

PROFILS ET PRATIQUES DES USAGERS DE DROGUES RENCONTRÉS DANS LES CAARUD EN 2015

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE 2015 RÉALISÉE AUPRÈS
DES USAGERS DES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT
À LA RÉDUCTION DES RISQUES (ENa-CAARUD)



Agnès
Cadet-Tairou
Aurélie
Lermenier-Jeannet
Sylvain Gautier

Septembre 2018

CONTRIBUTIONS

Responsables de l'enquête pour l'OFDT : Agnès Cadet-Taïrou – Aurélie Lermenier-Jeannet

Préparation, organisation et accompagnement du recueil

Soraya Belgherbi
Agnès Cadet-Taïrou

Avec la collaboration du pôle « Enquêtes et analyses statistiques » (EAS) pour la méthode de recueil (Stanislas Spilka et Olivier Le Nézet) et du pôle « Valorisation » pour la communication pré-enquête (Julie-Émilie Adès et Frédérique Million) et pour l'accès à la documentation (Isabelle Michot).

Analyse et interprétation des données

Aurélie Lermenier-Jeannet
Agnès Cadet-Taïrou
Sylvain Gautier

Relecture du rapport

Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux

Remerciements

L'ensemble des équipes des CAARUD et des usagers qui ont bien voulu participer à cette enquête, ainsi que les agences régionales de santé (ARS) qui ont relayé efficacement l'enquête auprès des structures.

Stéphane Saïd, Marie Jouanin et Annaëlle Coquelin qui ont réalisé les analyses des éditions précédentes de l'enquête.

Soraya Belgherbi qui, outre le professionnalisme qu'elle a mis en œuvre dans l'accompagnement des CAARUD, a formulé des propositions suite à son travail d'observation du recueil et a mis en place un outil pour recueillir le retour des CAARUD après l'enquête, qui vont permettre d'améliorer cette phase de recueil.

Nadine Landreau pour sa collaboration à la préparation du terrain de l'enquête 2015.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODES	6
Champ	6
Recueil	7
Analyses	9
<i>Statistiques</i>	9
<i>Score et variables</i>	9
<i>Interprétation des données</i>	10
RÉSULTATS	12
Caractéristiques socio-démographiques	12
<i>Structure par âge et sexe</i>	12
<i>Entourage</i>	14
<i>Insertion sociale</i>	15
<i>Couverture sociale</i>	16
<i>Logement</i>	17
<i>Mobilité résidentielle</i>	19
<i>Ressources</i>	20
Consommations de produits psychoactifs au cours des 30 derniers jours	20
<i>Prévalences, fréquences d'usage et voies d'administration</i>	20
<i>Cannabis et alcool</i>	23
<i>Médicaments</i>	25
<i>Opioides</i>	29
<i>Stimulants</i>	32
<i>Hallucinogènes</i>	33
<i>Absence de consommation de produits et polyusage</i>	33
Modes d'administration et risques associés	35
<i>Injection</i>	35
<i>Autres modes d'administration</i>	38
Traitements de substitution aux opiacés	38
Suivi des pathologies virales	39
<i>Dépistage</i>	39
<i>Séropositivité</i>	40
État de santé perçu et consultation d'un médecin	41
Fréquentation des CSAPA et des CAARUD	41
CONCLUSION	42
ANNEXES	44
<i>Annexe 1. Nombre de questionnaires recueillis par CAARUD ou antenne CAARUD en 2015</i>	44
<i>Annexe 2. Questionnaire ENa-CAARUD 2015</i>	44
<i>Annexe 3. Guide méthodologique ENa-CAARUD 2015</i>	44
<i>Annexe 4. Affiche de présentation de l'enquête ENa-CAARUD 2015</i>	44
<i>Annexe 5. Liste des tableaux et figures</i>	44
<i>Bibliographie</i>	54

INTRODUCTION

Durant les années 1980, un certain nombre de dispositifs destinés aux usagers de drogues se sont développés en France dans un contexte d'épidémie de sida. Ces structures, aux dénominations diverses (programmes d'échange de seringues, « boutiques », etc.) mais communément désignées sous les vocables génériques de structures à « bas seuil d'exigence » ou de « première ligne », car elles n'exigent pas en préalable une réduction ou un arrêt des consommations, ont vu leur nombre s'accroître et leurs activités peu à peu se diversifier.

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, assure une reconnaissance législative à la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en direction des usagers de drogues en France, en définissant son objet et en affirmant la responsabilité de l'État dans ce domaine (article L.3411-7 du Code de la santé publique – CSP – modifié par l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016). Elle crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD). En tant que telles et au même titre que les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ces structures disposent désormais d'un financement pérenne et d'un statut clairement défini (OFDT et DGS, 2015). Leurs missions sont précisées par un décret daté du 19 décembre 2005¹.

Les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisé ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, couverture sociale, insertion ou réinsertion professionnelle) ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers (« aller vers ») et de développer des actions de médiation sociale avec l'environnement immédiat ;
- une participation au dispositif national de veille en matière de drogues et d'addictions, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Afin d'assurer le suivi et l'évolution du dispositif, la circulaire du 2 janvier 2006 de la Direction générale de la santé² (DGS) prévoit en outre deux outils : un rapport d'activité standardisé annuel (ASA-CAARUD) destiné à collecter des données sur la nature des activités développées (Díaz Gómez, 2018 ; Díaz Gómez et Milhet, 2016) et une enquête nationale portant sur les usagers bénéficiaires de ces actions, ENa-CAARUD (Enquête nationale dans les CAARUD). L'enquête ENa-CAARUD a été menée en 2006 (Toufik *et al.*, 2008a, b) et 2008 (Cadet-Taïrou *et al.*, 2010a), comme le prévoit la circulaire, puis reconduite en 2010 (Cadet-Taïrou, 2012) et 2012 (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015). Les données issues de cette étude, analysées et rendues publiques par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), permettent de disposer d'indicateurs de suivi des caractéristiques des consommateurs de drogues pris

1. Décret 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de santé publique (JORF n°297 du 22 décembre 2005, p. 19743 (NOR SANP0524015D)).

2. Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01.

en charge afin de contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux évolutions des besoins de cette population en difficulté. En outre, le recueil de données à intervalles réguliers auprès des usagers actifs en contact avec les CAARUD participe à la détection des phénomènes émergents et au suivi des tendances en matière de consommations et de prises de risques.

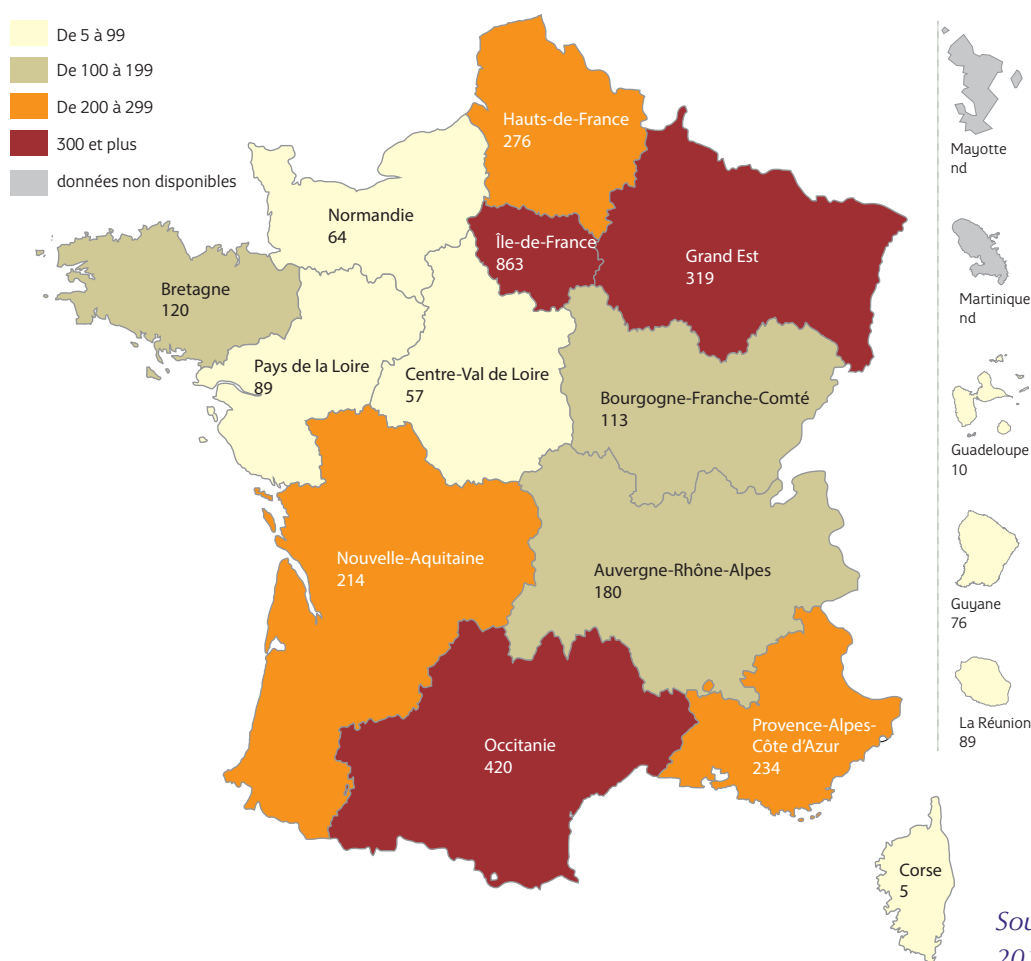
La cinquième édition de cette enquête ENa-CAARUD s'est déroulée du 14 au 27 septembre 2015 ; ce rapport se propose de décrire ses résultats et de les mettre en perspective, autant que faire se peut, avec ceux des éditions antérieures. De premiers résultats de l'enquête avait été publiés en octobre 2017 (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). Les réajustements intervenus lors de l'analyse complète conduisent à de légers décalages dans les données.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Champ

