

Conséquences sanitaires et réduction des risques

France - 2016

Rapport national 2016 (données 2015) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Aurélie Lermenier-Jeannet et Anne de l'Eprevier

Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques* : Olivier Le Nézet, Agnès Cadet-Tairou, Magali Martinez, Eric Janssen
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi, Caroline Protais
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Maitena Milhet
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais
- 5.2 *Recherche*: Isabelle Michot, Maitena Milhet

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Aurélie Lermenier-Jeannet, Marie-Line Tovar, (OFDT)

Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

Relecture (version anglaise)

Anne de l'Eprevier, François Beck

Documentation : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

The EMCDDA is investigating how the submission of the workbooks could be made easier through the use of technology. In the first instance, a pilot using templates in Word with defined fields to distinguish the answers to questions is being tried. The outcome of the pilot will be to evaluate the usefulness of this tool and establish the parameters of any future IT project.

Templates have been constructed for the workbooks being completed this year. The templates for the pre-filled workbooks were piloted in the EMCDDA.

1. The principle is that a template is produced for each workbook, and one version of this is provided to each country, in some instances pre-filled.
2. Answers to the questions should be entered into the "fields" in the template. The fields have been named with the question number (e.g. T.2.1). It will be possible to extract the contents of the fields using the field names.
3. Fields are usually displayed within a border, and indicated by "Click here to enter text" Fields have been set up so that they cannot be deleted (their contents can be deleted). They grow in size automatically.
4. The completed template/workbook represents the working document between the NFP and the EMCDDA. Comments can be used to enhance the dialogue between the EMCDDA and the NFP. Track changes are implemented to develop a commonly understood text and to avoid duplication of work.

Table of Contents

T0. Summary	4
T1. National profile	6
T1.1 Drug-related deaths	6
T1.2 Drug related acute emergencies	8
T1.3 Drug related infectious diseases	8
T1.4 Other drug-related health harms	11
T1.5 Harm reduction interventions	11
T1.6 Targeted interventions for other drug-related health harms	18
T1.7 Quality assurance of harm reduction services	19
T2. Trends	20
T3. New developments	23
T4. Additional information	26
T5. Notes and queries	26
T6. Sources and methodology	27

T0. Summary

- Profil national

Le nombre de décès par surdose en 2013 est de 237 chez les 15-49 ans (349 au total) selon le registre général de mortalité (dont le délai de disponibilité des données est de 2 ans). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans plus de la moitié des cas en 2014 et l'héroïne dans un quart des cas. L'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 955 (soit 84 %) dont le statut vital a été retrouvé en décembre 2015. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,6 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (18,5).

En 2014, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente seulement 1,1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Par ailleurs, la prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois au cours de leur vie est égale à 13,3 % en 2011, la prévalence biologique du VHC dans cette population est de 63,8 %. La séroprévalence de l'AgHBs qui signe une infection chronique par le virus de l'hépatite B est de 2,1 % parmi les hommes usagers de drogues enquêtés à Paris durant la période 2011-2013.

La politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) s'adresse à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances les exposent à des risques majeurs. Elle s'appuie notamment sur la distribution de matériel stérile à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de sniff, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. La prévention des pathologies infectieuses repose aussi sur l'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C ainsi que la vaccination contre le VHB. Une autre finalité majeure de la politique de RDRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés.

- Tendances

Le nombre de décès par surdose dans le registre général de mortalité a augmenté en 2013, après deux années consécutives de baisse, précédées d'une période de hausse de 2003 à 2010. Cependant, les fluctuations observées depuis 2011 sont à interpréter avec prudence en raison de changements méthodologiques. Entre 2010 à 2014, les médicaments de substitution aux opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès par surdose, devant l'héroïne.

La prévalence du VHC se maintient à un niveau très élevé parmi les usagers de drogues par voie injectable tout en étant orientée à la baisse, tandis que la prévalence du VIH parmi cette population est stable, à un niveau bien plus faible, entre 2004 et 2011.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues est stable de 2008 à 2014 après une baisse régulière de 2003 (date de début du suivi de cet indicateur) à 2008. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues est en baisse régulière depuis 2003.

- Nouveaux développements

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) est inscrite dans la loi de modernisation du système de santé. Plusieurs villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR. Deux SCMR, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg, doivent s'ouvrir à l'automne 2016, le temps que les travaux d'aménagement de ces salles soient effectués. Un arrêté précise le cahier des charges de ces SCMR, il définit dans le détail leurs modalités de fonctionnement (structures et publics concernés, emplacement, personnels...). Deux arrêtés nomment les structures porteuses des expérimentations de SCMR, à Paris et Strasbourg.

Des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHB et le VHC ainsi que sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VHC, publiées début 2014, incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens. Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 juin 2015, 18 600 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les antiviraux d'action directe. Depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose). Depuis août 2016, les CAARUD et les CSAPA peuvent réaliser des TROD du VHC et du VIH. Par ailleurs, la Haute autorité de santé recommande l'utilisation de ceux du VHB comme outil de dépistage complémentaire au dépistage biologique classique, notamment pour les personnes qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA.

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses opiacées) en France, une spécialité de naloxone par voie nasale a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte en novembre 2015. Elle est disponible depuis juillet 2016. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés.

Par ailleurs, l'acceptabilité de nouveaux kits d'injection a fait l'objet d'une évaluation auprès d'usagers de drogues en 2015, pour faire évoluer le contenu des kits actuellement disponibles. Elle montre que l'appropriation du filtre toupie (filtre à membrane 0,22µ introduit dans les trousses expérimentales) est au cœur de l'acceptabilité de ces nouveaux outils. L'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) ayant donné des résultats positifs durant son expérimentation, deux associations proposent des formations pour diffuser ses principes dans les CAARUD.

Enfin, la première audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) liés aux conduites addictives s'est tenue les 7 et 8 avril 2016 à Paris. À l'issue de cette audition, la commission d'audition a formulé 15 recommandations pour améliorer la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre de la RDRD liés aux consommations de substances psychoactives.

T1. National profile

T1.1 Drug-related deaths

The purpose of this section is to:

- Provide a commentary on the numbers of drug-induced deaths, i.e. monitoring of fatal overdoses
- Provide a commentary, if information is available, on mortality among drug users, i.e. findings from cohort studies
- Provide contextual information to the numerical data submitted through ST5/ST6 and ST18

T1.1.1 Please comment on the numbers of overdose deaths provided to the EMCDDA in ST5/ST6. Please comment on the numbers of cases and break down by age, gender and intentionality.

Décès par surdose

En 2013, 349 décès par surdose ont été dénombrés dans le registre national des causes de décès (Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM-CépiDc). La plupart de ces décès (74 %) surviennent chez des hommes. Le nombre des décès par surdose est très probablement sous-estimé, certains d'entre eux pouvant être classés en « cause inconnue ». À l'inverse, des décès par surdose de morphine survenant notamment parmi les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs, accidentel ou par suicide, peuvent apparaître par erreur de codage comme des décès d'usagers de drogues. Pour s'affranchir de ce biais, on peut se focaliser sur les décès par surdose parmi les 15-49 ans, au nombre de 237 en 2013.

Les fluctuations observées ces dernières années sont probablement liées à la tentative d'exclure les cas de « faux positifs » (décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou de cancer) selon une procédure non encore totalement systématisée. À partir des décès de 2014, les codes T, jusqu'alors peu utilisés en France alors qu'ils donnent des indications sur la substance en cause dans l'intoxication, seront introduits. Actuellement, les causes du décès sont souvent non renseignées dans le certificat de décès en cas d'investigations médico-légales. Fin 2016, ce certificat évoluera et comprendra un volet médical complémentaire destiné à être rempli par voie électronique par les médecins légistes en cas d'autopsie médico-légale. En conséquence, à l'avenir, la sous-estimation des décès par surdose pourrait diminuer.

T1.1.2 If information is available, please comment on the substances involved in the overdose cases. If detailed toxicology is reported to the EMCDDA, please comment and elaborate on these findings. If detailed toxicology is not reported, please explain why and comment on available information.

Toxicologie des décès par surdose

Le dispositif DRAMES, qui n'a pas vocation à être exhaustif, renseigne sur les substances impliquées (seules ou en association) dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (ANSM 2016). En 2014, la méthadone est impliquée dans 44 % des décès (contre 39 % en 2013), la buprénorphine haut dosage (BHD) dans 12 % des cas. Au total, la part des médicaments de substitution aux opiacés (MSO), en cause dans 55 % des décès par surdose, est stable. L'héroïne est impliquée dans 26 % des surdoses mortelles et la cocaïne dans 14 %. Le pourcentage des décès révélant l'implication du cannabis est de 8 %, tandis qu'il atteint 4 % pour les amphétamines et la MDMA/ecstasy. Dans 30 % des décès, plusieurs substances étaient impliquées.

Six décès ont été directement provoqués par des nouvelles substances psychoactives (au sens de l'EMCDDA, qui inclut des plantes et extraits ainsi que certains médicaments) - NSP - classées comme substances illicites ; ils impliquent la 4-MEC, le 5-APB, la butylone, l'éthylphénidate, l'ibogaïne, le GHB, la méphédronne, la PMA et la PMMA. Huit décès impliquent d'autres NSP, non classées comme substances illicites, certaines d'entre elles

étant des médicaments (la prégabaline, la quétiapine, le tramadol, la venlafaxine, le zopiclone).

En 2014, les décès par surdose recensés dans DRAMES sont survenus dans 83 % des cas chez des hommes. L'âge moyen au moment du décès est de 36,7 ans, les femmes concernées étant plus jeunes que les hommes (en moyenne 33,2 ans versus 37,4 ans).

