

Harms and harm reduction workbook

(Conséquences sanitaires et réduction des risques)

2021

France

Contributors

Anna Ndiaye, Christophe Palle, Magali Martinez (OFDT)

Rapport national 2021 (données 2020) 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, Margaux Blanchon
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérome, Michel Gandilhon, Eric Janssen
4. *Prévention* : Carine Mutatayi
5. *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anna Ndiaye, Clément Gérome
6. *Bonnes pratiques* : Anna Ndiaye, Carine Mutatayi
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anna Ndiaye, Christophe Palle, Magali Martinez
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Caroline Protais, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anna Ndiaye, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Maitena Milhet, Isabelle Michot

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

Sommaire

T0.	Summary	3
T1.	National profile and trends	5
	T1.1. Drug-related deaths	5
	T1.2. Drug related acute emergencies	9
	T1.3. Drug related infectious diseases	10
	T1.4. Other drug-related health harms	12
	T1.5. Harm reduction interventions	12
	T1.6. Targeted interventions for other drug-related health harms	26
	T1.7. Quality assurance of harm reduction services	26
T2.	Trends Not relevant in this section. Included above	26
T3.	New developments	26
T4.	Additional information	27
T5.	Sources and methodology	28

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

Les données les plus récentes du registre général de mortalité datent de 2016 avec 309 décès par surdose chez les 15-49 ans (463 au total). Ce nombre est en forte hausse (+ 31 %) chez les 15-49 ans en 2016, par rapport à 2015.

En 2019, 648 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques des décès par surdose (503 dans DRAMES additionnés aux 145 décès de DTA). Les médicaments de substitution aux opioïdes sont, devant l'héroïne, les principales substances impliquées dans les décès par surdose. D'après les données du registre DRAMES, les opioïdes sont impliquées dans 77 % des décès : les médicaments de substitution aux opioïdes et l'héroïne sont en cause dans 43 % et 29 % des décès, respectivement. La cocaïne est impliquée dans 22 % des décès.

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.

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.

Les prévalences déclarées pour le VIH et le VHC sont stables en CAARUD. En CSAPA la prévalence déclarée de VIH reste stable et on note un impact positif de la stratégie d'accès universel au traitement sur la part des usagers se déclarant porteur du VHC (voir T.1.3.1).

- National profile and trends harm reduction

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 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.

Le dispositif de réduction des risques repose sur des acteurs de proximité (CSAPA, CAARUD, pharmacies, médecine de ville et associations), sur différents programmes de prévention et sur les stratégies de prévention du VIH et des hépatites. Le dispositif médico-social (CSAPA, CAARUD) couvre la majorité du territoire national. Les programmes de réduction des risques sont notamment les programmes de distribution de matériel de prévention, de distribution de la naloxone, les TSO et les salles de consommation à moindre risque (SCMR) ainsi que l'analyse de drogues utilisée comme outil de RdR (voir T.5.3).

Actuellement une spécialité de Naloxone prête à l'emploi est commercialisée en France : le kit de Prenoxad® solution injectable intramusculaire en seringue pré-remplie (0,91 mg/ml). D'ici fin 2021 un kit de naloxone prête à l'emploi sous forme de spray nasal devrait être disponible dans les établissements de santé, les CSAPA, les CAARUD et en pharmacie d'officine.

Deux SCMR ont ouvert à Paris et Strasbourg en 2016 dans le cadre d'une expérimentation. Une évaluation scientifique de l'expérimentation, dont le rapport a été publié en mai 2021, confirme l'intérêt des SCMR avec un impact positif sur la santé des usagers de drogue avec une baisse des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC, des risques d'overdose non fatales, de passages aux urgences et de complications au point d'injection ; un rapport coût-efficacité évalué sur 10 années, acceptable. Les résultats de l'évaluation permettent d'étudier la possibilité de nouvelles implantations et de la pérennisation des SCMR comme outil de réduction des risques complémentaires.

Un programme de distribution de matériel stérile est en place depuis 1987. Actuellement, l'organisation de la mise à disposition des seringues repose sur 4 modalités de distribution : distribution par les CSAPA et CAARUD, vente de kits et de seringues stériles en pharmacie, distribution de seringues via des automates et programme d'échange de seringue par voie postale. Ce dernier permet d'améliorer l'accessibilité en levant les freins liés à l'éloignement géographique, aux horaires d'ouverture et à la confidentialité. Les CAARUD jouent un rôle clé dans la distribution du matériel stérile de prévention. En 2019, les CAARUD ont distribué 8,25 millions de seringues (8,06 en 2018).

La prévention des infections VIH et hépatite C s'inscrit dans les stratégies nationales de prévention de ces infections qui visent notamment à accentuer le dépistage et la prévention à destination des populations les plus exposées afin d'atteindre l'objectif d'élimination à l'horizon 2030 et 2025, respectivement. Les actions mises en œuvre portent notamment sur le renforcement du dépistage de proximité par les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC et VHB et des modalités de dépistage « hors les murs ». Depuis 2016, diverses mesures ont été mises en place pour faciliter l'accès aux antirétroviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C : accès au traitement quel que soit le stade de fibrose, évolution des modalités d'initiation du traitement, ouverture de la prescription de 2 AAD à tous les médecins.

