

Harms and harm reduction workbook

(Conséquences sanitaires et réduction des risques)

2022

France

Contributors

Anna Ndiaye, Léo Bouthier, Sabrina Cherki (OFDT)

Rapport national 2022 (données 2021) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Esther Thiry

Contribution aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Diaz Gomez
2. *Cadre légal* : Margaux Blanchon, Caroline Protais
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Sabrina Cherki, Clément Gérome, Michel Gandilhon, Eric Janssen
4. *Prévention* : Carine Mutatayi, Caroline Protais
5. *Prise en charge et offre de soins* : Anna Ndiaye, Léo Bouthier, Sabrina Cherki, Clément Gérome
6. *Bonnes pratiques* : Anna Ndiaye, Carine Mutatayi
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anna Ndiaye, Léo Bouthier, Sabrina Cherki
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Caroline Protais, Sabrina Cherki
9. *Prison* : Caroline Protais, Anna Ndiaye, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Maitena Milhet, Isabelle Michot

Selecture (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.

Selecture (version anglaise) : Anne de l'Eprevier

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Margaux Blanchon, Anne de l'Eprevier

Sommaire

T0. Summary	3
T1. National profile and trends	4
T1.1. Drug-related deaths	5
T1.2. Drug related acute emergencies	8
T1.3. Drug related infectious diseases	10
T1.4. Other drug-related health harms	11
T1.5. Harm reduction interventions	11
T1.6. Targeted interventions for other drug-related health harms	18
T1.7. Quality assurance of harm reduction services	19
T2. Trends Not relevant in this section. Included above.	19
T3. New developments	19
T4. Additional information	20
T5. Sources and methodology	20

T0. Summary

Please provide an abstract of this workbook (target: 1 000 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 (CépiDc) datent de 2017 avec 417 décès. Ce chiffre est probablement sous-estimé.

En 2020, le registre spécifique DRAMES a rapporté 567 décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (503 en 2019) et le registre spécifique DTA comptabilisait 117 décès liés à l'usage de médicaments antalgiques (145 en 2019).

Environ 19 300 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues (PULUD) ont été dénombrés en 2019 en France (réseau Oscour®). Ces passages sont liés notamment à l'usage de cannabis (29 %), d'opioïdes (26 %) et de cocaïne (12 %). On note entre 2015 et 2019 une augmentation de la proportion de passages aux urgences liés à l'usage de cocaïne (12 % vs 7 %).

L'usage de drogues par voie injectable a été rarement identifié comme mode de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2020 (1,5 %). À la découverte de la séropositivité VIH, 5 % des usagers de drogue par voie intraveineuse étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (Ag HBs) et 57 % étaient positifs pour les anticorps anti-VHC.

- National profile and trends harm reduction

La politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en direction des usagers de drogues vise notamment à prévenir les infections et les surdoses mortelles liées à la consommation de substances et à favoriser l'accès aux soins et aux droits sociaux des usagers de drogue. Elle fait appel à des acteurs de proximité et s'appuie sur :

- Une feuille de route gouvernementale pour la prévention et la prise en charge des surdoses d'opioïdes, qui inclut un programme de diffusion de la naloxone : les kits de naloxone prêts à l'emploi sont disponibles dans les établissements de santé, les structures spécialisées en addictologie et en pharmacie d'officine.
- Un programme de distribution de matériel de prévention qui repose sur une offre de proximité (CSAPA et CAARUD, pharmacies, automates) et un 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 traitements de substitution aux opiacés accessibles en ville, dans les CSAPA et en prison.
- Les stratégies nationales de prévention du VIH et des hépatites : les actions mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies portent notamment sur le renforcement du dépistage de proximité et l'accès rapide au traitement et s'inscrivent dans l'objectif d'élimination du VIH à horizon 2030 et du VHC à horizon 2025.

- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), devenues les « Halte soins addiction » (HSA). (Voir T3. et l'analyse de drogues utilisée comme outil de réduction des risques au T.1.5.3).

- New developments

Depuis septembre 2021, la France dispose à nouveau de naloxone sous forme de spray nasal : Nixoid® pulvérisateur nasal 1,8 mg/0,1 ml. Il s'ajoute au kit de Prenoxad® solution injectable intramusculaire 0,91 mg/ml déjà disponible sur le marché. Le Nixoid® est soumis à prescription médicale obligatoire.

L'expérimentation des SCMR débutée en 2016 à Paris et Strasbourg pour une durée de 6 ans est prolongée jusqu'en décembre 2025 afin de permettre l'ouverture de ces espaces de réduction des risques sur de nouveaux territoires. Les SCMR évoluent pour devenir des « Halte soins addiction » (HSA). Les HSA sont des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation des usagers de drogues. Elles peuvent prendre la forme d'unités mobiles et peuvent aussi être localisés dans les structures médico-sociales spécialisées (CSAPA et CAARUD).

Le dispositif réglementaire de financement et d'autorisation de la réalisation des tests rapide d'orientation diagnostique (TROD) par un personnel non médical qui jusqu'à présent ne couvrait que le VIH et le VHC a été étendu au VHB en juin 2021 ([arrêté du 16 juin 2021](#) fixant les conditions de réalisation des TROD).

Concernant les TSO, la gamme des médicaments de substitution aux opiacés s'est élargie avec la mise sur le marché en juillet 2021 du Buvidal® : buprénorphine en solution injectable à libération prolongée, administrée de manière hebdomadaire ou mensuelle. Buvidal® est réservé exclusivement aux professionnels à l'hôpital ou en CSAPA. Par ailleurs, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a mis en place en avril 2021 un comité scientifique temporaire chargé de proposer les modalités cliniques et les conditions de prescription et de délivrance de la morphine dans le traitement de la dépendance aux opioides.

