Réduction des risques, prise en charge et accompagnement

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

L'ACTIVITÉ DES CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE

REPÈRES

LES CAARUD

Les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) sont très majoritairement en contact avec une population d'usagers de drogues « actifs », en demande de soins ou non et qui pour beaucoup d'entre eux sont considérés comme étant en situation précaire modérée ou forte. Ils assurent un accueil inconditionnel des personnes en difficulté vis-à-vis des produits psychotropes et développent de nombreuses activités «hors les murs » dans l'espace urbain, rural et en milieu festif. Ces établissements assurent également auprès de ces publics des actions de prévention aux usages à risques (information, distribution de matériel à usage unique, prévention VIH, hépatite et IST...) et des actions de dépistage et vaccination.

Des usagers plus jeunes fréquentant les CAARUD en Bretagne...

En Bretagne, un usager sur trois est âgé de 35 ans et plus pour 54,1% au niveau national.

Ce sont les 25-34 ans qui sont les plus représentés en Bretagne : 56,1% contre 34,3% en France.

La proportion des femmes est plus importante dans la région (figure 1).

...Et mieux insérés socialement

En Bretagne, il y a davantage d'usagers disposant d'un logement durable (70,4 % contre 53,3 % en France) et des revenus d'emplois (21 % contre 16,5 % en France). Ces deux éléments montrent une meilleure insertion sociale (logement et travail) chez les usagers des CAARUD en Bretagne.

Plus d'injecteurs

L'utilisation de la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours est plus fréquente chez les usagers de CAARUD bretons : 69,5% contre 46,1 % en France.

Le niveau de partage des seringues est identique en Bretagne et en France. En revanche, les Bretons sont davantage concernés par le partage du petit matériel d'injection (hors seringue) (figure 2).

Moins d'usagers séropositifs en Bretagne

En termes de contamination au VIH, 3,9 % des usagers bretons sont séropositifs contre 4,9 % en France.

S'agissant du VHC, le taux d'usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage est plus élevé en Bretagne qu'en France. Cependant, la prévalence des sérologies VHC positives est plus faible en Bretagne (figure 3).

MÉTHODO

DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ENA-CAARUD

L'enquête ENa-CAARUD 2012 est la quatrième édition de l'Enquête Nationale qui vise à décrire les usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Elle interroge, une semaine donnée, au sein des CAARUD toute personne usagère de drogues reçue ou rencontrée par un membre de l'équipe du CARRUD. En 2012, l'analyse porte sur 2 905 répondants (n=82 en Bretagne).

En raison d'effectifs faibles, les comparaisons temporelles au plan régional n'ont pas été possibles à réaliser.

Variables socio-démographiques en 2012

		Bretagne	France
Sexe	Hommes	75,6 %	80,5 %
	Femmes	24,4 %	19,5 %
Âge	Moins de 25 ans	11,0 %	11,6 %
	25-34 ans	56,1 %	34,3 %
	35 ans et plus	32,9 %	54,1 %
Logement	Durable	70,4 %	53,3 %
	Provisoire	11,1 %	19,6 %
	Squat	8,6 %	11,9 %
	SDF	9,9 %	15,2 %
Ressources	Prestations sociales / res- sources provenant d'un tiers	64,2 %	56,6 %
	Revenus d'emplois et Assedic	21,0 %	16,5 %
	Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenu	14,8 %	26,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

Utilisation de la voie intraveineuse et partage du matériel d'injection en 2012

		Bretagne	France
Utilisation de la voie	Au cours des 30 derniers jours	69,5 %	46,1 %
intraveineuse	Pas dans les 30 derniers jours	9,8 %	17,9 %
	Jamais	20,7 %	35,3 %
	Ne sait pas	0,0 %	0,7 %
Partage de la seringue	Non	91,1 %	91,7 %
	Oui	8,9 %	8,3 %
Partage du petit matériel (tout sauf seringue)	Non	73,2 %	78,4 %
	Oui	26,8 %	21,6 %

 $Source: Enquête\ Ena-CAARUD\ /\ OFDT\ Exploitation,\ ORS\ Bretagned$

VIH et VHC : sérologies en 2012

		Bretagne	France
VIH	A fait le test	93,9%	91,1 %
	N'a pas fait le test	6,1 %	8,9 %
Résultat VIH	Négatif	96,1 %	90,3 %
	Positif	3,9 %	4,9 %
	Ne sait pas	-	4,8 %
VHC	A fait le test	85,2 %	86,7 %
	N'a pas fait le test	14,8 %	13,3 %
Résultat VHC	Négatif	75,4 %	71,5 %
	Positif	21,5 %	22,9 %
	Ne sait pas	3,1 %	5,6 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

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

L'ACTIVITÉ DES CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE (suite)

En Bretagne, davantage de consommations récentes d'héroïne, d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne

La structure des consommations diffère entre la région et la France. Le cannabis et l'alcool arrivent au premier rang, en proportion plus forte dans la région.

L'héroïne concerne près des deux tiers des usagers bretons, la cocaïne/free base et le BHD environ la moitié, soit des niveaux de consommation plus élevés qu'en France, auxquels s'ajoutent également ceux d'ecstasy et d'amphétamines (respectivement 35,4 % et 28 % en Bretagne contre 12,3 % et 12,8 % en France) (figure 1).

Substances les plus problématiques : les opiacés (BHD et héroïne)

Il a été demandé à chaque usager interrogé d'identifier le produit consommé au cours des 30 derniers jours qui, selon lui, lui posait le plus de problèmes (figure 2).

Le produit le plus fréquemment mentionné est le BHD, cité par près d'un usager sur quatre, devant l'héroïne, l'alcool, le sulfate de morphine et la cocaïne.

Comparativement à la France, davantage d'usagers font état d'une réelle difficulté concernant la consommation de BHD (22,7 % contre 16,3 % en France) et d'héroïne (18,7 % contre 11,5 % en France).

Moindre recours aux soins institutionnels

Les usagers bretons se caractérisent par un plus faible taux d'incarcération dans l'année qu'en France (11,1 % contre 14,2 %), de même qu'un recours moins élevé aux soins institutionnels : hospitalisation, Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), CSAPA (figure 3).

REPÈRES

■ TENDANCES ÉVOLUTIVES AU NIVEAU NATIONAL

Parmi les éléments marquants, l'âge moyen des usagers des CAARUD continue d'augmenter. Cependant, on observe un ralentissement du vieillissement des hommes dont la part âgée de plus de 50 ans n'augmente plus. Les femmes sont toujours en moyenne plus jeunes que les hommes.

Par rapport à 2008, la structure de la précarité a légèrement évolué dans le sens d'un accroissement de la part des usagers les moins fragiles sur le plan socio-économique. Dans l'ensemble, la structure des consommations n'a pas connu de modification importante.

Comme lors des éditions précédentes, les moins de 25 ans et les femmes sont davantage concernés par le partage du matériel d'injection.

La probable régression de l'épidémie d'hépatite C se poursuit. Toutefois, même si l'utilisation de la voie fumée progresse, on note que l'utilisation récente de l'injection ne diminue pas et reste fréquente, avec l'entrée de nouveaux usagers dans cette pratique.

Source: Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 - Tendances 98 - janvier 2015

■ CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN FRANCE CHEZ LES USAGERS DE DROGUE RENCONTRÉS DANS LES CAARUD

Parmi les usagers actifs¹ en 2008, 28 % déclaraient avoir consommé des benzodiazépines au cours du mois précédent, quotidiennement pour plus de la moitié d'entre eux.

Source : Consommation et mésusages chez les usagers de drogues. Inserm, expertise collective, 2012.

Produits consommés au cours des 30 derniers jours en 2012

	Bretagne	France
Cannabis	79,3%	72,8%
Alcool	78,0%	65,5%
Héroïne	63,4%	30,8%
Cocaïne / Free base	51,2 %	36,1 %
BHD	50,0 %	37,1 %
Ecstasy	35,4 %	12,3 %
Benzo	31,7 %	30,5 %
Amphétamines	28,0 %	12,8 %
Méthadone	26,8 %	27,0 %
Morphine	24,4 %	17,2 %
LSD	17,1 %	7,2 %
Kétamine	15,9 %	8,6 %
Crack	14,6 %	17,5 %
Plantes hallucinogènes	14,6 %	7,5 %
Codéine	9,8 %	6,7 %
Ritaline	1,2 %	1,9 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

Principaux produits consommés au cours des 30 derniers jours et posant à l'usager, selon lui, le plus de problèmes en 2012

	Bretagne	France
BHD	22,7%	16,3%
Héroïne	18,7%	11,5%
Alcool	16,0%	21,5%
Sulfate de morphine	16,0 %	7,2 %
Cocaïne	9,3 %	7,8%
Aucun	5,3 %	9,1 %
Benzo	5,3 %	4,1 %
Cannabis	4,0 %	7,1 %
Tabac	1,3 %	0,7 %
Codéine	1,3 %	0,2 %
Crack	-	6,9 %
Méthadone	-	3,9 %
Amphétamines	-	0,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

3 Incarcération, hospitalisation et passage en CSST* en 2012

		Bretagne	France
Incarcération au cours des	Non	88,9 %	85,8%
12 derniers mois	Oui	11,1 %	14,2 %
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois	Non	69,5 %	65,2 %
	Oui	30,5 %	34,8 %
Accueil par un intervenant CCST/CSAPA au cours des 12 demiers mois	Non Oui	64,6 % 35,4 %	55,3 % 44,7 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

¹ Le terme « actif » signifie que l'usager continue à prendre des substances psychoactives illicites ou à détourner des médicaments psychotropes de leurs objectifs thérapeutiques, par opposition aux patients abstinents (sous traitement de substitution ou autre traitement psychotrope non détourné, ou sevrés).