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 France, 3 sources complémentaires de données sont utilisées pour décrire les décès par surdose. Il s'agit du registre national des causes de décès INSERM-CépiDC et des 2 registres spécifiques DRAMES et DTA (cf. T5 sources et méthodologie).

Les données les plus récentes du registre national des causes de décès datent de 2016. On dénombrait alors un total de 463 décès par surdose dont 309 parmi les 15-49 ans. La plupart de ces décès (78 %) sont survenus chez des hommes. Le nombre des décès par surdose est très probablement sous-estimé, certains d'entre eux pouvant être classés en « cause inconnue » (voir workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2020).

Les registres spécifiques qui ne sont pas exhaustifs reportent pour l'année 2019 un total de 648 décès : 503 décès pour le registre DRAMES plus 145 décès pour le registre DTA. Selon les données du registre DRAMES, les sujets dont le décès est directement lié aux drogues restent majoritairement des hommes (79 %) et ont une moyenne d'âge de 38,7 ans (38,3 ans pour les hommes et 39,9 ans pour les femmes) (CEIP-A Grenoble 2021a).

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

En 2019, les opioïdes sont impliqués seuls ou en association dans 77 % des décès reportés dans le registre DRAMES (CEIP-A Grenoble 2021a) (cf. T5 sources et méthodologie). Les médicaments de substitution aux opioïdes sont en cause dans 43 % des décès : 35 % des cas pour la méthadone et 9 % des cas pour la buprénorphine. Les autres médicaments opioïdes, essentiellement la morphine, sont impliqués dans 10 % des décès. L'héroïne est en cause dans 29 % des cas.

La répartition des décès selon les autres substances illicites impliquées s'établit comme suit : cocaïne 22 %, cannabis 7 %, amphétamines/MDMA 6 % et nouveaux produits de synthèse (NPS) 1 %. Au total, 5 décès ont été directement provoqués par des nouveaux produits de synthèse dont 2 molécules impliquées pour la 1^{ère} fois : diphénidine et 4-Fluorométhylphénidate. Les autres molécules en cause sont : 3-MMC et 4-MEC. Dans 27 % des décès, plusieurs substances sont impliquées.

Comme l'an dernier, 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 ; et le T.1.1.2 du workbook « Conséquence sanitaire et RdR » 2020 pour la description du dispositif national d'alerte sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs). Il est notamment possible de remarquer l'absence de signaux graves autour des opioïdes de synthèse.

Le nombre de décès liés à la prégabaline est en augmentation dans les 2 registres spécifiques. Le registre DRAMES reporte 6 décès liés à la prégabaline en 2018 et 7 décès en 2019 alors que jusqu'en 2018 la prégabaline n'était impliquée tout au plus que dans un décès par an. On note également une augmentation du nombre de décès impliquant la prégabaline dans le registre DTA (cf. T5 sources et méthodologie) : 5 décès en 2019 contre 2 en 2018. Depuis leur première notification dans les registres DRAMES en 2013 et DTA en 2014, un total de 28 décès imputables à la prégabaline ont été reportés (15 dans le registre DRAMES et 13 dans le registre DTA). Pour tous les décès, hormis un décès enregistré dans le registre DTA, d'autres substances étaient co-impliquées. Ce contexte de poly-consommation est retrouvé dans les observations du dispositif de surveillance TREND (voir section D, T.3.1 du workbook « usages » 2021). Comme le relève l'enquête OSIAP (CEIP-A de Toulouse 2021), la prégabaline est aussi en 2019 la substance qui fait le plus l'objet d'ordonnances falsifiées. Depuis 2013, la prégabaline est surveillée dans le cadre du réseau d'addictovigilance en France. Selon le rapport établi par ce réseau en septembre 2020 (CEIP de Toulouse 2020), on note depuis 2014 une augmentation des cas d'abus, de mésusage et de dépendance qui s'est accentuée depuis 2018.

Afin de limiter le mésusage de la prégabaline une partie de la réglementation des stupéfiants est appliquée aux médicaments à base de prégabaline depuis le 24 mai 2021 : prescription sur ordonnance sécurisée et durée maximale de prescription limitée à 6 mois ([arrêté du 12 février 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de prégabaline](#), voir T.3.1 du workbook cadre légal 2021).

Dans ses recommandations 2020 pour la réalisation des analyses toxicologiques dans les cas impliquant des NPS, la société française de toxicologie analytique propose d'inclure la prégabaline dans les recherches toxicologiques.

Concernant les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques, selon l'enquête DTA 2019 (CEIP-A Grenoble 2021b), le tramadol (43 % des décès), la morphine (25 % des décès), la codéine (22 %) et l'oxycodone (16 %) restent les principales molécules impliquées dans les décès directs. Le fentanyl est impliqué dans 3 % des décès. Comparativement à 2018 on note une augmentation des décès liés à la codéine (13 % en 2018). Le registre reporte pour la première fois un cas de décès par méthadone dans un contexte antalgique.

