

Conséquences sanitaires et réduction des risques

France

Rapport national 2015 (données 2014) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Aurélie Lermenier-Jeannet et Anne de l'Eprevier

Contributions aux workbooks

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

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Aurélie Lermenier-Jeannet (OFDT)

Marie Jauffret-Roustide, Aurélie Mayet (Collège scientifique de l'OFDT)

Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et tous les chargés de mission de la MILDECA

Relecture (version anglaise)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Anne de l'Eprevier

Documentation : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

The EMCDDA is investigating how the submission of the workbooks could be made easier through the use of technology. In the first instance, a pilot using templates in Word with defined fields to distinguish the answers to questions is being tried. The outcome of the pilot will be to evaluate the usefulness of this tool and establish the parameters of any future IT project.

Templates have been constructed for the workbooks being completed this year. The templates for the pre-filled workbooks were piloted in the EMCDDA.

1. The principle is that a template is produced for each workbook, and one version of this is provided to each country, in some instances pre-filled.
2. Answers to the questions should be entered into the "fields" in the template. The fields have been named with the question number (e.g. T.2.1). It will be possible to extract the contents of the fields using the field names.
3. Fields are usually displayed within a border, and indicated by "Click here to enter text" Fields have been set up so that they cannot be deleted (their contents can be deleted). They grow in size automatically.
4. The completed template/workbook represents the working document between the NFP and the EMCDDA. Comments can be used to enhance the dialogue between the EMCDDA and the NFP. Track changes are implemented to develop a commonly understood text and to avoid duplication of work.

Table of Contents

T0. Summary	4
T1. National profile	5
T1.1 Drug-related deaths	5
T1.2 Drug related acute emergencies	7
T1.3 Drug related infectious diseases	7
T1.4 Other drug-related health harms	9
T1.5 Harm reduction interventions	10
T1.6 Targeted interventions for other drug-related health harms	16
T1.7 Quality assurance of harm reduction services	16
T2. Trends	17
T3. New developments	18
T4. Additional information	20
T5. Notes and queries	20
T6. Sources and methodology	21

T0. Summary

- Profil national

Le nombre de décès par surdose en 2012 est de 195 chez les 15-49 ans. L'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 970 (soit 86 %) dont le statut vital a été retrouvé en juillet 2013. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,2 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (20,8).

En 2013, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente seulement 1,1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Par ailleurs, la prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie est égale à 13,3 % en 2011, la prévalence biologique du VHC parmi 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.

La politique de réduction des risques s'appuie sur la distribution de matériel d'injection à usage unique 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.

- Tendances

Le nombre de décès par surdose a diminué depuis 2011 après une période de hausse de 2003 à 2010. Cependant, cette baisse est à interpréter avec prudence en raison de changements méthodologiques. La part des décès liés à la méthadone est en baisse, la proportion de ceux liés à l'héroïne est en hausse entre 2012 et 2013.

La prévalence du VHC se maintient à un niveau très élevé parmi les usagers de drogues par voie injectable tout en étant orientée à la baisse, tandis que la prévalence du VIH parmi cette population est stable, à un niveau bien plus faible, entre 2004 et 2011.

Le nombre de découvertes de séropositivité ainsi que le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogue sont stables de 2008 à 2013.

- Nouveaux développements

Des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHB et le VHC ainsi que sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique pour le VHC, publiées début 2014, incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens. En 2014, 14 000 personnes atteintes d'hépatite C chronique ont ainsi été traitées par les nouveaux antiviraux d'action directe. Par ailleurs, une évaluation des kits d'injection a été réalisée, suivie de recommandations rendues publiques en 2014, visant à faire évoluer leur contenu. L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) est inscrite au projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale en avril 2015 puis par le Sénat en septembre 2015. Trois villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR : Paris, Bordeaux et Strasbourg. Leur ouverture n'est pas prévue avant le second semestre 2016, le temps que la loi soit définitivement adoptée et que les travaux d'aménagement de ces salles soient effectués.

