

# Harms and harm reduction workbook

*(Conséquences sanitaires et réduction des risques)*

2020

France

---

## ***Contributors***

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

# Rapport national 2020 (données 2019) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Marc-Antoine Douchet

## Contribution aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Marc-Antoine Douchet
2. *Cadre légal* : Caroline Protais, Marc-Antoine Douchet, Cristina Díaz-Gómez
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérôme, 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, Caroline Protais, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

**Relecture (version française)** : 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

<b>T0. Summary</b> .....	3
<b>T1. National profile and trends</b> .....	5
<b>T1.1. Drug-related deaths</b> .....	5
<b>T1.2. Drug related acute emergencies</b> .....	10
<b>T1.3. Drug related infectious diseases</b> .....	11
<b>T1.4. Other drug-related health harms</b> .....	14
<b>T1.5. Harm reduction interventions</b> .....	15
<b>T1.6. Targeted interventions for other drug-related health harms</b> .....	32
<b>T1.7. Quality assurance of harm reduction services</b> .....	32
<b>T2. Trends Not relevant in this section. Included above</b> .....	33
<b>T3. New developments</b> .....	33
<b>T4. Additional information</b> .....	33
<b>T5. Sources and methodology</b> .....	35

## 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. Ce nombre 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.

En 2018, 573 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques (464 dans DRAMES additionnés aux 109 décès de DTA). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), qui a recensé 464 décès en 2018, les opioïdes sont en cause dans 76 % d'entre eux : médicaments de substitution aux opioïdes dans 43 % des cas et héroïne dans 28 %. 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).

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 2018, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente 1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues (67 cas en 2018) 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 2016-2018, les prévalences déclarées tant pour le VIH que le VHC sont stables, aussi bien en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque l'arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) observé 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 (AC anti-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 12,9 millions de seringues en 2017. Elle était estimée à 9,8 millions en 2011 (dernière année disponible avant la rupture des données compilées). Cette évolution représente une augmentation de 33 % (soit une hausse de 3,2 millions de seringues entre 2011 et 2017). Les ventes de seringues en pharmacie sous forme de kits d'injection, qui représentent un quart des seringues distribuées aux usagers de drogues en 2017, ont diminué d'un peu plus d'un quart (28 % de réduction entre 2011 et 2017, soit 1,2 million de seringues en moins), compensées par la hausse de la distribution en CAARUD, en CSAPA, par les automates et par le programme postal d'échange de seringues.

- 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<sup>®</sup>, 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<sup>®</sup>) sont disponibles en pharmacie d'officine et dans les structures spécialisées. Entre 2016 et 2019, environ 21 000 kits de Naloxone ont été distribués.

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). En 2018, 573 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques (464 dans DRAMES additionnés aux 109 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 2018, les opioïdes sont impliqués dans 76 % des décès recensés dans l'enquête DRAMES. Les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) sont en cause dans 43 % des décès : la méthadone est impliquée dans 35 % des décès et la buprénorphine dans 8 % des cas. Les autres médicaments opioïdes (surtout la morphine) sont impliqués dans 10 % des décès, l'héroïne dans 28 % et la cocaïne dans 26 % des décès directement liés aux drogues. Le pourcentage des décès révélant l'implication du cannabis est de 4 % (seuls sont retenus les décès pour lesquels une pathologie cardiovasculaire a été identifiée), il atteint 8 % pour les amphétamines et la MDMA, et 2 % pour les nouveaux produits de synthèse (NPS). Dans 31 % des décès, plusieurs substances sont impliquées.

Dix décès ont été directement provoqués par des NPS. Ils impliquent les molécules suivantes : 5-MeO-DALT (impliquée pour la première fois en 2018) ainsi que 3-MMC, 4-MEC, 5-APB, ocfentanil, éthylphénidate.

En 2018, huit décès liés au GHB ont été signalés. Fait nouveau, la prégabaline est impliquée dans 6 décès (toujours de manière concomitante) en 2018, alors que les années précédentes elle était impliquée dans tout au plus un décès chaque année.

Les décès directement liés aux drogues recensés dans DRAMES ont concerné des hommes dans 83% des cas. L'âge moyen au moment du décès est de 37,5 ans (37,1 ans chez les femmes et 37,6 ans chez les hommes) en 2018, en baisse de 1,4 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) et le réseau d'addictovigilance, 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 ...) pour transmission et information à l'ensemble des partenaires.

Contrairement à l'année précédente, peu de décès ou d'intoxications graves ont été reportés à l'OFDT et aux partenaires nationaux de façon précoce (voir T.4 Additional information). Il est notamment possible de remarquer l'absence de signaux graves autour des opioïdes de synthèse.

*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

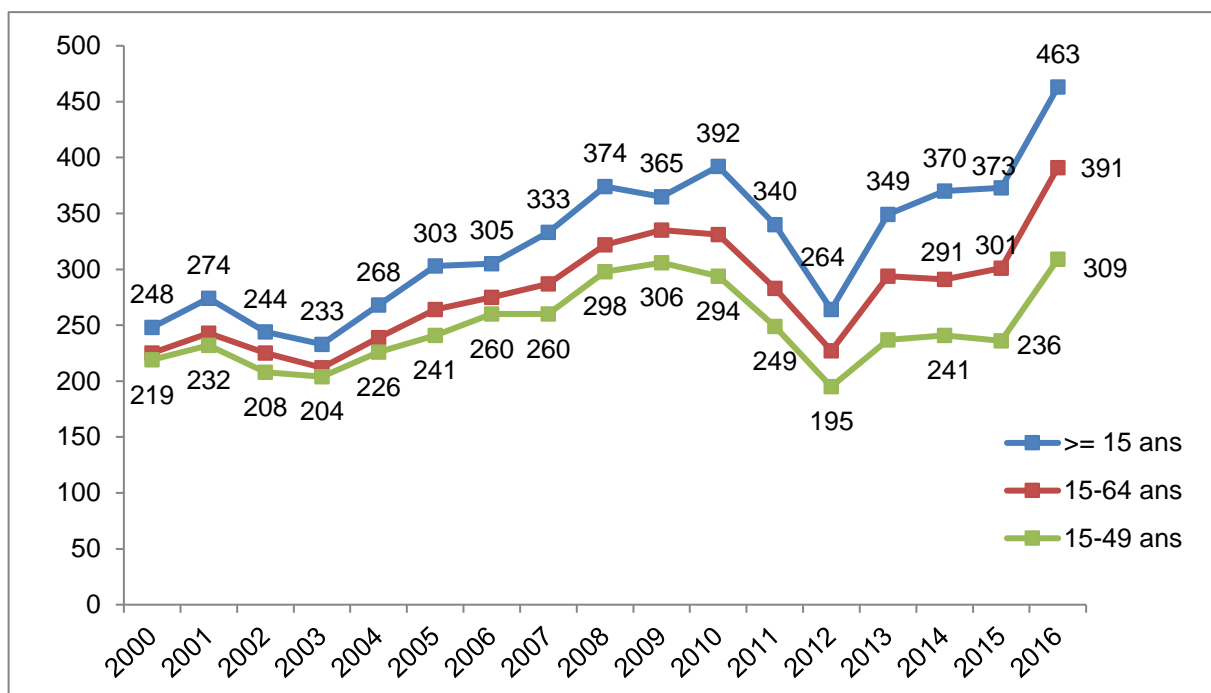
### **Évolutions à court terme**

#### *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 DDLD 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 DDLD, 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 DDLD 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 DDLD

