

Harms and harm reduction workbook

(Conséquences sanitaires et réduction des risques)

2019

France

Contributors

Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Magali Martinez (OFDT)

Rapport national 2019 (données 2018) 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, Anne de l'Eprevier
et Julie-Émilie Adès

Contributions aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Julie-Émilie Adès
2. *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez, Aurélie Lermenier-Jeannet
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérôme, Julie-Émilie Adès, Stanislas Spilka, Michel Gandilhon
4. *Prévention* : Carine Mutatayi
5. *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier
6. *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Magali Martinez
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Aurélie Lermenier-Jeannet, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Maitena Milhet, Isabelle Michot

Relecture (version française) : Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux ; 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

Sommaire

T0.	Summary	3
T1.	National profile and trends	5
	T1.1. Drug-related deaths	5
	T1.2. Drug related acute emergencies	10
	T1.3. Drug related infectious diseases	11
	T1.4. Other drug-related health harms	14
	T1.5. Harm reduction interventions	14
	T1.6. Targeted interventions for other drug-related health harms	30
	T1.7. Quality assurance of harm reduction services	30
T2.	Trends Not relevant in this section. Included above	30
T3.	New developments	30
T4.	Additional information	31
T5.	Sources and methodology	32

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 2016 est de 309 chez les 15-49 ans (463 au total) selon les dernières données disponibles du registre général de mortalité. En 2017, 537 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques (432 dans DRAMES additionnés aux 105 décès de DTA). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), qui a recensé 432 décès en 2017, les opioïdes sont en cause dans 78 % d'entre eux. Les médicaments de substitution aux opioïdes sont en cause dans 45 % des cas et l'héroïne dans 25 %. La cocaïne est impliquée dans 26 % des décès. Par ailleurs, 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 en forte hausse (+ 31%) chez les 15-49 ans en 2016, par rapport à 2015. Entre 2010 et 2016, les médicaments de substitution aux opioïdes 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 13 000 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'opioïdes, 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 2017, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente 2 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues diminue depuis 2010. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues diminue aussi régulièrement depuis 2010.

Par ailleurs, entre 2012 et 2016-2017, 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 opioïdes. 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 12 millions de seringues en 2016. Elle était estimée à 9,8 millions en 2011 (dernière année disponible avant la rupture des données compilées). Cette évolution représente une augmentation de 18 % (soit une hausse de 2,2 millions de seringues entre 2011 et 2016). Les ventes de seringues en pharmacie sous forme de kits d'injection, qui représentent un tiers des seringues distribuées aux usagers de drogues en 2016, ont diminué d'un tiers en 5 ans (33 % de réduction entre 2011 et 2016, soit 1 million de seringues en moins), compensées par la hausse de la distribution en CAARUD (+37 % en 5 ans), en CSAPA (+20 % en 5 ans), par les automates (+47 % en 5 ans) et par le programme postal d'échange de seringues (+95 % en 5 ans).

- New developments

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 2017, 59 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont été traités et guéris par les antiviraux d'action directe (AAD), parmi lesquels au moins 11 000 anciens ou actuels usagers de drogues. 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. Depuis mars 2018, les AAD les plus prescrits sont disponibles en pharmacie d'officine et la prescription par tout médecin de certains AAD est possible depuis mai 2019, simplifiant la prise en charge de l'hépatite C.

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 et disponible seulement dans les CAARUD, CSAPA et les services spécialisés. Depuis juin 2019, des kits de naloxone intramusculaire (Prenoxad®) sont disponibles en pharmacie d'officine et dans les structures spécialisées.

Les salles de consommation à moindre risque, réservées jusqu'alors aux usagers de substances psychoactives par voie injectable, sont aussi accessibles depuis juillet 2019 aux usagers par voie nasale ou par voie d'inhalation.

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

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 2016, 463 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 309 en 2016.

En 2017, 537 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques (432 dans DRAMES additionnés aux 105 décès de DTA).

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 2019). En 2017, les opioïdes sont impliqués dans 78 % des décès recensés dans l'enquête DRAMES. Les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) sont en cause dans 45 % des décès : la méthadone est impliquée dans 37 % des décès et la buprénorphine dans 8 % des cas. Les autres médicaments opioïdes (surtout la morphine) sont impliqués dans 13 % des décès, l'héroïne dans 25 % et la cocaïne dans 26 % des décès directement liés aux drogues. Le pourcentage des décès révélant l'implication du cannabis (seuls sont retenus les décès pour lesquels une pathologie cardiovasculaire a été identifiée) est de 6 %, il atteint aussi 6 % pour les amphétamines et la MDMA, et 3 % pour les nouveaux produits de synthèse (NPS). Dans 31 % des décès, plusieurs substances sont impliquées.

Douze décès ont été directement provoqués par des NPS. Ils impliquent les molécules suivantes : 25I-NBOMe, carfentanil, U-47700, 4 méthylpentédrone (toutes les 4 impliquées pour la première fois en 2017) ainsi que 3-MMC, 4-MEC, PMMA, ocfentanil, éthylphénidate.

En 2017, deux décès liés à la kétamine ont été signalés.

Les décès directement liés aux drogues recensés dans DRAMES sont survenus dans 83 % des cas chez des hommes. L'âge moyen au moment du décès est de 38,3 ans (37,0 ans chez les femmes et 38,6 ans chez les hommes) en 2017, en baisse de 0,6 ans par rapport à 2016 après une hausse de 4,6 ans entre 2011 et 2016.

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. Par ailleurs, l'OFDT compile les différents signaux qui lui parviennent au cours de l'année, soit par les institutions précédemment citées, soit par d'autres sources (police, réseau TREND/SINTES, addictovigilance/toxicovigilance, laboratoires d'analyses privés, publications scientifiques ...).

Dans ce cadre, 7 décès ont été rapportés en 2018 par différentes sources, dont 5 en lien avec des consommations de NPS. Un décès est dû à une cathinone, consommée intensivement en contexte sexuel (*chemsex*). Trois autres décès sont en lien avec des consommations d'opioïdes de synthèse, mais seul un décès a pu bénéficier d'une analyse complète, mettant en évidence de l'ocfentanil et de la cocaïne dans les échantillons biologiques (avec une implication directe des deux produits dans le décès). Les deux autres décès concernent également des personnes usuellement usagères de cocaïne, qui ont acheté de la poudre, sans que l'on sache sous quelle appellation elle leur a été proposée, qui s'est avérée contenir du fentanyl ou un de ses dérivés (signes cliniques d'overdose aux opioïdes, mais sans analyse). Le dernier décès concerne une ingestion involontaire de GBL en boîte de nuit. Par ailleurs, un autre décès survenu chez un adolescent a mis en évidence le détournement d'aérosols dépoussiérants pour ordinateur (mélange de butane et propane) dans cette population sans que cet usage soit documenté par ailleurs.

Concernant les opioïdes de synthèse, 26 cas d'intoxications dont 7 mortels ont été signalés en France entre 2015 et 2018. Ces chiffres ne tiennent pas compte de deux épisodes de cas groupés survenus en région Auvergne-Rhône-Alpes entre 2016 et 2017, documentés de façon trop incertaine, qui pourraient conduire à décompter 4 décès et 3 intoxications non mortelles supplémentaires. Sur ces 26 cas, 4 cas concernaient du carfentanyl (1 décès et 3 intoxications) et 9 de l'ocfentanil (5 intoxications, 4 décès, tous démontrés par des analyses biologiques) - une partie de ces cas d'intoxication par l'ocfentanil sont décrits par Allibe (Allibe *et al.* 2019). Pour les cas restants, les tableaux cliniques n'ont pas été confirmés par des preuves toxicologiques sur les poudres ou les prélèvements biologiques.