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 détenus à leur sortie de prison ainsi que les usagers après un sevrage aux opiacés.

T1. National profile

T1.1 Drug-related deaths

The purpose of this section is to:

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

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

Décès par surdose

En 2012, 264 décès par surdose ont été dénombrés dans le registre national des causes de décès (INSERM-CépiDc). La plupart de ces décès (70 %) 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, accidentel ou par suicide, peuvent apparaître par erreur de codage comme des décès d'usagers de drogues. Pour s'affranchir de ce biais, on peut se focaliser sur les décès par surdose parmi les 15-49 ans, au nombre de 195 en 2012.

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.

Toxicologie des décès par surdose

Le dispositif DRAMES, qui n'a pas vocation à être exhaustif, renseigne sur les substances impliquées dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives. En 2013, la méthadone est mise en cause (seule ou en association) dans 39 % des décès et l'héroïne dans 19 % des cas. Le cannabis est impliqué dans une part plus grande de décès que la cocaïne (11 % versus 9 %) (ANSM 2015). Le signalement des décès par cannabis est de plus en plus important du fait d'une sensibilisation des experts à la toxicité cardiovasculaire du cannabis (infarctus, accident vasculaire cérébral).

Table : Répartition des décès par surdose selon la ou les substances impliquées, seules ou en association**, entre 2010 et 2013*

	2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Méthadone	88	36	121	43	140	45	112	39
Buprénorphine	44	18	40	14	47	15	45	16
Autres médicaments opiacés hors MSO	23	9	39	14	36	12	33	12
Héroïne	82	33	54	19	47	15	57	20
Cocaïne	25	10	30	11	36	12	25	9
Autres substances illicites	8	3	16	6	31	10	47	16
- dont cannabis	nd	nd	7	3	15	5	31	11

- dont amphétamines/MDMA	7	3	9	3	15	5	14	5
Autres (poppers, médicaments, etc.)	6	2	8	2	9	3	43	15
TOTAL	247		280		310		285	
Nombre d'experts toxicologues participants	31		36		41		32	

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 : parmi les décès survenus en 2013 dans la catégorie « autres substances illicites », 2 décès sont directement provoqués par des NPS (un cas impliquant le GHB et un autre cas la méthoxétamine).

La part de la catégorie « autres » a augmenté entre 2012 et 2013 en raison d'un changement méthodologique (compte des cas impliquant les médicaments psychotropes en association).

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.

Enquêtes de cohorte de mortalité

Entre septembre 2009 et décembre 2011, l'enquête de cohorte mortalité (voir méthodologie ci-dessous) a inclus 1 134 individus pris en charge dans des CSAPA essentiellement et quelques CAARUD. En juillet 2013, le statut vital a été retrouvé pour 970 d'entre eux (soit 86 % 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, 37 décès ont été recensés (26 hommes et 11 femmes). L'âge moyen de décès est de 42,6 ans. Les causes sont actuellement disponibles pour les 17 décès survenus en 2010 et 2011. Elles se répartissent de la manière suivante : 2 intoxications médicamenteuses, 2 morts subites, 2 hémorragies digestives, 2 cancers broncho-pulmonaires, un cancer hépatique, un coma éthylique, un décès par surdose (sans mention de la substance impliquée), un accident de la voie publique, une crise d'asthme et 4 décès de cause inconnue.

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 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). Mais compte tenu de la largeur des intervalles de confiance et de leur chevauchement, on ne peut conclure pour ces dernières à une différence statistiquement significative.

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 UD.

Tableau: Taux brut de mortalité annuel et RSM dans l'enquête de cohorte mortalité 2009-2013, selon le sexe

	N	Nombre de personnes années	Taux brut de mortalité annuel pour 1 000 personnes années	RSM	IC à 95 %
Femmes	220	659	16,7	20,8*	10,4-37,3
Hommes	750	2 290	11,3	5,2*	3,4-7,7
Total	970	2 949	12,6	6,7*	4,7-9,3

Source : Cohorte mortalité (OFDT)

Lecture : les femmes prises en charge en CSAPA ou en CAARUD ont un risque 20,8 fois plus élevé de décéder que les femmes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif (* : $p < 0,001$).