Entre 2012 et 2018, les MSO sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses devant l'héroïne. La part des décès liés à l'héroïne (28 %) est en très légère hausse tandis que celle liée à la méthadone (35 %) est en très légère baisse en 2018. 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) (Néfau 2017).

La part des décès liés aux opioïdes licites (hors MSO) sont en baisse (10 %) en 2018. La morphine reste le plus souvent en cause (21 cas), le nombre de décès liés au tramadol est en augmentation (15 cas), tandis que le nombre de décès liés au fentanyl (4 cas) est stable.

L'implication de la cocaïne (qu'il s'agisse de chlorhydrate ou de la forme basée) est stable (26 %) en 2018, après une forte augmentation entre 2013 et 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 sur la période 2012-2018. En 2018, 45 experts issus de 28 structures couvrant 70 % du territoire français ont notifié des cas.

**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 2012 et 2018**

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Médicaments de substitution aux opioïdes</b>	187	60	153	54	134	55	140	41	188	46	195	45	198	43
- dont méthadone	140	45	112	39	108	44	105	31	148	36	160	37	163	35
- dont buprénorphine	47	15	45	16	28	12	36	10	42	10	35	8	35	8
<b>Autres médicaments opioïdes hors MSO</b>	36	12	33	12	23	9	31	9	58	14	57	13	46	10
<b>Héroïne</b>	47	15	57	20	62	26	103	30	106	26	109	25	130	28
<b>Cocaïne</b>	36	12	25	9	33	14	44	13	75	18	112	26	120	26
<b>Autres substances illicites</b>	31	10	47	16	32	13	74	22	64	16	65	15	66	14
- dont cannabis	15	5	31	11	19	8	36	10	30	7	28	6	20	4
- dont amphétamines et MDMA/ecstasy	15	5	14	5	9	4	27	8	22	5	27	6	37	8
- dont NPS			1		5	2	15	4	14	3	12	3	10	2
<b>Autres (médicaments psychotropes, etc.)</b>	9	3	43	15	36	15	55	16	63	16	33	8	62	13
<b>TOTAL</b>	310		285		243		343		406		432		464	
Nombre d'experts toxicologues participants	41		32		38		45		48		51		45	

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 109 décès impliquant des antalgiques (hors décès impliquant l'acide salicylique et le paracétamol) en 2018. Les médicaments en cause sont le tramadol (45 % des décès), la morphine (29 % des décès), l'oxycodone (17 %), la codéine (13 %) et le fentanyl (4 %). L'âge moyen au moment du décès est de 50,5 ans, en hausse de 8 ans depuis 2015. 56 % des décès sont survenus chez des femmes, alors que les années précédentes elles étaient minoritaires.

Afin de limiter le mésusage du tramadol, la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du tramadol est limitée depuis avril 2020 à 3 mois, au lieu de 12 mois auparavant. Au-delà de 3 mois, la poursuite d'un traitement par tramadol nécessitera une nouvelle ordonnance ([Arrêté du 13 janvier 2020 fixant la durée de prescription des médicaments à base de tramadol administrés par voie orale](#)).

La Société française de toxicologie analytique (SFTA) a mis à jour en 2020 ses recommandations pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas impliquant des NPS (SFTA 2020). 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.

Plusieurs études de cas rapportant des décès en lien avec les NPS (4-MEC, 3MMC, carfentanil, ocfentanil, Meo\_PCP) ont été publiées (Allibe *et al.* 2019; Ameline *et al.* 2019a; Ameline *et al.* 2019b; Gaulier *et al.* 2019; Grossenbacher *et al.* 2019).

Le nouveau certificat de décès est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 2019).

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*

La prévalence de l'hépatite C chronique (ARN du VHC positif) chez les personnes ayant expérimenté des drogues par voie intraveineuse est estimée à 12,1 % (IC 95 % : 2,9-38,4) selon le Barotest 2016, enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon aléatoire en population générale métropolitaine couplée à un volet virologique basé sur un auto-prélèvement de sang déposé sur buvard réalisé à domicile (cf T5. Sources) (Saboni *et al.* 2019).

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 (OFDT 2018).

#### **Évolution**

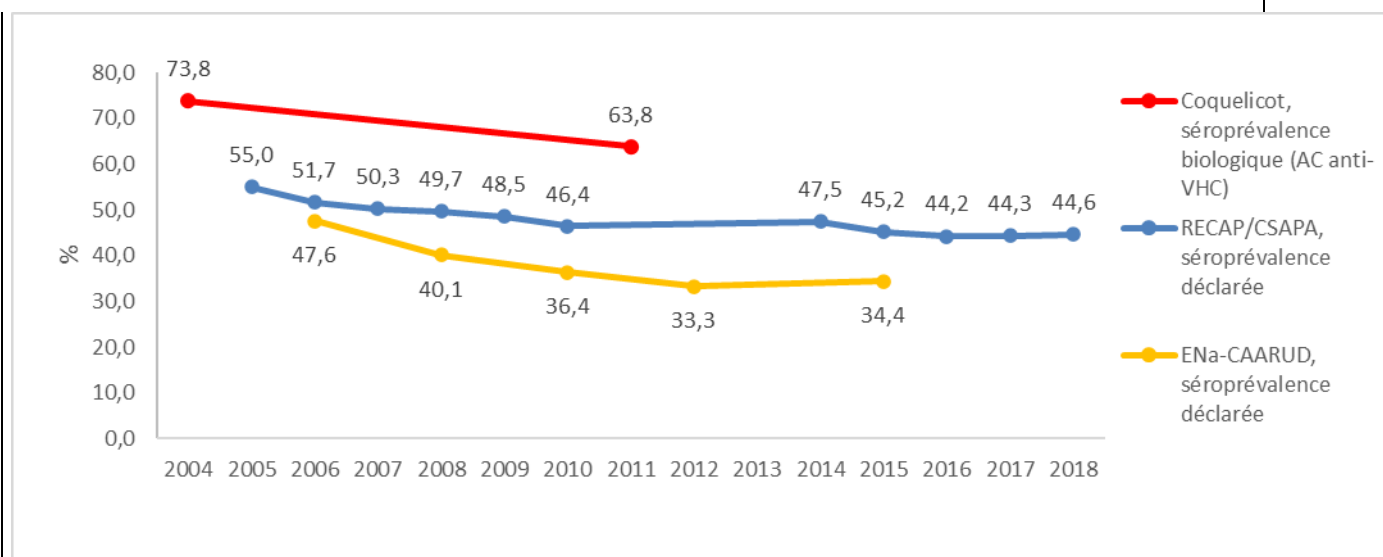
##### *Prévalence et incidence des infections*

En 2011, la séroprévalence biologique du VHC (AC anti-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, selon l'enquête Coquelicot-ANRS (DREES 2015).

Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs (UDI) issus du dispositif RECAP (de 49,7 % en 2008 à 46,4 % en 2010 pour le VHC, stable à près de 8 % pour le VIH) et de l'enquête ENa-CAARUD (de 40,1 % en 2008 à 33,3 % en 2012 pour le VHC, stable à 6,2 % en 2012 contre 7,7 % en 2008 pour le VIH) (Cadet-Tairou *et al.* 2015; Vaux *et al.* 2017). Entre 2012 et 2015 en CAARUD et entre 2012 et 2018 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; OFDT 2018, 2019a; 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 2018, 67 usagers de drogues injecteurs (UDI) ont découvert leur séropositivité au VIH, soit 1,1 % de l'ensemble des découvertes (vs 66 cas en 2017). La méthode de correction des données a été adaptée suite au passage de la déclaration papier à la déclaration en ligne, aboutissant à une réévaluation de l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH (Voir partie T5.1 sur les sources à la fin de ce document). Les personnes présentant une charge virale élevée ( $\geq 100\ 000$  copies du virus/ml) au moment de la découverte représentent 32 % des découvertes chez les UDI. La proportion de diagnostic à un stade avancé (CD 4  $< 200$  ou stade sida) est élevée chez les UDI (55 % contre 29 % parmi l'ensemble des découvertes). La part des porteurs d'AC anti-VHC est de 82 %, la part des co-infections par le VHB (Ag Hbs) chez les UDI au moment de la découverte de séropositivité VIH est de 2 %, celle des co-infections par une infection sexuellement transmissible bactérienne (syphilis, gonococcie ou infection à chlamydia trachomatis) est de 4 %. Parmi les UDI découvrant leur séropositivité en 2018, 59 % sont nés à l'étranger, principalement en Europe. Entre 2013 et 2018, le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les UDI nés en France a diminué de 27 %.

La part des UDI parmi les diagnostics de sida est de 4,7 % en 2018 (soit 46 cas). Enfin, les UDI représentent 17 % de l'ensemble des décès au stade sida (Lot *et al.* 2019; Lot and Lydié 2019; Santé publique France 2018, 2019).

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

Concernant l'hépatite B aiguë (dont la déclaration obligatoire a débuté en 2003), l'exhaustivité de sa déclaration a été estimée entre 9 et 15 % en 2010, à 24 % en 2013 et à 27 % en 2016. Sur la période 2003-2018, 1 788 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés. Depuis 2007, le nombre annuel de cas déclarés a diminué et s'élève à 58 cas en 2018. Le nombre de cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués est estimé en tenant compte de la sous-déclaration à 257 (intervalle de confiance à 95 %, IC 95 % : [225-290]) en 2018, soit un taux de 0,39 [0,34-0,44] pour 100 000 habitants, non significativement différent de celui estimé en 2013 (0,44/100 000 [0,39-0,50]) (Laporal *et al.* 2019). Parmi les cas déclarés entre 2003 et 2018, 4 % des personnes rapportaient un usage de drogues au cours des 6 mois précédant le diagnostic (Vaux *et al.* 2019).

### **Évolutions**

Le nombre annuel de découvertes de séropositivité parmi les UDI a diminué de 36 % entre 2010 et 2018.

La part des UDI parmi les nouveaux cas de sida a diminué de 63 % entre 2010 et 2018. 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 2019b). 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. Si la part des UDI parmi l'ensemble des personnes décédées au stade sida reste élevée, elle a diminué passant de 31 % en 2013 à 17 % en 2018 (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)

Deux thématiques spécifiques ont mobilisé le dispositif national d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs au cours de l'année.

Le mésusage du protoxyde d'azote a entraîné en 2019, 10 cas d'atteintes neurologiques sévères, concentrés entre septembre et octobre 2019. Sur la période 2018 et 2019, 47 cas ont été signalés aux centres d'addictovigilance, dont 37 cas graves classés comme tels en raison de la présence d'une ou plusieurs caractéristiques parmi les suivantes : conséquences cliniques, abus, dépendance, consommation de doses très élevées (jusqu'à plusieurs centaines de cartouches par jour), usage quotidien. Dans 60 % de ces cas graves, des complications neurologiques sont retrouvées. Selon les données fournies par l'ANSM et le réseau d'addictovigilance, les cas se manifestaient cliniquement par des paresthésies. Des atteintes de la moelle épinière ont été mises en évidence, parfois à type de sclérose combinée de la moelle épinière. Un rapport d'expertise doit être élaborée par l'ANSM et une réflexion législative est en cours pour réguler au mieux l'utilisation de ce produit, présent dans les cartouches pour siphon à chantilly et les aérosols d'air sec (voir WB cadre légal).



Des cas de pneumopathies associées au vapotage « EVALI » (pour *e-cigarette or vaping, product use associated lung injury*) survenus aux États-Unis durant l'été 2019 ont provoqué la mise en place d'un dispositif resserré de surveillance sur le plan national. Seuls 5 cas ont été identifiés, dont 3 antérieurs à l'alerte américaine et aucun n'a entraîné un décès. Deux autres enquêtes ont été mises en place, dont les résultats ne seront connus qu'ultérieurement. Il s'agit de VIGIVAPE, menée par l'ANSES et les centres anti-poison (enquête prospective entre juillet 2019 et décembre 2020) et VAPOTOX, menée par le CEIP de Nancy pour mieux documenter tout évènement indésirable en lien avec le vapotage dans la région Grand-Est. Au vu des éléments connus concernant les cas américains, ils semblent avoir été provoqués par l'usage de l'acétate de vitamine E comme produit de coupe dans les e-liquides, dans des circuits de distributions qui concernent avant tout cette région du monde.

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 antiviraux d'action directe \(NAAD\)](#)]. Auparavant, seules les personnes avec une hépatite chronique sévère (score de fibrose  $\geq 2$ ) et/ou co-infectées avec le virus du VIH bénéficiaient d'une prise en charge des AAD par l'Assurance maladie.