L'enquête porte a priori sur les usagers de l'ensemble des CAARUD de France (départements d'outre-mer compris). Cependant, les CAARUD n'ont plus l'obligation institutionnelle de participer, comme cela était le cas en 2006 et 2008, la circulaire de 2006 ne mentionnant pas les éditions ultérieures. En 2015, le recueil a eu lieu dans 143 CAARUD et antennes sur les 167 recensés³, soit 86 % d'entre eux (contre 93 % en 2012).

Figure 1. Nombre de questionnaires recueillis pour l'analyse par région et dans les départements d'outre-mer



Note : Le découpage selon les grandes régions, pourtant postérieures au terrain de l'enquête en septembre 2015, a été retenu en raison de la taille relativement réduite de l'échantillon global. Un certain nombre d'anciennes régions ne disposaient pas en 2015 d'un nombre suffisant d'individus interrogés pour permettre des analyses régionales (ce qui reste encore le cas de quelques grandes régions).

3. Au niveau administratif, on dénombrait 145 CAARUD sur tout le territoire mais un certain nombre d'antennes (22) ont été identifiées séparément pour l'enquête car elles sont géographiquement éloignées de la structure mère.

Sont inclus dans l'enquête tous les usagers se présentant dans un CAARUD, ou rencontrés par une équipe mobile, pendant la période de recueil. En 2015, elle s'étendait du lundi 14 au dimanche 20 septembre pour les grandes structures (plus de 30 personnes dans la file active hebdomadaire moyenne déclarée par le CAARUD) et jusqu'au dimanche 27 septembre pour les plus petites structures. Après la période d'inclusion, une semaine supplémentaire était laissée au centre pour finir de renseigner, si nécessaire, le questionnaire avec les usagers inclus.

Compte tenu de la demande des institutions régionales de disposer d'une visibilité sur les usagers problématiques de drogues au-delà des enquêtes nationales, l'édition 2015 s'est attachée comme en 2012 à proposer une analyse au plan territorial. Néanmoins, force est de constater que la semaine supplémentaire de recueil attribuée à un certain nombre de structures n'a pas permis d'obtenir des effectifs suffisants pour toutes les régions (figure 1).

La principale région contributrice est logiquement l'Île-de-France, qui compte le plus de CAARUD (19 structures recensées, soit 11,4 % de l'ensemble). Elle concentre une population globale importante mais aussi des groupes d'usagers spécifiques (usagers de crack notamment), souvent précarisés, qui demandent une prise en charge ad hoc. Près de 200 questionnaires ont été recueillis dans les départements d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Guyane et La Réunion (aucun questionnaire en Martinique).

Enfin, il convient de rappeler que les CAARUD reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins spécialisé ou non en addictologie, connaissent généralement des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs et des situations sociales plus précaires.

Par ailleurs, d'autres usagers de drogues sont moins visibles dans le dispositif spécialisé de prise en charge : les plus insérés socialement d'une part, mais également certains usagers qui le fréquentent plus inconstamment. Ainsi, les résultats de l'enquête ENa-CAARUD ne décrivent en aucun cas l'ensemble des usagers de drogues, mais une frange d'entre eux.

Recueil

Le questionnaire était complété lors d'un entretien en face à face mené par un intervenant du centre (travailleur social, éducateur, infirmier...). Seul le premier passage dans le CAARUD pendant la période d'enquête était comptabilisé (voir encadré). Pour l'édition 2015, une affiche spécifique visant à présenter succinctement l'enquête et ses objectifs a été élaborée et apposée dans chaque CAARUD afin d'informer les usagers et faciliter la prise de contact. Si, au niveau de la structure, les questionnaires pouvaient être rattachés à un usager donné par une numérotation locale, ceux transmis à l'OFDT étaient totalement anonymes, le sexe et l'âge ne permettant pas d'identifier une personne dans les agglomérations ou les départements où se situent les CAARUD.

Au total, 3 129 questionnaires ont été retournés à l'OFDT par les CAARUD ; ils ont tous été inclus dans l'analyse statistique. Le taux de recueil⁴ s'établit à 64 %, ce qui constitue une baisse par rapport à l'édition 2012 (74 %). Toutefois, cette comparaison est biaisée dans la mesure où un nouveau système de décompte et de qualification a minima des usagers n'ayant pas répondu a été utilisé en 2015. En effet, jusqu'en 2012, un questionnaire était

4. Nombre des usagers pour lesquels le questionnaire a été rempli rapporté à l'ensemble des usagers rencontrés pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé.

renseigné pour chaque usager reçu dans le CAARUD pendant l'enquête, avec un encadré pour décrire succinctement les non-répondants le cas échéant. En 2015, on dispose d'un questionnaire uniquement pour les usagers répondants et une liste (non nominative) des individus n'ayant pas répondu au questionnaire a été établie par chaque structure sur un feuillet indépendant. Or, d'une part, aucun feuillet n'a été renvoyé à l'OFDT pour quelques structures, ce qui tendrait à surévaluer le taux de réponse ; mais d'autre part, il semble que dans un certain nombre de cas, le fait que des individus non interrogés au premier passage aient finalement rempli le questionnaire n'a pas été reporté sur cette fiche, tendant à sous-évaluer le taux de réponse.

Les équipes des CAARUD se répartissent en quatre catégories : accueils fixes, unités mobiles, équipes de rue/squat et équipes intervenant en prison. En 2015, 80 % des questionnaires ont été recueillis dans une structure d'accueil fixe, 13 % par le biais d'une unité mobile, 6 % par une équipe de rue et 20 questionnaires (moins de 1 %) par une équipe intervenant en prison (tableau 1).

MOTIFS DE NON-RÉPONSE OU DE REPORT DE PASSATION DE L'ENQUÊTE

Durant la période d'enquête, toute personne usagère de drogues reçue dans le CAARUD ou vue par une équipe mobile doit se voir proposer de répondre au questionnaire, qui est rempli par un intervenant de la structure posant l'ensemble des questions, en théorie lors du premier passage. Néanmoins, certaines circonstances peuvent justifier de reporter le questionnement à une prochaine visite : l'usager ne peut ou ne souhaite pas y répondre immédiatement, car il manque de temps (la passation dure en moyenne une quinzaine de minutes) ou n'est pas en état de répondre (consommation récente de produits ou priorité à une situation « d'urgence » par exemple). C'est aussi le cas quand les intervenants ne sont pas disponibles ou jugent qu'il est préférable de reporter l'enquête (usager nouveau dans le CAARUD notamment) ; la personne sera alors invitée à y répondre lors de son prochain passage et jusqu'à une semaine après la période d'inclusion.