T1.1.3 Optional. Please comment on the overall and cause specific mortality rates observed through cohort studies among drug users. If detailed results from the cohorts are available and reported in ST18, please comment considering age and gender breakdown where appropriate. If detailed findings are available and not reported in ST18 (e.g. reference to published paper without direct access to the raw data) please comment on the available information.

Enquêtes de cohorte de mortalité

Entre septembre 2009 et décembre 2011, l'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus pris en charge dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) essentiellement et quelques centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). En décembre 2015, le statut vital a été retrouvé pour 955 d'entre eux (soit 84 % des sujets inclus). Il s'agit à 77 % d'hommes et l'âge moyen au moment de l'inclusion est de 35,3 ans. Dans cette cohorte, 73 décès ont été recensés (53 hommes et 20 femmes). L'âge moyen de décès est de 43,6 ans. Les causes sont actuellement disponibles pour les 44 décès survenus entre 2010 et 2013. Elles se répartissent de la manière suivante : 48 % de causes mal définies (15 causes inconnues, 3 morts subites, 3 arrêts cardio-respiratoires), 27 % de causes liées à des maladies (4 cancers broncho-pulmonaires, 2 cancers ORL, 1 cancer hépatique, 2 hémorragies digestives, 1 hépatite C, 1 cas d'asthme, 1 syndrome d'apnée du sommeil), 25 % de causes externes (7 cas d'intoxications ou auto-intoxications médicamenteuses dont 3 impliquant la méthadone - pour les autres cas, les certificats de décès ne comportent pas de précisions sur les substances en cause -, 1 cas de coma éthylique, 2 accidents de la voie publique et 1 homicide).

Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité (RSM) est similaire à celui observé dans la cohorte mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack entre 1992 et 2001 (RSM de 5,2 - IC 95 % : [4,9-5,5]). Pour les femmes, le RSM est nettement plus élevé (mais avec un intervalle de confiance très large) que celui observé dans la cohorte des années 1990 (RSM de 9,5 - IC 95 % : [8,0-11,3]) (tableau ci-dessous) (Lopez *et al.* 2004).

Le RSM nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (toujours observé dans les cohortes de mortalité parmi les usagers de drogues) s'explique par la mortalité plus faible des femmes de 20 à 45 ans en population générale par rapport aux hommes, ce qui n'est pas le cas parmi les usagers de drogues.

Tableau : Taux brut de mortalité annuel et RSM dans l'enquête de cohorte mortalité 2009-2015, selon le sexe

	N	Nombre de personnes années	Taux brut de mortalité annuel pour 1 000 personnes années	RSM	IC à 95 %
Femmes	220	1 161	17,2	18,5*	11,3-28,6
Hommes	735	3 959	13,4	5,6*	4,2-7,4
Total	955	5 120	14,3	7,0*	5,5-8,8

Source : Cohorte mortalité (OFDT)

Note : Année de référence pour les taux bruts de mortalité de la population générale française métropolitaine (15 à 85 ans uniquement) : 2010.

Lecture : les femmes prises en charge en CSAPA ou en CAARUD ont un risque 18,5 fois plus élevé de décéder que les femmes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif (* : $p < 0,001$).

*T1.1.4 **Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand drug related deaths within your country.
(Suggested title: Additional information on drug-related deaths)*

T1.2 Drug related acute emergencies

The purpose of this section is to:

- Provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies

T1.2.1 Is information on drug-related acute emergencies available in your country?
If yes, please provide the definition of drug-related acute emergencies used and, if available, an overview of the monitoring system in place.

Urgences aiguës liées aux drogues

La France ne dispose pas d'information sur les urgences aiguës liées aux drogues.

T1.2.2 If information is available, please provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies by main illicit substances, e.g. cannabis, heroin/ other opioids, cocaine, amphetamine type stimulants, new psychoactive substances.
Where appropriate please provide links to the original reports and studies.

Toxicologie des urgences aiguës liées aux drogues

La France ne dispose pas d'information sur les urgences aiguës liées aux drogues.

*T1.2.3 **Optional.** Please provide a commentary on any additional information you feel is important to understand drug-related acute emergencies data within your country.
(Suggested title: Additional information on drug-related acute emergencies)*

T1.3 Drug related infectious diseases

The purpose of this section is to:

- Provide a commentary on the prevalence, notifications and outbreaks of the main drug-related infectious diseases among drug users, i.e. HIV, HBV and HCV infections in your country
- Provide contextual information to the numerical data submitted through ST9 including prevalence and behavioural data (e.g. sharing syringes)
- Provide a commentary, if information is available, on the prevalence/outbreaks of other drug related infectious diseases, e.g. STIs, TB, anthrax, hepatitis A

T1.3.1 Please comment on the prevalence among drug users and on notifications of the main drug related infectious diseases (HIV, HBV, HCV) provided to the EMCDDA.

Principales maladies infectieuses chez les usagers de drogues – VIH, VHB, VHC

Données reposant sur des prélèvements biologiques

En 2011, la prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant sniffé et/ou injecté au moins une fois dans leur vie est de 9,8 % ; elle atteint 43,7 % pour le VHC. En restreignant aux seuls injecteurs au moins une fois dans leur vie, elle s'élève à 13,3 % pour le VIH et 63,8 % pour le VHC, selon l'enquête Coquelicot (DREES 2015; Jauffret-Roustide *et al.* 2013b).

Parmi les 647 hommes usagers de drogues (injecteurs et/ou sniffeurs au moins une fois au cours de leur vie) enquêtés à Paris entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot, 15 sont porteurs de l'AgHBs, signe d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, ce qui correspond à une séroprévalence de 2,1 % (Sauvage *et al.* 2015).

Données déclaratives

L'enquête ENa-CAARUD, menée pour la quatrième fois en 2012, a permis d'interroger 2 905 usagers vus au cours d'une semaine donnée dans 139 CAARUD. En 2012, la majorité des usagers de drogues déclare avoir effectué un des tests de dépistage au moins une fois (91,1 % pour celui du VIH et 86,7 % pour le VHC).

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 6,2 % se déclarent séropositifs au VIH et 33,3 % séropositifs au VHC en 2012 (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

Ces données déclaratives sont susceptibles de sous-estimer ces prévalences, notamment celle du VHC.

T1.3.2 Optional Please comment on notification data (e.g. notification of new HIV and AIDS cases among drug users)

Short descriptions of outbreaks/clusters, specific surveys or other relevant data can be reported here.

Notifications des cas d'infections liés à l'usage de drogues

En 2014, 74 usagers de drogues par voie injectable (UDVI) ont découvert leur séropositivité au VIH, soit 1,1 % de l'ensemble des découvertes. En 2013, il s'agissait d'hommes dans 77 % des cas, 4 % avaient moins de 25 ans et 21 % 50 ans ou plus. La moitié d'entre eux (53 %) étaient nés à l'étranger, notamment en Europe de l'Est et en Europe centrale. La part des co-infections par le VHC est de 79 % (Cazein *et al.* 2015).

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI est estimé à 63 en 2014, soit 5,2 % de l'ensemble des cas. Enfin, 70 décès de personnes atteintes de sida sont survenus parmi les UDVI, soit 34,0 % de l'ensemble des décès au stade sida.

Il n'existe pas en France de système de notification obligatoire des découvertes d'hépatite C chronique.

Pour l'hépatite B aiguë (dont la déclaration obligatoire a débuté en 2003), seul un quart des cas a été déclaré en 2013. Le nombre de cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués est estimé à 291 en tenant compte de la sous-déclaration, soit une incidence estimée à 0,44 (IC 95% : [0,39-0,50] pour 100 000 habitants en 2013. Parmi les cas déclarés, 5 % des personnes rapportaient un usage de drogues au cours des 6 mois précédant le diagnostic (Brouard *et al.* 2016).

T1.3.3 Optional. Please comment on any information on prevalence of HIV, HBV, HCV among drug users from other sources. Where appropriate please provide links to the original studies.

(Suggested title: Prevalence data of drug-related infectious diseases outside the routine monitoring)

T1.3.4 Optional Please comment on available behavioural data (e.g. sharing, slamming...) Where appropriate please provide links to the original studies.

Maladies infectieuses liées aux drogues – données comportementales

Si la plupart des usagers de drogues ont intégré la notion de non-partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2012, 8,3 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, mais un sur cinq (21,6 %) a partagé au moins un élément du petit matériel (tableau ci-dessous). Par ailleurs, 7,6 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38,4 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue » (étant donné qu'il n'existe pas de programme d'échange de seringues en prison, d'autres objets, comme les stylos, peuvent être utilisés pour l'injection) durant leur incarcération (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Tableau: Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2012

	Hommes N = 1 061	Femmes N = 248	Ensemble N = 1 309
Seringues	7,5 %	11,6 %	8,3 %
Eau de préparation	13,9 %	22,0 %	15,4 %
Eau de rinçage	6,3 %	11,3 %	7,2 %
Cuillères, récipients	13,4 %	22,1 %	15,0 %
Cotons/Filtre	10,3 %	18,9 %	11,9 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	19,7 %	29,8 %	21,6 %
Au moins un matériel (y compris seringue)	20,7 %	30,8 %	22,6 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

L'enquête Coquelicot 2011 montre que les jeunes usagers de drogues ont des pratiques d'injection plus fréquentes que les plus âgés, sans toujours bien connaître les techniques de réduction des risques et des dommages (RDRD). Parmi les moins de 30 ans, 53 % ont injecté dans le dernier mois contre 33 % chez ceux âgés de plus de 30 ans (Jaufret-Roustide *et al.* 2013b).