La prescription par tout médecin de deux AAD (Marivet<sup>®</sup>, Epclusa<sup>®</sup>) 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 2019b, c). 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<sup>®</sup>, Epclusa<sup>®</sup>, Sovaldi<sup>®</sup>, Harvoni<sup>®</sup>, Vosevi<sup>®</sup>, Zepatier<sup>®</sup>), 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-hépatogastroentérologues 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, ELSA<sup>1</sup>, services hospitaliers d'addictologie...) a été élaboré par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale et présenté à l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites virales (Hoareau and Reynaud-Maurupt 2018). La sensibilisation au dépistage doit être un axe majeur d'action au sein des structures et hors les murs en allant au-devant des personnes. Ainsi pour les usagers de drogues fréquentant les CSAPA ou les CAARUD, la proposition du dépistage devrait être systématisée (avec les TROD combinés VHC-VHB-VIH, les buvards et le Fibroscan®) et les consultations avancées d'hépatologie démultipliées à l'exemple du parcours santé Ile-de-France.

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

<sup>1</sup> Équipe hospitalière de Liaison de de Soins en Addictologie.

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 :

- 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 (stratégie thérapeutique 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

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<sup>®2</sup> mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt<sup>®3</sup> ou des Stéricup<sup>®4</sup>. 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 »).

#### *Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RdRD*

En 2018, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : 7 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA. Aucune structure ne se trouve en zone rurale et seules trois sont implantées dans une commune urbaine de petite taille (moins de 20 000 habitants). Depuis 2011, il existe le programme d'échange de seringues à distance qui vise à répondre aux besoins des usagers éloignés du dispositif médico-social. En 2018, un peu plus de 447 000 seringues ont été délivrées dans ce cadre (voir plus bas). Le suivi à distance des usagers, mis en place dans la période de confinement lié à la pandémie de Covid19, élargit de fait les rayons géographiques d'intervention des CSAPA et CAARUD. Dans les départements qui en sont dotés, les structures sont fortement concentrées dans les agglomérations urbaines de grande taille. On observe ainsi que plus de la moitié (51 % des CAARUD, soit 75 structures en 2018) sont

<sup>2</sup> Les trousseaux, ou kits de prévention, sont destinés à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable.

<sup>3</sup> 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 infectieuses 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.

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

implantées dans une commune d'au moins 200 000 habitants. La forte présence observée des structures de RdRD dans les grandes agglomérations est notamment liée au nombre assez élevé de CAARUD implantés à Paris ou dans la grande couronne de la capitale (5 % du nombre total de CAARUD recensés à l'échelon national).

#### *Activité de RdRD des CAARUD*

En 2018, 147 CAARUD sont recensés sur le territoire français dont six d'entre eux sont implantés dans les départements d'outre-mer. Les CAARUD sont très majoritairement financés par l'Assurance maladie, conformément au Code de l'action sociale et de la famille (art. L. 314-3-3). Les fonds servent principalement à la rémunération du personnel non bénévole, à la location des équipements et infrastructures et à l'achat du matériel pédagogique et de réduction des risques distribué aux usagers. La dotation versée aux structures situées en France métropolitaine en 2018 représente environ 59,3 millions d'euros en 2018 (montant légèrement sous-estimé), le recueil n'étant pas exhaustif. Les actions de réduction des risques conduites par les centres d'accueil ont mobilisé un peu plus de 900 ETP (équivalents temps plein) en 2018, dont 98 emplois pourvus de façon bénévole. La plupart ont été recrutés par les structures de RdRD en activité dans le territoire hexagonal, les ETP mobilisés par les CAARUD situés dans les départements et régions d'outre-mer ne représentant qu'une partie marginale. Près de la moitié du personnel des structures (46 % des ETP dans l'Hexagone et 38 % dans les départements et régions d'outre-mer) est composé par des éducateurs et animateurs de prévention. Les postes occupés par le personnel infirmier et la direction sont au second rang pour les structures de France métropolitaine. Les postes de secrétariat et logistique totalisent 17 % des ETP dans les CAARUD implantés en outre-mer. La présence des personnels médicaux, de psychologues et d'assistants sociaux reste marginale (moins de 5 % des effectifs) ainsi que celle des usagers pairs. Il faut noter que ces derniers sont mobilisés par les structures en activité en France métropolitaine alors qu'ils sont totalement absents des structures localisées dans les territoires d'outre-mer.

L'accueil se fait majoritairement dans un local fixe mais il arrive aussi que les équipes interviennent auprès des usagers de drogues par l'intermédiaire d'un camion ou bus (une unité mobile) exclusivement. Plus d'un tiers des CAARUD sont dotés à la fois d'un local et d'une unité mobile. En 2018, la file active annuelle des CAARUD a représenté approximativement 90 000 personnes dont près de 5 000 personnes qui ont été accueillies par les structures implantées dans les départements et régions d'outre-mer. Un peu plus de 48 000 usagers ont fréquenté les lieux d'accueil fixe des CAARUD et 16 000 personnes approximativement ont été suivies par des équipes en unité mobile. S'agissant des nouveaux usagers accueillis en 2018, on a dénombré près de 22 000 personnes qui se répartissent à hauteur de 75 % dans les lieux d'accueil fixe et 25 % dans les unités mobiles, soit approximativement 16 500 et 4 900 personnes respectivement. La part des publics féminins est minoritaire, les femmes représentant 31 % des populations accueillies dans les locaux des CAARUD et 35 % des publics suivis dans le cadre des unités mobiles, soit 15 200 et 4 900 femmes respectivement.

Les principales actions des CAARUD 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, les actes les plus fréquemment réalisés concernent le maintien d'un lien social ou l'écoute (43 %), la réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité (25 % des actes réalisés) et la réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base) qui représentent 14 % du total. Les actes liés aux soins et à l'accès aux droits sont relativement moins nombreux (8 % et 5 % respectivement). L'accès au dépistage des maladies infectieuses et aux vaccinations occupent une place très marginale dans les interventions ainsi que les actes relatifs à l'accès et au maintien de l'hébergement d'urgence et au logement qui représentent 2 % du total. En 2018, les actes les moins pratiqués sont ceux relatifs à l'accès et la recherche de formation et d'emploi ainsi que ceux qui concernent le maintien dans l'emploi et la formation (0,8 %).

