

Cristina
Díaz Gómez

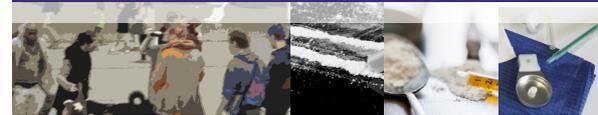
Les CAARUD en 2015

Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages

En France, réduire les inégalités sociales et territoriales constitue un défi majeur de la politique de santé pour les années à venir. La loi du 26 janvier 2016 érige ainsi en priorité nationale l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins (Art. L. 1411-1., Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Elle consacre un chapitre à la réduction des risques et des dommages (RdRD) et met particulièrement l'accent sur les publics les plus fragiles et éloignés du système de soins, tels que les consommateurs de substances psychoactives (voir encadré). Depuis la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) en 2004, la question de l'accès réel aux services de RdRD a régulièrement été posée.

Ce numéro de *Tendances* se propose d'établir une première mesure des inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux services de prévention et de santé de ces populations vulnérables. Il vise notamment à dresser un diagnostic de la situation avant l'entrée en vigueur de la loi de 2016. À travers l'exploitation des données d'activité des structures de RdRD en 2015 et une approche cartographique, le texte présente

L'analyse des rapports d'activité des CAARUD permet de comparer l'accès à ces structures selon les régions en métropole



une comparaison des 13 nouvelles régions permettant d'examiner l'accessibilité des CAARUD pour les usagers. L'analyse est centrée sur les variations interrégionales constatées en France métropolitaine¹, avec un focus particulier sur l'évolution de la distribution des matériels de RdRD entre 2014 et 2015. Ces premiers constats devront être approfondis en mobilisant notamment des données locales permettant d'apporter des éléments de compréhension sur les inégalités identifiées.

■ Disparités dans le maillage selon les régions

L'accès effectif des usagers aux services de RdRD dépend en premier lieu du nombre de structures implantées localement, mais aussi de l'effectif total d'« antennes »² et d'unités mobiles (bus, camions) déployées dans chaque région. Cet accès repose également sur les interventions extérieures que les équipes sont en mesure de réaliser, notamment dans le cadre de maraudes³, et sur les partenariats de proximité tissés avec d'autres services spécialisés, la médecine de ville ou l'hôpital. En 2015, le système de suivi recense 140

Surexposition aux risques socio-sanitaires des publics fréquentant les CAARUD

Les consommateurs de drogues accueillis dans les structures de RdRD sont fortement exposés aux risques liés à certaines pratiques d'usage et à la précarité sociale. Le risque de décéder est 7 fois plus élevé parmi les usagers de drogues qu'en population générale, les femmes se révélant encore plus vulnérables, avec une surmortalité 21 fois supérieure à celle mesurée dans la population féminine française [1]. Outre ce risque de décéder prématurément, les usagers de substances psychoactives présentent des niveaux de prévalence de maladies virales particulièrement élevés. Alors que la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C a été estimée à 0,75 % en population générale en 2011 [2], celle relevée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ou ayant sniffé au moins une fois au cours de leur vie atteint 44 % [3]. Cette population est par ailleurs confrontée à des conditions de vie particulièrement difficiles. Les données de la dernière enquête nationale auprès des usagers accueillis dans les CAARUD (ENa-CAARUD), menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 2015, montrent que près de un usager sur cinq (19 %) est en situation de forte précarité sociale et qu'un peu moins de un jeune de moins de 25 ans sur deux (42 %) connaît des conditions de vie très dégradées [4].

1. En l'absence de l'ensemble des rapports d'activité pour les structures d'outre-mer, les données recueillies pour ces départements ne sont pas utilisées.

2. On entend par « antenne » un autre lieu d'accueil fixe mis à disposition des usagers qui permet de renforcer la capacité d'accueil du CAARUD sur le territoire.

3. Tournées de rues réalisées par une partie des équipes pour aller à la rencontre des usagers de drogues en situation d'errance.

