

**2017**

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

***France***

---

## Rapport national 2017 (données 2016) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Christophe Palle

### Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Agnès Cadet-Taïrou, Magali Martinez, Eric Janssen
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi, Caroline Protais
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier, Caroline Protais
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Maitena Milhet, Thomas Néfau
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais
- 5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

**Relecture (version française)** : Julie-Émilie Adès, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

**Relecture (version anglaise)** : Julien Morel d'Arleux, Anne de l'Eprevier

**Références bibliographiques** : Isabelle Michot

**Références législatives** : Anne de l'Eprevier

## Table of Contents

T0. Summary .....	3
T1. National profile and trends .....	5
T1.1 Drug-related deaths.....	5
T1.2 Drug related acute emergencies.....	10
T1.3 Drug related infectious diseases.....	12
T1.4 Other drug-related health harms.....	137
T1.5 Harm reduction interventions.....	17
T1.6 Targeted interventions for other drug-related health harms .....	31
T1.7 Quality assurance of harm reduction services .....	31
T2. Trends <b>Not relevant in this section. Included above</b> .....	313
T3. New developments .....	33
T4. Additional information .....	334
T5. Sources and methodology .....	35

## T0. Summary

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

- National profile and trends harms

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

Emergencies: number, characteristics, trends and patterns

Drug related infectious diseases: notifications and prevalence incl. trends

- National profile and trends harm reduction

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

- New developments
- National profile and trends harms

Le nombre de décès par surdose en 2014 est de 241 chez les 15-49 ans (370 au total) selon le registre général de mortalité (dont le délai de disponibilité des données est de 2 ans). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans 41 % des cas en 2015 et l'héroïne dans 30 %. L'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 955 (soit 84 %) dont le statut vital a été retrouvé en décembre 2015. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,6 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (18,5).

Le nombre de décès par surdose dans le registre général de mortalité est stable chez les 15-49 ans en 2014, par rapport à 2013, après trois années de baisse. Cependant, les fluctuations observées depuis 2011 sont à interpréter avec prudence en raison de changements méthodologiques. Entre 2010 et 2015, les médicaments de substitution aux opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès par surdose, devant l'héroïne.

Près de 10 000 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues ont été dénombrés en 2015 en France (réseau Oscour®). Un quart de ces passages sont en lien avec l'usage de cannabis, un autre quart avec la consommation d'opiacés, la cocaïne est en cause dans 7 % des cas, les autres stimulants dans 4 % des cas, les hallucinogènes dans 5 % des cas et enfin les substances en cause sont multiples ou non précisées dans 35 % des cas.

En 2015, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente seulement 1,5 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues est stable de 2008 à 2015 après une baisse régulière de 2003 (date de début du suivi de cet indicateur) à 2008. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues est stable en 2014 après une baisse régulière de 2003 à 2013.

Par ailleurs, entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées tant pour le VIH que le VHC sont stables, aussi bien en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) observée depuis le début des années 2000. Les dernières données de prévalence biologique remontent à 2011. La prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois au cours de leur vie était alors égale à 13,3 %, la prévalence biologique du VHC dans cette population est de 63,8 %. La séroprévalence de l'AgHBs qui signe une infection chronique par le virus de l'hépatite B est de 2,1 % parmi les hommes usagers de drogues enquêtés à Paris durant la période 2011-2013.

- National profile and trends harm reduction

La politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) s'adresse à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances les exposent à des risques majeurs. Elle s'appuie notamment sur la distribution de matériel stérile à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de sniff, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. La prévention des pathologies infectieuses repose aussi sur l'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C ainsi que la vaccination contre le VHB. Une autre finalité majeure de la politique de RDRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés.

Approximativement, 11,3 millions de seringues ont été distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France en 2016, chiffre en très légère hausse par rapport à 2008. Les ventes de seringues en pharmacie sous forme de kits d'injection, qui représentent un tiers des seringues distribuées aux usagers de drogues en 2016, ont diminué d'un quart en 5 ans, compensées par la hausse de la distribution en CAARUD, en CSAPA, par les automates et par le programme postal d'échange de seringues.

En France, le niveau de couverture dans la distribution de seringue est au-dessous du seuil défini par l'EMCDDA : la couverture est considérée comme « bonne » à partir de 200 seringues par injecteur et par an. D'après les dernières estimations environ 110 seringues ont été distribuées par injecteur en 2016 en France.

- New developments

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR), inscrite dans la loi de modernisation du système de santé, a débuté à l'automne 2016 à Paris et à Strasbourg.

Des actualisations des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHC ainsi que sur la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens en particulier parmi les usagers de drogues injecteurs. En 2014 et 2015, 22 600 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les antiviraux d'action directe. Depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose).

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses opiacées) en France, une spécialité de naloxone par voie nasale a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte en novembre 2015. Elle est disponible depuis juillet 2016. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés. Depuis mai 2017, la dispensation des kits de naloxone est aussi autorisée en CAARUD, alors qu'elle était auparavant limitée aux pharmacies hospitalières et CSAPA hospitaliers. La spécialité Nalscuc® a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017.

Un volet médical complémentaire au certificat de décès a été créé en avril 2017. Il est destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès, comme dans le cas des décès par surdose ayant donné lieu à des investigations médico-légales.

## T1. National profile and trends

### T1.1 Drug-related deaths

The purpose of this section is to

- Provide a commentary on the numbers of drug-induced deaths, i.e. monitoring of fatal overdoses
- Provide a commentary, if information is available, on mortality among drug users, i.e. findings from cohort studies
- Provide contextual information to the numerical data submitted through ST5/ST6 and ST18

Please structure your answers around the following questions.

T1.1.1 Please comment on the numbers of overdose deaths provided to the EMCDDA in ST5/ST6. Please comment on the numbers of cases and break down by age, gender and intentionality. (Suggested title: Overdose deaths)

#### Décès par surdose

En 2014, 370 décès par surdose ont été dénombrés dans le registre national des causes de décès (*Institut national de la santé et de la recherche médicale* - INSERM-CépiDc). La plupart de ces décès (74 %) surviennent chez des hommes. Le nombre des décès par surdose est très probablement sous-estimé, certains d'entre eux pouvant être classés en « cause inconnue ». À l'inverse, des décès par surdose de morphine survenant notamment parmi les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs (le choix d'un code correspondant à une intoxication comme cause initiale du décès est dans ce cas erroné) peuvent apparaître comme des décès d'usagers de drogues. Ces décès représentent 22 % des décès codés comme liés à une surdose. Pour s'affranchir de ce biais, on peut se focaliser sur les décès par surdose parmi les 15-49 ans, au nombre de 241 en 2014.

T1.1.2 If information is available, please comment on the substances involved in the overdose cases. If detailed toxicology is reported to the EMCDDA, please comment and elaborate on these findings. If detailed toxicology is not reported, please explain why and comment on available information. (Suggested title: Toxicology of overdose deaths)

#### Toxicologie des décès par surdose

Le dispositif DRAMES renseigne sur les substances impliquées (seules ou en association) dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (CEIP-A and ANSM 2017). En 2015, la méthadone est impliquée dans 31 % des décès, en nette baisse par rapport à 2014 et la buprénorphine haut dosage (BHD) dans 10 % des cas. Au total, la part des médicaments de substitution aux opiacés (MSO), en cause dans 41 % des décès par surdose, a diminué. L'héroïne est impliquée dans 30 % des surdoses mortelles, en hausse par rapport à 2014 et la cocaïne dans 14 % est stable. Le pourcentage des décès révélant l'implication du cannabis est de 10 %, tandis qu'il atteint 8 % pour les amphétamines et la MDMA/ecstasy, en augmentation, et 4 % pour les NPS, également en hausse. Dans 33 % des décès, plusieurs substances étaient impliquées.

Quinze décès ont été directement provoqués par des nouvelles substances psychoactives (au sens de l'EMCDDA, qui inclut des plantes et extraits ainsi que certains médicaments) - NSP - classées comme substances illicites ; ils impliquent la 3-MMC, la MDPV, la 3F-phenmétrazine, la méthoxyphénidine, le 5-MAPB (toutes les 5 impliquées pour la première fois en 2015) et la 4-MEC, le 5-APB, la méphédronne et la PMMA. Neuf décès impliquent d'autres NSP, non classées comme substances illicites, certaines d'entre elles étant des médicaments (la quétiapine, le tramadol, la diphenhydramine, le zopiclone).

En 2015, les décès par surdose recensés dans DRAMES sont survenus dans 81 % des cas chez des hommes. L'âge moyen au moment du décès est de 36 ans, tant chez les femmes que chez les hommes.

Le dispositif national d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs, qui se focalisent sur les événements inhabituels a recensé 8 décès en 2016 rapportés par différentes sources (police, réseau TREND/SINTES, addictovigilance/toxicovigilance, laboratoires d'analyses privés, publications scientifiques ...), dont 6 en lien avec des consommations de NPS. Dans 2 décès, ce sont des arylalkylamines, seules ou en mélange qui ont été consommées. Parmi ceux-là, du 5-APB et du 5-EAPB ont été identifiés dans les prélèvements sanguins pour un cas tandis que du x-APB a été identifié dans un échantillon de poudre appartenant au patient, accompagné d'un buvard de LSD, pour l'autre cas. Les 4 autres décès en lien avec des consommations de NPS concernent des cathinones seules ou en mélange. De la 3-MMC a été retrouvée dans les prélèvements biologiques de 3 cas et associée à de l'alpha-PVP et du PV8 pour un cas. Le dernier cas est en lien avec une consommation de 4-MEC et de GHB qui ont tous les deux été retrouvés dans un prélèvement sanguin, leur consommation est vraisemblablement liée à des pratiques de *chemsex*. Enfin, les deux derniers décès, impliquant des produits dits « classiques », sont liés à des consommations de MDMA pour l'un et de protoxyde d'azote pour l'autre.

*T1.1.3 Optional. Please comment on the overall and cause specific mortality rates observed through cohort studies among drug users.*

*If detailed results from the cohorts are available and reported in ST18, please comment considering age and gender breakdown where appropriate. If detailed findings are available and not reported in ST18 (e.g. reference to published paper without direct access to the raw data) please comment on the available information.*

*(Suggested title: Mortality cohort studies)*

### Enquêtes de cohorte de mortalité

Entre septembre 2009 et décembre 2011, l'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus pris en charge dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) essentiellement et quelques centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). En décembre 2015, le statut vital a été retrouvé pour 955 d'entre eux (soit 84 % des sujets inclus). Il s'agit à 77 % d'hommes et l'âge moyen au moment de l'inclusion est de 35,3 ans. Dans cette cohorte, 73 décès ont été recensés (53 hommes et 20 femmes). L'âge moyen au décès est de 43,6 ans. Les causes sont actuellement renseignées pour les 64 décès survenus entre 2010 et 2014. Elles se répartissent de la manière suivante : **38 % de causes mal définies** (17 causes inconnues, 3 morts subites, 4 arrêts cardio-respiratoires), **34 % de causes externes** (11 cas d'intoxications ou auto-intoxications médicamenteuses dont 3 impliquant la méthadone, 1 cas d'intoxication par l'héroïne - pour les 7 autres cas, les certificats de décès ne comportent pas de précisions sur les substances en cause -, 1 cas de coma éthylique, 5 cas de dépendances - mentionnant la méthadone et l'alcool pour un individu, l'alcool seul pour un autre et des drogues multiples pour les 3 autres -, 1 suicide, 2 accidents de la voie publique, un polytraumatisme par accident du travail et 1 homicide), **28 % de causes liées à des maladies** (7 cancers broncho-pulmonaires, 2 cancers ORL, 1 cancer hépatique, 2 hémorragies digestives, 1 hépatite C, 1 pneumopathie infectieuse, 1 cas d'asthme, 1 syndrome d'apnée du sommeil, 1 cardiomyopathie ischémique, 1 démence).

Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité (RSM) est similaire à celui observé dans la cohorte mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack entre 1992 et 2001 (RSM de 5,2 - IC 95 % : [4,9-5,5]). Pour les femmes, le RSM est nettement plus élevé (mais avec un intervalle de confiance très large) que celui observé dans la cohorte des années 1990 (RSM de 9,5 - IC 95 % : [8,0-11,3]) (tableau ci-dessous) (Lopez *et al.* 2004).

Le RSM nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (toujours observé dans les cohortes de mortalité parmi les usagers de drogues) s'explique par la mortalité plus faible des femmes de 20 à 45 ans en population générale par rapport aux hommes, ce qui n'est pas le cas parmi les usagers de drogues.

Tableau : Taux brut de mortalité annuel et RSM dans l'enquête de cohorte mortalité 2009-2015, selon le sexe

	N	Nombre de personnes années	Taux brut de mortalité annuel pour 1 000 personnes années	RSM	IC à 95 %
Femmes	220	1 161	17,2	18,5*	11,3-28,6
Hommes	735	3 959	13,4	5,6*	4,2-7,4
Total	955	5 120	14,3	7,0*	5,5-8,8

Source : Cohorte mortalité (OFDT)

Note : Année de référence pour les taux bruts de mortalité de la population générale française métropolitaine (15 à 85 ans uniquement) : 2010.

