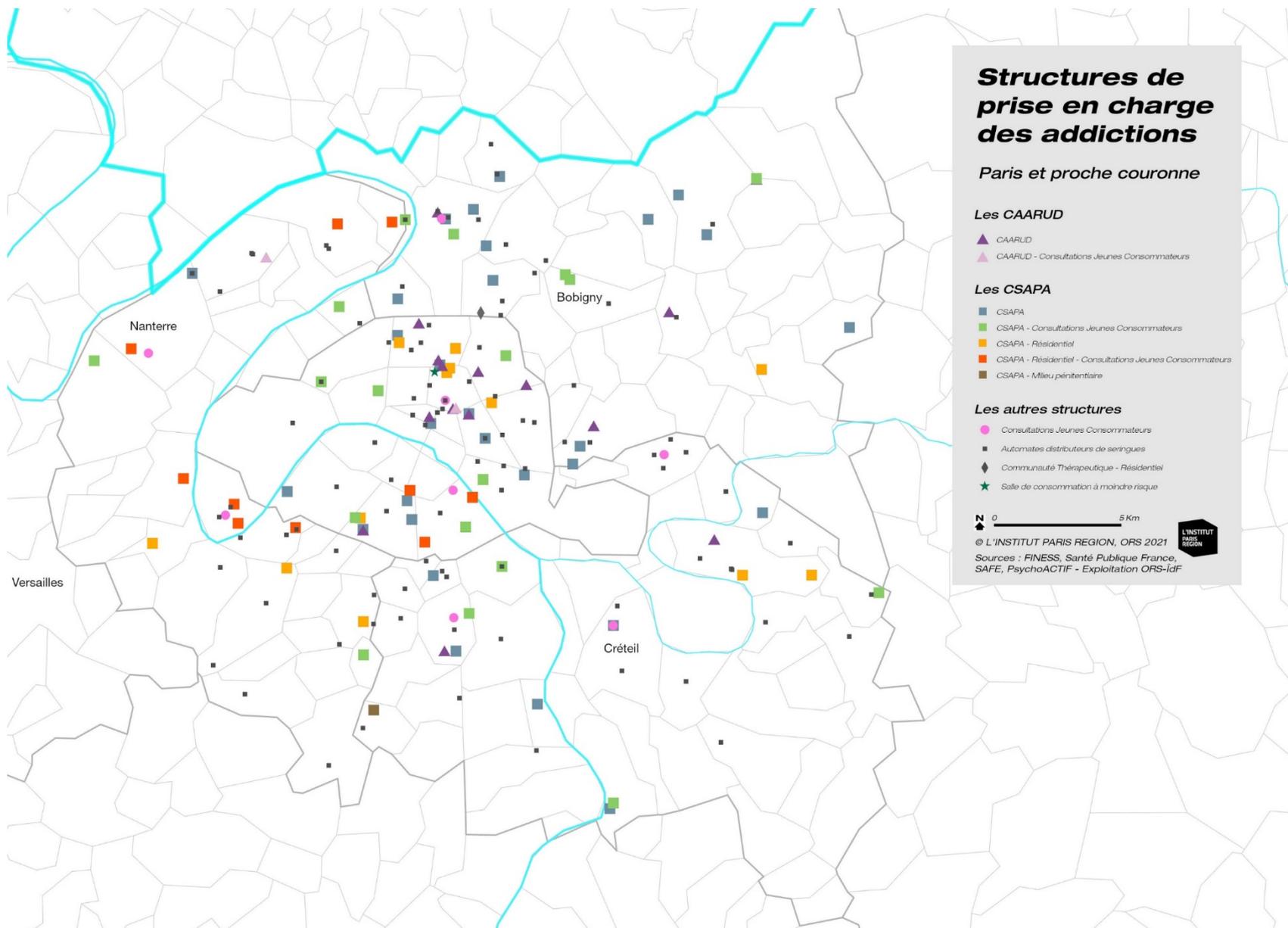
Les aides à distance sont également à prendre en compte : **Tabac info service**, **Joueurs info service**, **Alcool** et **Drogues info service** ainsi que **Ecoute cannabis**. Ces lignes téléphoniques et sites internet apportent de l'information, du soutien, des conseils

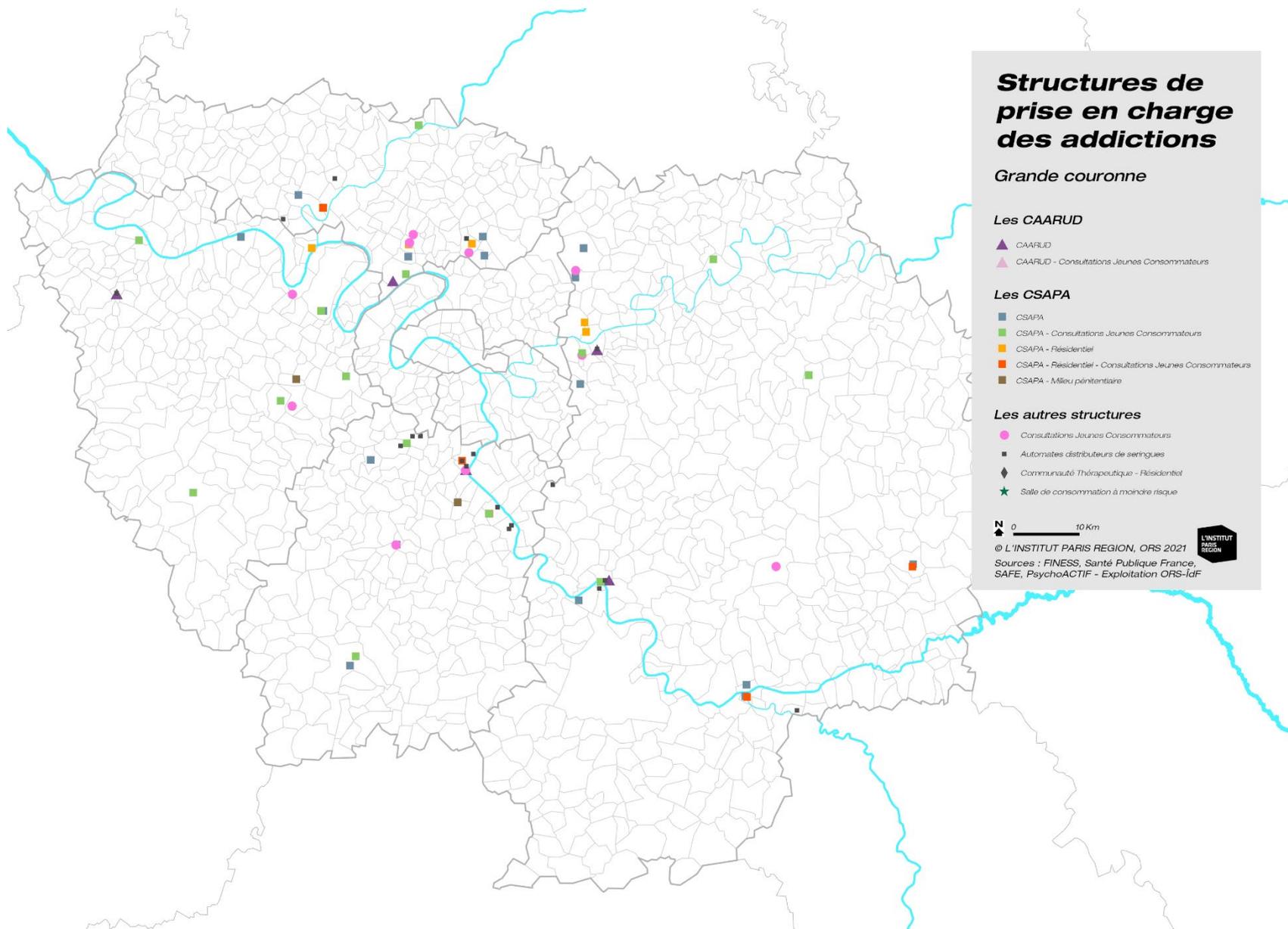
et orientent les personnes souffrant d'addictions et leurs proches. Cela représente une forme de prise en charge et d'aide.

Les associations d'**auto-support**, d'**entraide** et de **pair-aidance** ont pour objectif commun d'accompagner les personnes dépendantes et leur entourage. Ce sont des lieux de soutien, d'écoute et d'information complémentaires à la pratique professionnelle [43]. Répartis sur tout le territoire, ces groupes sont animés par des bénévoles qui se trouvent être souvent d'anciens consommateurs ou membres issus de l'entourage d'un consommateur. C'est à la fois un moyen de lutter contre l'isolement social en créant un espace d'expression non-moralisateur tout en développant l'apprentissage d'une nouvelle gestion de soi au quotidien [44].

Rue de Maubeuge. Quartier des Gares. Paris Xe







Structures de prise en charge des addictions

Grande couronne

Les CAARUD

- ▲ CAARUD
- ▲ CAARUD - Consultations Jeunes Consommateurs

Les CSAPA

- CSAPA
- CSAPA - Consultations Jeunes Consommateurs
- CSAPA - Résidentiel
- CSAPA - Résidentiel - Consultations Jeunes Consommateurs
- CSAPA - Milieu pénitentiaire

Les autres structures

- Consultations Jeunes Consommateurs
- Automates distributeurs de seringues
- ◆ Communauté Thérapeutique - Résidentiel
- ★ Salle de consommation à moindre risque

N 0 10 Km

© L'INSTITUT PARIS REGION, ORS 2021

Sources : FINESS, Santé Publique France, SAFE, PsychoACTIF - Exploitation ORS-IdF



Préconisations pour la prise en charge des addictions

Il n'y a pas de réponse simple face aux addictions. La prise en charge proposée, qu'elle soit sanitaire ou sociale, doit nécessairement s'adapter aux individus et au contexte. Il est ici question de synthétiser les recommandations émises à différents niveaux : international [45], européen [46,47], national [13,48-50] et enfin régional [21] afin d'obtenir une vue d'ensemble des interventions nécessaires à la prise en charge des addictions, fondées à la fois sur des données scientifiques et des principes éthiques. Ces préconisations sont principalement destinées à la prise en charge de la dépendance aux drogues dites « dures », c'est-à-dire aux opiacés (héroïne...) et aux stimulants (cocaïne, crack...). Seront donc abordées dans cette partie, les caractéristiques d'un système efficace de prestations de services à destination des personnes dépendantes.