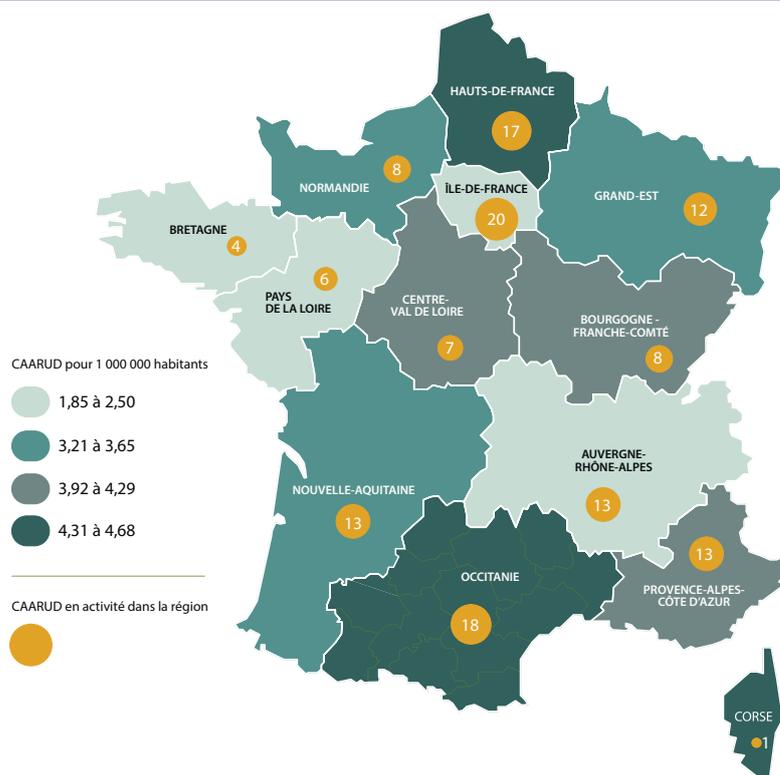
CAARUD en France métropolitaine⁴. La plupart des régions sont dotées de 12 structures ou plus (voir carte 1). La répartition territoriale des CAARUD varie de façon singulière lorsque le nombre de centres est rapporté à la population (voir carte 1). Dans cinq régions (Bretagne, Île-de-France, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand-Est), l'offre de RdRD assurée par les CAARUD est inférieure à la moyenne nationale, qui est de 3,28 pour 1 000 000 habitants âgés de 20 à 74 ans, contre de 1,85 à 3,21 dans ces régions.

On constate une plus faible présence d'antennes dans les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté et PACA, où seul un quart des CAARUD disposent d'au moins une antenne. L'analyse au niveau infrarégional apporte des éléments d'appréciation plus fins. Dans le Centre-Val de Loire, le maillage paraît plutôt faible pour les départements du Cher, d'Eure-et-Loir et de l'Indre qui ne disposent pas d'antenne. En Bourgogne-Franche-Comté, seul le CAARUD implanté dans le département du Territoire de Belfort, dont la population est la plus faible de toute la région (près de 100 000 habitants de 20 à 74 ans), rend accessibles les services de RdRD dans un autre lieu d'accueil fixe. Les situations sont très contrastées dans la région PACA. L'accessibilité apparaît plutôt bonne dans le département des Bouches-du-Rhône, qui dispose de six CAARUD, alors que le département des Hautes-Alpes (près de 100 000 habitants de 20 à 74 ans) est dépourvu de structure.

En ce qui concerne les unités mobiles, les structures qui en comptent le moins se situent en Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie et Normandie, où seul un quart des CAARUD sont dotés d'une unité mobile au minimum. L'absence de lieu d'accueil mobile paraît d'autant plus problématique en Normandie et en Occitanie, où les départements de la Manche (environ 300 000 habitants de 20 à 74 ans) et de la Lozère (50 000 habitants) sont dépourvus de CAARUD.

Si la majorité des structures organisent des interventions extérieures (sorties de rue, squat), le nombre de maraudes est singulièrement faible par rapport à la moyenne nationale en Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Occitanie et PACA : 6 CAARUD sur 10, voire moins, réalisent des maraudes dans ces régions, contre 8 sur 10 ailleurs. Enfin, trois quarts (77 %) des équipes des CAARUD rencontrent des partenaires du réseau sanitaire en vue de faciliter les orientations vers d'autres services spécialisés, la médecine de ville ou l'hôpital, mais la situation diffère au plan local. Ainsi, en Normandie et en

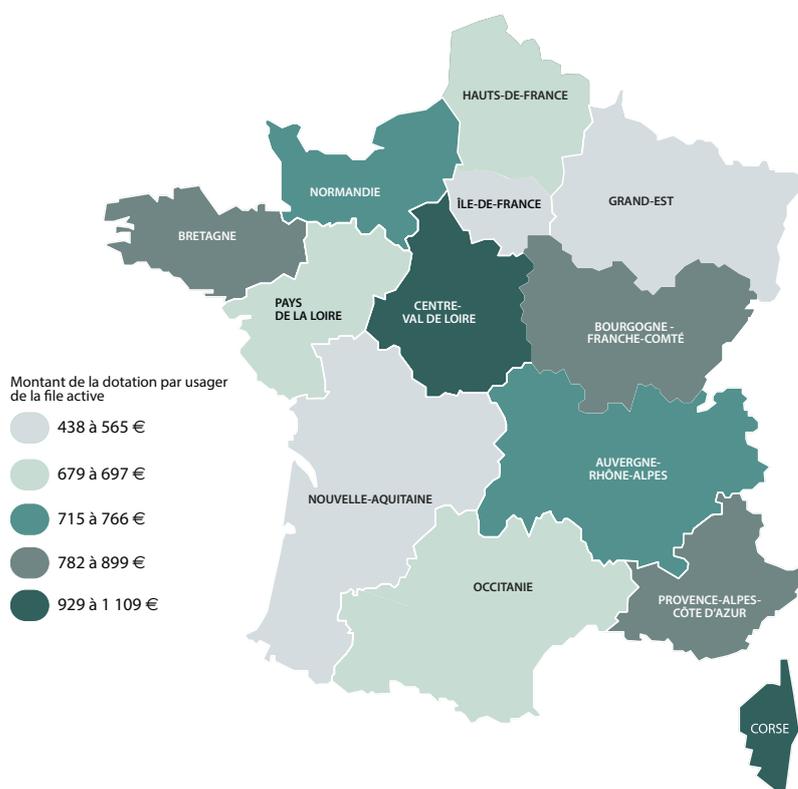
Carte 1 - Répartition régionale des structures pour 1 000 000 d'habitants âgés de 20 à 74 ans, en 2015 (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Lecture : Alors que la région d'Île-de-France dispose de vingt structures, cet effectif rapporté à la population régionale représente moins de 3 CAARUD pour 1 000 000 d'habitants âgés de 20 à 74 ans.