La haute autorité de santé (HAS) a publié en mars 2022 une recommandation de bon usage des médicaments opioides qui vise à diminuer les cas de surdose et de dépendance physique aux opioïdes (HAS 2022).

Une loi tendant à prévenir les usages dangereux et détournés du protoxyde d'azote a été publiée en juin 2021 ([Loi n°2021-695](#)).

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

Selon le registre général des causes de décès, 417 décès directement lié aux drogues (DDLD) sont survenus en 2017. Ce nombre est très probablement sous-estimé, certains décès pouvant être classés en « cause inconnue » (voir [workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2020](#)). La majeure partie des décès sont survenus chez des hommes (74 %). Les moins de 25 ans représentent 5 % des décès et les plus de 55 ans près d'un quart (24 %).

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

Décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives

Pour l'année 2020, le registre spécifique DRAMES a rapporté 567 décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives. Les sujets dont le décès est directement lié aux drogues restent majoritairement des hommes (79 %) et ont une moyenne d'âge de 38,4 ans (38,1 ans pour les hommes et 39,7 ans pour les femmes) (CEIP-A Grenoble 2021a). Les opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès (82 % vs 77 % en 2019). Concernant les médicaments opioïdes hors MSO, la morphine reste la molécule le plus souvent en cause. Au total, 13 décès ont été directement provoqués par des nouveaux produits de synthèse (5 en 2019). Pour 11 de ces décès c'est le 3-MMC qui est impliqué. Dans 37 % des décès, plusieurs substances sont impliquées (27 % en 2019).

Tableau : Répartition des décès* en relation avec l'abus de substances et de médicaments selon la ou les substances impliquées, seules ou en association en 2020**

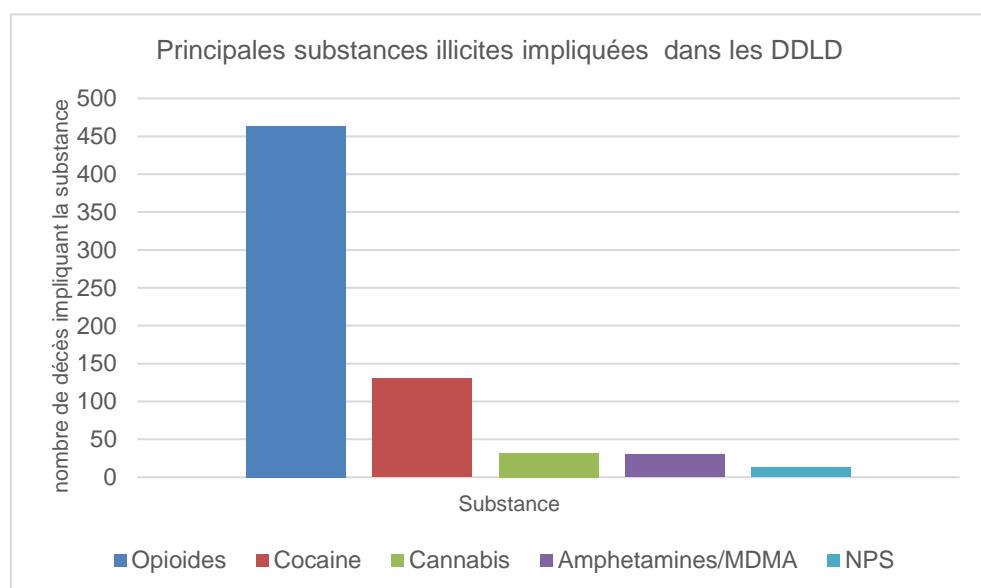
	n	%
Opioides seuls ou en association	464	82
Médicaments de substitution aux opioïdes	281	49
- dont méthadone	230	40
- dont buprénorphine	53	11
Autres médicaments opioïdes hors MSO	56	10
- dont morphine (ou métabolites)	29	5
- dont tramadol	14	2
- dont codéine	6	1
- dont oxycodone	6	1

	Héroïne	160	28	
	Cocaïne	130	23	
	Autres substances illicites	58	10	
	- dont cannabis	32	6	
	- dont amphétamines et MDMA	30	5	
	- dont NPS	13	2	

Source : DRAMES (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.



Décès liés à l'usage de médicaments antalgiques

Pour l'année 2020, le registre spécifique DTA a rapporté 117 décès liés à l'usage de médicaments antalgiques (145 en 2019). Le tramadol reste la principale molécule impliquée dans les décès directs (47 % des décès) alors que la morphine et l'oxycodone le sont respectivement dans 21 % et 16 % des cas. Le fentanyl est impliqué dans 4 % des décès.

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)