Une approche thérapeutique intégrée est nécessaire

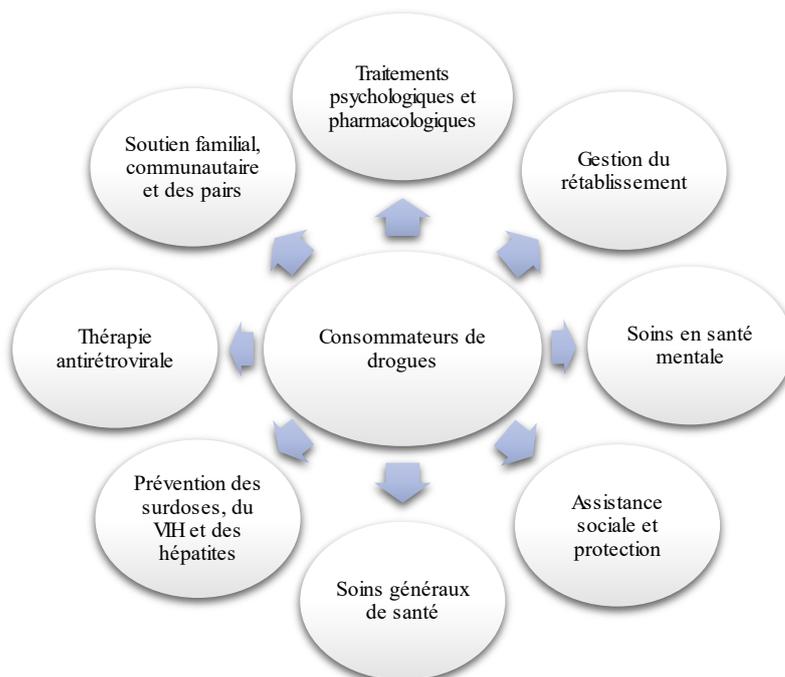
Les troubles liés à l'usage de drogue constituent un problème de santé « complexe avec des déterminants psychosociaux, environnementaux et biologiques, qui requièrent une réponse globale et multidisciplinaire de différentes institutions travaillant conjointement » [45]. Dans de nombreux cas, les personnes usagères de drogues développent d'autres problèmes psychia-

triques et/ou médicaux. Les politiques publiques doivent donc permettre d'établir des modes de coordination qui facilitent l'accès, la continuité et la cohérence de l'accompagnement global des personnes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC) [45] proposent une approche dite du « guichet unique » (figure 5). Il s'agit d'une vaste gamme de services médicaux et sociaux présents au sein d'un établissement unique ou d'un programme, permettant ainsi de fournir un traitement complet aux consommateurs dépendants aux drogues. Dans le cas où il serait impossible de réunir tous ces services au sein d'un guichet unique, un « continuum coordonné et complet de soins » devra être adopté.

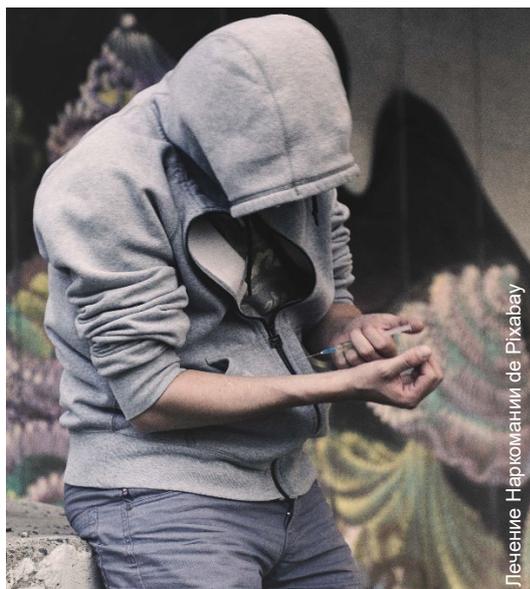
Un système de prise en charge efficace requiert la réponse coordonnée et intégrée de nombreux intervenants et services

C'est dans ce sens que le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [13] fait référence à une « logique de parcours » plutôt qu'à une « filière addictologie », permettant ainsi d'inclure à la fois le secteur médico-social et les soins de suite en addictologie, tout en les articulant avec les soins de premiers recours, les soins psychiatriques et de santé mentale ainsi que le secteur social.

Figure 5 – Schéma du guichet unique



Source : OMS, UNODC, Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues (45)



Interventions suggérées à divers niveaux

Face à la diversité des modes et des lieux de consommation ainsi que des spécificités individuelles, il est recommandé de mettre en place divers niveaux de réponses correspondant aux différents niveaux de besoin. L'idée est que chacun puisse accéder à une prise en charge globale et graduée qui tienne compte de la sévérité de sa dépendance et de ses éventuelles comorbidités associées. Le tableau ci-dessous propose ainsi différents niveaux d'intervention progressifs et les actions qui leur sont associées.

Tableau 3 : Actions possibles en fonction des niveaux d'intervention

Niveau d'intervention	Actions possibles
Soins communautaires informels	Sensibilisation Groupes d'entraide Soutien informel des amis et de la famille
Services de soins de santé primaires	Dépistage, brèves interventions, soins de santé primaires, orientation vers des services spécialisés Soutien continu aux personnes en traitement/ contact avec un service de traitement spécialisé Services basiques de santé incluant les premiers soins, le traitement des blessures
Aide sociale générale	Hébergement/ logement Nourriture Appui social inconditionnel Garantir l'accès à des services sociaux et sanitaires plus spécialisés si nécessaire
Traitement spécialisé de la dépendance aux drogues	Evaluation Gestion des cas Planification du traitement Désintoxication Interventions psychosociales Traitement médicamenteux assisté Prévention des rechutes Services de gestion du rétablissement
Services de soins de santé spécialisés pour les personnes ayant des troubles liés à l'usage de drogues	Traitement en santé mentale Médecine interne Traitement dentaire Traitement du VIH et de l'Hépatite C
Services d'aide sociale spécialisés pour les personnes ayant des troubles liés à l'usage de drogues	Soutien familial et réinsertion Formation professionnelle/ programmes d'éducation Génération de revenus/ micro-crédits Planification des temps de loisirs Services de gestion du rétablissement
Service résidentiel à long terme	Logement Formation professionnelle Environnement protégé Formation aux aptitudes de la vie Soutien thérapeutique continu Services de gestion du rétablissement

Source : OMS, ONUDC, Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues (45)

Applications transversales des recommandations de prise en charge des personnes dépendantes

Dans cette partie sont regroupées les recommandations et leurs déclinaisons qui permettent de faciliter la création du lien avec les usagers, la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ainsi que le maintien des bénéfices apportés par l'accompagnement. L'objectif étant ainsi d'arriver à un système de prise en charge des addictions plus pertinent et plus efficace.

Méthodologie de l'élaboration des recommandations

Les six encadrés suivants correspondent aux recommandations nécessaires pour le développement d'une prise en charge des addictions qui soit à la fois globale et en cohérence avec les besoins réels des individus, tout en se basant sur des données scientifiquement validées.

Différents niveaux de recommandations ont été utilisés. Les recommandations internationales proviennent d'un document conjointement rédigé par l'Orga-

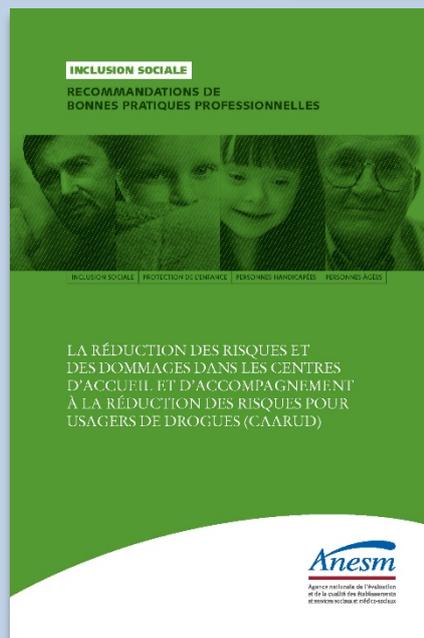
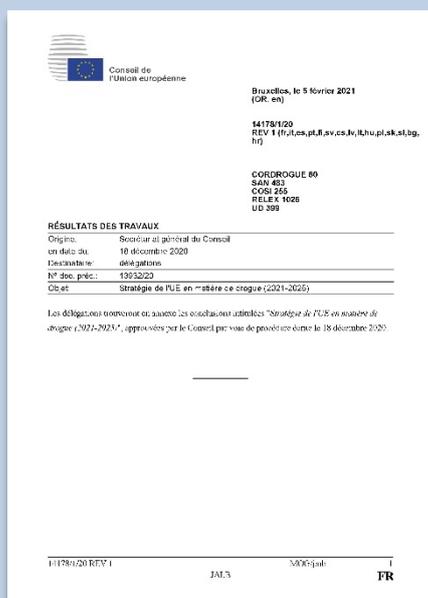
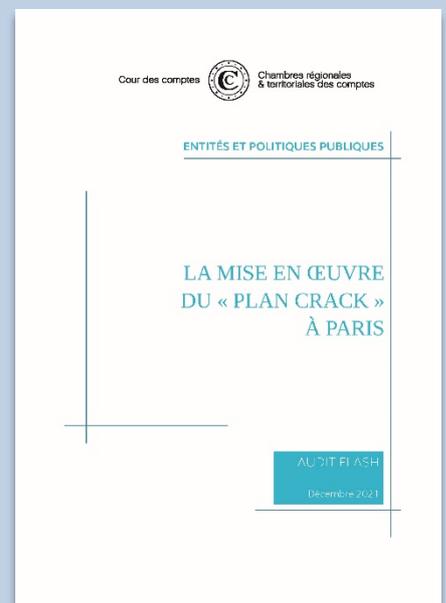
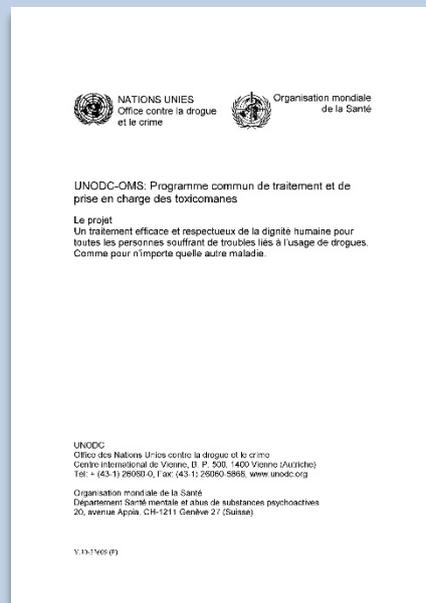
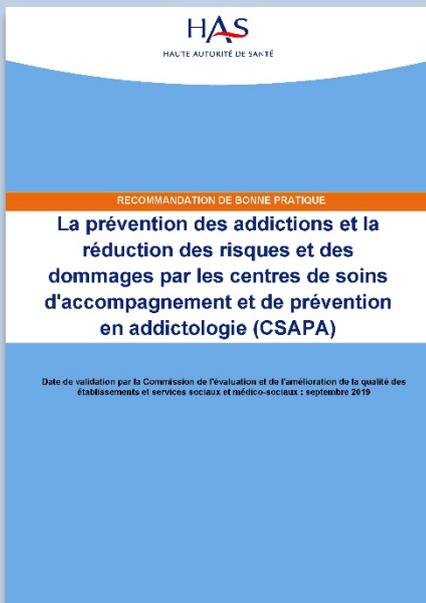
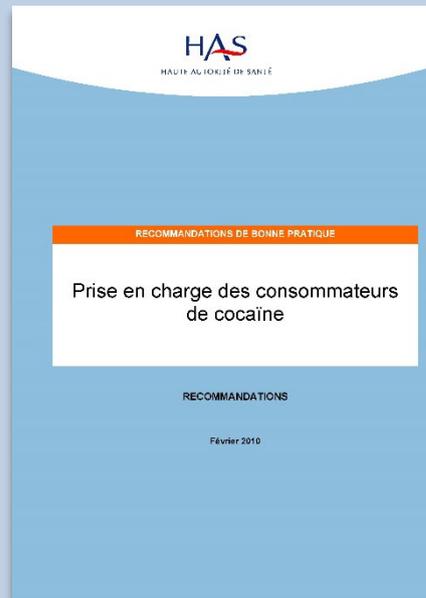
nisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des nations-unies contre la drogue et le crime (ONUDC), au niveau européen les données proviennent de l'Union européenne (UE) et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA).