Lecture : les femmes prises en charge en CSAPA ou en CAARUD ont un risque 18,5 fois plus élevé de décéder que les femmes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif (\* :  $p < 0,001$ ).

T1.1.4 Trends: Please comment on the possible explanations of short term (5 years) and long term trends in the number of drug-induced deaths among adults, including any relevant information on changes in specific sub-groups. For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology, but also in the data completeness/coverage; case ascertainment, changes in reporting

### Évolutions à court terme

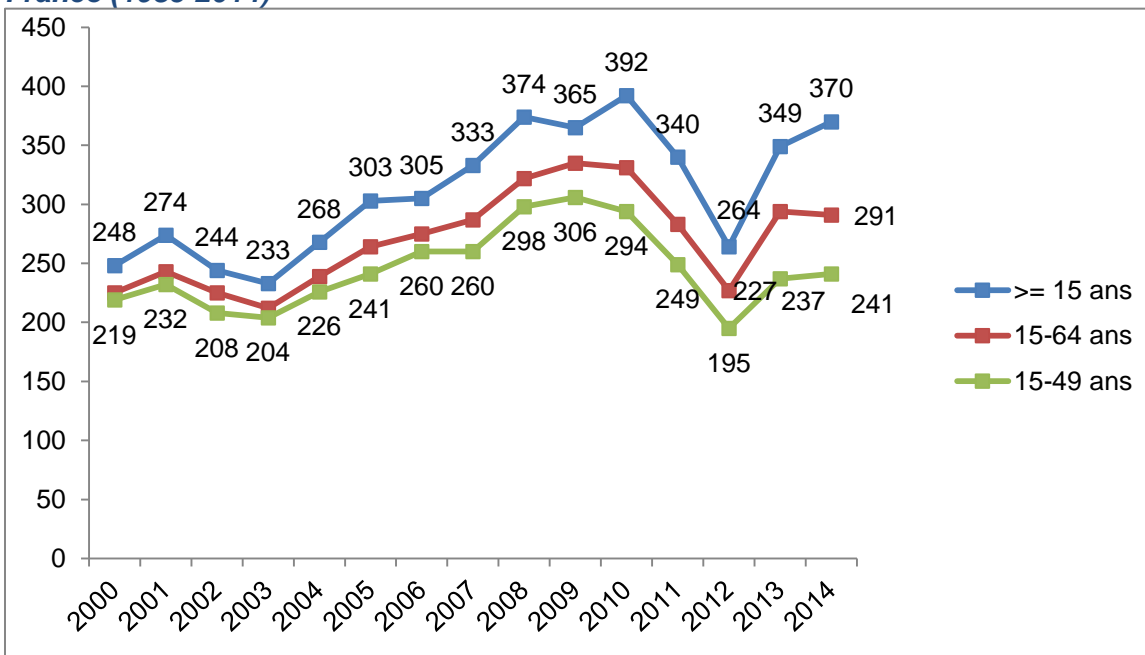
#### *Décès induits par l'usage de drogues*

Après une période de hausse entre 2003 et 2010, les données issues du registre de mortalité font apparaître une baisse du nombre de décès par surdose en 2011 et 2012 (voir figure ci-dessous). Cette baisse était cependant à interpréter avec prudence car des changements dans les règles de codage sont intervenus en 2011<sup>1</sup> et le contrôle des décès codés X42 en cause initiale a été amélioré en 2012. Le nombre de surdoses mortelles repart à la hausse en 2013, en partie en raison de l'augmentation des cas de « faux positifs » (décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou de cancer), suivie d'une stabilisation en 2014 chez les moins de 49 ans.

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

<sup>1</sup> Les codes F10.0 à F19.0 (intoxication aiguë survenant dans le cadre de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : F11 pour opiacés, F12 pour cannabis, F14 pour cocaïne, F 15 pour autres stimulants, F16 pour hallucinogènes, F19 pour drogues multiples ou autres substances psychoactives) ne peuvent plus être utilisés en cause initiale et sont remplacés par les codes X41, X42, X61, etc. selon le produit et le contexte. En conséquence, les décès par surdose de méthadone ou de BHD, codés F11.0, sont dorénavant codés X42.

**Figure : Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France (1985-2014)**



Source : INSERM-CépiDc

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

#### *Toxicologie des décès par surdose*

Entre 2010 à 2015, les MSO sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses devant l'héroïne. Les nombres de décès liés à ces deux substances varient de façon opposée. Ainsi, comme on peut l'observer en 2015, lorsque l'implication de l'héroïne augmente, celle des MSO diminue. La hausse de la part des décès liés à l'héroïne entre 2012 à 2015 (respectivement 15 % et 30 % des décès) est à considérer en parallèle avec l'augmentation de la pureté de l'héroïne (de 7 % en 2012 à 15 % en 2014 puis 11 % en 2015). En 2012, les MSO sont en cause dans la plus grande part des décès (60 %), alors que l'héroïne est la moins impliquée (15 %). La cocaïne est impliquée de façon relativement stable dans 9 % à 14 % des décès. À partir de 2011, des signalements de décès impliquant le cannabis apparaissent, en lien avec la sensibilisation des experts toxicologues à la toxicité cardiovasculaire du cannabis (infarctus, accident vasculaire cérébral). Les premiers cas de décès en lien avec les NSP illicites sont signalés en 2013.

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



Tableau : Répartition des décès directement liés à l'usage selon la ou les substances impliquées\*, seules ou en association\*\*, entre 2010 et 2015

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

Source : DRAMES (ANSM)

\* Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

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

nd : non disponible

Note : La part de la catégorie « autres » a augmenté à partir de 2013 en raison d'un changement méthodologique (prise en compte des cas impliquant les médicaments psychotropes en association).

## Évolutions à long terme en matière de décès par surdoses

### Décès par surdoses :

Après le pic atteint au milieu des années 1990, le nombre de décès par surdose a rapidement reflué sous l'effet, entre autres, du développement des TSO et d'une désaffection pour l'héroïne. Le changement de la nomenclature utilisée pour renseigner les causes de décès sur les certificats, survenu en 2000, rend difficile la lecture des évolutions au tout début de la nouvelle décennie.

*T1.1.5 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand drug related deaths within your country.  
(Suggested title: Additional information on drug-related deaths)*

L'enquête annuelle sur le décès toxiques par antalgiques (DTA) menée par les CEIP-A et l'ANSM recueille les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques. Cette enquête a recensée 82 décès impliquant des antalgiques (hors décès impliquant l'acide salicylique et le paracétamol). Les médicaments en cause sont le tramadol (34 % des décès), la morphine (32 % des décès), la codéine (27 %), l'oxycodone (10 %), le fentanyl (5 %), la dihydrocodéine (2 %) et la prégabaline (1 %). L'âge moyen au moment du décès est de 43 ans, les femmes sont aussi nombreuses que les hommes.

## T1.2 Drug related acute emergencies

The purpose of this section is to

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

Please structure your answers around the following questions.

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

### **Recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues**

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

T.1.2.2 If information is available, please provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies by main illicit substances, e.g. cannabis, heroin/ other opioids, cocaine, amphetamine type stimulants, new psychoactive substances. Please feel free to add tables in this section (as most countries already do). This might facilitate the reading. Where appropriate please provide links to the original reports and studies. (Suggested title: Toxicology of drug-related acute emergencies)

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

En 2015, le réseau Oscour®, qui couvre 86 % des passages aux urgences en France, a dénombré 9 765 recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues. Les individus ayant recours aux urgences pour ce motif sont pour 72 % des hommes et pour 28 % des femmes. Ils sont âgés en moyenne de 34 ans, les hommes étant un peu plus jeunes que les femmes (33 ans versus 36 ans). Un quart de ces passages sont en lien avec l'usage de cannabis, un autre quart avec la consommation d'opiacés, la cocaïne est en cause dans 7 % des cas, les autres stimulants dans 4 % des cas, les hallucinogènes dans 5 % des cas et enfin les substances en cause sont multiples ou non précisées dans 35 % des cas. Le score de gravité à l'arrivée aux urgences est faible dans les trois quarts des cas, modéré dans 18 % des cas, élevé dans 3 % des cas, 2 personnes étaient décédées et 4 % des individus ont consulté pour un motif psychiatrique. À l'issue du passage aux urgences, 35 % des individus ont été hospitalisés et 65 % sont retournés à leur domicile.

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

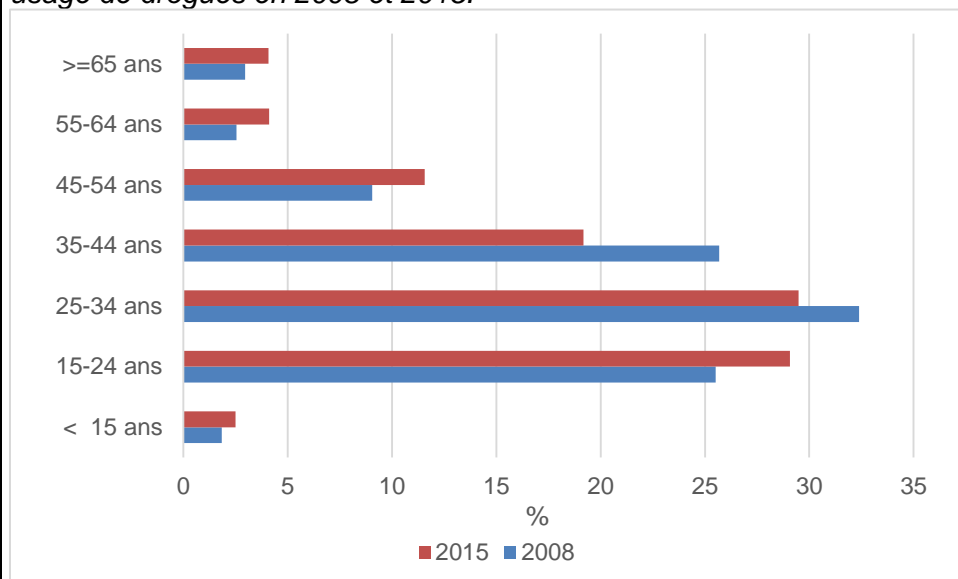
Les drogues les plus souvent rapportées sont le cannabis (21 %), la cocaïne (18 %), le crack (9 %), le diazepam (9 %) et le bromazepam (7 %). Une seule substance est impliquée dans 53 % des cas, deux dans 29 % des cas et trois ou plus dans 18 % des cas. Une consommation d'alcool est associée dans 45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

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

De 2008 à 2015, les recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues ont augmenté de 25 % selon les données du réseau Oscour® à établissement constant. Bien que l'âge moyen soit stable depuis 2008, la répartition par tranche d'âge s'est modifiée. La part des individus les plus jeunes (moins de 24 ans) et celle des plus âgés (plus de 45 ans) ont augmenté, tandis que la part des 25-44 ans a diminué.

L'augmentation de la part des 15-24 ans est liée à celle des 15-17 ans, dont la part est passée de 4 % à 7 %.

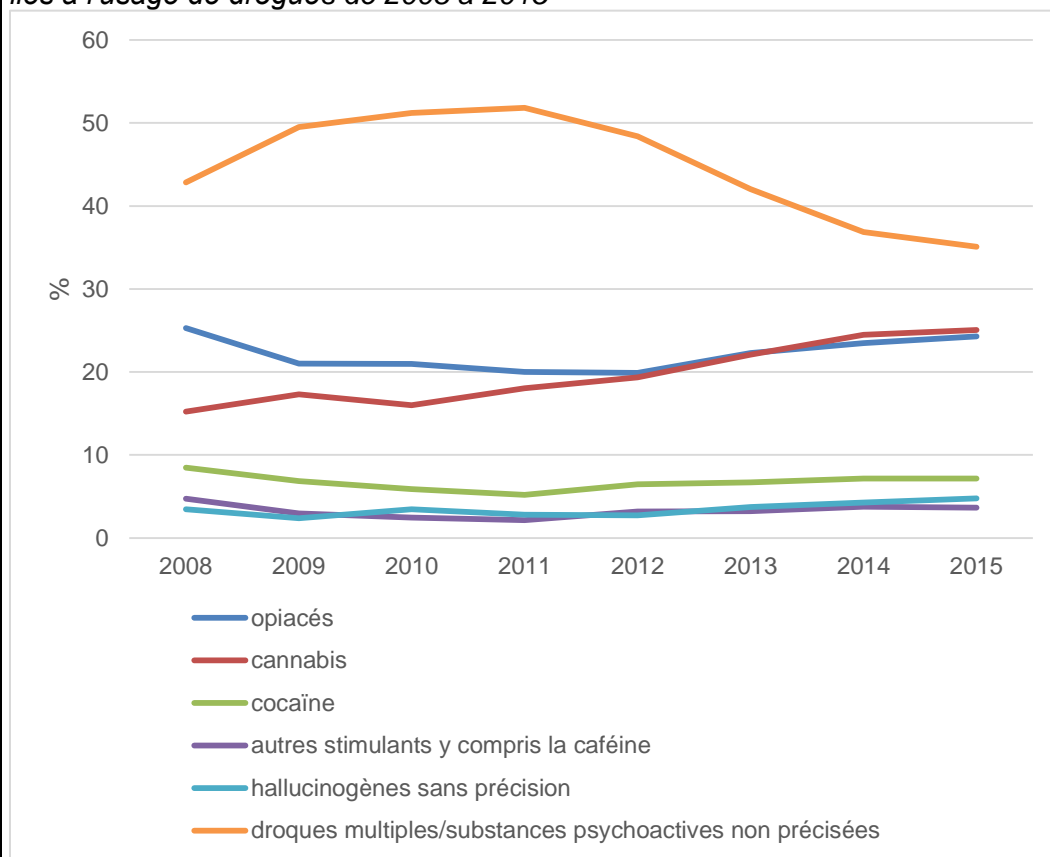
Figure. Répartition par tranches d'âge des personnes ayant eu recours aux urgences pour usage de drogues en 2008 et 2015.