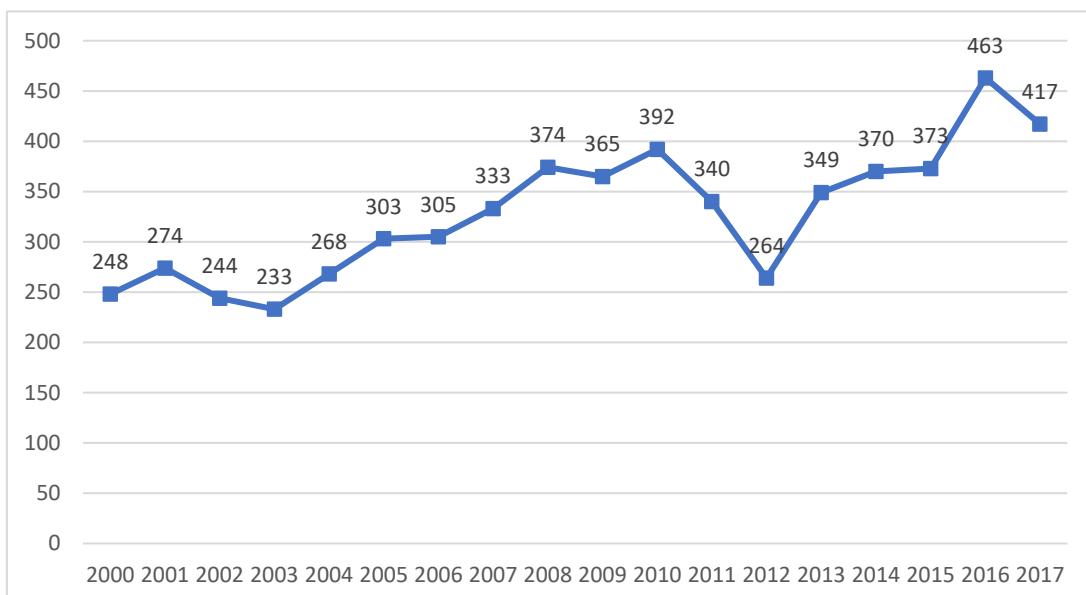
Enquêtes de cohorte de mortalité

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

En 2017 on note par rapport à 2016 une baisse de 10 % du nombre de DDLD. Cette diminution fait suite à une augmentation de 24 % entre 2015 et 2016. La proportion d'hommes parmi les décès reste stable par rapport à 2016 (74 % versus 78 %).

Décès directement liés aux stupéfiants et aux médicaments opioïdes en France (2000-2017)



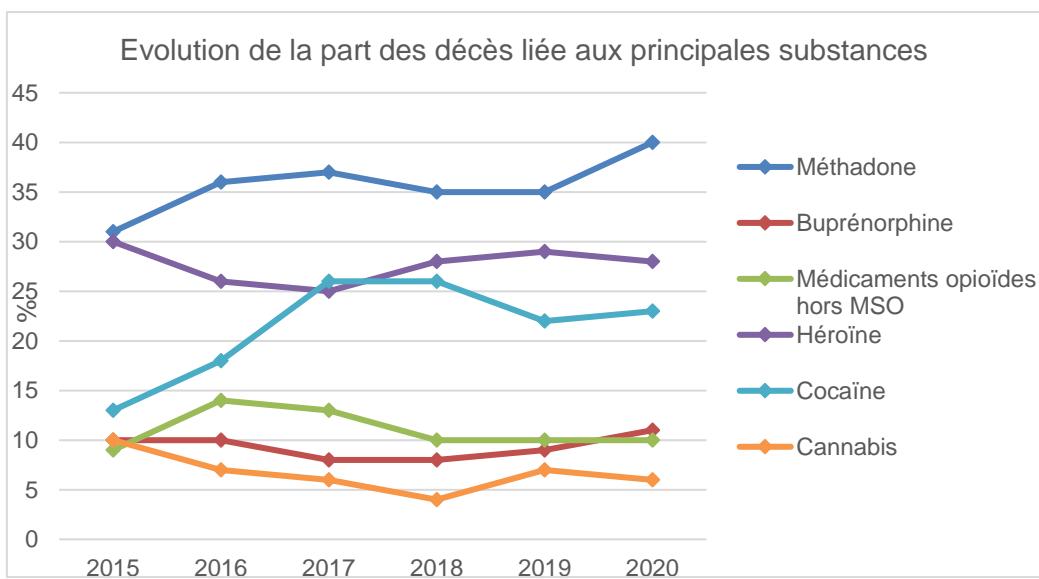
Source : INSERM-CépiDc, exploitation OFDT

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

Toxicologie des DDLD

Registre DRAMES : On note, entre 2015 et 2019, une augmentation de la part des décès liés à la cocaïne. On note par ailleurs entre 2019 et 2020, une augmentation de la part de décès impliquant la méthadone après une période de stabilité entre 2016 et 2019. La hausse de la part de décès impliquant des opiacés est notamment liée à cette augmentation. Au cours de la période les NPS sont en cause dans moins de 5% des décès.

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.



Registre DTA (CEIP-A Grenoble 2021b) : La part de décès liés au tramadol reste stable entre 2016 et 2020 alors que celle des décès liés à la morphine baisse. La stabilisation de la part de décès liés à l'oxycodone se poursuit en 2020 après une nette augmentation en 2017.

Répartition des décès* selon les substances impliquées**

	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	2020 %
Tramadol	34	44	46	46	43	47
Morphine	32	26	29	29	25	21
Oxycodone	10	9,5	18	17	16	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

Voir T1.1.4 Workbook 2021 pour les mesures mises en place en 2020 pour limiter le mésusage du tramadol.

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)