Les modalités d'intervention sont assez homogènes. En 2018, la totalité des CAARUD proposent des accompagnements individuels et des démarches d'orientation vers les services ou les dispositifs les plus adaptés à la demande des usagers. L'entretien individuel se révèle être de très loin la pratique la plus habituelle (100 % des structures). Près de neuf structures sur dix (89 % des CAARUD) offrent des interventions en petits groupes sous forme d'ateliers thématiques (RdRD et alcool, injection à moindre risque, théâtre, relaxation, peinture, échecs, couture, jardinage, ateliers socio-esthétiques, foot, par exemple). 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, les actions des CSAPA dans ce domaine ne peuvent être quantifiées que de façon éparse (Díaz Gómez à paraître).

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 et des dommages

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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

En 2019, la HAS a émis l'avis que l'efficacité de la stratégie universelle de dépistage de l'hépatite C (dépistage de toute la population âgée de 18 à 80 ans) par rapport au dépistage ciblant les personnes les plus à risque d'exposition au VHC n'est pas démontrée (HAS 2019a).

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 12,9 millions de seringues en 2017.

*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 2017, on estime la contribution des CAARUD à la mise à disposition des outils de RdRD à 8,26 millions de seringues. On a dénombré 8,06 millions de seringues en 2018 (voir tableau ci-dessous).

*Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile par le réseau des CAARUD en 2017 et 2018\**

<b>Matériel d'injection</b>	<b>France entière 2017</b>	<b>France entière 2018</b>
Seringues à l'unité	5 518 020	5 508 411
Seringues en trousse par automates	405 886	369 414
Seringues en trousse par l'équipe	1 093 866	952 176
Seringues en trousse par le réseau de pharmacies	1 247 608	1 235 192
<b>Nb total seringues distribuées</b>	<b>8 265 380</b>	<b>8 065 193</b>
Aiguilles	277 764	228 102
Cupules stériles	2 798 979	3 573 626
Filtres stériles	1 623 651	1 547 972
Eau ( fioles de 5 ml)	3 174 328	3 031 886
Tampons alcoolisés	3 242 268	3 016 010
Garrots	18 769	27 890
Sachets d'acide	23 908	58 589
<b>Nb total de trousse (automates, équipe, pharmacies partenaires)</b>	<b>1 373 680</b>	<b>1 278 391</b>
<b>Matériel de sniff</b>		
Petits carnets de feuilles "roule ta paille"	621 965	607 950
Sérum physiologique	198 535	220 481
Autre matériel sniff	46 470	36 545
<i>dont kit sniff</i>	<i>1 615</i>	<i>19</i>
<i>dont strawbags</i>	<i>857</i>	<i>123</i>
<i>dont crèmes</i>	<i>39 613</i>	<i>5 494</i>



<b>Matériel pour inhalation</b>		
Doseurs	203 968	251 783
Embouts	156 153	274 666
Lames (de rasoir)	9 730	15 939
Filtres crack	231 750	468 546
kits inhalation	40 094	49 234
Crèmes cicatrisantes	213 617	143 884
Feuilles d'aluminium crack	494 242	694 821
<b>Matériel de prévention des IST</b>		
Préservatifs masculins	761 290	733 134
Préservatifs féminins	29 304	26 714
Gel lubrifiant	270 077	297 747
<b>Autres matériels de prévention</b>		
Éthylotests	61 633	68 429
Bouchons à oreilles	46 232	31 394
Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	79 696	43 827
Brochures, flyers (équipes CAARUD)	139 459	162 795
Lingettes	285 014	382 490
Champs stériles	12 352	7 393
Naloxone	0	90
<b>Activité PES et DASRI</b>		
Jetons (pharmacies)	13 087	13 128
Jetons (équipes CAARUD)	65 196	47 503
Seringues usagées récupérées par les équipes CAARUD	4 719 890	4 147 373
Seringues récupérées via récupérateurs	7 153 465	14 015 018

\* 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.

PES : programme d'échange de seringues ; DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux

Source : Rapports d'activité 2017-2018 des CAARUD (DGS – exploitation OFDT)

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 2017, les CSAPA ont distribué au total approximativement 565 000 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. Le nombre de seringues vendues en officine sous forme de Stéribox® est passé de 4,45 millions en 2011 à 3,2 millions en 2017 puis, 3,1 millions en 2018 et plus récemment, à 2,95 millions en 2019, soit une baisse des ventes d'un tiers (Données Siamois, GERS, exploitation OFDT).

En 2016, année pour laquelle la distribution globale de seringues a été estimée, les ventes de Stéribox® s'élevaient à 3,35 millions.



### *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 prévention<sup>5</sup> 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. La distribution de seringues a été estimée approximativement à 450 000 unités en 2017 et à un peu plus de 415 000 en 2018.

### *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 2018, un peu plus de 447 000 seringues ont été délivrées dans le cadre du programme d'échange de seringues par envoi postal. On dénombrait près de 356 000 en 2017 (Association SAFE 2019). Un peu plus de deux millions d'utilisateurs ont bénéficié du programme depuis son lancement en 2011 (soit 2 400 usagers). 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,... (Association SAFE 2019).

### *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.

---

<sup>5</sup> 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

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 Nalscue® (naloxone par voie nasale) du laboratoire Indivior a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte en novembre 2015 (ANSM 2015). Elle est disponible depuis juillet 2016 [[Arrêté du 26 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique](#)]. Seuls les médecins exerçant en CSAPA, en service d'addictologie à l'hôpital, dans un service des urgences, dans tout autre service bénéficiant de l'intervention d'une équipe 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 Nalscue® (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 Nalscue<sup>®</sup> ont été distribués. Sur la période considérée, 23 personnes ont reçu Nalscue<sup>®</sup> : 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 Nalscue<sup>®</sup> 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 Nalscue<sup>®</sup>. 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 Nalscue<sup>®</sup> 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 Nalscue<sup>®</sup> ont été commandés. Le laboratoire Indivior, faute d'un accord avec le Comité économique des produits de santé sur le prix du Nalscue<sup>®</sup>, 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> n'apportait pas d'amélioration du service médical rendu dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes (HAS 2018a).

Au total, entre 2016 et 2019, 21 050 kits de Naloxone ont été délivrés (18 409 kits Nalscue<sup>®</sup> et 2 641 kits Prénoxad<sup>®</sup>). Ces kits ont été pour 88 % d'entre eux délivrés en CSAPA et en CSAPA-CAARUD, pour 9 % en CAARUD et pour 3 % en pharmacie d'officine.

En 2020, la spécialité Nyxoid<sup>®</sup> (Naloxone 1,8 mg, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose) a obtenu de la HAS un avis favorable au remboursement en tant que traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connu ou suspecté, se manifestant par une dépression respiratoire et/ou du système nerveux central, à la fois dans un environnement non médical et un environnement de soins. Le service médical rendu est important, tandis que l'amélioration du service médical rendu est jugé mineure comme pour Nalscue<sup>®</sup> (HAS 2020).