Pour s'adapter au contexte national, les recommandations ont été sélectionnées dans les documents de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM qui a intégré la HAS en 2018). Enfin, et dans l'objectif de s'adapter au contexte francilien, a été intégré une synthèse de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui ont publié en janvier 2021 des recommandations pour la prise en charge des consommateurs de crack en Île-de-France.

Les données ont été extraites des différents documents, puis classées par thématique et enfin regroupées pour former les préconisations suivantes.



RenoBeainger de Pixabay



Il est nécessaire de réduire les risques et les dommages liés à l'usage de drogues

→ Développer les connaissances des usagers sur les consommations à risque

Mettre en place des activités de promotion de la santé, d'éducation et de formation sur les risques liés aux consommations à destination des usagers, notamment sur les pratiques à moindre risque. Ces interventions peuvent avoir lieu au sein des structures de prise en charge, lors des démarches « d'aller vers » ou encore au sein des communautés locales [13,45,49,50],

Proposer l'analyse de drogues afin de renseigner sur le contenu des produits. Celle-ci, accessible en CAA-RUD et en milieu festif, est aussi un moyen d'instaurer un dialogue plus général sur la réduction des risques et des dommages (RDRD).

→ Eviter les surdoses

Délivrer de la naloxone et former à son utilisation afin de limiter les surdoses d'opioïdes, notamment dans le cadre d'une utilisation à domicile [13,45,47],

Dispenser des formations de prévention et de gestion des situations de surdose aux équipes encadrantes, aux usagers ainsi qu'à leur entourage [45],

Faciliter l'accès au traitement de substitution des opiacés [13,46],

Développer les haltes « soins addictions » (anciennement salles de consommation à moindre risque) [13,46,47].

→ Réduire les infections associées aux consommations de drogues

Mettre à disposition des usagers du matériel d'injection et d'inhalation stérile et de l'information sur les pratiques à moindre risque [45,46,50],

Développer davantage les programmes d'échange de seringues, et ce, sur tout le territoire [46,47],

Mettre en place de façon systématique des actions de dépistage et de traitement des maladies infectieuses, notamment VIH, VHB et VHC, ainsi que des programmes de vaccination contre les hépatites A et B [45–47,49,50].

La prise en charge doit être adaptée et accessible à tous

→ Supprimer les obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination des individus

Apporter une réponse empathique, non-stigmatisante et non-moralisatrice [45–47,50],

Sensibiliser les différents acteurs aux problématiques des personnes dépendantes : riverains, professionnels de santé, professionnels du social [45–47].

→ Respecter les normes éthiques

Adapter les informations aux capacités de compréhension des individus [50],

Rendre les traitements disponibles, accessibles, attractifs et appropriés [45,46,49,50],

Rechercher le consentement éclairé des personnes [45,46,49,50],

Assurer le secret professionnel et la confidentialité des données [45,46,48,49],

→ Adapter la prise en charge aux populations spécifiques

Former les équipes encadrantes à la prise en charge des populations spécifiques : jeunes, personnes vieillissantes, individus en lien avec le système pénal, femmes, migrants, réfugiés, personnes en situation de handicap, sans-domicile fixe, parents [13,46,47,49,50],

Ouvrir les services sur tout le territoire et les rendre accessibles par les transports en commun, ils doivent également être ouverts sur de larges plages horaires et avoir un temps d'attente minimal [46,49],

Ouvrir des services réservés aux populations spécifiques ou adapter des services existants, notamment à destination des femmes : garde d'enfants, horaires adaptés, environnement sécurisant [46,47],

Mettre à disposition un système d'interprétariat et intégrer les aspects culturels propres aux individus [13,46,49].

→ Tenir compte des besoins et vulnérabilités individuels

Planifier et individualiser le traitement en tenant compte des priorités et des évolutions de chacun. Il doit être coconstruit avec l'utilisateur dans le respect de son auto-détermination [13,45,48–50].

La réponse apportée aux troubles liés à l'usage de drogues doit être globale et multidisciplinaire

- Prendre en compte les dommages d'ordre somatique

Orienter les personnes vers des soins de santé généraux en fonction de leurs besoins [13,45–47],

Apporter des réponses coordonnées portant à la fois sur les consommations et sur les comportements à risque pour la santé sexuelle [46].

- Mettre en place un accompagnement social

Favoriser l'accès et le maintien dans l'hébergement ou dans le logement, sans faire du soin un préalable à l'accompagnement socio-éducatif [21,22,46,47,50],

Lutter contre l'isolement [46],

Favoriser l'accès à l'emploi [13,46,47,50].

- Coordonner les services de lutte contre les consommations et les services de santé mentale et de soins psychiatriques

Coordonner les actions des services luttant contre les consommations avec les services de santé mentale et de soins psychiatriques [13,21,45,46],

Intégrer des professionnels de la santé mentale lors des maraudes [21].

La continuité de la prise en charge doit être assurée

- Assurer la continuité des soins et de l'accompagnement à la sortie de détention

Garantir ou faciliter la continuité des soins après la libération de prison par le biais d'une coordination efficace entre les services sociaux, les services de santé de la communauté et le système de justice pénale [13,45,49,50].

- Éviter les ruptures de prise en charge

Assurer la continuité du parcours de soin du patient en veillant à ce que les services soient bien coordonnés sur la base du principe de gestion des cas [13,47],

Éviter les ruptures de soins lors des sorties d'hospitalisation [13],

Permettre aux usagers de disposer d'espaces de repos [21].

- Conserver les bénéfices du traitement grâce à la gestion du rétablissement

Inclure des interventions pharmacologiques, psychosociales et environnementales sur le long terme. Les services thérapeutiques doivent être prêts à travailler de façon sûre avec des patients souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, à maintenir le contact et à offrir une surveillance pendant des années, parfois même durant toute la vie du patient [45,46,49].

Il est nécessaire de développer les démarches de proximité

- Créer du lien avec les consommateurs qui ne se présentent pas d'eux-mêmes dans les services de prise en charge des addictions

Pratiquer le « aller-vers » pour les usagers éloignés du système de réduction des risques et des dommages, notamment par le biais des maraudes renforcées (maraudes intégrant des professionnels de la santé mentale) [13,21,50],

Atteindre les populations marginalisées qui consomment dans la rue, notamment grâce à l'ouverture des SCMR [46,47].

- Améliorer la participation des usagers

Renforcer la participation des pairs, en intégrant des pairs aidants et des patients experts dans les équipes d'addictologie, qui permettent d'entrer en contact avec les usagers, de renforcer les liens sociaux et d'améliorer le bien-être des usagers des structures. Ils sont perçus comme une source d'information sûre pour les consommateurs et participent à la transmission de connaissances et la réduction des pratiques d'injection à risque ainsi qu'à la diffusion du matériel de réduction des risques [13,46,47,49,50].

- Contribuer à la création d'un environnement local soutenant

Consulter les riverains et les consommateurs de drogues dans le processus décisionnel [46,50],

Développer la médiation sociale pour permettre la création d'un environnement local soutenant ainsi qu'une prévention et qu'une gestion des situations conflictuelles [50].

Les traitements et interventions doivent être basés sur des données probantes

- Associer les traitements pharmacologiques et les interventions psychosociales

Associer les traitements pharmacologiques et les interventions psychosociales afin de permettre la réduction du taux d'abandon des traitements et une maximisation de la durée de la période de sevrage [45].

- Appuyer la prise en charge sur des données scientifiques validées

Appuyer les interventions et traitements sur des données scientifiques validées, les suivre et les évaluer régulièrement afin d'observer les évolutions d'usages [13,45–47,49,50].

- Proposer des traitements de sevrage

Développer des prises en charge thérapeutiques visant le sevrage qui soient éloignées des lieux de deal et de consommation, ainsi que des hébergements postcures en dehors de la région parisienne [21].