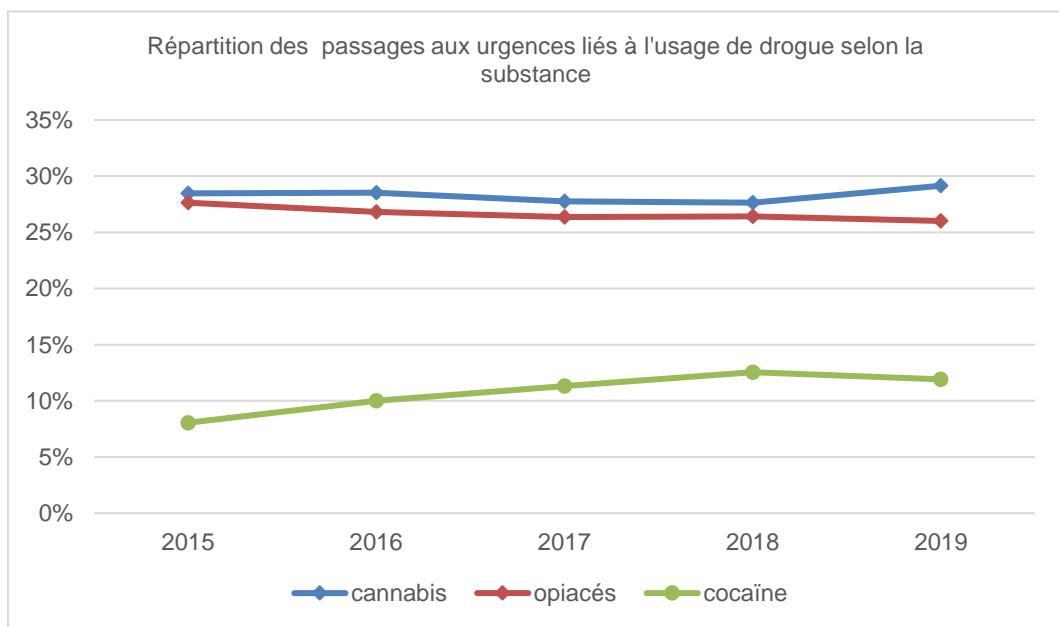
Toxicologie des recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues

Le réseau Oscour® couvre en 2019 plus de 93 % des passages aux urgences en France, 73 % de ces passages ont fait l'objet d'un codage (au moins un diagnostic principal). Parmi les passages codés, on dénombre 19 305 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues (PULUD) soit 1,3 % des recours aux urgences toutes causes confondues codées (Santé publique France 2019). Le cannabis, les opiacés et la cocaïne sont les substances identifiées les plus retrouvées. Les hallucinogènes, les autres stimulants et les solvants volatiles sont en cause dans moins de 5 % des PULUD et le protoxyde d'azote dans moins d'1 % de ces passages.

	2015 Nbre SU* = 634		2016 Nbre SU = 660		2017 Nbre SU = 686		2018 Nbre SU = 699		2019 Nbre SU = 696	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cannabis	4581	28	4847	29	4991	28	5137	28	5627	29
Opiacés	4449	28	4557	27	4738	26	4910	26	5022	26
Cocaïne	1296	8	1701	10	2035	11	2332	13	2302	12
Substances multiples/non précisées	4557	28	4700	28	5062	28	4945	27	5003	26
Hallucinogènes	575	4	550	3	550	3	583	3	572	3
Autres stimulants	428	3	423	2	425	2	464	2	554	3
Solvants volatiles	171	1	174	1	173	1	166	1	137	1
Protoxyde d'azote	39	0,2	37	0,2	41	0,2	48	0,3	58	0,3

* Nbre SU = Nombre de services d'urgence actifs OSCOUR®

Entre 2015 et 2019 on note une augmentation de la proportion de PULUD impliquant la cocaïne alors que celle liée aux opiacés et au cannabis restent stables.



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

Les données les plus récentes sur la prévalence biologique de l'hépatite C chronique (ARN du VHC positif) chez les personnes ayant expérimenté des drogues par voie intraveineuse sont celles de l'enquête Barotest 2016 et les données les plus récentes sur les sérologies déclaratives VIH et VHC datent de 2019 (Voir T1.3.1 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » [2018](#) et [2021](#)).

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 2020, l'usage de drogue par voie injectable a été identifié comme mode de contamination dans 1,5 % des découvertes de séropositivité VIH. Environ 30 UDI ont découvert leur séropositivité alors qu'ils étaient déjà à un stade avancé (stade sida ou taux de CD4 < 200/mm³ hors primo-infection). À la découverte de la séropositivité VIH, 5 % des usagers de drogue par voie intraveineuse étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (Ag HBs) et 57 % étaient positifs pour les anticorps anti-VHC (Santé publique France 2021).

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 définition de 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). Les objectifs des actions de RdRD sont définis dans un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue ([Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005](#)) :

- Prévenir les infections sévères, aigues ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation de matériel commune d'injection
- Prévenir les intoxications aiguës notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants
- Prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus 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 confère aux intervenants de la RdRD une protection juridique dans le cadre de l'exercice de leurs missions de RdRD et précise que la RdRD s'applique également aux personnes détenues (article L.3411-8 du Code de la santé publique, [loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé). Les modalités de dépistage en milieu pénitentiaire et la politique de réduction des risques sont définies dans un guide publié conjointement par

le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et mis à jour périodiquement (Ministère de la Justice and Ministère des Solidarités et de la Santé 2017).

Le deuxième plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018) prévoit d'améliorer l'offre en matière de RdRD par : l'adaptation du cadre de référence pour les acteurs de la RdRD, l'adaptation de l'offre aux besoins, la poursuite de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque et la prévention des surdoses. (Voir le [T.1.1.1 du workbook « Politique et stratégie nationale » 2018](#) pour les grandes lignes de ce plan).

Prévention des infections

La prévention du VIH et des hépatites s'inscrit dans l'objectif global d'élimination du VIH et du VHC à horizon 2030 et 2025, respectivement. Les objectifs se déclinent dans deux plans du ministère de la santé : le plan priorité prévention (Direction générale de la santé 2018) et la stratégie nationale de santé sexuelle (Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2017). Il s'agit notamment de réduire le temps entre l'infection et la mise sous traitement et de répondre aux besoins spécifiques des personnes vulnérables dont les usagers de drogue.