T.1.3.5 Optional. Please provide, if information is available, a comment on the prevalence of other infectious diseases e.g. STIs, TB among drug users. Where appropriate please provide links to the original studies.

(Suggested title: Other drug-related infectious diseases)

T1.3.6 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand patterns and trends in drug related infectious diseases within your country.

(Suggested title: Additional information on drug-related infectious diseases)

En 2011, en France métropolitaine, le nombre total de personnes âgées de 18 à 80 ans ayant été ou étant infectées par le VHC (anticorps anti-VHC) est estimé à 344 500, soit une prévalence de 0,75 %. Le nombre total de personnes ayant une infection chronique (ARN VHC) est estimé à 192 700, soit une prévalence de 0,42 %. Par rapport à l'enquête de séroprévalence en population générale réalisée en 2004, cette estimation de 2011 reposant sur un modèle épidémiologique prenant en compte les principaux groupes exposés au VHC montre une possible diminution du nombre de personnes infectées chroniques par le VHC. Elle constitue aussi un point de référence avant l'arrivée des nouveaux traitements contre l'hépatite C (Pioche *et al.* 2016).

Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 juin 2015, 18 600 patients ont initié un traitement par les antiviraux d'action directe (AAD). Deux tiers d'entre eux étaient des hommes et l'âge à l'instauration était de 58 ans en moyenne. Sur cette période, plus d'1,5 milliard d'euros a été remboursé par l'Assurance maladie pour les AAD (Dessauce *et al.* 2016).

Les indications des AAD prises en charge par l'Assurance maladie sont basées sur la sévérité de l'hépatite chronique, évaluées par le degré de fibrose (score de fibrose ≥ 2) et/ou l'existence d'une co-infection avec le virus de VIH (Ministère des finances et des comptes publics and Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femmes 2015).

T1.4 Other drug-related health harms

The purpose of this section is to provide information on any other relevant drug related health harms.

T.1.4.1 Optional. Please provide additional information on other drug-related health harms including co-morbidity.

En 2012, 34,8 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Surdoses non mortelles

Les seules données disponibles actuellement de manière régulière sont les données de l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers fréquentant les CAARUD. En 2012, 6,5 % d'entre eux déclarent avoir connu une surdose non mortelle (perte de connaissance après l'absorption d'un ou plusieurs produits) au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'alcool est le produit le plus souvent mis en cause (19,7 % des cas), devant les benzodiazépines (15,0 %), la cocaïne (13,9 %) et l'héroïne (13,3 %).

Comorbidités psychiatriques

En 2012, 7,0 % des usagers déclarent une hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychiatriques hors sevrage. Ainsi, près d'une hospitalisation sur cinq survenue au cours des 12 derniers mois est liée à ce motif, celles pour sevrage représentant à peu près la même part (sur 34,8 %, soit 854 usagers, qui déclarent avoir été hospitalisés dans l'année) (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

T1.5 Harm reduction interventions

The purpose of this section is to:

- Provide an overview of how harm reduction is addressed in your national drug strategy or other relevant drug policy document
- Describe the organisation and structure of harm reduction services in your country
- Comment on the harm reduction provision (activities/programmes currently implemented)
- Provide contextual information useful to understand the data submitted through SQ23/ST10.

T1.5.1 Please summarise the main harm reduction-related objectives of you national drug strategy or other key drug policy document (cross-reference with the Policy workbook)

Politique des drogues et principaux objectifs de la réduction des risques et des dommages

La politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) en direction des usagers de drogues relève de l'État (article L.3411-7 du Code de la santé publique - CSP - modifié

par l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016 [[Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)] et vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. Elle s'applique également aux personnes détenues (article L.3411-8 du CSP). La loi du 9 août 2004 [[Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique](#)], créant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques et des dommages (article L.3411-9 du CSP).

Depuis mai 1987, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies, les officines à usage interne des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet. Depuis mars 1995, elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre de la Santé (article D.3121-27 du CSP). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (article D.3121-28 du CSP). Cependant, ni les pharmaciens ni les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis 1987.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogues a été élaboré (article D.3121-33 du CSP) et approuvé par le décret du 14 avril 2005 [[Décret n°2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique](#)]. Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités, doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) prévoit d'ouvrir de nouvelles perspectives dans le domaine de la RDRD :

- en favorisant l'acceptabilité des actions de RDRD
- en étendant le champ de la RDRD à l'ensemble des produits faisant l'objet d'un usage problématique
- en développant des approches populationnelles (en direction des usagers les plus précaires, des jeunes, des femmes enceintes – voir workbook « Stratégie nationale »)
- en renforçant l'accessibilité et la sécurisation de l'offre de RDRD
- en procédant à l'expérimentation d'actions innovantes telles qu'une salle de consommation à moindre risque (SCMR – voir T3.3).

Concernant les hépatites, le dernier plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 (DGS 2009) a été évalué par le Haut conseil de la santé publique en 2013 (HCSP 2013). Ce dernier n'a pas recommandé la programmation d'un nouveau plan national, faute d'une structuration claire de la stratégie et d'une articulation cohérente des mesures mais aussi de moyens financiers clairement identifiés et attribuables au plan. En revanche, il recommande l'inscription de la thématique hépatique comme prioritaire dans la stratégie nationale de santé.

En 2014, un rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C a été élaboré sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) à la demande du ministère des Affaires sociales et de la Santé (Dhumeaux *et al.* 2014). Ce rapport propose de relancer la prévention des hépatites B et C, d'articuler les étapes de la prise en charge des patients selon un parcours de soins organisé et de soutenir les valeurs d'équité dans le dépistage et l'accès aux soins.

Le plan national de lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports 2010) a lui aussi été évalué par le HCSP (HCSP 2016). Il considère qu'il est essentiel que des outils de prévention comportementale et biomédicale (dépistage et traitement spécifiques au VIH) soient mobilisés au sein d'une stratégie nationale globale de santé sexuelle regroupant tous les éléments de la lutte contre toutes les IST. Le HCSP recommande également le maintien et le renforcement d'une politique de réduction des autres IST les plus importantes (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia, hépatites virales). Une recommandation parmi les 38 formulées concerne spécifiquement les usagers de drogues : elle porte sur l'amélioration de la sensibilisation au danger des consommations à visée de performance sexuelle sur le risque de transmission du VIH et des hépatites, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

T1.5.2 Please describe the structure of harm reduction service organisation in your country, including comment on its relationship to the treatment service provision system and the extent to which these are integrated or operate separately. Where possible, please refer to the EMCDDA drug treatment system map (see Treatment workbook) to identify the range of treatment providers that are also delivering harm reduction services.

Organisation des activités de réduction des risques et des dommages

Afin de garantir aux usagers de drogues un accès large à la RDRD, les autorités sanitaires ont impulsé une offre de proximité qui repose essentiellement sur les pharmacies, la médecine de ville et les automates. Le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) complète et développe cette offre de proximité. Les indicateurs suivants sont utiles pour apprécier la couverture effective des dispositifs en place.

Degré d'implication des professionnels du dispositif officinal et lieu d'implantation

Lors d'une enquête nationale menée auprès des pharmacies de ville en 2010 par l'ANSM, 48 % d'entre elles ont déclaré délivrer aux usagers de drogues des informations sur la prévention des maladies infectieuses et 40 % disposer de systèmes de récupération des seringues (Lapeyre-Mestre and Boeuf-Cazou 2011). Les pharmacies enquêtées sont 79 % à recevoir chaque mois au moins un patient traité par médicament de substitution aux opiacés, 78 % délivrent des Stéribox[®] mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt^{®1} ou des Stéricup^{®2}.

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

L'offre de soins, concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO), repose pour une large part sur les médecins généralistes de ville (voir workbook « Prise en charge et offre de soins »).

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RDRD

En 2015, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : 10 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA. Concernant la répartition géographique au niveau national, les structures sont fortement concentrées dans les communes de grande taille. Ainsi, Paris et le département du Nord (Lille) concentrent le plus grand nombre de lieux (une dizaine de CAARUD), devant les départements des Bouches-du-Rhône (Marseille), du Gard (sud-est du pays) et de la Seine-Maritime (nord-ouest), qui comptent au moins 4 structures.

Activité de RDRD des CAARUD

En 2014, 144 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes divers. Leurs principales actions sont l'établissement d'un lien avec les usagers de

drogues les plus vulnérables, l'accès aux services de première nécessité, aux soins et aux droits sociaux. En 2014, près de la moitié des actes réalisés (41 %) ont servi à créer un lien préalable avec les usagers. La réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base) ont représenté plus d'un quart des actes effectués (22 %). Les actes visant la réduction de risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité ont aussi mobilisé les professionnels des structures (19 %) alors que l'accès au dépistage et aux vaccinations n'a occupé qu'une place très marginale dans les interventions (1,4 %). Les activités de soutien social ont concerné 9 % des interventions réalisées par les structures, largement devant l'accompagnement vers les services proposant des médicaments de substitution aux opiacés et des traitements du VIH et des hépatites (1,4 % de l'activité) et le suivi psychologique/psychiatrique des usagers, quasi-inexistant (1 %). La délivrance de soins généralistes (infirmier, dentaire, etc.) compte pour 4,6 % de leur activité (Díaz Gómez and Milhet 2016).

Bien que la réduction des risques constitue une de leurs missions, le rôle des CSAPA ne peut être quantifié en l'absence de données.

Réduction des risques en milieu festif

En 2014, sept structures sur dix (69 %) disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif, qui a assuré en moyenne neuf sorties par an et parmi elles, un tiers (36 %) a réalisé au moins trois sorties dans l'année (Díaz Gómez *et al.* 2016). D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDRD ne sont pas comptabilisées dans le dispositif médico-social. Il s'agit notamment de certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées qui n'ont pas été labellisées CAARUD. Nombre d'entre elles œuvrent en milieu festif.