^{*} CCST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes



La RDR, mise en place dans les années 2000 en Bretagne, impulsée par les militants associatifs, était centrée sur les pratiques d'injection. Son objectif premier était de tenter d'infléchir les contaminations VIH. La reconnaissance de son efficacité est arrivée en 2005 avec la loi de santé publique permettant aux Programme d'Echanges de Seringues (PES) de devenir des CAARUD (Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue) et leur donnant le statut de Centre Médico-social.



Les nouveaux outils de Réduction Des Risques (RDR)

Madame Mylène GUILLAUME.
Coordinatrice du collectif Orange Bleue.
www.collectif-orange-bleue.com

La RDR, longtemps tournée vers les pratiques d'injection et la mise à disposition de matériel stérile de consommation de drogues, a dû s'adapter à l'évolution des pratiques des usagers (épidémie de VHC, arrivée des nouveaux produits de synthèse...etc).

Les dispositifs de RDR doivent aujourd'hui faire face à de nouveaux enjeux de santé publique :

Le déploiement des TROD (Test rapide d'Orientation Diagnostique) VHC.

Les tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) de l'hépatite C sont utilisables par les associations en France depuis mai 2016. Ils fournissent un résultat en seulement 15 minutes, avec une goutte de sang, et sans nécessiter la présence d'un professionnel de santé. Une aubaine pour la lutte contre ce virus. En effet, grâce aux progrès réalisés dans le traitement avec l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe, une éradication du virus de l'hépatite C (VHC) devient imaginable, à la condition que le dépistage soit optimisé, notamment dans les populations à risque.

L'objectif étant, au final, de réduire au maximum la population de personnes infectées qui s'ignorent (environ 75 000 en France), notamment des personnes difficiles d'accès comme les consommateurs de drogues ou ceux en situation de précarité.

Depuis 2016, nombre d'intervenants en RDR (CAARUD et milieu festif) ont été formés afin de déployer au mieux ce nouvel outil.

L'analyse de drogue

« Qu'elle est la qualité des produits psychoactifs illicites que je consomme ? » est une question fréquente des consommateurs. Répondre à cette préoccupation s'inscrit dans une logique de RdR. L'analyse de produit répond aux besoins des usagers de drogues et vise à les responsabiliser.

La mise en place de dispositif d'analyse de produit illicite répond à un double enjeu :

- Tout d'abord, c'est l'arrivée des nouveaux produits de synthèse qui nous oblige à réfléchir à la mise en place de dispositif d'analyse. Ils désignent un éventail hétérogène de substances qui imitent les effets des différents produits illicites. Ces produits sont largement vendus sur internet sous des appellations commerciales et leur contenu réel rarement annoncé. Ils sont « présents dans le milieu festif » et des évacuations ont eu lieu « à cause notamment du cannabis de synthèse » en 2015 (trend 2015).
- L'analyse de produit contribue à donner une information validée et objective ouvrant le dialogue avec les usagers de substances psychoactives : discuter librement et sans jugement de ses pratiques permet à une personne d'améliorer son niveau de conscience des risques pris et de leur gestion. Introduire un échange sur les pratiques et les niveaux de consommation de drogues, à partir d'une information sur la qualité des produits, permet de mettre en œuvre ce counselling avec les usagers de drogues. C'est le second enjeu visé par la mise en place d'analyse de drogues dans les structures de RDR.

À plus long terme, les acteurs de RDR pourraient se saisir d'une palette plus large d'outils : l'AERLI (accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection) expérimenté par Aides ou encore la mise à disposition du Nalscue ®, un spray nasal contenant de la naloxone, destiné au traitement d'urgence des overdoses aux opioïdes dans l'attente d'une prise en charge médicale.

La politique de réduction des risques (RDR) vise à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives. Dans cette optique, la diffusion de matériel stérile pour la pratique de l'injection est une des modalités utilisée afin de réduire les risques de contamination du type hépatite ou VIH.

DISTRIBUTION DU MATÉRIEL DE RDR DANS LES CAARUD EN BRETAGNE

Près de 370 000 seringues distribuées...

En 2015, en Bretagne, près de 370 000 seringues ont été distribuées du fait de l'action des CAARUD : 20 % dans ceux des Côtes-d'Armor, 28 % dans le Finistère, 37 % en Ille-et-Vilaine et 15 % dans le Morbihan.

Ces seringues peuvent être fournies à l'unité (90 % de la distribution) ou être incluses dans une trousse de matériel d'injection¹ qui contient 2 seringues (figure 1).

Près de 350 seringues par usager par an, moins d'une par jour

Globalement, en Bretagne, l'action des CAARUD permet de fournir environ 350 seringues par usager par an à l'unité, moins d'une par jour. Dans le Finistère, le nombre est le plus élevé, atteignant 517 seringues distribuées à l'unité par patient. A l'inverse, il apparait le plus faible en Ille-et-Vilaine (294) et dans le Morbihan (298) (figure 1). La dernière enquête de l'OFDT² estime en Bretagne à 1 400 le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) (intervalle de confiance : 900 - 2 400) en 2014.

L'usage de la voie veineuse est difficilement quantifiable de manière exhaustive mais si un usager utilise cette voie une fois par jour, 365 seringues sont nécessaires. Si un usager utilise la voie veineuse 3 fois par jour, comme l'indique les observations TREND³, les usagers devraient théoriquement avoir accès à 1 095 seringues.

Par rapport à 2014, les CAARUD de la région ont moins distribué de trousses Stéribox et de seringues 5 cc. A l'inverse, les seringues 1 cc et 2 cc, les préservatifs masculins et les gels lubrifiants ont été plus souvent distribuées par les professionnels des CAARUD (figure 2).

Les deux tiers des seringues usagées récupérés

Le nombre de seringues usagées récupérées directement par les structures en 2015 est estimé à 241 845, soit 66 % du volume distribué estimé (*figure 3*).

Récupération de matériel de RDR usagé par les CAARUD en Bretagne en 2015

Récupération matériel usagé	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et- Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre de seringues usagées récupérées	47 600	74 390	80 645	39 210	241 845
Nombre de récupérateurs à seringues mis disposition	980	2 179	1 192	290	4 641
Matériel par patient					
Nombre de seringues usagées récupérées pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile	256	383	196	241	253

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

Matériel de RDR distribué par les CAARUD en Bretagne en 2015 (hors brochures en libre service)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et- Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre trousses injections «kits+» délivrés par les automates		1 977		1 468	3 445
Nombre trousses injections «Stéribox» délivrés par les automates					0
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD kits			7 595	1 574	9 169
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD stéribox	1 252				1 252
Nombre de seringues distribuées à l'unité 1 cc	52 508	99 800	101 447	46 119	299 874
Nombre de seringues distribuées à l'unité 2 cc	10 868	527	19 827	2 381	33 603
Nombre de seringues distribuées à l'unité 5 cc*				55	55
Nombre de préservatifs masculins distribués	1980	1287	8 971	248	12 486
Nombre de préservatifs féminins distribués	370	105	68	22	565
Nombre de gels lubrifiants distribués	720	781	385	248	2 134
Matériel par patient					
Nombre de seringues distribuées à l'unité (1 cc, 2 cc, 5 cc) pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile	341	517	294	298	349

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

Evolution du matériel de RDR distribué par les CAARUD en Bretagne entre 2014 et 2015

Matériel	Bretagne 2014	Bretagne 2015	Évolution 2014-2015
Nombre trousses injections «kits+» délivrés par les automates	2 946	3 445	17 %
Nombre trousses injections «Stéribox» délivrés par les automates	72	0	- 100 %
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD kits	8 565	9 169	7%
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD stéribox	3 746	1 252	- 67 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 1 cc	261 196	299 874	15 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 2 cc	27 753	33 603	21 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 5 cc	95	55	- 42 %
Nombre de préservatifs masculins distribués	7 950	12 486	57 %
Nombre de préservatifs féminins distribués	618	565	-9%
Nombre de gels lubrifiants distribués	1 309	2 134	63 %
Récupération matériel usagé			
Nombre de seringues récupérées	197 057	241 845	23 %
Nombre de récupérateurs seringues mis à disposition	4 641	4 641	0 %
Matériel par patient			
Nombre de seringues distribuées à l'unité (1 cc, 2cc, 5cc) pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	327	349	7%
Nombre de seringues usagées récupérées pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	223	253	14 %

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

¹ Les kits d'injection Steribox® ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5 ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice. Le Steribox est distribué en pharmacie et le Kit+ dans les CAARUD, CSAPA, autres PS et automatée.

 $^{^2}$ Jansen E. Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse, Estimation 2014 en France métropolitaine, note 2016-04, Saint Denis, 26 septembre 2016.

³ Rapport TREND 2000-2016 - OFDT.

^{*} plus 7 648 seringues «contenance sécurisée» au CAARUD de St Brieuc, non comptabilisées ici

DISTRIBUTION DU MATÉRIEL DE RDR DANS LES CSAPA EN BRETAGNE

Près de 10 000 seringues distribuées

Selon les données des rapports d'activité des CSAPA, en 2015, en Bretagne, près de 10 000 seringues ont été distribuées du fait de l'action des CSAPA dans tous les départements bretons, à l'exception des Côtes-d'Armor. La majorité (82 %) l'ont été dans le Finistère, 18 % dans le Morbihan et très peu en Ille-et-Vilaine (0,1 %). La moitié des seringues sont fournies dans une trousse de matériel d'injection¹. Ces trousses contiennent 2 seringues (figure 1).

Une baisse de mise à disposition de matériel d'injection

La baisse de mise à disposition de matériel d'injection s'observe en Bretagne pour la période 2012-2015, équivalant à 550 trousses d'injection et 839 seringues de 1 cc à l'unité en moins (figure 2).