Des techniques spécifiques doivent être mises en œuvre pour retrouver les opioïdes de synthèse dans les échantillons biologiques. En effet, la recherche toxicologique utilisant le spectromètre de masse en chromatographie gazeuse (GC-MS) ou la chromatographie liquide couplée à un détecteur à barrette de diodes (LC-DAD) peut échouer à détecter ces composés lorsqu'ils sont en faible concentration dans les liquides biologiques (Allibe *et al.* 2019).

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

Voir T1.1.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

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

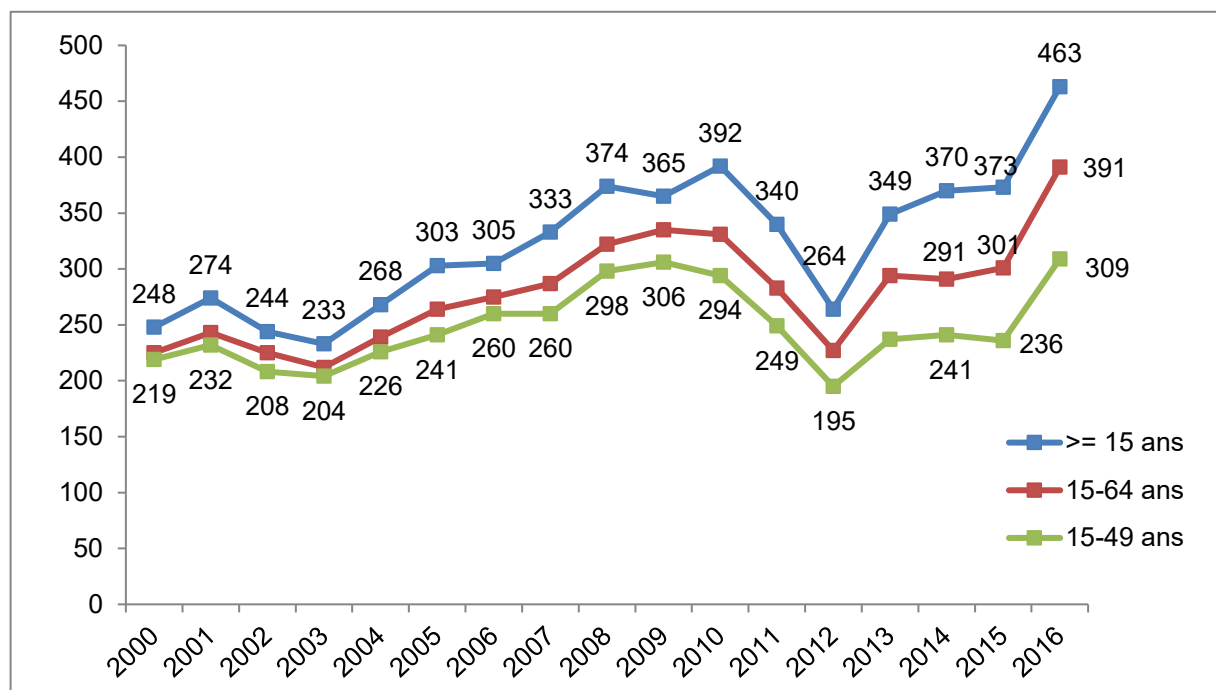
Évolutions à court terme

Décès directement liés aux drogues (DDLDD)

Après une baisse en 2011 et 2012, le nombre de décès directement liés aux drogues (DDLDD) issus du registre de mortalité 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 et décès d'usagers de drogues non liés à une surdose mais à une pathologie le plus souvent infectieuse (endocardite, pneumopathie ou encore septicémie). S'ensuit une stabilisation en 2014 et 2015 chez les moins de 49 ans (voir figure ci-dessous). La part des décès liés à ces « faux positifs » a progressé ces dernières années (estimée à 19 % en 2012, 27 % en 2013, 29 % en 2014 et 32 % en 2015). En 2016, le nombre de DDLDD a augmenté de 24 % par rapport à 2015 (31 % parmi les 15-49 ans). Cette hausse concerne uniquement les personnes de moins de 65 ans.

Les évolutions du nombre de DDLDD des personnes de moins de 50 ans paraissent fortement liées à la disponibilité et à la pureté de l'héroïne. On observe en effet des évolutions similaires du nombre global de DDLDD, de la part des décès liés à l'héroïne, des quantités d'héroïne saisie (reflet de la disponibilité du produit) et des teneurs en héroïne dans les saisies. Les modifications des quantités d'héroïne saisie entre 2000 et 2015 semblent ainsi expliquer en grande partie les évolutions du nombre de décès par DDLDD au cours de cette période (Brisacier *et al.* 2019).

Décès directement liés aux stupéfiants et aux médicaments opioïdes en France (2000-2016)



Source : INSERM-CépiDc, exploitation OFDT

Note : Adaptation française de la sélection B de l'EMCDDA (F11, F12, F14, F15, F16, F18, F19, X42, X62, Y12).

Toxicologie des DDL

Entre 2011 à 2017, les MSO sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses devant l'héroïne. La part des décès liés à ces deux substances sont stables en 2017. La hausse de la part des décès liés à l'héroïne entre 2012 et 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).

Les décès liés aux opioïdes licites (hors MSO) sont stables (13 %) en 2017. La morphine reste le plus souvent en cause (26 cas), le nombre de décès liés à la pholcodine est en forte augmentation (9 cas) et dans une moindre mesure le nombre de ceux liés au tramadol (11 cas), tandis que le nombre de décès liés à la codéine (5 cas) et à l'oxycodone (2 cas) a diminué.

L'implication de la cocaïne (qu'il s'agisse de chlorhydrate ou de la forme basée) a augmenté, passant de 9 % à 26 % des décès entre 2013 et 2017 et leur nombre dépasse pour la première fois les décès par héroïne en 2017. À partir de 2011, des signalements de décès impliquant le cannabis (ne sont retenus que les décès où une pathologie cardio-vasculaire est connue ou révélée à l'autopsie) 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, leur nombre (environ une dizaine) est stable depuis 2015.

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 et la participation des experts toxicologues progressant chaque année. En 2017, 51 experts issus de 28 structures couvrant 70 % du territoire français ont notifié des cas (CEIP-A Grenoble 2019).

Tableau : Répartition des décès en relation avec l'abus de substances et de médicaments selon la ou les substances impliquées*, seules ou en association, entre 2011 et 2017**

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicaments de substitution aux opioïdes	160	57	187	60	153	54	134	55	140	41	188	46	195	45
- dont méthadone	121	43	140	45	112	39	108	44	105	31	148	36	160	37
- dont buprénorphine	40	14	47	15	45	16	28	12	36	10	42	10	35	8
Autres médicaments opioïdes hors MSO	39	14	36	12	33	12	23	9	31	9	58	14	57	13
Héroïne	54	19	47	15	57	20	62	26	103	30	106	26	109	25
Cocaïne	30	11	36	12	25	9	33	14	44	13	75	18	112	26
Autres substances illicites	16	6	31	10	47	16	32	13	74	22	64	16	65	15
- dont cannabis	7	3	15	5	31	11	19	8	36	10	30	7	28	6
- dont amphétamines et MDMA/ecstasy	9	3	15	5	14	5	9	4	27	8	22	5	27	6
- dont NPS					1		5	2	15	4	14	3	12	3

Autres (médicaments psychotropes, etc.)	8	2	9	3	43	15	36	15	55	16	63	16	33	8
TOTAL	280		310		285		243		343		406		432	
Nombre d'experts toxicologues participants	36		41		32		38		45		48		51	

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

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 opioïdes (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 Grenoble 2019). Un décès ne peut pas 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 105 décès impliquant des antalgiques (hors décès impliquant l'acide salicylique et le paracétamol) en 2017. Les médicaments en cause sont le tramadol (47 % des décès), la morphine (29 % des décès), la codéine (18 %), l'oxycodone (17 %) et le fentanyl (3 %). L'âge moyen au moment du décès est de 49 ans, stable par rapport à 2016 (vs 43 ans en 2015), 58 % des décès sont survenus chez des hommes.