*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)*

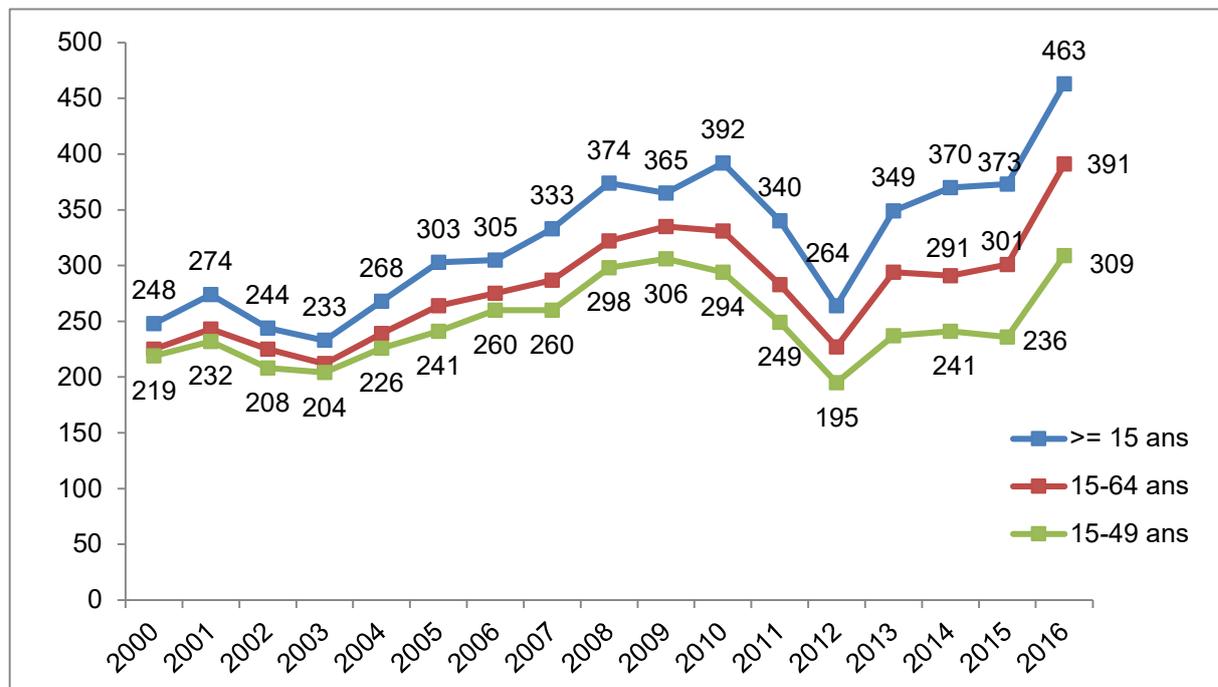
Enquêtes de cohorte de mortalité

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

Les données les plus récentes du registre national des causes de décès datent de 2016. En 2016, le nombre de décès directement liés aux drogues (DDL) 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 DDL des personnes de moins de 50 ans entre 2000 et 2015 paraissent fortement liées à la disponibilité et à la pureté de l'héroïne (voir workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2020 ; (Brisacier *et al.* 2019).

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



Source : INSERM-CépiDc, exploitation OFDT

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

Toxicologie des DDL

Registre DRAMES (CEIP-A Grenoble 2021a) : En 2019, les opiacés seuls ou en association restent les principales substances impliquées dans les décès par surdose : médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) suivis de l'héroïne. Concernant les médicaments opioïdes hors MSO, la morphine reste la molécule la plus souvent en cause. On note en 2019 une baisse de la part des décès liés à la cocaïne et aux NPS alors celle liée au cannabis augmente (ne sont retenus pour le cannabis que les décès où une pathologie cardio-vasculaire est connue ou révélée à l'autopsie).

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 varie d'une année à une autre.

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 2019**

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicaments de substitution aux opioïdes	187	60	153	54	134	55	140	41	188	46	195	45	198	43	218	43
- dont méthadone	140	45	112	39	108	44	105	31	148	36	160	37	163	35	178	35
- dont buprénorphine	47	15	45	16	28	12	36	10	42	10	35	8	35	8	46	9
Autres médicaments opioïdes hors MSO	36	12	33	12	23	9	31	9	58	14	57	13	46	10	48	10
Héroïne	47	15	57	20	62	26	103	30	106	26	109	25	130	28	147	29
Cocaïne	36	12	25	9	33	14	44	13	75	18	112	26	120	26	110	22
Autres substances illicites	31	10	47	16	32	13	74	22	64	16	65	15	66	14	67	13
- dont cannabis	15	5	31	11	19	8	36	10	30	7	28	6	20	4	33	7
- dont amphétamines et MDMA/ecstasy	15	5	14	5	9	4	27	8	22	5	27	6	37	8	29	6
- dont NPS			1		5	2	15	4	14	3	12	3	10	2	5	1
Autres (médicaments psychotropes, etc.)	9	3	43	15	36	15	55	16	63	16	33	8	62	13	70	14
TOTAL	310		285		243		343		406		432		464		503	
Nombre d'experts toxicologues participants	41		32		38		45		48		51		45		46	

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).

Registre DTA (CEIP-A Grenoble 2021b) : Le tramadol est, devant la morphine, la première molécule impliquée dans les décès reportés par le registre DTA. Les décès liés au tramadol et à la morphine restent stables dans la période 2016 et 2019 alors que ceux liés à l'oxycodone ont connu une nette augmentation en 2017 avant de se stabiliser.