Source. Réseau Oscour®. Santé Publique France. Exploitation OFDT.

Les substances impliquées dans les recours aux urgences sont non précisées pour une partie importante et fluctuante selon les années (variant de 35 à 52 % des recours), par conséquent l'évolution de la répartition des substances doit être considérée avec prudence. L'évolution la plus nette est celle du cannabis de plus en plus fréquemment en cause dans les recours aux urgences et dont l'implication a dépassé celle des opiacés depuis 2014.

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



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

T.1.2.4 **Optional.** Please provide a commentary on any additional information you feel is important to understand drug-related acute emergencies data within your country.  
(Suggested title: Additional information on drug-related acute emergencies)

## T1.3 Drug related infectious diseases

The purpose of this section is to

- Provide a commentary on the prevalence, notifications and outbreaks of the main drug-related infectious diseases among drug users, i.e. HIV, HBV and HCV infections in your country
- Provide contextual information to the numerical data submitted through ST9 including prevalence and behavioural data (e.g. sharing syringes)
- Provide a commentary, if information is available, on the prevalence/outbreaks of other drug related infectious diseases, e.g. STIs, TB, bacterial infections, hepatitis A

Please structure your answers around the following questions.

T.1.3.1 Please comment on the prevalence among drug users and on notifications of the main drug related infectious diseases (HIV, HBV, HCV) provided to the EMCDDA.  
(Suggested title: Main drug-related infectious diseases among drug users – HIV, HBV, HCV)

## Principales maladies infectieuses chez les usagers de drogues – VIH, VHB, VHC

### *Données reposant sur des prélèvements biologiques*

En 2011, la prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant sniffé et/ou injecté au moins une fois dans leur vie est de 9,8 % ; elle atteint 43,7 % pour le VHC. En restreignant aux seuls injecteurs au moins une fois dans leur vie, elle s'élève à 13,3 % pour le VIH et 63,8 % pour le VHC, selon l'enquête Coquelicot (DREES 2015; Jauffret-Roustide *et al.* 2013b).

Parmi les 647 hommes usagers de drogues (injecteurs et/ou sniffeurs au moins une fois au cours de leur vie) enquêtés à Paris entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot, 15 sont porteurs de l'AgHBs, signe d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, ce qui correspond à une séroprévalence de 2,1 % (Sauvage *et al.* 2015).

### *Données déclaratives*

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

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 4,5 % se déclarent séropositifs au VIH et 33 % séropositifs au VHC en 2015, chiffre stable par rapport à 2012 (Lermenier-Jeannet *et al.* 2017).

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

En CSAPA, les prévalences déclarées (parmi les injecteurs vie) se situent pour le VIH à 7,1 % et pour le VHC à 45,2 % selon le dispositif RECAP.

## Évolution

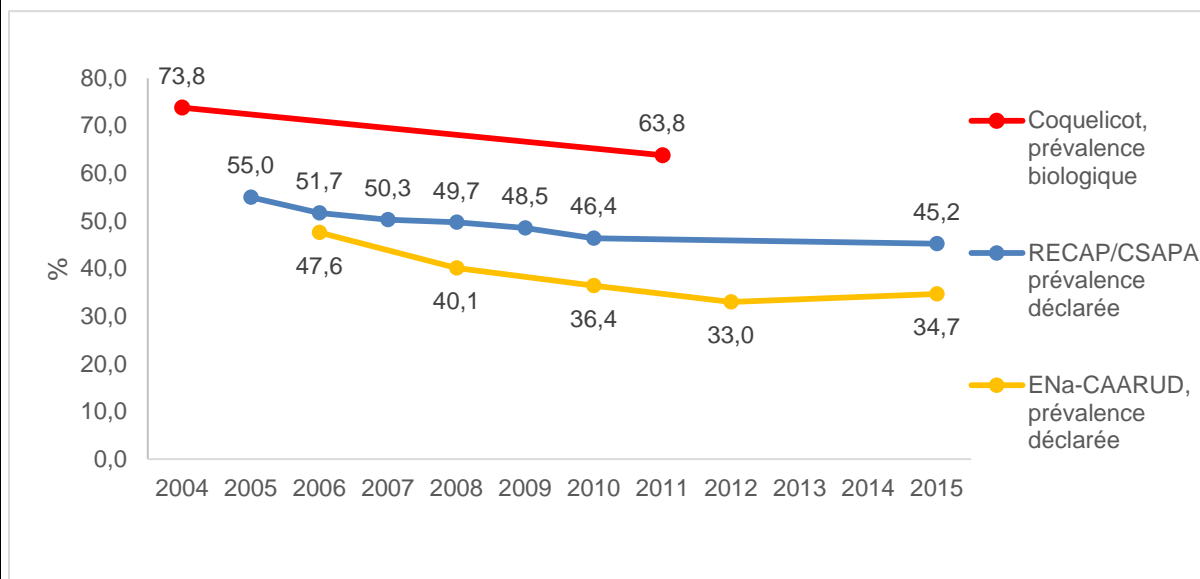
### *Prévalence et incidence des infections*

En 2011, la prévalence biologique du VHC est en baisse par rapport à 2004 (63,8 % versus 73,8 %) et celle du VIH est stable (13,3 % versus 11,3 %) parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (DREES 2015).

Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs (UDI) issus du dispositif RECAP (de 49,7 % en 2008 à 46,4 % en 2010, stable à près de 8 % pour le VIH) et de l'enquête ENa-CAARUD (de 40,1 % en 2008 à 33,0 % en 2012, stable à 6,2 % en 2012 contre 7,7 % en 2008 pour le VIH) (Cadet-Tairou *et al.* 2015). Entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées sont stables, tant pour le VIH que le VHC, tant en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les UDI observée depuis le début des années 2000.

L'incidence du VHC parmi les usagers de drogues a été estimée à l'aide d'un modèle mathématique reliant prévalence et incidence. L'incidence du VHC a diminué de 7,9/100 personnes-années (IC 95 % 6,4-9,4) en 2004 à 4,4/100 personnes années en 2011 (IC 95 % 3,3-5,9). Parmi les UDI actifs, cette incidence est multipliée par 2 et a diminué de 15,4/100 personnes années en 2004 (IC 95 % 11,9-19,3) à 11,2/100 personnes années en 2011 (IC 95 % 9,0-19,0) (Léon *et al.* 2017).

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



Sources :

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

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

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

UDI : usagers de drogues par voie injectable

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

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

T.1.3.2 **Optional** Please comment on notification data (e.g. notification of new HIV and AIDS cases among drug users)

Short descriptions of outbreaks/clusters, specific surveys or other relevant data can be reported here. (Suggested title: Notifications of drug-related infectious diseases)

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

En 2015, 88 usagers de drogues par voie injectable (UDI) ont découvert leur séropositivité au VIH (IC 95 % [58-117], soit 1,5 % de l'ensemble des découvertes. Il s'agit d'hommes dans 86 % des cas, leur âge médian est de 38 ans. Plus de la moitié d'entre eux (55 %) sont nés à l'étranger, quasi-exclusivement en Europe (Santé publique France 2017). En 2013, la part des co-infections par le VHC est de 79 % (Cazein *et al.* 2015).

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les UDI est estimé à 72 en 2015, soit 6,0 % de l'ensemble des cas. Enfin, 29 décès de personnes atteintes de sida sont survenus parmi les UDI, soit 18,8 % de l'ensemble des décès au stade sida.

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

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

Pour l'hépatite B aiguë (dont la déclaration obligatoire a débuté en 2003), seul un quart des cas a été déclaré en 2013. Le nombre de cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués est estimé à 291 en tenant compte de la sous-déclaration, soit une incidence estimée à 0,44 (IC 95% : [0,39-0,50] pour 100 000 habitants en 2013. Parmi les cas déclarés, 5 % des personnes rapportaient un usage de drogues au cours des 6 mois précédant le diagnostic (Brouard *et al.* 2016).

### Évolutions

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

Le nombre de nouveaux cas de sida est stable depuis 2014. Après une baisse particulièrement prononcée du nombre de nouveaux cas de sida chez les UDI entre 1995 et 1997, liée notamment à l'introduction des trithérapies retardant l'entrée dans la phase symptomatique de l'infection, le rythme de diminution a été plus faible mais presque régulier jusqu'en 2009, puis encore plus faible jusqu'en 2014. Ce mouvement de baisse est également lié à la diminution du nombre de contaminations par le VIH en lien avec l'usage injectable de drogues.

Ces évolutions peuvent s'expliquer par différents facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de RDRD) prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, le plus grand accès au dépistage, et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection.

*T.1.3.3 Optional. Please comment on any information on prevalence of HIV, HBV, HCV among drug users from other sources. Where appropriate please provide links to the original studies.  
(Suggested title: Prevalence data of drug-related infectious diseases outside the routine monitoring)*

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

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

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

### Maladies infectieuses liées aux drogues – données comportementales

Parmi les UDI, le partage des seringues et du petit matériel semble être en augmentation entre 2012 et 2015. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2015, 14 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent contre 8,3 % en 2012, un sur quatre a partagé au moins un élément du petit matériel contre 1 sur 5 trois ans auparavant (tableau ci-dessous), les femmes plus que les hommes quel que soit le matériel (Lermenier-Jeannet *et al.* 2017). Par ailleurs, en 2012, 7,6 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38,4 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue » (étant donné qu'il n'existe pas de programme d'échange de seringues en prison, d'autres objets, comme les stylos, peuvent être utilisés pour l'injection) durant leur incarcération (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

**Tableau: Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2015**

	Hommes N = 1 182	Femmes N = 293	Ensemble N = 1 475
Seringues	14,4 %	16,1 %	14,7 %
Eau de préparation	18,6 %	28,6 %	20,5 %
Eau de rinçage	9,7 %	17,1 %	11,2 %
Cuillères, récipients	18,6 %	39,2 %	20,4 %
Cotons/Filtre	14,9 %	22,2 %	16,3 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	22,84	32,42	24,75
Au moins un matériel (y compris seringue)	24,53	34,13	26,44

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

L'enquête Coquelicot 2011 montre que les jeunes usagers de drogues ont des pratiques d'injection plus fréquentes que les plus âgés, sans toujours bien connaître les techniques de réduction des risques et des dommages (RDRD). Parmi les moins de 30 ans, 53 % ont injecté dans le dernier mois contre 33 % chez ceux âgés de plus de 30 ans (Jaufret-Roustide *et al.* 2013b).

**T.1.3.5 Optional.** Please provide, if information is available, a comment on the prevalence of other infectious diseases e.g. STIs, TB among drug users. Where appropriate please provide links to the original studies.

(Suggested title: Other drug-related infectious diseases)

**T1.3.6 Optional.** Please provide any additional information you feel is important to understand patterns and trends in drug related infectious diseases within your country.

(Suggested title: Additional information on drug-related infectious diseases)

### **Informations supplémentaires sur les maladies infectieuses liées aux drogues**

En 2011, en France métropolitaine, le nombre total de personnes âgées de 18 à 80 ans ayant été ou étant infectées par le VHC (anticorps anti-VHC) est estimé à 344 500, soit une prévalence de 0,75 %. Le nombre total de personnes ayant une infection chronique (ARN VHC) est estimé à 192 700, soit une prévalence de 0,42 %. Par rapport à l'enquête de séroprévalence en population générale réalisée en 2004, cette estimation de 2011 reposant sur un modèle épidémiologique prenant en compte les principaux groupes exposés au VHC montre une possible diminution du nombre de personnes infectées chroniques par le VHC. Elle constitue aussi un point de référence avant l'arrivée des nouveaux traitements contre l'hépatite C (Pioche *et al.* 2016).

Entre 2014 et 2015, 22 600 patients ont été traités par un traitement par les antiviraux d'action directe (AAD), 20 300 patients ont guéris (Vaux *et al.* 2017).

Les AAD sont pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les personnes à risque élevé de transmission du virus depuis août 2016 : usagers de drogues avec échange de matériel, personnes détenues, femmes en désir de grossesse [[Instruction DGOS/PF2/DGS/SP2/PP2/DSS/1C n°2016-246 du 28 juillet 2016 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux d'action directe \(NAAD\)](#)]. Auparavant, seules les personnes avec une hépatite chronique sévère (score de fibrose  $\geq 2$ ) et/ou co-infectées avec le virus du VIH bénéficiaient une prise en charge des AAD par l'Assurance maladie.