Sur dix usagers n'ayant pas rempli le questionnaire lors de leur premier passage, trois ont refusé de le remplir ou ne pouvaient pas revenir durant la période d'enquête ; trois ne souhaitaient pas le faire immédiatement et ont proposé de revenir alors que dans 1,5 cas sur dix ce sont les intervenants (ou l'unique intervenant) qui n'avaient pas le temps à ce moment-là. Les informations recueillies n'ont finalement pas permis de savoir si dans ces situations les questionnaires avaient finalement été remplis ou non. En outre, un peu plus d'un usager sur dix ne parlait pas suffisamment le français et la même proportion n'était pas en état de participer à l'enquête. Ces motifs sont répartis de manière assez hétérogène selon les CAARUD.

Tableau 1. Répartition du nombre de questionnaires selon la nature des activités des équipes des CAARUD

Variable	Effectifs	%	Manquant	Taux de réponse (%)
Unité d'accueil	Accueil fixe	2 484	41	98,7
	Unité mobile	413		
	Équipe de rue, squat	171		
	Prison	20		

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Analyses

Statistiques

Les analyses ont été réalisées sur l'ensemble des questionnaires avec le logiciel SPSS 19. Pour les statistiques descriptives, les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne (dérivation standard) ou de médiane (quartiles) en fonction de la nature de leur distribution. Les variables qualitatives sont décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Des tests paramétriques sont utilisés pour les comparaisons (test « t de Student » pour les comparaisons de moyenne et test du « Chi deux » pour les comparaisons de pourcentage). Les résultats présentés sont tous significatifs au seuil α de 5 % (voire 1 %⁵), sauf indication contraire.

Score et variables

Un score de précarité socio-économique, adapté à la population enquêtée, a été créé à partir de trois variables catégorisées de la manière suivante :

- Couverture santé :
 - 0 : Affilié à la Sécurité sociale avec une couverture complémentaire
 - 1 : Affilié à la Sécurité sociale sans couverture complémentaire (CMU ou non)
 - 2 : Pas d'affiliation à la Sécurité sociale (avec ou sans Aide médicale d'État (AME))

- Logement actuel :
 - 0 : Indépendant ou chez des proches, durable (au moins 6 mois au moment de l'enquête)
 - 1 : Indépendant ou chez des proches, provisoire (moins de 6 mois au moment de l'enquête)
 - 2 : Autre situation (institution, camion/caravane, squat, hôtel, sans abri)

- Origine des ressources dans le mois précédant l'enquête :
 - 0 : Revenus d'emplois ou allocations chômage
 - 1 : Prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers
 - 2 : Autres ressources (illégalles ou non officielles) ou sans revenus

Concernant le logement, les questions ayant été détaillées en 2015, la catégorisation a été légèrement modifiée par rapport aux enquêtes précédentes, ce qui réduit la comparabilité du score de précarité qui en découle.

Ce score de précarité est calculé en faisant la somme des scores pour chacune de ces trois variables ; il est ensuite catégorisé en trois niveaux de précarité : faible (score ≤ 2), moyen (3 ou 4), et fort (score > 4).

La variable de stabilité du logement est issue du croisement de deux questions : celle sur le type de logement de l'utilisateur et celle sur la durée durant laquelle il pense pouvoir l'occuper. L'échelle de temps proposée lors de cette session est plus précise (de « moins de 1 mois » à « plus de 6 mois », avec un item « je ne sais pas ») que lors des sessions précédentes, où la question était binaire avec un seuil à 6 mois.

5. Dans l'ensemble du document, * signifie que l'écart entre deux valeurs est statistiquement significatif avec un risque d'erreur α inférieur ou égal à 5 %, ** signifie que le risque d'erreur α ne dépasse pas 1 %.

Tableau 2. Caractéristiques des trois groupes de niveau de précarité selon les variables de classification

		Faible précarité	Précarité intermédiaire	Forte précarité
Couverture santé	Sécurité sociale + complémentaire santé	42,3	5,3	0,0
	Sécurité sociale seulement	56,6	87,1	21,0
	Sans couverture santé	1,1	7,6	79,0
Logement	Indépendant/chez des proches durable	70,2	5,7	0,0
	Indépendant/chez des proches provisoire	27,2	40,6	11,1
	Sans domicile fixe ou sans abri	2,6	53,7	88,9
Ressources	Revenus d'emploi ou allocations chômage	41,2	7,1	0,0
	Prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers	58,2	83,1	11,6
	Autres ressources ou sans revenus	0,6	9,0	88,4

Lecture : 42,3 % des usagers des CAARUD classés comme étant dans une situation de faible précarité sont affiliés à la Sécurité sociale et bénéficient d'une assurance complémentaire ; 56,6 % ne bénéficient que de la Sécurité sociale.

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Un logement a été considéré comme stable lorsque l'utilisateur habite dans son propre logement, chez des proches ou en institution, avec une perspective d'y rester durant au moins les six mois suivant l'enquête.

Le logement a été considéré comme précaire lorsque :

- l'utilisateur a la perspective de rester moins d'un mois dans le logement occupé, quel qu'il soit ;
- il est logé dans une chambre d'hôtel ou un camion/caravane pour une durée prévue de moins de 3 mois ;
- l'utilisateur occupe un squat pour une période de moins de 6 mois ou est sans abri.

Le logement semi-précaire correspond à toutes les autres situations.

Interprétation des données

Pour faciliter la lecture du rapport, les données sont discutées et interprétées au fur et à mesure de leur présentation. L'interprétation des données s'appuie notamment sur les éléments qualitatifs disponibles par ailleurs, particulièrement grâce au dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT, sur les usagers de drogues susceptibles de fréquenter les CAARUD.

Les évolutions temporelles sont étudiées en se rapportant aux résultats des précédentes éditions. L'interprétation des écarts est parfois difficile en raison :

- des évolutions du « recrutement » des CAARUD, avec de nouvelles populations, telles que les usagers socialement insérés par exemple, l'accroissement de certains groupes d'usagers ou encore les efforts de la part des équipes pour atteindre certains publics éloignés des institutions... Les évolutions de recrutement peuvent aussi résulter de flux de sortie (déplacement de groupes d'usagers à distance des CAARUD, vers les zones rurales, etc.). Ces modifications de la « structure » de la population des usagers des CAARUD en fonction des sous-groupes qui la composent peuvent faire varier la valeur de certaines variables indépendamment de l'évolution réelle des pratiques et des situations au sein de ces sous-groupes. Les observations qualitatives sont alors d'un grand secours.
- des évolutions de la situation sociale des usagers suivis et de l'action publique entraînant notamment des modifications des caractéristiques des usagers. Les évolutions selon l'âge, comme dans la plupart des enquêtes, sont parfois difficiles à interpréter dans la mesure où l'on ne peut pas considérer les usagers comme une simple cohorte qui vieillit. Si c'est sans doute le cas de certains, il existe pour chaque classe d'âge des flux d'entrée et surtout de sortie qui, vraisemblablement, ne concernent pas les usagers de manière aléatoire.
- des évolutions dans les questions posées aux usagers, qui peuvent modifier la perception de certaines caractéristiques liées notamment à la précarité, aux pratiques à risque (injection, partage de matériel, etc.) ou aux consommations.

RÉSULTATS

Ce rapport présente une analyse descriptive de la population enquêtée visant à connaître ses caractéristiques socio-démographiques, ses profils et modes d'usage ainsi que les risques associés à ses consommations. Des comparaisons en fonction du sexe et de l'âge des usagers (ainsi que de leur niveau de précarité ou du statut d'injecteur lorsque cela s'y prête) sont développées. L'enquête 2015, qui intègre un module détaillé sur les médicaments et un autre relatif à la consommation d'alcool, est aussi l'occasion de proposer un focus sur les usages de ces produits par les personnes accueillies dans les CAARUD.