¹ Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites, etc.). À usage unique et stérile, il vise par ailleurs à éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

² Récipient stérile en aluminium visant à diminuer les risques infectieux liés à la réutilisation et au partage des éléments de préparation à l'injection.

T1.5.3 Please comment on the types of harm reduction services available in your country and the scale of provision, as reported to the EMCDDA in SQ23/ST10. Please structure your answer to include services targeting drug overdose and other deaths, emergencies and drug related infectious diseases. For a list of relevant interventions see <http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance> and <http://www.emcdda.europa.eu/scientific-studies/2012/preventing-overdoses>.

Réduction des risques

Les mesures de prévention se déclinent en France en quatre axes :

1) La distribution et la récupération de matériel stérile à usage unique.

Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD), par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack), la distribution de feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon » (inhalation des vapeurs produites par le chauffage de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium). Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à leur usage) vise à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH.

1.1) Distribution du matériel de prévention stérile à usage unique par les CAARUD

La mise à disposition des outils de prévention et la récupération du matériel souillé sont considérées comme la mission première des structures de RDRD. Les CAARUD jouent un rôle clé dans la diffusion de matériel d'injection. En 2014, environ 6,8 millions de seringues ont été fournies par leur intermédiaire, dont les deux-tiers ont été récupérées par les équipes (voir tableau). Concernant les modalités de distribution du matériel, huit seringues sur dix ont été fournies par les équipes directement au contact des usagers de drogues et 6 % *via* des automates (soit plus de 400 000 seringues). La contribution des pharmacies partenaires des CAARUD (1 200 officines) s'élève à 13 % des seringues distribuées (soit environ 900 000) (Díaz Gómez *et al.* 2016).

Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile par le réseau des CAARUD en 2014

Matériel d'injection		
	Seringues à l'unité	4 469 577
	Seringues en trousse : automates	431 434
	Seringues en trousse : équipe	1 011 134
	Seringues en trousse : réseau de pharmacies	885 202
	Nombre total seringues distribuées	6 797 347
	Nombre de seringues récupérées	4 231 650
	Cupules stériles	2 353 065
	Filtres stériles	1 722 280
	Eau (fioles de 5 ml)	2 635 272
	Tampons alcoolisés	2 732 391
	Nombre total de trousses (automates, équipe)	1 163 885
Matériel de sniff		
	Petits carnets de feuilles	576 282
	Sérum physiologique	112 668
	Autre matériel sniff	13 906
Matériel pour inhalation de crack		
	Doseurs	104 757
	Embouts	50 236
	Filtres crack	28 630
	Carnets de feuilles alu	260 431
	Lames	16 355
	Grilles	1 474
	Foyers	175
	Nombre total de kits	10 744
Matériel de prévention des IST		
	Préservatifs masculins	890 602
	Préservatifs féminins	40 250
	Gel lubrifiant	327 734
Autres matériels de prévention		
	Ethylotests	57 233
	Bouchons à oreilles	18 775
	Brochures, flyers (CAARUD)	174 445
	Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	41 554

Source : Rapports d'activité 2014 des CAARUD (DGS – exploitation OFDT)

1.2) Distribution des seringues via des automates

Les CAARUD ne sont pas les seules structures à diffuser du matériel de prévention par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention du type kit Stéribox® ou Kit+¹ à disposition des usagers de drogues par ce biais. En 2014, près de 500 000 seringues ont été diffusées par l'intermédiaire des automates hors réseau CAARUD (Duplessy 2015). La distribution de matériel de prévention par ce moyen vise à assurer l'anonymat et l'accès aux outils 24h/24. On dénombre près de 300 distributeurs automatiques de trousse de prévention en activité dans environ la moitié des départements français. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (données de l'association SAFE).

1.3) Programme d'échange de seringues par voie postale

En 2011, l'association SAFE a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le programme d'échange de seringues par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2015, près de 250 000 seringues ont été expédiées contre plus de 240 000 en 2014. On dénombre 482 usagers de drogues au sein de la file active du programme (contre 300 en 2014). Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie, acide ascorbique - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son médicament de substitution) (De Postis 2013; Duplessy and Pourchon 2015).

1.4) Vente de seringues en pharmacie

Les dernières données disponibles remontent à 2011 : selon le dispositif Siamois, le nombre de seringues distribuées en pharmacie (sous forme de Stéribox®) était d'environ 4,5 millions.

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 12 millions de seringues ont été distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France.

2) L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et la facilité d'accès à ce dépistage

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). En 2011, il existait en France 344 CDAG, auxquels s'ajoutaient une centaine d'antennes de CDAG en prison. Depuis le 1^{er} janvier 2016, ces structures ont fusionné avec les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) pour former les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) [[Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic \(CeGIDD\) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles](#)]. L'objectif est d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité du dispositif de prévention et de dépistage des infections au VIH, hépatites B et C et IST pour les usagers. Le principe de gratuité demeure, mais la prise en charge pourra être anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur lors de son accueil.

Les usagers peuvent se rendre dans un CeGIDD, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe aussi des initiatives locales du dispositif de RDRD ou de soins pour organiser les prélèvements nécessaires au dépistage directement dans leurs structures. Un dépistage gratuit est également réalisé par les CSAPA. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins

traditionnel. Cependant, contrairement au dépistage des infections par le VIH et par le VHC, pris en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique par le VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

Certains CAARUD pratiquent des examens hépatiques par Fibroscan^{®2} pour évaluer la fibrose hépatique et orienter le cas échéant les usagers de drogues vers des examens plus approfondis. Concernant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des usagers de drogues. L'utilisation des TROD VHC peut être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non-médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3^{ème} génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C. Reprenant les recommandations de la HAS, l'article 39 de la loi du 26 janvier 2016 étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée [[Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine \(VIH 1 et 2\) et de l'infection par le virus de l'hépatite C \(VHC\) en milieu médico-social ou associatif](#)]. Les TROD peuvent ainsi être effectués dans les CAARUD et les CSAPA (voir T3.2). Enfin, le dépistage au moyen de TROD peut être réalisé sur une personne mineure.

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH sont disponibles en pharmacie depuis septembre 2015. Ces tests ne se substituent pas aux autres dispositifs de dépistage, ils viennent compléter l'arsenal disponible pour répondre à des besoins spécifiques.

3) L'incitation à la vaccination contre le VHB

Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CeGIDD et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

4) La diffusion des TSO

Les TSO sont disponibles en France depuis 1995 (voir workbook « Prise en charge et offre de soins »). Ils contribuent à limiter l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique.

¹ Les trousse, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elles comprennent 2 seringues, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 2 récipients stériles en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton, un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration), 1 préservatif, une notice d'utilisation ainsi que des messages généraux de prévention.

² Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

T1.5.4 Optional. Where possible, provide any contextual information helpful to understand the estimates provided in ST10 'Syringe availability' and ratings in SQ23 'Prevention and Reduction of Health-Related Harm associated with drug use'.

(Suggested title: Contextual information on routine harm reduction monitoring)

T1.5.5 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand harm reduction activities within your country.

Information on services outside the categories of the 'treatment system map' may be relevant here (e.g. services in pharmacies/dedicated to HIV/AIDS or other drug related infectious diseases testing sites not linked to hospitals, e.g. other types of facilities offering testing of infectious diseases targeting people who use drugs, or drugs/outreach activities not covered above).

Autres informations sur les activités de réduction des risques

Prévention du passage à l'injection

Les contextes et les circonstances des premières injections de substances psychoactives ont été étudiés par l'enquête « Priminject », menée entre octobre 2010 et mars 2011 par Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation à la santé - INPES). L'âge moyen de la première injection a reculé, en lien avec l'allongement de la durée de consommation de drogues avant la première injection et l'expérimentation de produits plus diversifiés (Cadet-Taïrou and Brisacier 2013; Guichard *et al.* 2013).

Dans ce contexte, l'adaptation du programme anglais *Break the cycle* (rompre le cycle) ajoute un outil à la panoplie des stratégies de RDRD (Guichard 2012). L'objectif est de travailler sur les attitudes des UDVI vis-à-vis de l'initiation à l'injection, sur la capacité des injecteurs plus expérimentés à refuser les demandes d'initiation des plus jeunes et sur les connaissances des techniques d'injection à moindre risque.

De juin 2015 à février 2016, sept CAARUD situés en Île-de-France, à Marseille, Bordeaux et Metz ont expérimenté cette intervention dénommée « Change le programme ». Un guide de l'intervention a été conçu. Il détaille les séquences successives qui structurent l'entretien en face à face d'une quarantaine de minutes. L'intervention explore deux thèmes : la prise de conscience par les injecteurs de l'influence qu'ils exercent sur les usagers non-injecteurs et une réflexion sur leur positionnement et leur attitude vis-à-vis de l'initiation d'autrui, afin d'aller dans le sens d'une réduction des pratiques d'initiation (Balteau *et al.* 2014; Fournier *et al.* 2014).

Expérimentation des SCMR

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) a été prévue dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). L'autorisation de l'ouverture des SCMR est inscrite dans l'article 43 de la loi de modernisation du système de santé [[Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)]. Ce dispositif expérimental sera mis en place par les CAARUD, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre de leurs autres missions (voir T3.3).

T1.6 Targeted interventions for other drug-related health harms

The purpose of this section is to provide information on any other relevant targeted responses to drug-related health harms.

T.1.6.1 Optional. Please provide additional information on any other relevant targeted health interventions for drug-related health harms.