Répartition des décès* selon les substances impliquées**

	2015	2016	2017	2018	2019
	%	%	%	%	%
Tramadol	34	44	46	46	43
Morphine	32	26	29	29	25
Codéine	27	19	18	13	22
Oxycodone	10	9,5	18	17	16

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

* Seuls les décès directs sont mentionnés.

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

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).

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)

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 (Santé publique France 2019b). 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).

En 2020, le phénomène du cannabis adulteré avec des cannabinoïdes de synthèse (voir T.1.1.5 du workbook "marchés et criminalité" 2021 et A T.1.2.4 du workbook "usages" 2021) a conduit au signalement (comprenant le recours aux urgences, les consultations médicales, et les collectes SINTES réalisées par les CEIP) de 60 à 90 personnes, selon un décompte fait en croisant les données obtenues via SINTES, l'ANSM et le réseau d'addictovigilance entre septembre 2020 jusqu'à fin avril 2021.

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

Selon les résultats de l'enquête ENa-CAARUD (cf. T5 sources et méthodologie), le taux d'usagers de drogues ayant déclaré avoir effectué un test de dépistage du VHC au moins une fois a augmenté en 2019 pour revenir au niveau déjà observé en 2012 (87 %). Celui des d'usagers de drogues ayant déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH au moins une fois reste stable (91 %). Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 6 % se déclarent séropositifs au VIH (4,5 % en 2015). Concernant l'hépatite C, 36 % connaissant le résultat du dernier test réalisé se déclarent guéris et 15 % des usagers testés au moins une fois se disent porteurs du VHC (Cadet-Taïrou *et al.* 2020).

Selon l'enquête RECAP 2019 (cf T5. Sources), le pourcentage d'injecteurs-vie en CSAPA connaissant leur statut VIH et VHC est en hausse par rapport en 2018 : 62,6 % vs 60,4 % et 64,6 % vs 62,6 % respectivement. Les prévalences déclarées parmi ces injecteurs-vie se situent pour le VIH à 7,1 % (6,9 % en 2018) et pour le VHC à 42,6 % (44,6 % en 2018).

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

T1.3.2. Optional. Please comment on notification data (e.g. notification of new HIV and AIDS cases among drug users). Short descriptions of outbreaks/clusters, specific surveys or other relevant data can be reported here (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 et workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2020).

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, 2019a).

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.

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. 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)

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 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 n°2004-806 du 9 août 2004 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). 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 n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique](#). Le référentiel précise les objectifs des activités de réduction des risques :

- Prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune de matériel d'injection
- Prévenir les intoxications aiguës notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants
- Prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aiguës et associés à ces consommations
- Orienter les usagers de drogue vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux
- Améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale

La [loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé](#) mentionne dans son article 41 que « L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal ».

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 T.1.1.1 du workbook « Politique et stratégie nationale » 2018 pour les grandes lignes de ce plan)

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 T 1.1.6 et T 3.1 du workbook « Politique et stratégie nationale » 2020)

La Direction générale de la santé a publié en 2020 un guide des outils de réduction des risques et des dommages à destination des professionnels (Direction générale de la santé 2020).

Prévention des infections

La stratégie de prévention des infections repose notamment sur la diffusion de l'information, l'accès au matériel de prévention, l'accès au dépistage et aux soins. Les dispositions réglementaires relatives à l'accès au matériel de prévention ont progressivement évolué depuis 1987 (Voir T1.5.3).

L'accès au dépistage et aux soins pour l'hépatite C s'inscrit dans le cadre de la politique de prévention de la stratégie nationale de santé 2018-2022 dont l'une des mesures vise à intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025. 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).

Diverses mesures ont été mises en place depuis 2016 pour favoriser l'accès au dépistage et au traitement. L'accès aux antirétroviraux à action directe (AAD) a été élargi aux usagers de drogue en 2016, avant l'accès universel mis en place en 2017. L'accès universel s'est accompagné d'une évolution des modalités d'initiation du traitement avec limitation des réunions de concertation pluridisciplinaires aux cas complexes. La prescription par tout médecin de deux AAD (Marivet[®], Eplusa[®]) est possible depuis mai 2019. Cette mesure s'est accompagnée de la mise à disposition d'une fiche mémo de la Haute autorité de santé sur la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chez l'adulte (HAS 2019a, b). Ces mesures permettent théoriquement aux usagers de pouvoir avoir accès au niveau des CSAPA à toutes les étapes de la prise en charge : prévention, dépistage, traitement ce qui permet notamment une optimisation des délais entre le dépistage et le traitement.

Concernant le VIH, 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).

Prévention des intoxications aiguës

En France la majorité des décès par surdose sont dus aux opioïdes. Le ministère des solidarités et de la santé (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019) a élaboré une feuille de route, portant sur cinq objectifs, pour prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes :

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 (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019).

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

Le Réseau de prévention des addictions (RESPADD) a publié un 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 T.1.4.9 du workbook « Prise en charge et offre de soins » 2020).