Année de référence pour les taux bruts de mortalité de la population générale française métropolitaine (15 à 75 ans uniquement) : 2010.

T1.1.4 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand drug related deaths within your country.

(Suggested title: Additional information on drug-related deaths)

T1.2 Drug related acute emergencies

The purpose of this section is to:

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

T1.2.1 Is information on drug-related acute emergencies available in your country?

If yes, please provide the definition of drug-related acute emergencies used and, if available, an overview of the monitoring system in place.

Urgences aiguës liées aux drogues

La France ne dispose pas d'information sur les urgences aiguës liées aux drogues.

T1.2.2 If information is available, please provide a commentary on the numbers of drug-related acute emergencies by main illicit substances, e.g. cannabis, heroin/ other opioids, cocaine, amphetamine type stimulants, new psychoactive substances.

Where appropriate please provide links to the original reports and studies.

Toxicologie des urgences aiguës liées aux drogues

La France ne dispose pas d'information sur les urgences aiguës liées aux drogues.

T1.2.3 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, anthrax, hepatitis A

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

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 est de 9,8 % et s'élève à 13,3 % parmi ceux ayant injecté au moins une fois dans leur vie, la prévalence biologique du VHC est de 43,7 % chez les usagers de drogues et de 63,8 % parmi ceux ayant injecté au moins une fois au cours de la vie 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 quatrième fois en 2012, a permis d'interroger 2 905 usagers vus au cours d'une semaine donnée dans 139 CAARUD. En 2012, la majorité des UD déclare avoir effectué un des tests de dépistage au moins une fois (91,1 % pour celui du VIH et 86,7 % pour le VHC).

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 6,2 % se déclarent séropositifs au VIH et 33,3 % séropositifs au VHC en 2012 (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

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

T1.3.2 **Optional** Please comment on notification data (e.g. notification of new HIV and AIDS cases among drug users)

Short descriptions of outbreaks/clusters, specific surveys or other relevant data can be reported here.

Notifications des cas d'infections liés aux drogues

En 2013, 66 (IC 95 % : [40-92]) usagers de drogues par voie injectable (UDVI) ont découvert leur séropositivité au VIH, soit 1,1 % de l'ensemble des découvertes. Il s'agit d'hommes dans 77 % des cas, 4 % ont moins de 25 ans et 21 % ont 50 ans ou plus. La moitié d'entre eux (53 %) sont nés à l'étranger, notamment en Europe de l'Est et en Europe centrale. La part des co-infections par le VHC est de 79 % (Cazein *et al.* 2015).

Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'UDVI est estimé à 92 en 2013, soit 7,6 % de l'ensemble des cas.

Enfin, 92 décès de personnes atteintes de sida sont survenus parmi les UDVI, soit 35,4 % de l'ensemble des décès au stade sida.

T1.3.3 **Optional.** Please comment on any information on prevalence of HIV, HBV, HCV among drug users from other sources. Where appropriate please provide links to the original studies.

(Suggested title: Prevalence data of drug-related infectious diseases outside the routine monitoring)

T1.3.4 **Optional** Please comment on available behavioural data (e.g. sharing, slamming...) Where appropriate please provide links to the original studies.

Maladies infectieuses liées aux drogues – données comportementales

Si la plupart des UD ont intégré la notion de non-partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2012, 8,3 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, mais un sur cinq (21,6 %) a partagé au moins un élément du petit matériel (tableau ci-dessous). Par ailleurs, 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 2012

	Hommes N = 1 061	Femmes N = 248	Ensemble N = 1 309
Seringues	7,5 %	11,6 %	8,3 %
Eau de préparation	13,9 %	22,0 %	15,4 %
Eau de rinçage	6,3 %	11,3 %	7,2 %
Cuillères, récipients	13,4 %	22,1 %	15,0 %
Cotons/Filtre	10,3 %	18,9 %	11,9 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	19,7 %	29,8 %	21,6 %
Au moins un matériel (y compris seringues)	20,7 %	30,8 %	22,6 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

