

2018

Harms and harm reduction workbook
(Conséquences sanitaires et réduction des risques)

France

Rapport national 2018 (données 2017) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

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

Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Julie-Émilie Adès
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Thomas Néfau, Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Taïrou, Eric Janssen, Julie-Émilie Adès
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi
- 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, Thomas Néfau, Agnès Cadet-Taïrou
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Thomas Néfau, Caroline Protais
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier
- 5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

Relecture (version française) : Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président 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

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Table of Contents

T0. Summary.....	3
T1. National profile and trends	5
T1.1 Drug-related deaths.....	5
T1.2 Drug related acute emergencies.....	11
T1.3 Drug related infectious diseases.....	14
T1.4 Other drug-related health harms.....	18
T1.5 Harm reduction interventions.....	19
T1.6 Targeted interventions for other drug-related health harms	32
T1.7 Quality assurance of harm reduction services	32
T2. Trends Not relevant in this section. Included above.	32
T3. New developments	33
T4. Additional information	33
T5. Sources and methodology	34

T0. Summary

Please provide an abstract of this workbook (target: 1000 words) under the following headings:

- National profile and trends harms

Drug-related deaths: number, characteristics, trends and patterns

Emergencies: number, characteristics, trends and patterns

Drug related infectious diseases: notifications and prevalence incl. trends

- National profile and trends harm reduction

Main policies and strategies directed at reducing drug-related health harms; availability, geographical distribution of services, and access:

- New developments
- National profile and trends harms

Le nombre de décès par surdose en 2015 est de 236 chez les 15-49 ans (373 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), qui a recensé 406 décès en 2016, les opiacés sont en cause dans 83 %. Les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans 46 % des cas et l'héroïne dans 26 %. La cocaïne est impliquée dans 18 % des décès. 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).

Le nombre de décès par surdose dans le registre général de mortalité est stable chez les 15-49 ans en 2015, par rapport à 2013 et 2014. Entre 2010 et 2016, les médicaments de substitution aux opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès par surdose, devant l'héroïne. L'implication de la cocaïne apparaît en hausse dans les décès en lien avec l'usage de drogues depuis 2014.

Près de 12 000 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues ont été dénombrés en 2015 en France (réseau Oscour®). Plus du quart de ces passages sont en lien avec l'usage de cannabis, un peu moins du quart avec la consommation d'opiacés, la cocaïne est en cause dans 7 % des cas, les autres stimulants dans 3 % des cas, les hallucinogènes dans 4 % des cas et enfin les substances en cause sont multiples ou non précisées dans 36 % des cas.

En 2016, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente 1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues est stable depuis 2008 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 diminue régulièrement depuis 2003.

Par ailleurs, entre 2012 et 2016, les prévalences déclarées tant pour le VIH que le VHC sont stables, aussi bien en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) observée depuis le début des années 2000. Les dernières données de prévalence biologique remontent à 2011. La prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois au cours de leur vie était alors égale à 13,3 %, la prévalence biologique du VHC dans cette population était de 63,8 %. La séroprévalence de l'AgHBs qui signe une infection chronique par le virus de l'hépatite B était de 1,4 % parmi les usagers de drogues enquêtés entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot.

- National profile and trends harm reduction

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 et le traitement curatif de l'hépatite C. Une autre finalité majeure de la politique de RdRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés.

Approximativement, la distribution de matériel d'injection est estimée à 11,9 millions de seringues en 2015. Les ventes de seringues en pharmacie sous forme de kits d'injection, qui représentent un tiers des seringues distribuées aux usagers de drogues en 2015, ont diminué d'un quart en 5 ans, compensées par la hausse de la distribution en CAARUD, en CSAPA, par les automates et par le programme postal d'échange de seringues.

En France, le niveau de couverture dans la distribution de seringues est au-dessous du seuil défini par l'EMCDDA : la couverture est considérée comme « bonne » à partir de 200 seringues par injecteur et par an. D'après les dernières estimations, environ 110 seringues ont été distribuées par injecteur en 2015 en France.

- New developments

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR), inscrite dans la loi de modernisation du système de santé, a débuté à l'automne 2016 à Paris et à Strasbourg. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 prévoit l'ouverture d'autres structures pour répondre à des besoins non couverts y compris à Paris.

Des actualisations des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHC ainsi que sur la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens en particulier parmi les usagers de drogues injecteurs. Entre 2014 et mars 2018, 60 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont été traités et guéris par les antiviraux d'action directe (AAD). Au cours de l'année 2017, le remboursement des AAD (pris en charge par l'Assurance maladie à 100 %) a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique quel que soit le stade de fibrose

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, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché depuis juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés. D'août 2016 à décembre 2017, durant l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (qui a pris fin en janvier 2018), un peu plus de 1 000 kits de naloxone ont été distribués aux usagers de drogues.

Un nouveau certificat de décès, ainsi qu'un volet médical complémentaire à ce certificat, sont entrés en vigueur en janvier 2018. Le volet complémentaire est destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès, comme dans le cas des décès par surdose ayant donné lieu à des investigations médico-légales.

Concernant les hépatites virales, parmi les priorités de la politique de prévention figure une action forte en faveur de l'élimination de l'hépatite C à l'horizon 2025 en France et la vaccination contre l'hépatite B de tous les nourrissons est obligatoire depuis janvier 2018.

Pour parvenir à cet objectif, 3 actions principales sont mises en œuvre : le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs en favorisant les réseaux ville-hôpital ; le renforcement du dépistage de proximité par les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC et VHB ; le renforcement de la prévention par des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé.

Concernant le VIH-sida, la stratégie nationale de santé sexuelle vise à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030.

T1. National profile and trends

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

Please structure your answers around the following questions.

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. (Suggested title: Overdose deaths)

Décès par surdose

En 2015, 373 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 (78 %) 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 (le choix d'un code correspondant à une intoxication comme cause initiale du décès est dans ce cas erroné) peuvent apparaître comme des décès d'usagers de drogues. En 2015, ces décès représentent 21 % des décès codés comme liés à une surdose. Pour s'affranchir de ce biais, on peut se focaliser sur les décès par surdose parmi les 15-49 ans, au nombre de 236 en 2015.

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. (Suggested title: Toxicology of overdose deaths)

Toxicologie des décès par surdose

Le dispositif DRAMES renseigne sur les substances impliquées (seules ou en association) dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (CEIP-A Grenoble 2018). En 2016, les opiacés sont impliqués dans 83 % des décès recensés dans l'enquête DRAMES. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) sont en cause dans 46 % des décès : la méthadone est impliquée dans 36 % des décès et la buprénorphine haut dosage (BHD) dans 10 % des cas. Les autres médicaments opiacés (surtout la morphine)

sont impliqués dans 14 % des décès, l'héroïne dans 26 % et la cocaïne dans 18 % des surdoses mortelles. Le pourcentage des décès révélant l'implication du cannabis (seuls sont retenus les décès pour lesquels une pathologie cardiovasculaire a été identifiée) est de 7 %, tandis qu'il atteint 5 % pour les amphétamines et la MDMA, et 3 % pour les nouveaux produits de synthèse (NPS). Dans 34 % des décès, plusieurs substances sont impliquées.

Quatorze décès ont été directement provoqués par des NPS. Ils impliquent les molécules suivantes : mexédrone, 5-APDB, ocfentanil, diclazépam, deschloroétizolam (toutes les 5 impliquées pour la première fois en 2016) ainsi que 3-MMC, 4-MEC, méphédrone, butylone, 5-APB, 3F-phenmétrazine, méthoxyphénidine.

En 2016 sont apparus les premiers décès liés à la kétamine (2 cas).

Les décès par surdose recensés dans DRAMES sont survenus dans 85 % des cas chez des hommes. L'âge moyen au moment du décès, de 38,9 ans (38,0 ans chez les femmes et 39,1 ans chez les hommes) en 2016, a augmenté de 4,6 ans depuis 2011.

Le dispositif national d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs regroupe la Direction générale de la Santé (DGS), Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'OFDT et la MILDECA. Il a pour objectif d'organiser les échanges d'informations entre les différents acteurs et structures concernés et d'améliorer la prise en charge des événements inhabituels liés à des produits psychoactifs, susceptibles d'entraîner le déclenchement et la gestion d'alertes sanitaires.

Ce dispositif a recensé 8 décès en 2017 rapportés par différentes sources (police, réseau TREND/SINTES, addictovigilance/toxicovigilance, laboratoires d'analyses privés, publications scientifiques ...), dont 6 en lien avec des consommations de NPS. Dans 2 décès, ce sont des cathinones, seules ou associées, qui ont été consommées dans un contexte sexuel (*chemsex*) : de la 3-MMC et de la 4-MEC ont été identifiées respectivement dans un échantillon collecté et dans les prélèvements sanguins. Les deux usagers avaient par ailleurs inhalé du poppers et ingéré des médicaments contre les troubles de l'érection, sildénafil pour l'un, alprostadil pour l'autre. Deux autres décès sont en lien avec des consommations d'opioïdes de synthèse, du carfentanil et de l'ocfentanyl. Enfin, un décès est survenu suite à une consommation de méthoxétamine par injection et un autre à la suite de la prise d'une trace de 25x-NBOMe par une jeune fille qui pensait consommer de la cocaïne. Concernant les deux décès impliquant des produits dits « classiques », les produits incriminés sont des médicaments codéinés. Dans un des cas, il pourrait s'agir d'un suicide.

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.

(Suggested title: Mortality cohort studies)

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

au décès est de 43,6 ans. Les causes sont actuellement renseignées pour tous les décès survenus entre 2010 et 2015. Elles se répartissent de la manière suivante :

- 35,6 % de causes mal définies : 19 causes inconnues, 3 morts subites, 4 arrêts cardio-respiratoires ;
- 34,3 % de causes externes : 13 cas d'intoxications accidentelles ou d'auto-intoxications médicamenteuses (dont 3 impliquant la méthadone, 1 cas d'intoxication par l'héroïne, 1 cas impliquant des opiacés sans autre précision et 8 autres cas où les certificats de décès ne comportent pas de précisions sur les substances en cause), 1 cas de coma éthylique, 5 cas de dépendances (mentionnant la méthadone et l'alcool pour un individu, l'alcool seul pour un autre et des drogues multiples pour les 3 autres), 2 accidents de la voie publique, 1 suicide, 1 noyade, 1 polytraumatisme suite à un accident du travail et 1 homicide ;
- 30,1 % de causes liées à des maladies : 7 cancers broncho-pulmonaires, 2 cancers ORL, 1 cancer hépatique, 1 cancer des ovaires, 3 hémorragies digestives, 1 hépatite C, 1 pneumopathie infectieuse, 1 cas d'asthme, 1 syndrome d'apnée du sommeil, 2 cardiomyopathies ischémiques, 1 endocardite, 1 démence.

Les décès de causes mal définies peuvent correspondre à une partie des décès ayant donné lieu à des investigations médico-légales (autopsie et/ou analyses toxicologiques) pour rechercher les causes de la mort, sur requête du procureur ou d'un juge, et dont les conclusions définitives n'ont pas été transmises au registre général de mortalité (INSERM-CépiDc).