Carte 2 - Dotation ONDAM aux CAARUD par usager fréquentant la structure par région en 2015 (en euros)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Lecture : Les CAARUD situés en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine ou Grand-Est disposent annuellement d'environ 500 € pour accompagner un usager. L'enveloppe s'élève à 1 000 € dans les régions Centre-Val de Loire et Corse.

4. En incluant les départements d'outre-mer, 146 structures ont été recensées en 2015.

Bourgogne-Franche-Comté, seule une structure sur deux environ (50 % et 60 % respectivement) tisse des partenariats avec les acteurs du réseau sanitaire, contre près de 9 structures sur dix dans les Pays de la Loire, en Occitanie, Corse, Île-de-France et Nouvelle-Aquitaine.

■ Un financement mal ajusté aux besoins territoriaux

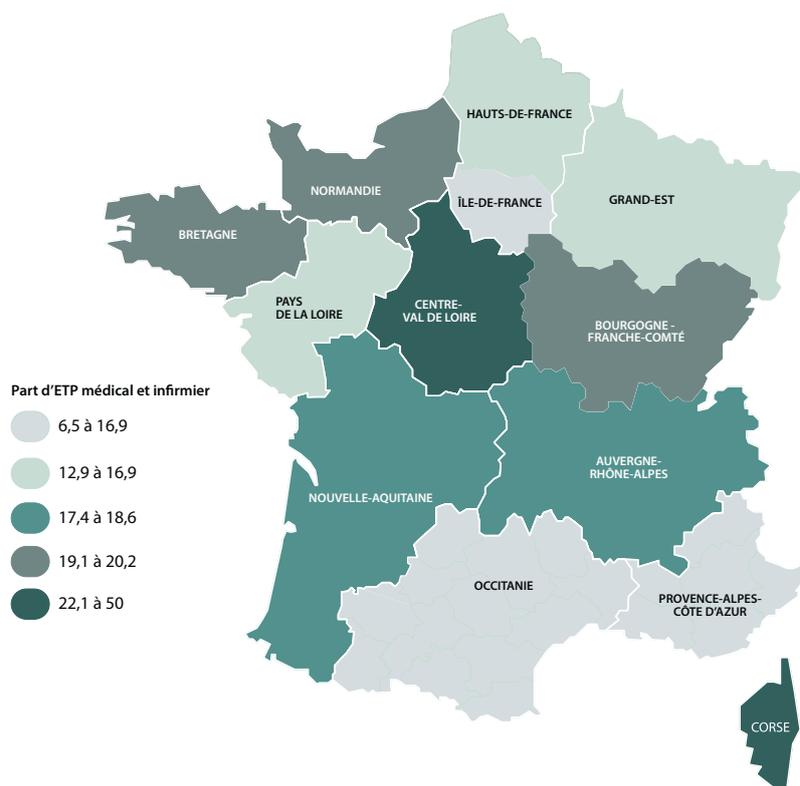
Conformément au code de l'action sociale et de la famille (art. L. 314-3-3), les CAARUD sont très majoritairement financés par le fond de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance-maladie (ONDAM). La dotation versée aux structures situées en France métropolitaine en 2015 représente environ 45,5 millions d'euros (M€), contre 41,2 en 2014⁵. En moyenne, les CAARUD reçoivent une dotation de 1 000 € pour 1 000 habitants âgés de 20 à 74 ans en vue de financer leur fonctionnement annuel (dépendances de personnel, installations, achat de matériel de prévention). À l'échelon territorial, les budgets de fonctionnement sont plus contrastés, reflétant parfois des inégalités dans l'offre de services de RdRD par rapport aux besoins des usagers. Ainsi, bien que plusieurs indicateurs (recours à l'injection et au sniff, partage de matériel) pointent la Bretagne, les Pays de la Loire et l'Auvergne-Rhône-Alpes comme des régions où les pratiques à risques sont particulièrement élevées (données non publiées issues de l'enquête EN-CAARUD 2015), les moyens financiers alloués aux structures situées sur ces territoires sont parmi les plus faibles (600 € pour 1 000 habitants).