Prévention des intoxications aigues

En France la majorité des décès par surdose sont dus aux opioïdes. Le ministère de la santé a mis en place, sur la période 2019-2022, un plan de prévention des surdoses d'opioïdes (« Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes ») (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019) qui comporte cinq objectifs :

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

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

L'organisation de la réduction des risques s'appuie sur les structures médico-sociales (CAARUD, CSAPA). Les structures ambulatoires (pharmacies, médecine de ville) et les associations y concourent.

Les CAARUD sont des structures d'accueil de bas seuil d'exigence. Les usagers de drogue peuvent y bénéficier d'un accueil, d'une information, de mise à disposition de matériel de RdR et de soutien pour l'accès aux soins et aux droits. La prise en charge des usagers est anonyme et gratuite. Selon les CAARUD, l'accueil se fait dans un local fixe et/ou une unité mobile (camion ou bus). Les CAARUD peuvent également organiser des « maraudes » (interventions dans la rue) ou tenir des permanences dans les centres d'hébergement social ou en milieu carcéral. Ils peuvent intervenir dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) et ponctuellement en milieu festif.

Les CSAPA ont une mission de réduction des risques en plus de leur mission de prise en charge médicale et psycho-socio-éducative des personnes souffrant d'addiction. Ils assurent

la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cependant, cette dernière, repose pour une large part sur les médecins généralistes de ville. Les CSAPA fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement individuel ou collectif. Les consultations sont gratuites et garantissent la confidentialité. Les CSAPA peuvent intervenir auprès des personnes détenues et sortant de prison (voir workbook « Prise en charge et offre de soins »).

Les CAARUD et les CSAPA peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé. Ils font l'objet d'une autorisation accordée pour une durée de 15 ans. Le renouvellement de l'autorisation est subordonné à une évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent, selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé (article L.313.1 du code de l'action sociale et de familles).

Les CAARUD et plus rarement les CSAPA peuvent travailler en partenariat avec des pharmacies dans le cadre de PES. L'engagement des pharmacies dans le programme se fait de manière bénévole et volontaire. Les CAARUD et CSAPA partenaires apportent aux pharmacies un soutien en leur donnant des informations sur la réduction des risques et des renseignements utiles pour l'orientation des usagers vers le réseau d'accompagnement local. Les pharmacies participent également à la RdRD par la vente de kits de prévention. Des automates gérés par des associations ou des communes complètent le dispositif de distribution de kits de prévention (voir T1.5.3).

Financement

La reconnaissance des CSAPA et CAARUD comme établissement médico-social (article L312-1 du code de l'action sociale et des familles) sécurise leur statut et leur financement qui est assuré par l'assurance maladie.

Couverture du territoire

En 2019, 148 CAARUD sont recensés sur le territoire français dont six dans les départements d'outre-mer. L'ensemble des départements dispose de CSAPA et seuls 5 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD. Les structures médico-sociales 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. Aucune structure médico-sociale ne se trouve en zone rurale et seules trois sont implantées dans une commune urbaine de petite taille (moins de 20 000 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).

En 2018, 1 717 pharmacies d'officine sont impliquées dans le PES sur l'ensemble du territoire (RESPADD 2018).

Créé en 2011, le programme d'échange de seringues à distance vise à répondre aux besoins des usagers éloignés du dispositif médico-social.

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.*

a) Dépistage des maladies infectieuses

Les usagers de drogue peuvent bénéficier d'un dépistage du VIH et des hépatites B et C au niveau des CAARUD, des CSAPA et des associations impliquées dans le dépistage des maladies infectieuses. Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) est privilégié au niveau de ces structures. Dans certaines d'entre elles, il est complété par le buvard (*Dried Blood Spot*). La réalisation des TROD est encadré par un dispositif de financement et d'autorisation qui depuis juin 2021 intègre le TROD VHB en plus des TROD VIH et VHC ([arrêté du 16 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des TROD](#)). En cas de TROD positif, la personne concernée est systématiquement orientée, voire accompagnée si nécessaire, vers un médecin ou un service de santé en vue de la réalisation d'un diagnostic biologique. Certaines structures peuvent réaliser directement les prélèvements nécessaires au dépistage biologique. Quelques CAARUD disposent du dispositif *GenExpert* de Cepheid permettant la mesure de la charge virale du VHC en moins de 2 heures.

Les usagers de drogues peuvent également se rendre dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CeGIDD)¹ éventuellement orientés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Les usagers les plus éloignées des services de réduction des risques et de soins, peuvent bénéficier de dépistage lors des dépistages « hors les murs » réalisées par les CARRUD et les associations. Le dispositif de RdR à distance (association SAFE) offre la possibilité de faire une demande de dépistage de l'hépatite C, sanguin ou capillaire par buvard, via le site [Accéder au dépistage \(depistage-hepatite.fr\)](#).

Les autres structures qui offrent un dépistage gratuit sont les structures qui ont une mission de santé sexuelle (CPEF, EICCF)². Le dépistage peut également se faire dans les structures du système sanitaire ambulatoire ou hospitalier. Lorsqu'on dispose d'une couverture sociale le dépistage des infections par le VIH et par le VHC sont pris en charge à 100 % mais la recherche de marqueurs d'une infection chronique par le VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %. Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH, disponibles en pharmacie depuis septembre 2015, complètent l'arsenal disponible pour répondre à des besoins spécifiques.

b) Organisation de la distribution de seringues

L'offre de matériels d'injection est assurée par 4 acteurs :

- Les CAARUD et les CSAPA qui assurent une distribution dans leurs locaux, au niveau des unités mobiles le cas échéant mais également via des automates et via un réseau de pharmacies partenaires.
- Les pharmacies qui commercialisent les kits d'injection (Stéribox®).
- Les gestionnaires d'automates tels que les associations et les communes qui mettent des trousse de prévention du type kit Stéribox® ou Kit+ à disposition des usagers de drogues via ces automates.
- Le Programme d'échange de seringues par voie postale (PES) coordonné par l'association SAFE qui propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation.