## T1.4 Other drug-related health harms

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

Please structure your answers around the following question.

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

En 2012, 34,8 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

### *Surdoses non mortelles*

Les seules données disponibles actuellement de manière régulière sont les données de l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers fréquentant les CAARUD. En 2012, 6,5 % d'entre eux déclarent avoir connu une surdose non mortelle (perte de connaissance après l'absorption d'un ou plusieurs produits) au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'alcool est le produit le plus souvent mis en cause (19,7 % des cas), devant les benzodiazépines (15,0 %), la cocaïne (13,9 %) et l'héroïne (13,3 %).

### *Comorbidités psychiatriques*

En 2012, 7,0 % des usagers déclarent une hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychiatriques hors sevrage. Ainsi, près d'une hospitalisation sur cinq survenue au cours des 12 derniers mois est liée à ce motif, celles pour sevrage représentant à peu près la même part (sur 34,8 %, soit 854 usagers, qui déclarent avoir été hospitalisés dans l'année) (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

## T1.5 Harm reduction interventions

The purpose of this section is to

- Provide an overview of how harm reduction is addressed in your national drug strategy or other relevant drug policy document
- Describe the organisation and structure of harm reduction services in your country
- Comment on the harm reduction provision (activities/programmes currently implemented)
- Provide contextual information useful to understand the data submitted through SQ23/ST10.

Please structure your answers around the following questions.

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

### **Politique des drogues et principaux objectifs de la réduction des risques et des dommages**

La politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) en direction des usagers de drogues relève de l'État (article L.3411-7 du Code de la santé publique - CSP - modifié par l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016 [[Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)]) et vise à prévenir les dommages sanitaires,

psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. Elle s'applique également aux personnes détenues (article L.3411-8 du CSP). La loi du 9 août 2004 [[Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique](#)], créant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques et des dommages (article L.3411-9 du CSP).

Depuis mai 1987, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies, les officines à usage interne des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet. Depuis mars 1995, elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre de la Santé (article D.3121-27 du CSP). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (article D.3121-28 du CSP). Cependant, ni les pharmaciens ni les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis 1987.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogues a été élaboré (article D.3121-33 du CSP) et approuvé par le décret du 14 avril 2005 [[Décret n°2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique](#)]. Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités, doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) prévoit d'ouvrir de nouvelles perspectives dans le domaine de la RDRD :

- en favorisant l'acceptabilité des actions de RDRD
- en étendant le champ de la RDRD à l'ensemble des produits faisant l'objet d'un usage problématique
- en développant des approches populationnelles (en direction des usagers les plus précaires, des jeunes, des femmes enceintes – voir workbook « Politique et stratégie nationale »)
- en renforçant l'accessibilité et la sécurisation de l'offre de RDRD
- en procédant à l'expérimentation d'actions innovantes telles qu'une salle de consommation à moindre risque (SCMR – voir T.1.5.3).

Concernant les hépatites, le dernier plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 (DGS 2009) a été évalué par le Haut conseil de la santé publique en 2013 (HCSP 2013). Ce dernier n'a pas recommandé la programmation d'un nouveau plan national, faute d'une structuration claire de la stratégie et d'une articulation cohérente des mesures mais aussi de moyens financiers clairement identifiés et attribuables au plan. En revanche, il recommande l'inscription de la thématique hépatique comme prioritaire dans la stratégie nationale de santé.

En 2014, un rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C a été élaboré sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) à la demande du ministère des Affaires sociales et de la Santé (Dhumeaux *et al.* 2014). Ce rapport propose de relancer la prévention des hépatites B et C, d'articuler les étapes de la prise en charge des patients selon un parcours de soins organisé et de soutenir les valeurs d'équité dans le dépistage et l'accès aux soins. Ce rapport a été actualisé en 2016 (Dhumeaux *et al.* 2016). À l'occasion de la journée nationale de lutte contre les hépatites B et C qui s'est déroulée le 25 mai 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé s'est engagée pour l'accès universel aux traitements

innovants contre l'hépatite C (Ministère des affaires sociales et de la santé 2016). Par ailleurs, depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose) [[Arrêté du 10 juin 2016 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique](#)].

Le plan national de lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports 2010) a lui aussi été évalué par le HCSP (HCSP 2016). Il considère qu'il est essentiel que des outils de prévention comportementale et biomédicale (dépistage et traitement spécifiques au VIH) soient mobilisés au sein d'une stratégie nationale globale de santé sexuelle regroupant tous les éléments de la lutte contre toutes les IST. Le HCSP recommande également le maintien et le renforcement d'une politique de réduction des autres IST les plus importantes (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia, hépatites virales). Une recommandation parmi les 38 formulées concerne spécifiquement les usagers de drogues : elle porte sur l'amélioration de la sensibilisation au danger des consommations à visée de performance sexuelle sur le risque de transmission du VIH et des hépatites, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. La HAS a réévalué en 2017 la stratégie de dépistage de l'infection VIH en France. Elle recommande que la priorité soit accordée au dépistage de l'infection à VIH en direction des populations clés, parmi lesquelles figurent les UDI. Elle préconise ainsi de renforcer la fréquence du dépistage tous les ans chez les UDI (HAS 2017).

T1.5.2 Please describe the structure of harm reduction service organisation in your country, including funding sources. Describe the geographical coverage. Comment on its relationship to the treatment service provision system and the extent to which these are integrated or operate separately. Where possible, please refer to the EMCDDA drug treatment system map (see Treatment workbook) to identify the range of treatment providers that are also delivering harm reduction services. Trends: Please comment on trends regarding harm reduction service organisation. (Suggested title: Organisation and funding of Harm reduction services)

### **Organisation des activités de réduction des risques et des dommages**

Afin de garantir aux usagers de drogues un accès large à la RDRD, les autorités sanitaires ont impulsé une offre de proximité qui repose essentiellement sur les pharmacies, la médecine de ville et les automates. Le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) complète et développe cette offre de proximité. Les indicateurs suivants sont utiles pour apprécier la couverture effective des dispositifs en place.

#### *Degré d'implication des professionnels du dispositif officinal et lieu d'implantation*

Lors d'une enquête nationale menée auprès des pharmacies de ville en 2010 par l'ANSM, 48 % d'entre elles ont déclaré délivrer aux usagers de drogues des informations sur la prévention des maladies infectieuses et 40 % disposer de systèmes de récupération des seringues (Lapeyre-Mestre and Boeuf-Cazou 2011). Les pharmacies enquêtées sont 79 % à recevoir chaque mois au moins un patient traité par médicament de substitution aux opiacés, 78 % délivrent des Stéribox<sup>®</sup> mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt<sup>®1</sup> ou des Stéricup<sup>®2</sup>.

#### *Degré d'implication des professionnels en médecine de ville*

L'offre de soins, concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO), repose pour une large part sur les médecins généralistes de ville (voir workbook « Prise en charge et offre de soins »).

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

En 2015, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : 10 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA. Concernant la répartition géographique au niveau national, les structures sont fortement concentrées dans les communes de grande taille. Ainsi, Paris et le département du Nord (Lille) concentrent le plus grand nombre de lieux (une dizaine de CAARUD), devant les départements des Bouches-du-Rhône (Marseille), du Gard (sud-est du pays) et de la Seine-Maritime (nord-ouest), qui comptent au moins 4 structures.

### *Activité de RDRD des CAARUD*

En 2014, 144 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes divers. Leurs principales actions sont l'établissement d'un lien avec les usagers de drogues les plus vulnérables, l'accès aux services de première nécessité, aux soins et aux droits sociaux. En 2014, près de la moitié des actes réalisés (41 %) ont servi à créer un lien préalable avec les usagers. Plus d'un quart des actes effectués (22 %) ont concerné la réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base). Les actes visant la réduction de risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité ont aussi mobilisé les professionnels des structures (19 %) alors que l'accès au dépistage et aux vaccinations n'a occupé qu'une place très marginale dans les interventions (1,4 %). Les activités de soutien social ont concerné 9 % des interventions réalisées par les structures, largement devant l'accompagnement vers les services proposant des médicaments de substitution aux opiacés et des traitements du VIH et des hépatites (1,4 % de l'activité) et le suivi psychologique/psychiatrique des usagers, quasi-inexistant (1 %). La délivrance de soins généralistes (infirmier, dentaire, etc.) compte pour 4,6 % de leur activité (Díaz Gómez and Milhet 2016).

Bien que la réduction des risques constitue une de leurs missions, le rôle des CSAPA ne peut être quantifié en l'absence de données.

### *Réduction des risques en milieu festif*

En 2014, sept structures sur dix (69 %) disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif, qui a assuré en moyenne neuf sorties par an et parmi elles, un tiers (36 %) a réalisé au moins trois sorties dans l'année (Díaz Gómez *et al.* 2016). D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDRD ne sont pas comptabilisées dans le dispositif médico-social. Il s'agit notamment de certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées qui n'ont pas été labellisées CAARUD, notamment en milieu festif.

<sup>1</sup> Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites, etc.). À usage unique et stérile, il vise par ailleurs à éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

<sup>2</sup> Récipient stérile en aluminium visant à diminuer les risques infectieux liés à la réutilisation et au partage des éléments de préparation à l'injection.

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

- a) Emergency response training (settings, target groups) and naloxone distribution;
- b) Supervised drug consumption facilities;
- c) Post-release / transition management from prison to community provided by drugs facilities;

- d) Injecting equipment and drug use paraphernalia (including non-injecting: foil, pipes, straws);
- e) Integrated mental health and/or medical care service provision at drugs facilities:
  - Vaccination
  - Testing
  - Infectious diseases treatment and care
  - Mental health assessment.
- f) *Optional. Interventions to prevent initiation of injecting; to change route of administration of drugs; safer sex counselling, condom promotion among PWID, prevention of STIs*

### **Réduction des risques**

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

#### a) Programme de distribution de naloxone

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone en France, la Commission des stupéfiants et psychotropes s'est prononcé en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés (ANSM 2016). La naloxone par voie nasale a été exonérée de la liste I des substances vénéneuses [[Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine](#)]. Par conséquent, sa délivrance ne nécessite pas de prescription médicale, en revanche elle reste un médicament faisant partie du monopole pharmaceutique.

La spécialité Nalscue® (naloxone par voie nasale) du laboratoire Indivior a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte en novembre 2015 (ANSM 2015). Elle est disponible depuis juillet 2016 [[Arrêté du 26 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique](#)]. Seuls les médecins exerçant en CSAPA, en service d'addictologie à l'hôpital, dans un service des urgences, dans tout autre service bénéficiant de l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire peuvent inclure les patients dans l'ATU de cohorte. La délivrance est réservée aux pharmaciens en charge de la dispensation dans les pharmacies hospitalières et dans les CSAPA hospitaliers (ANSM and Indivior France 2016). Depuis mai 2017, la dispensation de kits de naloxone est aussi autorisée en CAARUD. La spécialité Nalscue® (naloxone 0.9 mg/0,1 ml) a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017.

Au 25 avril 2017, 258 médecins se sont inscrits dans le dispositif d'ATU de cohorte (parmi lesquels 91 ont inclus au moins 1 patient), 236 pharmaciens ou médecins responsables de dispensation se sont inscrits, 676 patients ont été inclus, 479 kits de Nalscue® ont été distribués. Sur la période considérée, deux patients et cinq tierces personnes ont été traités par Nalscue® avec une évolution favorable pour les 7 patients. Aucun effet indésirable n'a été signalé (ANSM and INDIVOR UK Ltd 2017).

#### b) Les salles de consommation à moindre risque

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) est inscrite dans l'article 43 de la loi de modernisation du système de santé [[Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)].

Cet article prévoit que la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des produits stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne peut être poursuivie pour usage et détention illicites. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR et qui agit conformément à sa mission de supervision est protégé aussi des poursuites pour complicité ou facilitation d'usage illicite de stupéfiants.

Le cahier des charges des SCMR, fixé par arrêté du 22 mars 2016 [[Arrêté portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de](#)

[réduction des risques par usage supervisé](#)], détaille les objectifs généraux (dont le premier est de contribuer à réduire les risques de surdose et d'infections) et spécifiques, la durée de l'expérimentation (6 ans), les structures concernées (la mise en œuvre des SCMR est confiée aux CAARUD mais dans des locaux distincts de ceux accueillant leurs missions habituelles), le public concerné (usagers de drogue injecteurs, majeurs, vulnérables et cumulant les risques), le lieu d'implantation (à proximité des lieux de consommation), le financement, le pilotage national, les objectifs et modalités de l'évaluation.

Au niveau local, ce cahier des charges décrit les missions des SCMR, la disposition des différents espaces, le matériel à mettre à disposition, le fonctionnement de la salle et son règlement, les protocoles et outils à mettre en place, la composition de l'équipe, les partenariats et conventionnements, la participation au système de veille et d'alerte sanitaire, le comité de pilotage local et l'évaluation de l'activité.