Par ailleurs, les files actives des structures étant variables d'une région à une autre, le montant de la subvention disponible annuellement par usager en contact avec le CAARUD varie grandement. Les structures localisées en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Grand-Est disposent d'environ 500 € par an pour accompagner un usager, contre 1 000 € dans les régions Centre-Val de Loire et Corse (voir carte 2).

■ Des prestations sanitaires et sociales inégales selon les territoires

Alors que les missions des CAARUD sont identiques, la taille et les qualifications professionnelles des équipes de RdRD restent très hétérogènes. Les équivalents temps plein (ETP) mobilisés en 2015 rapportés aux files actives des structures montrent de fortes inégalités dans certains territoires de la métropole. Tandis que les personnels des structures qui se trouvent en Nouvelle-Aquitaine et en Île-de-France représentent respectivement 0,64 ETP et 0,90 ETP

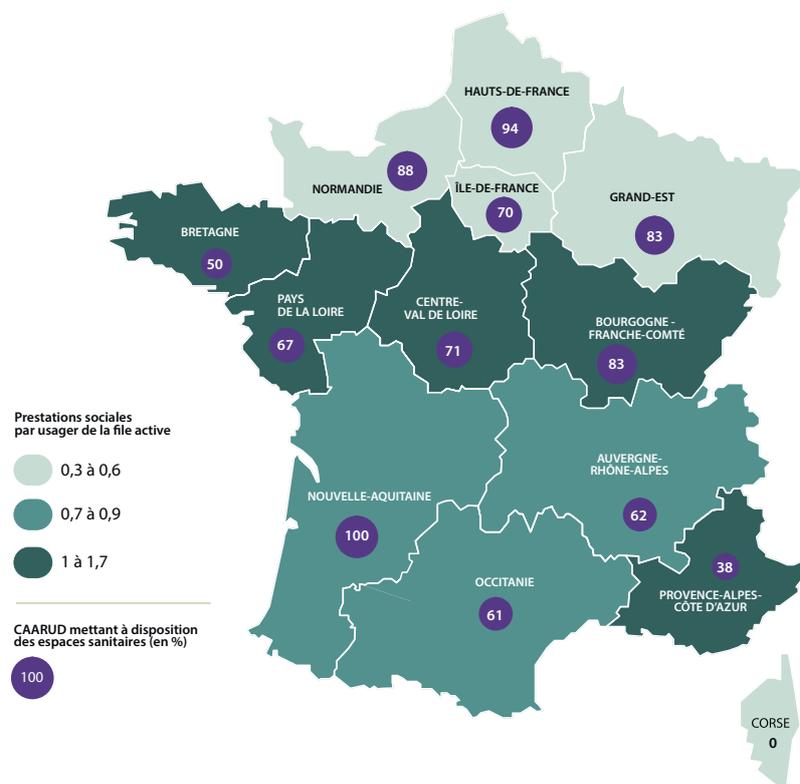
Carte 3 - Temps médical et infirmier rapporté à l'ensemble des ETP de la structure par région en 2015 (en %)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Lecture : Les ETP d'intervention de personnels médical et infirmier représentent un quart de l'ensemble des postes des structures dans la région Centre-Val de Loire contre moins d'un ETP sur dix en Île-de-France ou en Occitanie.

Carte 4 - Actes à vocation sociale effectués en moyenne par usager fréquentant le CAARUD par région en 2015 (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

Lecture : En moyenne, les usagers fréquentant les structures implantées dans la région PACA bénéficient annuellement de près de deux actes à vocation sociale (accès aux droits, au logement et à l'insertion), contre moins d'un acte de ce type délivré aux usagers vus dans les CAARUD des Hauts-de-France.

5. Neuf structures en 2015 et cinq structures en 2014 n'ont pas fourni d'éléments budgétaires.

pour 100 usagers en contact avec le CAARUD, ce ratio est au moins deux fois plus élevé dans les CAARUD situés dans les régions de Centre-Val de Loire (1,97 ETP) et Normandie (1,92 ETP). S'agissant de la répartition des ETP par type d'intervenant, les postes d'éducateurs et d'animateurs de prévention représentent, comme les années précédentes, la proportion des emplois de loin la plus importante (48 % des ETP), sans distinction majeure parmi les régions, suivis des postes de direction, secrétariat et logistique (20 % des ETP). En revanche, on note à l'échelon territorial des situations plus contrastées concernant les temps médicaux et ceux d'accompagnement psychologique et social disponibles pour les usagers [5]. Déjà faiblement représentés au niveau national (voir carte 3), les temps d'intervention de personnels médecins et infirmiers se révèlent particulièrement bas en Île-de-France, Occitanie et PACA (8 % du total des ETP contre 13 % à l'échelon national).

La sous-représentation de temps médical et infirmier se traduit notamment par une proportion d'actes de dépistage, vaccinations et orientations vers les soins moins importante en Île-de-France et en Occitanie comparée au niveau national (environ 7 % des actes dans ces deux régions vs 12 % au niveau national).