Recommandations pour le traitement des dépendances

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) a créé un « Portail des bonnes pratiques »¹ afin de répondre de manière efficace aux problèmes liés à la consommation de drogues. Ces recommandations de traitement sont élaborées à partir de la littérature scientifique, selon les éléments probants classés de « grande qualité » à « faible qualité ».

Les traitements combinant approches psychologiques et médicales permettent d'accroître les possibilités de rétablissement et de diminuer les conséquences néfastes liées aux consommations.

Les modes de consommation des stimulants (cocaïne, amphétamine, méthamphétamine, MDMA) sont extrêmement variés (inhalation, injection, voie orale ou intranasale), les réponses apportées doivent donc être adaptées aux habitudes de consommation locales et aux problèmes rencontrés. Il n'existe, à ce jour, pas de traitement pharmacologique de substitution pour traiter les consommations problématiques de stimulant. Des interven-

tions psychosociales ont cependant démontré leur efficacité, c'est notamment le cas de la thérapie de gestion des contingences², de la thérapie cognitivo-comportementale, de l'entretien motivationnel [45] et de la thérapie familiale [51]. La dépendance aux opiacés est associée à un nombre important de risques : maladies infectieuses, mortalité, chômage, délinquance, absence de domicile fixe ou encore exclusion sociale. Des interventions psychosociales et comportementales ayant fait leurs preuves existent, c'est le cas des thérapies psychologiques structurées, des interventions motivationnelles, de la gestion des contingences ou encore des thérapies comportementales. Cependant, elles sont à articuler avec un traitement pharmacologique, notamment un traitement de substitution aux opiacés (TSO) généralement à base de méthadone ou de buprénorphine. Ils représentent un moyen efficace de réduire la consommation illicite d'opiacés, la transmission des maladies infectieuses, les risques de surdoses ainsi que la délinquance. Pour les patients ayant des besoins moyens ou élevés la réadaptation en milieu résidentiel présente des avantages, mais le risque de rechute reste élevé. Enfin des services d'aide à la réadaptation et à la réinsertion sont nécessaires [52]



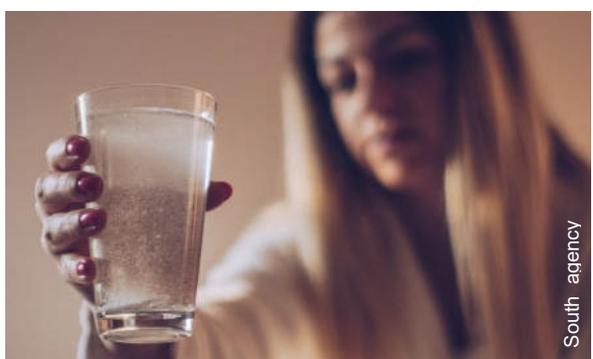
Peopleimages istock



Image par Arek Socha de



Image par B. A. de Pixabay



South agency

1 Adresse du site https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_fr

2 L'objectif est de donner des récompenses concrètes au patient pour renforcer les comportements positifs : abstinence, prise de traitement, atteinte des objectifs etc. Cette méthode nécessite de s'appuyer sur des résultats convenus à l'avance et grâce à des mesures objectives (test de drogues, test d'urine...). Les résultats des tests sont un indicateur de l'évolution du traitement et doivent être discutés en thérapie [45].

Quelques exemples innovants en France et à l'international



Les structures de prise en charge des addictions à l'international sont peu documentées et peu évaluées en langue internationale. Les données disponibles ne permettent souvent pas de juger de l'efficacité des interventions et services mis en place. **L'évaluation et la publication des résultats à l'international est donc d'une importance capitale pour le développement de la pratique.**

Les prises en charge innovantes présentées ci-dessous, à l'exception de celles s'inscrivant dans un cadre de réduction des risques et des dommages, ne se limitent pas à la prise en charge des drogues dites « dures » (héroïne, cocaïne, crack, etc.), mais englobent également les consommations d'alcool et de cannabis ainsi que la prise en charge de la grande précarité et des troubles psychiatriques. En effet, ces trois problématiques sont très souvent imbriquées, voire corrélées. Chacune d'entre-elles peut ainsi représenter une porte d'entrée pour l'accompagnement de la dépendance.

Des innovations basées sur la réinsertion sociale

De nombreuses personnes souffrant d'addiction se trouvent dans une situation précaire, voire d'exclusion. Faire du logement un préalable au traitement de ses addictions semble être un processus efficace. De plus, les usagers eux-mêmes mettent en avant un besoin d'intimité et de possession d'un espace à soi permettant « *de rompre avec la vie à la rue où la dimension collective est le plus souvent imposée* » [21].

Le logement comme préalable à la prise en charge des addictions avec le programme « *Housing First* »

Le programme « Un chez-soi d'abord » s'inspire de l'approche « *Housing First* » venue des Etats-Unis. Il

se fonde sur l'idée qu'une personne avec des troubles psychiatriques sévères en situation d'errance doit d'abord être logée pour ensuite s'occuper de ses autres besoins, en opposition au « *Treatment First* » qui considère la prise en charge des troubles mentaux et l'abstinence comme un préalable à l'obtention d'un domicile. Aujourd'hui, de nombreux pays ont développé ce programme, avec des interventions et des intensités variables. Dans certains cas les interventions sont mobiles, c'est-à-dire qu'elles se déplacent jusqu'au logement des individus, dans d'autres cas elles sont fixes, intervenant sur place dans des logements collectifs [53].

Ce programme se fonde sur huit principes [54] :

- Le logement comme droit fondamental,
- L'accès rapide à un logement ordinaire,
- Le choix par la personne de son agenda et de son offre de service,
- Un engagement à accompagner la personne autant que nécessaire,
- Un accompagnement centré sur la notion de rétablissement,
- Le développement d'une stratégie de réduction des risques et des dommages,
- Un engagement soutenu mais non coercitif,
- La séparation des services de logement et de traitement.

De 2011 à 2016, une expérimentation du dispositif a été réalisée dans quatre villes de France : Marseille, Lille, Paris et Toulouse. Cette expérimentation s'est accompagnée d'une évaluation mesurant les effets du programme sur la santé, le bien-être et l'insertion sociale des personnes intégrées par comparaison avec les personnes prises en charge par l'offre habituelle [54,55]. Tous les individus présentent un trouble psychiatrique sévère, pour 70 % il s'agit de schizophrénie et pour 30 % de bipolarité, mais l'on constate également que 80 % souffrent d'une comorbidité addictive.

Les résultats de cette évaluation montrent une baisse significative du recours aux hospitalisations et aux urgences dans les deux groupes, avec un recours significativement moins important pour les personnes du dispositif « Un chez-soi d'abord », notamment pour les hospitalisations en psychiatrie. L'accès au logement personnel est également plus rapide et plus important dans ce groupe, permettant ainsi une réduction du nombre de nuits passées à l'hôpital ou dans d'autres structures sociales ou médico-sociales.

Le rétablissement, défini comme la manière de trouver du sens et la possibilité de vivre une vie satisfaisante en dépit des contraintes de la maladie, est significativement plus important pour le groupe ayant intégré le dispositif. Lors de l'analyse par sous-groupe, les individus schizophrènes présentent des scores de rétablissement plus élevés pour ceux ayant intégré le programme « Un chez-soi d'abord ». Aucune différence n'a été constatée pour les personnes bipolaires. Des résultats similaires ont été observés à propos de la qualité de vie.

Concernant les recours aux différents services :

- Le recours aux consultations médicales externes, en cabinet de ville ou structures médico-sociales, a augmenté dans les deux groupes pendant l'expérimentation.
- Les contacts avec les services judiciaires sont, quant à eux, en nette diminution dans les deux groupes, sans que des différences ne soient observées.
- A la fin de l'expérimentation on observe que grâce au logement, les participants du dispositif « Un chez-soi d'abord » reçoivent davantage de colis alimentaires et recourent moins au 115 ou aux équipes mobiles précarité.
- Aucun effet n'a été constaté sur la perception des aides sociales.

Les coûts évités en termes d'hospitalisation et de recours aux structures d'hébergement permettent de compenser la totalité du coût annuel du programme « Un chez-soi d'abord »

Le dispositif « Un chez-soi d'abord » permet d'éviter certains coûts, notamment grâce à la diminution du recours aux hospitalisations psychiatriques et aux structures d'hébergement. Ces dernières sont d'ailleurs en augmentation pour les individus bénéficiant de l'offre de prise en charge habituelle. L'intervention « Un chez-soi d'abord » coûte en moyenne 14 000 euros par participant et par an. Avec une différence annuelle de 17 500 euros pour le groupe « Un chez-soi d'abord » par rapport au groupe bénéficiant de l'offre habituelle, les dépenses évitées

compensent la totalité du coût annuel du programme.

L'évaluation a montré l'efficacité du dispositif qui a ainsi été pérennisé et développé. Le 1^{er} janvier 2017, un décret généralisant l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » est entré en vigueur en France.

L'association Aurore porteuse de dispositifs innovants, notamment en termes d'hébergement

Partant du postulat que l'absence d'un hébergement décent engendre une absence de sécurité et un sentiment d'indignité mais que c'est aussi un obstacle aux soins et à l'inscription dans un projet futur, l'association Aurore a développé deux dispositifs innovants, PHASE et ASSORE, des structures d'hébergement à destination des usagers de drogues.

Le dispositif PHASE de l'association Aurore, en partenariat avec le centre de soins La Terrasse, a permis la restauration de quatre appartements partagés pour accueillir des adultes isolés, sans domicile, malades et présentant une dépendance aux psychotropes [56]. Le règlement intérieur ne sanctionne pas les consommations au sein des appartements. Cette mise à l'abri, couplée à un accompagnement transversal et individualisé, améliore les conditions de vie des individus pour, à terme, stabiliser leur situation et consolider leurs soins.

Le dispositif ASSORE propose, quant à lui, un suivi médico-social des usagers de drogues. Avec une file active d'une soixantaine de personnes hébergées en chambre d'hôtel par le Samu social, l'objectif est de maintenir un lien permanent avec les usagers et de les faire accéder aux dispositifs de droit commun [57].