(Suggested title: Targeted interventions for other drug-related health harms)

T1.7 Quality assurance of harm reduction services

The purpose of this section is to provide information on quality system and any national harm reduction standards and guidelines.

Note: cross-reference with the Best Practice Workbook.

T.1.7.1 Optional. Please provide an overview of the main harm reduction quality assurance standards, guidelines and targets within your country.

Assurance qualité pour les structures de réduction des risques

En 2014, le dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives a été évalué par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Dans ses conclusions, l'IGAS conforte les missions des CAARUD et des CSAPA et juge que « l'organisation et le fonctionnement de ces établissements répondent aux besoins des publics très spécifiques qui s'adressent à eux ». Mais elle recommande une évaluation plus rigoureuse de « l'efficacité du dispositif, de son bon positionnement et de son articulation avec les autres acteurs de la prévention, du soin, du social et du médico-social » (Hesse and Duhamel 2014).

Le référentiel national de réduction des risques pour usagers de drogue, annexé au décret du 14 avril 2005 [[Décret n°2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique](#)], précise les modalités d'intervention des activités de RDRD, les objectifs de la distribution de matériel de prévention et les thèmes sur lesquels portent l'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention. Les autres points abordés dans ce référentiel sont la diffusion des alertes sanitaires, les lieux d'intervention, le type d'intervenants participant aux activités de RDRD, la confidentialité, la participation à la surveillance des consommations de substances psychoactives et la participation à l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies de prévention.

L'arrêté du 22 mars 2016 [[Arrêté portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »](#)] détaille le cahier des charges des SCMR, avec leurs objectifs généraux (contribuer à réduire les risques de surdose et d'infections) et spécifiques, ainsi que l'ensemble des dispositions relatives à cette expérimentation (voir T3.3).

D'autres référentiels couvrent des interventions ciblées comme celles en milieux festifs (AFR and DGS 2012) ou encore l'intervention précoce et l'usage de cocaïne basée, crack et free-base (Reynaud-Maurupt 2013).

La question de l'acceptabilité des lieux de réduction des risques a fait l'objet d'un état des lieux et de recommandations qui identifient les étapes nécessaires à la mise en lien entre les dispositifs de RDRD et leurs partenaires, qu'ils soient institutionnels (Agences régionales de santé, municipalités, communautés de communes, forces de l'ordre, services sociaux...) ou privés (bailleurs, commerçants, voisins...) (Le Naour *et al.* 2014).

La Fédération addiction a réalisé un rapport d'enquête, résultat d'un projet mené de 2012 à 2015 auprès de 88 CAARUD et 126 CSAPA, éclairant les pratiques de RDRD dans le dispositif médico-social et donnant une image détaillée des réalités de terrain (Fédération Addiction 2015).

T2. Trends

The purpose of this section is to provide a commentary on the context and possible explanations of trends in drug related harms and responses data.

T2.1 Please comment on the possible explanations of short term (5 years) trends in the following data sets, including any relevant information on changes in specific sub-groups:

- a) drug-induced deaths among adults
- b) prevalence and notifications of infections, e.g.
 - i) newly diagnosed HIV cases with drug use as a risk group
 - ii) notifications of AIDS cases related to injecting drug use...
- c) drug-related acute emergencies
- d) numbers of syringes distributed to injecting drug users

For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology.

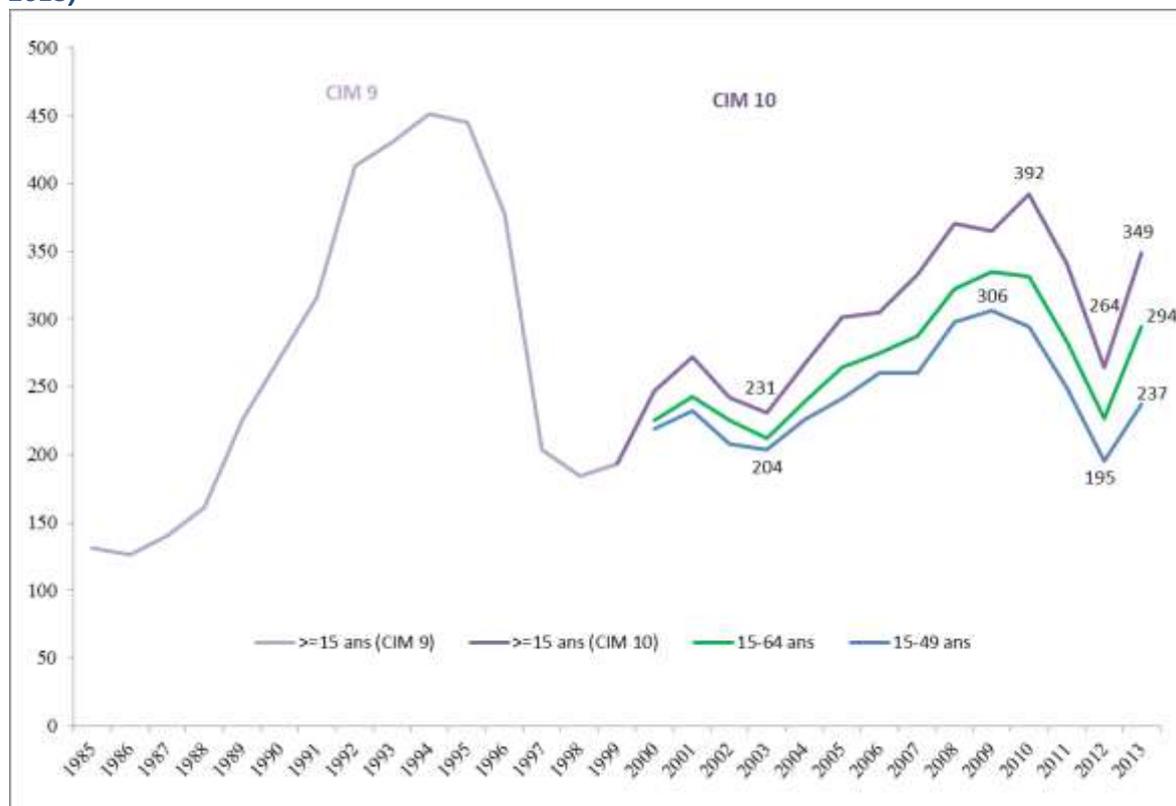
Évolutions à court terme en matière de réduction des risques liés aux drogues

Décès induits par l'usage de drogues

Après une période de hausse de 2003 à 2010, les données issues du registre de mortalité faisaient apparaître une baisse du nombre de décès par surdose en 2011 et 2012 (voir figure 1). Cette baisse était cependant à interpréter avec prudence car des changements dans les règles de codage sont intervenus en 2011¹ ainsi qu'un meilleur contrôle des décès codés X42 en cause initiale en 2012².

Le nombre de surdoses mortelles repart à la hausse en 2013, en partie en raison de l'augmentation des cas de « faux positifs » (décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou de cancer). Les fluctuations observées ces dernières années sont probablement liées à la tentative d'exclure ces faux positifs selon une procédure non encore totalement systématisée.

Figure 1 : Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France (1985-2013)



Source : INSERM-CépiDc

Note : Adaptation française de la sélection B de l'EMCDDA (F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62, Y12).

¹ Les codes F10 à F19 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : F11 pour opiacés, F12 pour cannabis, F14 pour cocaïne, F15 pour autres stimulants, F16 pour hallucinogènes, F19 pour drogues multiples ou autres substances psychoactives) ne peuvent plus être utilisés en cause initiale et sont remplacés par X41, X42, X61, etc. selon le produit et le contexte. En conséquence, les décès par surdose de méthadone ou de BHD, codés F11.0, sont dorénavant codés X42.

² En 2012, les décès codés X42 (intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques) en cause initiale ont fait l'objet d'une vérification systématique afin qu'ils ne puissent correspondre à des décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou en lien avec une pathologie ayant mené à la prescription d'antalgiques opiacés. En 2012, les décès codés X42 en cause initiale sont en nette baisse, probablement en lien avec une diminution des décès codés ainsi par erreur.

Toxicologie des décès par surdose

Entre 2010 à 2014, les MSO sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses devant l'héroïne, avec des évolutions opposées. Ainsi, l'année 2010 est celle où les MSO sont le moins impliqués (53 %) et l'héroïne la plus en cause (33 %). En 2012, les MSO sont en cause dans la plus grande part des décès (60 %), alors que l'héroïne est la moins impliquée (15 %). La cocaïne est impliquée de façon relativement stable dans 9 % à 14 % des décès. À partir de 2011, des signalements de décès impliquant le cannabis apparaissent, en lien avec la sensibilisation des experts toxicologues à la toxicité cardiovasculaire du cannabis (infarctus, accident vasculaire cérébral).

Tableau : Répartition des décès directement liés à l'usage selon la ou les substances impliquées, seules ou en association**, entre 2010 et 2014*

	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicaments de substitution aux opiacés	130	53	160	57	187	60	153	54	134	55
- dont méthadone	88	36	121	43	140	45	112	39	108	44
- dont buprénorphine	44	18	40	14	47	15	45	16	28	12
Autres médicaments opiacés hors MSO	23	9	39	14	36	12	33	12	23	9
Héroïne	82	33	54	19	47	15	57	20	62	26
Cocaïne	25	10	30	11	36	12	25	9	33	14
Autres substances illicites	8	3	16	6	31	10	47	16	32	13
- dont cannabis	nd	nd	7	3	15	5	31	11	19	8
- dont amphétamines et MDMA/ecstasy	7	3	9	3	15	5	14	5	9	4
Autres (poppers, médicaments psychotropes, etc.)	6	2	8	2	9	3	43	15	36	15
TOTAL	247		280		310		285		243	
Nombre d'experts toxicologues participants	31		36		41		32		38	

DRAMES (ANSM)

* Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

** Plusieurs substances peuvent être impliquées dans un décès lorsqu'aucune substance prédominante n'a pu être mise en évidence.

nd : non disponible

Note : La part de la catégorie « autres » a augmenté à partir de 2013 en raison d'un changement méthodologique (prise en compte des cas impliquant les médicaments psychotropes en association).