Alors que la situation des publics accueillis en CAARUD se caractérise par des niveaux de précarité sociale très marqués (logement et ressources propres, couverture médicale) [4], la présence de psychologues et d'assistants sociaux dans les structures est particulièrement faible sur tout le territoire (5 % des ETP). En 2015, les prestations d'accès aux droits, au logement et aux services d'insertion assurées par ces professionnels se révèlent limitées (voir carte 4). Le manque d'offres de services d'accompagnement psychologique et social apparaît particulièrement saillant dans les régions où la proportion d'usagers désinsérés est en moyenne plus élevée qu'à l'échelon national (19 %), comme l'Île-de-France (28 %) et PACA (23 %) (données non publiées issues de l'enquête ENA-CAARUD 2015). Par ailleurs, tandis que les prestations proposées par les CAARUD sont globalement homogènes (espace d'accueil et de repos, mise à disposition de nourriture, accès au téléphone et à Internet), au moins un quart d'entre eux ne sont pas équipés d'espaces sanitaires (27 %) ou de laveries (30 %) pour permettre aux usagers les plus précaires d'accéder aux services d'hygiène de base (douches...).

■ La mise à disposition des matériels de RdRD en légère hausse...

Réduire les prises de risque liées aux consommations en favorisant un accès large aux outils de RdRD constitue

Distribution du matériel de RdRD par le réseau des CAARUD (en milliers d'unités), évolution 2014-2015 (France entière)

Matériel d'injection	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)
Nombre total seringues distribuées, dont	6 800	7 300	7,4
Seringues à l'unité	4 500	4 700	4,4
Seringues en trousse par automates	400	500	25
Seringues en trousse par l'équipe	1 000	1 100	10
Seringues en kit par le réseau de pharmacies	900	1 100	22,2
Aiguilles	400	300	-25
Cupules stériles	2 400	2 500	4,2
Filtres stériles	1 700	1 400	-17,6
Eau (fioles de 5 ml)	2 600	2 700	3,8
Tampons alcoolisés	2 700	2 800	3,7
Matériel de sniff	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)
Carnets de « Roule ta paille »	600	700	16,7
Sérum physiologique	100	200	100
Autre matériel sniff	14	14	0
Kit sniff	NR	2	
Matériel pour inhalation de crack	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)
Doseurs	100	140	40
Embouts	50	60	20
Lames	20	20	0
Filtres crack	NR	100	
Kits inhalation	10	20	100
Matériel de prévention des infections sexuellement transmissibles	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)
Préservatifs masculins	900	850	-5,6
Préservatifs féminins	40	40	0
Gel lubrifiant	300	270	-10
Autres matériels de prévention	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)
Éthylotests	60	40	-33,3
Bouchons à oreilles	20	30	50
Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	40	50	25
Brochures, flyers (équipes CAARUD)	180	150	-16,7

Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS

* Ce tableau présente les matériels de RdRD délivrés par les équipes des structures et via des automates du réseau CAARUD, mais aussi par l'intermédiaire des pharmacies partenaires. Il ne recense pas les matériels fournis hors dispositif CAARUD. Chiffres arrondis.

une priorité de la politique de santé. L'injection et le sniff demeurent des modes d'usage très répandus parmi les populations accueillies dans les CAARUD. En 2015, 47 % des usagers ont eu recours à la voie intraveineuse et 32 % déclarent avoir sniffé au cours du dernier mois [4]. Les CAARUD jouent un rôle central dans la mise à disposition de matériel stérile et à usage unique, limitant ainsi la réutilisation et le partage des outils de consommation. En 2015, la contribution des CAARUD à la distribution des outils de RdRD apparaît globalement en légère hausse par rapport à 2014 (voir tableau ci-dessus). Environ 7,3 millions de seringues ont été délivrées en 2015, contre 6,8 millions en 2014 (France entière), soit une hausse de 7 %. En plus du réseau de mise à disposition de seringues développé par les CAARUD, l'approvisionnement en matériels de prévention repose sur la vente de trousses d'injection en pharmacies⁶. Le nombre de Stéribox⁷ vendus en officine s'est élevé à 1,67 million, soit 3,34 millions de seringues. Cette offre est complétée par les autres dispositifs de RdRD. En 2015, 600 000 seringues ont été distribuées par l'intermédiaire des automates hors réseau CAARUD. Les centres de soins,

d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont fourni un peu plus de 400 000 unités et près de 250 000 seringues ont été délivrées dans le cadre du programme d'échange de seringues (PES) par envoi postal [6]. Au total, toutes modalités d'offres réunies, la distribution de matériel d'injection est estimée à 11,9 millions de seringues en 2015, contre 11,3 millions en 2014, soit une augmentation de 5 %. S'agissant des outils conçus pour limiter les risques d'infection ou de contamination liés à l'usage par voie nasale, leur distribution progresse également en 2015. Les matériels recensés sont principalement les carnets de « Roule ta paille », qui comportent environ 15 pailles jetables en papier et du sérum physiologique utilisé pour nettoyer les narines. Le volume de pailles à usage unique distribué par l'intermédiaire des CAARUD a augmenté de 13 % en 2015 par rapport à 2014, et celui du sérum physiologique a été multiplié par deux.