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]) (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 Trends: Please comment on the possible explanations of short term (5 years) and long term trends in the number of drug-induced deaths among adults, including any relevant information on changes in specific sub-groups. For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology, but also in the data completeness/coverage; case ascertainment, changes in reporting

Évolutions à court terme

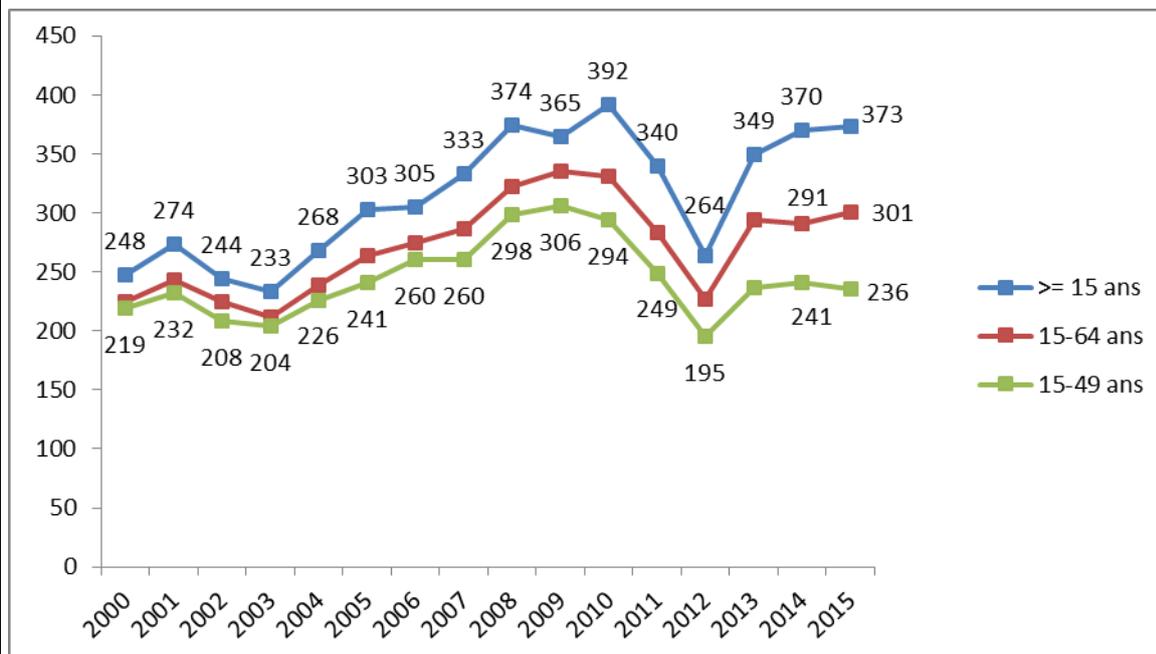
Décès induits par l'usage de drogues

Après une période de hausse entre 2003 et 2010, les données issues du registre de mortalité font apparaître une baisse du nombre de décès par surdose en 2011 et 2012 (voir figure ci-dessous). Cette baisse est cependant à interpréter avec prudence car des changements dans les règles de codage sont intervenus en 2011¹ et le contrôle des décès codés X42 en cause initiale a été amélioré en 2012. 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), suivie d'une stabilisation en 2014 et 2015 chez les moins de 49 ans.

Les fluctuations observées ces dernières années sont en partie liées à la proportion de « faux positifs » (décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou de cancer et décès d'usagers de drogues non liés à une surdose) variable d'une année à l'autre (estimée à 19 % en 2012, 27 % en 2013, 29 % en 2014 et 32 % en 2015).

¹ Les codes F10.0 à F19.0 (intoxication aiguë survenant dans le cadre de 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 ont été remplacés par les codes X41, X42, X61, etc. selon le produit et le contexte. En conséquence, les décès par surdose de méthadone ou de BHD, auparavant codés F11.0, sont codés X42 à partir de 2011.

Figure : Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France (2000-2015)



Source : INSERM-CépiDc, exploitation OFDT

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

Toxicologie des décès par surdose

Entre 2010 à 2016, les MSO sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses devant l'héroïne. Les nombres de décès liés à ces deux substances varient de façon opposée. Ainsi, comme on peut l'observer en 2016, lorsque l'implication de l'héroïne diminue, celle des MSO augmente. La hausse de la part des décès liés à l'héroïne entre 2012 à 2015 (respectivement 15 % et 30 % des décès) est à considérer en parallèle avec l'augmentation de la teneur moyenne mesurée dans les échantillons d'héroïne saisis par la police et la gendarmerie (de 7 % en 2012 à 16 % en 2015 puis 15 % en 2016) (Néfaud 2017). 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 (quelle que soit la forme, chlorhydrate ou base) est impliquée dans 9 % à 18 % 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). Les premiers cas de décès en lien avec les NPS sont signalés en 2013.

Il est difficile d'interpréter les variations du nombre de décès collectés d'une année sur l'autre, le dispositif basé sur le volontariat n'étant pas exhaustif.

Tableau : Répartition des décès directement liés à l'usage selon la ou les substances impliquées*, seules ou en association, entre 2010 et 2016**

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicaments de substitution aux opiacés	130	53	160	57	187	60	153	54	134	55	140	41	188	46
- dont méthadone	88	36	121	43	140	45	112	39	108	44	105	31	148	36
- dont buprénorphine	44	18	40	14	47	15	45	16	28	12	36	10	42	10
Autres médicaments opiacés hors MSO	23	9	39	14	36	12	33	12	23	9	31	9	58	14
Héroïne	82	33	54	19	47	15	57	20	62	26	103	30	106	26
Cocaïne	25	10	30	11	36	12	25	9	33	14	44	13	75	18
Autres substances illicites	8	3	16	6	31	10	47	16	32	13	74	22	64	16
- dont cannabis	nd	nd	7	3	15	5	31	11	19	8	36	10	30	7
- dont amphétamines et MDMA/ecstasy	7	3	9	3	15	5	14	5	9	4	27	8	22	5
- dont NPS							1		5	2	15	4	14	3
Autres (médicaments psychotropes, etc.)	6	2	8	2	9	3	43	15	36	15	55	16	63	16
TOTAL	247		280		310		285		243		343		406	
Nombre d'experts toxicologues participants	31		36		41		32		38		45		48	

Source : DRAMES (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance - CEIP-A et 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).

Évolutions à long terme en matière de décès par surdoses

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 traitements de substitution aux opiacés (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.

T1.1.5 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)

L'enquête annuelle sur les décès toxiques par antalgiques (DTA) menée par les CEIP-A et l'ANSM recueille les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques (CEIP-A 2018). Un décès ne peut être recensé à la fois dans DRAMES et dans DTA. Les décès survenant dans un contexte d'abus et de toxicomanie sont exclus de DTA (et inclus dans DRAMES), ceux survenant dans un contexte suicidaire sont inclus dans DTA (et exclus de l'enquête DRAMES).

Cette enquête DTA a recensé 84 décès impliquant des antalgiques (hors décès impliquant l'acide salicylique et le paracétamol). Les médicaments en cause sont le tramadol (44 % des décès), la morphine (26 % des décès), la codéine (19 %), l'oxycodone (10 %) et le fentanyl (5 %). La buprénorphine, la dihydrocodéine, le dextropropoxyphène, la kétamine et la prégabaline sont impliqués chacun dans un décès. L'âge moyen au moment du décès est de 49 ans (*versus* 43 ans en 2015), 54 % des décès sont survenus chez des hommes.

La Société française de toxicologie analytique (SFTA) a établi des recommandations pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas de décès impliquant des NPS (SFTA 2018).

En 2016, 30 instituts médico-légaux (IML) sur les 32 existants en France ont été interrogés sur leurs pratiques de certification des décès. Deux IML déclarent ne jamais rédiger de certificats de décès. Pour les 28 autres, la rédaction d'un premier certificat de décès est systématique lorsqu'il n'existe pas de certificat de décès initial. En revanche, lorsqu'il existe déjà un certificat de décès, des disparités de pratiques de certification ont été observées : 13 IML ne rédigent pas de deuxième certificat ; 11 rédigent un deuxième certificat de manière exceptionnelle (informations erronées, corps initialement non identifié) et 4 IML rédigent systématiquement un deuxième certificat (CépiDC-Inserm and Santé publique France 2018).

Une étude menée par le CépiDC a évalué la variabilité de la remontée des certificats de décès en cas de mort suspecte sur la période 2000-2013 en étudiant la déclaration de la réalisation d'une autopsie, ainsi que la corrélation temporelle et spatiale entre les causes inconnues et les autres causes suspectes. La France fait partie des trois pays européens ayant la plus forte part de causes de décès inconnues (5,7 %), alors que celle des décès par mort violente (16,5 %) est proche de la valeur médiane européenne (16,0 %) (Richaud-Eyraud *et al.* 2018).

T1.2 Drug related acute emergencies

The purpose of this section is to

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

Please structure your answers around the following questions.

T.1.2.1 Is information on drug-related acute emergencies available in your country? If yes, please complete section T6.1 (Sources and methodology) and provide in T6.1 the definition of drug-related acute emergencies used and, if available, an overview of the monitoring system in place. (Suggested title: Drug-related acute emergencies)

Recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues

Les informations relatives aux recours aux urgences liées à la consommation de drogues proviennent des données du réseau Oscour® (Santé Publique France) et du service des urgences de Lariboisière situé à Paris et participant au projet Euroden.

T.1.2.2 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. Please feel free to add tables in this section (as most countries already do). This might facilitate the reading. Where appropriate please provide links to the original reports and studies. (Suggested title: Toxicology of drug-related acute emergencies)

Toxicologie des recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues

En 2015, le réseau Oscour® (coordonné par Santé publique France), qui couvre 86 % des passages aux urgences en France, a dénombré 11 633 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues (PULUD), dont 9 765 apparaissent en diagnostic principal, soit 1,0 % recours aux urgences toutes causes confondues. À l'échelle de la population française, le taux de PULUD est de 23 pour 100 000 habitants (après redressement prenant en compte le taux de couverture). Les individus ayant recours aux urgences pour ce motif sont pour 73 % des hommes. Ils sont âgés en moyenne de 34 ans, les hommes étant un peu plus jeunes que les femmes (33 ans versus 36 ans). Plus du quart de ces passages (27 %) sont en lien avec l'usage de cannabis, 23 % avec la consommation d'opiacés, la cocaïne est en cause dans 7 % des cas, les autres stimulants (MDMA/ecstasy, amphétamines) dans 3 % des cas, les hallucinogènes (champignons hallucinogènes, LSD) dans 4 % des cas et enfin les substances en cause sont multiples ou non précisées dans 36 % des cas. À l'issue du passage aux urgences, 39 % des individus ont été hospitalisés et 61 % sont retournés à leur domicile.

Le site sentinelle parisien (service des urgences de l'hôpital Lariboisière) participant au projet Euro-Den a comptabilisé 454 passages aux urgences en raison d'une intoxication aiguë induite par les drogues entre octobre 2013 et septembre 2014.

Les drogues les plus souvent rapportées sont le cannabis (21 %), la cocaïne (18 %), le crack (9 %), le diazépam (9 %) et le bromazépam (7 %). Une seule substance est impliquée dans 53 % des cas, deux dans 29 % des cas et trois ou plus dans 18 % des cas. Une consommation d'alcool est associée dans 45 % des cas. L'âge médian est de 34 ans, 60 % des personnes sont de sexe masculin (Euro-DEN 2015). D'octobre 2014 à septembre 2015, le site parisien a enregistré 286 passages (Euro-DEN Research Group and EMCDDA 2016).