REPÈRES

DÉFINITION DE LA RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹, ou loi de santé, pose une définition élargie et consolidée de la RdR et des outils de sa mise en œuvre à travers l'article 41 qui explique que « la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ».

Outre la sécurisation des professionnels et des intervenants en RdR dans le cadre de leurs missions, cette nouvelle définition inclut notamment :

- la notion de substances psychoactives au sens large, qu'elles soient licites ou illicites, ouvrant notamment la RdR aux questions d'alcool et de tabac ;
- la reconnaissance de l'accompagnement et de l'éducation à la consommation (promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques) ;
- la reconnaissance des produits de santé participant à la RdR tels que la Naloxone pour la prévention des overdoses ;
- l'introduction d'une nouvelle mission d'analyse, de veille et d'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées.

La loi prévoit aussi l'extension de l'application de la politique de RdR au milieu carcéral dans des conditions adaptées. Elle précise que chaque personne détenue doit, lors de la visite médicale obligatoire d'entrée, se voir proposer un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Journal Officiel de la République Française, 2016, n°0022

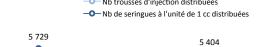
Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues approuvé par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005

Matériel de RDR distribué par les CSAPA en 2015 en Bretagne et dans les départements (hors brochures en libre-service)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et- Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre trousses injections distribuées		1 977	6	397	2 380
Nombre de seringues à l'unité de 1 cc distribuées		3 954	0	936	4 890
Nombre de brochures sur l'alcool distribuées		350	1 575		1 925
Nombre de brochures sur le tabac distribuées		175	1 475		1 650
Nombre de brochures sur les drogues illicites distribuées		230	1 029		1 259
Nombre de préservatifs distribués		300	14 610	4800	19 710
Nombre d'outils d'auto-évaluation des consommations distribuées			706		706

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

Evolution du matériel de RDR distribué par les CSAPA entre 2012 et 2015 en Bretagne





Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

OFFRE D'ÉCHANGEURS DE SERINGUES EN BRETAGNE

5 échangeurs sont disponibles en Bretagne, dont un nouveau a été installé à Quimper en juin 2017.

¹ Les kits d'injection Stéribox® ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5 ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice. Le Stéribox est distribué en pharmacie et le Kit+ dans les CAARUD, CSAPA, autres PES et automates.

LA RDR EN MILIEU FESTIF EN BRETAGNE

Les structures de réduction des risques en milieu festif

Sur la région Bretagne, ce sont essentiellement les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) et le Collectif régional L'Orange Bleue qui, dans le cadre de leurs missions, interviennent en milieu festif (free party, multisons festivals, concerts...) pour distribuer du matériel de prévention afin de réduire les risques liés à la fête (usages de produits psychoactifs, sexualité...).

Le collectif L'Orange Bleue est très présent au sein de l'espace festif (121 évènements couverts en 2016, dont 50 nuits), notamment les très grands festivals, et les demandes d'intervention sont de plus en plus nombreuses.

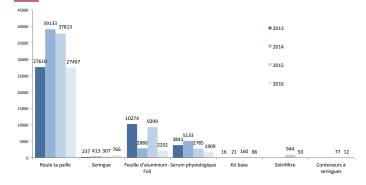
Forte distribution de « Roule Ta Paille »

Concernant le matériel spécifique de RDR distribué par le collectif l'Orange Bleue (figure 1), les kits de snif « Roule Ta Paille » sont largement diffusés (plus de 27 500 en 2016), devant les feuilles d'aluminium (2 200), le sérum physiologique (1 900), les seringues (766). Après une forte augmentation en 2014 et 2015, les « Roule Ta Paille » retrouvent leur niveau de 2013. Le kit de base, le Stérifilt® et les conteneurs à seringues sont quant à eux diffusés de manière beaucoup plus marginale.

La légère baisse du nombre de distribution de matériel s'explique par le fait que lors d'interventions avec les CAARUD, ce sont ces derniers qui approvisionnent en matériel RDR. Le comptage se fait donc sur leurs rapports d'activité même si la distribution est assurée par l'ensemble des acteurs.

En 2016, plus de 5 400 éthylotests ont été distribués lors des interventions.

Matériel de RDR distribué par le collectif Orange bleue



Source : Orange bleue - Rapport d'activité 2016

MÉTHODO

LE MATÉRIEL DISTRIBUÉ

La trousse de prévention, nommée « Stéribox ou KIT+ ou Kit de base » contenant le matériel complet pour deux injections à moindre risque :

2 seringues ; 2 tampons alcoolisés ; 2 fioles d'eau injectables ; 2 stéricups contenant une cuillère, un filtre et un tampon sec post-injection ; 1 préservatif ; 1 message de prévention.

Outre le Kit+ et les seringues distribuées à l'unité, les structures proposent d'autres types de matériel :

- les feuilles d'aluminium pour les inhalations à chaud,
- Ies Roule Ta Paille (RTP) pour la pratique du sniff,
- les Stérifilt®: filtre à membrane en polypropylène, permettant d'éliminer les plus grossières impuretés physiques d'une préparation de drogue destinée à être injectée, et qui réduit les risques liés à l'injection de particules : abcès, phlébites, "poussières", œdèmes
- les Stéricup® pour les préparations à l'injection.

LA RDR EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La réforme santé de 2016 souhaite introduire la distribution de matériel d'injection stérile en prison, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Selon le rapport sur les drogues 2016 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, seuls trois pays sur trente sondés ont déclaré avoir mis au point un système d'échange de seringues.

LA RDR À DISTANCE EN BRETAGNE

Créée en 1989, l'association SAFE a pour mission de favoriser l'accès à la réduction des risques sur le territoire national. L'association a développé un programme de RDR à distance depuis 2011. Le but du programme est de faciliter l'accès aux matériels de consommation et aux informations pour réduire les risques. Ce programme n'a pas vocation à se substituer au dispositif existant (CAARUD/CSAPA), il vient le compléter.

Une majorité d'usagers résidant en milieu rural

Depuis la création du programme en 2011, 44 usagers (10 femmes et 34 hommes) ont bénéficié du programme de RDR à distance en Bretagne : 13 résident dans les Côtes d'Armor, 7 dans le Finistère, 17 en Ille-et-Vilaine et 7 dans le Morbihan. Près des trois quarts des usagers (70,5 %) habitent dans des communes rurales de moins de 10 000 habitants.

19 usagers ont connu le programme par le biais des sites internet de SAFE et/ou Psychoactif (plate-forme d'échanges entre consommateurs de substances psychoactives),16 usagers sont venus sur le conseil d'un ami et 9 ont été orientés par un CAARUD ou un CSAPA.

Un public inséré

Près des deux tiers ont un emploi (63,6 %) et la grande majorité (86 %) ont un logement stable.

Quatre usagers sur dix consomment de l'héroïne

Les produits consommés sont majoritairement l'héroïne (41%), le sulfate de Morphine (Skenan®) (29 %) et la cocaïne (27 %). Arrivent ensuite les traitements de substitution aux opiacés : Buprénorphine Haut Dosage, notamment le Subutex® (21%). 37 usagers sur 44 pratiquent l'injection.

88 colis envoyés en 2015

En 2015, la file active était de 30 usagers, pour lesquels 88 colis ont été envoyés. Les matériels les plus fréquemment envoyés sont : les aiguilles (7 755), les lingettes désinfectantes à la chlorhexidine (6 575), les fioles d'eau pour préparation injectable (6 155) et les cups qui permettent la préparation du mélange (4 520).

Source : Réduction des risques à distance – Bilan en région Bretagne – SAFE - Guillaume JEGOUSSE de l'association DOLIAR NEVEZ

ZOOM SUR LE PROGRAMME DES OFFICINES DU MORBIHAN POUR L'ÉCHANGE DE SERINGUES I

Le Programme des Officines du Morbihan Pour l'Échange de Seringues (P.O.M.P.E.S), mis en place en septembre 2013, permet à des usagers de drogues ayant des difficultés de déplacement de se fournir en officines en matériel stérile afin de prévenir les risques de transmission infectieuse (VIH et hépatite C). Les pharmaciens sont en



effet les premiers professionnels de santé publique à pouvoir rencontrer les usagers de droques.

Ce projet POMPES est porté par le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) le « Pare-A-ChuteS » et son équipe (un coordinateur, une infirmière, une éducatrice spécialisée, une assistante sociale et une secrétaire médicale).

Ce projet est né du constat que certains secteurs du département ne semblaient pas investis par les usagers au vu des chiffres de la file active des permanences et que les ventes de matériel d'injection dans les officines n'étaient pas suffisantes pour éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

Pour mettre en place ce programme, une formation auprès de l'équipe des pharmacies volontaires sur le matériel d'injection et sur la réduction des risques a été organisée.

À ce jour, 12 pharmacies bénévoles de P.O.M.P.E.S distribuent gratuitement et anonymement du matériel de réduction des risques. L'équipe du Pare-A-ChuteS approvisionne les pharmacies en Steribox®, Sterifilt®, documents de Réduction des risques, et autres matériels en fonction des volontés et besoins de la pharmacie.

Le CAARUD récupère le matériel usagé dans les officines selon la réglementation DASRI en vigueur. L'équipe du CAARUD visite les pharmacies au moins une fois par mois.

Le rapport d'évaluation de 2014 du programme a montré que la majorité des pharmacies ont, dans leur patientèle, quelques usagers réguliers qu'ils peuvent identifier. Les autres usagers sont souvent des personnes de passage à qui ils ne vont distribuer du matériel que très ponctuellement. Globalement, le dialogue s'est amélioré avec les usagers.