#### 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 Gaia](#)] est ouverte depuis le 17 octobre 2016. Elle est située dans le quartier de la gare du Nord, aux alentours de laquelle une scène de consommation de drogues s'était développée depuis une dizaine d'année. La salle, implantée dans un bâtiment de l'hôpital Lariboisière, mais disposant d'une entrée séparée, est ouverte 7 jours sur 7 de 9h30 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 Skenan® (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).

Depuis octobre 2019, la SCMR a élargi ses horaires d'ouverture le matin. Elle ouvre désormais à 9h30 contre 13h30 auparavant.

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 2018, la salle a accueilli 375 usagers différents (vs 271 en 2017) dans l'espace de consommation (79 % d'hommes, 21 % de femmes et 0,5 % de transgenres), à raison de 9 559 épisodes de consommation. 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. En 2018, la cocaïne est le premier produit consommé devant le Skenan®, la buprénorphine, l'héroïne, la cocaïne basée ou crack, et le speedball (mélange d'héroïne et de cocaïne). Les modes de consommation sont l'injection (dans 82 % des sessions), devant la voie fumée (14 %), le sniff (3 %) et l'inhalation. Cinq surdoses ont nécessité l'intervention des secours aboutissant à 3 transferts vers l'hôpital. (Association Ithaque 2017; Bader 2018) (données association Ithaque non publiées). Ces surdoses n'ont entraîné aucun décès.

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 2020.

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.* 2019a). Parmi les bénéficiaires ayant été remboursés d'un médicament de substitution au cours de la décennie 2008-2017 (proxy de la population qui, actuellement ou dans le passé, a injecté des drogues), 8 714 ont initié un traitement par AAD entre leur apparition en 2014 et 2017, soit 15 % de l'ensemble des patients traités par ces nouveaux médicaments dans l'ensemble de la population. Le nombre annuel de patients a augmenté de façon continue au cours de la période, passant de 1 440 en 2014 à 3 063 en 2017, parmi les patients traités par TSO. Les patients sous TSO ayant initié un traitement par AAD étaient très majoritairement des hommes (81 %). La moitié de ces patients avaient au moins 50 ans (Dessauce *et al.* 2019b).

Selon les résultats de l'étude ANRS-Fantasio, les femmes dépendantes aux opioïdes bénéficiaient moins souvent que les hommes d'un traitement de l'hépatite C (Rojas Rojas *et al.* 2019).



En 2014, on estime que 12 100 usagers de drogues injecteurs (actuels ou anciens) vivent avec le VIH en France, 98 % d'entre eux sont diagnostiqués, 91 % sont traités par antirétroviraux et 88 % ont une charge virale maîtrisée (ECDC 2018).

*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 trousseaux 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.

*l) L'analyse de drogue comme outil de RdRD*

L'analyse de drogue permet à des usagers de substances psychoactives de s'informer sur la composition de leur produit en le faisant analyser. Ce dispositif est utilisé comme un outil de réduction des risques pour permettre aux personnes de s'informer, de faire des choix à partir d'une information fiable et ainsi de mieux protéger et améliorer leur santé.

Médecins du monde a développé en s'appuyant sur son expérience un référentiel éducatif présentant le dispositif d'analyse de drogue dans son ensemble et décrivant le déroulement des entretiens de collecte et de rendu de résultats auprès des usagers, ainsi qu'un référentiel technique détaillant le processus d'analyse par chromatographie sur couche mince (Bichet *et al.* 2019).

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 national 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)

- 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)

Le ministère des solidarités et de la santé a élaboré une liste des matériels de prévention pour les services de réduction des risques qui fournit un état des connaissances sur les outils de réduction des risques dont l'efficacité et l'acceptabilité sont reconnues (Direction générale de la santé 2020).

## 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.)

Au début du confinement lié à l'épidémie de COVID (qui a duré du 17 mars au 11 mai 2020), le Ministère des solidarités et de la santé a formulé des recommandations concernant la continuité des activités en CSAPA et en CAARUD ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19-fiche\\_structures\\_prevention-pec.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19-fiche_structures_prevention-pec.pdf)). L'activité à distance a été privilégiée, lorsqu'elle était possible. Les CSAPA ont maintenu les consultations individuelles médicales, paramédicales et psychologiques et activités de soins, la prescription et délivrance des traitements de substitution aux opiacés. La distribution de matériel de

réduction des risques et des dommages a été maintenue par les CAARUD et les CSAPA. Enfin les CAARUD ont poursuivi leurs activités de maraudes vers des publics précaires et marginalisés et l'activité des salles de consommation à moindre risque (SCMR) a été maintenue. À la fin du confinement, de nouvelles recommandations ont été formulées pour une reprise progressive des activités des structures (<https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/05/Ministere-de-la-sante-Pour-une-reprise-progressive-des-activites-des-structures-de-prevention-en-sante-et-de-prise-en-charge-qui-accueil-du-public-en-poste-confinement-13-05-20.pdf>). Outre les mesures sanitaires générales à adopter et l'organisation des locaux et des activités, ces recommandations portent sur les activités prioritaires à reprendre en présentielle et des points d'attention particuliers (l'accueil de nouveaux usagers, le repérage des troubles psychiques et des difficultés sociales en lien avec le confinement, la question systématique des violences et des prises de risques infectieuses, les risques liés à la reprise des consommations, l'accès des usagers à la naloxone et enfin la reprise du lien avec les « perdus de vue ».)

Par ailleurs, afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, l'[arrêté du 23 mars 2020](#), complété le 18 mai 2020 ([arrêté prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire](#)), a permis aux pharmaciens d'officine de pouvoir renouveler des ordonnances de traitements de substitution aux opiacés. (Voir T4.2 du Treatment workbook).

Le Ministère des solidarités et de la santé a aussi mis en ligne des affiches et des fiches mémo sur les kits de naloxone prête à l'emploi pour favoriser son accès durant le confinement. Une fiche est à destination du public, l'autre est à destination des professionnels : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>.

Durant la période de confinement, le dispositif TREND a également documenté l'engagement des professionnels confrontés à de multiples difficultés de prises en charge des personnes en grande précarité. De nombreux CAARUD ont élaboré des modes de délivrance alternatifs, comme la livraison à domicile ou sous la forme de « drive » avec des plages horaires élargies. Les CAARUD ont mis en place ou renforcé les maraudes, certains ont aussi fourni une aide alimentaire et pris des initiatives d'hébergement en hôtel. Le dispositif de RdRD à distance a enregistré un net accroissement de son activité durant le confinement. Plus de 100 nouveaux usagers ont été intégrés au dispositif au cours du mois de mars 2020, contre 33 en moyenne par mois en 2019, ce qui constitue la plus forte hausse mensuelle de la file active depuis la création du programme. Sur les 19 premiers jours d'avril, 59 nouveaux usagers ont rejoint le dispositif. Près de 62 864 seringues ont été fournies (contre 37 186 sur l'ensemble de février 2020) (Gérome and Gandilhon 2020a, b). En revanche, en pharmacie d'officine, les ventes de kits de Stéribox sont orientées à la baisse (- 6,6 %) en mars 2020 comparé à mars 2019, selon la même tendance que celle observée au cours des 12 derniers mois (- 4,3 %) (données GERS-Siamois, exploitation OFDT).