Caractéristiques socio-démographiques

Structure par âge et sexe

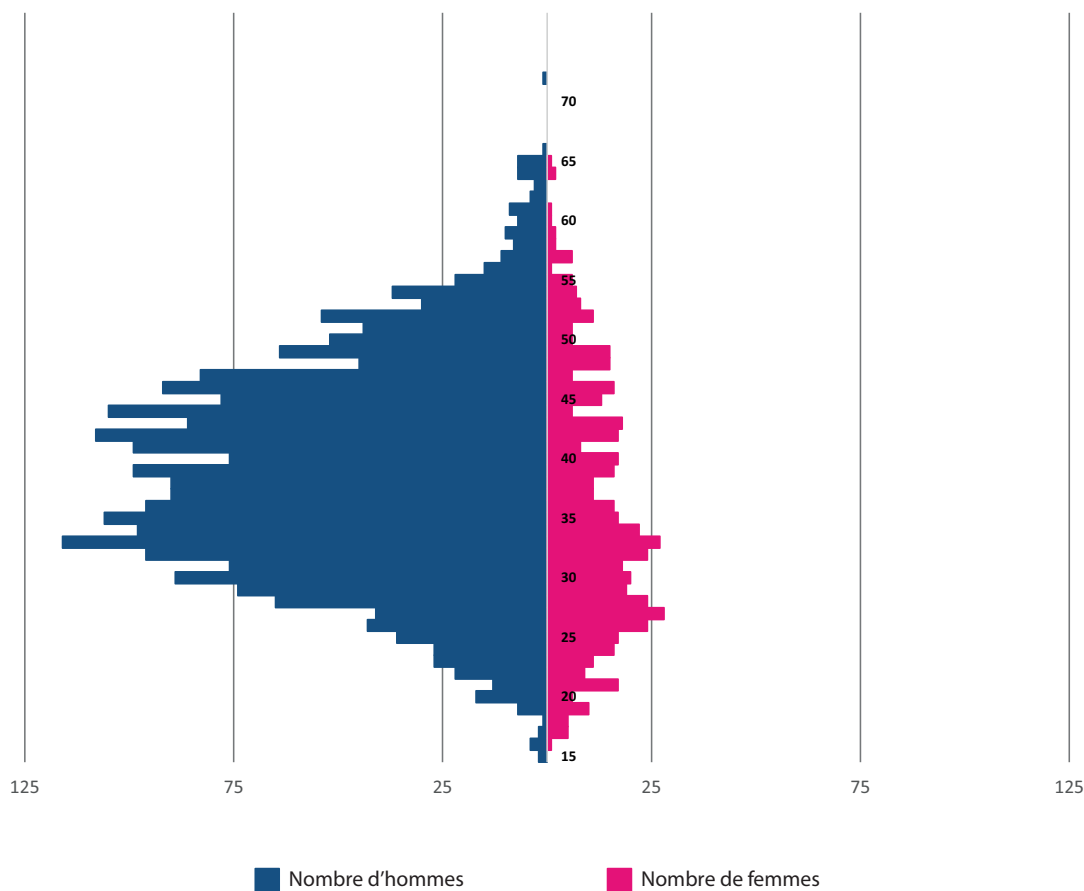
Comme lors des enquêtes précédentes, on compte un peu plus de quatre hommes pour une femme (sex-ratio de 4,4) au sein de la population des CAARUD enquêtée en 2015. Le plus jeune usager dont il est fait mention est âgé de 15 ans et le plus vieux de 72 ans. L'âge moyen s'élève à 38,2 ans (médiane : 38 ans), soit près de cinq ans de plus qu'en 2006 (33,4 ans) et deux ans de plus qu'en 2012 (35,9 ans). La part des moins de 25 ans, qui régresse régulièrement depuis 2006, est passée de 18,2 % à 6,6 % en 2015, alors que celle des 45 ans et plus a progressé de 6,0 % à 26,5 %.

Cette tendance s'observe chez les hommes comme chez les femmes⁶, bien que le vieillissement des premiers apparaisse un peu plus prononcé, avec une hausse de l'âge moyen de 2,4 ans depuis 2012 contre 1,7 an seulement pour les femmes.

Les usagères sont toujours en moyenne plus jeunes que leurs homologues masculins (35,4 ans contre 38,9 ans**). Cet écart d'âge (3,5 ans) a un peu augmenté par rapport à 2012 (2,8 ans) mais est moins important qu'en 2008 (4,4 ans). Une femme sur sept a moins de 25 ans contre un homme sur vingt (4,8 %** - tableau 3) ; cependant la proportion de femmes de moins de 25 ans a plus fortement diminué que celle des hommes depuis 2008 (- 17,7 points contre - 10,7). Elles représentent 39,6 % des moins de 25 ans contre 13,8 % seulement des plus de 34 ans. Après cet âge, elles sont moins nombreuses, car elles cessent vraisemblablement plus rapidement que les hommes de fréquenter les CAARUD, notamment en raison de leurs éventuelles grossesses (figure 2).

6. En regardant plus précisément la structure par âge quinquennal, parmi les hommes, la part des 20-29 ans a sensiblement reculé entre 2006 et 2015 au profit des 45 ans et plus ; pour les femmes, l'évolution de la structure par âge est moins nettement dessinée.

Figure 2. Pyramide des âges des usagers interrogés en 2015



Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Tableau 3. Répartition de la population enquêtée par classes d'âge et par sexe (en %)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N = 2 495		N = 565		N = 3 060	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans	16	0,6	21	3,7	37	1,2
20-24 ans	106	4,2	59	10,4	165	5,4
25-29 ans	259	10,4	112	19,8	371	12,1
30-34 ans	475	19,0	111	19,6	586	19,2
35-39 ans	481	19,3	71	12,6	552	18,0
40-44 ans	474	19,0	66	11,7	540	17,6
45-49 ans	362	14,5	65	11,5	427	14,0
50 ans et plus	322	12,9	60	10,6	382	12,5

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Entourage

Les usagers des CAARUD interrogés en 2015 vivent majoritairement seuls : c'est le cas de 59,6 % d'entre eux et 4,3 % habitent seuls avec un ou plusieurs enfant(s), qu'ils en soient ou non les parents. Les personnes en couple représentent 18,6 % des usagers, puis viennent à égalité les cohabitants avec des membres de la famille ou des amis (7 % environ chacun). Seuls 12,2 % des usagers vivent avec un ou des enfants, une situation plus fréquente parmi les individus en couple ou résidant avec d'autres membres de leur famille (environ 27 % chacun) que chez ceux vivant seuls (6,7 %**).

Tableau 4. Entourage des usagers des CAARUD en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Seul(e)	67,9	46,4	37,8	57,7	69,7	64,0
En couple	14,4	37,7	29,9	23,2	15,3	18,6
Avec un/des membre(s) de la famille	7,4	7,1	15,9	6,8	6,9	7,5
Avec un/des ami(s)	7,3	5,8	13,4	8,0	5,9	7,0
Avec d'autres personnes	2,9	3,0	3,0	4,3	2,2	2,9
Avec un/des enfant(s)	10,3	21,1	9,6	10,9	13,3	12,2
Sans enfant	89,7	78,9	90,4	89,1	86,7	87,8

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Les hommes habitent significativement plus souvent seuls que les femmes, celles-ci déclarant plus fréquemment vivre en couple ; les autres situations sont également partagées par les deux sexes (tableau 4). Deux fois plus de femmes que d'hommes (21,1 % contre 10,3 %**) résident avec un ou plusieurs enfants.

L'isolement augmente avec l'âge. Sept usagers de 35 ans et plus sur dix (et 79,2 % des 50 ans et plus) déclarent vivre seuls contre 37,8 % des moins de 25 ans. À l'inverse, la proportion de personnes en couple parmi les moins de 25 ans est deux fois plus importante qu'après 34 ans (29,9 % contre 15,3 %**), et n'atteint que 9,5 % parmi les 50 ans et plus.

Les moins de 25 ans vivent moins souvent avec des enfants que les 35 ans et plus (la plus forte proportion étant observée chez les usagers ayant la quarantaine : 13 % à 16 %).