¹ CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections.

² CPEF : Centres de planification ou d'éducation familiale, EICCF : Établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

Les données les plus récentes sur le nombre total de seringues distribué par l'ensemble des acteurs datent de 2018 avec un nombre total de seringues d'environ 12 600 000 seringues. Ce chiffre est probablement surestimé du fait de double compte. En effet, le nombre de seringues distribué par les CSAPA via les automates est potentiellement compté deux fois (en 2018 le nombre total de seringues distribué par les automates est d'environ 416 000 seringues).

En 2019, les CAARUD qui fournissent la plus grande partie des seringues ont distribué plus de 8 240 000 seringues (environ 8 065 000 en 2018).

c) La distribution d'autres matériels de RdRD

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				

La totalité des distributeurs de matériel d'inhalation (n = 13) sont localisés en Ile de France.

d) Programme de distribution de naloxone

Actuellement deux spécialités sont commercialisées en France :

- Le kit de Prenoxad®, solution injectable intramusculaire en seringue pré-remplie (0,91 mg/ml), commercialisé depuis juin 2019. Le kit Prenoxad® est disponible 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.
- Le kit Nyxoid® solution pour pulvérisation nasale, indiqué chez l'adolescent de 14 ans et plus et chez l'adulte, est disponible sur le marché depuis septembre 2021. Le kit contient 2 flacons unidoses de 0,1 ml. Chaque pulvérisateur nasal délivre 1,8 mg de naloxone. Nyxoid® est mis à disposition dans les établissements de santé, les CSAPA et les CAARUD. La boîte de 2 flacons coûte 31,40 euros et est remboursé à 65 %. Nyxoid® est soumis à prescription médicale obligatoire alors que la naloxone par voie nasale 0,9 mg par unité, disponible en France jusqu'en novembre 2020, n'était pas soumise à prescription médicale.

Un partenariat entre le dispositif de RdR à distance (association SAFE) et un CSAPA (Nova Dona) permet d'envoyer de la naloxone aux usagers de ce dispositif par voie postale. Cette possibilité est pour le moment limitée à certaines régions.

Le ministère de la Santé a publié en juin 2020 des documents d'information et de formation sur les surdoses d'opioïdes (mis à jour en 2022) : mémo, affiches, flyer destinés au public et aux professionnels de santé (Ministère de la Santé et de la Prévention 2022). Le gouvernement soutient par ailleurs une formation inter-associative en ligne « Une heure pour apprendre à sauver une vie » (www.naloxone.fr).

e) Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Suite à la publication en 2021 du rapport d'évaluation de l'INSERM sur les deux SCMR ouvertes dans le cadre de l'expérimentation initiée en 2016 (INSERM 2021), le contexte réglementaire des SCMR a évolué. La [loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022](#) prolonge leur expérimentation jusqu'en décembre 2025 afin de permettre leur ouverture dans de nouveaux territoires où l'expérimentation pourrait avoir un intérêt. Elle ajoute également l'orientation « accès aux soins » dans leur caractérisation. Les SCMR évoluent pour devenir des « haltes soins addiction » (HSA). Les HSA sont des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation des usagers de drogues. Elles peuvent être ouvertes dans les CSAPA et les CAARUD et peuvent prendre la forme d'unités mobiles. Le cahier des charges des HSA est national, il est fixé par arrêté ([arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux haltes « soins addictions »](#)). La mise en œuvre de HSA est confiée aux CSAPA et CAARUD. Les objectifs généraux des HSA sont :

- Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation sécurisées et du matériel stérile et/ou à usage unique et personnel ;
- Contribuer à faire entrer les usagers de drogues ou de médicaments détournés de leur usage dans un parcours de santé ;
- Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits, aux services sociaux et à l'hébergement ou logement ;
- Contribuer à réduire les atteintes à la tranquillité publique, dont la présence de matériel d'injection sur la voie publique.

Les HSA doivent s'inscrire dans un réseau de partenariat avec des structures médico-sociales et sanitaires afin de renforcer l'orientation et la prise en charge médico-psycho-sociale et notamment la prise en charge psychiatrique.

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

Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et les 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

Depuis 2019 un parcours de soins adapté à chaque patient est possible pour l'hépatite C. La prise en charge simplifiée permet une optimisation des délais entre le dépistage et le traitement. 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) et des services experts de lutte contre les hépatites virales réalisent des missions « hors les murs » (Voir [workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2021](#)).

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 est une mission clé des CeGIDD. La distribution de préservatifs fait 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 la section f) de la partie [T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2018](#).

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

Voir la section g) de la partie [T1.5.3 du workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 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 permet aux personnes de s'informer, de faire des choix à partir d'une information fiable et ainsi de mieux protéger et améliorer leur santé (Voir le [workbook « Conséquences sanitaires et réduction des risques » 2021](#)).

Le réseau anciennement porté par la mission XBT de Médecins du Monde est appelé désormais Analyse Ton Prod (ATP). Animé par la Fédération Addiction, il a pour objectif de coordonner et d'accompagner les acteurs souhaitant mettre en place un dispositif de RdR. L'OFDT est partenaire du réseau et participe aux réunions de travail de mise en place du dispositif. « Analyse ton prod » fait partie de TEDI « Trans European Drug Information », réseau rassemblant les structures européennes proposant l'analyse de drogues comme outil de réduction des risques.