L'enquête Coquelicot 2011 montre que les jeunes UD ont des pratiques d'injection plus fréquentes que les plus âgés, sans toujours bien connaître les techniques de RDR. Parmi les moins de 30 ans, 53 % des UD ont injecté dans le dernier mois contre 33 % chez ceux âgés de plus de 30 ans (Jauffret-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)

T1.4 Other drug-related health harms

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

T.1.4.1 Optional. Please provide additional information on other drug-related health harms including co-morbidity.

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.

T1.5.1 Please summarise the main harm reduction-related objectives of you national drug strategy or other key drug policy document (cross-reference with the Policy workbook)

Politique des drogues et principaux objectifs de la réduction des risques

La politique de réduction des risques (RDR) pour les usagers de drogues relève de l'État (article L.3121-3 du CSP modifié par l'article 71 de la loi du 13 août 2004 [[Loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales](#)]) et vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à l'injection de drogues par voie intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie. 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 (article L.3121-5 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 réduction des risques (RDR) :

- en favorisant l'acceptabilité des actions de RDR
- en étendant le champ de la RDR 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)
- en renforçant l'accessibilité et la sécurisation de l'offre de RDR
- en procédant à l'expérimentation d'actions innovantes telles qu'une salle de consommation à moindre risque.

T1.5.2 Please describe the structure of harm reduction service organisation in your country, including 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.

Organisation des activités de réduction des risques

Afin de garantir aux usagers de drogues un accès large à la RDR, 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[®] mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt^{®1} ou des Stéricup^{®2}.

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

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

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RDR

En 2015, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : seuls 8 départements (sur 101) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA.

Activité de RDR des CAARUD

En 2014, 154 CAARUD sont recensés sur le territoire français contre 135 en 2010. Établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes divers. Leurs principales actions sont l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé (par la distribution de matériel de prévention notamment (Cadet-Tairou and Brisacier 2013)), l'aide

à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence. L'aide à l'accès aux TSO est aussi une des missions importantes des CAARUD : 79 % d'entre eux déclarent mettre en place ces actions (Cadet-Taïrou and Dambélé 2014).

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, qui est une de leurs missions depuis quelques années, ne peut être quantifié en l'absence de données.

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les CAARUD ne sont pas les seules structures à diffuser du matériel d'injection par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention du type kit Stéribox® ou Kit+³ à disposition des usagers de drogues par ce biais. Ces automates contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils diffusent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France) que par la nature du service offert (anonymat et accès 24h/24).

Réduction des risques en milieu festif

En 2010, près de 6 CAARUD sur 10 disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif (Cadet-Taïrou *et al.* 2014). D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDR 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. Nombre d'entre elles œuvrent en milieu festif.

¹ 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.

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

³ 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.

T1.5.3 Please comment on the types of harm reduction services available in your country and the scale of provision, as reported to the EMCDDA in SQ23/ST10. Please structure your answer to include services targeting drug overdose and other deaths, emergencies and drug related infectious diseases. For a list of relevant interventions see <http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance> and <http://www.emcdda.europa.eu/scientific-studies/2012/preventing-overdoses>.

Réduction des risques

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

1) La politique de réduction des risques

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues constitue la partie essentielle de la politique de réduction des risques en France. Elle s'appuie sur :

- la distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique. Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD), par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition

du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack), la distribution de 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.

- la diffusion de l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et la promotion de l'éducation à la santé.
- la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) à partir de 1995 qui visent en premier lieu à diminuer l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique.
- l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) a été prévue dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). Elle est inscrite au projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale en avril 2015 puis par le Sénat en septembre 2015. Trois villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR : Paris, Bordeaux et Strasbourg. Leur ouverture n'est pas prévue avant le second semestre 2016, le temps que la loi soit définitivement adoptée et que les travaux d'aménagement de ces salles soient effectués.