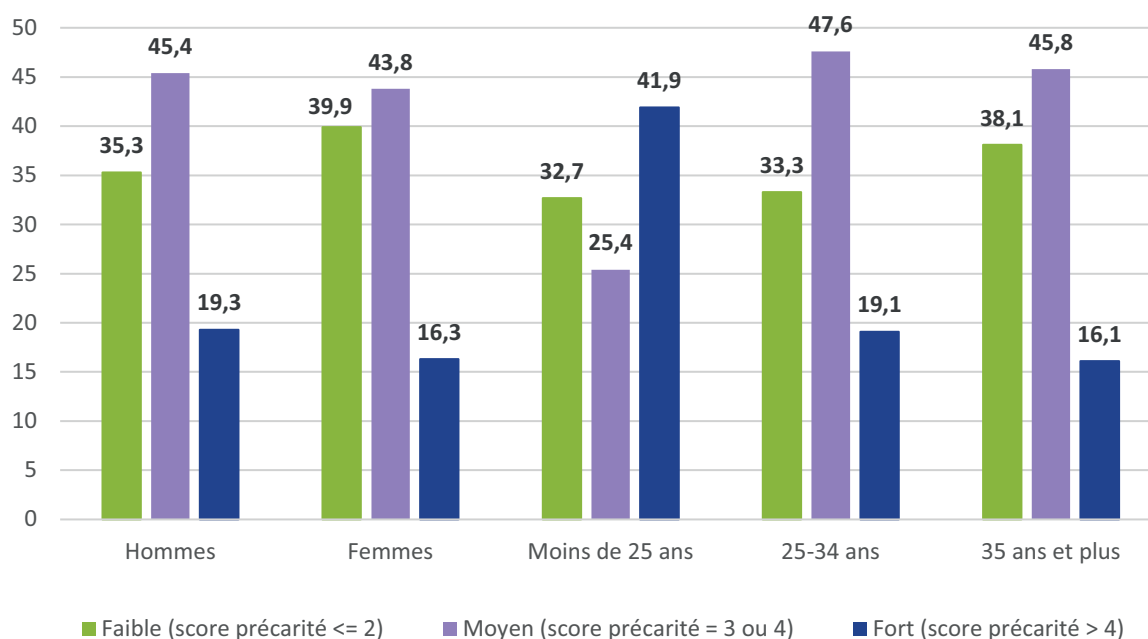
Comme lors des précédentes éditions de l'enquête ENa-CAARUD, les femmes jeunes sont en couple alors que les hommes du même âge sont plus souvent seuls. Il semble donc que les femmes en couple qui viennent dans les CAARUD ne vivent pas avec les hommes jeunes qui fréquentent également ces structures. Cette observation est cohérente avec les éléments qualitatifs connus via le dispositif TREND : les rôles féminin et masculin ne sont pas identiques au sein du couple, les femmes assurant plus souvent l'approvisionnement en matériel de consommation et les démarches administratives pour elle-même et leur conjoint (Beck *et al.*, 2017 ; Rahis *et al.*, 2010).

Insertion sociale

Selon un score de précarité sociale adapté à la population enquêtée (voir description dans la partie « Analyses »), un peu moins d'un usager sur cinq (18,8 %) se trouve dans une situation de forte précarité (score > 4), contre un tiers en 2012. À l'opposé, 36,1 % des usagers enquêtés en 2015 connaissent un faible niveau de précarité, soit 13 points de plus qu'en 2012. Les situations extrêmes semblent avoir fortement évolué en trois ans, mais la comparabilité est de fait réduite en raison de la modification de la structure des questions afférentes au logement, qui contribuent au calcul de ce score. Cependant, le suivi au cours du temps des indicateurs de précarité (conditions de logement, de ressources et couverture santé) montre qu'il s'agit d'une tendance initiée au cours des exercices précédents et suggère que la part des usagers les moins fragiles socialement continue bien d'augmenter dans les files actives des CAARUD.

Les hommes sont légèrement plus précarisés que les femmes (score moyen de 3,2 contre 3,0*) mais l'écart est plus marqué en fonction de l'âge (score moyen de 3,6 pour les moins de 25 ans contre 3,1** parmi les 35 ans et plus). Ainsi, comme en 2012, la jeunesse est un facteur de précarité : les moins de 25 ans sont 2,6 fois plus touchés que les plus de 35 ans (41,9 % présentent une forte précarité contre 16,1 %** - figure 3).

Figure 3. Niveau de précarité en fonction du sexe et de l'âge en 2015 (en %)



Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

UNE PRÉCARITÉ PLUS OU MOINS FORTE SELON L'ENTOURAGE DE L'USAGER

Une étude approfondie du score de précarité a été menée au moyen d'analyses multivariées. Une régression logistique a été réalisée à partir de la variable précarité, rendue binaire en dichotomisant la catégorie intermédiaire. Toutes choses égales par ailleurs, la précarité apparaît fortement déterminée par l'âge et par la nature de l'entourage de l'utilisateur.

En effet, le score de précarité décroît à chaque année de vie supplémentaire. Les plus jeunes sont donc plus précaires (odds ratio ajusté : ORa = 0,98**). S'agissant de l'entourage, le fait d'être en couple est lié à un risque presque deux fois moindre de se trouver en situation de précarité^a. La vie avec un ou des membre(s) de sa famille (par exemple les parents) réduit également le risque de précarité (ORa = 0,21**). À l'inverse, vivre avec un/des ami(s) ou une autre personne constituerait un sur-risque pour l'utilisateur de se retrouver en situation de précarité (ORa = 1,87**).

Toutefois, ces résultats sont à interpréter avec prudence car les modèles n'intègrent pas de termes d'interaction entre variables alors même que l'âge constitue en soi un facteur susceptible de modifier l'entourage des usagers.

Variabes	Modalités	ORa
Âge	Numérique	0,98 **
	Homme	1
Sexe	Femme	0,8 ^{ns}
	Seul	1
Entourage	En couple	0,49**
	Avec un/des membre(s) de la famille	0,21**
	Avec un/des ami(s)	1,64**
	Avec d'autres personnes	1,87**

Note : ns= non significatif

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

^a En dépit du lien qui existe entre jeunesse et précarité et entre jeunesse et vie en couple.

Couverture sociale

Si la très grande majorité des usagers déclarent être affiliés à la Sécurité sociale, une hausse de la part des usagers non affiliés ou ignorant leur statut (19,6 % contre 13,0 %** en 2012) est observée, alors que celle-ci oscillait depuis 2006 entre 11 % et 13 %. Cette hausse est répartie dans toutes les classes d'âge, même si elle est plus nette chez les moins de 25 ans (+ 12 points). Les femmes et les plus de 35 ans sont proportionnellement plus nombreux à être couverts par la Sécurité sociale (respectivement 85,2 %** et 81,5 %** – tableau 5).

Parmi ces affiliés à la Sécurité sociale, 52,3 % déclarent être couverts par le biais de la couverture maladie universelle (CMU) et 11,9 % bénéficient de la prise en charge pour affection longue durée⁷ (ALD – les taux de réponse à ces questions secondaires sont néanmoins relativement faibles, de 40 % pour l'ALD à 67 % pour la CMU). Par ailleurs, plus de la moitié déclare bénéficier d'une couverture complémentaire, par le biais de la CMU complémentaire pour 60 % d'entre eux.

7. Pour information, 32 % des personnes ayant reçu un remboursement de l'Assurance maladie pour un médicament de substitution aux opiacés (MSO) en 2016 bénéficient d'une ALD. Dans deux tiers des cas, celle-ci est en lien avec un trouble psychiatrique. Un peu moins d'une ALD sur cinq (6 % des personnes prenant un MSO) correspond à la prise en charge d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) et une sur seize (2 % des personnes prenant un MSO) est liée au traitement pour infection par le virus du sida (VIH) (Brisacier, 2018).

Tableau 5. Couverture sociale des usagers en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Affilié à la Sécurité sociale	79,4	85,2	72,3	79,7	81,5	80,4
- CMU	52,2	52,8	54,1	54,3	50,9	52,3
- ALD	11,5	13,7	2,7	10,3	13,6	11,9
- CMU complémentaire	34,4	36,1	26,7	38,1	33,9	34,6
- Mutuelle	22,3	23,5	24,7	19,9	23,6	22,5
Non affilié à la Sécurité sociale	19,2	12,9	24,3	18,8	17,1	18,0
- Avec AME	6,1	1,6	3,0	4,2	6,1	5,3
- Sans AME	13,1	11,3	21,3	14,6	11,0	12,7
Ne sait pas	1,5	1,8	3,5	1,5	1,4	1,6

Note : Pour les affiliés à la Sécurité sociale, les situations ne sont pas exclusives les unes des autres, hormis dans le cas du cumul CMU complémentaire - mutuelle.