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

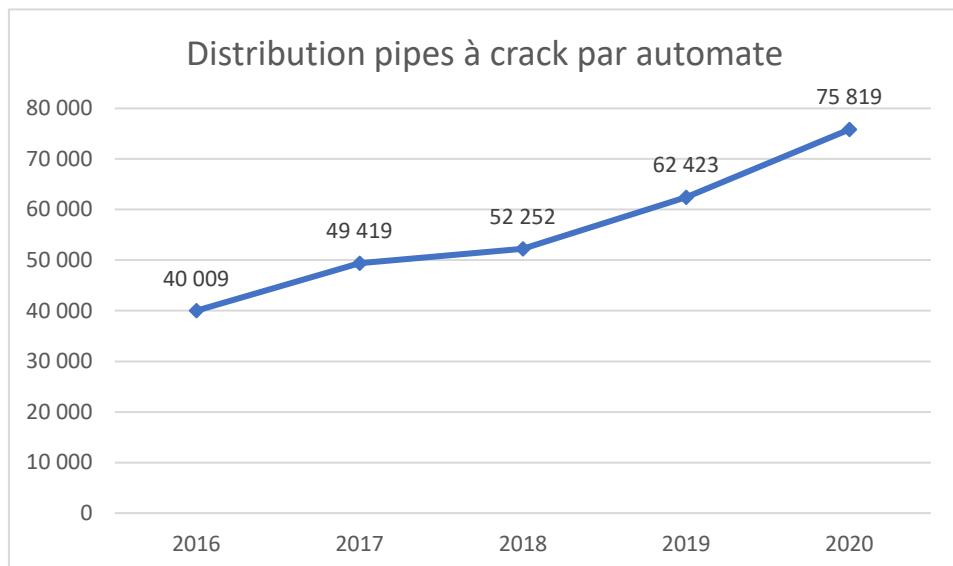
Trends: Syringe trends: Please comment on the possible explanations of short term (5 years) and long-term trends in the numbers of syringes distributed to injecting drug users, including any relevant information on changes in specific sub-groups, and changes in route of administration.

Les actions pour favoriser une large diffusion de la naloxone et l'implication des usagers et des proches dans la prévention des surdoses se poursuivent. L'offre s'est élargie avec la mise sur le marché du Nixoid mais l'accessibilité de ce dernier reste limitée du fait de l'obligation de prescription médicale.

La prolongation de l'expérimentation des SCMR devenus HSA devrait permettre l'ouverture de ces espaces RdR sur de nouveaux territoires.

La distribution de seringues par les automates reste un dispositif fragile. En effet, le parc des automates est vieillissant et leur pérennité sur certains sites n'est pas assurée pour des raisons politiques locales ou du fait d'actes de vandalisme répétés. Ainsi, en 2021, sur un parc de 270 automates 13 sont hors service et 14 ont été démontés et non réinstallés. Sur les 243 automates opérationnels, 124 nécessiteraient des travaux de maintenance.

La distribution de pipes à crack par des automates, disponible actuellement uniquement dans la région Île-de-France, a connu une forte progression entre 2016 et 2019. Dans le cadre du plan « Crack » 2019-2021 de nouveaux sites de distribution ont été implantés (SAFE 2021).



Source : Rapport dispositif national automates-Association SAFE

Syringe trends

En 2020, la file active du programme d'échange de seringues par voie postale a augmenté de 40 % et compte 1 384 usagers (Association SAFE 2020). Cette augmentation est en partie due à la pandémie COVID-19 et au confinement.

*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)*

Les pouvoirs publics se sont saisis de façon significative depuis quelques années de la question de l'usage des drogues dans le cadre du « chemsex ». Ainsi, ils ont commandé un rapport sur ce sujet en 2018 (Milhet 2019) et plus récemment un second rapport en 2021 (Benyamina 2022). Ce dernier, publié en 2022, établit un état des lieux sur le chemsex et ses impacts sanitaires et formule des recommandations sur la prévention et la réduction des risques associés à cette pratique. Ces recommandations sont mises en œuvre dans le

cadre de la feuille de route santé sexuelle 2021-2024 (Ministère des Solidarités et de la Santé 2021) dont une des actions est l'amélioration du repérage et de la prise en charge des personnes pratiquant le chemsex. Par ailleurs, les acteurs de santé communautaire et les associations, y compris celle de la RdRD à distance, mettent en place des initiatives pour développer les messages et actions de RdRD à destination des pratiquants du chemsex et favoriser leur orientation vers le dispositif de soins.

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)

Cf. T1

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)

Cf. T1

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 réseau d'analyse de produits « Analyse Ton Prod » poursuit sa structuration et son développement. Des laboratoires pilotes procèdent à l'élaboration et au test des procédures analytiques. Une articulation est faite entre le dispositif de veille SINTES de l'OFDT et ce nouveau réseau.

Par ailleurs, l'OFDT participe au comité scientifique du projet d'évaluation financé par la MILDECA de l'application *KnowDrugs*. Portée par l'association de réduction des risques Ithaque, cette application est un outil destiné aux usagers et a pour objectif de diffuser des informations objectives pour aider à réduire les risques et dommages des consommations de substances psychoactives. L'objectif de cette évaluation et d'estimer l'intérêt de cet outil dans le cadre français de la RDR en vue de son déploiement sur le territoire national. En fonction de l'évaluation de l'outil, un déploiement au niveau européen pourrait être envisagé.

T4. Additional information

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

T4.1. **Optional.** Please describe any important sources of information, specific studies or data on drug related harms and harm reduction, that are not covered as part of the routine monitoring. Where possible, please provide published literature references and/or links (suggested title: Additional Sources of Information.)