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. À compter du 1^{er} janvier 2016, ces structures fusionneront avec les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) pour former les 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) [[Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic \(CeGIDD\) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles](#)]. 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 CDAG, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe aussi des initiatives locales du dispositif de RDR 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 %.

De nombreux CAARUD pratiquent des examens hépatiques par Fibroscan^{®1} 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 HAS a émis en mai 2014, à la demande de la DGS, des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des usagers de drogues. L'utilisation des TROD VHC peut être

envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non-médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3^{ème} génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C.

Les TROD VHC ne sont actuellement pas disponibles dans les CAARUD en raison d'un blocage administratif suite à une décision du Conseil d'État d'avril 2015 liée à l'opposition du Syndicat national des médecins biologistes concernant la mise à disposition de ces TROD en dehors de l'exercice de la biologie médicale.

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.

3) *L'incitation à la vaccination contre le VHB*

Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CDAG et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Rapportée au nombre d'usagers utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Ce chiffre, qui est uniquement un ordre de grandeur, indique une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection.

Aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée depuis 2008. Certaines données sont néanmoins disponibles pour 2010 ou 2011.

De plus, cela permet d'atteindre une population probablement différente de celle des autres dispositifs. En 2015, on dénombrait 287 distributeurs automatiques de trousse de prévention dans 56 départements. Ces automates ont distribué 936 000 seringues (dont près de la moitié par les CAARUD) en 2013. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (données de l'association Safe).

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 2014, ce programme d'échange de seringues compte dans sa file active 300 usagers de drogues et 177 000 seringues ont été expédiées. Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie², acide ascorbique³ - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son médicament de substitution) (De Postis 2013; Duplessy and Pourchon 2015).

Dans le cadre de l'enquête Coquelicot 2011, une évaluation des outils de RDR (kits d'injection) a été réalisée, suivie de recommandations visant à faire évoluer le contenu de ces kits (Jaufret-Roustide *et al.* 2013a).

Les propositions sont :

- remplacer les tampons d'alcool, souvent mal utilisés (car en post-injection), par une lingette de chlorhexidine⁴ plus efficace dans la lutte contre le VHC et permettant de se laver les mains
- ajouter un champ de soin ainsi qu'une nouvelle cupule avec manche pré-monté (pour éviter les manipulations lors de la fixation du manchon)
- intégrer des filtres toupie (à membrane), plus performants contre les poussières et plus efficaces pour réduire les contaminations bactériologiques et fongiques
- proposer un kit avec des seringues de 2 cm³ (pour les injecteurs de médicaments) en plus des kits avec des seringues de 1 cm³
- augmenter la taille du tampon sec
- revoir et clarifier les messages de réduction des risques
- ne plus inclure de préservatifs dans les kits et privilégier plutôt leur distribution large (à la demande) via les structures de réductions des risques
- ne pas inclure l'acide ascorbique au kit, mais le distribuer à la demande.

¹ Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

² Ce type de filtre retient plus d'impuretés que les Stérifilt®.

³ Pour dissoudre l'héroïne ou le crack, les usagers ajoutent souvent une solution acide à la préparation, notamment du jus de citron ou du vinaigre, pas adaptée et non stérile. Pour réduire les risques liés à cette pratique, de l'acide citrique stérile conditionné en petits sachets de poudre est mis à disposition des usagers concernés.

⁴ L'alcool est moins virucide que la chlorhexidine sur le VHC et fait saigner au point d'injection, risquant d'augmenter la transmission de l'hépatite C avec les déchets.

T1.5.4 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)

T1.5.5 Optional. Please provide any additional information you feel is important to understand harm reduction activities within your country.

Information on services outside the categories of the 'treatment system map' may be relevant here (e.g. services in pharmacies/dedicated to HIV/AIDS or other drug related infectious diseases testing sites not linked to hospitals, e.g. other types of facilities offering testing of infectious diseases targeting people who use drugs, or drugs/outreach activities not covered above.