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

La proportion de personnes en ALD augmente logiquement avec l'âge (2,7 % des moins de 25 ans contre 13,6 %** des 35 ans et plus) mais il n'y a pas d'écart significatif selon le sexe ou l'âge concernant la couverture complémentaire. Par ailleurs, 21,3 % des jeunes déclarent n'avoir accès, au moment de l'enquête, à aucune protection santé (pas même à l'Aide médicale d'État, contre 13 % de l'ensemble), et 3,5 % ignorent s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale.

Parmi les non-affiliés à la Sécurité Sociale, seuls les étrangers en situation irrégulière peuvent prétendre à l'Aide médicale d'État (AME). Cette variable peut ainsi être utilisée comme indicateur indirect pour estimer a minima la part des usagers étrangers : ils seraient ainsi au moins 5,3 % en 2015, en très grande majorité des hommes et âgés de plus de 35 ans. Cet indicateur ne prend cependant pas en compte la part importante des usagers ne parlant pas ou pas suffisamment le français et qui n'ont pas pu remplir le questionnaire.

Logement

Le tableau 6 synthétise les données relatives au logement des usagers. En combinant les deux questions sur le type de logement et le temps que les usagers peuvent espérer passer dans ce logement actuel⁸ (voir description dans la partie « Analyses »), les situations des usagers ont été catégorisées. Un tiers des personnes enquêtées ont ainsi un logement stable, une situation plus fréquente chez les 35 ans et plus (36,4 %) que chez les jeunes de moins de 25 ans (21,6 %**, soit une proportion quasi-équivalente à celle des individus de cette classe d'âge qui déclarent être sans abri – tableau 6). À l'opposé, le logement précaire concerne 28,6 % des usagers interrogés en 2015.

8. La question du logement ayant été modifiée en 2015 par rapport à 2012, il est difficile d'effectuer une comparaison stricte des proportions de personnes en logement *durable* en 2012 (53 %) et de celles en logement *stable* en 2015 (33 %).

Plus de quatre usagers sur dix bénéficient de leur propre logement, ils sont un peu plus nombreux parmi les femmes et les plus de 34 ans ; 14,5 % sont logés chez des proches (famille ou amis) et près d'un quart vit en squat ou est sans abri. Les jeunes ont plus souvent recours à l'entourage familial ou amical (24,5 %) ou au squat (11,8 %* contre 8,9 % de l'ensemble), et sont plus concernés par le logement de fortune ou la rue. Un usager sur dix est hébergé en institution (foyer, centre d'hébergement d'urgence ou thérapeutique, prison...), les hommes étant plus fréquemment dans ce cas.

La tendance à la baisse, modérée mais régulière, de la part des usagers sans domicile fixe (SDF) ou vivant en squat semble se poursuivre (31,9 % en 2006, 27,1 % en 2012 et 24,6 % en 2015), notamment parmi les 35 ans et plus. Une large part de cette évolution est probablement en lien avec l'accroissement continu au sein de cette classe d'âge de la proportion des plus âgés, qui connaissent les conditions de vie les moins défavorables.

Parmi les plus jeunes, on note entre 2012 et 2015 une rupture avec la tendance observée depuis 2006 : la proportion de moins de 25 ans vivant dans leur propre logement ou chez des proches augmente assez nettement (56,4 % contre 48,7 %** en 2012). Cette évolution résulte probablement en partie de celle du « recrutement » des CAARUD, avec une population plus variée, mieux insérée socialement (la part des moins de 25 ans bénéficiant de revenus liés au travail est aussi en hausse), qui recourt à ces structures pour accéder facilement à du matériel de RdRD de plus en plus diversifié.

La part des usagers logés en institution ou dans une chambre d'hôtel (que ce soit de manière provisoire ou durable) tend aussi à reculer avec 13,4 % des enquêtés concernés en 2015 contre 15,6 % en 2012.

Tableau 6. Type de logement des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Dans votre logement	42,1	52,1	31,9	41,3	46,8	43,9
Chez des proches (famille/amis)	14,6	14,3	24,5	14,5	13,3	14,5
En institution	11,5	7,2	6,4	10,1	11,7	10,7
En camion, caravane	3,3	3,7	2,9	5,3	2,5	3,3
En squat	9,0	8,6	11,8	10,1	7,5	8,9
Dans une chambre d'hôtel	2,8	2,3	2,9	1,6	3,3	2,7
Sans abri (à la rue, logement de fortune)	16,6	11,6	19,6	16,7	14,7	15,7
Autre	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2
Logement stable	32,6	34,8	21,6	29,4	36,4	33,0
Logement semi-précaire	38,1	40,1	38,4	39,8	37,6	38,4
Logement précaire	29,4	25,0	40,0	30,8	26,0	28,6

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Mobilité résidentielle

Pour la première fois en 2015, la question de la mobilité des usagers a été posée, à travers le nombre de changements de ville d'habitation au cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus de sept répondants sur dix (71,2 %) n'ont pas modifié leur commune de résidence.

Les 28,8 % restants ont connu en moyenne 3 changements de commune (médiane : 2). Près de la moitié d'entre eux (12,9 % de l'ensemble des usagers) ont effectué entre deux et quatre déplacements, tandis que 1,7 % de l'ensemble déclare au moins dix changements dans l'année.

S'il n'existe pas d'écart entre les hommes et les femmes en termes de mobilité résidentielle, cette dernière augmente clairement avec la jeunesse et surtout avec le degré de précarité. Seuls 48,7 % des moins de 25 ans (contre 77,4 %** des 35 ans et plus) n'ont pas connu de changement de ville d'habitation et ils sont 11,2 % à en déclarer cinq ou plus dans l'année. La part des jeunes augmente avec le nombre de déplacements, mais reste toujours très minoritaire, compte tenu de la structure par âge de la file active des CAARUD. Par ailleurs, 81,3 % des personnes classées comme peu précaires n'ont pas changé de commune au cours de l'année contre 58,1 %** de ceux considérés comme fortement précaires.

DES PROFILS D'USAGERS « NOMADES »

Les situations de « nomadisme » recouvrent plusieurs types de contextes qu'une analyse plus approfondie pourrait préciser. En première approche, certaines peuvent correspondre à des déplacements au gré des opportunités d'emploi (saisonnier par exemple) voire de logement : 19 % des usagers ayant changé de commune au cours des 12 derniers mois vivent principalement de revenus liés à l'emploi (salaire ou allocations chômage), cette proportion est deux fois moindre à partir de cinq déplacements. Les moins de 25 ans sont les plus concernés, puisque 28,9 % d'entre eux sont dans ce cas et même 42,4 % pour un seul déménagement. Les usagers « mobiles » vivent ainsi d'autant plus de revenus liés à l'emploi qu'ils sont jeunes et que le nombre de déplacements est modéré (de un à quatre).

Lorsque celui-ci augmente, apparaissent des signes témoignant de situations d'errance qui sont particulièrement marquées chez les plus jeunes (Cadet-Taïrou, 2016 ; Cadet-Taïrou et al., 2015) : 42,1 % des usagers déclarant au minimum cinq déplacements dans l'année sont sans abri et 16,5 % vivent en squat, alors qu'ils ne représentent respectivement que 15,4 %** et 8,9 %* de l'ensemble des usagers. Si 45,7 % de ces usagers mobiles vivent de prestations sociales, ils sont sans ressources légales pour 44,5 % d'entre eux, dont les trois quarts déclarant vivre de la mendicité.

Bien qu'ils soient nettement moins nombreux que les précédents, apparaissent aussi des usagers dont la mobilité, plus modérée, relève vraisemblablement davantage d'un mode de vie alternatif plus ou moins choisi (déplacements en camion, par exemple, au gré des événements musicaux et des emplois saisonniers)(Rahis et al., 2010). Ainsi, les personnes déclarant vivre en camion ou en caravane sont 44,3 % à avoir changé de commune de résidence entre une et quatre fois au cours de l'année (contre 12,9 % pour l'ensemble des usagers). Enfin, à partir de deux déplacements, il est possible d'observer un lien entre mobilité résidentielle et consommation récente (dans les trente derniers jours) d'un produit considéré comme emblématique de la sphère festive (stimulants et hallucinogènes, hors cocaïne). Ce lien est essentiellement porté par les moins de 34 ans : 47,1 % d'entre eux en ont consommé au moins un contre 26,8 %** chez l'ensemble des usagers des CAARUD.