La plupart des pharmacies POMPES (8 sur 12) n'ont pas vu leur file active augmenter mais ont remarqué une forte progression du nombre de kits distribués. En termes de délivrance de stérifilt, certaines habitudes des usagers ont évolué : la distribution relativement difficile pour les pharmaciens au début du programme en raison de réticences s'est améliorée au fur et à mesure de l'avancée du projet.

Les résultats du bilan 2016 à travers les indicateurs d'activité permettent d'objectiver le déploiement du programme et de dégager les besoins et pistes d'action à venir :

- augmentation importante du nombre de seringues distribuées (+ 25 % entre 2015 et 2016),
- baisse de la distribution de petit matériel,
- diffusion de ce bilan 2016 aux pharmacies en pointant cette baisse,
- mise en place de formations pour les personnels ne l'ayant pas eue,
- briefing avec les pharmaciens lors de la prochaine tournée pharmacies

En conclusion, ce projet apparaît innovant à l'échelle de la région et de la France où il reste peu développé.

Source : rapports du CAARUD «Le Pare-A-ChuteS» .

CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA FILE ACTIVE EN BRETAGNE

REPÈRES

LES CSAPA

Ce sont des centres médico-sociaux constitués en équipes pluridisciplinaires qui accueillent des personnes en difficulté à l'égard des drogues, de l'alcool, du tabac, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...), ainsi que l'entourage. Les missions :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage,
- la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause,
- la prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole),
- la prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.
- la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Ils peuvent remplir des missions facultatives telles que la prévention, l'information, la recherche, les consultations de proximité, la prise en charge des addictions sans produit et le suivi des détenus.

Plus de 17 500 personnes prises en charge en 2015 en consultations

En 2015, 17 584 personnes ont été prises en charge par les équipes des 16 CSAPA de la région. Parmi celles-ci, 4 530 patients (26 %) n'ont été vus qu'une seule fois au cours de l'année et 7 192 sont des nouveaux patients (41 %).

Cette répartition a varié selon les années. La part des primo-consultants qui représentait en 2012 et 2013 43 % des patients tend à se réduire (figure 1).

Le taux de recours aux CSAPA est de 8 recours pour 1 000 personnes âgées de 15 à 69 ans en Bretagne¹.

Les CSAPA du Finistère ont accueilli 4 751 patients, ceux du Morbihan 3 763 patients, ceux d'Ille-et-Vilaine 6 156 patients et ceux des Côtes-d'Armor 2 914 patients.

Les taux de recours varient de 7,5 pour 1 000 personnes dans les Côtes-d'Armor à 8,8 en Ille-et-Vilaine.

Un patient sur deux (ou ses proches) à l'initiative de la prise en charge

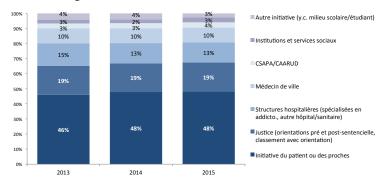
En 2015, dans près de la moitié des cas, les patients se sont rendus au CSAPA de leur propre initiative ou à l'initiative d'un proche. La demande de consultation fait suite dans 19 % des cas à une mesure judiciaire pour classement avec orientation ou pour obligation de soins. Les structures hospitalières et les médecins de ville orientent également respectivement 13 % et 10 % des patients vers un CSAPA de la région. La répartition des modes d'adressage a évolué entre 2013 et 2015 : les patients ou leurs proches sont plus fréquemment à l'initiative de la prise en charge et les patients adressés par une structure hospitalière sont moins nombreux (figure 2).

Répartition des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge selon la nature du suivi en 2015



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Répartition par mode d'adressage des patients des CSAPA en Bretagne



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

RECUEIL COMMUN SUR LES ADDICTIONS ET LES PRISES EN CHARGE (RECAP)

Mis en place en 2005 par l'OFDT, RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des modes de collecte de données dans le champ des addictions au niveau national et au niveau européen. Ce recueil permet d'avoir des éléments sur le volume de la file active mais également de décrire les patients pris en charge (caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et ensemble des éléments relatifs à la prise en charge : type de produit, ...). Limite du recueil de données :

Le taux de participation à RECAP est particulièrement faible en Bretagne. Les données RECAP ne comprennent ainsi que des CSAPA des départements 22 et 29. Les CSAPA des départements 35 et 56 ne disposaient pas jusqu'en 2014 de logiciels incluant RECAP. Ainsi, comme en 2014, seuls 4 CSAPA sur 17 ont fourni des données RECAP en Bretagne, les données ne sont donc pas exploitables.

¹ Données France 2015 non disponibles. A titre de comparaison, en 2014, 7,7 recours pour 1 000 personnes âgées de 15 à 69 ans en Bretagne, contre 6,6 en France.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Une large majorité de patients hommes

En 2014, la grande majorité des personnes vues dans les CSAPA de la région sont des hommes : 74 % sont des hommes et 26 % sont des femmes. La forte proportion d'hommes parmi les patients pris en charge s'explique principalement par le fait que les prévalences de consommation de drogues illicites et d'alcool sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Les patients accueillis sont dans la moitié des cas âgés de 30 à 49 ans, dans 19 % des cas âgés de 20 à 29 ans et dans 8 % des cas âgés de moins de 20 ans. 23 % des patients pris en charge sont âgés de 50 ans ou plus.

La répartition par âge des patients est proche en Bretagne et en France. Les patients vus dans les CSAPA du Morbihan (un tiers a moins de 30 ans) sont plus jeunes que dans les autres départements (environ un quart). A l'inverse, c'est dans les Côtes-d'Armor que la part des 40 ans et plus est la plus élevée (figure 1).

La répartition par sexe et âge a peu évolué en Bretagne et en France entre 2006 et 2014.

La moitié des patients perçoivent des revenus du travail

En Bretagne, pour la moitié des patients accueillis (51 %) un revenu de l'emploi (y compris retraite ou pension d'invalidité) constitue l'origine principale de leur ressource, un quart des revenus de solidarité (RSA notamment) 12 % touchent une prestation Pôle emploi, 5 % perçoivent des ressources provenant d'un tiers, 9 % déclarent d'autres ressources.

Les indicateurs sont plus favorables en Bretagne qu'en France, avec une part des revenus de l'emploi plus élevée.

Au sein de la région, les patients vus dans les CSAPA des Côtes-d'Armor sont les mieux insérés professionnellement, à l'inverse de ceux du Morbihan (figure 2).

Entre 2010 et 2014, la part des revenus du travail a diminué, alors que celle du RSA a notablement augmenté, en Bretagne comme en France.

9 usagers sur 10 avec un logement durable en Bretagne

La majorité des patients bretons (91 %) résident dans un logement durable, 7 % dans un logement provisoire ou précaire et 2 % sont sans domicile fixe.

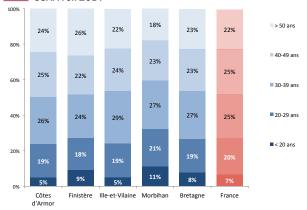
La proportion de patients disposant d'un logement durable est plus élevée en Bretagne qu'en France, notamment les Côtes-d'Armor. Le pourcentage de sans logement est le plus élevé en Ille-et-Vilaine (5 % contre 3 % en France), représentant 164 personnes.

La proportion de patients avec un logement durable en Bretagne a augmenté entre 2010 et 2014, passant de 88 % à 91 %, alors qu'elle est restée stable en France. L'évolution est la plus marquée en Ille-et-Vilaine: 82 % en 2010 et 91 % en 2014 (figure 3). Les deux éléments ci-dessus montrent une meilleure insertion sociale (logement et travail) chez les patients des CSAPA en Bretagne (vis-à-vis de la France), particulièrement dans les Côtes-d'Armor.

MÉTHODO

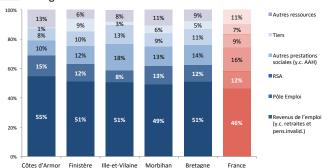
Le logement est considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre pendant au moins les 6 prochains mois soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

Répartition par âge des patients pris en charge dans les CSAPA en 2014



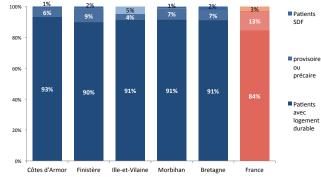
Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients des CSAPA selon les ressources en Bretagne en 2014



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients des CSAPA selon le type de logement en 2014



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES USAGES D'ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de la moitié du public pris en charge en CSAPA cite un problème d'alcool

Un peu plus de la moitié du public régional (53 %) a été pris en charge pour un problème d'alcool, un peu moins d'un quart (21 %) pour un problème de consommation de cannabis et 15 % pour un problème avec des opiacés.

Prise en charge des consommateurs d'alcool : le niveau de la Bretagne supérieur à celui de la France

En 2014, le nombre total de patients bretons vus en consultations pour des difficultés avec l'alcool s'élève à 9 381 personnes, soit un taux de 4,3 consultations pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans. La Bretagne affiche un recours supérieur à celui de la France (3,4).

Les Côtes-d'Armor se démarquent très nettement avec un niveau largement supérieur aux autres départements

Rapporté à la population, le nombre de personnes prises en charge pour leur problème d'alcool dans les CSAPA varie de façon assez importante entre les départements.

Trois départements bretons (Côtes-d'Armor, Finistère et Ille-et-Vilaine) sont situés à un niveau supérieur à celui de la France. Le Morbihan présente pour sa part un taux de consultations sensiblement similaire à celui de la France (figure 1).

Forte progression dans le Finistère

Dans le Finistère, l'évolution est orientée à la hausse (+20 % entre 2012 et 2015).

A l'inverse, si les Côtes-d'Armor se situent bien au-dessus du niveau de la Bretagne et de la France, elles présentent une orientation à la baisse du recours aux CSAPA (-18 %).