Prévalence et notifications des infections

En 2011, la prévalence biologique du VHC est en baisse par rapport à 2004 (63,8 % versus 73,8 %) et celle du VIH est stable (13,3 % versus 11,3 %) parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (DREES 2015).

Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs issus du dispositif RECAP (de 47,7 % en 2008 à 43,8 % en 2012, stable à près de 8 % pour le VIH) et de l'enquête ENa-CAARUD (de 40,1 % en 2008 à 33,3 % en 2012, stable à 6,2 % contre 7,7 % en 2008 pour le VIH) (Cadet-Taïrou *et al.* 2015). Cette diminution de la séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes de moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Le nombre annuel de découvertes de séropositivité parmi les UDVI est stable depuis 2008 alors que le nombre de nouveaux cas de sida est en baisse régulière depuis 2003 (63 nouveaux cas en 2014 versus 284 en 2003).

T2.2 Optional. Please comment on the possible explanations of long term (greater than 5 years) trends in the following data sets, including any relevant information on changes in specific sub-groups:

- a) drug-induced deaths among adults
- b) prevalence and notifications of infections e.g.
 - i) newly diagnosed HIV cases with drug use as a risk group
 - ii) notifications of AIDS cases related to injecting drug use

- c) drug-related acute emergencies
- d) numbers of syringes distributed to injecting drug users

For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology.

Évolutions à long terme en matière de réduction des risques liés aux drogues

Décès par surdoses :

Après le pic atteint au milieu des années 1990, le nombre de décès par surdose a rapidement reflué sous l'effet, entre autres, du développement des TSO et d'une désaffection pour l'héroïne. Le changement de la nomenclature utilisée pour renseigner les causes de décès sur les certificats, survenu en 2000, rend difficile la lecture des évolutions au tout début de la nouvelle décennie.

Notifications des infections :

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les UDVI a fortement chuté de 2003 (date à laquelle a débuté la notification obligatoire du VIH) à 2008, avant de se stabiliser. Après une baisse particulièrement prononcée du nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI entre 1995 et 1997, liée notamment à l'introduction des trithérapies retardant l'entrée dans la phase symptomatique de l'infection, le rythme de diminution a été plus faible mais presque régulier jusqu'en 2009. Ce mouvement de baisse est également lié à la diminution du nombre de contaminations par le VIH en lien avec l'usage injectable de drogues.

Ces évolutions peuvent s'expliquer par différents facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de RDRD) prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, le plus grand accès au dépistage, et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection.

T2.3 Optional. Please comment on the possible explanations of long term trends and short term trends in any other drug related harms data that you consider important.

(Suggested title: Additional information on any other drug related harms data)

T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug related harms and harm reduction in your country **since your last report.**

T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here.

If information on recent notable developments have been included as part of the baseline information for your country, please make reference to that section here. It is not necessary to repeat the information.

T.3.1 Please report on any notable new or topical developments observed in drug related deaths in your country since your last report.

(Suggested title: New developments in drug-related deaths)

Pas de nouveaux développements.

T.3.2 Please report on any notable new or topical developments observed in drug related infectious diseases in your country since your last report.

(Suggested title: New developments in drug-related infectious diseases)

Nouveaux développements relatifs aux maladies infectieuses liées aux drogues

L'Association française pour l'étude du foie a actualisé ses recommandations sur la prise en charge des hépatites virales en février 2016. Elle préconise l'accès à un traitement universel à court terme en soulignant qu'il n'y a aucun argument médical pour refuser à un patient (y compris UDVI) un traitement efficace et sans effet indésirable majeur (AFEF 2016). À l'occasion de la journée nationale de lutte contre les hépatites B et C qui s'est déroulée le 25 mai 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé s'est engagée pour l'accès universel aux traitements innovants contre l'hépatite C (Ministère des affaires sociales et de la santé 2016). Cette initiative va de pair avec une renégociation des prix de ces traitements. Par ailleurs, depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose) [[Arrêté du 10 juin 2016 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique](#)].

L'article 39 de la loi du 26 janvier 2016 étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée [Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif]. Ces TROD peuvent désormais être réalisés dans les CSAPA et CAARUD, sous réserve que ces derniers aient une autorisation de l'Agence régionale de santé territorialement compétente. Ils peuvent aussi être effectués par les infirmiers, les sages-femmes, les médecins et les pharmaciens d'officine [[Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne](#)

[constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques](#)].

La HAS recommande l'utilisation des TROD VHB (Ag HBs) comme outil de dépistage complémentaire au dépistage biologique classique, dès lors qu'il peut se révéler plus adapté pour atteindre les populations à risque, non ou insuffisamment dépistées, comme les personnes qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA (HAS 2016).

T.3.3 Please report on any notable new or topical developments observed in harm reduction interventions in your country since your last report.

(Suggested title: New developments in harm reduction interventions)

Nouveaux développements en matière de réduction des risques

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) est inscrite dans l'article 43 de la « loi santé » [[Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)]. Il prévoit que la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des produits stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne peut être poursuivie pour usage et détention illicites. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR et qui agit conformément à sa mission de supervision est protégé aussi des poursuites pour complicité ou facilitation d'usage illicite de stupéfiants.

Le cahier des charges des SCMR, fixé par arrêté du 22 mars 2016 [[Arrêté portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé](#)], détaille les objectifs généraux (dont le premier est de contribuer à réduire les risques de surdose et d'infections) et spécifiques, la durée de l'expérimentation (6 ans), les structures concernées (la mise en œuvre des SCMR est confiée aux CAARUD mais dans des locaux distincts de ceux accueillant leurs missions habituelles), le public concerné (usagers de drogue injecteurs, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les risques), le lieu d'implantation (à proximité des lieux de consommation), le financement, le pilotage national, les objectifs et modalités de l'évaluation. Plusieurs villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR. Les villes de Paris (avec le CAARUD de l'association Gaïa [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre Gaïa](#)]) et de Strasbourg (avec le CAARUD de l'association Ithaque [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre Ithaque](#)]) prévoient chacune l'ouverture d'une salle de consommation à l'automne 2016, le temps que les travaux d'aménagement de ces salles soient effectués.

Au niveau local, ce cahier des charges décrit les missions des SCMR, la disposition des différents espaces, le matériel à mettre à disposition, le fonctionnement de la salle et son règlement, les protocoles et outils à mettre en place, la composition de l'équipe, les partenariats et conventionnements, la participation au système de veille et d'alerte sanitaire, le comité de pilotage local et l'évaluation de l'activité.

Menée par l'INSERM (voir workbook Research), l'évaluation de l'expérimentation portera notamment sur son impact sur la santé publique. Une cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) sera recrutée et l'impact de la salle sera étudié avec des critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risques de transmission du VHC et du VIH ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle, de l'accès au logement et aux soins, ou la diminution des actes de délinquance. L'évaluation portera aussi sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de RDRD et la réduction des nuisances dans l'espace public.

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone en France, la Commission des stupéfiants et psychotropes s'est prononcée en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés (ANSM 2016). La naloxone par voie nasale a été exonérée de la liste I des substances vénéneuses [[Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine](#)]. Par conséquent, sa délivrance ne nécessite pas de prescription médicale, en revanche elle reste un médicament faisant partie du monopole pharmaceutique. La spécialité Nalscue® (naloxone par voie nasale) du laboratoire Indivior a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte en novembre 2015 (ANSM 2015). Elle est disponible depuis juillet 2016 [[Arrêté du 26 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique](#)]. Seuls les médecins exerçant en CSAPA, en service d'addictologie à l'hôpital, dans un service des urgences, dans tout autre service bénéficiant de l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire peuvent inclure les patients dans l'ATU de cohorte. La délivrance est réservée aux pharmaciens en charge de la dispensation dans les pharmacies hospitalières et dans les CSAPA hospitaliers (ANSM and Indivior France 2016).

Par ailleurs, en 2015, suite aux recommandations issues de l'enquête Coquelicot 2011 (Jauffret-Roustide *et al.* 2013a), deux nouveaux kits d'injection (kits EXPER') ont été expérimentés, à l'initiative de la DGS, en vue de favoriser l'accès des usagers de drogues à du matériel plus performant (contre les risques infectieux, fongiques et bactériens) que celui contenu dans les kits actuellement distribués. L'expérimentation a été conduite auprès des usagers de 4 CAARUD et ceux participant au programme de RDRD par voie postale. Une évaluation de l'acceptabilité de ces nouveaux outils par les usagers a été réalisée à partir d'une enquête par observation ethnographique et entretiens approfondis auprès de 55 usagers (Milhet 2016). Le filtre toupie (filtre à membrane 0,22µ), introduit dans les nouveaux kits, est au cœur de leur acceptabilité par les usagers. La moitié d'entre eux s'est approprié ce filtre, l'autre moitié l'a rejeté, malgré des profils très homogènes entre ces 2 groupes. Les usagers disposent de critères d'appréciation propres quant aux qualités requises pour un bon filtre : manipulation aisée, filtration rapide, bonne dispensation du produit, sensations préservées. Selon leurs priorités, ils rejettent le filtre en l'absence de garantie sur ces critères clés.