Menée par l'INSERM (voir Workbook Research), l'évaluation de l'expérimentation portera notamment sur son impact sur la santé publique. Une cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) sera recrutée et l'impact de la salle sera étudié avec des critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risques de transmission du VHC et du VIH ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle, de l'accès au logement et aux soins, ou la diminution des actes de délinquance. L'évaluation portera aussi sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de RDRD et la réduction des nuisances dans l'espace public.

La salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Paris, dirigée par l'association Gaïa [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre Gaïa](#)], est ouverte depuis le 14 octobre 2016, 7 jours sur 7 de 13h30 à 20h30 et dispose de douze places pour l'injection et quatre pour l'inhalation. Cinq intervenants au minimum sont présents en même temps (dont un infirmier(e) ou un médecin) auquel s'ajoute un personnel de sécurité. Durant les huit premiers mois de fonctionnement, la SCMR a enregistré 31 400 passages dont 670 passages de personnes différentes. Le nombre d'usagers accueillis semble se stabiliser à 200 passages par jour (vs 65 le premier jour d'ouverture). La salle accueille près de 90 % d'hommes, l'âge médian est de 37,8 ans, 40 % sont sans ressources, 52 % sont en logement précaire ou SDF, 48 % sont un suivi par un addictologue, 27 % n'ont pas de suivi médical ni social, 45 % sont positifs au VHC (dont 40 % n'ont jamais consulté) et 5 % sont positifs au VIH. Les deux substances le plus consommées sont le Skénan<sup>®</sup> (sulfate de morphine), injecté lors de 43 % des passages, et le crack consommé également lors de 43 % des passages (par injection dans un tiers des cas). Quatre overdoses sont survenues qui ont évolué favorablement. La salle propose des consultations médicales ou infirmières (509 consultations ont été réalisées pour 220 usagers différents), des consultations sociales (610 consultations effectuées pour 188 usagers différents) et un dépistage du VIH, VHC et VHB. Cinquante TROD pour le VIH (dont 3 étaient positifs), 41 TROD pour le VHC (dont 5 étaient positifs), 17 tests sur papier buvard (dont 10 positifs pour l'ARN VHC et 1 pour l'hépatite B) et 26 Fibroscan<sup>®</sup> (appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement) ont été réalisés. Enfin, 2 patients ont achevé un traitement de l'hépatite C. Dans un but d'information et de médiation, la salle organise régulièrement des matinées portes ouvertes pour le public (Avril 2017).

La seconde SCMR « Argos » dirigée par l'association Ithaque [[Arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre Ithaque](#)] a ouvert à Strasbourg le 7 novembre 2016. Elle est ouverte de 13h à 19h, 7 jours sur 7. Au 31 janvier 2017, la salle a enregistré 519 passages depuis son ouverture, 60 usagers différents ont été accueillis, de sexe masculin pour 65 % d'entre eux. La cocaïne est le premier produit consommé (50 %) devant le Skénan<sup>®</sup> (32 %) et l'héroïne (14 %).

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

Les modalités de sortie de prison des personnes présentant des problèmes d'addiction sont fixées par la note interministérielle du 9 août 2001 [[Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive](#)] et son annexe 1 (Cahier des charges). Des relais sanitaires et sociaux extérieurs sont mis en place afin d'assurer l'accompagnement sanitaire et social à la sortie (hébergement, soins, protection sociale) et en vue de leur réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes dont la sortie n'a pas pu être anticipée (les prévenus, notamment), il est prévu qu'un support d'information sur les relais extérieurs soit remis au moment de la libération. Depuis 2011, un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement de ces personnes, particulièrement à leur sortie de prison (voir Workbook « Prisons » pour en savoir plus). Il est à souligner que les sortants de prison sont identifiés par les autorités sanitaires comme publics prioritaires du programme de distribution de naloxone (voir plus haut « Programme de distribution de naloxone »). En 2012 le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (Ministère de la justice and Ministère des affaires sociales et de la santé 2012) rappelle les principes en vigueur relatifs à l'organisation des soins proposés aux personnes détenues et le dispositif légal de réduction des risques en milieu carcéral (voir workbook Prison, partie T1.3.2).

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

Depuis 1987, les seringues sont vendues librement en officine de pharmacie (sans ordonnance). Les kits d'injection (Stéribox) sont également commercialisés en pharmacie (depuis 1994) et distribués par l'intermédiaire des automates (depuis 1995) afin de permettre aux plus marginalisés d'avoir 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 RdR à distance, lancé en 2011.

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

Au total on estime qu'approximativement 11,3 millions de seringues ont été distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France, tout dispositif confondu, selon les 4 vecteurs de distribution ci-après.

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

La mise à disposition des outils de prévention et la récupération du matériel souillé sont considérées comme la mission première des structures de RdRD. Les CAARUD jouent un rôle clé dans la diffusion de matériel d'injection. En 2014, environ 6,8 millions de seringues ont été fournies par leur intermédiaire, dont les deux-tiers ont été récupérées par les équipes (voir tableau ci-après).

Concernant plus spécifiquement les modalités de distribution du matériel par l'intermédiaire des CAARUD, huit seringues sur dix ont été fournies par les équipes directement au contact des usagers de drogues (5,5 millions seringues) et 6 % *via* des automates gérés par ces structures (soit plus de 400 000 seringues). La contribution des pharmacies partenaires des

CAARUD (1 200 officines) s'élève à 13 % des seringues distribuées (soit environ 900 000 seringues) (Díaz Gómez *et al.* 2016).

Tableau : Distribution du matériel de prévention stérile par le réseau des CAARUD en 2014

<b>Matériel d'injection</b>	Seringues à l'unité	4 469 577
	Seringues en trousse : automates	431 434
	Seringues en trousse : équipe	1 011 134
	Seringues en trousse : réseau de pharmacies	885 202
	<b>Nombre total de seringues distribuées</b>	<b>6 797 347</b>
	<b>Nombre de seringues récupérées</b>	<b>4 231 650</b>
	Cupules stériles	2 353 065
	Filtres stériles	1 722 280
	Eau ( fioles de 5 ml)	2 635 272
	Tampons alcoolisés	2 732 391
	<b>Nombre total de trousses (automates, équipe)</b>	<b>1 163 885</b>
<b>Matériel de sniff</b>	Petits carnets de feuilles	576 282
	Sérum physiologique	112 668
	Autre matériel sniff	13 906
<b>Matériel pour inhalation de crack</b>	Doseurs	104 757
	Embouts	50 236
	Filtres crack	28 630
	Carnets de feuilles alu	260 431
	Lames	16 355
	Grilles	1 474
	Foyers	175
	<b>Nombre total de kits</b>	<b>10 744</b>
<b>Matériel de prévention des IST</b>	Préservatifs masculins	890 602
	Préservatifs féminins	40 250
	Gel lubrifiant	327 734
<b>Autres matériels de prévention</b>	Ethylotests	57 233
	Bouchons à oreilles	18 775
	Brochures, flyers (CAARUD)	174 445
	Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	41 554

Source : Rapports d'activité 2014 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 réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. En 2014, les CSAPA ont distribué approximativement 400 000 seringues.



#### *d.2) Distribution des seringues via des automates (hors réseau CAARUD/CSAPA)*

Les structures spécialisées en addictologie ne sont pas les seuls acteurs à diffuser du matériel de prévention par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD/CSAPA et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention du type kit Stéribox® ou Kit+<sup>1</sup> à disposition des usagers de drogues par ce biais. En 2015, un peu plus de 600 000 seringues ont été diffusées par l'intermédiaire des automates hors réseau CAARUD/CSAPA (Duplessy 2015). La distribution de matériel de prévention par ce moyen vise à assurer l'anonymat et l'accès aux outils 24h/24.

En 2016, l'ensemble du parc d'automates (réseau CAARUD/CSAPA et autres opérateurs) s'élève à près de 300 distributeurs automatiques de trousse de prévention en activité dans environ la moitié des départements français. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (Annuaire des automates 2016, données de l'association SAFE).

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

#### *d.3) Programme d'échange de seringues par voie postale*

En 2011, l'association SAFE a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le programme d'échange de seringues par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2016, un peu plus de 270 000 seringues ont été expédiées contre près de 250 000 seringues en 2015. Un peu plus d'un millier d'utilisateurs ont bénéficié du programme depuis son lancement en 2011. L'évolution de la file active est en constante hausse depuis l'ouverture du programme : une quarantaine de personnes en 2011 pour atteindre plus de 600 bénéficiaires en 2016. Les motivations des utilisateurs à l'égard de ce dispositif sont principalement : l'éloignement géographique, des horaires inadaptés du dispositif de RdRd, besoin de matériel spécifique non disponible en CAARUD ou en CSAPA, la recherche d'anonymat, les difficultés pour l'utilisateur d'évoquer une pratique d'injection d'un MSO, ... (De Postis 2013; Duplessy and Pourchon 2015).

#### *d.4) Vente de seringues en pharmacie*

En 2016, le nombre de seringues distribuées en pharmacie (sous forme de Stéribox®) est un peu moins de 3,4 millions contre 4,5 millions en 2011, soit une baisse d'un quart des ventes en 5 ans.

Par ailleurs, en 2015, suite aux recommandations issues de l'enquête Coquelicot 2011 (Jaufret-Roustide *et al.* 2013a), deux nouveaux kits d'injection (kits EXPER') ont été expérimentés, à l'initiative de la DGS, en vue de favoriser l'accès des utilisateurs de drogues à du matériel plus performant (contre les risques infectieux, fongiques et bactériens) que celui contenu dans les kits actuellement distribués. L'expérimentation a été conduite auprès des utilisateurs de 4 CAARUD et ceux participant au programme de RDRD par voie postale. Une évaluation de l'acceptabilité de ces nouveaux outils par les utilisateurs a été réalisée à partir d'une enquête par observation ethnographique et entretiens approfondis auprès de

55 usagers (Milhet 2016). Le filtre toupie (filtre à membrane 0,22µ), introduit dans les nouveaux kits, est au cœur de leur acceptabilité par les usagers. La moitié d'entre eux s'est approprié ce filtre, l'autre moitié l'a rejeté, malgré des profils très homogènes entre ces 2 groupes. Les usagers disposent de critères d'appréciation propres quant aux qualités requises pour un bon filtre : manipulation aisée, filtration rapide, bonne dispensation du produit, sensations préservées. Selon leurs priorités, ils rejettent le filtre en l'absence de garantie sur ces critères clés.

#### e) Offre de soins en CSAPA et CAARUD

##### *e.1) L'incitation à la vaccination contre le VHB*

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.

##### *e.2) L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et la facilité d'accès à ce dépistage*

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). En 2011, il existait en France 344 CDAG, auxquels s'ajoutaient une centaine d'antennes de CDAG en prison. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ces structures ont fusionné avec les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) pour former les CeGIDD [[Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic \(CeGIDD\)](#)]. L'objectif est d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité du dispositif de prévention et de dépistage des infections au VIH, hépatites B et C et IST pour les usagers. 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.

Les usagers peuvent se rendre dans un CeGIDD, éventuellement envoyés 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 %.

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. Concernant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des usagers de drogues. L'utilisation des TROD VHC peut être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non-médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3<sup>ème</sup> génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est

néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C. Reprenant les recommandations de la HAS, l'article 39 de la loi du 26 janvier 2016 étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée [[Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine \(VIH 1 et 2\) et de l'infection par le virus de l'hépatite C \(VHC\) en milieu médico-social ou associatif](#)]. Les TROD peuvent ainsi être effectués dans les CAARUD et les CSAPA sous réserve que ces derniers aient une autorisation de l'Agence régionale de santé territorialement compétente. Ils peuvent aussi être effectués par les infirmiers, les sages-femmes, les médecins et les pharmaciens d'officine [[Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques](#)]. Enfin, le dépistage au moyen de TROD peut être réalisé sur une personne mineure.

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 2016a).

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.

#### *e.3) Consultations médicales*

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

#### *f) Prévention du passage à l'injection*

Les contextes et les circonstances des premières injections de substances psychoactives ont été étudiés par l'enquête « Priminject », menée entre octobre 2010 et mars 2011 par Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation à la santé - INPES). Comparés aux usagers de drogues (UD) qui ont injecté pour la première fois avant 1995, ceux ayant injecté pour la première fois sur la période 2006-2010 ont plus souvent expérimenté d'autres substances avant la première injection. Lors de cette première injection, ils étaient plus âgés (21 ans versus 18 ans pour les UD ayant injecté pour la première fois avant 1987) et ont plus souvent injecté seul, sans l'aide ou la présence d'un autre individu. La substance injectée était le plus souvent de l'héroïne (Cadet-Taïrou and Brisacier 2013; Guichard *et al.* 2013).

Dans ce contexte, l'adaptation du programme anglais *Break the cycle* (rompre le cycle) ajoute un outil à la panoplie des stratégies de RDRD (Guichard 2012). L'objectif est de travailler sur les attitudes des UDI vis-à-vis de l'initiation à l'injection, sur la capacité des injecteurs plus expérimentés à refuser les demandes d'initiation des plus jeunes et sur les connaissances des techniques d'injection à moindre risque.