Autres informations sur les activités de réduction des risques

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 l'INPES. L'âge moyen de la première injection a reculé, un report associé à un allongement de la durée de consommation de drogues avant la première injection et à l'expérimentation de produits plus diversifiés (Cadet-Taïrou *et al.* 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 RDR (Guichard 2012). L'objectif est de travailler sur les attitudes des UDVI 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 expérimentent 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 (Fournier *et al.* 2014; Balteau *et al.* 2014).

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.

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.

T.1.7.1 Optional. Please provide an overview of the main harm reduction quality assurance standards, guidelines and targets within your country.

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 RDR, 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 RDR, 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.

D'autres référentiels couvrent des interventions plus 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).

T2. Trends

The purpose of this section is to provide a commentary on the context and possible explanations of trends in drug related harms and responses data.

T2.1 Please comment on the possible explanations of short term (5 years) trends in the following data sets, including any relevant information on changes in specific sub-groups:

- a) drug-induced deaths among adults
- b) prevalence and notifications of infections, e.g.
 - i) newly diagnosed HIV cases with drug use as a risk group
 - ii) notifications of AIDS cases related to injecting drug use...
- c) drug-related acute emergencies
- d) numbers of syringes distributed to injecting drug users

For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology.

Évolutions à court terme en matière de réduction des risques liés à la drogue

Décès induits par l'usage de drogues

Les données issues du registre de mortalité font apparaître une baisse du nombre de décès par surdose en 2011 et 2012 après une période de hausse de 2003 à 2010. Si on se restreint à la tranche d'âge des 15-49 ans parmi laquelle se rencontre la grande majorité des usagers de drogues, le nombre de décès par surdose diminue nettement avec 195 décès en 2012, après une augmentation de 2000 à 2008 et une stabilisation autour de 300 entre 2008 et 2010. Cette baisse est cependant à interpréter avec prudence car des changements dans les règles de codage sont intervenus en 2011¹ ainsi qu'un meilleur contrôle des décès codés X42 en cause initiale en 2012².

En 2013, la part des décès liés à la méthadone est en baisse (39 % versus 45 % en 2012) après une augmentation en 2011 et 2012 dans les données du dispositif DRAMES. La proportion de décès liés à l'héroïne est en hausse (19 % versus 13 % en 2012) après avoir diminué en 2011 et 2012. La progression des cas de décès directement liés au cannabis (11 % versus 5 % des cas en 2012) est à prendre avec prudence car elle pourrait provenir d'un signalement plus important du fait d'une sensibilisation des experts à la toxicité cardiovasculaire du cannabis (ANSM 2015).

Prévalence et notifications 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 issus du dispositif RECAP (de 47,7 % en 2008 à 43,8 % en 2012, stable à près de 8 % pour le VIH) et de l'enquête ENa-CAARUD (de 40,1 % en 2008 à 33,3 % en 2012, stable à 6,2 % contre 7,7 % en 2008 pour le VIH) (Cadet-Tairou *et al.* 2015). Cette diminution de la séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes de moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

Le nombre annuel de découvertes de séropositivité et de nouveaux cas de sida parmi les UDVI est stable depuis 2008.

Ces évolutions peuvent s'expliquer par différents facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de réduction des risques) 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.

¹ Les codes F10 à F19 (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 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.

² En 2012, les décès codés X42 (intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques) en cause initiale ont fait l'objet d'une vérification systématique afin qu'ils ne puissent correspondre à des décès par surdose morphinique dans un contexte de soins palliatifs ou en lien avec une pathologie ayant mené à la prescription d'antalgiques opiacés. En 2012, les décès codés X42 en cause initiale sont en nette baisse, probablement en lien avec une diminution des décès codés ainsi par erreur.