6. Les pharmacies non partenaires peuvent également mettre en vente des seringues à l'unité. Cependant, ces chiffres ne sont pas disponibles.

7. Chaque Stéribox comporte deux seringues.

■ ... mais des niveaux de distribution parfois faibles

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) définit des seuils de distribution des seringues par an et par usager injecteur au cours des 12 derniers mois, fixant un niveau de couverture considéré comme élevé (plus de 200 seringues), moyen (entre 100 et 200) ou faible (moins de 100). Appliquer les seuils proposés par l'agence de l'Union européenne à la situation nationale (voir encart méthodologique) fait émerger une carte de France découpée en trois zones distinctes : un territoire à l'extrême ouest, un autre plus important du nord-est au sud et enfin une large bande du nord au sud-ouest. Dans cette frange nord-sud-ouest la distribution de seringues apparaît faible : Hauts-de-France, Île-de-France, Centre-Val de Loire, Pays-de-la-Loire et Nouvelle Aquitaine (voir carte 5).

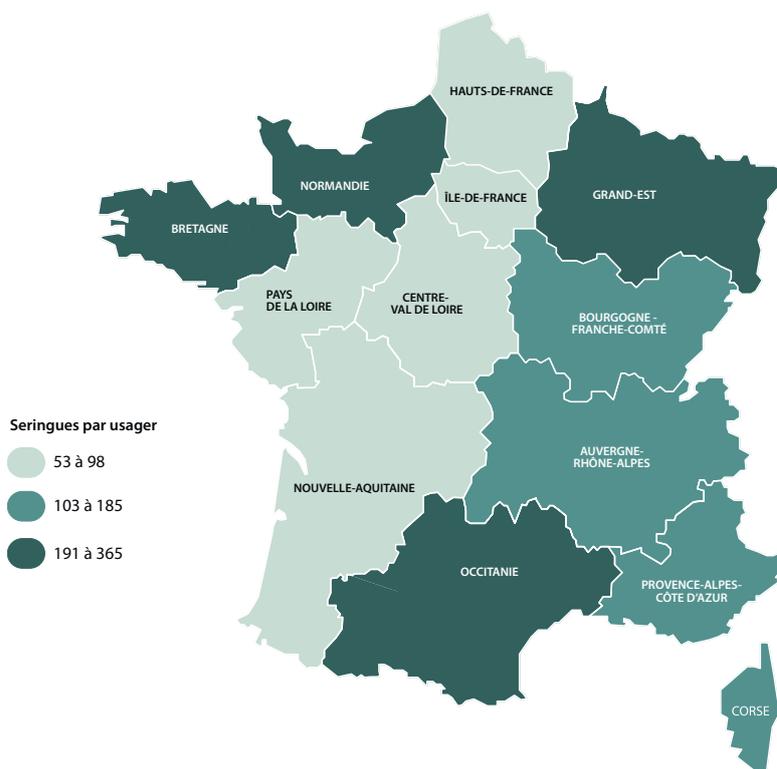
S'agissant du matériel de sniff, la littérature examinée ne fournit pas de critères d'évaluation [7] similaires à ceux de l'EMCDDA. Toutefois, l'estimation du nombre d'outils délivrés rapportés aux usagers fréquentant les CAARUD permet de faire émerger les inégalités territoriales les plus marquées. Ainsi, alors que les niveaux de prévalence du recours au sniff sont presque identiques dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire (respectivement 43 % et 42 % des usagers récents déclarent utiliser la voie nasale), la délivrance de carnets de « Roule ta paille » par usager varie du simple au triple entre les deux territoires (voir carte 6).

■ Conclusion

L'analyse des rapports d'activité établie à la veille de l'entrée en vigueur de la loi de janvier 2016 permet de mesurer les grands enjeux auxquels sont confrontés les autorités sanitaires et les CAARUD de l'Hexagone. Certes, les problématiques auxquelles il s'agit de faire face varient selon les régions, mais il ressort de l'examen de ces documents qu'aucun territoire ne présente une situation optimale. Hérité pour partie de la genèse du dispositif, cet état des lieux mériterait d'être approfondi en mobilisant des sources d'information complémentaires au niveau local (par les observatoires régionaux de santé par exemple).