Le Morbihan, l'Ille-et-Vilaine ainsi que la Bretagne ont des taux de consultations stables sur la période (figure 2).

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC USAGES DE CANNABIS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Un patient sur cinq vu pour un problème d'usage de cannabis

En Bretagne, 3 318 personnes ont été reçues en 2014 en consultations pour un usage problématique de cannabis, soit environ un sur cing.

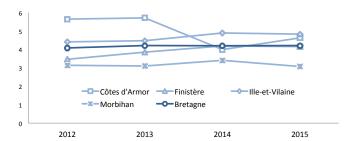
Les CSAPA bretons prennent en charge, relativement à la population de la région, un nombre assez proche du niveau national, de personnes en difficulté avec le cannabis : 1,5 pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans, contre 1,7 en France. Le Morbihan affiche le taux de recours le plus élevé, et les Côtes-d'Armor le plus faible (*figure 3*). En termes d'évolution, la région et ses départements présentent des niveaux stables entre 2012 et 2015 (*figure 4*).

Consultations pour problème d'usage d'alcool dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	2 152	5,5
Finistère	2 562	4,2
Ille-et-Vilaine	2 983	4,2
Morbihan	1 684	3,4
Bretagne	9 381	4,3
France	151 249	3,4

Source : OFDT, Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Evolution des consultations pour problème d'usage d'alcool pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



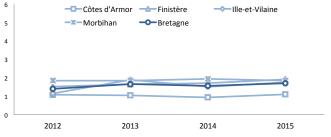
Sources : Rapports d'activité des CSAPA bretons de 2012 à 2015 - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Consultations pour problème d'usage de cannabis dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	318	0,8
Finistère	1 044	1,7
IIIe-et-Vilaine	996	1,4
Morbihan	960	1,9
Bretagne	3 318	1,5
France	75 028	1,7

Source : OFDT – Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee , Exploitation ORS Bretagne

Evolution entre 2012 et 2015 des consultations pour problème d'usage de cannabis pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



Sources : Rapports d'activités des CSAPA bretons de 2012 à 2015, ARS Bretagne, Insee Exploitation ORS Bretagne

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES USAGES D'OPIACÉS (HORS SUBSTITUTION DÉTOURNÉE) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de 2 400 personnes vues pour un problème d'usage d'opiacés

En Bretagne, 2 434 personnes ont été reçues en 2014 en consultations pour un problème d'usage d'opiacés. Près de la moitié (44,6 %) ont été vues dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine.

La région affiche des niveaux de prise en charge en lien avec les opiacés proches de la moyenne nationale : respectivement 1,1 pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans, contre 0,9 en France.

L'Ille-et-Vilaine se démarque par rapport aux autres départements, avec le taux de recours le plus élevé.

A l'inverse, les Côtes-d'Armor sont en-dessous des moyennes régionale et nationale (figure 3).

En termes d'évolution, les taux sont relativement stables entre 2012 et 2015 (figure 4).

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS SANS PRODUIT EN BRETAGNE

Près de 350 personnes vues en consultation CSAPA pour une addiction sans produit

En 2015, en Bretagne, 346 personnes ont été vues en consultations CSAPA pour une addiction sans produit : 149 par rapport à une problématique de jeu¹, 56 pour une cyberaddiction (dépendance à Internet) et 141 pour une autre addiction sans substance.

Ainsi, la part de la file active des patients pris en charge en CSAPA en Bretagne pour une addiction sans produit est relativement faible même si elle tend à augmenter sur la période : 1 % en 2012 et 2 % en 2015.

MÉTHODO

Nombre de consultations en CSAPA: ensemble des personnes ayant un problème avec le produit, vues au moins une fois (file active) au cours de l'année dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire. Le produit a été consommé au cours des 30 derniers jours et, selon l'équipe soignante, il fait partie des deux premiers produits les plus dommageables actuellement. Il motive la prise en charge. Ces chiffres concernent théoriquement l'ensemble des personnes vues dans les CSAPA, y compris les jeunes et les interventions en milieu pénitentiaire. Les données sont fournies par les rapports d'activité annuels des structures. Les données France pour l'année 2015 ne sont pas disponibles.

EN SAVOIR +

■ Les personnes accueillies dans les CSAPA – Situation en 2014 et évolution depuis 2007 – OFDT, Tendances n°110 - juin 2016.

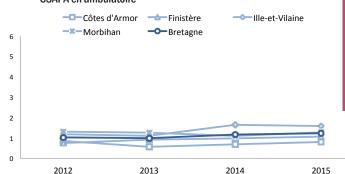
Consultations pour problème d'usage d'opiacés dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	215	0,6
Finistère	593	1,0
IIIe-et-Vilaine	1 085	1,5
Morbihan	541	1,1
Bretagne	2 434	1,1
France	40 388	0,9

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee Exploitation ORS Bretagne

4

Evolution entre 2012 et 2015 des consultations pour problème d'usage d'opiacés pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



Sources : Rapports d'activités des CSAPA bretons de 2012 à 2015, ARS Bretagne, Insee-Exploitation ORS Bretagne

¹ En premier produit le plus dommageable ou en second produit

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de 1 500 jeunes accueillis

En 2014, les CJC bretons ont reçu 1 582 jeunes consommateurs de produits, qui viennent très majoritairement seuls en consultation (61 %) plutôt qu'accompagnés, soit une part inférieure à la moyenne nationale (71 %). De plus, 136 membres de l'entourage, parents ou professionnels entourant le jeune ont été accueillis (avec ou sans le jeune) au sein des CJC.

La part des consommateurs accueillis en CJC parmi la file active des CSAPA des départements bretons varie du simple au double, de 6 % dans les Côtes-d'Armor à 14 % dans le Finistère (*figure 1*). En Bretagne, le nombre de consommateurs accueillis en CJC a aug-

En Bretagne, le nombre de consommateurs accueillis en CJC a augmenté entre 2011 (1 038 jeunes) et 2014 (1 582). Cependant, la part de ces consommateurs parmi la file active des CSAPA est stable (10 % en 2011 et 9 % en 2014).

Près des deux tiers du public pris en charge en CJC cite un problème de consommation de cannabis

Le produit consommé le plus dommageable pour les personnes reçues est le cannabis. Le public reçu à ce titre est légèrement sous-représenté dans les CJC de Bretagne (64 % contre 73 % en France). Viennent ensuite l'alcool (18 %), le tabac (7 %) et les opiacés (4 %), pour lesquels la région se distingue par une part plus élevée de consommateurs en comparaison du niveau national (respectivement 10 %, 5 % et 3 %).

La fréquentation des CJC pour un usage problématique de jeux d'argent, de cyberaddictions et d'autres addictions sans substance est moins importante dans la région (globalement 3,5 % contre 5,1 % en France). De même la cocaïne concerne deux fois moins de patients qu'au niveau national (0,7 % contre 1,2 %) (figure 2).

Des recours élevés pour consommation d'alcool dans le Morbihan

La part de consultants qui citent le cannabis comme le produit le plus problématique est majoritaire dans les quatre départements bretons. La part des consultants venus dans une CJC pour consommation d'alcool est la plus importante dans le Morbihan (figure 3).

Addictions sans produit : une problématique minoritaire chez les jeunes mais en progression

21 personnes ont été vues en CJC pour une problématique de jeux¹, 36 pour une cyberaddiction et 13 pour une autre addiction sans substance. Le recours aux CJC pour des problèmes d'addictions sans produit, s'il reste minoritaire par rapport aux autres substances, concerne néanmoins 3,8 % de la file active CJC en 2015, alors que le phénomène était quasi inexistant en 2012 (0,8 %).

REPÈRES LES « CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS » EN FRANCE EN 2015

En France en 2015, l'âge moyen en CJC est de 19,5 ans. 30 % des consommateurs reçus en CJC ont moins de 18 ans.

Les orientations par la famille progressent de 15 % en 2014 à près de 20 % en 2015. Ceci contribue à augmenter la part des mineurs et des demandes de recours au titre du jeu vidéo.

Même si elle reste très majoritaire, la proportion de consultants qui citent la consommation de cannabis comme motif de fréquentation d'une CJC a diminué en un an, passant de 81 % en 2014 à 75 % en 2015. En revanche, les recours pour consommation de tabac et d'alcool restent stables.

Les consultants accueillis pour un problème lié à l'alcool sont à la fois plus âgés qu'en 2014 et caractérisés par une plus forte fragilité socio-économique.

Entre 2014 et 2015, la part du public féminin n'a pas évolué et avoisine toujours les 19 %.

Source : Évolution du public des CJC (2014-2015) - Tendances n° 107, OFDT, 4 p. Mars 2016

¹ Voir le chapitre consacré aux addictions sans produits page 42.

REPÈRES

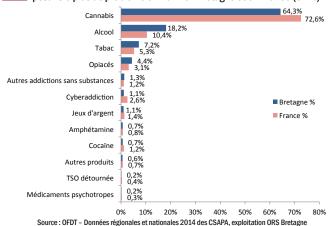
Les CSAPA peuvent gérer les Consultations Jeunes Consommateurs. Gratuites et anonymes, ces consultations sont destinées en priorité aux jeunes, mais doivent accueillir tous les publics. Les données concernent le produit posant le plus de problème.