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RdRD

En 2019, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : 5 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). Créé en 2011, le programme d'échange de seringues à distance 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 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 2019, 148 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 représente environ 64 millions d'euros en 2019. Les actions de réduction des risques conduites par les centres d'accueil ont mobilisé un peu plus de 950 ETP (équivalents temps plein) en 2019, dont 74 emplois pourvus de façon bénévole. Près de la moitié du personnel des structures (44 % des ETP) 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. 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 2019, la file active annuelle des CAARUD a représenté approximativement 92 000 personnes dont un peu plus de 5 000 personnes qui ont été accueillies par les structures implantées dans les départements et régions d'outre-mer. Près de 53 000 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 2019, on dénombre près de 22 000 personnes accueillies dans les locaux fixes et les unités mobiles, soit un peu moins d'un tiers des personnes vues dans ces deux types d'accueil. La part des publics féminins est minoritaire, les femmes représentant environ 30 % des personnes suivies dans ces deux cadres.

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 (28 % des actes réalisés) et la réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base) qui représentent 12 % du total. Les actes liés aux soins et à l'accès aux droits sont relativement moins nombreux (7 % 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 2019, 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 (0,7 %).

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). Plus de 4 structures sur 10 réunissent des groupes d'entraide et d'auto-support (Palle à paraître).

Bien que la réduction des risques constitue une de leurs missions, les actions des CSAPA dans ce domaine ne peuvent être que très partiellement quantifiées.

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. Pour un premier bilan de l'activité des CeGIDD, voir T.5.3 en 2020.

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 %.

Les Tests d'orientation diagnostique (TROD) VIH et VHC constituent une offre de dépistage complémentaire. La [loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation du système de santé

étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée [[Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine \(VIH 1 et 2\) et de l'infection par le virus de l'hépatite C \(VHC\) en milieu médico-social ou associatif](#)]. Les TROD peuvent ainsi être effectués dans les CAARUD et les CSAPA sous réserve que ces derniers aient une autorisation de l'Agence régionale de santé territorialement compétente. Ils peuvent aussi être effectués par les infirmiers, les sages-femmes, les médecins et les pharmaciens d'officine [[Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques](#)]. Enfin, le dépistage au moyen de TROD peut être réalisé sur une personne mineure.

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

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

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

b) Organisation de la distribution de seringues

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

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

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

Toutes modalités d'offres réunies, la distribution de matériel d'injection est estimée à 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. En 2019, les CAARUD ont distribué 8,25 millions de seringues (voir tableau ci-dessous).

*Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile
par le réseau des CAARUD en 2018 et 2019**

Matériel d'injection	France entière 2018	France entière 2019
Seringues à l'unité	5 508 411	5 570 063
Seringues en trousse par automates	369 414	386 084
Seringues en trousse par l'équipe	952 176	998 654
Seringues en trousse par le réseau de pharmacies	1 235 192	1 291 528
Nb total seringues distribuées	8 065 193	8 246 329
Cupules stériles	3 573 626	2 761 099
Filtres stériles	1 547 972	2 112 749
Eau (fioles de 5 ml)	3 031 886	2 768 418
Tampons alcoolisés	3 016 010	3 050 734
Nb total de trousses (automates, équipe, pharmacies partenaires)	1 278 391	1 338 133
Matériel de sniff		
Petits carnets de feuilles "roule ta paille"	607 950	649 192
Sérum physiologique	220 481	292 605
Autre matériel sniff	36 545	60 279
Matériel pour inhalation		
Doseurs	251 783	313 504
Embouts	274 666	340 475
Filtres crack	468 546	310 788
kits inhalation	49 234	51 683
Matériel de prévention des IST		
Préservatifs masculins	733 134	796 075
Préservatifs féminins	26 714	28 648
Gel lubrifiant	297 747	306 964
Autres matériels de prévention		
Éthylotests	68 429	95 282
Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	43 827	45 420
Brochures, flyers (équipes CAARUD)	162 795	153 151
Activité PES et DASRI		
Jetons (pharmacies)	13 128	14 252
Jetons (équipes CAARUD)	47 503	59 100
Seringues usagées récupérées par les équipes CAARUD	4 147 373	4 423 295
Seringues récupérées via récupérateurs	14 015 018	16 444 890

* 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 2018-2019 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 prévention¹ 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).

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

c) La distribution d'autres matériels de RdRD

Le matériel de prévention s'est ouvert progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack) ou par exemple, des feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon » (inhalation des vapeurs produites par le chauffage de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium). Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à leur usage) vise à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH.

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

d) Programme de distribution de naloxone

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone en France, la Commission des stupéfiants et psychotropes s'est prononcé en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. En octobre 2015, la naloxone par voie nasale a été exonérée de la liste I des substances vénéneuses [[Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine](#)]. Par conséquent, sa délivrance ne nécessite pas de prescription médicale, en revanche elle reste un médicament faisant partie du monopole pharmaceutique.

La spécialité Nalscuc® du laboratoire Indivior (naloxone 0,9 mg/0,1 ml), mise à disposition d'abord dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte en 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](#)] et dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est entrée en vigueur en janvier 2018, n'est plus commercialisé en France depuis novembre 2020. Le médicament bénéficiait d'un taux de remboursement de 65% sur prescription. Les kits étaient disponibles dans les établissements de santé, les CSAPA, les CAARUD mais pas en pharmacie d'officine.