T2.2 Optional. Please comment on the possible explanations of long term (greater than 5 years) trends in the following data sets, including any relevant information on changes in specific sub-groups:

- a) drug-induced deaths among adults
- b) prevalence and notifications of infections e.g.
 - i) newly diagnosed HIV cases with drug use as a risk group
 - ii) notifications of AIDS cases related to injecting drug use
- c) drug-related acute emergencies
- d) numbers of syringes distributed to injecting drug users

For example, changes in demography, in prevalence and patterns of drug use, in policy and methodology.

Évolutions à long terme en matière de réduction des risques liés à la drogue

Prévalence et notifications des infections :

- nouveaux diagnostics d'infection par le VIH

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liée à l'UDVI a chuté de 210 à 81 cas entre 2003 et 2008.

- notifications des cas de sida liés à l'injection de drogues

Après une baisse particulièrement prononcée du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'UDVI 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. Ce mouvement de baisse est également lié à la diminution du nombre de contaminations par le VIH en lien avec l'UDVI.

T2.3 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)

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 in your country since your last report.

(Suggested title: New developments in drug-related deaths)

Pas de nouveaux développements.

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

En 2014, 14 000 personnes atteintes d'hépatite C chronique ont été traitées par les nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD). Actuellement, 4 NAAD sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie. Il s'agit du sofosbuvir associé ou non au ledipasvir, du daclatasvir et du simeprevir. Les indications des NAAD prises en charge par l'Assurance maladie sont basées sur la sévérité de l'hépatite chronique, évaluées par le degré de fibrose (score de fibrose ≥ 2) et/ou l'existence d'une co-infection avec le virus de VIH (Ministère des finances et des comptes publics and Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femmes 2015).

L'Association française pour l'étude du foie a émis des recommandations sur la prise en charge de l'hépatite C en juin 2015 dans lesquelles elle préconise de traiter tous les usagers de drogues par voie parentérale ou nasale afin de réduire le réservoir viral (AFEF 2015).

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

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR), pour une durée maximale de 6 ans, est inscrite au projet de loi de modernisation du système de santé adopté par l'Assemblée nationale en avril 2015. Ce projet de loi doit être prochainement examiné par le Sénat. Ces salles seraient portées par des CAARUD. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne pourrait pas être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR ne pourrait pas non plus être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. Menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'évaluation de l'expérimentation porterait notamment sur son impact sur la santé publique, à partir de la cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) et sur l'acceptabilité sociale du dispositif et la réduction des nuisances dans l'espace public (Assemblée nationale 2015).

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 détenus à leur sortie de prison ainsi que les usagers après un sevrage aux opiacés. En attendant la mise sur le marché d'un spray nasal de naloxone, cette commission a aussi rendu un avis favorable à ce que la voie injectable soit retenue pour son administration afin de permettre rapidement une mise à disposition de la naloxone (ANSM 2015).

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.

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.)

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. Notes and queries

The purpose of this section is to highlight areas of specific interest for possible future elaboration. Detailed answers are not required.

Yes/No answers required. If yes please provide brief additional information.

T.5.1 Is there any evidence of an increase in acute emergencies or deaths related to stimulants? If yes, please provide links or references to further information if available.

OUI	<p>Le nombre de cas de décès liés à une substance amphétaminique stimulante (amphétamine, MDMA, méthamphétamine...) se stabilise en 2013 (14 cas, soit 5 % de l'ensemble des décès) après avoir augmenté entre 2010 et 2012 (7 décès observés en 2010, 9 en 2011 et 15 en 2012). La part des décès liés à la cocaïne est stable entre 2010 et 2012 autour de 10 % (enquête DRAMES 2013).</p> <p>Il n'y a pas de données nationales disponibles concernant le recours aux urgences lié à la consommation de stimulants. Le centre anti-poison du CHU d'Angers qui prend en charge les cas d'intoxications de l'ouest de la France (30 000 appels par an au sein d'une population de 11 millions de personnes) a mené une enquête rétrospective sur les cas d'intoxications aux phényléthylamines sur la période allant de janvier 2007 à décembre 2013 (Le Roux <i>et al.</i> 2015). Cette étude, dont l'objectif est de mieux décrire les cas d'intoxications par ces substances, a montré que la MDMA (38 %), les amphétamines (18 %) et la méthamphétamine (14 %) sont les substances les plus fréquemment en cause. Les cathinones synthétiques (10 %) et la série des 2C (7 %) sont aussi retrouvées. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont l'anxiété et les hallucinations (49 %), la mydriase et les céphalées (41 %), la tachycardie (40 %) et l'hypertension (15 %). Les complications observées sont les convulsions (7 %), les arrêts cardiaques (5 %), la toxicité myocardique (1 %) et les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (1 %). Sur l'ensemble des patients, 77 % ont reçu des soins hospitaliers, 12 % ont été admis en unité de soins intensifs, 5 décès sont survenus et 2 patients ont présenté des séquelles neurologiques.</p>
-----	---