Ces deux dispositifs d'hébergement sont appréciés par les usagers, décrits comme efficaces par les professionnels et « *particulièrement prometteurs concernant l'inflexion des trajectoires des usagers de crack vers l'insertion ou la restauration de liens sociaux, sanitaires et familiaux, quand ils incluent l'intervention de travailleurs sociaux, de psychiatres ou de psychologues* » selon l'enquête de l'OFDT et de l'Inserm à propos des usagers de crack à Paris [21].

L'emploi, porte d'entrée de l'accompagnement des usagers de drogues

Pour les personnes dépendantes aux substances psychoactives, être inséré professionnellement présente de nombreux bénéfices : diminution des risques de rechute lors d'une période d'abstinence, diminution des actes de criminalité, période d'abstinence plus importante ou encore une plus grande probabilité d'achever complètement un traitement. En 2019, le *Substance Abuse and Mental Health*

Services Administration (SAMHSA) a identifié trois leviers clés des programmes d'accompagnement vers l'emploi des personnes atteintes de dépendance : pas d'abstinence imposée, une recherche d'emploi rapide et un environnement de travail compétitif. La méthode IPS pour « *Individual Placement and Support* », aussi appelé « soutien à l'emploi » réunit ces trois critères. Il s'agit d'aider les individus souffrant de problèmes de santé mentale, notamment les usagers de drogues, à trouver un emploi en se basant sur huit principes fondamentaux :

- Emploi compétitif,
- Développement d'emploi systématique,
- Recherche d'emploi rapide,
- Services intégrés,
- Planification des avantages sociaux,
- Aucune exclusion,
- Préférences des travailleurs,
- Soutiens illimités dans le temps.

Aucune exclusion n'est permise, que ce soit en raison de leur disponibilité, de leur diagnostic ou de leur parcours personnel. L'approche IPS est polyvalente et s'adresse à différents publics, mais elle doit dans tous les cas être adaptée aux spécificités de chaque individu et se poursuivre aussi longtemps que la personne en ressent le besoin.

Les traitements de la dépendance jouent également un rôle important. En effet, bénéficier d'un emploi permet de s'engager davantage dans son traitement. Et inversement, le taux d'employabilité des personnes suivant un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est onze fois plus important que celui des usagers qui ne suivent pas de traitement, des améliorations en termes d'heures travaillées et de salaire gagné ont aussi été observées.

Des obstacles à la mise en place de la démarche IPS sont identifiés. Tout d'abord l'emploi, ou plus précisément la source de revenus qu'il génère, peut être perçu comme une cause probable de rechute. Un accompagnement au budget peut être une solution pour pallier cet obstacle. Un logement instable, un manque d'expérience professionnelle ou encore l'existence d'antécédents judiciaires sont autant d'obstacles qui doivent être levés pour permettre un accès simplifié à l'emploi.

Certaines actions peuvent faciliter la mise en œuvre de la démarche du soutien à l'emploi. En premier lieu une aide à la coordination des différentes prestations doit être apportée. La démarche à suivre peut en effet être confuse et compliquée à appréhender, entraînant ainsi une non-sollicitation des prestations. Mais il semble également nécessaire qu'aucun pré-requis d'abstinence ne soit demandé [58].

En France aussi des dispositifs axés sur l'emploi adapté se développent

C'est notamment le cas du programme d'insertion sociale et professionnelle TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) qui s'adresse aux jeunes de moins de 25 ans ne pouvant bénéficier du revenu de solidarité actif (RSA). L'objectif principal est de prévenir les conduites addictives, à la fois par un accompagnement médico-psycho-social mais également grâce à une activité professionnelle rémunérée à la journée. Depuis 2016, le dispositif TAPAJ a accompagné 2 500 jeunes sur 46 territoires [59]. Recréer un lien avec le monde du travail permet non seulement de développer un savoir-faire mais aussi un savoir-être professionnel, ainsi que de l'estime de soi. Une évaluation franco-québécoise du dispositif montre que plus de 60 % des Tapajeurs connaissent une amélioration globale de leur situation, principalement sur certains critères tels que le travail, les relations sociales, l'hygiène et le soin de soi [60].

L'association Gaïa-Paris propose un programme d'insertion professionnelle basé sur des ateliers de redynamisation et de production appelés « Atelier Labo Fabrik ». Ce projet collaboratif de création d'objets permet aux personnes usagères de drogues ou en situation de précarité de reprendre un rythme de vie, de regagner confiance en soi et d'imaginer un projet futur. Depuis sa mise en place, l'Atelier Labo Fabrik a permis l'accompagnement de six personnes sur de la recherche d'emploi, l'obtention de deux CDD et de deux CDI, de trois missions d'intérim et de deux contrats aidés [61].

Enfin, le dispositif « Premières Heures » a vu le jour en 2013 et permet un soutien financier pour les personnes en situation d'exclusion sociale afin de les accompagner vers la reprise progressive d'une activité professionnelle [62]. Le dispositif s'organise par une reprise d'activité très progressive, commençant par quelques heures encadrées puis par une augmentation progressive du nombre d'heures. L'objectif à terme est que les individus puissent poursuivre par un contrat d'insertion. Le travail est ainsi un prétexte pour entrer dans une démarche d'accompagnement [63].

Des innovations qui d'adaptent aux spécificités des publics

Les communautés thérapeutiques pour le traitement des addictions : l'exemple de l'Espagne

Les communautés thérapeutiques proposent un temps d'hébergement long, un à deux ans en moyenne, ayant pour objectif l'abstinence, y compris pour les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Le modèle thérapeutique est basé sur « la communauté comme méthode », avec des participations en groupe, de l'entraide par les pairs et des séniors référents [64]. La communauté n'est pas considérée comme un « hébergement support » mais représente la base de la thérapie avec pour objectif l'inscription dans une démarche de changement [65]. Les durées de prise en charge étant importantes, ce traitement doit être considéré comme une intervention spécifique réservée aux personnes dépendantes avec de multiples problèmes associés [66].

En 2011, l'Europe totalisait 1 223 communautés thérapeutiques contre seulement 11 sur le territoire national français (et plus que 10 en 2021) [66,67,68]. L'Île-de-France, quant à elle, ne compte qu'une seule communauté thérapeutique située à Aubervilliers. Pourtant en Espagne, ces communautés semblent présenter de nombreux intérêts.

En 2011, l'Espagne dénombrait 129 communautés thérapeutiques pour 8 134 patients annuels. Les communautés thérapeutiques y sont principalement recommandées pour les usagers avec des troubles de la personnalité, un support familial limité et des échecs à des traitements précédents. La thérapie se fait en trois phases. La première étape est une « préparation » à la réintégration sociale qui permet d'encourager la volonté de changement et d'effectuer un plan d'action individualisé (de 6 à 9 mois). S'ensuit une période de traitement résidentiel de 9 à 12 mois qui permet l'acquisition de comportements d'indépendance et la résolution des problèmes personnels pouvant entraîner des rechutes. Enfin, la troisième phase s'intéresse à la réinsertion (environ 12 mois) et a pour objectif d'achever la réintégration sociale, familiale et professionnelle. Tous les programmes ne sont pas précédés d'une phase de motivation ambulatoire, mais le programme de réintégration est lui fortement recommandé après le traitement. Bien que l'objectif soit l'abstinence, la plupart des communautés thérapeutiques admettent les personnes sous traitement de substitution à la méthadone. La plupart des centres emploient d'anciennes personnes dépendantes pour travailler aux côtés des psychologues, des éducateurs, des pédagogues, des travailleurs sociaux, des infirmiers et des médecins. 60 % des structures ont également des travailleurs

bénévoles.

L'association « *Proyecto Hombre* » propose également un accueil ambulatoire pour les usagers de cocaïne. Ainsi les personnes insérées peuvent continuer à bénéficier d'un accompagnement communautaire. En dehors des temps d'accueil de l'association, c'est la famille qui prend le relais et qui « maintient le cadre » grâce à des groupes de soutien [65]. Les démarches en direction des communautés thérapeutiques nécessitent donc l'implication de l'entourage, sans que le changement n'est pas considéré comme possible.

Les populations vulnérables nécessitent des services spécialisés

En Europe, de nombreux pays ont fait le choix de spécialiser certains de leurs services de traitement de la toxicomanie à destination de groupes particulièrement vulnérables.

Les consommateurs d'opioïdes sont aujourd'hui une population qui vieillit et qui, par conséquent, cumulent les effets de ces consommations : troubles dégénératifs, problèmes respiratoires et circulatoires, diabète, hépatite et cirrhose sont plus présents après 40 ans. Ces populations doivent donc bénéficier de services adaptés. Au Danemark, en Allemagne ou encore au Pays-Bas, les usagers vieillissants peuvent bénéficier de « maisons de soins spécialisées pour les personnes vieillissantes qui ont des problèmes de drogue » et qui correspondent à des programmes résidentiels à long terme offrant à la fois des soins et du soutien. Mais des prises en charge à domicile existent aussi, comme aux Etats-Unis avec le programme « *Geriatric Addiction Program* » qui propose une intervention à domicile ayant pour objectif la maîtrise de la consommation de substances. Dans tous les cas « *un logement sûr et convenable constitue une condition préalable à la résolution des problèmes sociaux, sanitaires et physiques* » [46].

Une prise en charge adaptée aux problématiques des femmes est nécessaire

Les femmes usagères de drogues sont plus stigmatisées et subissent des traumatismes plus importants et plus nombreux, elles sont donc particulièrement concernées par l'ouverture de services réservés. Le Royaume-Uni a mis en place un service de réadaptation résidentiel réservé aux femmes et axé sur l'abstinence. Elles bénéficient de conseils individuels, d'interventions de réduction du stress lié aux traumatismes et d'un soutien familial. Elles peuvent également bénéficier d'un programme incluant le développement des compétences parentales, des formations et des interventions de soutien par les pairs. A l'issue d'un traitement réussi, elles emménagent

dans leur propre logement tout en continuant à bénéficier d'un accompagnement. D'autres programmes s'intéressent aux femmes enceintes ou aux mères. C'est notamment le cas en Belgique où le projet « Kangourou » vise, entre autres, à renforcer les liens mère-enfant dans le cadre d'un programme résidentiel. Les enfants sont pris en charge par le système scolaire pendant la journée tandis que les mères suivent un programme thérapeutique. Les interventions destinées aux femmes ne doivent pas se limiter au traitement des addictions mais aussi s'intéresser aux soins obstétricaux et gynécologiques, aux maladies infectieuses, à la santé mentale et au bien-être personnel et social [46, 69].