Part des CJC dans le public CSAPA en 2014

	Nombre de consommateurs CJC	% dans la file active des CSAPA
Côtes-d'Armor	215	6 %
Finistère	631	14 %
Ille-et-Vilaine	390	7 %
Morbihan	346	10 %
Bretagne	1 582	9 %
France	29 932	10 %

Source : OFDT – Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients vus en CJC suivant le produit consommé posant le plus de problème en 2014 en Bretagne et en France (en %)



Répartition des patients vus en CJC suivant le produit consommé posant le plus de problème en 2014 dans les départements bretons (en %)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et- Vilaine	Morbihan
Cannabis	63 %	69 %	69 %	52 %
Alcool	15 %	13 %	17 %	29 %
Tabac	6 %	11 %	3 %	8%
Opiacés	7%	3 %	7 %	2 %
Autres addictions sans substance	1%	-	1%	4 %
Cyberaddiction	1%	1%	1%	2 %
Jeux d'argent	2 %	1%	1%	1%
Amphétamine	1%	0,2 %	1%	1%
Cocaïne	1%	0,5 %	1%	0,4 %
Autres produits	3 %	0,2 %	0,3 %	1%
TSO détournée	1%	0,2 %	0,0%	-
Médicaments psychotropes	-	0,2 %	0,3 %	-

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

CSAPA EN MILIEU PÉNITENTIAIRE EN BRETAGN



CONTEXTE RÉGIONAL

En Bretagne, 6 CSAPA concourent à la prévention des addictions chez les détenus (en collaboration avec l'UCSA et les unités hospitalières d'addictologie).

Plus de 1 100 personnes vues en CSAPA en milieu pénitentiaire

Selon les données de l'ARS issues des 6 CSAPA en milieu pénitentiaire, le nombre de personnes vues en consultation progresse : 611 en 2012, 702 en 2013, 753 en 2014 et 1 108 en 2015.

En 2015, pour 30 % des personnes, la consultation CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie. Sept consultants sur dix (70 %) ont entre 20 et 39 ans (figure 1), 38 % ont moins de 30 ans et 96 % sont des hommes. Le public est plus ieune et plus masculin que celui vu dans l'ensemble des CSAPA de la région.

La consultation fait suite dans un tiers des cas à une demande de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Dans 30 % des cas, les patients ou leurs proches sont à l'origine de la consultation. Dans 18 % des cas, il s'agit d'une demande du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et dans 16% des cas, d'une demande du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) (figure 2).

Plus forte proportion de détenus pris en charge pour un problème d'addiction à l'alcool dans la région

Plus des deux tiers des détenus sont pris en charge pour un problème lié à la consommation d'alcool (68,8 %), devant les opiacés (13,3 %) et le cannabis (8,6 %).

Le public breton se distingue du niveau national par une part plus importante de personnes prises en charge pour un problème avec l'alcool, à l'inverse des opiacés et du cannabis qui concernent proportionnellement moins de détenus (figure 3).

REPÈRES

EN FRANCE. LES ADDICTIONS SURREPRÉSENTÉES EN MILIEU CARCERAL EN COMPARAISON DE LA POPULA-TION GÉNÉRALE

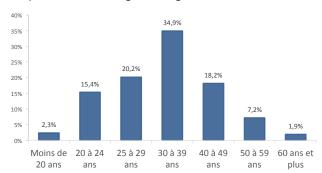
La population détenue se caractérise par une prévalence importante des conduites addictives: 38 % des détenus souffrent d'une addiction aux substances illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.), 30 % à l'alcool et 80 % fument du tabac quotidiennement.

Les tendances générales de consommation de produits psychoactifs mettent en évidence le développement des polyconsommations, la diversification des voies d'administration (augmentation de la fréquence du sniff) et le recours de plus en plus courant aux produits psychostimulants, à la

Concernant l'exposition au risque infectieux lié à l'usage de drogues, l'enquête Coquelicot 2011 de l'InVS indique que 6 usagers de drogues sur 10 ont connu la prison. Près d'1 sur 10 a eu recours à l'injection de drogue durant l'incarcération et 30 % ont partagé une seringue au moins une fois.

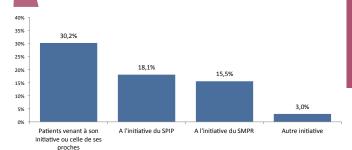
- Rapport public annuel 2014 de la Cour des comptes Tome 1 « La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables »
 - La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA - Note 2015-07, OFDT, 16 p.- Décembre 2015
- Enquête Coquelicot, site de Santé Publique France
- INSERM. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances Collection Expertise collec-
- tive, Inserm, Paris, 2012 Chapitre I, Partie 5 : « Consommation et mésusages en prison » Obradovic I., Bastianic T., Michel L., Jauffret-Roustide M. Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (Thème spécifique) dans OFDT (Dir.) Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT par le point focal national Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques, Saint-Denis, OFDT, 2011, pp. 181-223

Répartition des personnes vues en CSAPA en établissement pénitenciaire selon l'âge en Bretagne en 2015



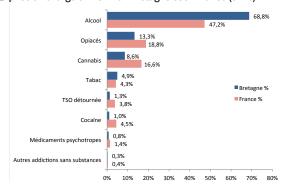
Sources : Rapports d'activités 2015 des CSAPA bretons, ARS Bretagne, Exploitation ORS Bretagne

Origine de la consultation en Bretagne en 2015



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne. Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients suivant le produit à l'origine de la prise en charge en 2014 en Bretagne et en France (en %) *



Source: OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne *Principaux produits. Les cyberaddictions, jeux d'argent et amphétamines ne concernent aucun détenu en Bretagne en 2014.



La réduction des risques (RDR) en milieu pénitentiaire est abordée dans le chapitre « La réduction des risques (RDR) » page 72.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES EN BRETAGNE

Plus de 7 500 bénéficiaires d'un TSO en Bretagne en 2012

Selon le bilan inter-régime (Régime général, MSA et RSI) de l'Assurance Maladie, 7 516 personnes ont bénéficié d'un TSO délivré en ville en Bretagne en 2012.

La buprénorphine haut dosage (BHD) a été le MSO le plus remboursé : 58 % des bénéficiaires en ont reçu, soit 4 800 personnes, tandis que 40 % ont reçu de la méthadone, soit 3 300 personnes.

Mise sur le marché en janvier 2012, le Suboxone® (médicament associant la buprénorphine à la naloxone, un antagoniste opiacé) n'a été remboursé qu'à 1,5 % de l'ensemble des personnes recevant un MSO, soit 120 personnes. Ce médicament a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Rapporté à la population, la Bretagne compte, en 2012, 232 bénéficiaires d'un TSO pour 100 000 habitants, un taux proche du taux national (227).

REPÈRES

LES DONNÉES DES REMBOURSEMENTS DES TSO DE L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE EN 2015

Selon le Tableau de bord TSO 2017 de l'OFDT, le nombre de bénéficiaires d'une délivrance de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en ville, parmi la population protégée par les trois principaux régimes d'assurance maladie, est d'environ 150 000 personnes. Ce chiffre est stable depuis 5 ans.

En y ajoutant les personnes couvertes par les autres régimes, celles ayant des délivrances en CSAPA, dans les structures hospitalières et en prison, l'estimation globale du nombre de personnes est d'environ 180 000.

La BHD hors suboxone est le traitement le plus fréquent, prescrite à près des deux tiers des patients, devant la méthadone (un tiers).

Plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont des hommes

La population bénéficiaire d'un MSO a vieilli entre 2011 et 2015 de près de 3 ans. Elle est souvent affiliée à la CMU-C (43 %) et bénéficie d'une prise en charge en ALD dans 30 % des cas. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) s'inscrivent dans la durée, 4 années après un premier remboursement 45 % des patients poursuivent leur traitement.

Les professionnels de santé prescripteurs de MSO sont majoritairement des généralistes exerçant en ville.

Concernant le mésusage des MSO, tant en CAARUD qu'en CSAPA, l'injection de BHD a nettement reculé au profit de l'administration par voie orale.

Bien que depuis 20 ans les TSO aient contribué à la réduction des décès par surdoses d'opiacés, la majorité de ces décès implique actuellement un MSO, principalement la méthadone. Ces décès sont contrebalancés par les décès évités en lien avec à l'héroïne grâce à l'utilisation des TSO.

Source: Tableau de bord TSO 2017 - OFDT

MÉTHODO

Un traitement de substitution aux opiacés (TSO) repose sur la prescription de médicaments à base de dérivés morphi-

niques en vue de compenser les effets du manque à l'arrêt de la consommation d'opiacés illicites chez les sujets dépendants des opiacés.

Le cadre de prescription s'est ainsi établi autour de deux médicaments de substitution aux opiacés (MSO) : la **méthadone** (MTD), mise sur le marché en 1995, et la **buprénorphine haut dosage** (BHD) (ou Subutex® pour son nom commercial) rendue disponible l'année suivante et pour laquelle des formes génériques existent depuis 2006.

Les sulfates de morphine sont en principe réservés au traitement de la douleur. Leur prescription à des fins de substitution est interdite depuis juin 1996, sauf « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose » (Direction générale de la Santé). La décision dans ce cas doit être soumise à l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale, et les ordonnances sécurisées doivent porter systématiquement la mention « concertation avec le médecin conseil ».

Plusieurs sources de données sont utilisées ici pour l'étude de la population recevant un TSO :

- 1) les données de remboursements des TSO des trois principaux régimes d'assurance maladie,
- 2) les données déclaratives issues des structures de soins spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogues : les rapports d'activité des Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

TSO EN CSAPA EN BRETAGNE

Près de 2 000 patients traités par méthadone pris en charge dans les CSAPA, dont quatre sur dix dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine...

D'après les données de leurs rapports d'activité 2015, les CSAPA ont pris en charge 1 758 patients sous méthadone, dont 41 % ont été pris en charge dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine, 28 % du Finistère, 25 % du Morbihan et 6 % des Côtes-d'Armor.

Les CSAPA¹ ont dispensé la méthadone à 53 % des patients pris en charge (*figure 1*).