T4.2. **Optional.** Please use this section to describe any aspect of drug related harms and harm reduction that the NFP value as important that has not been covered in the specific questions above. This may be an elaboration of a component of drug related harms and harm reduction outlined above or a new area of specific importance for your country (suggested title: Further Aspects of Drug-Related Harms and Harm Reduction)

T5. Sources and methodology

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

T5.1. Please list notable sources (including references to reports and grey literature) for the information provided above (suggested title: Sources)

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

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

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

Harm Reduction: Please describe national or local harm reduction monitoring approaches and data flow, incl. syringe monitoring. Where possible, provide any contextual information helpful to understand the information on needle and syringe programmes, drug consumption rooms and take-home naloxone programmes reported in ST 10 "Harm Reduction". Such context can be: statutory evaluation requirements, reports to funding bodies, research projects.

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

Sources

Mortalité liée à l'usage de drogues

Le registre général de mortalité

Le recensement des causes de décès existe en France depuis 1968. Il est basé sur le certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès. La certification des décès est obligatoire en France. Il s'agit donc d'un registre exhaustif.

Les statistiques annuelles de causes de décès sont produits 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), selon une procédure internationale standardisée. 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 DDLD 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.

On note une sous-estimation des DDLD dans ce registre. Ceci s'explique 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 en 2018 d'un volet médical complémentaire transmis directement au CépiDC par le médecin ayant procédé à la recherche médicale ou scientifique des causes de décès ou à l'autopsie judiciaire devrait permettre d'améliorer la qualité des données, s'il est effectivement utilisé. 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 drogue. Par ailleurs, les données de l'année n ne sont disponibles qu'au cours de l'année n+2 au plus tôt et le registre n'est pas très informatif sur les substances impliquées.

Les Registres spécifique DRAMES et DTA

Les 2 enquêtes recensent les décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie dans le cadre de la recherche des causes de la mort. 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. Le nombre de toxicologues participant aux enquêtes varie en fonction des années.

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

Mis en place en 2002, l'enquête inclut les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives qui répondent à la définition de l'EMCDDA de DDLD. Les décès par suicide sont exclus. 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

Mise en place en 2013, l'enquête inclut les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques. 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, prégalbamine, tramadol. Les décès survenant dans un contexte d'abus et de toxicomanie sont exclus, ceux survenant dans un contexte suicidaire sont inclus. 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.

Recours aux urgences liées à l'usage de drogues

Réseau Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

Santé publique France (SpF)

Le recueil de données repose sur l'extraction directe 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). En 2021, le réseau de surveillance couvre 93,3 % des passages aux urgences sur le territoire.

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 tendances addictives (OFDT) / Direction générale de la Santé (DGS)

Chaque année, les CAARUD 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 analyse. 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 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 sont également réalisées.

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 [[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](#)]. 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.

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.

Système de surveillance des hépatites B aiguës

Santé publique France (SPF)

Tout cas d'hépatite B aigue répondant aux critères ci-après doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire : détection pour la première fois des IgM anti-HBc ou si IgM non testées, mise en évidence de l'antigène HBs et des anticorps totaux anti-HBc, dans le contexte diagnostique d'une hépatite aiguë. 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). Près de quatre personnes sur dix (39 %) auxquelles le « Barotest » a été proposé ont accepté, soit 6 945 personnes.

Bibliographie

Association SAFE (2020). Réduction des risques à distance. Rapport de l'activité nationale 2020.

Benyamina, A. (2022). Rapport « Chemsex ». Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris. Available: <https://www.vie-publique.fr/rapport/284486-rapport-chemsex-rapport-du-professeur-amine-benyamina> [accessed 22/07/2022].

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 22/07/2022].

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 22/07/2022].

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_publique_psnp.pdf [accessed 22/07/2022].

HAS (2022). Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Argumentaire ; Recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de Santé (HAS), Saint-Denis. Available: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses [accessed 26/07/2022].

INSERM (2021). COSINUS - COhort 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.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/> [accessed 22/07/2022].

Jauffret-Rousteide, 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.

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/publication-du-plan-national-de-mobilisation-contre-les-addictions-2018-2022> [accessed 21/07/2022].

Milhet, M. (2019). APACHES - Attentes et PArcours liés au CHEmSex. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmz5.pdf> [accessed 26/07/2022].

Ministère de la Justice and Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/guide-methodologique-prise-en-charge-sanitaire-des-ppsmj-31174.html> [accessed 22/07/2022].

- Ministère de la Santé et de la Prévention (2022). Surdoses (overdose) d'opioïdes : la naloxone est utilisable par tous et peut sauver la vie [online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver> [accessed 22/07/2022].
- 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 22/07/2022].
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). 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 22/07/2022].
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024. Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductrice/article/sante-sexuelle> [accessed 22/07/2022].
- 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/eftacpn6.pdf> [accessed 22/07/2022].
- 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 22/07/2022].
- SAFE (2021). Santé publique : Implanter des automates d'échange de seringues pour réduire les risques de contamination par le VIH et les hépatites chez les usagers de drogues. Guide pour les communes et les porteurs de projet. Ministère des Solidarités et de la Santé, MILDECA, Paris. Available: http://www.safe.asso.fr/images/Documents/SAFE_AUTOMATES_Guide%20pour%20les%20communes%20et%20les%20associations%202021.pdf [accessed 22/07/2022].
- Santé publique France (2019). 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 21/07/2022].
- Santé publique France (2021). Surveillance du VIH et des IST bactériennes. 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-vih-ist.-decembre-2021> [accessed 21/07/2022].

T5.2. Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology (suggested title: Methodology)

Méthodologie

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 tendances addictives (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).

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

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (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.