Le travail de proximité pour les populations les plus éloignées des soins

De nombreux autres groupes d'usagers de drogues ont accès à des dispositifs dédiés. En Belgique, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier du programme « *LaMbdA* » qui facilite l'articulation entre les centres d'accueil et les services de traitement des addictions. Les jeunes vulnérables disposent aussi de programmes dédiés. A titre d'exemples, treize pays européens ont mis en place le « *Strengthening Families Programme* » qui propose des formations dans le domaine des compétences parentales ou encore le programme canadien de prévention « *Pre-venture* », qui a été adapté aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, et qui est destiné aux élèves présentant des traits de personnalité à risque. Dans la plupart des pays européens, les personnes dépendantes en lien avec le système carcéral bénéficient de peines de substitution ou d'interventions scientifiquement validées au sein de la prison [70].

Les services de sensibilisation communautaire, aussi appelé travail de proximité, peuvent représenter un moyen d'approcher ces populations particulièrement éloignées du système de prise en charge des addictions, notamment les personnes en situation de grande précarité ou sans-domicile fixe. Les activités de sensibilisation communautaire sont effectuées par des individus provenant de la communauté locale, parfois même d'anciens consommateurs de drogues. Ils sont chargés d'identifier des populations cibles, de les approcher, de leur fournir des soins de proximité et de les orienter vers des services plus spécifiques si nécessaire [45]. Ces interventions ont principalement lieu dans la rue mais elles peuvent également être menées dans les services à bas seuil d'exigence comme les CAARUD et les SCMR ou dans les lieux festifs [71].

Des innovations basées sur la réduction des risques et des dommages

Les haltes « soins addictions » HSA (ex salles de consommation à moindre risque) ont un rôle à jouer dans la réduction des risques et des dommages au niveau local

Les HSA présentent de nombreux avantages en termes de réduction des risques et des dommages à l'échelle locale. Tout d'abord, elles représentent un lieu de sécurité, de repos et d'accès à des soins de base mais c'est aussi une porte d'entrée vers d'autres services et un levier pour atteindre les populations les plus marginalisées qui ne fréquentent pas les services de réduction des risques et des dommages [72]. Elles permettent aussi d'éviter les complications cutanées dues aux injections et de réduire les passages aux urgences. Il est aussi démontré que les SCMR participent à la baisse des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC et que les utilisateurs de la salle ont moins de risque de faire une surdose non fatale que les non-utilisateurs [41]. En France, l'Inserm a récemment évalué l'impact de la salle du X^e arrondissement de Paris sur la tranquillité publique et son acceptabilité. Les résultats permettent d'observer une diminution significative du nombre de seringues laissées dans l'espace public après l'implantation de la SCMR (nombre de seringues divisé par trois). Concernant la criminalité, il en ressort que la proportion de délits récemment commis est significativement moins importante chez les utilisateurs de la SCMR que les non-utilisateurs [41]. De plus, l'usage de drogue dans l'espace public ne relève souvent pas d'un choix et les usagers préfèrent généralement consommer « chez eux », ou du moins dans un lieu qu'ils considèrent comme « sûr » et éloigné de la violence sociale [73].

L'Inserm recommande ainsi la diffusion des espaces de consommation supervisée, à la fois par l'ouverture de nouvelles HSA sur le territoire national mais également en autorisant l'ouverture d'espaces de consommation au sein des structures recevant actuellement des personnes qui s'injectent des substances tels que les CSAPA et les CAARUD [41]. Des places d'hébergement peuvent également être intégrées à la structure, c'est notamment le projet de la SCMR de Strasbourg qui compte ouvrir vingt places d'hébergement au-dessus de la salle de consommation pour les usagers ayant un problème de santé qui nécessite d'être soigné.

Concernant les usagers de crack, l'étude « Crack en Île-de-France » de l'OFDT et l'Inserm (janvier 2021), recommande l'ouverture de plusieurs salles d'inhalation à proximité des lieux de deal et de scènes ouvertes à Paris et en Seine Saint-Denis [21].



Une déclinaison des haltes « soins addictions » : les HSA mobiles

Lisbonne, Berlin, Glasgow, Copenhague, Barcelone, Tarragona ou encore Kelowna et Kamloops en Colombie-Britannique (Canada), sont autant de villes qui ont fait le choix d'une démarche « d'aller-vers » les personnes dépendantes aux drogues avec la mise en place de salles de consommation à moindre risque mobiles. Ce sont des camions ou bus aménagés qui disposent de postes d'injection supervisée. Le fonctionnement est similaire à celui d'une halte « soins addictions » classique : les usagers apportent leurs propres drogues à l'intérieur du bus où ils pourront trouver un endroit sécurisant et propre ainsi que du matériel de consommation stérile. De cette façon l'objectif reste de prévenir les surdoses mortelles, de réduire l'usage public de drogue et de connecter les usagers aux services de santé [74]. Les services de consommation mobiles augmentent les possibilités d'atteindre les populations vulnérables et permettent d'adapter la localisation aux évolutions des lieux de vente et de consommation [75].

Une étude menée sur les salles d'injection supervisée mobiles en Colombie-Britannique montre que 91 % des personnes interrogées se sentent physiquement en sécurité et que 93 % ne se sentent pas

jugées lorsqu'elles accèdent au bus. Ce système permet par conséquent de réduire la stigmatisation auxquels les consommateurs de drogues sont confrontés. Cependant, seulement 41 % déclarent que les heures d'ouverture correspondent à leurs besoins, une adaptation au public et à ses spécificités est donc à anticiper. Sur la durée de l'étude (entre août et novembre 2017), le bus a permis l'orientation de 237 personnes vers des services de santé ou des services sociaux, dans la majorité des cas il s'agissait de services de santé mentale ou de services de traitement des addictions [74].

Ce mode d'intervention bénéficie souvent d'une meilleure acceptabilité auprès des riverains et des personnes fréquentant le quartier dans lesquelles il est implanté car il permet de jouir des avantages d'une salle de consommation tout en pouvant être facilement déplacé si besoin. En effet, un environnement local soutenant constitue un prérequis indispensable à l'ouverture d'une halte « soins addictions », qu'elle soit fixe ou mobile. Toujours dans un objectif d'acceptabilité, certaines villes ont permis aux riverains de participer aux concertations collectives. C'est le cas à Barcelone où des consultations de quartiers associant les différents acteurs ont été mises en place avant le commencement du projet, afin de minimiser les éventuels problèmes à l'échelle locale,

comme cela avait été fait aussi pour la HSA fixe de Paris. C'est également le cas à Berlin où les parties prenantes ont des réunions régulières où sont abordées, entre autres, les questions réglementaires et juridiques ainsi que les potentielles problématiques rencontrées. Le contexte local est crucial pour le bon développement d'une telle intervention [75].

Ce format de prise en charge présente néanmoins des inconvénients. La taille réduite de l'habacle engendre parfois des difficultés pour se déplacer dans l'espace et peut notamment gêner la pratique professionnelle. Il est également difficile de garantir la confidentialité des conversations avec les usagers [74]. De plus, ce mode d'intervention ne permet pas de recevoir autant d'individus que dans une structure fixe, et les coûts par personne sont plus élevés [75,76].

Le « *European Harm Reduction Network* » recommande la mise en place de SCMR mobiles en complément de structures fixes, permettant ainsi de faire du lien avec les consommateurs les plus exclus du système de réduction des risques et des dommages [76].

Peu de haltes « soins addictions » (anciennement salles de consommation à moindre risque) permettent l'accès aux personnes consommant des drogues par voie orale, intranasale ou par inhalation

Pour rappel les haltes « soins addictions » (ex-salles de consommation à moindre risque) de Paris et Strasbourg autorisent l'accès uniquement aux personnes majeures usagères de drogues par voie intraveineuse. Les consommateurs de crack non-injecteurs ne peuvent donc pas s'y rendre. A l'heure actuelle, la plupart des structures européennes fonctionnent de la même manière, même si de plus en

plus de salles s'ouvrent aux consommateurs qui inhalent ou qui fument des drogues [40]. Pourtant ces modes de consommation présentent également des risques de surdoses, de contaminations, notamment au VIH, et de situation de violence [77].

De nombreux objectifs sont mis en avant pour justifier l'ouverture d'une salle d'inhalation à moindre risque : environnement sécurisé, consommations plus hygiéniques, réduction des risques sanitaires liés aux partages de matériel, réduction du nombre et de l'ampleur des scènes ouvertes et des nuisances associées dans l'espace public. De plus, elles permettent, comme pour les HSA par injection, de créer du lien entre les usagers et les services de santé, les services de traitement des addictions et les services sociaux [73,78]. Malheureusement, trop peu d'études ont cherché à évaluer les bénéfices de ce type de structure.

En février 2018 s'est ouverte la première salle d'inhalation supervisée d'Amérique du Nord, dans la ville de Lethbridge au Canada¹, accessible à tous les usagers de drogues (en Île-de-France, la salle d'inhalation intégrée à la SCMR est uniquement accessible aux injecteurs). En juin 2018, la salle de consommation comptabilisait 11 548 visites dont 66,3 % pour des consommations par injection, 31 % pour des consommations par inhalation et 2,8 % pour des consommations orales et intranasales. Les substances consommées par inhalation sont la méthamphétamine dans 84,7 % des cas, les opioïdes pour 5,27 % et le crack pour 4,3 % (79). Les consommations par inhalation représentent ainsi une part importante des usages de drogues de la salle de Lethbridge.

¹ La salle de consommation de Lethbridge a fermé ses portes en 2020.



Synthèse de l'évaluation des SCMR en France - Inserm

Le domaine de la prise en charge des addictions fait face à un manque d'évaluation des dispositifs innovants, ayant pour effet de limiter le développement de ces pratiques.

Parmi les dispositifs les plus évalués se trouvent les SCMR, et plus récemment la SCMR de Paris.