...et près de 1 000 patients sous BHD, dont quatre sur dix vu dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine

En 2015, les CSAPA ont accueilli 960 patients sous BHD : 43 % dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine, 34 % du Morbihan, 18 % du Finistère, et 5 % des Côtes-d'Armor.

Les CSAPA ont dispensé le BHD à 20 % des patients pris en charge. Cinq CSAPA ont prescrit des sulfates de morphine à au moins un patient. Le nombre de patients concernés par centre est compris entre 2 et 7 et représente au total 17 patients. Un centre a prescrit du Suboxone (association de BHD et de naloxone) et un autre l'Oxycontin/oxynorm.

Baisse de la part des patients vus en CSAPA et bénéficiant de méthadone ...

Globalement, en Bretagne, le nombre de patients traités par méthadone et vus en CSAPA a diminué entre 2012 et 2015, malgré une forte augmentation en 2013 (figure 2).

Rapporté au nombre total de patients pris en charge, ces patients représentent 10 % de la file active en 2015, soit une part inférieure à celle en 2012 (13 %).

Les effectifs varient selon les départements : alors qu'ils sont en baisse en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor, ils sont relativement stables dans le Finistère et le Morbihan.

... et de BHD

Globalement, en Bretagne, le nombre de patients traités par BHD et vus en CSAPA a diminué en 2015, après une stabilisation sur la période 2012 à 2014 (*figure 3*).

Rapporté au nombre total de patients pris en charge, ces patients représentent 5 % de la file active en 2015, soit une part inférieure à celle en 2012 (7 %).

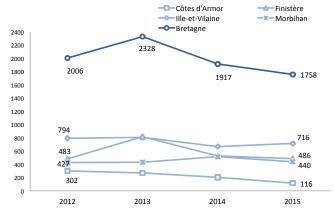
Les effectifs ont diminué dans tous les départements, particulièrement dans les Côtes-d'Armor.

Nombre de patients traités par TSO pris en charge dans les CSAPA en 2015 en Bretagne

	Méthadone	BHD
Nombre total de patients (quel que soit le prescripteur)	1 758	960
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été dispensé par le centre	931	188

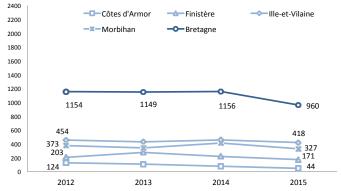
Source : Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2015 de l'ARS Bretagne

Evolution du nombre de patients traités par méthadone quel que soit le prescripteur entre 2012 et 2015, en Bretagne et dans ses départements



Source Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2012 à 2015 de l'ARS Bretagne

Evolution du nombre de patients traités par BHD quel que soit le prescripteur entre 2012 et 2015, en Bretagne et dans ses départements



Source Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2012 à 2015 de l'ARS Bretagne

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

TSO EN CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Un quart des actes de soins réalisés en CAARUD concerne l'accès à la substitution aux opiacés

En Bretagne, en 2015, 609 actes de soins pour l'accès à la substitution aux opiacés ont été réalisés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAA-RUD) pour une file active de 835 personnes.

Un plus fort recours à la substitution aux opiacés en Bretagne par rapport au niveau national

Selon l'enquête ENa-CAARUD 2012², en Bretagne, près des trois guart des usagers ont eu recours à un traitement de substitution aux opiacés. Cette proportion est plus élevée qu'en France : 58 % (figure 1). Le recours au BHD et au sulfate de morphine est plus important.

Recours au traitement de substitution aux opiacés (avec prescription et suivi médical en cours) en 2012 en Bretagne et en France

TS0	Bretagne	France
Non	27,8 %	42 %
Oui	72,2 %	58 %
BHD (Subutex, Buprénorphine générique : Arrow®/Mylan®)	43,0 %	30,4 %
Méthadone (flacon ou gélule)	17,7 %	22,6 %
Sulfate de morphine	10,1 %	4,1 %
Autre médicament	1,0 %	0,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD 2012 / OFDT. Exploitation ORS Bretagne

TSO EN MILIEU CARCÉRAL EN BRETAGNE

Plus de 120 personnes vues en CSAPA en milieu pénitentiaire avec un traitement de substitution aux opiacés

Les TSO ont été introduits en milieu carcéral en 1995, comme pour l'ensemble de la population. Les modalités d'initiation et de renouvellement des TSO en prison sont strictement identiques à celles existant en milieu libre.

Selon les données de l'ARS Bretagne issues des 6 CSAPA en milieu pénitentiaire, parmi les 1 108 détenus vus en consultation, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est de 11 % en 2015, soit 120 personnes, dont 52 % sont traités avec la BHD. Cette part est en baisse par rapport à 2012 où elle était alors de 14 %.

Pour 6 % des détenus bénéficiaires d'un traitement de substitution, celui-ci a été initié durant l'incarcération.

Par ailleurs, les CSAPA ont pris en charge 19 détenus pour lesquels les traitements de substitution détournés sont « les produits consommés au cours des 30 derniers jours posant le plus de problème » (soit 3 % de la file active).

MÉSUSAGE DES MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (MSO) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

BHD et méthadone : des mésusages persistants

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements et d'usages non conformes aux prescriptions.

De petits trafics de rue, animés par des personnes qui revendent une partie de leur BHD sont rapportés par le site TREND de Rennes. Sa large accessibilité et la possibilité de l'injecter, de le sniffer ou plus rarement de le fumer ont favorisé son mésusage.

Concernant la méthadone, la forme sirop est la plus disponible. Le site de Rennes signale des cas d'injection de ce type au sein de groupes de populations précaires. Cette pratique reste très marginale, et l'usage détourné de méthadone est rare chez les plus jeunes.

Le produit posant le plus de problème est un MSO pour 3 % des usagers pris en charge dans un CSAPA breton

Selon l'enquête nationale Oppidum de 2012, qui se déroule essentiellement en CSAPA, 10 % des personnes sous protocole de BHD l'ont injecté au cours de la dernière semaine et 10 % ont utilisé la voie nasale. Le produit posant le plus de problème est un médicament de substitution aux opiacés pour 3 % des usagers pris en charge en CSAPA. En Bretagne, en 2015, les CSAPA ont accueilli environ 360 patients pour lesquels le traitement de substitution détourné était le produit posant le plus de problème (3 % de la file active).

- Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes Tendances n°94 d'octobre 2014.
- Expertise collective Inserm Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances (2012) - « Consommation et mésusages chez les sujets sous médicaments de substitution aux opiacés ». Téléchargeable sur : http:// www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=17.
- L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France Tendances récentes 2012-2013 - OFDT - Juillet 2014 : http://www.ofdt.fr/BDD/ publications/docs/eisxatu7.pdf

REPÈRES

LE RECOURS AUX TSO EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE

D'après l'enquête Prévacar de l'InVS, le recours aux TSO en milieu carcéral est estimé à environ 9 % en 2010. Un tiers de ces traitements a été initié en prison. La Buprénorphine (Subutex®) est largement prescrite (68.5 % : méthadone : 31,5 %). La prévalence des TSO est plus élevée chez les femmes (16,5 %) que chez les hommes détenus (7,7 %).

La prison apparaît en outre comme un lieu où le détournement de TSO et de médicaments psychotropes est très fréquent. Ces mésusages sont en partie dus aux modalités de distribution des médicaments, qui se fait toutes les semaines ou tous les trois jours, en fonction des établissements. La prise des médicaments n'est pas contrôlée pour une majorité de détenus.

Sources: Enquêtes Prévacar, site de Santé Publique France

Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS)

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES EN BRETAGNE

MÉTHODO À partir des données de remboursements de l'Assurance Maladie, il est possible d'estimer le montant remboursé de

traitements nicotiniques de substitution (TNS) et le nombre de patients bénéficiaires.

L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhaleur...) à hauteur de 150 euros par année civile et par bénéficiaire, depuis le 1er novembre 2016. Jusque-là, un tel forfait existait déjà mais n'était fixé qu'à 50 euros.

En Bretagne, trois fois plus de bénéficiaires de traitements pour l'arrêt du tabac à l'issue de la première édition de novembre 2016 du « Moi(s) sans tabac »

Le nombre de bénéficiaires utilisant les traitements nicotiniques de substitution (TNS) a connu une très forte augmentation entre décembre 2015 et décembre 2016 (opération « Moi(s) sans tabac ») passant de 1 073 « patients traités » en décembre 2015 à 3 365 en décembre 2016 (figure 1). Il s'agit de la plus forte hausse enregistrée depuis janvier 2015.

L'évolution est moins importante en Ille-et-Vilaine que dans les autres départements.

De fait, le montant remboursé de traitements nicotiniques de substitution (TNS) a fortement augmenté. Ce phénomène se retrouve dans les quatre départements malgré une évolution moins importante en Ille-et-Vilaine

L'augmentation de la prise en charge forfaitaire de ces TNS par l'assurance maladie a eu une influence non négligeable sur le montant remboursé de TNS.



La hausse des ventes en pharmacie de traitements pour l'arrêt du tabac constatée en 2015 se poursuit nettement en 2016 (+ 16,5 % entre ces deux années). Il s'agit pour la deuxième année consécutive de la plus forte hausse enregistrée depuis 2007 (+ 36 %), année de mise sur le marché du Champix® (varénicline). Cette évolution est à mettre en rapport avec la commercialisation fin juillet 2016 de cinq nouvelles références (gommes Nicotine EG®) mais aussi avec l'opération « Moi(s) sans tabac » en novembre.

Le nombre estimé de patients ayant pris un traitement d'aide à l'arrêt du tabac est en hausse en 2016. Il repasse au-dessus de la barre symbolique des deux millions, constituant le 2e niveau le plus élevé depuis cinq ans.