La diffusion large de la naloxone prête à l'emploi est un des cinq objectifs de la feuille de route 2019-2022 « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes » du ministère des solidarités et de la santé (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019).

Actuellement une spécialité est commercialisée en France : Prenoxad[®] du laboratoire Ethypharm. Commercialisé depuis juin 2019, les kits de Prenoxad[®] solution injectable intramusculaire en seringue pré-remplie (0,91 mg/ml) 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.

D'autres kits de Naloxone prête à l'emploi sous forme de spray nasal devraient être disponibles prochainement. En 2020, la spécialité Nyxoid[®] (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. Sa commercialisation en France est attendue d'ici la fin de l'année 2021. Il sera disponible dans les établissements de santé, les CSAPA, les CAARUD et en pharmacie d'officine.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié en juillet 2020 plusieurs documents d'information sur la naloxone à destination des professionnels et du public :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_memo_pro_naloxone_22fev2021.pdf ;
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_memo_public_naloxone_22fev2021.pdf ;
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_naloxone.pdf

Au total, entre 2016 et 2019, 21 050 kits de Naloxone ont été délivrés (18 409 kits Nalscue[®] et 2 641 kits Prénoxad[®]). 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.

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

Le cahier des charges des SCMR, fixé par arrêté du 22 mars 2016 [[Arrêté portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé](#)] détaille les objectifs généraux (dont le premier est de contribuer à réduire les risques de surdose et d'infections) et spécifiques, la durée de l'expérimentation (6 ans), les structures concernées (la mise en œuvre des SCMR est confiée aux CAARUD mais dans des locaux distincts de ceux accueillant leurs missions habituelles), le public concerné (usagers 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. Il a été modifié par l'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](#)] qui notamment ouvre l'accueil aux autres modes de consommation dont l'inhalation.

Deux SCMR sont ouverts en France dans le cadre de l'expérimentation. La SCMR de Paris [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du CAARUD Gaia](#)] ouverte depuis le 17 octobre 2016 et la SCMR de Strasbourg ouverte le 7 novembre 2016 [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du CAARUD Ithaque](#)](voir workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2020).

Le rapport d'évaluation des SCMR en France, prévu par l'article 43 de la loi de modernisation du système de santé et coordonné par l'INSERM, a été publié en mai 2021 (INSERM 2021).

Le rapport repose sur 3 études :

- L'étude COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'inNjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) : suivi d'une cohorte de 665 usagers de drogues recrutés à Paris et Strasbourg et également à Bordeaux et Marseille où les SCMR n'existent pas.
- L'étude COSINUS Eco : évaluation économique des SCMR sur la base des données de l'étude COSINUS et des données de la littérature.
- Une étude sociologique : Enquête socio-anthropologique auprès de 160 parties prenantes (riverains, agents de propreté et de sécurité, policiers, professionnels de santé et de la RdR, usagers, politiques) sur l'impact des SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale.

Les résultats de l'étude COSINUS montrent un impact positif des SCMR sur la santé : elles participent à la baisse des pratiques à risques du risque de transmission du VIH et du VHC mais également des risques de surdose non fatale, des passages aux urgences et des complications au point d'injection. Sur le plan de la sécurité, s'y ajoute une diminution des délits aux alentours de la SCMR. Cependant, les utilisateurs de SCMR ont eu moins accès aux soins de ville que les non utilisateurs de SCMR. Les auteurs estiment que cela pourrait s'expliquer par le fait que les usagers qui fréquentent les SMCR ont moins souvent une couverture sociale ou qu'ils trouvent dans les SCMR une partie de l'aide médicale recherchée auprès d'un médecin de ville.

Selon les résultats de l'étude COSINUS Eco, les SCMR présentent un rapport coût-efficacité acceptable qui pourrait être amélioré si elles étaient intégrées dans des structures existantes comme les CAARUD.

L'étude sociologique rapporte quant à elle « une diversité des expériences et des perceptions vis-à-vis des SCMR », ainsi qu'une baisse des traces de consommation dans un périmètre proche de la SCMR avec diminution significative (par 3) du nombre de seringues ramassées.

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 2021.

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 trousse 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).

En 2020, la Fédération Addiction a repris le pilotage du réseau construit par Médecins du Monde, anciennement appelé mission XBT, qui s'appuie avant tout sur de la chromatographie sur couche mince. A côté de ce réseau, d'autres structures ont notamment rejoint le collectif Galilée, qui intègre d'autres pratiques comme l'infrarouge. Des réunions à l'échelon national et local ont eu lieu à plusieurs reprises en 2020 et 2021 afin de progressivement élaborer des cadres partagés d'actions et d'articulation entre les différents dispositifs. L'objectif est d'aider les acteurs à faire le choix, ou l'orientation, vers l'outil d'analyse le plus adapté à la situation.