En 2021, l'Institut de santé publique a publié un rapport portant sur l'expérimentation des deux SCMR en France, évaluant trois volets : l'évaluation de son efficacité sur la réduction des pratiques à risque VIH et VHC et sur certains indicateurs de santé, une évaluation économique et enfin une évaluation de l'acceptation sociale et son impact sur la tranquillité publique [41].

Les résultats montrent :

- Les usagers fréquentant la SCMR de Paris ont moins de chance de déclarer des pratiques à risque, des abcès, d'avoir une surdose non-fatale, d'aller aux urgences, de s'injecter dans l'espace public et de commettre des délits,
- Les chances de consulter un médecin généraliste sont toutefois plus faibles,
- Les analyses ne montrent pas de différences significatives entre les usagers de la SCMR et les non-usagers concernant l'accès à un TSO (traitement de substitution aux opiacés) et le dépistage au VHC,
- L'étude économique estime que, sur une période de 10 ans, les SCMR de Paris et Strasbourg permettraient d'éviter 6 % des infections VIH et 11 % des infections VHC, 69 % des surdoses, 71 % des passages aux urgences et 77 % des abcès et des endocardites associées. Ces événements permettraient d'éviter 22 décès pour la SCMR de Paris avec un total de 6 millions d'euros de coûts médicaux évités,
- Concernant l'acceptabilité publique, l'enquête sociologique démontre que les SCMR font l'objet d'un consensus public de la part des professionnels de la prise en charge des addictions et de la réduction des risques et des dommages. Même si des débats sont encore constatés entre riverains et politiques, 80 % des Français sont favorables au principe des SCMR et 55 % se déclarent prêts à ce qu'une SCMR ouvre dans leur quartier,
- Une diminution significative du nombre de seringues abandonnées dans l'espace public, nombre divisé par trois après l'ouverture de la SCMR,
- Les données montrent que le quartier de la SCMR n'est pas considéré comme particulièrement problématique en termes de délinquance depuis l'installation de la SCMR dans le X^e arrondissement de Paris.

Certains pays vont encore plus loin, en proposant de l'héroïne pharmaceutique comme traitement

Les traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine, méthadone) chez les patients dépendants montrent des résultats efficaces : réduction de la mortalité, limitation des comportements à risque ou encore limitation de la propagation des maladies infectieuses. Cependant ces traitements n'empêchent pas les individus sévèrement dépendants de consommer de l'héroïne en parallèle de leur traitement. C'est pourquoi certains pays ont expérimenté l'héroïne pharmaceutique (diacétylmorphine) comme traitement. C'est notamment le cas de la Suisse, des Pays-Bas, de l'Espagne, du Danemark, de l'Allemagne, du Royaume-Uni ou encore de la Belgique.

Avant de débiter son essai clinique, la Belgique a étudié les essais cliniques effectués dans les pays

suivants : Suisse, Pays-Bas, Espagne, Allemagne, Canada et Royaume-Uni. Pour chacun d'entre eux, le traitement expérimental consistait à prescrire et administrer de la diacétylmorphine dans un centre ambulatoire spécifiquement destiné à ce traitement.

Chacune des études menées a conclu à l'efficacité supérieure du traitement assisté par diacétylmorphine. Cependant cette efficacité n'a été démontrée que pour les « *personnes dépendantes de l'héroïne depuis plusieurs années qui consommaient quotidiennement de l'héroïne de rue malgré une ou plusieurs tentatives de traitement par méthadone* ». Pour ces patients, le traitement s'est montré efficace dans trois domaines : l'amélioration de la santé, la réduction de la consommation de rue et la diminution des actes criminels. Cependant, peu d'amélioration ont été constatées en termes d'emploi [80].



Arek Socha de Pixabay

Conclusion et perspectives

En Île-de-France, comme sur l'ensemble du territoire, la consommation de drogues illicites concerne principalement le cannabis, les consommations d'autres substances sont beaucoup plus faibles. Pourtant ce sont ces dernières qui engendrent le plus d'effets délétères, à la fois sur la santé des consommateurs mais aussi sur la tranquillité publique.

Les réponses proposées doivent englober un public large et hétérogène qui nécessite de s'adapter aux spécificités individuelles, l'idée est donc que chacun puisse bénéficier d'une intervention graduée qui tienne compte de la sévérité de sa dépendance. De plus, pour certains publics vulnérables la mise en place de services spécialisés doit être envisagée, notamment à destination des femmes, des personnes vieillissantes, des migrants/réfugiés, des parents, des personnes sans-domicile fixe et des sortants de prison.

Les troubles liés à l'usage de drogues constituent une problématique de santé complexe, qui ne découle pas du simple usage de substances mais également d'interactions avec des déterminants psychosociaux, environnementaux et biologiques. Par conséquent, la prise en charge des consommations doit être globale et intégrée en proposant un large éventail de services coordonnés, qu'ils soient médicaux ou sociaux, à destination de l'usager mais aussi de son entourage et qui permettent un accompagnement sur le long terme.

La politique de réduction des risques et des dommages, qui vise, entre autres, à réduire les risques infectieux et les surdoses et à prévenir les dommages physiques, psychologiques et sociaux doit continuer de se développer, notamment en facilitant l'accessibilité à ces services et en les déployant sur l'ensemble du territoire.

Cette prise en charge adaptée, globale et graduée ne peut aboutir pleinement qu'à la condition de toucher les populations les plus éloignées des structures de prise en charge des addictions. Pour cela, il semble primordial de continuer de développer des démarches « d'aller-vers » au travers des maraudes mises en place par les associations et les communautés locales mais également par l'ouverture de lieux à bas seuil d'exigence, tels que les haltes « soins addictions » (anciennement salles de consommation à moindre risque), qui, au-delà de proposer un environnement de consommation sécurisé, permettent de créer du lien avec des usagers très marginalisés. Il est également recommandé de mettre en place des structures mobiles en complément des structures fixes, toujours dans l'objectif de créer du lien avec les usagers les plus exclus du système de santé.

La place de l'hébergement doit faire partie intégrante des dispositifs de prise en charge des addictions. Sans en faire une obligation ou un préalable nécessaire, l'offre doit cependant être suffisamment présente et disponible pour accueillir les individus qui le souhaitent, permettant ainsi une mise à distance des produits et de l'environnement de consommation habituel.

Et enfin, de manière générale les « *politiques de lutte contre les drogues ne peuvent pas se limiter à une interdiction de quelques substances. Elles doivent regrouper un ensemble de leviers dans les domaines de l'éducation, de la prévention, de l'insertion sociale, des traitements et de la répression* » [2] afin d'en faire une politique toujours plus globale et intégrée.

Liste des sigles et abréviations

AERLI	Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés et toxicomanies
ECIMUD	Equipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues
ELSA	Equipes de liaison et de soins en addictologie
HSA	Halte « soins addictions »
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
MSMA	Microstructures médicales addictions
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
PES	Programme d'échange de seringues
RDRD	Réduction des risques et des dommages
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
TSO	Traitement de substitution aux opiacés

Références

- [1] Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie. Paris : Lavoisier; 2016, 928p.
- [2] Maestracci N. L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues : des aveuglements aux prises de conscience. Arch Polit Criminelle. 2009;31(1):173-84.
- [3] Mission interministérielle de lutte, contre les drogues et les conduites addictives. Drogues et conduites addictives. Inpes Editions; 2014.
- [4] Marchant A. La lutte contre la drogue en France ou les contradictions de la prohibition (1970-1996). Mouvements. 31 mai 2016;86(2):34-43.
- [5] Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroenterol Clin Biol 2007;31:4S44-4S50
- [6] Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, et al. 1999-2019 : les mutations des usages et de l'offre de drogues en France. Vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT. Paris : OFDT, Théma 2020, 72p.
- [7] Gérome C, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Milhet M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2017-2018). *Tendances*, OFDT, 2018, n°129, 8p.
- [8] Pfau G, Cadet-Taïrou A. Usages et ventes de crack à Paris. Paris : OFDT, Théma TREND, 2018, 43p.
- [9] Martinez M, Néfau T, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse : Dix ans de recul sur la situation française. *Tendances*, OFDT, 2018, n°127, 8p.
- [10] Nouveaux produits de synthèse - Synthèse des connaissances - OFDT.
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>
- [11] Morel d'Arleux J. Objectivité, régularité, accessibilité : quel rôle pour un observatoire public dans le champ des drogues et des conduites addictives ? *Psychotropes*. 26 mai 2021;27(3):11-33.
- [12] Palle, C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution 2015-2019. *Tendances*, OFDT, 2021, n°146, 6p.
- [13] Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Alcool, tabac, drogues, écrans. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. MILDECA;
- [14] OFDT. Drogues et addictions, données essentielles 2019. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2019, 200p.
- [15] Mairie de Paris, mairie du X^e arrondissement de Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, Mildeca, Préfet de Paris, ARS, AP-HP, Espace Gaïa Paris. Expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque dans le quartier de la Gare du Nord. Espace Gaïa Paris, 2016.
- [16] Pfau G, Lovera M, Flye Sainte Marie G, Madesclaire T. Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris en Île-de-France en 2019. *Tendances récentes et nouvelles drogues*, OFDT, Association Charonne, ARS Île-de-France, 2020, 180p.
- [17] Nézet OL, Philippon A, Lahaie E, Andler R. Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020 relatifs à l'usage de cannabis en population adulte. Paris, OFDT, Santé publique France, Note de synthèse n°2021-06, 6p.
- [18] Obradovic I. Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France (2000-2020). *Psychotropes*. 26 mai 2021;27(3):35-64.
- [19] Spilka S, Richard J-B, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, Andler R, Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances*, OFDT, 2018, n°128, 6p.
- [20] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*, OFDT, 2018, n°123, 8p.
- [21] Cadet-Taïrou A, Jauffret-Roustide M, Gandilhon M, Dambélé S, Jangal C. Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France. Paris, OFDT, Inserm, Note de résultats d'enquête n°2021-02, 21p.
- [22] Cour des comptes, chambres régionales et territoriales des comptes. La mise en œuvre du « Plan Crack » à Paris 2019-2021. 2021.
- [23] Préfecture d'Île-de-France, Préfecture de Paris, Préfecture de police, Ville de Paris, Agence régionale de santé Île-de-France, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Protocole de mise en œuvre du plan de mobilisation coordonnée sur la problématique du crack à Paris 2019-2021, 2p.
- [24] Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877 mai 14, 2007.
- [25] Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. 2008-79 févr 28, 2008.
- [26] OFDT pôle indicateurs.
RECAP_Tableaux_Statistiques_2007_2019.
https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RECAP_Tableaux_Statistiques_2019_Diff.pdf
- [27] Rapport d'activité 2020 CNRMS. CNRMS; 2020.
- [28] Arrêté n° DIRNOV-2019/12 relatif au projet d'expérimentation Equip'Addic-Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions. ARS IDF, IDF-2019-12-30-018 déc 30, 2019.