Source : Tabagisme et arrêt du tabac en 2016 - Aurélie Lermenier-Jeannet, OFDT - Février 2017





Santé publique France, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'Assurance, l'INCA et nombreux autres partenaires ont mis en place, pour la première fois en 2016, ce dispositif en France. Piloté en Bretagne par l'Agence régionale de santé (ARS), il débute en octobre et incite les fumeurs à arrêter ensemble pendant 30 jours en novembre.

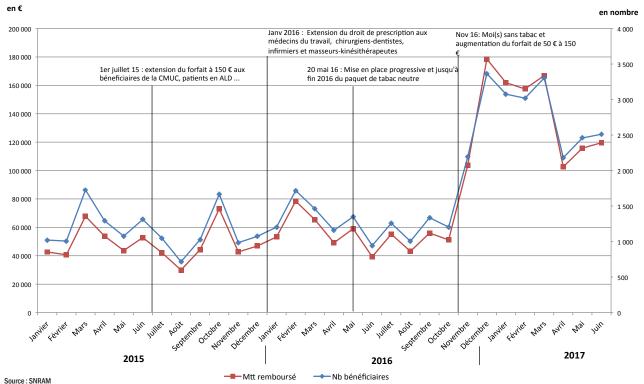
En Bretagne, en 2016, 11 917 fumeurs ont relevé le défi du Moi(s) sans tabac soit une participation de la population globale $(0,37\,\%)$ plus importante qu'en France $(0,27\,\%)$.

En France, 180 000 personnes ont participé à l'opération.

Selon Santé publique France, la mesure de l'efficacité de l'opération 2016 se fait via le Baromètre santé 2017 dont les résultats seront disponibles en mai 2018.

1

Montant remboursé de TNS et nombre de bénéficiaires en Bretagne (tous régimes, données mensuelles)



NB : en date de remboursement et en inter-régime

Dispositifs de vapotage

« Facteurs pronostics du sevrage tabagique avec la cigarette électronique : étude de cohorte en soins primaires et addictologiques » - Thèse du Docteur Arnaud Balzac - Juin 2016.

En 2016, la prise en charge du sevrage tabagique repose principalement sur la stratégie de substitution nicotinique et l'accompagnement psychologique.

Depuis 2012, la cigarette électronique, dispositif permettant une délivrance de nicotine sous forme de vapeur, s'est largement diffusée dans la population. La cigarette électronique est devenue une aide potentielle au sevrage et à la diminution de la consommation tabagique, avec des réserves sur une éventuelle toxicité. Les facteurs associés à la réussite du sevrage du tabac ont été bien étudiés, mais pas encore ceux associés à l'arrêt du tabac grâce à la cigarette électronique.

Dans ce contexte l'objectif de l'étude était de chercher de telles caractéristiques associées à la réussite du sevrage tabagique chez les vapoteurs.

Une étude descriptive de cohorte menée de juin 2015 à avril 2016 a été réalisée dans 3 départements bretons. La population étudiée était composée de 310 volontaires, utilisant la cigarette électronique au moment de remplir le questionnaire et ayant acheté la cigarette électronique dans un objectif de sevrage et/ou de diminution du tabac. La cohorte était constituée à partir d'un questionnaire disponible chez des médecins généralistes, en CSAPA et en tabacologie, avec un suivi à 3 et 6 mois. Le critère de jugement utilisé était l'abstinence tabagique déclarée pendant 4 semaines consécutives.

Des éléments pronostiques défavorables en termes de sevrage ont été mis en évidence chez les sujets issus de lieux de soins addictologiques : comorbidités addictives, consommation de médicaments psychotropes.

Les facteurs associés au sevrage étaient un recrutement en médecine générale, un vapotage quotidien, l'achat de la cigarette électronique pour un arrêt du tabac, un âge > 40 ans, un/des enfant(s) à charge, un entourage non-fumeur, une absence de consommation de cannabis. L'arrêt du tabac grâce à la cigarette électronique s'effectuait après une délivrance quotidienne et importante de nicotine, parfois après plusieurs mois d'utilisation (jusqu'à 2 ans). L'usage de substituts nicotiniques en parallèle était présent chez la totalité des sujets de tabacologie ayant réussi un sevrage. La confiance en soi et la motivation à l'arrêt étaient également des critères favorables.

Au regard des résultats de cette étude, plusieurs facteurs semblent associés à la réussite du sevrage tabagique grâce à la cigarette électronique, dont certains déjà identifiés pour l'arrêt du tabac avant l'émergence de la cigarette électronique. Des paramètres propres à la cigarette électronique sont remarquables : une utilisation intensive, à un dosage suffisant, et de façon prolongée. Un recours à des substituts nicotiniques supplémentaires est un aspect à étudier chez les fumeurs très dépendants, ainsi qu'une utilisation de la cigarette électronique en réduction des risques dans des lieux de soins addictologiques. La connaissance de ces données pourrait permettre une meilleure prise en charge.

Source : Balzac Amaud - (2016-06-21) / Université de Rennes 1 - Facteurs pronostics du sevrage tabagique avec la cigarette électronique : étude de cohorte en soins primaires et addictologiques. Thèse en téléchargement sur le site de l'Université de Rennes 1 : https://dsi.univ-rennes1.fr/actu/546



AVIS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE RELATIF AUX BÉNÉFICES-RISQUES DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ÉTENDUS EN POPULATION GÉNÉRALE

Selon Santé publique France*, le HCSP souligne que la cigarette électronique :

- peut être considérée comme un outil d'aide au sevrage tabagique pour les populations fumeuses désireuses d'arrêter leur consommation de tabac,
- constitue un outil de réduction des risques du tabagisme. Toutefois pour les usagers concomitants de tabac et de cigarette électronique, le débat reste ouvert,
- pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme,
- que ce risque serait contrebalancé par le fait que la cigarette électronique pourrait retarder l'entrée dans le tabagisme,
- induit un risque de renormalisation de la consommation de tabac compte tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Avis en date du 22/02/2016 disponible sur http://www.hcsp.fr/Rubrique Avis et rapports

* site de Santé publique France (http://invs.santepubliquefrance.fr//), dossier thématique « Tabac » / « Cigarette électronique » / rubrique « Questions/ Réponses sur la cigarette électronique »

Dispositifs de vapotage

MÉTHODO

Les caractéristiques et évolution récente de l'usage de la cigarette électronique peuvent être abordées par les Baromètres Cancer 2014 et 2015 de l'Inpes pour les données nationales, ainsi que par les données du Baromètre santé 2014 pour les données régionales.

71 % des utilisateurs de cigarette électronique sont des fumeurs de tabac

En 2014 comme en 2015, l'expérimentation de l'e-cigarette est beaucoup plus fréquente parmi les fumeurs de tabac (52,3 %) que parmi les non-fumeurs (8 %).

Les vapoteurs actuels sont par ailleurs 71 % à fumer également du tabac, cette proportion se révélant en baisse significative par rapport à 2014 (83 %), la proportion d'ex-fumeurs au sein des vapoteurs ayant augmenté, passant de 15 % à 26 %. La part de personnes n'ayant jamais fumé est stable parmi les vapoteurs (3 %) (figure 1).

La Bretagne, la région où l'on vapote le plus

D'après les résultats du Baromètre santé 2014, concernant l'usage actuel de cigarette électronique, la Bretagne, avec 8 % d'utilisateurs, se situe au premier rang des régions. Cependant, cette prévalence ne se distingue pas significativement de la moyenne métropolitaine (5,9 %) (figure 2).

Les jeunes vapotent-ils?

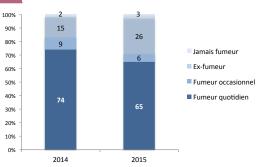
L'enquête ESPAD, qui a mesuré pour la première fois en 2015 le niveau d'usage de la cigarette électronique, révèle qu'en Bretagne comme en France, 4 lycéens sur 10 déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique et qu'un élève sur dix en a utilisé une au cours du mois.

En Bretagne, aucune différence selon le sexe ou le niveau n'est observé concernant l'expérimentation. Cependant, cet usage est plus fréquent chez les lycéens bretons en filière professionnelle qu'en filière générale et technologique (44 % contre 37 %). De plus, l'utilisation d'une cigarette électronique au cours du mois est un peu plus fréquente chez les garçons (14 % contre 10 % pour les filles), sans différence selon la filière ou le niveau.

EN SAVOIR +

- Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique à 17 ans en France, 2014. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(17-18):289-96.
- Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage BEH n° 30-31 6 octobre 2016.
- Lermenier A., Palle C. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique. Saint-Denis : OFDT, 2014 : 15 p.
- L'usage de la cigarette électronique en France en 2014 Inpes Évolutions n°33 Juin 2015.
- Enquête ESPAD 2015 en Bretagne Étude sur la santé et les consommations des lycéens en Bretagne Novembre 2016.

Statut tabagique des vapoteurs actuels en France en 2014 et 2015



Source : Baromètre Cancer 2015 et Baromètre santé 2014

Notons que, même si la méthodologie du Baromètre cancer 2015 est très proche de celle du Baromètre santé 2014, il existe des différences, lesquelles invitent à une certaine prudence dans les comparaisons des résultats de ces deux exercices.

Prévalence de l'usage actuel de cigarette électronique par région parmi les 15-75 ans (en %) en France en 2014



*Différence significative au seuil de 5 % pour la comparaison des taux standardisés sur la structure croisée par âge et par sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Source : Baromètre santé 2014 et Baromètre santé DOM 2014, Inpes

NB: l'échantillon breton incluant 915 individus, l'Inpes ne peut pas fournir d'estimations statistiques par sexe ou classe d'âge (effectifs trop faibles). L'usage de cigarette électronique (ou e-cigarette) au moment de l'enquête (quotidien ou occasionnel) correspond au fait d'avoir répondu positivement à la question « Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement? ».