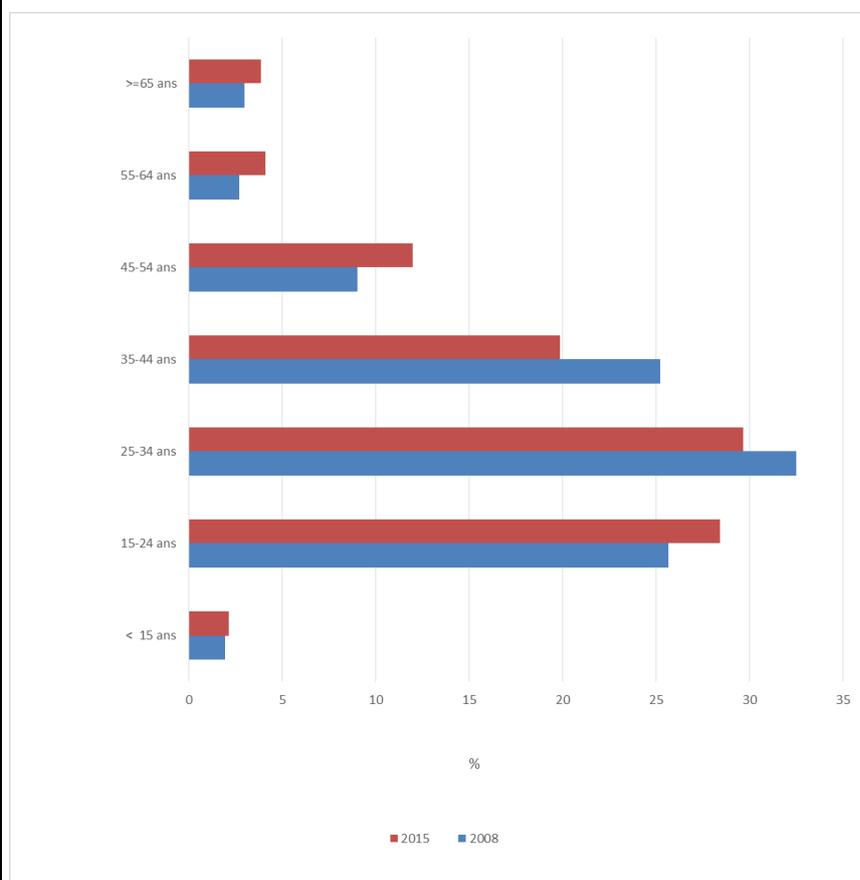
T.1.2.3 Trends: Please comment on the possible explanations of short term (5 years) and long term trends in the number and nature of drug-induced emergencies, including any relevant information on changes in specific sub-groups. For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology.

L'analyse de l'évolution du nombre de recours aux urgences n'apparaît pas possible sur la période 2008-2015 en raison de la forte montée en charge du dispositif Oscour®. Les évolutions entre 2008 et 2015 ont cependant pu être analysées concernant la répartition des substances impliquées et selon le sexe et la tranche d'âge, en faisant l'hypothèse que les PULUD recueillis dans Oscour® sont représentatifs de la totalité des recours pour ce motif durant cette période, alors que la couverture du dispositif Oscour® progressait grâce à l'intégration de nouveaux services d'urgences.

Bien que l'âge moyen soit stable depuis 2008, la répartition par tranche d'âge s'est modifiée. La part des individus les plus jeunes (moins de 24 ans) et celle des plus âgés (plus de 45 ans) ont augmenté, tandis que la proportion des 25-44 ans a diminué.

L'augmentation de la part des 15-24 ans est liée à celle des 15-17 ans, dont la part est passée de 4 % à 6 %.

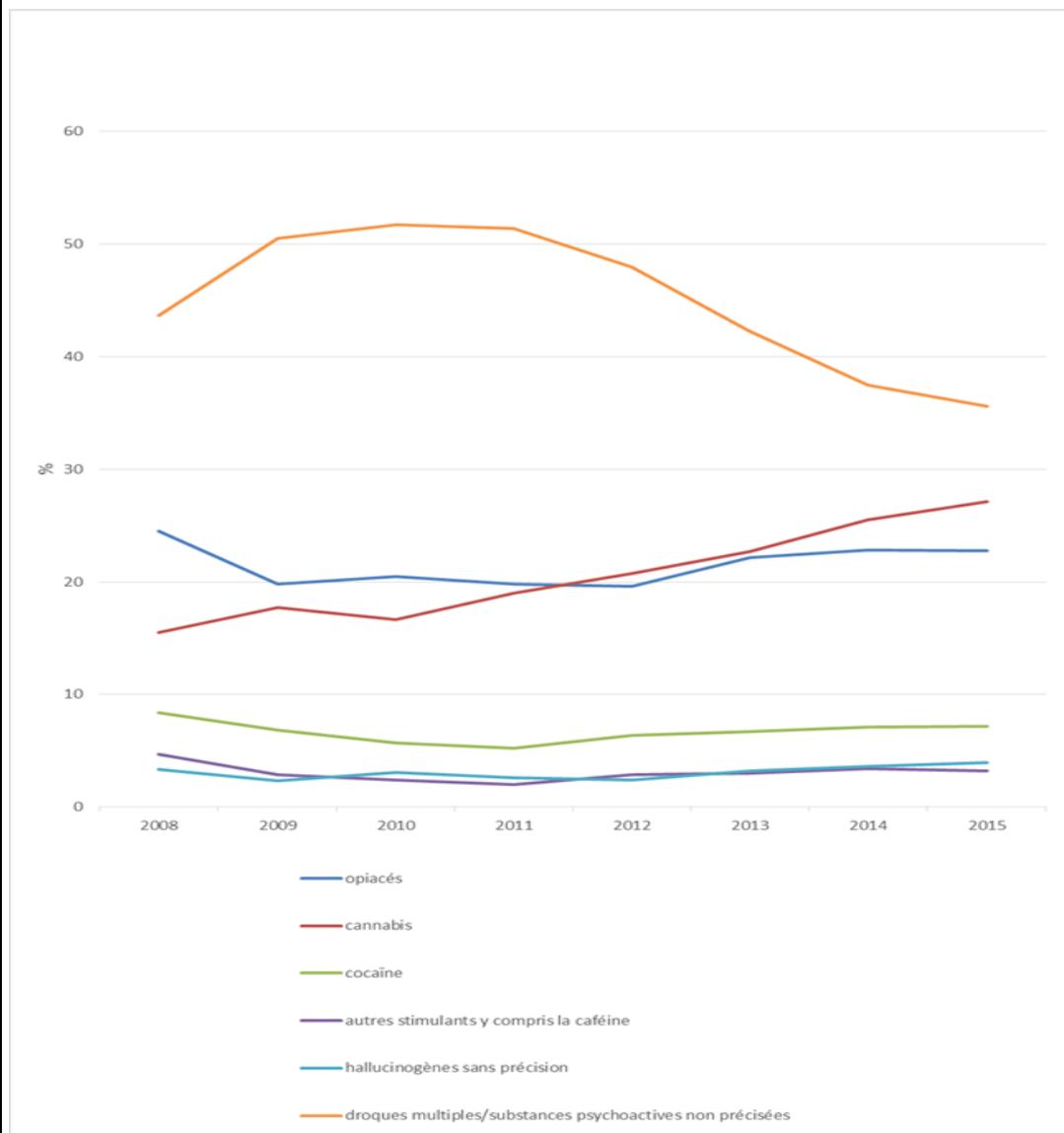
Figure. Répartition par tranches d'âge des personnes ayant eu recours aux urgences pour usage de drogues en 2008 et 2015



Source. Réseau Oscour® (Santé publique France). Exploitation OFDT.

Les substances impliquées dans les recours aux urgences ne sont pas précisées (mélanges ou substances inconnues) pour une partie importante et fluctuante selon les années (variant de 36 % à 52 % des recours) ; par conséquent l'évolution de la répartition des substances doit être considérée avec prudence. L'évolution la plus nette est celle du cannabis, de plus en plus fréquemment en cause dans les recours aux urgences et dont l'implication a dépassé celle des opiacés depuis 2012.

Figure. Évolution de la répartition des substances impliquées dans les recours aux urgences liés à l'usage de drogues de 2008 à 2015



Source. Réseau Oscour® (Santé publique France). Exploitation OFDT.

T.1.2.4 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, bacterial infections, hepatitis A

T.1.3.1 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.

(Suggested title: Main drug-related infectious diseases among drug users – HIV, HBV, HCV)

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.* 2013).

Parmi 1 718 usagers de drogues enquêtés entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot, la séroprévalence de l'Ag HBs a été estimée à 1,4 % [intervalle de confiance (IC) 95 % 0,8–2,5]. Elle varie selon le lieu de naissance en zone de haute (7,6 %, IC 95 % 2,7–19,1), moyenne (2,2 %, IC 95 % 0,8–5,7) et faible (0,7 %, IC 95 % 0,3–1,5) endémicité. Les facteurs indépendamment associés au portage de l'Ag HBs sont être nés dans une zone de moyenne ou de forte endémicité ou rapporté un logement précaire. Les usagers de drogues déclaraient une vaccination contre l'hépatite B pour 47,4 % d'entre eux en zone de haute endémicité, 59,3 % et 62,6 % d'entre eux en zone de moyenne et faible endémicité, respectivement. Ces résultats suggèrent que l'usage de drogues joue un petit rôle dans le portage de l'Ag HBs parmi les usagers nés en zone d'endémicité moyenne à haute et un rôle substantiel pour ceux nés en zone de faible endémicité (Brouard *et al.* 2017b).

Données déclaratives

L'enquête ENa-CAARUD, menée pour la cinquième fois en 2015, a permis d'interroger 3 129 usagers vus au cours d'une semaine donnée dans les CAARUD. En 2015, la majorité des usagers de drogues déclare avoir effectué un des tests de dépistage au moins une fois (89,7 % pour celui du VIH - stable par rapport à 2012 - et 83,2 % pour le VHC – en baisse par rapport à 2012).

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 4,6 % se déclarent séropositifs au VIH et 34,4 % séropositifs au VHC en 2015, chiffre stable par rapport à 2012 (Lermenier-Jeannet *et al.* 2017).

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

En CSAPA, les prévalences déclarées (parmi les injecteurs vie) se situent pour le VIH à 6,5 % et pour le VHC à 44,2 % selon le dispositif RECAP en 2016.

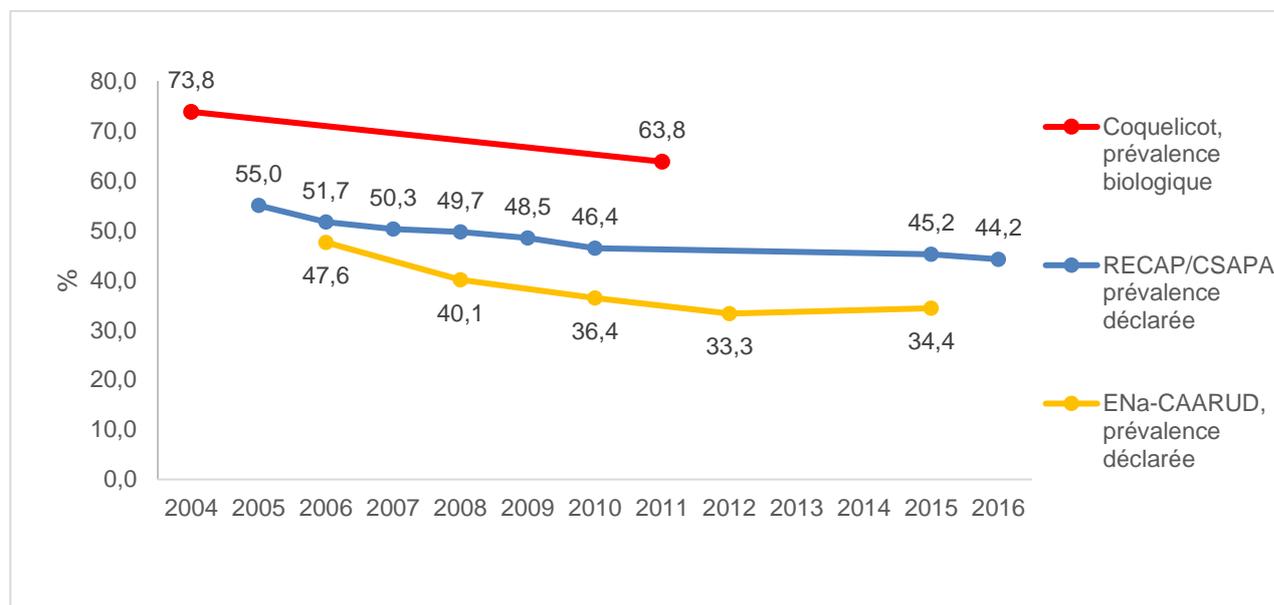
Évolution

Prévalence et incidence 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 (UDI) issus du dispositif RECAP (de 49,7 % en 2008 à 46,4 % en 2010 pour le VHC, stable à près de 8 % pour le VIH) et de l'enquête ENa-CAARUD (de 40,1 % en 2008 à 33,3 % en 2012 pour le VHC, stable à 6,2 % en 2012 contre 7,7 % en 2008 pour le VIH) (Cadet-Tairou *et al.* 2015; Vaux *et al.* 2017). Entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées sont stables, tant pour le VIH que le VHC, tant en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les UDI observée depuis le début des années 2000. L'incidence du VHC parmi les usagers de drogues a été estimée à l'aide d'un modèle mathématique reliant prévalence et incidence. L'incidence du VHC a diminué de 7,9/100 personnes-années (IC 95 % 6,4-9,4) en 2004 à 4,4/100 personnes années en 2011 (IC 95 % 3,3-5,9). Parmi les UDI actifs, cette incidence est multipliée par 2 et a diminué de 15,4/100 personnes années en 2004 (IC 95 % 11,9-19,3) à 11,2/100 personnes années en 2011 (IC 95 % 9,0-19,0) (Léon *et al.* 2017).