- [29] MILDECA. Le dispositif de soins en addictologie. Repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours, 2019.
- [30] Paille F. L'offre hospitalière de soins en addictologie. In: Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie. Paris Lavoisier; 2016, pp. 401-406.
- [31] Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. 2000-460.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>.
- [32] Obradovic I. Consultations jeunes consommateurs : bilan après dix ans d'activité. Santé publique France. déc 2018;(446):39-41.
- [33] Pousset M (sous la direction de). Rapport national 2012 à l'OEDT par le point focal français du réseau Reitox - Les traitements résidentiels pour usagers de drogues. OFDT, EMCDDA; 2012.
- [34] CSAPA. Intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [consulté le 20 déc 2021].
<https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
- [35] Meunier D, Bettendorff C. Guide pratique : les soins résidentiels collectifs. Fédération Addiction; 2013.
- [36] What is harm reduction? [Internet]. Harm Reduction International. [consulté le 17 nov 2021].
Disponible sur: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- [37] Cadet-Taïrou A, Janssen E, Guilbaud F. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. *Tendances*, OFDT, 2020, n°142, 4p.
- [38] Emmanuelli J. Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues. *medecine/sciences*. mai 2004;20(5):599-603.
- [39] Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. 2006-01 janv 2, 2006.
- [40] EMCDDA. Perspectives sur les drogues. Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités. EMCDDA; 2018.
- [41] Inserm, Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique. COSINUS COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues. COSINUS éco évaluation économique des salles de consommation à moindre risque. Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Institut de Santé publique de l'Inserm; 2021, 349p.
- [42] Roux P, Debrus M, Rojas-Castro D, Bladou F, Suzan-Monti M, Avril E, Carrieri P. De la recherche communautaire à la transformation sociale : l'exemple du projet ANRS-AELI sur l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection. *Psychotropes*. 26 sept 2017;23(2):57-72.
- [43] Charte des mouvements d'entraide en addictologie. Société française d'alcoologie; 2016.
- [44] Moureau F. Les associations d'entraide. In: Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie. Paris : Lavoisier; 2016, pp530-532.
- [45] WHO, UNODC. International standards for the treatment of drug use disorders. WHO/ UNODC; 2017 mars p. 119.
- [46] EMCDDA, Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue. Un guide européen; 2017.
- [47] Stratégie de l'UE en matière de drogue 2021-2025. Conseil de l'Union européenne; 2021.
- [48] HAS. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Recommandations. HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles. Fév 2010.
- [49] HAS. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). HAS, DIQASM, sept 2019.
- [50] La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sept 2017.
- [51] Kampman KM. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv*. 16 oct 2019;5(10):eaax1532.
- [52] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Opioids: health and social responses. 2021 [consulté 2 nov 2021].
Disponible sur : <https://data.europa.eu/doi/10.2810/273937>
- [53] Milhet M, Protais C, Diaz-Gomez C. Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord ». Profils et trajectoires de consommation. *Tendances*, OFDT, 2019, n°134, 8p..
- [54] Un chez-soi d'abord - Retour sur 6 années d'expérimentation. Dihal.
- [55] Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez-soi d'abord - Rapport intermédiaire de la recherche - Volet quantitatif. Aix-Marseille: Unité de recherche UPRES EA 3279; mai 2016.
- [56] Dispositif PHASE d'Aurore [Internet]. Aurore. [consulté le 20 janv 2022].
Disponible sur: <http://www.aurore.asso.fr/pole-accueils-sante-precarite/dispositif-phase-daurore>
- [57] Hervé F. Quel accompagnement pour les usagers « actifs » ? *Rhizome*. 2016;62(4):18-18.
- [58] Harrison J, Krieger MJ, Johnson HA. Review of Individual Placement and Support Employment Intervention for Persons with Substance Use Disorder. *Subst Use Misuse*. 17 févr 2020;55(4):636-43.
- [59] TAPAJ France [Internet]. Réseau TAPAJ. [consulté le 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://tapaj.org/>
- [60] TAPAJ : Un dispositif en plein essor - Présentation et évaluation franco-québécoise du dispositif. France, Canada: Mildeca; 2018 2019.

- [61]** Labo Fabrik - Association [Internet]. Labofabrik. [consulté le 20 janv 2022].
Disponible sur: <http://labofabrik.org/>
- [62]** Dispositif premières heures : de la rue à l'emploi [Internet]. [consulté le 20 janv 2022].
Disponible sur: <https://www.paris.fr/pages/dispositif-premier- heures-de-la-rue-a-l-emploi-5556>
- [63]** Programme premières heures [Internet]. Convergence France. [consulté le 20 janv 2022].
Disponible sur: <https://convergence-france.org/dispositif-premier- heures/>
- [64]** Delile J-M. Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? Psychotropes. 2011;Vol. 17(3):29-57.
- [65]** Hervé F, Pedowska D. Une communauté thérapeutique hors les murs : intérêt, faisabilité et perspectives. Psychotropes. 2011;Vol. 17(3):9-27.
- [66]** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., Therapeutic communities for treating addictions in Europe : evidence, current practices and future challenges, Publications Office, 2014,
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/26312>
- [67]** Annuaire et carte interactive des Communautés Thérapeutiques (CT). Fédération addiction. 2014 [consulté le 2 nov 2021].
Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/nouvel-annuaire-communaut-therapeutiques-ct/>
- [68]** Palle C, Ndiaye A, Gérome C, Morel d'Arleux J. Treatment workbook (prise en charge et offre de soins). Rapport national 2021 (données 2020) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox, 2021.
Disponible sur:
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2021-05-PriseEnChargeFR.pdf>
- [69]** Mutatayi C. Résultats de l'enquête Ad-Femina. Accueil spécifique des femmes en addictologie. *Tendances*, OFDT, 2019, n°130, 6p.
- [70]** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Montanari, L., Royuela, L., Hasselberg, I., et al., Prison and drugs in Europe : current and future challenges, 2022,
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/420042>
- [71]** Korf DJ, Riper H, Freeman M, Lewis R, Grant I, Jacob E, et al. Le travail de proximité auprès des usagers de Drogues en Europe : concepts, pratiques et terminologies. EMCDDA; mai 2000.
- [72]** Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les éditions Inserm, 2010, 573p. (Expertise collective)
- [73]** McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. "We need somewhere to smoke crack": An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. Int J Drug Policy. juill 2015;26(7):645-52.
- [74]** Mema SC, Frosst G, Bridgeman J, Drake H, Dolman C, Lappalainen L, et al. Mobile supervised consumption services in Rural British Columbia: lessons learned. Harm Reduct J. déc 2019;16(1):4.
- [75]** Dietze P, Winter R, Pedrana A, Leicht A, Majó i Roca X, Brugal MT. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. Int J Drug Policy. juill 2012;23(4):257-60.
- [76]** Schäffer D, Stöver H, Weichert L. Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges. European Harm Reduction Network; 2014.
- [77]** Speed KA, Gehring ND, Launier K, O'Brien D, Campbell S, Hysyka E. To what extent do supervised drug consumption services incorporate non-injection routes of administration? A systematic scoping review documenting existing facilities. Harm Reduct J. déc 2020;17(1):72.
- [78]** Shannon K, Ishida T, Morgan R, Bear A, Oleson M, Kerr T, et al. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. Harm Reduct J. 10 janv 2006;3:1.
- [79]** Bourque S, Pijl EM, Mason E, Manning J, Motz T. Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 6 févr 2019;110(2):210-5.
- [80]** Demaret I, Lemaître A, Ansseau M. L'efficacité du traitement assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) à l'étranger. Rev Med Liège. :7.

LES DROGUES ILLICITES EN ILE-DE-FRANCE CONSOMMATIONS, OFFRE DE PRISE EN CHARGE ET RECOMMANDATIONS

L'essentiel de l'étude

- En France, la consommation de drogues illicites concerne principalement le cannabis, avec 45 % des personnes de 18-64 ans qui déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de la vie et 11 % au moins une fois au cours de douze derniers mois. Les consommations des autres drogues illicites sont nettement plus faibles, mais leur diffusion est généralisée, en particulier pour les stimulants (cocaïne, MDMA/ecstasy, amphétamines).
- Le profil des usagers de drogues est aujourd'hui diversifié, comprenant des usagers socialement insérés, fréquentant ou non des espaces festifs, et des usagers en situation de précarité, parmi lesquels des jeunes en errance et des migrants.
- Les prises en charge proposées se doivent d'être globales, intégrées et graduées, produisant ainsi des réponses adaptables aux consommateurs, tout en leur garantissant une prise en charge sur des aspects aussi bien médicaux que sociaux.
- Des démarches allant au contact des consommateurs les plus marginalisés doivent être davantage développées, notamment au travers des maraudes, des structures mobiles et des communautés locales.
- Les évaluations portant sur les salles de consommation à moindre risque, désormais appelées haltes « soins addictions » et tout particulièrement celle de l'Inserm, démontre l'utilité publique de ces structures.

Nous remercions pour leur relecture et suggestions, François Beck et Emmanuel Lahaie, de Santé publique France.

Nous remercions également le « groupe Baromètre santé 2017 » de Santé publique France (Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert).

Nous remercions enfin l'OFDT pour la mise à disposition de la base Escapad 2017 ainsi que pour leurs relecture et conseils, en particulier Julien Morel d'Arleux, Stanislas Spilka, Fabrice Guilbaud, Olivier Le Nézet. Les résultats présentés sont issus du travail d'analyse et d'interprétation des auteurs qui en sont seuls responsables.



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org
Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-2164-7