De juin 2015 à février 2016, sept CAARUD situés en Île-de-France, à Marseille, Bordeaux et Metz ont expérimenté cette intervention dénommée « Change le programme ». Un guide de l'intervention a été conçu. Il détaille les séquences successives qui structurent l'entretien en face à face d'une quarantaine de minutes. L'intervention explore deux thèmes : la prise

de conscience par les injecteurs de l'influence qu'ils exercent sur les usagers non-injecteurs et une réflexion sur leur positionnement et leur attitude vis-à-vis de l'initiation d'autrui, afin d'aller dans le sens d'une réduction des pratiques d'initiation (Balteau *et al.* 2014; Fournier *et al.* 2014).

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

Le projet AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) est une recherche interventionnelle qui fait suite à la mission ERLI (Éducation aux risques liés à l'injection) mise en œuvre par l'association Médecins du Monde (Mdm) depuis 2009 (Debrus 2013), ainsi qu'à l'expérience Accompagnements à l'injection (AAI) développée par AIDES à la même période.

Le principe d'ERLI et d'AAI réside dans un apprentissage, pour des usagers de drogues déjà injecteurs, des pratiques d'injection à moindre risque dans le cadre de sessions commençant par l'observation de l'utilisateur s'injectant lui-même son produit habituel. Les risques considérés incluent non seulement la transmission virale (VIH et VHC) mais également les complications locales de l'injection. Ces projets ont été évalués dans le cadre de l'étude ANRS-AERLI, réalisée conjointement par les associations AIDES, Mdm et l'unité U912 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans 8 CAARUD participants (groupe intervention) et 9 CAARUD témoins (groupe contrôle). En termes de résultats, alors que les injections à risque (vis-à-vis de la transmission virale) sont stables parmi les 129 usagers témoins, en six mois, elles ont significativement diminué chez les 113 usagers ayant bénéficié de l'intervention. De même, sur douze mois, ces derniers ont rencontré moins de complications au point d'injection (Roux *et al.* 2016a).

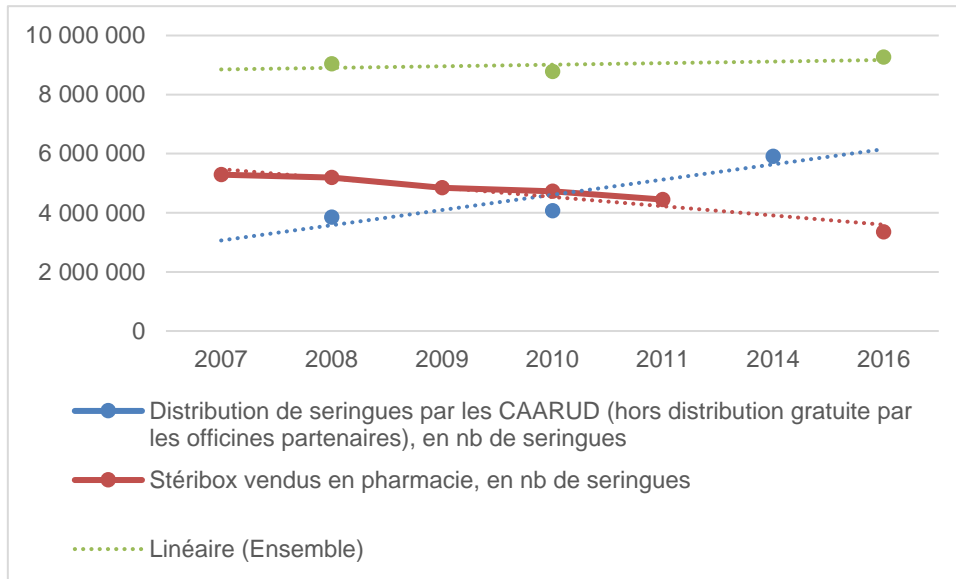
L'intervention AERLI semble aussi avoir un impact positif dans l'augmentation de dépistage du VHC parmi les UDI (Roux *et al.* 2016b). En 2016, la Fédération Addiction et l'association AIDES proposent des formations pour la mise en œuvre d'AERLI dans les CAARUD.

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 officines de pharmacie et les CAARUD. Ils distribuent ensemble 90 % des seringues mises à disposition auprès des usagers de drogues injecteurs. Ces deux sources de données agrégées pour une année donnée semblent refléter une relative stabilité dans l'évolution entre 2008 et 2016 du volume total de seringues distribuées par les pharmacies et les CAARUD. La baisse des ventes de seringues en pharmacie est compensée par la hausse des seringues distribuées en CAARUD.

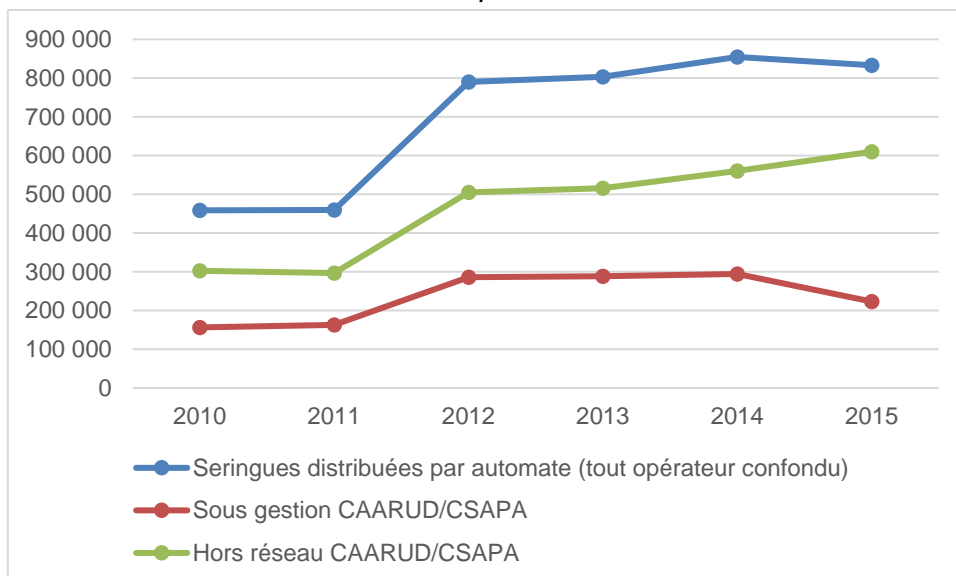
### Evolution de la distribution de seringues en France



Source : Données GERS et ASA-CAARUD, Exploitation OFDT

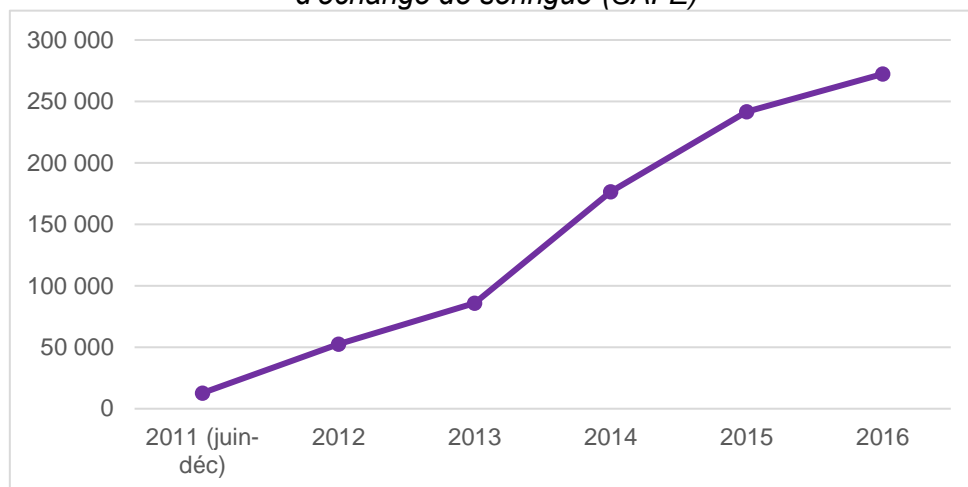
Cette évolution doit être interprétée cependant avec précaution, à cause de nombreuses ruptures des données au cours de la période observée. En agrégeant les données, on a fait l'hypothèse que la distribution de seringues en CAARUD est restée constante en 2016 par rapport à 2014. La distribution par les CSAPA représente 4 % du volume total mais ce chiffre n'est connu que pour l'année 2014. Pourtant, les CSAPA ont l'obligation de délivrer du matériel de RdRD depuis 2008. Pour ce qui concerne la délivrance par les automates et les programmes d'échanges de seringues (PES) à distance porté par l'association SAFE, qui viennent compléter le dispositif d'offre national du matériel de RdRD, les séries de données sont complètes.

### Distribution par automate



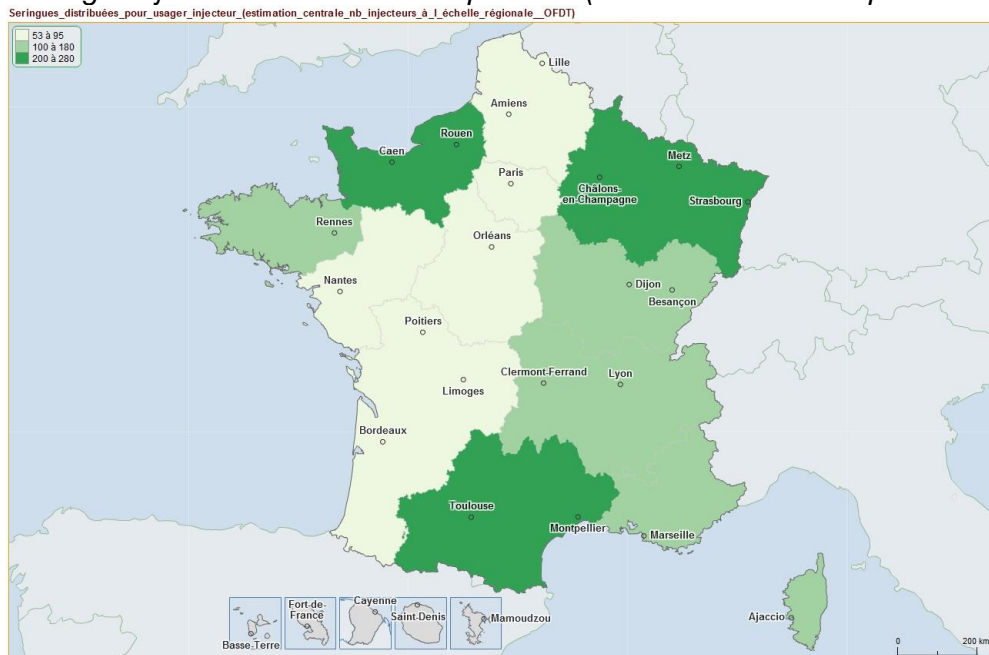
Pour ces deux autres sources, on observe que la distribution de seringues par automates reste relativement stable depuis 2008 et que le PES postal suit depuis son lancement, une tendance à la hausse vertigineuse (variation d'environ +400 % entre 2012 et 2016) mais ces modes de distribution ne représentent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

### Distribution de seringues dans le cadre du programme postal d'échange de seringue (SAFE)



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 2014, l'OFDT a estimé à 105 000 le nombre d'injecteurs au cours de l'année et à 85 000 les injecteurs au cours du mois. Comparée aux estimations avancées pour l'année 2006, la prévalence de l'injection au cours du mois demeure stable, les prévalences françaises restant en-deçà des niveaux moyens européens (Costes 2009; Janssen 2016; Janssen 2017). Ainsi, on peut estimer qu'environ 110 seringues ont été distribuées par usager injecteur en 2016. Si on prend en compte les dernières estimations de prévalence de l'injection dans l'année, on observe que, seule une minorité des régions de la métropole (Grand Est, Normandie et Occitanie) serait au-dessus du seuil de 200 seringues par usager injecteur (voir carte ci-dessous).

### Répartition régionale du nombre de seringues distribuées par usager injecteur en France métropolitaine (dernière données disponibles)



Source : OFDT

*T1.5.5 Optional Where possible, provide any contextual information helpful to understand the estimates provided in ST10 'Syringe availability' and ratings in SQ23 'Prevention and Reduction of Health-Related Harm associated with drug use'.  
(Suggested title: Contextual information on routine harm reduction monitoring)*

*T1.5.6 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand harm reduction activities within your country.  
Information on services outside the categories of the 'treatment system map' may be relevant here (e.g. services in pharmacies/dedicated to HIV/AIDS, primary health care system/GPs, or other sites and facilities providing testing of infectious diseases to significant number of people who use drugs, or drugs/outreach activities not covered above).  
(Suggested title: Additional information on harm reduction activities)*

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

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

Please structure your answers around the following question.

*T.1.6.1 **Optional.** Please provide additional information on any other relevant targeted health interventions for drug-related health harms.  
(Suggested title: Targeted interventions for other drug-related health harms)*

## **T1.7 Quality assurance of harm reduction services**

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

Note: cross-reference with the Best Practice Workbook.

Please structure your answers around the following question.

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

### **Assurance qualité pour les structures de réduction des risques**

En 2014, le dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives a été évalué par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Dans ses conclusions, l'IGAS conforte les missions des CAARUD et des CSAPA et juge que « l'organisation et le fonctionnement de ces établissements répondent aux besoins des publics très spécifiques qui s'adressent à eux ». Mais elle recommande une évaluation plus rigoureuse de « l'efficacité du dispositif, de son bon positionnement et de son articulation avec les autres acteurs de la prévention, du soin, du social et du médico-social » (Hesse and Duhamel 2014).