Figure. Évolution des prévalences du VHC parmi les usagers de drogues injecteurs



Sources :

ANRS-Coquelicot/InVS : prévalence biologique, UDI au moins une fois au cours de la vie

RECAP/OFDT : prévalence déclarée, UDI au moins une fois au cours de la vie fréquentant les CSAPA

ENa-CAARUD/OFDT : prévalence déclarée, UDI au moins une fois au cours de la vie fréquentant les CAARUD

UDI : usagers de drogues injecteurs

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

T.1.3.2 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.

(Suggested title: Notifications of drug-related infectious diseases)

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

En 2016, 66 usagers de drogues injecteurs (UDI) ont découvert leur séropositivité au VIH, soit 1 % de l'ensemble des découvertes. Il s'agit d'hommes dans 86 % des cas. La proportion de diagnostic à un stade avancé est élevée chez les UDI (43 % contre 27 % parmi l'ensemble des découvertes). Plus de la moitié d'entre eux (59 %) sont nés à

l'étranger, principalement dans l'est et le centre de l'Europe. La part des co-infections par le VHC est de 66 % et celle des co-infections par le VHB de 15 % chez les UDI dont la séropositivité a été découverte en 2016, 6 % d'entre eux ont une co-infection par une infection sexuellement transmissible bactérienne (Cazein *et al.* 2017; Santé publique France 2017).

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les UDI est estimé à 38 en 2016, soit 4,0 % de l'ensemble des cas (Santé publique France 2018). Enfin, 36 décès de personnes atteintes de sida sont survenus parmi les UDI, soit 18 % de l'ensemble des décès au stade sida.

Les causes de décès parmi les UDI séropositifs au VIH décédés en 2010 se répartissent en causes hépatiques (24,3 %), en cancers non classant sida et non liés aux hépatites virales (21,2 %), en atteintes cardiovasculaires (13,2 %), sida (10,1 %), infections (9 %) et autres causes (22,2 %). Le sida reste la première cause de décès parmi les hétérosexuels étrangers (43 %) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (33 %) séropositifs décédés en 2010 (Enquête ANRS-EN20-Mortalité 2010) (Lert *et al.* 2016).

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).

Évolutions

Le nombre annuel de découvertes de séropositivité parmi les UDI est stable depuis 2008 après une forte baisse de 2003 (date à laquelle a débuté la notification obligatoire du VIH) à 2008 (OFDT 2018c).

Le nombre de nouveaux cas de sida est stable depuis 2014. Après une baisse particulièrement prononcée du nombre de nouveaux cas de sida chez les UDI 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, puis encore plus faible jusqu'en 2016 (OFDT 2018b). 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.

L'introduction des traitements par trithérapie en 1996 a permis de diviser par quatre le nombre de décès au stade sida chez les UDVI entre 1994 et 1997. Puis, le nombre de décès a poursuivi sa baisse mais à un rythme plus lent, parallèlement à une nette diminution de la prévalence du VIH chez les UDVI. Il est à présent sous le seuil de 100 décès par an depuis 2009 (OFDT 2018a).

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.

T.1.3.3 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)

Chiffres sur la prévalence des maladies infectieuses liées aux drogues provenant d'autres sources

Une étude menée à Paris et en Île-de-France entre 2011 et 2013 montre que les usagers de drogues russophones pris en charge dans les CAARUD, qui représentent un tiers de la file active dans certaines de ces structures, présentent une séroprévalence de l'hépatite C particulièrement élevée (près de 9 usagers sur 10), une pratique de l'injection et une consommation d'opiacés plus répandues que les francophones (Jauffret-Roustide *et al.* 2017).

L'étude multicentrique Hepcort menée entre 2011 et 2015 chez 732 patients séronégatifs vis-à-vis du VHC et traités par des médicaments de substitution aux opiacés suivis en ville par leur médecin généraliste a montré un très faible nombre de séroconversions à l'hépatite C (5 cas) (Aknine *et al.* 2018).

*T1.3.4 Optional Please comment on available behavioural data (e.g. sharing, slamming...) Where appropriate please provide links to the original studies.
(Suggested title: Drug-related infectious diseases - behavioural data)*

Maladies infectieuses liées aux drogues – données comportementales

Parmi les UDI, le partage des seringues et du petit matériel semble être en augmentation entre 2012 et 2015. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2015, 14,5 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent contre 8,3 % en 2012, un sur quatre a partagé au moins un élément du petit matériel contre 1 sur 5 trois ans auparavant (tableau ci-dessous), les femmes plus que les hommes quel que soit le matériel (Lermenier-Jeannet *et al.* 2017). Par ailleurs, en 2012, 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-Tairou *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 2015**

	Hommes N = 1 182	Femmes N = 293	Ensemble N = 1 475
Seringues	14,0 %	15,9 %	14,5 %
Eau de préparation	18,4 %	28,6 %	20,4 %
Eau de rinçage	9,6 %	17,0 %	11,1 %
Cuillères, récipients	18,0 %	27,5 %	19,9 %
Cotons/Filtre	14,8 %	22,1 %	16,2 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	22,4 %	32,3 %	24,4 %
Au moins un matériel (y compris seringue)	24,2 %	34,0 %	26,2 %

* Chiffres ajustés par rapport au WB 2017

Source : ENa-CAARUD 2015 (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 (Jauffret-Roustide *et al.* 2013).

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)

Informations supplémentaires sur les maladies infectieuses liées aux drogues

En 2011, en France métropolitaine, le nombre total de personnes ayant une infection chronique (ARN VHC) était estimé à 192 700, soit une prévalence de 0,42 %. En 2014, avant la mise à disposition des antiviraux d'action directe (AAD), cette population était estimée à 175 000 (Razavi *et al.* 2014).

Entre 2014 et mars 2018, 60 000 patients ont été traités et guéris par les AAD. Début 2018, 110 000 personnes sont encore à traiter, parmi lesquelles entre 58 000 et 69 000 ignorent leur infection (Brouard *et al.* 2017a; Roudot-Thoraval 2018).

T1.4 Other drug-related health harms

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

Please structure your answers around the following question.

T.1.4.1 Optional. Please provide additional information on other drug-related health harms including co-morbidity. (Suggested title: Other drug-related health harms)

Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

La visibilité des problèmes sanitaires liés au cannabis semble croissante. Ces problèmes sont évoqués par tous les sites du dispositif TREND de l'OFDT et touchent un public plutôt inséré, qu'il s'agisse de personnes tentant un sevrage ou d'autres ne parvenant plus à maîtriser leur consommation malgré des troubles de la mémoire ou de la concentration. On note en 2017 des mentions inhabituelles de la part des professionnels sanitaires interrogés dans le cadre de TREND de cas de syndromes d'hyperémèse cannabique (SHC). En pratique, il s'agit de crises cycliques de vomissements aigus et intenses, accompagnées de douleurs abdominales, survenant sans facteur déclenchant identifié chez des usagers chroniques de cannabis. Uniquement calmée par des douches chaudes, la phase aigüe se poursuit quelques jours mais peut être précédée et prolongée par des nausées chroniques. Peu connu, de cause non déterminée et non identifiable par des examens, ce syndrome est à l'origine d'errances diagnostiques. Parallèlement, le dispositif d'addictovigilance reçoit des signalements de ces cas depuis 2013 avec une nette augmentation à partir de 2016 (Marillier *et al.* 2017; Schreck *et al.* 2018).

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.

Please structure your answers around the following questions.

T1.5.1 Please summarise the main harm reduction-related objectives of your national drug strategy or other relevant policy documents (cross-reference with the Policy workbook). Include public health policies, strategies or guidelines relevant to the prevention and control of health-related harms, such as infectious diseases among PWID (e.g. HIV and hepatitis action plans or national strategies), and national strategies regarding the prevention of drug-related deaths. Trends: Please comment on current trends regarding these policies.
(Suggested title: Drug policy and main harm reduction objectives)

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.

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). Il a été actualisé en 2016 (Dhumeaux *et al.* 2016). 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.

Parmi les priorités de la politique de prévention figure une action forte : l'élimination de l'hépatite C à l'horizon 2025 en France (l'objectif de l'OMS au niveau mondial est 2030). Pour parvenir à cet objectif, 3 actions principales sont mises en œuvre : le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs en favorisant les réseaux ville-hôpital ; le renforcement du dépistage de proximité par les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC et VHB ; le renforcement de la prévention par des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé (Direction générale de la santé 2018).

Au cours de l'année 2017, le remboursement des antiviraux d'action directe (AAD) (pris en charge par l'Assurance maladie à 100 %) a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique quel que soit le stade de fibrose [[Instruction n°2017-246 du 3 août 2017](#)]. Les personnes à risque élevé de transmission du virus (usagers de drogues avec échange de matériel, personnes détenues, femmes en désir de grossesse) bénéficiaient déjà d'une prise en charge des AAD à 100 % par l'Assurance maladie depuis août 2016 [[Arrêté du 10 juin 2016](#) et [Instruction n°2016-246 du 28 juillet 2016 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux d'action directe \(NAAD\)](#)]. Auparavant, seules les personnes avec une hépatite chronique sévère (score de fibrose ≥ 2) et/ou co-infectées avec le virus du VIH bénéficiait une prise en charge des AAD par l'Assurance maladie.

La prescription des AAD est hospitalière et réservée aux spécialistes en hépato-gastro-entérologie, en médecine interne ou en infectiologie. La tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire n'est plus systématiquement nécessaire avant l'initiation d'un traitement par AAD. Elle reste préconisée dans les cas complexes [[Instruction n°2017-246 du 3 août 2017](#)]. Depuis mars 2018, plusieurs AAD (Marivet[®], Eplclusa[®], Socaldi[®], Harvoni[®], Vosevi[®]) sont disponibles en pharmacie d'officine, les autres traitements n'étant disponibles qu'en pharmacie hospitalière. Le prix d'une cure (de 8 à 12 semaines selon l'association d'AAD) par un traitement pangénotypique s'élève à près de 30 000 euros TTC. De plus, à l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites virales organisée par le Ministère des solidarités et de la santé, le directeur général de la santé a annoncé que la prescription des traitements curatifs par AAD pourra se faire par les médecins généralistes pour les patients ne présentant pas de comorbidités hépatiques (Salomon 2018). Le dépistage reste à améliorer pour les personnes n'en ayant jamais bénéficié (30 % des personnes infectées n'ont pas de facteurs de risque) et à redynamiser et intensifier pour les personnes à risque (comportements à risques - UDI, slam -, migrants, détenus, malades suivis en psychiatrie).

L'Association française pour l'étude du foie a formulé des recommandations en mars 2018 pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France, autour de deux axes : le traitement universel et le dépistage universel (AFEF 2018). Elle propose un algorithme de prise en charge avec la mise en place d'un parcours de soins simplifié permettant une prise en charge de proximité.