T6. Sources and methodology

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

T6.1 Please list notable sources for the information provided above.

Sources

VIH / sida et hépatites virales (hépatites B et C)

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

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

Mortalité liée à l'usage de drogues

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

- 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 (sélection B¹) fixée par l'EMCDDA. 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.
- 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.

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 l'Institut de veille sanitaire.

Une enquête de cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants (2009-2015) menée par l'OFDT permet de décrire les causes de décès, 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.

¹ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [accédé le 19/10/2015].

T6.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the 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 Institut de veille sanitaire (InVS)

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.

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

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 2013, 32 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) pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

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 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 2012 a eu lieu du 26 novembre au 7 décembre : 4 241 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis dans 142 CAARUD. Après élimination des doublons (299) et des questionnaires « non-répondants » (1 037), 2 905 individus (dans 139 CAARUD) ont été inclus dans l'analyse.

Enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants »

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 et le sera à nouveau en décembre 2015. Le cas échéant, les causes de décès sont renseignées.

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 2013, environ 175 000 patients vus dans 180 CSAPA ambulatoires, 18 centres thérapeutiques résidentiels et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

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^{ème} 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).

Système de surveillance des hépatites B aiguës

Institut de veille sanitaire (InVS)

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.

Système de surveillance VIH/sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

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 l'InVS.

Bibliographie

AFEF (2015). Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C. AFEF (Association française pour l'étude du foie), Paris.

AFR and DGS (2012). Réduction des risques en milieux festifs. Référentiel national des interventions. AFR (Association française pour la réduction des risques), Paris.

ANSM (2015). Retour sur la séance du 12 février 2015 de la commission des stupéfiants et psychotropes. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), Saint-Denis.

Assemblée nationale (2015). Article 9. Projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

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.

Cadet-Tairou, 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-Tairou, A. and Dambélé, S. (2014). Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Tairou, 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 SIDA, France, 2003-2013. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (9-10) 152-161.
- Costes, J.M., Vaissade, L., Colasante, E., Palle, C., Legleye, S., Janssen, E. *et al.* (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. OFDT, Saint-Denis.
- De Postis, R. (2013). Safe, le programme d'échange de seringues postal : un vrai besoin. Le Courrier des Addictions 15 (4) 22-25.
- 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. and Pourchon, F. (2015). Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Association SAFE, Paris.
- 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.
- Hesse, C. and Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Paris.
- 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. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.

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 Pharmacoépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.

Le Roux, G., Bruneau, C., Lelièvre, B., Bretaudeau Deguigne, M., Turcant, A., Harry, P. *et al.* (2015). Recreational phenethylamine poisonings reported to a French poison control center. Drug and Alcohol Dependence 154 46-53.

Lopez, D., Martineau, H. and Palle, C. (2004). Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack. Tendances. OFDT (36).

MILDT (2013). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. MILDT, Paris.

Ministère des finances et des comptes publics and Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femmes (2015). Lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD).

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. Tendances. OFDT (54).

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.

Sauvage, C., Pascal, X., Weill-Barillet, L., Molinier, M., Pillonel, J., Léon, 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 des hommes (Prévagay 2009) à Paris, France. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (19-20) 353-359.