Par rapport à ces initiatives, l'OFDT place le dispositif SINTES en soutien, lorsque cela est possible, par exemple en aidant les laboratoires locaux à établir des standards étalons via les produits que lui-même collecte (comme c'est le cas avec l'herbe adultérée, voir le T.1.15 du workbook « marchés et criminalité » 2021), ou alors, en tâchant de sensibiliser à la nécessité de communiquer les informations importantes dans le cadre de l'EWS français.

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

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

En France, les deux principaux vecteurs de distribution de seringues sont les CAARUD et les officines de pharmacie. Ils distribuent ensemble 90 % des seringues mises à disposition auprès des usagers de drogues injecteurs. Ces deux sources de données agrégées semblent refléter une légère hausse dans l'évolution entre 2008 et 2016 du volume total de seringues distribuées. La baisse des ventes de seringues en pharmacie est compensée par une plus forte hausse des seringues distribuées en CAARUD. Cette évolution doit être interprétée cependant avec précaution, à cause de nombreuses ruptures des données au cours de la période observée.

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

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

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

Rappelons qu'en 2015, l'OFDT a estimé à 100 000 le nombre d'injecteurs au cours de l'année. Comparée aux estimations avancées pour l'année 2006, la prévalence de l'injection au cours du mois demeure stable, les prévalences françaises restant en-deçà des niveaux moyens européens (Costes 2009; Janssen 2016, 2018).

T1.5.5. **Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand harm reduction activities within your country. Information on services outside the categories of the 'treatment system map' may be relevant here (e.g. services in pharmacies/dedicated to HIV/AIDS, primary health care system/GPs, or other sites and facilities providing testing of infectious diseases to significant number of people who use drugs, or drugs/outreach activities not covered above) (suggested title: Additional information on harm reduction activities)

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

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

T1.6.1. **Optional.** Please provide additional information on any other relevant targeted health interventions for drug-related health harms (suggested title: Targeted interventions for other drug-related health harms)

T1.7. Quality assurance of harm reduction services

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

T1.7.1. **Optional.** Please provide an overview of the main harm reduction quality assurance standards, guidelines and targets within your country (suggested title: Quality assurance for harm reduction services)

Assurance qualité pour les structures de réduction des risques
Voir T1.7.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2017.

T1.7.2. **Optional.** Please comment on the possible explanations of long term trends and short term trends in any other drug related harms data that you consider important (suggested title: Additional information on any other drug related harms data)

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

T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug related harms and harm reduction in your country **since your last report.** T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here.

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

T3.1. Please report on any notable new or topical developments observed in drug related deaths and emergencies in your country since your last report (suggested title: New developments in drug-related deaths and emergencies)

- 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)

- 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). 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 pour estimer les décès directement liés aux drogues (DDLDD) : un registre général de mortalité et deux registres spécifiques.

Le registre général de mortalité

Le recensement des causes de décès existe en France depuis 1968 et est assuré par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). La certification des décès est obligatoire en France. Le certificat de décès, établi par le médecin ayant constaté le décès, comporte une partie administrative nominative et un volet médical anonyme qui mentionne la cause du décès. Depuis 2018, un volet médical complémentaire a été mis en place. Ce volet est rempli, le cas échéant, par le médecin ayant procédé à la recherche médicale ou scientifique des causes de décès ou à l'autopsie judiciaire. Le CépiDC produit les statistiques annuelles de causes de décès en se basant sur les volets médicaux des certificats de décès. La codification des causes de décès est réalisée d'après la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM10).

Du fait de l'utilisation peu fréquente du code T en France, les DDLDD sont extraits de ce registre en utilisant une adaptation de la sélection B de l'EMCDDA : seuls les codes X42, X62, Y12, F11, F12, F14, F15, F16 et F19 sont retenus.

Le registre a une couverture nationale et assure une production des données selon une procédure internationale standardisée. Cependant, il existe un certain délai pour leur disponibilité : les données de l'année n ne sont disponibles qu'au cours de l'année n+2 au plus tôt. Par ailleurs, on note une sous-estimation des DDLDD. Ceci s'explique par plusieurs raisons en partie par le fait que les résultats des investigations médico-légales ne sont pas toujours transmis au CépiDC, ce qui ne permet pas de modifier le code temporaire « causes inconnues ou mal définies » qui leur est initialement assigné. La mise en place du volet médical complémentaire transmis directement au CépiDC par le médecin ayant réalisé les investigations devraient permettre d'améliorer la qualité des données, s'il est effectivement utilisé de remédier en partie à cette dernière. À l'inverse, il peut y avoir des faux positifs. En effet, des décès par surdose de morphine survenant notamment parmi les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs peuvent apparaître comme des décès d'usagers de drogues. Enfin, le registre n'est pas très informatif sur les substances impliquées, les codes les plus souvent retrouvés étant les codes F19 et X142.

Les Registres Spécifiques

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 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. Les analyses sont menées sur requête du parquet. Les décès sont notifiés à l'ANSM et au CEIP- A de

Grenoble par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français et dont le nombre varie en fonction des années.

Sont inclus dans l'enquête les décès correspondant à la définition de l'EMCDDA de DDL D mais pas les décès par suicides. L'enquête vise 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.

Le registre DRAMES n'est pas exhaustif.

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. L'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. Le registre DTA n'est pas exhaustif.

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.