Un guide méthodologique destiné à renforcer l'accès au dépistage et aux soins des hépatites virales s'adressant à tous les professionnels socio-éducatifs, paramédicaux et médicaux du dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA, services hospitaliers d'addictologie...) a été élaboré par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité

sociale et présenté à l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites virales (Hoareau and Reynaud-Maurupt 2018). La sensibilisation au dépistage doit être un axe majeur d'action au sein des structures et hors les murs en allant au-devant des personnes. Ainsi pour les usagers de drogues fréquentant les CSAPA ou les CAARUD, la proposition du dépistage devrait être systématisée (avec les TROD combinés VHC-VHB-VIH, les buvards et le Fibroscan®) et les consultations avancées d'hépatologie démultipliées à l'exemple du parcours santé Ile-de-France.

Un livre blanc sur l'accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C synthétise et complète les rapports précédents et permet d'accompagner les intervenants vers une prise en charge facilitée, plus intégrée, plus ciblée sur les publics particulièrement concernés/vulnérables. Il vient aider les intervenants de tous domaines à coordonner leur pratique, pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie en 2025 en France (Delile *et al.* 2018).

Concernant la prévention de l'hépatite B, la vaccination de tous les nourrissons est obligatoire depuis janvier 2018. Cette mesure figure dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des solidarités et de la santé 2017).

La stratégie nationale de santé sexuelle (agenda 2017-2030) (Ministère des affaires sociales et de la santé 2017), qui s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé (en particulier avec son objectif « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité »), propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive qui vise notamment à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030 et à atteindre l'objectif des « 95-95-95 » d'ici 2020 : faire en sorte que 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité aient accès au traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée. L'axe 4 s'attache à répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, parmi lesquelles figurent les personnes usagères de drogues. La feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle (2018-2020) préconise d'organiser annuellement et localement des campagnes spécifiques de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST, y compris « hors-les-murs » vers les populations clés parmi lesquelles figurent les UDI (action n°4) (Ministère des solidarités et de la santé 2018) conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS 2017).

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018) prévoit d'améliorer l'offre en matière de RdRD :

- en adaptant le cadre de référence pour les acteurs de la RdRD
- en adaptant l'offre aux besoins
- en poursuivant l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque
- en prévenant les surdoses

(voir le workbook Politique et stratégie nationale pour les grandes lignes de ce plan)

T1.5.2 Please describe the structure of harm reduction service organisation in your country, including funding sources. Describe the geographical coverage. 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. Trends: Please comment on trends regarding harm reduction service organisation. (Suggested title: Organisation and funding of 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 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 : 8 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA. Concernant la répartition géographique des CAARUD au niveau national, les structures sont fortement concentrées dans les communes de grande taille. Ainsi, Paris, Lille et Marseille réunissent un nombre important de structures (respectivement 9, 6 et 5 CAARUD). Deux autres centres urbains, Bayonne et Nîmes, disposent de 3 structures et une dizaine d'autres agglomérations urbaines sont pourvues de 2 CAARUD (Avignon, Bordeaux, Lyon, Metz, Montpellier, Mulhouse, Nancy, Nice, Rouen et Toulouse). Les communes restantes concernées (une centaine) sont équipées d'un seul CAARUD.

Activité de RdRD des CAARUD

En 2015, 146 CAARUD sont recensés sur le territoire français dont six d'entre eux sont implantés dans les départements d'outre-mer. Les CAARUD sont très majoritairement financés par l'Assurance maladie, conformément au Code de l'action sociale et de la famille (art. L. 314-3-3). La dotation versée aux structures situées en France métropolitaine en 2015 représente environ 45,5 millions d'euros et près de 500 000 € pour les structures situées dans les départements d'outre-mer. En moyenne, elles reçoivent une dotation de fonctionnement de 1 000 € pour 1 000 habitants âgés de 20 à 74 ans en France métropolitaine. Les structures implantées dans les départements d'outre-mer reçoivent en moyenne près de 400 € pour 1 000 habitants. Rapporté à la file active des CAARUD, l'enveloppe ne représente qu'un peu plus de 100 € par usager fréquentant le dispositif contre 600 € environ en moyenne pour les structures de l'Hexagone.

La quasi-totalité des CAARUD accueillent leur public dans un local fixe ou dans une unité mobile. Le mode de fonctionnement le plus habituel des CAARUD reste le local fixe (74 %) et la moitié d'entre eux disposent d'un accueil mixte (les deux lieux à la fois). En 2015, la file active annuelle des CAARUD est estimée à près de 75 000 personnes. S'agissant des nouveaux usagers accueillis en 2015, leur part représente 32 % dans les lieux d'accueil fixe et 28 % dans les unités mobiles, soit respectivement près de 14 000 et 4 000 personnes. La part des publics féminins est minoritaire, les femmes représentant 18 % des populations

accueillies dans les locaux des CAARUD et 22 % des publics suivis dans le cadre des unités mobiles, soit 7 000 et 3 000 femmes respectivement.

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. Ainsi, en 2015, les actes le plus fréquemment réalisés concernent le maintien d'un lien social ou l'écoute (40 %), la réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité (22 % des actes réalisés) et la réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base) qui représentent 18 % du total. Les actes relatifs aux soins et à l'accès aux droits sont relativement moins nombreux (6 % et 5 % respectivement). L'accès au dépistage des maladies infectieuses et aux vaccinations, l'accès au logement et à la formation occupent une place très marginale dans les interventions (entre 1 % et 2 %). En 2015, l'accès au dépistage gratuit de l'hépatite B et C dans l'année a concerné un peu moins d'une trentaine de personnes fréquentant les structures de RdRD. Les variations d'un CAARUD à un autre sont importantes. Par ailleurs, tandis que les structures ayant fait bénéficier leurs publics d'un dépistage gratuit des hépatites semblent majoritaires (plus de 70 % pour l'hépatite C et 60 % pour l'hépatite B), l'accès à la vaccination anti-VHB apparaît très faible (seule une petite minorité de structures semblent le proposer).

Les modalités d'intervention sont assez homogènes. En 2015, la quasi-totalité des CAARUD a proposé aux usagers des démarches d'orientation et des projets d'accompagnement (99 % et 97 % respectivement). S'agissant des modalités pratiques d'intervention, l'entretien individuel s'est révélé être de très loin la pratique la plus habituelle (99 %) et près de neuf CAARUD sur dix (85 %) ont proposé des ateliers (photo, théâtre, journal). Enfin, un peu plus d'un tiers des structures ont organisé des groupes d'entraide et d'auto-support (43 %).

La médiation sociale occupe une place importante également dans les activités des structures de RdRD. En 2015, les professionnels de CAARUD ont mené des actions visant à favoriser l'acceptation des lieux au quotidien auprès des autorités locales (82 % des structures), des riverains (72 % des structures) et de la police (62 % des structures). De plus, huit structures sur dix (83 %) ont rencontré des partenaires du réseau sanitaire afin de faciliter les orientations vers la médecine de ville et l'implication des pharmacies dans les programmes d'échanges de seringues (PES) (Díaz Gómez 2018).

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 complément des activités d'accueil, d'accompagnement et d'orientation, les équipes peuvent également intervenir à l'occasion de manifestations musicales ponctuelles (teknivals, festivals, concerts) auprès des publics fréquentant le milieu festif. En 2015, sept structures sur dix (68 %) ont assuré ce type d'intervention, réalisant en moyenne neuf sorties par an. Pour mener leurs actions de prévention, les structures déploient des stands permettant de diffuser des brochures et des flyers d'information et de distribuer du matériel de RdRD adapté aux consommations en milieu festif. Ils peuvent installer également des lieux de repos (*chill-out*) qui sont mis à disposition des usagers. Le nombre médian d'interventions individuelles des équipes auprès des usagers de drogues est d'un peu plus de 150 par sortie. 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, notamment en milieu festif.

T1.5.3 Please comment on the types of harm reduction services available in your country provided through low-threshold agencies and drug treatment facilities on access and scale of provision and the scale of provision, including interventions reported to the EMCDDA in SQ23/ST10. Please structure your answer to include services targeting at preventing drug-related emergencies and deaths and drug related infectious diseases. If available, address.

- a) Emergency response training (settings, target groups) and naloxone distribution;
- b) Supervised drug consumption facilities;
- c) Post-release / transition management from prison to community provided by drugs facilities;
- d) Injecting equipment and drug use paraphernalia (including non-injecting: foil, pipes, straws);
- e) Integrated mental health and/or medical care service provision at drugs facilities:
 - Vaccination
 - Testing
 - Infectious diseases treatment and care
 - Mental health assessment.
- f) *Optional. Interventions to prevent initiation of injecting; to change route of administration of drugs; safer sex counselling, condom promotion among PWID, prevention of STIs*

Réduction des risques

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

a) Programme de distribution de naloxone

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone en France, la Commission des stupéfiants et psychotropes s'est prononcé 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 Nalscuc® (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. Depuis mai 2017, la dispensation de kits de naloxone est aussi autorisée en CAARUD. La spécialité Nalscuc® (naloxone 0,9 mg/0,1 ml) a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017.

D'août 2016 à décembre 2017, 343 médecins se sont inscrits dans le dispositif d'ATU de cohorte (parmi lesquels 166 ont inclus au moins 1 patient), 302 pharmaciens ou médecins responsables de la dispensation se sont inscrits, 1 623 patients ont été inclus, 1 057 kits de Nalscuc® ont été distribués. Sur la période considérée, 23 personnes ont reçu Nalscuc® : 21 personnes ayant fait une surdose (5 patients inclus dans l'ATU et 16 tierces personnes) et 2 patients inclus dans l'ATU qui se sont auto-administré Nalscuc® sans symptômes de surdose et qui ont développé des effets liés à un sevrage aux opioïdes. Aucun effet indésirable n'a été signalé chez les personnes ayant reçu Nalscuc®. L'ATU a pris fin le 8 janvier 2018 (ANSM and INDIVOR UK Ltd 2018). La commission de la transparence de la HAS a donné un avis favorable à l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux

assurés sociaux (avec un taux de remboursement proposé de 65 %) et sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités (HAS 2018).

b) Les salles de consommation à moindre risque

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (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](#)].

Cet article 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, majeurs, 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.

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'Institut national de la santé et de la recherche médicale (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.

La salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Paris [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du CAARUD Gaia](#)] est ouverte depuis le 17 octobre 2016. Elle est située dans le quartier de la gare du Nord, aux alentours de laquelle une scène de consommation de drogues s'était développée depuis une dizaine d'années. La salle, implantée dans un bâtiment de l'hôpital Lariboisière, mais disposant d'une entrée séparée, est ouverte 7 jours sur 7 de 13h30 à 20h30 et dispose d'une salle d'accueil, de douze places pour l'injection (20 minutes maximum par injection), quatre pour l'inhalation (30 minutes maximum par inhalation), d'un box réservé à l'éducation aux risques liés à l'injection, d'une salle de repos, de bureaux de consultation sociale et médicale, et d'une salle d'activités d'insertion. Cinq intervenants au minimum sont présents en même temps. L'équipe est composée d'un chef de service (1 équivalent temps plein - ETP), d'éducateurs (13 ETP), d'infirmiers (7 ETP), d'un médecin (0,5 ETP plus une vacation par semaine d'un médecin psychiatre), d'un assistant social (1 ETP), d'un poste administratif (0,5 ETP), de travailleurs pairs et de bénévoles ainsi que d'un agent de médiation (personnel de sécurité, 2 ETP).

D'octobre 2016 à décembre 2017, la SCMR a accueilli 903 personnes différentes, elle a enregistré 76 120 passages dont 54 864 injections. Le nombre d'usagers accueillis semble se stabiliser en moyenne à 165 passages par jour avec un pic à plus de 200 passages par jour. Les deux substances le plus consommées sont le Skénan® (sulfate de morphine), injecté lors de 47 % des passages, et le crack inhalé (28 % des passages) ou injecté (10 %). L'injection de BHD est plus rarement constatée (7 % des passages), autant que celle de méthadone (seule dans 5 % des passages et associée au crack en injection dans 2 %). L'héroïne est consommée en intraveineuse dans 1,5 % des passages.