La Société française de toxicologie analytique (SFTA) a mis à jour en 2019 ses recommandations pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas de décès impliquant des NPS (SFTA 2018, 2019). Ces recommandations fixent plusieurs points, tels que la liste minimale de NPS à rechercher, les milieux biologiques à analyser, les éventuels métabolites à rechercher et la stabilité des analytes.

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.

T1.2. Drug related acute emergencies

The purpose of this section is to provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies

T1.2.1. Is information on drug-related acute emergencies available in your country? If yes, please 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)

Voir T1.2.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

T1.2.2. If information is available, please provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies by main illicit substances, e.g. cannabis, heroin/ other opioids, cocaine, amphetamine type stimulants, new psychoactive substances. 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 13 161 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues (PULUD), dont 9 908 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'opioïdes, 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 (Brisacier 2019a).

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).

T1.2.3. 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.

Voir T1.2.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

T1.2.4. **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

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

Voir T1.3.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

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 séroprévalences, notamment celle du VHC.

En CSAPA, les prévalences déclarées (parmi les injecteurs vie) se situent pour le VIH à 6,9 % et pour le VHC à 44,3 % selon le dispositif RECAP en 2017 (Pôle Indicateurs 2018).

Évolution

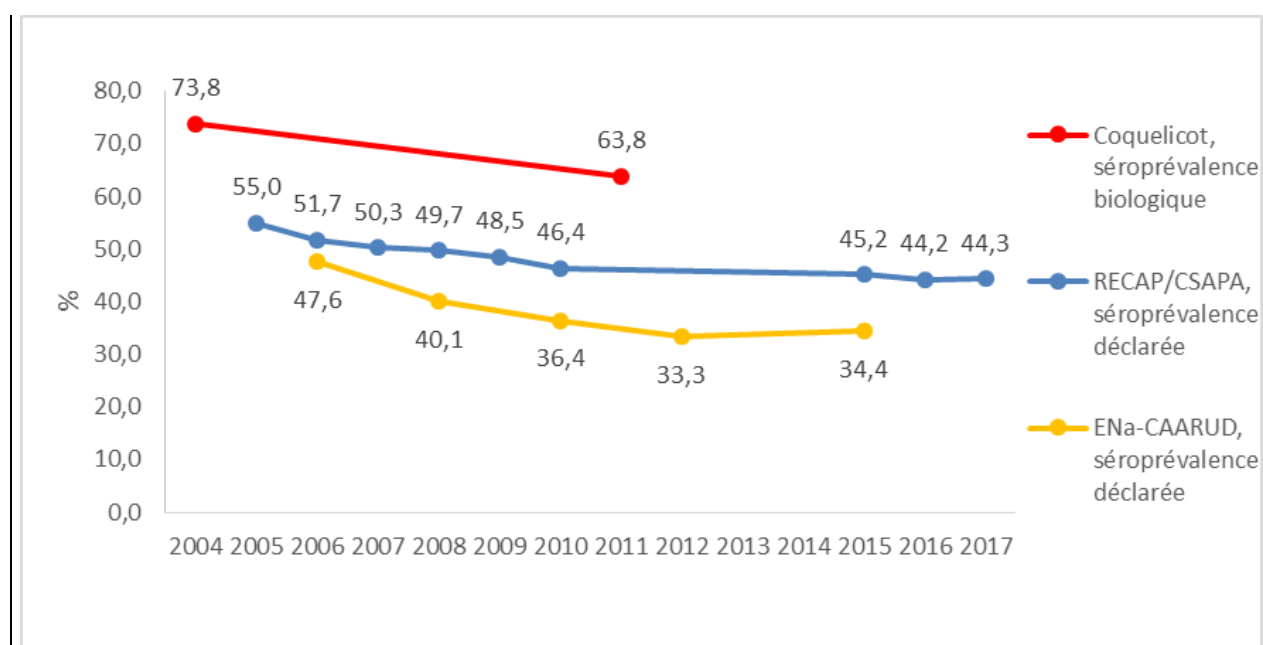
Prévalence et incidence des infections

En 2011, la séroprévalence 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-Taïrou et al. 2015; Vaux et al. 2017). Entre 2012 et 2015 en CAARUD et entre 2012 et 2017 en CSAPA, les prévalences déclarées sont stables, tant pour le VIH que le VHC. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les UDI observée depuis le début des années 2000 (Lermenier-Jeannet *et al.* 2017; Pôle Indicateurs 2018; Vaux *et al.* 2017).

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). Le nombre de nouvelles infections chroniques par an est estimé à 4 400 chez les UDI, soit 80 % de l'ensemble des nouveaux cas en France (Brouard et al. 2019).

Figure. Évolution des séroprévalences 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

*T1.3.2. **Optional.** Please comment on notification data (e.g. notification of new HIV and AIDS cases among drug users). Short descriptions of outbreaks/clusters, specific surveys or other relevant data can be reported here (suggested title: Notifications of drug-related infectious diseases)*

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

En 2017, 127 usagers de drogues injecteurs (UDI) ont découvert leur séropositivité au VIH, soit 2,0 % de l'ensemble des découvertes. La méthode de correction des données a été adaptée suite au passage de la déclaration papier à la déclaration en ligne, aboutissant à une estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH supérieure à celle produite antérieurement (Voir partie T5.1 sur les sources à la fin de ce document). En 2017-2018, la proportion de diagnostic à un stade avancé (CD 4 > 200 ou sida) est élevée chez les UDI (46 % contre 28 % parmi l'ensemble des découvertes). Près des deux tiers (64 %) d'entre eux déclarent n'avoir jamais été testés auparavant, seuls 27 % des UDI rapportent un précédent dépistage datant de moins d'un an. Plus des deux tiers des UDI découvrant leur séropositivité (71 %) sont nés à l'étranger. La part des co-infections par le VHC est de 75 %, celle des co-infections par une infection sexuellement transmissible bactérienne est de 15 %.

La part des UDI parmi les diagnostics de sida est de 3,7 %. Seule la moitié d'entre eux avait reçu des antirétroviraux avant le diagnostic de sida (vs 80 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida diagnostiqués). Enfin, les UDI représentent 22 % de l'ensemble des décès au stade sida (Lot *et al.* 2019; Santé publique France 2018).

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 a diminué de 40 % entre 2010 et 2017.

La part des UDI parmi les nouveaux cas de sida a diminué de près de moitié entre 2010 et 2017. 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 2018). 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 UDI 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 UDI. Mais la part des UDI parmi l'ensemble des personnes décédées au stade sida reste élevée, avec des fluctuations entre 16,8 % et 31,2 % sur la période 2010-2017 (Santé publique France, données non publiées).

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.

T1.3.3. **Optional.** Please comment on any information on prevalence of HIV, HBV, HCV among drug users from other sources. Where appropriate please provide links to the original studies (suggested title: Prevalence data of drug-related infectious diseases outside the routine monitoring)

Voir T1.3.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 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)

Voir T1.3.4 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

T1.3.5. **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)

T1.4. Other drug-related health harms

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

T1.4.1. **Optional.** Please provide additional information on other drug-related health harms including co-morbidity (suggested title: Other drug-related health harms)

Voir T1.4.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 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.