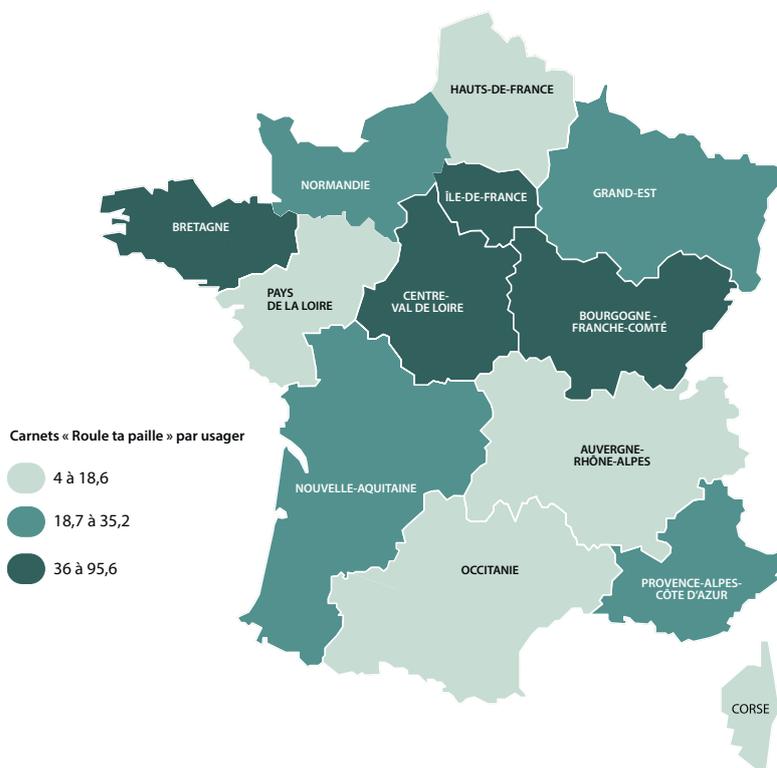
On note une grande fragilité du dispositif pour accompagner des publics en détresse sociale, notamment liée à la difficulté des équipes à établir des passerelles vers d'autres relais, particulièrement en Bourgogne-Franche-Comté et en Normandie. Autre élément central, l'examen de l'effort budgétaire suggère que la répartition des ressources est parfois peu adaptée

Carte 5 - Seringues distribuées annuellement par usager utilisant la voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois, en 2015 par région (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS
 Lecture : En Île-de-France, le matériel d'injection délivré annuellement par usager injecteur (au moins une fois au cours des 12 derniers mois) fréquentant le dispositif spécialisé est inférieur à 100 seringues stériles, contre près de 200 unités en Bretagne (toute modalité d'offre réunie : CAARUD, ventes de Stéribox en pharmacie, automates, CSAPA et PES postal).

Carte 6 - Carnets « Roule ta paille » distribués annuellement, par usager utilisant la voie d'administration nasale au cours des 30 derniers jours, en 2015 par région (en nombre)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2015, OFDT-DGS
 Lecture : En Auvergne-Rhône-Alpes, le matériel de sniff délivré annuellement par usager (au cours des 30 derniers jours) fréquentant le dispositif CAARUD est inférieur à 20 carnets « Roule ta paille », contre le triple dans le Centre-Val de Loire.

aux besoins des populations accueillies. Dans certaines régions où les pratiques à risque sont particulièrement élevées (Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes), la dotation pour 1 000 habitants est parmi les plus faibles. Le budget annuel par usager peut aussi varier du simple au double selon les régions (Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est). En l'absence d'un réajustement permettant de renforcer l'offre de RdRD, la vulnérabilité des publics d'usagers risque de s'aggraver. Par ailleurs, huit départements restent dépourvus de CAARUD, dont deux qui se trouvent dans la même région, la Nouvelle-Aquitaine. Renforcer l'offre de services apparaît également une priorité en Île-de-France, dans les Hauts-de-France, en Occitanie et en PACA. Le nombre de structures présentes dans ces régions semble élevé mais il reste cependant insuffisant au regard de la taille des

populations accueillies. En Bourgogne-Franche-Comté, en PACA et Pays de la Loire, la concentration des structures dans des communes urbaines de grande taille interroge l'accessibilité réelle aux services de RdRD pour les usagers dont les lieux de vie ou de consommation sont éloignés des principaux centres urbains. Le dernier point porte sur la capacité du dispositif à répondre aux besoins des usagers en matériels de prévention. Les analyses régionales suggèrent que le dispositif de RdRD actuel délivre parfois peu de seringues pour les usagers injecteurs, notamment dans les Hauts-de-France, l'Île-de-France, le Centre-Val de Loire, les Pays de la Loire et la Nouvelle-Aquitaine. Un rapport récent sur la politique de la RdRD converge sur ce diagnostic, proposant comme principal levier d'action la consolidation du PES postal et celui des CSAPA [8].

Données de cadrage

L'OFDT analyse depuis 2006 les rapports d'activité standardisés annuels des CAARUD (ASA-CAARUD) afin de suivre l'activité du dispositif [5, 9-11]. En 2009, le questionnaire proposé aux structures a été révisé afin d'améliorer le recueil d'information. Le module actuel est issu d'une réflexion commune menée à l'initiative de l'Association française pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues (AFR), en collaboration avec l'OFDT et les autorités sanitaires. En 2015, l'exploitation des rapports d'activité a porté sur la totalité des structures implantées en France métropolitaine, les 140 CAARUD de l'Hexagone ayant transmis leurs données. En 2014, ils étaient 138. Deux nouvelles structures ont démarré leur activité en 2015, l'une dans la commune de Bourg-en-Bresse, dans l'Ain, et l'autre à Saint-Quentin, dans le département de l'Aisne. En 2015, le système de suivi national ASA-CAARUD recense 146 structures au total, les départements d'outre-mer étant dotés de six structures sur leur territoire.