Soixante-seize malaises ou surdoses sont survenus, nécessitant l'appel du service d'accueil des urgences (SAU) ou la réanimation à 34 reprises. Le Narcan® a été administré dans 5 cas à la SCMR et une fois au SAU. La salle propose des consultations médicales ou infirmières (527 consultations médicales ont été réalisées pour 244 usagers différents et 1 156 actes infirmiers pour 288 usagers, 70 accompagnements physiques en consultations, hospitalisations et pour examens, 40 vaccinations - grippe et hépatite A), des consultations sociales (1 152 consultations effectuées pour 243 usagers différents, 200 usagers ont bénéficié des permanences hebdomadaires de la caisse primaire d'Assurance maladie et 165 accompagnements physiques pour des démarches sociales et judiciaires ont été effectués) et un dépistage du VIH, VHC et VHB. Quatre-vingt-seize TROD pour le VIH (dont 3 étaient positifs), 75 TROD pour le VHC (dont 13 étaient positifs), 36 tests sur papier buvard (dont 19 positifs pour l'ARN VHC et 1 pour le VIH) et 27 Fibroscan® (appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement) ont été réalisés. Enfin, 7 patients ont bénéficié d'un traitement de l'hépatite C. Les maraudes ont été renforcées (9 par semaine dont 2 le matin), permettant 3 842 contacts avec des usagers, le ramassage des seringues et les réponses aux sollicitations des riverains. Dans un but d'information et de médiation, la salle organise régulièrement des matinées portes ouvertes pour le public (Avril 2017; Avril 2018).

La seconde SCMR, dirigée par l'association Ithaque [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du CAARUD Ithaque](#)], a ouvert à Strasbourg le 7 novembre 2016. Elle est ouverte de 13h à 19h, 7 jours sur 7 et est située sur le site de l'hôpital Civil. La salle est composée de quatre espaces principaux : un espace d'accueil, une salle d'attente, un espace de consommation avec six places d'injection, quatre places d'inhalation et deux places de sniff et une salle de repos. À ces espaces s'ajoutent 3 bureaux dédiés aux consultations médicales, avec le psychologue ou un travailleur social ou à des entretiens individuels. Entre son ouverture et le 31 octobre 2017, la salle a accueilli 391 usagers différents, dont 254 usagers de l'espace de consommation, soit 50 à 80 passages par jour. La cocaïne est le premier produit consommé (37 %) devant le Skénan® (26 %), l'héroïne (15 %), la buprénorphine (15 %), le crack-free base (4%) et le speedball (2 %). Parmi les usagers, 51 % bénéficient d'un TSO prescrit. Les modes de consommation sont l'injection (dans 85 % des cas), la voie fumée (8 %), le sniff (5 %) et l'inhalation (2 %). Quatre surdoses ont nécessité l'intervention des secours, toutes avec une évolution favorable. Concernant les maladies infectieuses, 20 % des usagers sont séropositifs au VHC, 2,5 % au VHB et 1,3 % au VIH. En matière de dépistage, 183 TROD ont été effectués (76 VIH, 68 VHC et 39 VHB) ainsi que 48 Fibroscan® amenant à la découverte de 13 sérologies positives au VHC (dont 7 inconnues des usagers concernés) et aucune découverte de séropositivité au VIH, ni au VHB. Le programme d'échange de seringues de la salle a délivré 88 000 seringues (Association Ithaque 2017; Bader 2018).

Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 prévoit de poursuivre l'adaptation des dispositifs déjà autorisés pour les renforcer et surmonter les éventuelles difficultés rencontrées. Le plan envisage aussi l'ouverture d'autres structures pour répondre à des besoins non couverts y compris en Ile-de-France.

c) Mesures de réduction des risques et des dommages pour les sortants de prison

Voir c) de T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017 et T1.3.2 du workbook Prison 2018.

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

Depuis 1987, les seringues sont vendues librement en officine de pharmacie (sans ordonnance). Les kits d'injection (Stéribox[®]) sont également commercialisés en pharmacie (depuis 1994) et distribués par l'intermédiaire des automates (depuis 1995) afin de favoriser l'accès aux seringues. Les seringues et les kits d'injection sont également distribués par les CAARUD (depuis 2006) et les CSAPA (depuis 2008). Cette offre de matériel est complétée par le matériel d'injection distribué dans le cadre du programme de RdRD à distance, lancé en 2011.

Le matériel de prévention s'est ouvert progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack) ou par exemple, des 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.

L'offre de matériels d'injection repose sur les quatre modalités de distribution suivantes :

- Distribution par les CAARUD et les CSAPA et les pharmacies d'officine partenaires
- Ventes de kits d'injection en pharmacie sous forme de Stéribox[®] et ventes de seringues stériles à l'unité
- Distribution des seringues via des automates (hors réseau CAARUD/CSAPA)
- Programme d'échange de seringues par voie postale

Toutes modalités d'offres réunies, la distribution de matériel d'injection est estimée à 11,9 millions de seringues en 2015.

d.1) Distribution du matériel de prévention stérile à usage unique par les CAARUD et les CSAPA

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 et de matériel stérile de prévention (voir tableau ci-après). En 2015, la contribution des CAARUD à la mise à disposition des outils de RdRD représente 7,3 millions de seringues.

*Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile par le réseau des CAARUD (en milliers d'unités) en 2015**

Matériel d'injection	
Seringues à l'unité	4 700
Seringues en trousse par automates	500
Seringues en trousse par l'équipe	1 100
Seringues en trousse par le réseau de pharmacies	1 100
Nb total seringues distribuées	7 300
Aiguilles	300
Cupules stériles	2 500
Filtres stériles	1 400
Eau (fioles de 5 ml)	2 700
Tampons alcoolisés	2 800

Matériel de sniff	
Carnets de roule-ta-paille	700
Sérum physiologique	200
Autre matériel sniff	14
Kit sniff	2
Matériel pour inhalation de crack	
Doseurs	140
Embouts	60
Lames	20
Filtres crack	100
kits inhalation	20
Matériel de prévention des IST	
Préservatifs masculins	850
Préservatifs féminins	40
Gel lubrifiant	270
Autres matériels de prévention	
Ethylotests	40
Bouchons à oreilles	30
Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	50
Brochures, flyers (équipes CAARUD)	150

Source : *Rapports d'activité 2015 des CAARUD (DGS – exploitation OFDT)*

* Ce tableau présente les matériels de RdRD délivrés par les équipes des structures et via des automates du réseau CAARUD mais aussi par l'intermédiaire des pharmacies partenaires. Il ne recense pas les matériels fournis hors dispositif CAARUD.

Depuis 2008 [[Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA](#)], les CSAPA ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de RdRD à destination du public qu'ils prennent en charge. En 2015, les CSAPA ont distribué au total approximativement 430 000 seringues. Plus précisément, 104 000 trousse d'injection contenant 2 seringues ont été distribuées par 127 centres, soit environ un tiers des CSAPA en ambulatoire existants. Un nombre deux fois moins important de centres ont distribué des seringues de 1 cc (environ 170 000 seringues) et seuls 39 CSAPA ont distribué des seringues de 2 cc (55 000 seringues).

d.2) Vente de seringues en pharmacie

La vente de seringues en pharmacie sous forme de Stéribox® représente le deuxième plus important vecteur de distribution de matériel stérile d'injection. La transmission des données étant interrompue entre 2012 et 2015, seules les ventes de Stéribox® à partir de l'année 2016 sont connues. Depuis que la transmission de données a été rétablie, on constate une diminution d'un quart des ventes en 5 ans. En 2017, cette tendance à la baisse ne s'est pas atténuée. Ainsi, le nombre de seringues vendues en officine sous forme de Stéribox® est passé de 4,5 millions en 2011 à 3,35 millions en 2016.

d.3) Distribution des seringues via des automates (hors réseau CAARUD/CSAPA)

Les structures spécialisées en addictologie ne sont pas les seuls acteurs à diffuser du matériel de prévention par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD/CSAPA 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 2015, un peu plus de 600 000 seringues ont été diffusées par l'intermédiaire des

automates hors réseau CAARUD/CSAPA (Duplessy 2015). La distribution de matériel de prévention par ce moyen vise à assurer l'anonymat et l'accès aux outils 24h/24. L'ensemble du parc d'automates (réseau CAARUD/CSAPA et autres opérateurs) est évalué à près de 300 distributeurs automatiques de trousse de prévention en activité, implantés dans environ la moitié des départements français. Le dispositif demeure fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (Annuaire des automates 2016, données de l'association SAFE).

d.4) 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 délivrées dans le cadre du programme d'échange de seringues (PES) par envoi postal. Un peu plus d'un millier d'utilisateurs ont bénéficié du programme depuis son lancement en 2011. Les motivations des usagers à l'égard de ce dispositif sont principalement : l'éloignement géographique, des horaires inadaptés du dispositif de RdRD, le besoin de matériel spécifique non disponible en CAARUD ou en CSAPA, la recherche d'anonymat, les difficultés pour l'utilisateur d'évoquer une pratique d'injection d'un MSO,... (De Postis 2013; Duplessy and Pourchon 2015).

e) Offre de soins en CSAPA et CAARUD

Voir e) de T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

f) 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). Comparés aux usagers de drogues (UD) qui ont injecté pour la première fois avant 1995, ceux ayant injecté pour la première fois sur la période 2006-2010 ont plus souvent expérimenté d'autres substances avant la première injection. Lors de cette première injection, ils étaient plus âgés (21 ans versus 18 ans pour les UD ayant injecté pour la première fois avant 1987) et ont plus souvent injecté seul, sans l'aide ou la présence d'un autre individu. La substance injectée était le plus souvent de l'héroïne (Cadet-Tairou 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). Il a été adapté et modélisé pour la France entre 2012 et 2014 par l'INPES (désormais intégré à Santé publique France). L'objectif est de travailler sur les attitudes des UDI 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 mené par un intervenant professionnel formé. 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). L'évaluation de l'intervention, menée par le RESPADD en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, a permis de montrer qu'il était possible de mettre en œuvre « Change le programme » dans les CAARUD. Toutefois, l'intervention a révélé des tensions au sein des CAARUD entre approche collective et approche individuelle d'une part, et entre objectifs sociaux et objectifs sanitaires d'autre part. De plus, cette intervention ne s'inscrit pas dans une logique majoritaire visant à accompagner l'injection et à la rendre plus sûre. En ce qui concerne les résultats, « Change le Programme » a permis d'apporter les changements attendus au niveau des comportements, des perceptions et des intentions à trois mois, bien que modestes comme souvent dans les interventions psycho-comportementales (Michels *et al.* 2017). Toutefois, l'intervention pourrait être rendue plus efficace en intégrant un suivi à mi-parcours (par exemple avec un deuxième entretien pour faire un rappel avec le participant – l'utilisateur – des idées et des messages abordés lors de l'entretien initial). Néanmoins, ce type d'approche ne peut pas influencer les conditions macro-structurelles et structurelles qui jouent sur le passage à l'injection (type de produits injectés, situation du marché, présence de lieux ouverts ou concentrations d'injecteurs, pauvreté des usagers, rapports sociaux et entre les sexes, etc.) et qui représentent des environnements défavorables et des facteurs de risque supplémentaires pour le passage à l'injection des usagers non injecteurs (Werb *et al.* 2016).

g) Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection

Voir g) de T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

¹ Les trousseaux, ou kits de prévention, sont destinés 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.

T1.5.4 Trends: Please comment on current trends regarding harm reduction service provision. (Suggested title: Harm reduction services: availability, access and trends)

Trends: Syringe trends: Please comment on the possible explanations of short term (5 years) and long term trends in the numbers of syringes distributed to injecting drug users, including any relevant information on changes in specific sub-groups, and changes in route of administration.

En France, les deux principaux vecteurs de distribution de seringues sont les CAARUD et les officines de pharmacie. Ils distribuent ensemble 90 % des seringues mises à disposition auprès des usagers de drogues injecteurs. Ces deux sources de données agrégées semblent refléter une légère hausse dans l'évolution entre 2008 et 2015 du volume total de seringues distribuées. La baisse des ventes de seringues en pharmacie est compensée par une plus forte hausse des seringues distribuées en CAARUD. Cette évolution doit être interprétée cependant avec précaution, à cause de nombreuses ruptures des données au cours de la période observée.