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. Please specify the defined actions and targets and provide references to these documents in section T 5.1. 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](#)], puis conforté par la [loi du 26 janvier 2016](#) (article 41). 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 bénéficiaient une prise en charge des AAD par l'Assurance maladie.

La prescription par tout médecin de deux AAD (Marivet[®], Epclusa[®]) est possible depuis mai 2019. Cette mesure s'accompagne de la mise à disposition d'une fiche mémo de la Haute autorité de santé sur la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chez l'adulte (HAS 2019a, b). Pour les autres AAD, la prescription reste 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 sont disponibles en pharmacie d'officine (en 2019, Marivet[®], Epclusa[®], Sovaldi[®], Harvoni[®], Vosevi[®], Zepatier[®]), 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) a baissé en 2018 et s'élève pour les traitements les moins onéreux à près de 25 000 euros TTC. 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) (Salomon 2018).

L'Association française pour l'étude du foie (AFEF) 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 groupe de travail regroupant l'AFEF et la Fédération française d'addictologie propose de construire un parcours de soins coordonnés addictologues-hépatogastro-entérologues pour les patients toxicodépendants (Delile *et al.* 2018a; Groupe de travail FFA et AFEF 2019).

Une étude coût-efficacité comparant cinq stratégies ciblant les populations à risque, soit certaines classes d'âge, soit l'ensemble de la population a montré que le dépistage universel était la stratégie la plus efficace en France (Deuffic-Burban *et al.* 2018) pour le VHC.

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, ELSA¹, 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

¹ Équipe hospitalière de Liaison de de Soins en Addictologie.

pratique, pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie en 2025 en France (Delile *et al.* 2018a; Delile *et al.* 2018b).

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).

En 2019, la Cour des comptes, saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat d'une enquête sur la prévention et la prise en charge du VIH, a estimé que la France ne se donnait pas les moyens d'atteindre les objectifs ambitieux qu'elle s'est fixés visant à éradiquer les nouveaux cas à l'horizon 2030. L'accroissement de l'offre de dépistage du VIH, le renforcement de la diffusion des prophylaxies pré et post-exposition, l'amélioration de l'outil épidémiologique ainsi qu'une meilleure régulation des dépenses de médicaments antirétroviraux figurent parmi les dix recommandations formulées par la Cour des comptes (Cour des comptes 2019).

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)

Le ministère de la santé et de la solidarité (Ministère des solidarités et de la santé 2019) a élaboré une feuille de route pour prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes, portant sur cinq objectifs :

1. Améliorer les pratiques professionnelles
2. Assurer une diffusion large de la naloxone prête à l'emploi
3. Impliquer les usagers et leur entourage
4. Mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité
5. Renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse

La mise en œuvre de ce plan sur la période 2019-2022 mobilise une coordination renforcée entre tous les acteurs concernés (professionnels de santé de premier recours, addictologues, algologues, pharmaciens, professionnels médico-sociaux, associations de patients et d'usagers, dans une déclinaison territoriale au plus près des besoins.

Un plan d'actions pluriannuel 2019-2021 de mobilisation coordonnée sur la problématique du crack à Paris a été adopté en 2019. Décliné en 33 actions, il se propose :

- d'accompagner les usagers pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soins ;
- d'héberger, mettre à l'abri, créer des espaces de repos et des unités d'hébergement et de soin résidentiel dédiés, afin de permettre une sortie progressive de la rue ;
- d'intervenir dans l'espace public, aller à la rencontre des usagers et répondre aux besoins des habitants, dans un souci d'améliorer la tranquillité publique et lutter contre les trafics ;
- d'améliorer les connaissances.

(voir aussi T3 du workbook Politique et stratégie nationale)

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 opioïdes, 78 % délivrent des Stéribox^{®2} mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt^{®3} ou des Stéricup^{®4}. Le Réseau de prévention des addictions (RESPADD) a réalisé l'Annuaire 2018 des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP). Cet annuaire propose la liste exhaustive de tous les PESP français, classés par régions et départements. Il indique pour chacun d'eux le nom et les coordonnées de la structure coordinatrice ainsi que le nombre de pharmacies d'officine impliquées au nombre de 1 717 sur l'ensemble du territoire (RESPADD 2018).

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 »).

² Les trousses, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable.

³ Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites, etc.). À usage unique et stérile, il vise par ailleurs à éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

⁴ Récipient stérile en aluminium visant à diminuer les risques infectieux liés à la réutilisation et au partage des éléments de préparation à l'injection.

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 2016, 147 CAARUD sont recensés sur le territoire français dont six d'entre eux sont implantés dans les départements d'outre-mer. Une nouvelle structure a démarré son activité en 2016 à Annecy en Haute-Savoie. 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 2016 représente environ 48,6 millions d'euros et un peu plus d'un million d'euros 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 700 € pour 1 000 habitants. Rapporté à la file active des CAARUD, l'enveloppe ne représente qu'un peu plus de 350 € par usager fréquentant le dispositif contre 700 € 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 (75 %) et la moitié d'entre eux disposent d'un accueil mixte (les deux lieux à la fois). En 2016, la file active annuelle des CAARUD est estimée à un peu plus de 79 000 personnes et 5 500 d'entre elles sont accueillies dans les structures situées dans les territoires d'outre-mer. Par lieu d'intervention, la file active des structures accueillant leur public dans un local fixe est estimée à près de 46 000 personnes. Ce chiffre est de 13 000 personnes pour les structures accueillant leur public dans un bus ou unité mobile. S'agissant des nouveaux usagers accueillis en 2016, leur part représente 32 % dans les lieux d'accueil fixe et 30 % dans les unités mobiles, soit respectivement près de 15 000 et 4 000 personnes. La part des publics féminins est minoritaire, les femmes représentant 18 % des populations accueillies dans les locaux des CAARUD et 21 % des publics suivis dans le cadre des unités mobiles, soit 8 000 et 2 800 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 2016, 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 d'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 %). Malgré le plan national contre les hépatites B et C visant à inciter les usagers de drogues au dépistage et à la vaccination, seule une trentaine de personnes ont eu un dépistage gratuit de ces hépatites dans les structures de RdRD. Cependant la majorité des CAARUD (plus de 70 % pour l'hépatite C et 60 % pour l'hépatite B) orientent les usagers vers d'autres structures pour bénéficier d'un dépistage gratuit des hépatites. L'accès à la vaccination contre l'hépatite B apparaît en revanche très

faible (seule une petite minorité de structures semblent le proposer). Cette situation reste presque identique à celle observée en 2015.

Les modalités d'intervention sont assez homogènes. En 2016, la quasi-totalité des CAARUD propose aux usagers des démarches d'orientation et des projets d'accompagnement (97 % et 96 % respectivement). S'agissant des modalités pratiques, l'entretien individuel se révèle être de très loin la pratique la plus habituelle (99 %) et près de neuf CAARUD sur dix (89 %) proposent des ateliers (photo, théâtre, journal). Enfin, un peu plus d'un tiers des structures réunissent des groupes d'entraide et d'auto-support (40 %) (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.