Le référentiel national de réduction des risques pour usagers de drogue, annexé au décret du 14 avril 2005 [[Décret n°2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique](#)], précise les modalités d'intervention des activités de RDRD, les objectifs de la distribution de matériel de prévention et les thèmes sur lesquels portent l'information sur les

risques associés à l'usage de drogue et leur prévention. Les autres points abordés dans ce référentiel sont la diffusion des alertes sanitaires, les lieux d'intervention, le type d'intervenants participant aux activités de RDRD, la confidentialité, la participation à la surveillance des consommations de substances psychoactives et la participation à l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies de prévention.

L'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, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »](#)] détaille le cahier des charges des SCMR, avec leurs objectifs généraux (contribuer à réduire les risques de surdose et d'infections) et spécifiques, ainsi que l'ensemble des dispositions relatives à cette expérimentation (voir T.1.5.3).

D'autres référentiels couvrent des interventions ciblées comme celles en milieux festifs (AFR and DGS 2012) ou encore l'intervention précoce et l'usage de cocaïne basée, crack et free-base (Reynaud-Maurupt 2013).

La question de l'acceptabilité des lieux de réduction des risques a fait l'objet d'un état des lieux et de recommandations qui identifient les étapes nécessaires à la mise en lien entre les dispositifs de RDRD et leurs partenaires, qu'ils soient institutionnels (Agences régionales de santé, municipalités, communautés de communes, forces de l'ordre, services sociaux...) ou privés (bailleurs, commerçants, voisins...) (Le Naour *et al.* 2014).

La Fédération addiction a réalisé un rapport d'enquête, résultat d'un projet mené de 2012 à 2015 auprès de 88 CAARUD et 126 CSAPA, éclairant les pratiques de RDRD dans le dispositif médico-social et donnant une image détaillée des réalités de terrain (Fédération Addiction 2015).

Enfin, la première audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) liés aux conduites addictives, organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) avec le soutien de la DGS, de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et de la HAS, s'est tenue les 7 et 8 avril 2016 à Paris et était retransmise en direct sur Internet (Fédération Française d'Addictologie 2016b). À l'issue de cette audition, la commission d'audition a formulé 15 recommandations pour améliorer la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre de la RDRD liés aux consommations de substances psychoactives (Fédération Française d'Addictologie 2016a). Parmi celles-ci figurent notamment la valorisation des expériences existantes des groupes d'auto-support et des associations d'entraide, la dépénalisation de l'usage, le rapprochement des CSAPA et des CAARUD, l'ouverture d'espaces de consommation à moindre risque au sein des lieux existants (CAARUD et CSAPA) avec un dispositif d'analyse des produits consommés, l'accessibilité des approches et outils de RDRD dans les lieux de privation de liberté.

*T.1.7.2 Optional. Please comment on the possible explanations of long term trends and short term trends in any other drug related harms data that you consider important.  
(Suggested title: Additional information on any other drug related harms data)*



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

### T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug related harms and harm reduction in your country **since your last report**.

T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here. If information on recent notable developments have been included as part of the baseline information for your country, please make reference to that section here. It is not necessary to repeat the information.

T.3.1 Please report on any notable new or topical developments observed in drug related deaths and emergencies in your country since your last report.  
(Suggested title: New developments in drug-related deaths and emergencies)

Un volet médical complémentaire au certificat de décès a été créé en avril 2017 [[Décret n°2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès](#)]. Il est destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès et après que les volets administratif et médical du certificat de décès ont été adressés aux institutions et organismes compétents. Ce volet médical complémentaire est établi par le médecin qui procède à la recherche médicale ou scientifique des causes de décès ou à l'autopsie judiciaire et transmis uniquement sur support électronique. Les causes du décès souvent non renseignées dans le certificat de décès en cas d'investigation médico-légale pourraient à l'avenir être mieux connues et la sous-estimation des décès par surdoses pourrait diminuer.

T.3.2 Please report on any notable new or topical developments observed in drug related infectious diseases in your country since your last report.  
(Suggested title: New developments in drug-related infectious diseases)

#### **Nouveaux développements relatifs aux maladies infectieuses liées aux drogues**

La Haute Autorité de Santé a recommandé un élargissement du périmètre de remboursement des médicaments antiviraux d'action directe dans la prise en charge de l'hépatite C à l'ensemble des patients infectés par le VHC, y compris les porteurs asymptomatiques aux stades de fibrose F0 ou F1 (non inclus dans les précédentes recommandations) en décembre 2017 (HAS 2016b).

L'Association française pour l'étude du foie a actualisé ses recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C en mars 2017 (AFEF 2017).

Le ministère de la santé a renégocié à la baisse le prix des traitements de l'hépatite C avec le laboratoire Gilead, les nouveaux tarifs entrent en vigueur en avril 2017 [[Arrêté du 31 mars 2017 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques](#)].

T.3.3 Please report on any notable new or topical developments observed in harm reduction interventions in your country since your last report.  
(Suggested title: New developments in harm reduction interventions)

#### **Nouveaux développements en matière de réduction des risques**

Deux SCMR ont ouvert à l'automne 2016, une à Paris, l'autre à Strasbourg (voir T.1.5.3).

## T4. Additional information

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

Please structure your answers around the following questions.

*T.4.1 Optional. Please describe any important sources of information, specific studies or data on drug related harms and harm reduction that are not covered as part of the routine monitoring. Where possible, please provide published literature references and/or links. (Suggested title: Additional Sources of Information.)*

Le dispositif national d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs regroupe la DGS, Santé Publique France, l'ANSM, l'ANSES, l'OFDT et la MILDECA. Il a pour objectif d'organiser les échanges d'informations entre les différents acteurs et structures concernés et améliorer la prise en charge des événements inhabituels liés à des produits psychoactifs, susceptibles d'entraîner le déclenchement et la gestion d'alertes sanitaires.

En juillet 2016, plusieurs cas d'intoxications sévères ayant nécessité une hospitalisation ont été rapportés en Seine-Saint-Denis, concernant des patients consommateurs habituels de cocaïne par voie nasale. Les troubles présentés comprenaient un état d'agitation associé à des hallucinations. Les analyses menées sur les prélèvements sanguins et sur l'échantillon de poudre collecté auprès d'un patient ont révélé la présence de cocaïne et de scopolamine. Dans l'échantillon analysé, la scopolamine a été retrouvée à un taux de 15,2 %. Cette concentration est importante. Le chlorhydrate de cocaïne a été retrouvé à un taux de 23,2 % (taux relativement bas comparé aux taux moyens mesurés sur les saisies effectuées par les douanes et la police, ainsi que sur les collectes réalisées dans le cadre du dispositif de veille SINTES durant la même année). Un communiqué de presse a été émis par le Parquet de Bobigny (Seine-Saint-Denis) et l'information a pu circuler via de nombreux canaux : presse, radio, internet.

En septembre 2016, l'analyse d'un échantillon collecté via le dispositif SINTES a permis d'identifier du fentanyl dans un échantillon vendu pour de l'héroïne dans la région Rhône-Alpes. D'autre part, l'unité SAMU de la région relevait une hausse du nombre d'intoxications fatales ou non fatales chez les usagers d'héroïne. La présence de produits contenant du fentanyl ou des fentanylloïdes a été suspectée et il a été fait une communication locale pour prévenir les usagers des risques liés à la consommation de ces produits. Cependant, aucune analyse, ni de poudres ni de prélèvements biologiques n'a pu confirmer la présence de telles molécules dans les échantillons collectés.

Par ailleurs, et provenant de différentes sources (police, réseau TREND/SINTES, addictovigilance/toxicovigilance, laboratoires d'analyses privés, publications scientifiques...), 13 intoxications non fatales ont été rapportées en 2016 dont 3 confirmées par des analyses biologiques et impliquant de la 3-MMC dont la consommation était liée à des pratiques de chemsex, de la 5-MeO-MIPT, prise pour de l'alpha-PVP, et de la x-fluoroamphétamine (l'isomère n'ayant pas été déterminé). Les intoxications dont la ou les molécule(s) incriminée(s) n'a ou n'ont pas pu être confirmée(s) par l'analyse des prélèvements biologiques mais identifiée(s) soit par les déclarations de l'utilisateur soit par l'analyse du produit lui-même ont impliqué des consommations d'alpha-PVP ; d'alpha-PVP en mélange avec de l'alpha-PHP ; d'alpha-PHP seul ; de métafluorofentanyl ; d'AB-FUBINACA ; de 5F-AKB-48 en mélange avec du 5F-PB22 ; d'AM-2201 en mélange avec de l'XLR-111 avec consommation concomitante de cannabis ; de GBL et par deux fois du 25I-NBOMe.

Enfin, deux cas de conduites sous l'emprise de produits stupéfiants ont été déclarés par les services de police, pour lesquels les analyses des prélèvements sanguins ont permis d'identifier de la 3-MMC dans un cas et de la 4-MEC dans l'autre.

*T.4.2 Optional. Please use this section to describe any aspect of drug related harms and harm reduction that the NFP value as important that has not been covered in the specific questions above. This may be an elaboration of a component of drug related harms and harm reduction outlined above or a new area of specific importance for your country. (Suggested title: Further Aspects of Drug-Related Harms and Harm Reduction.)*

## T5. Sources and methodology

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

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

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

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

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

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

### Sources

#### **Mortalité liée à l'usage de drogues (DRD)**

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

1. La statistique nationale des causes de décès (CépiDc-INSERM). Depuis 1968, ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdose sont ceux pour lesquels les certificats font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes fixée par l'EMCDDA (sélection B : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [accédé le 14/09/2016]). Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de médicaments particuliers intervient. Certains décès par surdose sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent donc pas être recensés. Par ailleurs, les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées, la mention la plus fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autre précision. Actuellement, la mise à disposition de ces données n'intervient qu'au bout d'un délai de deux ans. La sous-estimation des décès par surdose a été évaluée à 30 % chez les 15-49 ans en 2007 (Janssen 2011).

### **Registre national des causes de décès**

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

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

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

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

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

*Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A)*

*Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

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

En 2015, 45 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Sont inclus dans DRAMES les décès liés aux drogues (définition proche de celle retenue par l'EMCDDA à l'exclusion des suicides) pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

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

*Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A)*

*Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

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

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

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

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

#### **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 un code CIM de la sélection B de l'EMCDDA (F11, F12, F14, F15, F16, F19, X41\*, X42\*\*, X44\*\*\*, X61\*, X62\*\*, X64\*\*\*, Y11\*, Y12\*\*, Y14\*\*\*

\* en combinaison avec les codes T43.6

\*\*en combinaison avec les codes T40.0-9

\*\*\*en combinaison avec les codes T43.6 ou T40.0-9) et les codes T40 et T43.6.

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

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

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

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

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

### **Réduction des risques (harm reduction)**

#### **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) (DRID)**

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

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

## **Système de surveillance VIH/sida**

*Santé publique France (SPF)*

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. Celle des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a été mise en place en 2003. Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. 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. Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à l'Agence régionale de santé (ARS) puis transmises à 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.

## **Bibliography**

- AFEF (2017). Recommandations AFEF sur la prise en charge de l'hépatite virale C. AFEF (Association française pour l'étude du foie), Paris. Available: <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/RecommandationsAFEFMars2017.pdf> [accessed 27/10/2017].
- AFR and DGS (2012). Réduction des risques en milieux festifs. Référentiel national des interventions. Association française pour la réduction des risques (AFR), Paris. Available: <http://a-f-r.org/referentiel-national-des-interventions-de-rdr-en-milieus-festifs-2/> [accessed 27/10/2017].
- ANSM (2015). Compte rendu de la séance n°21 du 26 novembre 2015. Commission évaluation initiale du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis. Available: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3547b9b460e4ad0571cbae84e8fc19c5.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3547b9b460e4ad0571cbae84e8fc19c5.pdf) [accessed 27/10/2017].
- ANSM (2016). Retour sur la séance du 14 avril 2016 de la Commission des stupéfiants et psychotropes. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), Saint-Denis. Available: [http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/(offset)/3) [accessed 27/10/2017].