Par ailleurs, les CSAPA ont l'obligation de délivrer du matériel de RdRD depuis 2008 mais aucune donnée n'a été collectée jusqu'en 2014. Depuis, l'approvisionnement des outils de prévention par les CSAPA suit une évolution plutôt stable (390 000 seringues en 2014, contre 430 000 en 2015 et 2016).

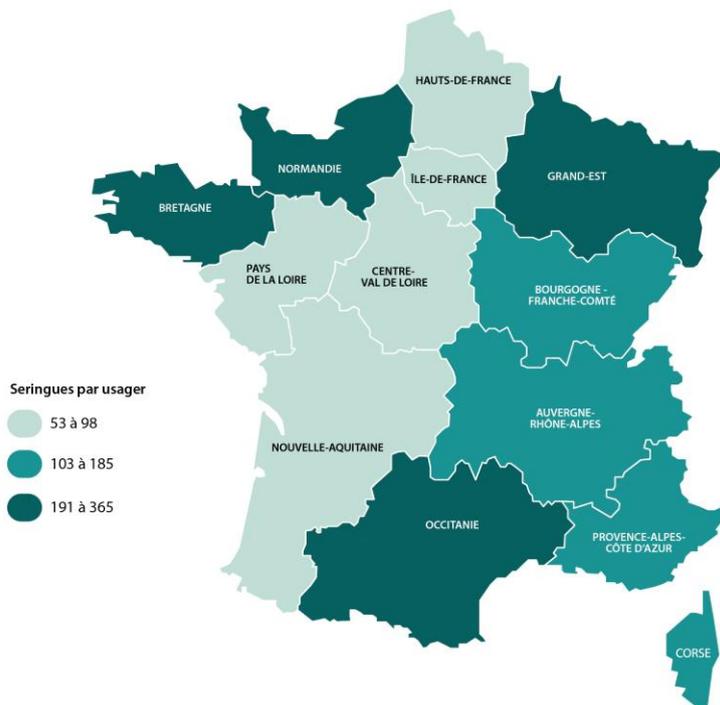
Pour les deux autres sources qui viennent compléter le dispositif d'offre nationale du matériel de RdRD, on observe que la distribution de seringues par automates reste relativement stable depuis 2008 et que le PES postal suit depuis son lancement, une tendance à la hausse vertigineuse (variation d'environ + 400 % entre 2012 et 2016) mais ces modes de distribution ne représentent respectivement que 4 % et 2 % du volume total.

Les données disponibles suggèrent ainsi une légère évolution à la hausse mais le volume total de seringues distribuées en France semble pourtant insuffisant, ne permettant pas d'assurer la bonne couverture de seringues pour usager injecteur (seuil de bonne couverture > 200 seringues par usager injecteur).

Rappelons qu'en 2015, l'OFDT a estimé à 100 000 le nombre d'injecteurs au cours de l'année. Comparée aux estimations avancées pour l'année 2006, la prévalence de l'injection au cours du mois demeure stable, les prévalences françaises restant en-deçà des niveaux moyens européens (Costes 2009; Janssen 2016; Janssen 2017). Ainsi, on peut estimer qu'environ 115 seringues ont été distribuées par usager injecteur en 2015, soit un niveau de distribution de seringues considéré comme moyen selon les seuils de couverture proposés par l'EMCDDA (distribution d'entre 100 et 200 seringues par usager injecteur au cours des 12 derniers mois). À l'échelle régionale, on observe que le niveau de distribution de seringues est faible dans cinq des treize régions françaises en métropole : Hauts-de-France, Île-de-France, Centre-Val de Loire, Pays de-la-Loire et Nouvelle Aquitaine (Díaz Gómez 2018; Janssen 2017).

Répartition régionale du nombre de seringues distribuées par usager injecteur en France métropolitaine en 2015

Seringues distribuées annuellement par usager utilisant la voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois, en 2015 par région (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Lecture : En Île-de-France, le matériel d'injection délivré annuellement par usager injecteur (au moins une fois au cours des 12 derniers mois) fréquentant le dispositif spécialisé est inférieur à 100 seringues stériles, contre près de 200 unités en Bretagne (toute modalité d'offre réunie : CAARUD, ventes de Stéribox en pharmacie, automates, CSAPA et PES postal).

[Tendances n° 124 - Les CAARUD en 2015]

T1.5.5 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)

*T1.5.6 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, primary health care system/GPs, or other sites and facilities providing testing of infectious diseases to significant number of people who use drugs, or drugs/outreach activities not covered above).
(Suggested title: Additional information on harm reduction activities)*

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

Please structure your answers around the following question.

*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.

Please structure your answers around the following question.

*T.1.7.1 Optional. Please provide an overview of the main harm reduction quality assurance standards, guidelines and targets within your country.
(Suggested title: Quality assurance for harm reduction services)*

Assurance qualité pour les structures de réduction des risques

Voir T1.7.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

*T.1.7.2 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)*

T2. Trends Not relevant in this section. Included above.

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 and emergencies in your country since your last report.
(Suggested title: New developments in drug-related deaths and emergencies)

Le nouveau certificat de décès est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018 [[Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès](#)]. Dans les modalités de remplissage du certificat de décès (au verso du certificat), il est indiqué que l'obstacle médico-légal doit être coché en cas de surdose. Dans le volet médical du certificat de décès figure un nouvel encart sur les circonstances apparentes du décès (avec entre autres « suicide », « investigations en cours », « indéterminées »), un autre encart concerne la recherche de la cause du décès (« oui, recherche médicale », « oui, recherche médico-légale » ou « non ») ; enfin, deux autres encarts concernent la mort subite et le lieu de survenue de l'événement déclencheur en cas de mort violente. Le volet médical complémentaire au certificat de décès, créé en avril 2017 [[Décret n°2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès](#)], est entré en vigueur en janvier 2018 [[Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès](#)]. Il est destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès et après que les volets administratif et médical du certificat de décès ont été adressés aux institutions et organismes compétents. Ce volet médical complémentaire est établi par le médecin qui procède à la recherche médicale ou médico-légale des causes de décès et transmis uniquement sur support électronique. Les causes du décès souvent non renseignées dans le certificat de décès en cas d'investigation médico-légale pourraient à l'avenir être mieux connues et la sous-estimation des décès par surdoses pourrait diminuer.

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

Voir T1.5.1 de ce workbook.

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)

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.

Please structure your answers around the following questions.

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. Sources and methodology

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

T.5.1 Please list notable sources (including references to reports and grey literature) for the information provided above. (Suggested title: Sources.)

DRD: Please describe the monitoring system to complement ST5/ST6 (clarify source GMR, SR, other; coverage; ICD coding; underestimation; underreporting and other limitations).

Emergencies: please provide the case definition for reporting drug-related emergencies and, if applicable, an overview of the monitoring system in place and important contextual information, such as geographical coverage of data, type of setting, case-inclusion criteria and data source (study or record extraction methodology).

DRID: Please describe the national surveillance approach for monitoring infectious diseases among PWID. Please describe the methodology of your routine monitoring system for the prevalence of infectious diseases among PWID as well as studies out of the routine monitoring system (ad-hoc). Be sure that in your description you include all necessary information for the correct interpretation of the reported data, i.e.: clarify current sources, ad-hoc and/or regular studies and routine monitoring, settings, methodology of major studies. Representativeness and limitations of the results.

Harm Reduction: Please describe national or local harm reduction monitoring approaches and data flow, incl. syringe monitoring.

Sources

Mortalité liée à l'usage de drogues

Voir la description des sources sur la mortalité liée aux drogues en T5.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

Recours aux urgences liées à l'usage de drogues

Réseau Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences Santé publique France (SpF)

Créé en 2004, le réseau des structures d'urgences hospitalières s'est ensuite développé progressivement. En 2015, 632 unités d'urgence sur les 770 existantes participent au réseau de surveillance, couvrant ainsi 86 % des passages aux urgences en France. On compte au moins un service d'urgence dans le réseau OSCOUR® pour toutes les régions françaises. La couverture est variable selon les régions.

Le recueil de données repose sur l'extraction directe, et sans surcharge de travail pour les professionnels des urgences, d'informations anonymisées, issues du dossier médical informatisé du patient constitué lors de son passage aux urgences. Sont ainsi collectées des variables sociodémographiques (sexe, âge département de domicile), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, destination du patient après son passage aux urgences).

L'OFDT a exploité les données de 2008 à 2015 relatives aux intoxications liées à l'usage de drogues dans l'optique d'une surveillance et d'un suivi annuel.

Sont considérés comme passages aux urgences en lien avec une intoxication induite par la consommation de drogues, les passages ayant comme diagnostic principal ou associé un code CIM de la sélection B de l'EMCDDA (F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62, Y12, T40, T 43.6).

Euro-DEN et Euro-DEN plus : Réseau européen des situations d'urgence associées aux drogues

Le réseau Euro-DEN s'est développé en 2013 dans 16 centres sentinelles situés dans 11 pays européens. Ce projet a été financé initialement par la Direction Générale Justice de la Commission Européenne. Le réseau s'est ensuite élargi à 20 sites sentinelles dans 14 pays et s'est renommé Euro-DEN plus. Il est actuellement financé par l'EMCDDA. En France, le service des urgences de l'hôpital Lariboisière participe depuis 2013 à ce réseau.

Le réseau de centres sentinelles collecte de manière systématique les données relatives aux dommages (toxicité aiguë) associés à la consommation de drogues.

Les cas inclus sont les recours à un service d'urgence pour des symptômes et/ou des signes d'intoxication aiguë induite par la consommation de drogues illicites ou récréatives, de NPS ou le mésusage de médicaments obtenus par prescription ou non. Les cas de recours pour une intoxication uniquement induite par l'alcool sont exclus.

Les données collectées comprennent les caractéristiques démographiques (âge, sexe, date et l'heure de la consultation aux urgences et de la sortie de l'hôpital, lieu de domicile), et des informations concernant la substance consommée, le lieu et l'heure de consommation. Enfin, des données portant sur l'examen clinique, le type de soins reçus et la destination du patient après son passage aux urgences et le cas échéant le décès à l'hôpital sont recueillies.

Réduction des risques et des dommages

ASA-CAARUD : Analyse des rapports d'activité standardisés annuels des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Direction générale de la Santé (DGS)

Chaque année, les structures adressent à la Direction générale de la santé (DGS) et aux Agences régionales de santé (ARS) un rapport d'activité standardisé ; ceux-ci sont ensuite transmis à l'OFDT pour y être analysés. Les données collectées permettent de suivre l'activité du dispositif depuis 2008. Elles servent à éclairer les questions relatives à la couverture géographique, aux moyens alloués et à l'accessibilité des CAARUD. Les informations recueillies et analysées par l'OFDT permettent d'examiner également les caractéristiques du public accueilli par les structures de RdRD et les missions des professionnels mobilisés. Enfin, le questionnaire ASA-CAARUD proposé aux structures a pour objectif de documenter la diffusion des matériels d'injection et de sniff ainsi que les outils de RdRD pour l'inhalation et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Le questionnaire est issu d'une réflexion commune menée à l'initiative de l'Association française pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues (AFR), en collaboration avec l'OFDT et les autorités sanitaires.

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) au niveau départemental. Les données ne sont pas disponibles de 2012 à 2015, mais le sont à nouveau à partir de 2016.