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 (suggested title: Provision of harm reduction services)

a) Describe how **infectious diseases testing** is organised and performed in your country, incl. for which infections drug users are screened, **and if testing is routinely available at drugs facilities**;

b) Describe how **syringe distribution** is organised in your country (reference to ST 10 data),

c) Which equipment and drug use paraphernalia (beyond syringes/needles) are provided (indicate your reply by "x" in relevant box- one per line);

If available, address:

d) Take-home naloxone programmes and emergency response training (settings, target groups);

e) Supervised drug consumption facilities;

f) Post-release / transition management from prison to community, provided by drugs facilities;

g) Vaccination, e.g. hepatitis B vaccination campaigns targeted at PWID;

h) Infectious diseases treatment and care: e.g. describe referral pathways or care partnerships;

i) Sexual health counselling & advice, *condom distribution*;

j) *Optional. Interventions to prevent initiation of injecting; to change route of administration of drugs; mental health assessments.*

Réduction des risques

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

a) Dépistage des maladies infectieuses

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les CeGIDD [[Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles](#)], au nombre de 317 en 2016 (167 sites principaux et 150 antennes). Ces centres, créés en 2016, résultent de la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). La création des CeGIDD a pour objectif de simplifier le parcours de l'utilisateur, d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage. Le principe de gratuité demeure, mais la prise en charge pourra être anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur lors de son accueil. Un premier bilan de l'activité des CeGIDD, qui ont réalisé 739 000 consultations en 2016, indique une évolution vers une approche plus globale de santé sexuelle et une montée en charge de la démarche « d'aller vers » les publics les plus exposés, notamment par une plus grande fréquence des actions hors les murs avec dépistage (Lailler *et al.* 2018). Parmi les 372 000 personnes accueillies en 2016, 13 300 sont des usagers de drogues.

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

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

Concernant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des usagers de drogues. L'utilisation des TROD VHC peut être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non-médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3^{ème} génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C. Reprenant les recommandations de la HAS, l'article 39 de la loi du 26 janvier 2016 étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée [[Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine \(VIH 1 et 2\) et de l'infection par le virus de l'hépatite C \(VHC\) en milieu médico-social ou associatif](#)]. Les TROD peuvent ainsi être effectués dans les CAARUD et les CSAPA sous réserve que ces derniers aient une autorisation de l'Agence régionale de santé territorialement compétente. Ils peuvent aussi être effectués par les infirmiers, les sages-femmes, les médecins et les pharmaciens d'officine [[Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques](#)]. Enfin, le dépistage au moyen de TROD peut être réalisé sur une personne mineure.

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

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

Certains CAARUD pratiquent des examens hépatiques par Fibroscan® (appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement) pour évaluer la fibrose hépatique et orienter le cas échéant les usagers de drogues vers des examens plus approfondis. Quelques CAARUD disposent aussi du dispositif GenExpert de Cepheid permettant la mesure de la charge virale du VHC en moins de 2 heures.

b) Organisation de la distribution de seringues

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.

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 11,97 millions de seringues en 2016.

b.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 2016, la contribution des CAARUD à la mise à disposition des outils de RdRD représente 7,36 millions de seringues.

*Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile par le réseau des CAARUD (en milliers d'unités) en 2016**

	France entière 2016
Matériel d'injection	
Seringues à l'unité	4 919 516
Seringues en trousse par automates	420 292
Seringues en trousse par l'équipe	955 574
Seringues en trousse par le réseau de pharmacies	1 061 316
<i>Nb total seringues distribuées</i>	<i>7 356 698</i>
Aiguilles	396 225
Cupules stériles	2 500 971
Filtres stériles	1 543 423
Eau (fliales de 5 ml)	2 803 283
Tampons alcoolisés	2 867 332
Matériel de sniff	
Petits carnets de feuilles "roule ta paille"	627 940
Sérum physiologique	181 143
Autre matériel sniff	31 121
Matériel pour inhalation de crack	
Doseurs	126 268
Embouts	73 169
Crèmes cicatrisantes	240 634
kits inhalation	28 604
Matériel de prévention des IST	
Préservatifs masculins	732 000
Préservatifs féminins	28 762
Gel lubrifiant	284 684
Autres matériels de prévention	
Ethylotests	42 980
Bouchons à oreilles	63 454
Brochures, flyers	171 195

Source : Rapports d'activité 2016 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 2016, les CSAPA ont distribué au total approximativement 433 000 seringues.

b.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 tiers des ventes en 5 ans. Ainsi, le nombre de seringues vendues en officine sous forme de Stéribox® est passé de 4,45 millions en 2011 à 3,35 millions en 2016. Depuis, cette tendance à la baisse ne s'est pas atténuée avec 3,11 millions de seringues vendues en 2018.

b.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 prévention⁵ du type kit Stéribox® ou Kit+ à disposition des usagers de drogues par ce biais. En 2016, environ 560 000 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).

b.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 (sans que cela soit un facteur de non accès au programme postal). 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 2016, un peu plus de 270 000 seringues ont été délivrées dans le cadre du programme d'échange de seringues par envoi postal (PES à distance). 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 de confidentialité, les difficultés pour l'utilisateur d'évoquer une pratique d'injection d'un MSO,... (De Postis 2013; Duplessy and Pourchon 2015).

⁵ Les trousse, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elles comprennent 2 seringues, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 2 récipients stériles en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton, un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration), 1 préservatif, une notice d'utilisation ainsi que des messages généraux de prévention

c) La distribution d'autres matériels de RdRD

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.

Type of equipment	routinely available	often available, but not routinely	rarely available, available in limited number of settings	equipment not made available	information not known
pads to disinfect the skin	X				
dry wipes	X				
water for dissolving drugs	X				
sterile mixing containers	X				
filters	X				
citric/ascorbic acid	X				
bleach				X excepté en prison	
condoms	X				
lubricants	X				
low dead-space syringes	X				
HIV home testing kits	X				
non-injecting paraphernalia: foil, pipes, straws	X				
List of specialist referral services: e.g. drug treatment; HIV, HCV, STI testing and treatment	X				

d) 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 opioïdes (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 hospitalière 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. En revanche, les kits ne sont pas disponibles en pharmacie d'officine. La spécialité Nalscuc® (naloxone 0,9 mg/0,1 ml) a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017. Compte tenu de la diversité des caractéristiques des opioïdes actuellement consommés, le risque de surdosage peut différer et il est parfois nécessaire, en fonction du contexte clinique, d'administrer des doses plus élevées de naloxone et de les réitérer pour prolonger son action (Frauger *et al.* 2018).

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®. La pratique de l'ATU de cohorte de la naloxone intranasale rapportée par un CSAPA parisien met en évidence les freins que constituent les modalités de délivrance associées à l'ATU et l'importance de l'éducation des patients et de leur entourage à son utilisation (Barré *et al.* 2018). 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 2018b). Elle a considéré que Nalscuc® apportait une amélioration mineure du service médical rendu dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes (HAS 2018b). De janvier 2018 à avril 2019, 5 000 kits de Nalscuc® ont été commandés. Le laboratoire Indivior, faute d'un accord avec le Comité économique des produits de santé sur le prix du Nalscuc®, envisage de ne plus commercialiser cette spécialité après écoulement des stocks (21 000 kits qui arrivent à péremption en décembre 2020) (Guillou *et al.* 2019).

Depuis juin 2019, des kits de naloxone intramusculaire (Prenoxad® 0,91 mg/ml, commercialisé par Ethypharm) sont disponibles en pharmacie d'officine au prix de 23 euros et dans les structures spécialisées. Ce kit, remboursé à 65 % lorsqu'il est prescrit, peut aussi être acheté sans ordonnance. Il se présente sous la forme d'une seringue préremplie graduée : chaque graduation correspond à une dose de 0,4 ml. Une seringue contient 5 doses (soit un total de 2 ml de solution). Le kit contient 2 aiguilles au cas où la première serait endommagée. La commission de transparence de la HAS a considéré que Prenoxad® n'apportait pas d'amélioration du service médical rendu dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes (HAS 2018a).

e) 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](#)], a été modifié par arrêté du 15 juillet 2019 [[Arrêté modifiant l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé](#)]. Il 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 par voie injectable, par voie nasale ou par inhalation, 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 scientifique et médico-économique du dispositif de la SCMR.

Menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, voir Workbook Research), l'évaluation scientifique 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 (Auriacombe *et al.* 2019).

L'évaluation médico-économique des SCMR sera portée par l'équipe SESSTIM U1252 de l'INSERM. Cette étude apportera des données sur le coût de la mise en place des SCMR ainsi que sur les bénéfices de cette intervention en termes d'infections et d'overdoses évitées, de coûts évités liés à la prise en charge de ces problèmes de santé et de coût-efficacité. Le modèle développé dans le cadre de cette étude permettra également de simuler sur le long terme les bénéfices de santé apportés par l'intervention, notamment vis-à-vis de l'infection au VIH, du VHC, des abcès et des overdoses.

La salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Paris [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du CAARUD Gaïa](#)] 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 mars 2019, la SCMR a accueilli 1 250 personnes différentes, elle a enregistré 150 000 consommations dont 111 000 injections. Le nombre d'usagers accueillis semble se stabiliser en moyenne à 170 passages par jour (avec un pic à 200 passages une fois par semaine) (Le Bourhis 2019). Les personnes accueillies la première année sont âgées de 37,8 ans en moyenne, 90 % sont des hommes, sans ressources dans 40 % des cas, vivant en logement précaire ou sans domicile fixe pour 59 %, sans aucune couverture maladie pour 31 % et déjà suivies en addictologie dans 41 % des cas. Les deux substances les 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 proposé au quotidien ou lors de testing-week. Quarante-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, 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. En 2017, la salle a accueilli 271 usagers différents dans l'espace de consommation (74 % d'hommes, 24 % de femmes - parmi lesquelles 3 femmes enceintes - et 1 % de transgenres), à raison de 6 621 passages dans l'année. Les personnes accueillies en 2017 sont âgées de 37 ans en moyenne, sans ressources pour 11 % d'entre elles, vivant en logement précaire ou sans domicile fixe pour 26 % d'entre elles, sans aucune couverture maladie pour 7 % d'entre elles. La cocaïne est le premier produit consommé devant le Skénan®, la buprénorphine, l'héroïne, la cocaïne basée ou le crack, et le speedball. Parmi les usagers, 34 % bénéficient d'un TSO prescrit. Les modes de consommation sont l'injection (dans 84 % des sessions), devant la voie fumée, le sniff et l'inhalation. Cinq surdoses ont nécessité l'intervention des secours, toutes avec une évolution favorable. Concernant les maladies infectieuses, 22 % des usagers sont séropositifs au VHC, 2,5 % au VHB et 1,3 % au VIH. En matière de dépistage, 238 TROD ont été effectués (94 pour le VIH, 87 pour le VHC et 57 pour le VHB) ainsi que 59 Fibroscan® amenant à la découverte de 13 sérologies positives au VHC (dont 5 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 109 000 seringues (Association Ithaque 2017; Bader 2018).

Durant l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) menée en 2018 sur un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 à 75 ans, plusieurs questions d'opinion ont été posées sur les SCMR, présentées comme « des espaces réservés aux personnes qui s'injectent des drogues, où elles peuvent venir consommer les produits qu'elles apportent dans de bonnes conditions sanitaires en présence d'un personnel formé afin d'éviter les overdoses et les infections et d'éviter qu'elles ne s'injectent dans l'espace public ». Les répondants sont 82 % à avoir déjà entendu parler de ces salles avant l'enquête et 80 % à penser que l'existence de deux de ces salles en

France est une bonne chose, à plus forte raison s'ils en avaient déjà entendu parler. Enfin, 76 % des enquêtés estiment « qu'il serait nécessaire aujourd'hui d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes en France » (Spilka *et al.* 2019).

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 Île-de-France.

f) 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.

g) Vaccinations contre l'hépatite B et campagne de vaccination à destination des usagers de drogues

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).

Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

h) Prise en charge et traitement des maladies infectieuses

Un certain nombre de CSAPA propose des consultations avancées en hépatologie (permettant d'assurer le bilan de l'hépatite C, la mise en place du traitement et le suivi).

En 2016, en France, le nombre total de personnes ayant une hépatite C chronique est estimée à 133 500 (IC 95 % : 56 880-312 626), soit une prévalence de 0,30 % (IC 95 % : 0,13-0,70), selon les résultats du Barotest (cf T5. Sources). La prévalence chez les personnes ayant expérimenté des drogues par voie intraveineuse est estimée à 12,1 % (IC 95 % : 2,9-38,4). En population générale, 81 % (IC 95 % : 44-96) des personnes atteintes d'une hépatite C chronique connaissent leur statut, soit 25 900 personnes non diagnostiquées (IC 95 % : 5 873-74 474) (Brouard 2019). En 2014, avant la mise à disposition des antiviraux à action directe (AAD), cette population était estimée à 175 000 (Razavi *et al.* 2014). Entre janvier 2014 et décembre 2017, 59 000 patients ont initié un traitement par AAD, pour un montant remboursé par l'Assurance maladie de 3,5 milliards d'euros (Dessauce *et al.* 2019). Parmi les bénéficiaires ayant été remboursé d'un médicament de substitution au cours des 12 dernières années (proxy de la population qui, actuellement ou dans le passé, a injecté des drogues), près de 11 000 ont été traités par les AAD entre leur apparition en 2014 et 2017, soit près d'une personne sur cinq traitée par ces nouveaux médicaments dans l'ensemble de la population (Brisacier 2019b).

i) Conseils et informations en matière de santé sexuelle, distribution de préservatifs

La prévention des risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle (vaccination, éducation à la sexualité, prévention des grossesses non désirées par la prescription de contraception ou la délivrance de contraception d'urgence, détection des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et troubles et dysfonctions sexuels) sont au cœur des missions des CeGIDD.

La distribution de préservatifs fait aussi partie des missions de RdRD des CAARUD et des CSAPA. De plus, les trousses de prévention (Stéribox®), vendues en officine de ville, contiennent un préservatif.

j) Prévention du passage à l'injection

Voir f) du T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018.

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

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

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 2016 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, 2018).

T1.5.5. **Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand harm reduction activities within your country. Information on services outside the categories of the 'treatment system map' may be relevant here (e.g. services in pharmacies/dedicated to HIV/AIDS, 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

T1.6.1. **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.

T1.7.1. **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.

T1.7.2. **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.

T3.1. 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)

<p>La commission des stupéfiants et des psychotropes, réunie le 11 octobre 2018, a proposé des mesures visant à la réduction du nombre d'overdoses (ANSM 2018). Les mesures prioritaires sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'homogénéiser l'accès aux soins sur tout le territoire ;- de mettre à disposition largement toutes les formes de naloxone prêtes à l'emploi ;- de mettre à jour les recommandations émises par la Fédération française d'addictologie en 2004 sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés (place des traitements de substitution) ;

- d'informer sur les risques d'overdoses aux MSO en diffusant les plaquettes informatives déjà existantes ;
- d'augmenter le nombre de professionnels de santé s'impliquant dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes ;
- de mettre en place un système de protection légale des personnes qui offrent assistance à une autre en danger après avoir consommé des substances illicites, afin que la personne aidante n'hésite pas à appeler les secours par peur des poursuites judiciaires.

T3.2. 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.