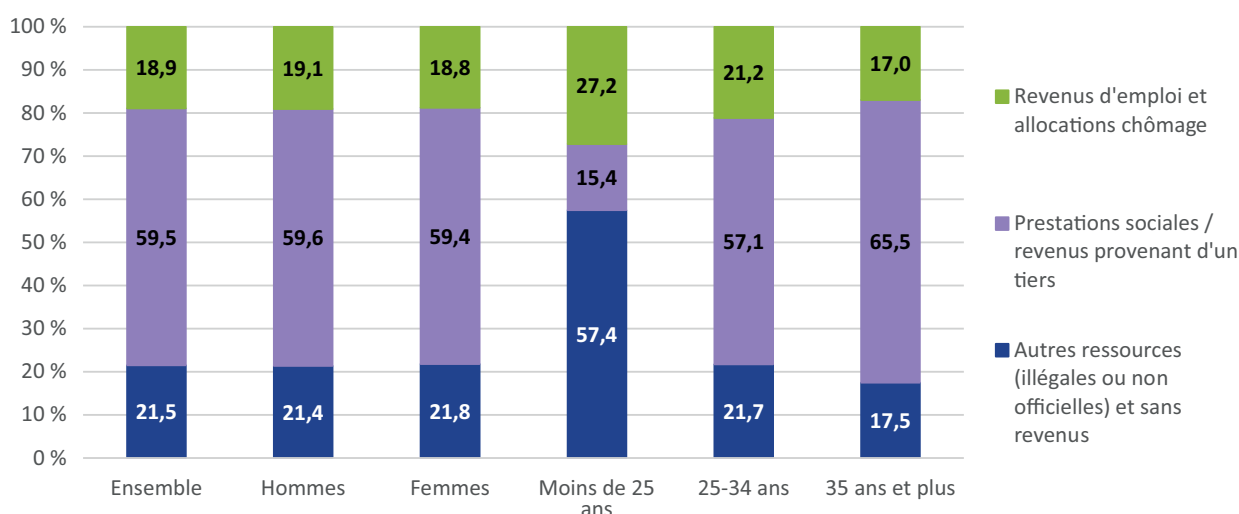
Quoiqu'il en soit, les déplacements itératifs sont synonymes de « nomadisme » également dans le recours aux CAARUD et la prise en charge s'en trouve assurément compliquée.

Ressources

Près de six usagers des CAARUD sur dix (59,5 % contre 56,6 %** en 2012) interrogés en 2015 bénéficient de prestations sociales (RSA, allocation adulte handicapé ou autres prestations) ou de ressources provenant d'un tiers. Un sur cinq (21,5 %) est sans revenus ou vit de ressources illégales, ce qui marque un recul important par rapport à 2012 (26,8 %**).

Toutefois, les moins de 25 ans se distinguent toujours nettement de leurs aînés. En effet, plus de la moitié d'entre eux déclare être sans revenus ou avoir des ressources illégales ou non officielles contre un usager sur cinq à partir de 25 ans (figure 4). Cette différence se fonde uniquement sur leur accès moindre aux prestations sociales (parce que certaines, comme le RSA, sont attribuées aux plus de 25 ans uniquement – sauf exception) puisque la proportion des jeunes ayant des revenus d'emploi ou des allocations chômage est la plus élevée des trois groupes (27,2 %**) et a augmenté par rapport à 2012 (18,7 %* en 2012). Cette évolution confirme le constat déjà établi de la présence d'usagers de moins en moins précaires dans les files actives des CAARUD, y compris au sein de cette tranche d'âge.

Figure 4. Ressources des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)



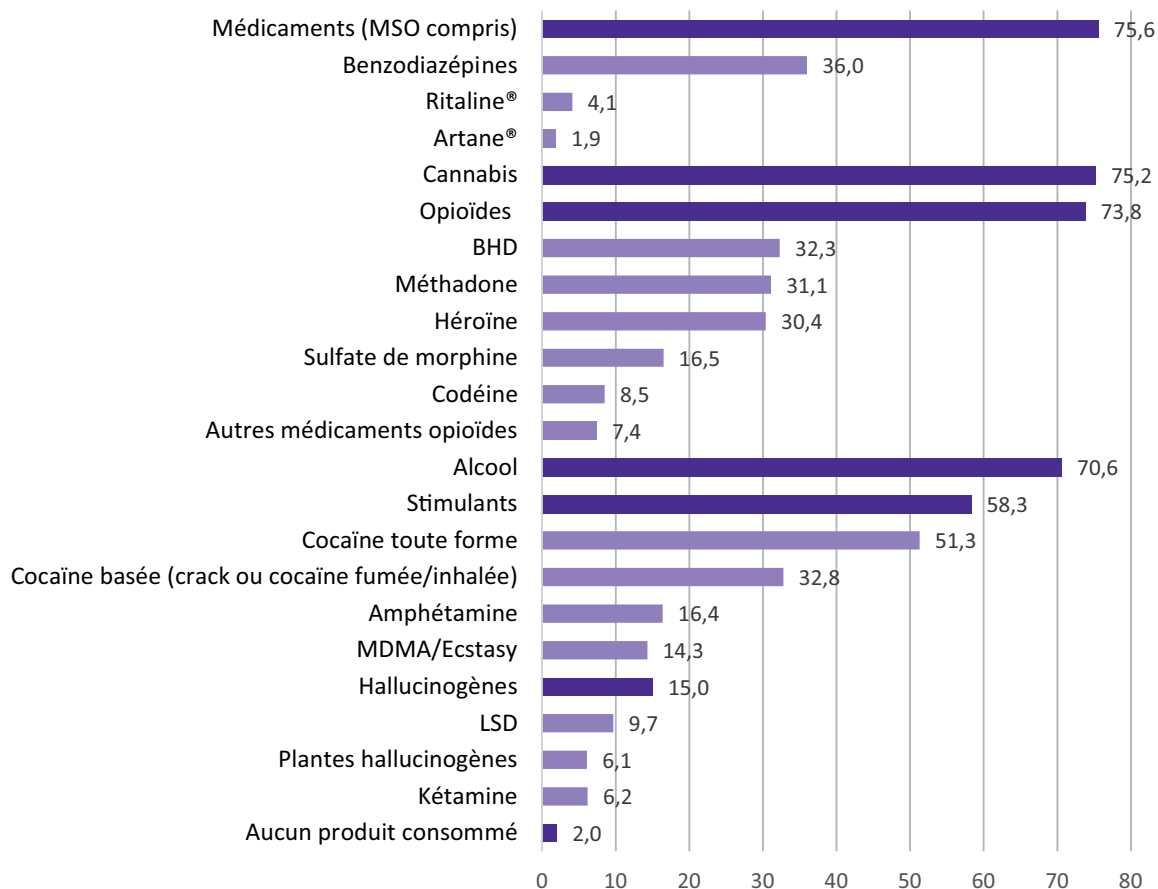
Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Consommations de produits psychoactifs au cours des 30 derniers jours

Prévalences, fréquences d'usage et voies d'administration

En 2015, les trois types de produits les plus consommés par les usagers des CAARUD au cours du mois précédant l'enquête restent le cannabis, les médicaments (médicaments de substitution aux opiacés – MSO – compris) et les opioïdes. L'alcool occupe également une place toujours prépondérante dans les consommations (figure 5).

Figure 5. Substances consommées par les usagers des CAARUD au cours du mois précédant l'enquête en 2015 (en %)



Note : Les médicaments (dont la méthadone, la buprénorphine et le sulfate de morphine) sont cités sans mention du type d'usage qu'en fait le consommateur (thérapeutique et/ou non) ou d'une obtention par prescription et/ou non. Le mésusage est en effet une notion multi-dimensionnelle qui ne peut être résumée simplement.