- ANSM and Indivior France (2016). Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations. Nalscue 0,9 mg/0,1 ml solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose (Chlorhydrate de naloxone). Available: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/2b98cf8dc3a0f7c4f815c1dd8c5f56a1.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2b98cf8dc3a0f7c4f815c1dd8c5f56a1.pdf) [accessed 27/10/2017].
- ANSM and INDIVOR UK Ltd (2017). Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Résumé du rapport de synthèse périodique n° 9. Nalscue 0,9 mg/0,1 ml, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Période du 26/03/2017 au 25/04/2017. Available: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/cfd88acd61d6ff0c5a9a79601674a874.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/cfd88acd61d6ff0c5a9a79601674a874.pdf) [accessed 27/10/2017].
- Avril, E. (2017) Espace GAIA, first DCR in Paris since October 2016: first results and perspectives *Drug-related infectious diseases expert meeting, 15 June 2017*. Lisbon, EMCDDA.
- Balteau, S., Bonnet, N., Creyemey, A., Debrus, M., Fournier, V., Guichard, A. *et al.* (2014). Change le programme. Aider les injecteurs à gérer les demandes d'initiation à l'injection et les risques associés. Ressources pour préparer l'intervention. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes ; INPES, Paris.
- Brouard, C., Pioche, C., Léon, L., Lot, F., Pillonel, J. and Larsen, C. (2016). Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014 [Incidence and routes of transmission of acute hepatitis B diagnosed in France, 2012-2014]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) 237-243.
- Cadet-Taïrou, A. and Brisacier, A.-C. (2013). Responses to drug-related health correlates and consequences (chapter 7). In: Pousset, M. (Ed.), 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Saïd, S. and Martinez, M. (2015). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 [CAARUD client profiles and practices in 2012]. Tendances. OFDT (98).
- Cazein, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Pinget, R., Le Vu, S., Brunet, S. *et al.* (2015). Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013 [New HIV and AIDS diagnoses, France, 2003-2013]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (9-10) 152-161.
- CEIP-A and ANSM (2017). DRAMÉS (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2015. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Saint-Denis. Available: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/01c99bad61b61c11e17ed6c81cb86eb4.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/01c99bad61b61c11e17ed6c81cb86eb4.pdf) [accessed 27/10/2017].
- Costes, J.-M. (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. Tendances. OFDT (69).
- De Postis, R. (2013). Safe, le programme d'échange de seringues postal : un vrai besoin. Le Courrier des Addictions 15 (4) 22-25.



- Debrus, M. (2013). L'éducation aux risques liés à l'injection de drogues. Quels enseignements retenir après un an d'expérience ? VST - Vie Sociale et Traitements (118) 7-14.
- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c> [accessed 27/10/2017].
- Dhumeaux, D., ANRS and Association française pour l'étude du foie (AFEF) (2014). Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. EDP Sciences, Les Ulis. Available: <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/INTERIEUR-CV.pdf> [accessed 27/10/2017].
- Dhumeaux, D., Ministère des affaires sociales et de la santé, ANRS, Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) and Association française pour l'étude du foie (AFEF) (2016). Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. EDP Sciences. Available: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf) [accessed 27/10/2017].
- Díaz Gómez, C. and Milhet, M. (2016). Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués [Overview of CAARUDs in 2014. Coverage, populations and harm reduction supplies distributed]. Tendances. OFDT (113).
- DREES (2015). Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques. L'état de santé de la population en France. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), Paris.
- Duplessy, C. (2015). Rapport d'activité 2014. Association SAFE, Paris.
- Duplessy, C. and Pourchon, F. (2015). Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Association SAFE, Paris.
- Euro-DEN (2015). Rapport final du projet Euro-DEN (Réseau européen des situations d'urgence associées aux drogues). Available: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_250377\\_EN\\_Euro-DEN%20Final%20report%202015%20French.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_250377_EN_Euro-DEN%20Final%20report%202015%20French.pdf) [accessed 27/10/2017].
- Euro-DEN Research Group and EMCDDA (2016). Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe. Update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fédération Addiction (2015). Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête. Fédération Addiction, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/reduction-des-risques-parution-du-rapport-denquete/> [accessed 27/10/2017].
- Fédération Française d'Addictologie (2016a). 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Rapport d'orientation et recommandations de la Commission d'audition. Fédération française d'Addictologie, Paris. Available:

[http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_RapportOrientation&Recos.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf) [accessed 27/10/2017].

Fédération Française d'Addictologie (2016b). 1ère Audition publique 2.0 "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives". Livret de l'Audition publique (programme et rapports des Experts et du Groupe bibliographique). Fédération Française d'Addictologie, Paris. Available:

[http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_Audition-Livret.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_Audition-Livret.pdf) [accessed 27/10/2016].

Fournier, V., Michaud, P., Michels, D. and Whalen, M. (2014). Change le programme. Aider les injecteurs à gérer les demandes d'initiation à l'injection et les risques associés. Guide de l'intervention. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; INPES, Paris.

Guichard, A. (2012). Adaptation du programme *Break the cycle* au contexte français. Protocole. INPES, Saint-Denis.

Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. *et al.* (2013). Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis. Drug and Alcohol Dependence 133 (1) 254-261.

HAS (2014). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de santé, Saint-Denis. Available: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place\\_des\\_trod\\_dans\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_de\\_vhc\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc_rapport.pdf) [accessed 27/10/2017].

HAS (2016a). 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 La Plaine. Available: [http://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](http://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 27/10/2017].

HAS (2016b). Recommandation du collègue. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD). Elargissement du périmètre de remboursement. Haute Autorité de santé, Saint-Denis La Plaine. Available: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation\\_college\\_hepatite\\_c.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf) [accessed 27/10/2017].

HAS (2017). Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France. Haute Autorité de santé, Saint-Denis La Plaine. Available: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_depistage\\_vih\\_-\\_recommandation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf) [accessed 27/10/2017].

HCSP (2013). Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Haut Conseil de la santé publique, Paris. Available: [http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20130416\\_evaluation\\_nplanhepBC0912.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20130416_evaluation_nplanhepBC0912.pdf) [accessed 27/10/2017].

- HCSP (2016). Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014. Haut Conseil de la Santé Publique, Paris. Available: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=547> [accessed 27/10/2017].
- Hesse, C. and Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Paris. Available: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000578/index.shtml> [accessed 27/10/2017].
- Janssen, E. (2011). Drug-related deaths in France in 2007: Estimates and implications. Substance Use and Misuse 46 (12) 1495-1501.
- Janssen, E. (2016). Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse. Estimation 2014 en France métropolitaine. Note 2016-04. OFDT, Saint-Denis.
- Janssen, E. (2017) Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. Journal of Public Health 10.1093/pubmed/fox059, 10.1093/pubmed/fox059.
- 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.
- Jauffret-Roustide, M., Benoit, T. and Santos, A. (2013a). Evaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection. Cermes3 (Inserm U988) and InVS.
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S. *et al.* (2013b). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.
- Jauffret-Roustide, M., Serebroshkaya, D., Chollet, A., Barin, F., Pillonel, J., Sommen, C. *et al.* (2017). Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. Enquête ANRS-Coquelicot, 2011-2013 [Comparison of social profiles, practices and situation toward hepatitis C among Russian-speaking and French-speaking drug users in Paris, France. ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (14-15) 285-290.
- Lapeyre-Mestre, M. and Boeuf-Cazou, O. (2011). Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM - Unité de Pharmacopidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.
- Le Naour, G., Hamant, C. and Chamard-Coquaz, N. (2014). Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien. Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace, CERPE, Lyon. Available: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00977418> [accessed 27/10/2017].
- Léon, L., Kasereka, S., Barin, F., Larsen, C., Weill-Barillet, L., Pascal, X. *et al.* (2017). Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug

users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. Epidemiology and Infection 145 (5) 895-907.

Lermenier-Jeannet, A., Cadet-Taïrou, A. and Gautier, S. (2017). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. Tendances. OFDT (120).

Lert, F., Paye, A., May, T., Tron, L., Salmon, D., Roussillon, C. *et al.* (2016). Caractéristiques sociales et comportementales des personnes séropositives pour le VIH décédées en 2010 en France métropolitaine : quelles implications pour la prise en charge ? [Social and behavioral characteristics of HIV-infected persons died in 2010, Metropolitan France: which implications for health care?]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (41-42) 749-754.

Lopez, D., Martineau, H. and Palle, C. (2004). Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack [Mortality of individuals arrested for heroin, cocaine or crack use]. Tendances. OFDT (36).

MILDT (2013). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris. Available: [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_eng\\_df\\_0.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_eng_df_0.pdf) [accessed 27/10/2017].

Milhet, M. (2016). Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER' par les usagers de drogues. OFDT, Saint-Denis13/07/2017].

Ministère de la justice and Ministère des affaires sociales et de la santé (2012). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris. Available: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Guide\\_Methodologique\\_Personnes\\_detenues\\_2012.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf) [accessed 27/10/2017].

Ministère de la santé et des sports (2010). Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports, Paris. Available: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf) [accessed 27/10/2017].

Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Marisol TOURAINE s'engage pour un accès universel aux traitements innovants contre l'hépatite C. Communiqué de presse du 25 mai 2016 [online]. Available: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250516\\_cp\\_hepatite\\_c.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250516_cp_hepatite_c.pdf) [accessed 27/10/2017].

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).

Pioche, C., Pelat, C., Larsen, C., Desenclos, J.-C., Jauffret-Roustide, M., Lot, F. *et al.* (2016). Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011 [Estimation of hepatitis C prevalence in the general population, metropolitan France, 2011]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) 224-229.

Reynaud-Maurupt, C. (2013). Intervention précoce et réduction des risques et des dommages : usage de cocaïne basée, crack, free-base. Guide de prévention destiné aux professionnels. AIRDDS Bretagne, Rennes.

Roux, P., Le Gall, J.-M., Debrus, M., Protopopescu, C., Ndiaye, K., Demoulin, B. *et al.* (2016a). Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction 111 (1) 94-106.

Roux, P., Rojas Castro, D., Ndiaye, K., Debrus, M., Protopopescu, C., Le Gall, J.-M. *et al.* (2016b). Increased uptake of HCV testing through a community-based educational intervention in difficult-to-reach people who inject drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. PLoS One 11 (6) e0157062.

Santé publique France (2017). Découvertes de séroposivité VIH et de sida en 2015. Point épidémiologique. Santé publique France, Saint-Maurice. Available: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017> [accessed 27/10/2017].

Sauvage, C., Pascal, X., Weill-Barillet, L., Molinier, M., Pillonel, J., Leon, L. *et al.* (2015). Prévalence de l'antigène HBs dans deux populations exposées : les usagers de drogues (ANRS-Coquelicot 2011-2013) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Prevagay 2009) à Paris, France [Prevalence of Hepatitis B surface antigen in two exposed populations: drug users (ANRS-Coquelicot 2011-2013) and men who have sex with men (Prevagay 2009) in Paris, France]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (19-20) 353-359.

Vaux, S., Pioche, C., Brouard, C., Pillonel, J., Bousquet, V., Fonteneau, L. *et al.* (2017). Surveillance des hépatites B et C. Santé publique France, Saint-Maurice. Available: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Surveillance-des-hepatites-B-et-C> [accessed 27/10/2017].

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

## **Méthodologie**

### **ANRS-Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues**

*Institut national de la santé et de la recherche médicale (Cermes3-Inserm U988) et Santé publique France (SPF)*

Cette étude a pour objectif de mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues via un questionnaire en face-à-face accompagné d'un auto-prélèvement de sang par l'utilisateur, afin d'effectuer des tests biologiques. Elle concerne la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

La première enquête s'est déroulée en 2004 dans 5 villes françaises (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux) auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection ou le

« sniff » au moins une fois dans leur vie. En 2011, l'échantillonnage a un peu changé : il ne s'agit plus des villes mais des agglomérations, deux départements (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ont été inclus et le recrutement des usagers de drogues s'est concentré dans les services spécialisés (CSAPA, CAARUD, structures d'hébergement) et plus en médecine générale. L'enquête s'est déroulée entre mai et juillet 2011, auprès de 1 568 usagers de drogues dans 122 structures, avec un taux de participation de 75 %. Parmi eux, 92 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

### **ENa-CAARUD : Enquête nationale dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**

*Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*

Menée tous les 2 ou 3 ans depuis 2006 dans l'ensemble des CAARUD de métropole et des départements d'outre-mer, cette enquête permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures, leurs caractéristiques et leurs consommations. 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, âge de début d'usage, mode d'administration, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, entourage, etc.).

L'enquête 2015 a eu lieu du 14 au 27 septembre : 3 129 individus ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans l'analyse. Sur les 167 CAARUD recensés en France, 143 ont participé à l'enquête (soit 86 % d'entre eux). Le taux de recueil (part des usagers pour lequel le questionnaire a été rempli rapportée à l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé à l'enquête) était 64 % en 2015.

### **Enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants »**

*Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*

Une cohorte d'usagers de drogues vus dans les centres spécialisés (CSAPA, CAARUD) a été constituée entre septembre 2009 et décembre 2011 par l'OFDT. Un millier d'individus ont été inclus dans 51 CSAPA et 17 CAARUD volontaires et ont répondu à un questionnaire proche de celui du dispositif RECAP. Leur statut vital a été interrogé en juillet 2013 puis en décembre 2015. Le cas échéant, les causes de décès sont renseignées. Cette étude permet de décrire ces causes, de calculer des indices comparatifs de mortalité (ratios standardisés de mortalité), de quantifier les années de vie perdues et d'identifier les facteurs de risque associés à la survenue des décès. La principale limite d'une étude de cohorte sans suivi longitudinal (hors statut vital) est d'ignorer l'évolution de la consommation de drogues et de la prise en charge des usagers après leur inclusion dans l'étude.

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

*Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse. Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement.

En 2016, environ 173 000 patients vus pour un problème d'addiction (alcool, drogues illicites et médicaments psychotropes, addictions sans produits) dans 251 CSAPA ambulatoires, 10 centres thérapeutiques résidentiels et 5 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.