T3.3. 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)

La modification du cahier des charges des SCMR, par arrêté du 15 juillet 2019 [[Arrêté modifiant l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »](#)], élargit l'accès des SCMR aux usagers par voie nasale ou par inhalation. Auparavant, ces usagers pouvaient accéder aux postes d'inhalation uniquement après avoir injecté un produit lors d'un précédent passage dans ces salles.

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.

T4.1. **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.)

T4.2. **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.

T5.1. 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. *Where possible, provide any contextual information helpful to understand the information on needle and syringe programmes, drug consumption rooms and take-home naloxone programmes reported in ST 10 "Harm Reduction". Such context can be: statutory evaluation requirements, reports to funding bodies, research projects.*

Provide references of policy documents relevant to the reduction of drug-related health harm.

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

Voir la description des sources sur les recours aux urgences en T5.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » **2018**.

Réduction des risques et des dommages

Voir la description des sources sur la réduction des risques et des dommages en T5.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » **2018**.

Hépatites virales (hépatites B et C)

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

VIH/sida

Système de surveillance VIH/sida

Santé publique France (SpF)

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

Depuis 2003, environ 2 500 biologistes et 16 000 cliniciens ont participé à la notification obligatoire du VIH et/ou du sida. Une surveillance virologique (test Elisa basé sur la détection d'anticorps spécifiques) est opérée en parallèle par le Centre national de référence du VIH.

Depuis avril 2016, les biologistes et les cliniciens doivent déclarer en ligne les cas qu'ils diagnostiquent, via l'application web e-DO (www.e-do.fr). Pour estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité VIH, les données doivent être corrigées pour prendre en compte la sous-déclaration (de l'ordre de 30 %), les données manquantes et les délais de déclaration. Dans la mesure où les comportements de déclaration se sont modifiés suite au passage de la déclaration papier à la déclaration en ligne, il a été nécessaire d'adapter la méthode de correction des données. La méthode actuelle a été appliquée rétrospectivement à l'ensemble des cas diagnostiqués depuis 2010, pour pouvoir analyser les évolutions temporelles. Cette méthode a abouti à une estimation du nombre de découvertes de séropositivité supérieure à celle produite antérieurement.

Barotest 2016

Santé publique France (SpF)

Le Baromètre santé est une enquête téléphonique, répétée régulièrement depuis 1992, par sondage aléatoire auprès d'un échantillon représentatif de la population générale métropolitaine âgée de 15-75 ans visant à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France.

En 2016, les maladies infectieuses figurent parmi les thèmes prioritaires de l'enquête, notamment le dépistage des VHC, VHB et VIH au cours de la vie, la vaccination anti-VHB et les principales expositions à risque aux VHC, VHB, VIH. Un volet virologique nommé « Barotest » a été couplé au Baromètre santé. En fin d'interview, il a été proposé aux participants âgés de plus de 18 ans, bénéficiaires d'une couverture sociale, un dépistage gratuit des VHC, VHB et VIH, par autoprélèvement à domicile de sang déposé sur buvard (recherche de l'Ac anti-VHC, ARN VHC, Ag HBs, Ac anti-VIH) (Lydié *et al.* 2018). En cas de tests négatifs, le résultat était envoyé par courrier au participant et à son médecin traitant. En cas de test(s) positif(s), le résultat était envoyé au médecin et une lettre était adressée au participant l'invitant à consulter son médecin traitant. Près de quatre personnes sur dix (39 %) auxquelles le « Barotest » a été proposé ont accepté, soit 6 945 personnes.

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: <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf> [accessed 05/09/2019].

Allibe, N., Billault, F., Moreau, C., Marchard, A., Gaillard, Y., Hoizey, G. *et al.* (2019) Ocfentanil in France: seven case reports (2016-2018). Toxicologie Analytique et Clinique 10/01/2019, 10.1016/j.toxac.2018.12.003.

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: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3547b9b460e4ad0571cbae84e8fc19c5.pdf [accessed 08/08/2019].

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 09/08/2019].

ANSM (2018). Commission des stupéfiants et psychotropes. Compte rendu de la séance n° 11 du 11 octobre 2018. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis. Available: https://www.ansm.sante.fr/content/download/160569/2102709/version/2/file/CR_COM_STUP-111018.pdf [accessed 09/08/2019].

ANSM and INDIVOR UK Ltd (2018). Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Résumé du rapport de synthèse périodique n°13. Nalscue 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 09/08/2019].

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-2017-11-22.pdf> [accessed 19/06/2019].

Auriacombe, M., Roux, P., Briand Madrid, L., Kirchherr, S., Kervran, C., Chauvin, C. *et al.* (2019). Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ Open* 9 (2) e023683.

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. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/4661/Espace%20Gaia%2C%20First%20DCR%20in%20Paris%20since%20October%202016-%20first%20results%20and%20perspectives%20-%20Elisabeth%20Avril%2C%20Association%20Gaia%20Paris.pdf> [accessed 09/08/2019].

Avril, E. (2018). Salle de consommation à moindre risque Jean-Pierre LHOMME - Espace GAIA, Paris. Bilan d'activité. Commission des stupéfiants et des psychotropes, Séance n° 10. Compte rendu de la séance du 5 avril 2018. ANSM, Saint-Denis.

Bader, D. (2018). Salle de consommation à moindre risque Argos. Association Ithaque, Strasbourg. Bilan d'activité. Commission des stupéfiants et des psychotropes, Séance n° 10. Compte rendu de la séance du 5 avril 2018. ANSM, Saint-Denis. Available: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/fc33ec0d495a999727675a2d141306fd.pdf [accessed 09/08/2019].

Barré, T., Vorspan, F., Fortias, M., Veyrier, M., Cavagna, P., Azuar, J. *et al.* (2018). Pratique de l'ATU de cohorte de la naloxone intranasale (Nalscue®) : mise en place dans un CSAPA parisien [Temporary approval for intranasal naloxone: Setting up in a French addiction center]. *Thérapie* 73 (6) 495-500.

Brisacier, A.-C. (2019a). Recours aux urgences pour usage de substances illicites. *Alcoologie et Addictologie* 41 (1) 14-21.

Brisacier, A.-C. (2019b). Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour 2019. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf> [accessed 19/06/2019].

- Brisacier, A.-C., Palle, C. and Malalret, M. (2019). Décès directement liés aux drogues. Tendances. OFDT (133). Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/deces-directement-lies-aux-drogues-tendances-133-juillet-2019/> [accessed 09/08/2019].
- Brouard, C. (2019). Hépatites B et C : dernières données épidémiologiques. In: Journées francophones d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive, 22 mars 2019, Paris.
- Brouard, C., Pillonel, J. and Lot, F. (2019). Elimination de l'hépatite C. Données épidémiologiques en France. In: Réunion ANRS AC46, 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.
- 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). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxacy1.pdf> ; <http://en.ofdt.fr/publications/tendances/caarud-client-profiles-and-practices-2012-tendances-98-january-2015/> [accessed 12/08/2019].
- CEIP-A Grenoble (2019). DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2017. ANSM, Saint-Denis. Available: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d3b20150fdf3c980805abf5a27e2f02.pdf [accessed 11/06/2019].
- Costes, J.-M. (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. Tendances. OFDT (69). Available: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend69.html> [accessed].
- Cour des comptes (2019). La prévention et la prise en charge du VIH. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Cour des Comptes, Paris. Available: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/194000571/index.shtml> [accessed 09/08/2019].
- 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., de Ledinghen, V., Jauffret-Roustide, M., Roux, P., Reiller, B., Foucher, J. *et al.* (2018a). Hepatitis C virus prevention and care for drug injectors: the French approach. Hepatology, Medicine and Policy 3 (7).
- Delile, J.-M., Lang, J.-P., Remy, A.-J. and Rosa, I. (2018b). 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 08/08/2019].
- Dessaue, C., Semenzato, L. and Barthélémy, P. (2019). Les antiviraux à action directe dans le traitements de l'hépatite C : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie. Points de repère. Assurance Maladie, 52. Available: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_52_-_Les_antiviraux_a_action_directe_dans_le_traitement_de_l_hepatite_C.pdf [accessed 09/08/2019].
- Deuffic-Burban, S., Huneau, A., Verleene, A., Brouard, C., Pillonel, J., Le Strat, Y. *et al.* (2018). Assessing the cost-effectiveness of hepatitis C screening strategies in France. Journal of Hepatology 69 (4) 785-792.