Concernant les signaux sanitaires atypiques, reportés de façon précoce au plan national, on note la persistance d'intoxication non fatales, ou de décès, suite à des consommations de cathinones (3-MMC et 4-MEC) dans un contexte de relative violence ayant nécessité l'intervention des forces de l'ordre (au total 11 signaux, avec 2 décès, 3 intoxications non-fatales et 6 cas de conduite automobile sous influence).

*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

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

1. **La statistique nationale des causes de décès (CépiDc-INSERM).**

Depuis 1968, ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdose sont ceux pour lesquels les certificats font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes fixée par l'EMCDDA (sélection B: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [accédé le 29/07/2019]). Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de médicaments particuliers intervient. Certains décès par surdose sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent donc pas être recensés. Par ailleurs, les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées, la mention la plus fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autre précision. Actuellement, la mise à disposition de ces données n'intervient qu'au bout d'un délai de deux ans. La sous-estimation des décès par surdose a été évaluée à 30 % chez les 15-49 ans en 2007 (Janssen 2011).

**Registre national des causes de décès**

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

Le service CépiDc de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès (papier ou électronique depuis 2007) rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM10).

Ce dispositif permet d'établir annuellement la statistique nationale sur les causes médicales de décès, en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui gère le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) reprenant l'ensemble des informations issues de l'état civil. Dans certains cas, les informations relatives aux causes de décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM. Ces décès restent classés en cause inconnue, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier les morts violentes et les décès par surdose).

## 2. **Le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances).**

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

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

*Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) ; Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

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

En 2018, 45 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil.

## 3. **DTA : Décès toxiques par Antalgiques**

*Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) ; Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

Mise en place en 2013, cette enquête a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques, d'identifier les médicaments impliqués, d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de ces décès. Cette enquête s'appuie sur le recueil prospectif des cas de décès par antalgiques, notifiés par les experts toxicologues analystes qui réalisent des analyses toxicologiques à la demande de la Justice dans le cadre de la recherche des causes de la mort. L'inclusion des cas impose que le décès soit imputé à une des substances suivantes : acide acétylsalicylique, buprénorphine, codéine, dextropropoxyphène, dihydrocodéine, fentanyl, hydromorphone, kétamine, morphine, nalbuphine, néfopam, oxycodone, paracétamol, péthidine, prégabaline, tramadol. Les décès survenant dans un contexte d'abus et de toxicomanie sont exclus, ceux survenant dans un contexte suicidaire sont inclus à la différence de l'enquête DRAMES.

En 2015, 21 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Les cas inclus dans l'enquête DTA (en dehors de ceux impliquant l'acide salicylique et le paracétamol) ajoutés à ceux de DRAMES correspondent aux décès de la sélection B de l'EMCDDA.

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

### **Recours aux urgences liées à l'usage de drogues**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Réduction des risques et des dommages**

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

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

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

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

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

Le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS) a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO) au niveau départemental. Les données ne sont pas disponibles de 2012 à 2015, mais le sont à nouveau à partir de 2016.

### **VIH/Sida et Hépatites virales (hépatites B et C)**

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

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



## **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](http://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.

## **Système de surveillance des hépatites B aiguës**

*Santé publique France (SPF)*

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

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

## **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 19/06/2020].
- 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 31 (4) 317-322.
- Ameline, A., Blanchot, A., Arbouche, N., Raul, J.-S. and Kintz, P. (2019a). Aspect toxicologique d'un phénomène en plein essor : le chemsex. Description d'un cas médico-légal aux conséquences fatales, impliquant la 4-MEC [Toxicological aspect of a booming phenomenon: Chemsex. Description of a fatal medico-legal case involving 4-MEC]. La Revue de Médecine Légale 10 (3) 104-107.
- Ameline, A., Dumestre-Toulet, V., Raul, J.-S. and Kintz, P. (2019b). Abuse of 3-MMC and forensic aspects: About 4 cases and review of the literature. Toxicologie Analytique et Clinique 31 (4) 251-257.
- 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](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3547b9b460e4ad0571cbae84e8fc19c5.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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/5614fdab02edff58f6b823defcd41da.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5614fdab02edff58f6b823defcd41da.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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](https://www.ansm.sante.fr/content/download/160569/2102709/version/2/file/CR_COM_STUP-111018.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5c8d832400b3de2f650f567b1f5a877b.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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-vd-2017-11-22.pdf> [accessed 19/06/2020].
- Association SAFE (2019). Réduction des risques à distance. Rapport de l'activité nationale 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 19/06/2020].



- 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](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/fc33ec0d495a999727675a2d141306fd.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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.
- Bichet, L., Blanc, A., Dauriol, Y., Debrus, M., Lachaze, G. and Pfau, G. (2019). L'analyse de drogues comme outil de réduction des risques. Référentiel éducatif du réseau XBT. Médecins du Monde, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/analyse-de-drogues-medecins-du-monde-publie-deux-referentiels/> [accessed 16/06/2020].
- Brisacier, A.-C. (2019). Recours aux urgences pour usage de substances illicites. Alcoologie et Addictologie 41 (1) 14-21.
- Brisacier, A.-C., Palle, C. and Mallaret, M. (2019). Décès directement liés aux drogues. Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes [Direct drug-related deaths - Assessment of their number in France and recent developments]. Tendances. OFDT (133). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabz7.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftaabz7.pdf> [accessed 19/06/2020].
- 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.
- 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/eftxacv1.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftaacv1.pdf> [accessed 19/06/2020].
- 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](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d3b20150fdf3c980805abf5a27e2f02.pdf) [accessed 19/06/2020].
- Costes, J.-M. (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006 [The prevalence of problem drug use in France: estimates for 2006]. Tendances. OFDT (69). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjpc.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftajpc.pdf> [accessed 19/06/2020].
- 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.vie-publique.fr/rapport/267977-la-prevention-et-la-prise-en-charge-du-vih> [accessed 19/06/2020].
- 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 19/06/2020].
- Dessauce, C., Semenzato, L. and Barthélémy, P. (2019a). 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](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 19/06/2020].
- Dessauce, C., Semenzato, L., Rachas, A., Barthélémy, P., Lavin, L. and Comboroure, J.-C. (2019b). Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur quatre ans de prise en charge par l'Assurance maladie (janvier 2014-décembre 2017) [Direct-acting antivirals in the treatment of chronic hepatitis C: overview of 4 years of coverage by the French Health Insurance (January 2014-December 2017)]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (24-25) 502-509.
- 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](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf) [accessed 19/06/2020].
- 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].
- Díaz Gómez, C. (à paraître). Les CAARUD en 2014-2015. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- 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\\_publicque\\_psnp.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnp.pdf) [accessed 19/06/2020].
- Direction générale de la santé (2020). Liste des matériels de préventions pour les services de réduction des risques. Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris. Available: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outils\\_de\\_rdrd\\_2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outils_de_rdrd_2020.pdf) [accessed 04/06/2020].
- 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.
- ECDC (2018). Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm. Available:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/continuum-hiv-care-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress> [accessed 16/06/2020].