Méthodologie de calcul des ratios de la distribution des matériels de RdRD (injection et sniff) par usager à risque

Le calcul des ratios utilisés pour établir les niveaux de distribution annuelle des seringues par usager injecteur repose sur l'estimation du nombre d'injecteurs au cours des 12 derniers mois réalisée par l'OFDT en 2015 [12]. Les prévalences de recours à l'injection ont été estimées chez les usagers du dispositif médico-social d'addictologie (enquête RECAP), en utilisant la méthode capture-recapture. Le nombre de seringues fournies en 2015, toutes modalités de distribution de seringues confondues (CAARUD et hors réseau CAARUD), a été rapporté à l'estimation centrale du nombre d'injecteurs au cours des 12 derniers mois. Cette estimation n'est pas disponible pour les injecteurs récents (au cours du mois).

S'agissant du mode d'administration par voie nasale, l'estimation du nombre d'usagers a été calculée à partir des données régionales de prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours chez les consommateurs fréquentant les CAARUD (enquête ENA-CAARUD). Ces estimations ont été rapportées aux files actives des CAARUD en 2015 provenant des rapports d'activité. Les ratios d'approvisionnement en matériel de sniff ont été calculés en prenant en compte le nombre total de carnets de pailles en papier délivré par les structures de RdRD en 2015.

Les estimations de recours à l'injection et au sniff reposent sur des prévalences déclarées. En 2015, l'enquête ENA-CAARUD a également permis d'estimer les prévalences déclarées de recours à la voie fumée au cours des 30 derniers jours. Cependant, compte tenu de la faiblesse des effectifs obtenus à l'échelon régional (à l'exception des régions Île-de-France, Occitanie et Grand-Est), le calcul des ratios estimant les niveaux de distribution annuelle de matériel d'inhalation par usager n'a pas été réalisé.

références bibliographiques

- BRISACIER A.-C., *Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants »*, Saint-Denis, OFDT, 2015, 12 p.
- PIOCHE C., PELAT C., LARSEN C., DESENCLOS J.C., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LOT F., PILLONEL J. et BROUARD C., « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011 », *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 13-14, 2016, pp. 224-229.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., WEILL-BARILLET L., LEON L., LE STRAT Y., BRUNET S., BENOIT T., CHAUVIN C., LEBRETON M., BARIN F. et SEMAILLE C., « 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*, n° 39-40, 2013, pp. 504-509.
- LERMENIER-JEANNET A., CADET-TAÏROU A. et GAUTIER S., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 », *Tendances*, OFDT, n° 120, 2017, 6 p.
- DÍAZ GÓMEZ C. et MILHET M., « Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués », *Tendances*, OFDT, n° 113, 2016, 6 p.
- ASSOCIATION SAFE, *Réduction des risques à distance. Résultats en régions pour l'année 2015*, 2016, 4 p.
- ANESM, *La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Saint-Denis, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2017, 76 p.
- FFA, 1^{re} 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, Paris, Fédération française d'addictologie (FFA), 2016, 19 p.
- CADET-TAÏROU A. et DAMBÉLÉ S., *Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2014, 51 p.
- CHALUMEAU M., *Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 21 p.
- CHALUMEAU M., STAWINSKI A., TOUFIK A. et CADET-TAÏROU A., *Les CAARUD en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 21 p.
- JANSSEN E., « Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France », *Journal of Public Health*, Prépublication le 25/05/2017, 10.1093/pubmed/fdx059.

Remerciements

À l'ensemble des intervenants des CAARUD et aux ARS pour le temps qu'ils ont consacré à la collecte des données et à leur mise à disposition. Remerciements particuliers à la DGS pour leur soutien financier et à Pierre-Yves Bello et Malisa Rattanatrav pour leur précieuse contribution au suivi du dispositif. À Maitena Milhet, Eric Janssen et Aurélie Lermenier-Jeannet (OFDT). Enfin, remerciements aux relecteurs, et en particulier à Anne de l'Épervier et Anne Claire Brisacier.

tendances

Directeur de la publication
Julien Morel d'Arleux

Comité de rédaction
Henri Bergeron, Emmanuelle Godeau, Bruno Falissard, Aurélie Mayet, Isabelle Varescon, Frank Zobel

Rédactrice en chef
Julie-Émilie Adès

Infographiste / Frédérique Million

Documentation / Isabelle Michot

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies

3, avenue du Stade-de-France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex

Tél. : 01 41 62 77 16 / Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr



www.ofdt.fr