- 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: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf [accessed 19/06/2019].
- 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: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf [accessed 19/06/2019].
- 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). Available: <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=982> [accessed 09/08/2019].
- 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: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicue_psnp.pdf [accessed 19/06/2019].
- 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. 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: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_250377_EN_Euro-DEN%20Final%20report%202015%20French.pdf [accessed 19/06/2019].
- 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 09/08/2019].
- Frauger, E., Kheloufi, F., Boucherie, Q., Monzon, E., Jupin, L., Richard, N. *et al.* (2018). Intérêt de la mise à disposition de la naloxone auprès des usagers de drogues pour le traitement d'urgence de surdosage d'opioïdes [Interest of take-home naloxone for opioid overdose]. Thérapie 73 (6) 511-520.
- Groupe de travail FFA et AFEF (2019). Éliminer l'infection par le virus de l'hépatite C. Construire un parcours de soins coordonnés addictologues-hépatogastroentérologues pour les patients addicts. Parcours adapté aux besoins de chaque patient. Alcoologie et Addictologie 41 (1) 46-51.
- Guillou, M., Doudet, E., Donnadiou-Rigole, H. and Benslimane, M. (2019). Naloxone, la difficile mise à disposition des kits anti-overdose. Le Flyer (75) 2.
- HAS (2014). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc- rapport.pdf [accessed 19/06/2019].

HAS (2016). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandatin_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf [accessed 19/06/2019].

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 19/06/2019].

HAS (2018a). Commission de la transparence. Avis du 5 décembre 2018. Naloxone, Prenoxad. Haute autorité de santé, Saint-Denis.

HAS (2018b). 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_NALSCUC_PIC_INS_Avis3_CT16512.pdf [accessed 19/06/2019].

HAS (2019a). Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Fiche mémo. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf [accessed 14/06/2019].

HAS (2019b). Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/rapport_elaboration_hepatite_c.pdf [accessed 14/06/2019].

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 19/06/2019].

Janssen, E. (2016). Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse. Estimation 2014 en France métropolitaine. Note 2016-04. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/index.php?clD=903> [accessed 09/08/2019].

Janssen, E. (2018). Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. Journal of Public Health (Oxf) 40 (2) e180-e188.

Lailler, G., Comboroure, J.-C., Florence, S., Troussier, T., Pilorgé, F. and Sarr, A. (2018). Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (40-41) 818-826.

Lapeyre-Mestre, M. and Boeuf-Cazou, O. (2011). Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM - Unité de Pharmacopépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.

Le Bourhis, G. (2019). Dépistage et aller-vers. Comment amener au traitement ? In: Journée régionale Hépatite C en Ile-de-france de la Fédération addiction, Paris. Available: <https://fr.calameo.com/read/00554485835559f9da78c?page=1> [accessed 09/08/2019].

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). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalxa.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/index.php?cid=327> [accessed 09/08/2019].
- Lot, F., Cazein, F., Bruyand, M., Pillonel, J., Sommen, C. and Lydie, N. (2019). Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. *Bulletin de santé publique*. Santé publique France (28 mars 2019).
- Lydié, N., Saboni, L., Gautier, A., Brouard, C., Chevaliez, S., Barin, F. *et al.* (2018). Innovative approach for enhancing testing of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in the general population: Protocol for an acceptability and feasibility study (BaroTest 2016). *JMIR Research Protocols* 7 (10) e180.
- MILDECA (2018). *Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022* [Alcohol, tobacco, drugs, screens: National plan for mobilisation against addictions 2018-2022]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022> [accessed 19/06/2019].
- 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: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [accessed 19/06/2019].
- Ministère des solidarités et de la santé (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [accessed 19/06/2019].
- 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: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf [accessed 20/06/2019].
- Ministère des solidarités et de la santé (2019). *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Prévenir et agir face aux surdoses opioïdes. Feuille de route 2019-2022*. Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf [accessed 01/08/2019].
- Néfau, T. (2017). *Le Point SINTES n° 3*. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/sintes/LePointSINTES03.pdf> [accessed 09/08/2019].
- OFDT (2018). *Séries statistiques : 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 20/06/2019].
- Pôle Indicateurs (2018). *RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge. Tableaux statistiques 2007-2017*. OFDT, Saint-Denis. Available: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007-17_series.pdf [accessed 13/06/2019].
- 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.
- RESPADD (2018). *Annuaire 2018 des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP)*. Available: https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Annuaire_PESP_2018_03_.pdf [accessed 10/09/2019].
- 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. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_dgs_colloque15_mai_2018_def.pdf [accessed 08/08/2019].

Santé publique France (2018). Surveillance du VIH/sida. Données disponibles au 26 novembre 2018. Santé publique France, Saint-Maurice. Available: <http://www.corevihest.fr/ckfinder/userfiles/files/Autres/Surveillance-VIH-sida.pdf> [accessed 09/08/2019].

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.

SFTA (2019). Recommandations de la SFTA pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas de décès impliquant des NPS - version 2019 [SFTA guidelines for the achievement of toxicological analyzes for deaths involving NPS - 2019 version]. Société française de toxicologie analytique. Available: <https://www.sfta.org/articles/view/recommandations-de-la-sfta-pour-la-realisation-des-analyses-toxicologiques-dans-les-cas-de-deces-impliquant-des-nps-version-2019> [accessed 09/08/2019].

Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A. and Chyderiotis, S. (2019). Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. Tendances. OFDT (131). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssz4.pdf> [accessed 09/08/2019].

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.

T5.2. 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 métropoles 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.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mise en place en 1999, l'enquête téléphonique EROPP porte sur les représentations et les opinions des Français relatives aux substances psychoactives licites et illicites, ainsi qu'aux actions publiques qui y sont liées. Cinquième exercice du dispositif, l'enquête EROPP 2018 a interrogé par téléphone un échantillon de 2 001 individus du 12 novembre au 18 décembre 2018. L'échantillon a été constitué par quotas, méthode empirique bien adaptée aux petits échantillons (2 000 individus ou moins) même si en théorie elle ne permet pas d'inférer les résultats à l'ensemble de la population. Contrairement aux exercices précédents qui interrogeaient une population âgée de 15 à 75 ans, l'exercice 2018 s'est limité aux 18-75 ans.

La passation des questionnaires, confiée à l'institut de sondage IFOP, a été réalisée avec le système d'interview par téléphone assistée par ordinateur (système CATI, « Computer-assisted telephone interview »). Deux bases de sondage de numéros de téléphones générés aléatoirement ont été constituées, la première étant composée de numéros de téléphones fixes (45 %) et la seconde des téléphones mobiles (55 %).

Le plan d'échantillonnage a été élaboré à partir des données de l'enquête emploi de l'INSEE et la représentativité de l'échantillon a été assurée sur les critères suivants : l'âge croisé avec le sexe, la catégorie socio-professionnelle du répondant, la région du foyer et la taille d'agglomération.

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.