Le projet AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) est une recherche interventionnelle qui fait suite à la mission ERLI (Éducation aux risques liés à l'injection) mise en œuvre par l'association Médecins du Monde (MdM) depuis 2009, après plusieurs années d'élaboration et d'expérimentation (pour en savoir plus, voir http://www.sfsp.fr/tmp/20121112_481514_3296.pdf), ainsi qu'à l'expérience Accompagnements à l'injection (AAI) développée par AIDES à la même période. Le principe d'ERLI et d'AAI réside dans un apprentissage, pour des usagers de drogues déjà injecteurs, des pratiques d'injection à moindre risque dans le cadre de sessions commençant par l'observation de l'utilisateur s'injectant lui-même son produit habituel. Les risques considérés incluent non seulement la transmission virale (VIH et VHC) mais également les complications locales de l'injection. Ces projets ont été évalués dans le cadre de l'étude ANRS-AERLI, réalisée conjointement par les associations AIDES, MdM et l'unité U912 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans 8 CAARUD participants (groupe intervention) et 9 CAARUD témoins (groupe contrôle). En termes de résultats, alors que les injections à risque (vis-à-vis de la transmission virale) sont stables parmi les 129 usagers témoins, en six mois, elles ont significativement diminué chez les 113 usagers ayant bénéficié de l'intervention. De même, sur douze mois, ces derniers ont rencontré moins de complications au point d'injection (Roux *et al.* 2016a). L'intervention AERLI semble aussi avoir un impact positif dans l'augmentation de dépistage du VHC parmi

les UDVI (Roux *et al.* 2016b). En 2016, la Fédération Addiction et l'association AIDES proposent des formations pour la mise en œuvre d'AERLI dans les CAARUD.

Enfin, la première audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) liés aux conduites addictives, organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) avec le soutien de la DGS, de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et de la HAS, s'est tenue les 7 et 8 avril 2016 à Paris et était retransmise en direct sur Internet (Fédération Française d'Addictologie 2016a). À l'issue de cette audition, la commission d'audition a formulé 15 recommandations pour améliorer la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre de la RDRD liés aux consommations de substances psychoactives (Fédération Française d'Addictologie 2016b). Parmi celles-ci figurent notamment la valorisation des expériences existantes des groupes d'auto-support et des associations d'entraide, la dépénalisation de l'usage, le rapprochement des CSAPA et des CAARUD, l'ouverture d'espaces de consommation à moindre risque au sein des lieux existants (CAARUD et CSAPA) avec un dispositif d'analyse des produits consommés, l'accessibilité des approches et outils de RDRD dans les lieux de privation de liberté.

T4. Additional information

The purpose of this section is to provide additional information important to drug related harms and harm reduction in your country that has not been provided elsewhere.

T.4.1 Optional. Please describe any important sources of information, specific studies or data on drug related harms and harm reduction that are not covered as part of the routine monitoring. Where possible, please provide published literature references and/or links.

(Suggested title: Additional Sources of Information.)

T.4.2 Optional. Please use this section to describe any aspect of drug related harms and harm reduction that the NFP value as important that has not been covered in the specific questions above. This may be an elaboration of a component of drug related harms and harm reduction outlined above or a new area of specific importance for your country.

(Suggested title: Further Aspects of Drug-Related Harms and Harm Reduction.)

T5. Notes and queries

The purpose of this section is to highlight areas of specific interest for possible future elaboration. Detailed answers are not required.

Yes/No answers required. If yes please provide brief additional information.

T.5.1 Is there any evidence of an increase in acute emergencies or deaths related to stimulants? If yes, please provide links or references to further information if available.

OUI	Dans le dispositif DRAMES, le nombre de décès liés à une substance amphétaminique stimulante (amphétamine, MDMA/ecstasy, méthamphétamine...) s'élève à 9 cas en 2014 (4 % de l'ensemble des décès). Entre 2010 et 2013, le nombre de cas était compris entre 5 et 15. Ces chiffres sont trop faibles pour dégager des évolutions dans le temps. La part des décès liés à la cocaïne est en légère augmentation en 2014 (14 % contre environ 10 % entre 2010 et 2013).
-----	---

	<p>Il n'y a pas de données nationales disponibles concernant le recours aux urgences lié à la consommation de stimulants. En 2014, le centre anti-poison du CHU d'Angers qui prend en charge les cas d'intoxications de l'ouest de la France (30 000 appels par an au sein d'une population de 11 millions de personnes) a mené une enquête rétrospective ad hoc sur les cas d'intoxications aux phényléthylamines sur la période allant de janvier 2007 à décembre 2013 (Le Roux <i>et al.</i> 2015). Cette étude, dont l'objectif est de mieux décrire les cas d'intoxications par ces substances, a montré que la MDMA/ecstasy (38 %), les amphétamines (18 %) et la méthamphétamine (14 %) sont les substances les plus fréquemment en cause. Les cathinones synthétiques (10 %) et la série des 2C (7 %) sont aussi retrouvées. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont l'anxiété et les hallucinations (49 %), la mydriase et les céphalées (41 %), la tachycardie (40 %) et l'hypertension (15 %). Les complications observées sont les convulsions (7 %), les arrêts cardiaques (5 %), la toxicité myocardique (1 %) et les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (1 %). Sur l'ensemble des patients, 77 % ont reçu des soins hospitaliers, 12 % ont été admis en unité de soins intensifs, 5 décès sont survenus et 2 patients ont présenté des séquelles neurologiques.</p>
--	--

T6. Sources and methodology

The purpose of this section is to collect sources for the information provided above, including brief descriptions of studies and their methodology where appropriate.

T6.1 Please list notable sources for the information provided above.

Sources

AFEF (2016). Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C. AFEF (Association française pour l'étude du foie), Paris.

AFR and DGS (2012). Réduction des risques en milieux festifs. Référentiel national des interventions. AFR (Association française pour la réduction des risques), Paris.

ANSM (2015). Compte rendu de la séance n°21 du 26 novembre 2015. Commission évaluation initiale du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis.

ANSM (2016). Retour sur la séance du 14 avril 2016 de la Commission des stupéfiants et psychotropes. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), Saint-Denis.

ANSM and Indivior France (2016). Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations. Nalscue 0,9mg/0,1ml solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose.

Balteau, S., Bonnet, N., Creyemey, A., Debrus, M., Fournier, V., Guichard, A. *et al.* (2014). Change le programme. Aider les injecteurs à gérer les demandes d'initiation à l'injection et les risques associés. Ressources pour préparer l'intervention. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes ; INPES, Paris.

- Brouard, C., Pioche, C., Léon, L., Lot, F., Pillonel, J. and Larsen, C. (2016). Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) 237-243.
- Cadet-Tairou, A. and Brisacier, A.C. (2013). Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues (chapitre 7). In: Pousset, M. (Ed.) Rapport national 2013 (données 2012) à l'OEDT par le point focal français du réseau Reitox-France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Tairou, A., Saïd, S. and Martinez, M. (2015). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances. OFDT (98).
- Cazein, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Pinget, R., Le Vu, S., Brunet, S. *et al.* (2015). Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (9-10) 152-161.
- De Postis, R. (2013). Safe, le programme d'échange de seringues postal : un vrai besoin. Le Courrier des Addictions 15 (4) 22-25.
- Dessauce, C., Rudant, J., Expert, A., Barthélemy, P. and Cardier, B. (2016). Les antiviraux à action directe dans le traitements de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie. Points de repère (44) 7.
- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Dhumeaux, D., ANRS and Association française pour l'étude du foie (AFEF) (2014). Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. EDP Sciences, Les Ulis.
- Díaz Gómez, C. and Milhet, M. (2016). Les CAARUD en 2014 : couverture, publics et matériels RDR distribués. Tendances. OFDT (113).
- DREES (2015). Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques. L'état de santé de la population en France. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), Paris.
- Duplessy, C. (2015). Rapport d'activité 2014. Association SAFE, Paris.
- Duplessy, C. and Pourchon, F. (2015). Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Association SAFE, Paris.
- Fédération Addiction (2015). Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête. Fédération Addiction, Paris.
- Fédération Française d'Addictologie (2016a). 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Livret de l'Audition publique (programme et rapports des Experts et du Groupe bibliographique). Fédération Française d'Addictologie, Paris.

- Fédération Française d'Addictologie (2016b). 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Rapport d'orientation et recommandations de la Commission d'audition. Fédération française d'Addictologie, Paris.
- Fournier, V., Michaud, P., Michels, D. and Whalen, M. (2014). Change le programme. Aider les injecteurs à gérer les demandes d'initiation à l'injection et les risques associés. Guide de l'intervention. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; INPES, Paris.
- Guichard, A. (2012). Adaptation du programme *Break the cycle* au contexte français. Protocole. INPES, Saint-Denis.
- Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. *et al.* (2013). Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis. Drug and Alcohol Dependence 133 (1) 254-261.
- HAS (2014). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de santé, Saint-Denis.
- HAS (2016). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de santé, Saint-Denis La Plaine.
- HCSP (2013). Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Haut Conseil de la santé publique, Paris.
- HCSP (2016). Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014. Haut Conseil de la Santé Publique, Paris.
- Hesse, C. and Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Paris.
- Janssen, E. (2011). Drug-related deaths in France in 2007: Estimates and implications. Substance Use and Misuse 46 (12) 1495-1501.
- Jauffret-Roustide, M., Benoit, T. and Santos, A. (2013a). Evaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection. Cermes3 (Inserm U988) and InVS.
- Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M. *et al.* (2009). A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious diseases 9 (113) 1-12.
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S. *et al.* (2013b). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.
- Lapeyre-Mestre, M. and Boeuf-Cazou, O. (2011). Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM - Unité de Pharmacopépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.