Les 3 sources utilisées pour décrire les DDL D présentent chacune des limites mais sont complémentaires : les données du CépiDC permettent d'analyser l'évolution du nombre de décès alors que les données de DRAMES et DTA fournissent des informations sur la répartition de décès par substance.

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).

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 DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire](#)], 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). 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.

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.

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

Association SAFE (2019). Réduction des risques à distance. Rapport de l'activité nationale 2019.

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 21/07/2021].

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 21/07/2021].

Brouard, C. (2019). Hépatites B et C : dernières données épidémiologiques. In: Journées francophones d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive, 22 mars 2019, Paris.

Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Guilbaud, F. (2020). Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. Tendances. OFDT (142). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxac2ac.pdf> [accessed 21/07/2021].

CEIP-A de Toulouse (2021). Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2019. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Saint-Denis. Available: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4270c13862381907e69554b2273148a3.pdf [accessed 21/07/2021].

CEIP-A Grenoble (2021a). DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2019. ANSM, Saint-Denis. Available: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/09/plaquette-drames-2019-v2.pdf> [accessed 21/07/2021].

CEIP-A Grenoble (2021b). Décès toxiques par antalgiques. Résultats 2019. ANSM, Saint-Denis. Available: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/06/01/plaquette-dta-2019-v3.pdf> [accessed 21/07/2021].

CEIP de Toulouse (2020). Rapport d'expertise. Lyrica® - prégabaline. Laboratoires Alter, Arrow, Biogaran, Cristers, EG Labo, Evolupharm, Krka, Mylan, Novartis, Teva, Zentiva et Zydus. Available: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/01/20200224-rapport-pregabaline-2020.pdf> [accessed 03/08/2021].

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/eftxjcpc.pdf> ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftajcpc.pdf> [accessed 19/06/2020].

Dessaucé, C., Semenzato, L. and Barthélémy, P. (2019a). Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie. Points de repère. Assurance Maladie, 52. Available: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_52_-_Les_antiviraux_a_action_directe_dans_le_traitement_de_l_hepatite_C.pdf [accessed 21/07/2021].

Dessaucé, 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.

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_psnppdf [accessed 08/06/2021].

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 [accessed 08/06/2021].

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 21/07/2021].

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 21/07/2021].

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 21/07/2021].

HAS (2016). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandatin_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf [accessed 21/07/2021].

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 21/07/2021].

HAS (2019a). Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Fiche mémo. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf [accessed 08/06/2021].

HAS (2019b). Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-03/rapport_elaboration_hepatite_c.pdf [accessed 08/06/2021].

INSERM (2021). COSINUS - COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues. COSINUS éco - Évaluation économique des salles de consommation à moindre risque. Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. INSERM, Paris. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/presse/evaluation-scientifique-confirme-linteret-salles-de-consommation-moindre-risque-scmr> [accessed 15/06/2021].

- 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/BDD/publications/docs/eisxejw9.pdf> [accessed 21/07/2021].
- 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.
- 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 21/07/2021].
- 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 08/06/2021].
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2017). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [accessed 21/07/2021].
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [accessed 21/07/2021].
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2018). Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Ministère des Solidarités et de la santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf [accessed 21/07/2021].
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Prévenir et agir face aux surdoses opioïdes. Feuille de route 2019-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf [accessed 21/07/2021].
- 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: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=53738 ; <https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efacpn6.pdf> [accessed 21/07/2021].
- Palle, C. (à paraître). Les Caarud en 2019. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-Caarud. OFDT, Paris.

- Razavi, H., Waked, I., Sarrazin, C., Myers, R.P., Idilman, R., Calinas, F. *et al.* (2014). The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *Journal of Viral Hepatitis* 21 (Suppl. 1) 34-59.
- RESPADD (2018). *Annuaire 2018 des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP)*. Available: https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Annuaire_PESP_2018_03_.pdf [accessed 21/07/2021].
- 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.
- 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 21/07/2021].
- Santé publique France (2019a). 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 21/07/2021].
- Santé publique France (2019b). Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [online]. Available: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences> [accessed 21/07/2021].

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'usager, afin d'effectuer des tests biologiques. Elle concerne la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

La première enquête s'est déroulée en 2004 dans 5 villes françaises (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux) auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection ou le « sniff » au moins une fois dans leur vie. En 2011, l'échantillonnage a un peu changé : il ne s'agit plus des villes mais des agglomérations, deux départements (Seine-Saint-Denis et Seine-et-

Marne) ont été inclus et le recrutement des usagers de drogues s'est concentré dans les services spécialisés (CSAPA, CAARUD, structures d'hébergement) et plus en médecine générale. L'enquête s'est déroulée entre mai et juillet 2011, auprès de 1 568 usagers de drogues dans 122 structures, avec un taux de participation de 75 %. Parmi eux, 92 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

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.).

En 2019, 2 735 questionnaires intégralement remplis sont inclus dans l'analyse (contre 3 129 en 2015 et 2 905 en 2012). De 1 à 161 questionnaires par CAARUD (20 en moyenne) sont intégrés dans la base. Les données ont été redressées selon le poids des files actives annuelles de chaque structure dans la file active nationale des CAARUD en 2018 (soit 65 602 individus reçus dans les centres fixes et unités mobiles).

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.