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

Voir la description des sources sur les hépatites virales et VIH/sida parmi les usagers de drogues en T5.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

Bibliographie

- AFEF (2018). Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. AFEF (Association française pour l'étude du foie), Paris. Available: <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/VF%20INTERACTIF-%20RECO-VHC%20AFEF%20v2103.pdf> [accessed 05/09/2018].
- Aknine, X., Carmona, D. and Carrois, F. (2018). Évaluation des séroconversions Hépatite C chez des patients traités par des médicaments de substitution aux opiacés suivis en ville par leur médecin généraliste [Evaluation of hepatitis C seroconversions in patients treated with opioid substitutes followed up in the community by their general practitioner]. Alcoologie et Addictologie 40 (1) 16-22.
- 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. Available: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3547b9b460e4ad0571cbae84e8fc19c5.pdf [accessed 08/08/2018].
- 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. Available: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5614fdab02edff58f6b823defcfd41da.pdf [accessed 05/09/2018].
- ANSM and INDIVOR UK Ltd (2018). Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Résumé du rapport de synthèse périodique n°13. Nalscuc 0,9 mg/0,1 ml, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Période du 25/09/2017 au 07/01/2018. Available: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5c8d832400b3de2f650f567b1f5a877b.pdf [accessed 30/05/2018].
- Association Ithaque (2017). Argos, salle de consommation à moindre risque de Strasbourg. Bilan d'activité de la première année de fonctionnement. Available: <http://www.perseus-web.fr/nar6/uploads/scmr-argos-bilan-a-a-un-an-va-2017-11-22.pdf> [accessed 31/05/2018].

- Avril, E. (2017). Espace GAIA, first DCR in Paris since October 2016: first results and perspectives In: Drug-related infectious diseases expert meeting, 15 June 2017, EMCDDA, Lisbon.
- Avril, E. (2018). Salle Jean-Pierre LHOMME - Espace GAIA, Paris. Bilan, enjeux et perspectives. In: Commission des stupéfiants, ANSM, Saint-Denis.
- Bader, D. (2018). Argos, the drug consumption room in Strasbourg, first results. In: Drug-related deaths expert meeting, 19 septembre 2017, EMCDDA, Lisbon.
- 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 [Incidence and routes of transmission of acute hepatitis B diagnosed in France, 2012-2014]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) 237-243.
- Brouard, C., Boussac-Zarebska, M., Silvain, C., Durand, J., de Ledinghen, V., Pillonel, J. *et al.* (2017a). Rapid and large-scale implementation of HCV treatment advances in France, 2007-2015. BMC Infectious Diseases 17 (784).
- Brouard, C., Pillonel, J., Sogni, P., Chollet, A., Lazarus, J.V., Pascal, X. *et al.* (2017b). Hepatitis B virus in drug users in France: prevalence and vaccination history, ANRS-Coquelicot Survey 2011-2013. Epidemiology and Infection 145 (6) 1259-1269.
- Cadet-Taïrou, A. and Brisacier, A.-C. (2013). Responses to drug-related health correlates and consequences (chapter 7). In: Pousset, M. (Ed.), 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Saïd, S. and Martinez, M. (2015). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 [CAARUD client profiles and practices in 2012]. Tendances. OFDT (98).
- Cazein, F., Le Strat, Y., Sarr, A., Ramus, C., Bouche, N., Comboroure, J.-C. *et al.* (2017). Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016 [HIV testing in France, 2016]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (29-30) 601-608.
- CEIP-A (2018). Décès toxiques par antalgiques. Résultats 2016. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance. Available: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e2c21b8483d38a07bd86771f0c770f4e.pdf [accessed 26/05/2018].
- CEIP-A Grenoble (2018). DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2016. ANSM, Saint-Denis. Available: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5dfc3b8f413db7130062b63ca842b298.pdf [accessed 26/05/2018].
- CépiDC-Inserm and Santé publique France (2018). Enquête sur les activités et pratiques des instituts médico-légaux en France en 2016, en vue de l'amélioration des connaissances des données sur la mortalité. In: Observatoire national du suicide

(Ed.), Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport. Ministère des solidarités et de la santé, Paris.

Costes, J.-M. (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. Tendances. OFDT (69).

De Postis, R. (2013). Safe, le programme d'échange de seringues postal : un vrai besoin. Le Courrier des Addictions 15 (4) 22-25.

Delile, J.-M., Lang, J.-P., Remy, A.-J. and Rosa, I. (2018). Livre Blanc sur l'accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C. Fédération Addiction, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/parution-du-livre-blanc-de-lhepatite-c/> [accessed 08/08/2018].

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. Available: <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/INTERIEUR-CV.pdf> [accessed 20/06/2018].

Dhumeaux, D., Ministère des affaires sociales et de la santé, ANRS, Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) and Association française pour l'étude du foie (AFEF) (2016). Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. EDP Sciences. Available: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf [accessed 13/07/2017].

Díaz Gómez, C. (2018). Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. Tendances. OFDT (124).

Direction générale de la santé (2018). Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Comité interministériel de la Santé. Dossier de presse - 26 mars 2018. Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique_psnp.pdf [accessed 12/06/2018].

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.

Euro-DEN (2015). Rapport final du projet Euro-DEN (Réseau européen des situations d'urgence associées aux drogues). Available: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_250377_EN_Euro-DEN%20Final%20report%202015%20French.pdf [accessed 12/07/2017].

Euro-DEN Research Group and EMCDDA (2016). Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe. Update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/2016/hospital-emergencies> [accessed].

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 (2017). Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf [accessed 08/06/2017].

HAS (2018). Commission de la transparence. Avis du 7 février 2018. Nalscuc 0,9 mg/0,1 ml, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16512_NALSCUE_PIC_INS_Avis3_CT16512.pdf [accessed 30/05/2018].

Hoareau, E. and Reynaud-Maurupt, C. (2018). Hépatite C : Renouveau des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. RESPADD, Fédération Addiction, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/du-nouveau-sur-le-vhc-une-annonce-ministerielle-et-un-guide-partenarial-pour-laccompagner/> [accessed 08/08/2018].

Janssen, E. (2016). Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse. Estimation 2014 en France métropolitaine. Note 2016-04. OFDT, Saint-Denis.

Janssen, E. (2017) Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. Journal of Public Health 10.1093/pubmed/fdx059, (Online first 25/05/2017), 10.1093/pubmed/fdx059.

Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S. *et al.* (2013). 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 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.

Jauffret-Roustide, M., Serebrokhaya, D., Chollet, A., Barin, F., Pillonel, J., Sommen, C. *et al.* (2017). Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. Enquête ANRS-Coquelicot, 2011-2013 [Comparison of social profiles, practices and situation toward hepatitis C among Russian-speaking and French-speaking drug users in Paris, France. ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (14-15) 285-290.

- 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 Pharmacoépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.
- Léon, L., Kasereka, S., Barin, F., Larsen, C., Weill-Barillet, L., Pascal, X. *et al.* (2017). Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. Epidemiology and Infection 145 (5) 895-907.
- Lermenier-Jeannet, A., Cadet-Taïrou, A. and Gautier, S. (2017). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 [CAARUD client profiles and practices in 2015]. Tendances. OFDT (120).
- Lert, F., Paye, A., May, T., Tron, L., Salmon, D., Roussillon, C. *et al.* (2016). Caractéristiques sociales et comportementales des personnes séropositives pour le VIH décédées en 2010 en France métropolitaine : quelles implications pour la prise en charge ? [Social and behavioral characteristics of HIV-infected persons died in 2010, Metropolitan France: which implications for health care?]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (41-42) 749-754.
- Lopez, D., Martineau, H. and Palle, C. (2004). Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack [Mortality of individuals arrested for heroin, cocaine or crack use]. Tendances. OFDT (36).
- Marillier, M., Batisse, A., Edel, Y., Nguyen, A.-H., Chevallier, C., Pfau, G. *et al.* (2017). Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS): A Parisian case series. Journal of Clinical Psychopharmacology 37 (6) 739-743.
- Michels, D., Halfen, S., Lert, F., Lydié, N., Delile, J.-M., Arwidson, P. *et al.* (2017). Change le programme. Rapport d'évaluation. RESPADD, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/30932-2/> [accessed 08/08/2018].
- MILDECA (2018). Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris.
- Ministère des affaires sociales et de la santé (2017). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [accessed 29/05/2018].
- Ministère des solidarités et de la santé (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [accessed 25/05/2018].
- Ministère des solidarités et de la santé (2018). Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnspp_sante_sexuelle.pdf [accessed 29/05/2018].
- Néfaou, T. (2017). Le Point SINTES n° 3. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/sintes/LePointSINTES03.pdf> [accessed 31/05/2018].

- OFDT (2018a). Évolution du nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues par voie injectable depuis 1998 [online]. Available: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-au-stade-sida-chez-les-usagers-de-drogues/> [accessed 25/05/2018].
- OFDT (2018b). Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectable depuis 1995 [online]. Available: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-nouveaux-cas-de-sida-lies-l-usage-de-drogues/> [accessed 25/05/2018].
- OFDT (2018c). Evolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH liée à l'usage de drogues par voie injectable depuis 2013 [online]. Available: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-decouvertes-de-seropositivite-vih-liee-l-usage-de-drogues/> [accessed 25/05/2018].
- Razavi, H., Waked, I., Sarrazin, C., Myers, R.P., Idilman, R., Calinas, F. *et al.* (2014). The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. Journal of Viral Hepatitis 21 (Suppl. 1) 34-59.
- Richaud-Eyraud, E., Rondet, C. and Rey, G. (2018). Transmission des certificats de décès au CépiDc-Inserm en cas de mort suspecte en France, depuis 2000 [Transmission of death certificates to CepiDc-Inserm related to suspicious deaths, in France, since 2000]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 66 (2) 125-133.
- Roudot-Thoraval, F. (2018). Prise en charge et perspectives thérapeutiques des hépatites B et C. In: Journée nationale de lutte contre les hépatites virales. Colloque national du 15 mai 2018, Paris.
- Salomon, J. (2018). Discours d'ouverture du Pr Jérôme Salomon, Directeur général de la santé. In: Journée nationale de lutte contre les hépatites virales. Mardi 15 mai 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Paris.
- Santé publique France (2017). Infection par le VIH et les IST bactériennes. Données épidémiologiques [online]. Available: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017> [accessed 08/08/2018].
- Santé publique France (2018). Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2009-2016. France entière et COREVIH. Santé publique France, Saint-Maurice. Available: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/143407/519918/version/1/file/DonneesEpidemiologiquesVIHParCorevih_Janvier2018.pdf [accessed 25/05/2018].
- Schreck, B., Wagneur, N., Caillet, P., Gérardin, M., Cholet, J., Spadari, M. *et al.* (2018). Cannabinoid hyperemesis syndrome: Review of the literature and of cases reported to the French addictovigilance network. Drug and Alcohol Dependence 182 27-32.
- SFTA (2018). Recommandations de la SFTA pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas de décès impliquant des NPS [SFTA guidelines for the achievement of toxicological analyzes for deaths involving NPS]. Toxicologie Analytique et Clinique 30 (1) 1-4.

Vaux, S., Pioche, C., Brouard, C., Pillonel, J., Bousquet, V., Fonteneau, L. *et al.* (2017). *Surveillance des hépatites B et C*. Santé publique France, Saint-Maurice. Available: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Surveillance-des-hepatites-B-et-C> [accessed 13/07/2017].

Werb, D., Garfein, R., Kerr, T., Davidson, P., Roux, P., Jauffret-Roustide, M. *et al.* (2016). A socio-structural approach to preventing injection drug use initiation: rationale for the PRIMER study. *Harm Reduction Journal* 13 (25).

T.5.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology. (Suggested title: Methodology.)

Méthodologie

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 Santé publique France (SpF)

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'utilisateur, 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.

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 ou 3 ans depuis 2006 dans l'ensemble des CAARUD de métropole et des départements d'outre-mer, cette enquête permet de décrire les caractéristiques et les consommations des usagers qui fréquentent ces structures. 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, 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 2015 a eu lieu du 14 au 27 septembre : 3 129 individus ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans l'analyse. Sur les 167 CAARUD recensés en France, 143 ont participé à l'enquête (soit 86 % d'entre eux). Le taux de recueil (part des usagers pour lequel le questionnaire a été rempli rapportée à l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé à l'enquête) était 64 % en 2015.

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 2017, environ 208 000 patients pris en charge pour un problème d'addiction (alcool, drogues illicites et médicaments psychotropes, addictions sans produits) dans 260 CSAPA ambulatoires, 15 structures avec hébergement et 3 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.