- Le Naour, G., Hamant, C. and Chamard-Coquaz, N. (2014). Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien. Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace, CERPE, Lyon.
- Le Roux, G., Bruneau, C., Lelièvre, B., Bretaudeau Deguigne, M., Turcant, A., Harry, P. *et al.* (2015). Recreational phenethylamine poisonings reported to a French poison control center. Drug and Alcohol Dependence 154 46-53.
- Lopez, D., Martineau, H. and Palle, C. (2004). Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack. Tendances. OFDT (36).
- MILDT (2013). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. MILDT, Paris.
- Milhet, M. (2016). Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER' par les usagers de drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Ministère de la santé et des sports (2010). Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Marisol TOURAINE s'engage pour un accès universel aux traitements innovants contre l'hépatite C. Communiqué de presse du 25 mai 2016 [online]. Available: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250516_cp_hepatite_c.pdf [accessed 16/06/2016].
- Ministère des finances et des comptes publics and Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femmes (2015). Lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD).
- Palle, C. and Vaissade, L. (2007). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances. OFDT (54).
- Pioche, C., Pelat, C., Larsen, C., Desenclos, J.-C., Jauffret-Roustide, M., Lot, F. *et al.* (2016). Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) 224-229.
- Reynaud-Maurupt, C. (2013). Intervention précoce et réduction des risques et des dommages : usage de cocaïne basée, crack, free-base. Guide de prévention destiné aux professionnels. AIRDDS Bretagne, Rennes.
- Roux, P., Le Gall, J.M., Debrus, M., Protopopescu, C., Ndiaye, K., Demoulin, B. *et al.* (2016a). Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction 111 (1) 94-106.
- Roux, P., Rojas Castro, D., Ndiaye, K., Debrus, M., Protopopescu, C., Le Gall, J.-M. *et al.* (2016b). Increased uptake of HCV testing through a community-based educational intervention in difficult-to-reach people who inject drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. PLoS One 11 (6) e0157062.

Sauvage, C., Pascal, X., Weill-Barillet, L., Molinier, M., Pillonel, J., Leon, L. *et al.* (2015). Prévalence de l'antigène HBs dans deux populations exposées : les usagers de drogues (ANRS-Coquelicot 2011-2013) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Prevagay 2009) à Paris, France. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (19-20) 353-359.

T6.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology.

Méthodologie

VIH/sida et hépatites virales (hépatites B et C)

Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité somatique observée. Les estimations de prévalences parmi les usagers de drogues reposent sur les données recueillies dans le cadre de différentes enquêtes :

- Les prévalences déclarées du VIH, du VHB et du VHC : elles sont fournies, à partir de 2005 (Palle and Vaissade 2007), via le dispositif RECAP (patients vus dans les centres de soins, les CSAPA) et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structures dites « à bas seuil d'exigence » (CAARUD), notamment les enquêtes ENa-CAARUD.
- Les prévalences biologiques du VIH et du VHC reposant sur des prélèvements sanguins sont connues à partir de l'enquête Coquelicot (Jaufret-Roustide *et al.* 2009) menée en 2004 et 2011.
- Des estimations nationales d'incidence des cas de sida, d'infection par le VIH et de cas d'hépatites B aiguës ont également été réalisées. La notification des cas de sida et des décès au stade sida, qui existe depuis le début des années 1980, est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisée a été mis en place en 2003 par une circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) [[Circulaire n°2003-60 du 10 février 2003](#)], rendant également obligatoire la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH. Les notifications de cas d'hépatites B aiguës sont obligatoires depuis 2004.

Mortalité liée à l'usage de drogues

Il existe actuellement en France deux sources qui recensent les décès par surdose :

- La statistique nationale des causes de décès (CépiDc-INSERM). Depuis 1968, ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdose sont ceux pour lesquels les certificats font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes fixée par l'EMCDDA (sélection B : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [accédé le 14/09/2016]). Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de médicaments particuliers intervient. Certains décès par surdose sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent donc pas être recensés. Par ailleurs, les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées, la mention la plus fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autre précision. Actuellement, la mise à disposition de ces données n'intervient qu'au bout d'un délai de deux ans. La sous-estimation des décès par surdose a été évaluée à 30 % chez les 15-49 ans en 2007 (Janssen 2011).

- Le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Ce système d'information recense les décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Ces cas sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français. Les analyses sont menées sur requête du parquet. La définition des cas de surdose utilisée est très proche de celle retenue par l'EMCDDA (substances illicites et traitement de substitution aux opiacés) mais ne comprend pas les décès par suicides. Contrairement à la source précédente, DRAMES n'a pas vocation à être exhaustif. Tout d'abord, ce dispositif ne couvre pas l'ensemble des laboratoires d'analyse toxicologique et, en deuxième lieu, ne recense que les décès pour lesquels les autorités judiciaires ont demandé une analyse toxicologique, ce qui n'est pas systématique. Les données DRAMES sont donc surtout utiles pour connaître la répartition suivant les produits en cause lors des décès par surdose.

Le nombre de décès au stade sida liés à l'usage de drogues par voie injectable peut être estimé à partir des données du système de surveillance national du VIH/sida coordonné par l'Institut de veille sanitaire.

ANRS-Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Cermes3-Inserm U988) et Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude a pour objectif de mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues via un questionnaire en face-à-face accompagné d'un auto-prélèvement de sang par l'usager, afin d'effectuer des tests biologiques. Elle concerne la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

La première enquête s'est déroulée en 2004 dans 5 villes françaises (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux) auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection ou le « sniff » au moins une fois dans leur vie. En 2011, l'échantillonnage a un peu changé : il ne s'agit plus des villes mais des agglomérations, deux départements (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ont été inclus et le recrutement des usagers de drogues s'est concentré dans les services spécialisés (CSAPA, CAARUD, structures d'hébergement) et plus en médecine générale. L'enquête s'est déroulée entre mai et juillet 2011, auprès de 1 568 usagers de drogues dans 122 structures, avec un taux de participation de 75 %. Parmi eux, 92 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Mis en place en 2002, ce recueil en continu sur le territoire métropolitain permet d'obtenir les données les plus complètes possibles sur les décès survenant dans le cadre d'un abus de substances psychoactives ou d'une pharmacodépendance. L'enquête vise aussi à décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès et les résultats de l'autopsie ainsi qu'à identifier et quantifier, à partir de dosages sanguins, les substances impliquées.

En 2014, 38 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Sont inclus dans DRAMES les décès liés aux drogues (définition proche de celle retenue par l'EMCDDA à l'exclusion des suicides) pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

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

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

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

L'enquête 2012 a eu lieu du 26 novembre au 7 décembre : 4 241 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis dans 142 CAARUD. Après élimination des doublons (299) et des questionnaires « non-répondants » (1 037), 2 905 individus (dans 139 CAARUD) ont été inclus dans l'analyse. L'édition 2015 s'est déroulée du 14 au 27 septembre : la base de données est en cours d'analyse.

Enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Une cohorte d'usagers de drogues vus dans les centres spécialisés (CSAPA, CAARUD) a été constituée entre septembre 2009 et décembre 2011 par l'OFDT. Un millier d'individus ont été inclus dans 51 CSAPA et 17 CAARUD volontaires et ont répondu à un questionnaire proche de celui du dispositif RECAP. Leur statut vital a été interrogé en juillet 2013 puis en décembre 2015. Le cas échéant, les causes de décès sont renseignées. Cette étude permet de décrire ces causes, de calculer des indices comparatifs de mortalité (ratios standardisés de mortalité), de quantifier les années de vie perdues et d'identifier les facteurs de risque associés à la survenue des décès. La principale limite d'une étude de cohorte sans suivi longitudinal (hors statut vital) est d'ignorer l'évolution de la consommation de drogues et de la prise en charge des usagers après leur inclusion dans l'étude.

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

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

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

En 2015, environ 189 000 patients vus dans 258 CSAPA ambulatoires, 10 centres thérapeutiques résidentiels et 6 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

Registre national des causes de décès

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Le service CépiDc de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès (papier ou électronique depuis 2007) rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la 10^{ème} révision de la Classification

internationale des maladies (CIM10). Ce dispositif permet d'établir annuellement la statistique nationale sur les causes médicales de décès, en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui gère le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) reprenant l'ensemble des informations issues de l'état civil.

Dans certains cas, les informations relatives aux causes de décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM. Ces décès restent classés en cause inconnue, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier les morts violentes et les décès par surdose).

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS)

Le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS) a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO). Les dernières données disponibles datent de 2011.

Système de surveillance des hépatites B aiguës

Institut de veille sanitaire (InVS)

Une notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B a été mise en place en mars 2003. Comme pour le VIH et le sida, l'anonymisation des individus est initiée dès le premier stade par un biologiste. Ce dernier notifie toute hépatite B dont il suspecte le caractère aigu au médecin prescripteur qui, en cas d'antécédent d'hépatite B chronique connu, transmet la fiche de notification au médecin inspecteur de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les données recueillies permettent de décrire le profil épidémiologique des personnes touchées et d'estimer l'incidence et son évolution en France. Pour cela, les données issues de la notification sont corrigées de la sous-déclaration, estimée à 85-91 % en 2010. Elles permettent aussi d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B.

Système de surveillance VIH/sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. Celle des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a été mise en place en 2003. Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. Les notifications de sida, anonymisées dès le début, sont transmises par les seuls médecins.

Depuis 2003, environ 2 500 biologistes et 16 000 cliniciens ont participé à la notification obligatoire du VIH et/ou du sida. Une surveillance virologique (test Elisa basé sur la détection d'anticorps spécifiques) est opérée en parallèle par le Centre national de référence du VIH. Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à l'Agence régionale de santé (ARS) puis transmises à l'InVS.