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](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_250377_EN_Euro-DEN%20Final%20report%202015%20French.pdf) [accessed 19/06/2020].

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 19/06/2020].

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.

Gaulier, J.-M., Richeval, C., Phanithavong, M., Brault, S., Allorge, D. and Dumestre-Toulet, V. (2019). A case report of carfentanil-related fatality in France. Toxicologie Analytique et Clinique 31 (4) 323-331.

Gérome, C. and Gandilhon, M. (2020a). Evolution des usages et de l'offre de drogues au temps du COVID-19 : observations croisées du dispositif TREND. Bulletin TREND COVID-19. OFDT (2). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-2.pdf> [accessed 18/06/2020].

Gérome, C. and Gandilhon, M. (2020b). Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du COVID-19 : Les observations croisées du dispositif TREND. Bulletin TREND COVID-19. OFDT (1). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-1.pdf> [accessed 19/06/2020].

Grossenbacher, F., Cazaubon, Y., Feliu, C., Ameline, A., Kintz, P., Passouant, O. *et al.* (2019). About 5 cases with 3 Meo-PCP including 2 deaths and 3 non-fatal cases seen in France in 2018. Toxicologie Analytique et Clinique 31 (4) 332-336.

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](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 19/06/2020].

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](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 19/06/2020].

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 19/06/2020].
- 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](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16512_NALSCUC_PIC_INS_Avis3_CT16512.pdf) [accessed 19/06/2020].
- HAS (2019a). Évaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). Volet 1. Évaluer l'efficacité des stratégies de dépistage. Haute Autorité de santé, Saint-Denis. Available: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2886668/fr/evaluation-des-strategies-de-depistage-des-personnes-infectees-par-le-virus-de-l-hepatite-c-vhc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2886668/fr/evaluation-des-strategies-de-depistage-des-personnes-infectees-par-le-virus-de-l-hepatite-c-vhc) [accessed 16/06/2020].
- HAS (2019b). 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](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf) [accessed 18/06/2020].
- HAS (2019c). 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](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/rapport_elaboration_hepatite_c.pdf) [accessed 18/06/2020].
- HAS (2020). Commission de la transparence. Avis du 5 février 2020. Naloxone NYXOID 1,8 mg. solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Haute Autorité de santé, Saint-Denis. Available: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18238\\_NYXOID\\_PIC\\_INS\\_AvisDef\\_CT18238.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18238_NYXOID_PIC_INS_AvisDef_CT18238.pdf) [accessed 04/06/2020].
- 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. (2011). Drug-related deaths in France in 2007: Estimates and implications. Substance Use and Misuse 46 (12) 1495-1501.
- 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?cID=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.
- Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M. *et al.* (2009). A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious Diseases 9 (113) 1-12.
- Lailier, 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.

- Laporal, S., Léon, L., Pioche, C., Vaux, S., Pillonel, J., Lot, F. *et al.* (2019). Estimation du nombre de diagnostics d'hépatite B aiguë et de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire en France en 2016, enquête LaboHep 2016 [Estimation of the number of acute hepatitis B diagnoses and exhaustivity of mandatory notification in France in 2016, LaboHep 2016 survey]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (24-25) 496-501.
- 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 Lydié, N. (2019). Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. Bulletin de santé publique. Santé publique France. Available: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-infection-a-vih.-mars-2019> [accessed 19/06/2020].
- Lot, F. and Lydié, N. (2019). Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST [Epidemiological situation and screening for HIV and other STIs]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (31-32) 611-663.
- 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 17/06/2020].
- 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](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](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](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](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf) [accessed 18/06/2020].
- 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). 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](https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007-17_series.pdf) [accessed 13/06/2019].
- OFDT (2019a). RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge. Tableaux statistiques 2007-2018. OFDT, Saint-Denis. Available: [https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007-18\\_series.pdf](https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007-18_series.pdf) [accessed 26/05/2020].
- OFDT (2019b). 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 16/06/2020].
- Palle, C. and Vaissade, L. (2007). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 [The initial national results of the RECAP survey. Persons treated in the CSSTs and CCAAs in 2005]. Tendances. OFDT (54). Available: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend54.html> [accessed].
- 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](https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Annuaire_PESP_2018_03_.pdf) [accessed 10/09/2019].
- Rojas Rojas, T., Di Beo, V., Delorme, J., Barre, T., Mathurin, P., Protopopescu, C. *et al.* (2019). Lower HCV treatment uptake in women who have received opioid agonist therapy before and during the DAA era: The ANRS FANTASIO project. International Journal of Drug Policy 72 61-68.
- Saboni, L., Brouard, C., Gautier, A., Chevaliez, S., Rahib, D., Richard, J.-B. *et al.* (2019). Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest [HCV and HBV prevalence based on home blood self-sampling based, and screening history in the general population: contribution to the new French screening strategy, 2016 Barometer of Santé publique France-BaroTest]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (24-25) 469-477.
- 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](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].
- Santé publique France (2019). Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida - France, 2018. Bulletin de santé publique. Santé publique France (9). Available: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019> [accessed 19/06/2020].
- SFTA (2020). Recommandations de la SFTA pour la réalisation des analyses toxicologiques impliquant des NPS - version 2020 [SFTA guidelines for the achievement of toxicological analyzes involving NPS - 2020 version]. Toxicologie Analytique et Clinique 32 (2) 89-91.



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/eftxssz4.pdf> [accessed 09/08/2019].

Vaux, S., Laporal, S., Pioche, C., Bruyand, M., Lévy-Bruhl, D., Lot, F. *et al.* (2019). Surveillance de l'hépatite B aiguë par la déclaration obligatoire, France, 2003-2018 [Surveillance of acute hepatitis B through mandatory notification, France, 2003-2018]. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (24-25) 490-495.

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.