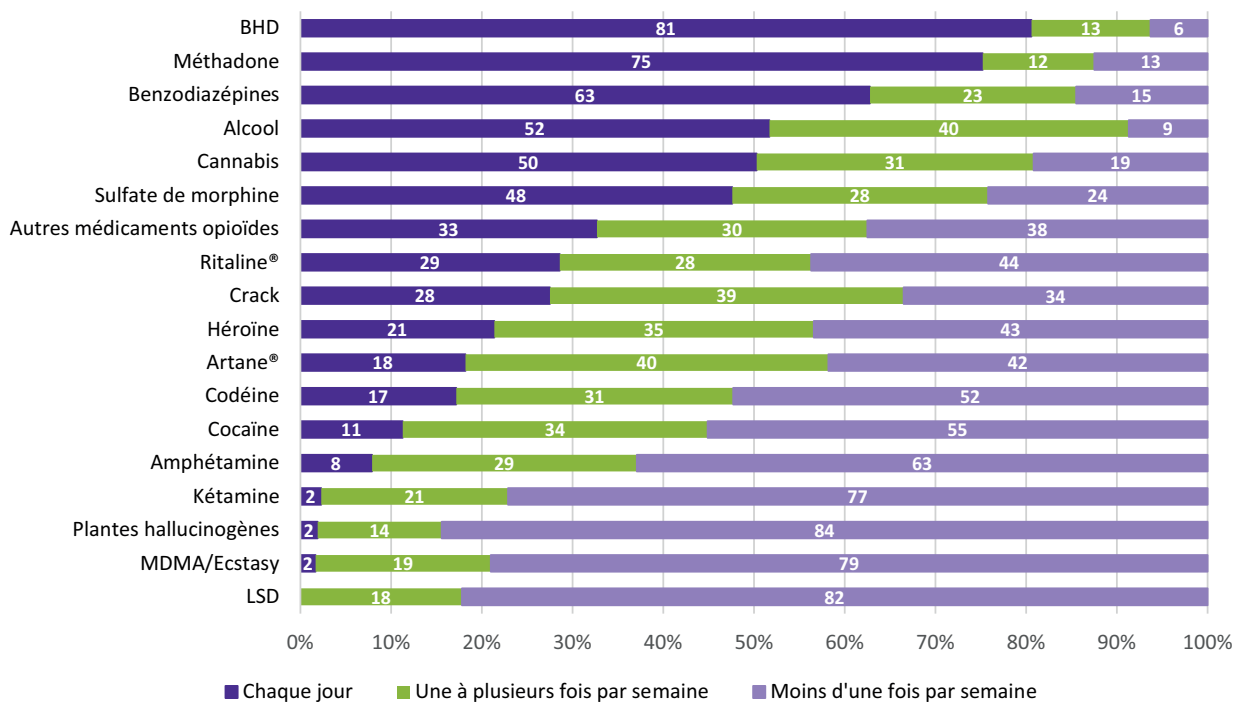
Note 2 : Des exemples de médicaments opioïdes autres que ceux pour la substitution aux opiacés ont été donnés dans le questionnaire ; il s'agit de tramadol, fentanyl... Il en a été de même pour les benzodiazépines : Valium®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Léxomil®, Xanax®, Stilnox®...

Note 3 : La catégorie « cocaïne toute forme » inclut la cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) et sous forme base (crack, free base, cocaïne inhalée/fumée). Les usagers sont 43,4 % à avoir déclaré la consommation récente de cocaïne ou free base et 21,0 % celle de crack (voir encadré de la partie « Stimulants »).

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

En termes de fréquence d'utilisation, les produits les plus consommés de façon journalière sont les MSO (buprénorphine haut dosage – BHD – et méthadone) et les benzodiazépines. L'alcool et le cannabis sont consommés quotidiennement par la moitié des usagers des CAARUD interrogés en 2015 (figure 6). À l'opposé, les substances caractéristiques de l'espace festif (MDMA/ecstasy, LSD, kétamine, plantes et champignons hallucinogènes) font plutôt l'objet de consommations ponctuelles, au gré de leur disponibilité pour l'utilisateur. Quant à l'héroïne, elle ne fait plus l'objet d'une consommation quotidienne que chez une minorité de ses usagers (un sur cinq), et ce depuis un certain nombre d'années.

Figure 6. Fréquence de consommation des substances chez les usagers récents de chacune d'entre elles⁹ en 2015 (en %)



Note : Le terme crack n'inclut ici que les usagers ayant spécifiquement déclaré avoir consommé ce produit et non les usagers ayant déclaré une consommation de cocaïne par voie fumée.

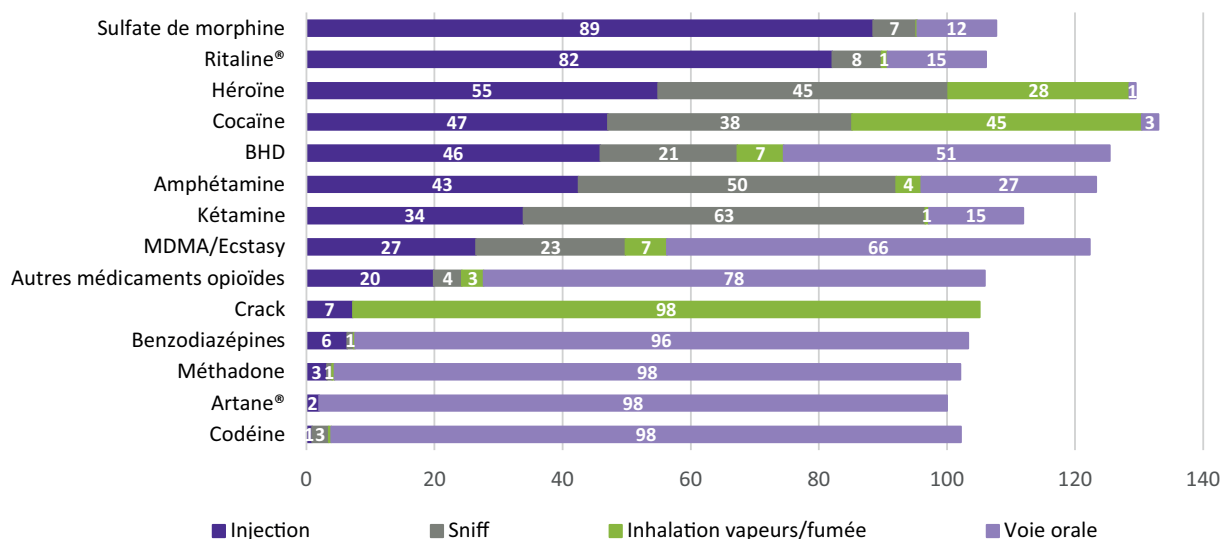
Note 2 : Dans le cadre des MSO, la fréquence d'usage conforme au cadre thérapeutique est la consommation quotidienne.

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Concernant les voies d'administration, les substances le plus souvent injectées par leurs usagers sont le sulfate de morphine (Moscontin/Skénan®) et le méthylphénidate⁹ (Ritaline®). Respectivement 88,5 % et 82,1 % des usagers de ces produits y ont recouru au cours du mois précédant l'enquête. À l'inverse, l'injection est utilisée de manière très marginale pour les médicaments codéinés, le trihexyphénidyle (Artane®) et la méthadone, qui sont quasi-exclusivement consommés par voie orale, comme les benzodiazépines.

9. Le nombre d'usagers de méthylphénidate (Ritaline®) et de trihexyphénidyle (Artane®) étant réduit (respectivement 127 et 58), il convient d'être prudent, pour l'ensemble du rapport, dans l'interprétation des chiffres détaillés relatifs à ces produits.

Figure 7. Modes d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) en 2015



Lecture : sur 100 usagers récents de sulfate de morphine (Moscontin/Skénan®), 89 l'ont injecté, 7 l'ont sniffé et 12 l'ont inhalé (total supérieur à 100 % en raison de l'utilisation possible de plusieurs modes par un même consommateur).

Note : Le terme crack n'inclut ici que les usagers ayant spécifiquement déclaré avoir consommé ce produit et non les usagers ayant déclaré une consommation de cocaïne par voie fumée. Pour le chlorhydrate de cocaïne (forme poudre), 59 % des usagers l'ont injecté, 48 % l'ont sniffé et 3 % déclarent l'avoir consommé par voie orale. Pour la forme basée (crack ou cocaïne fumée), 99 % la fument et 5 % l'injectent.

Note 2 : Concernant la BHD, le terme « voie orale » doit s'entendre comme « voie sublinguale ».

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Cannabis et alcool

Le cannabis et l'alcool apparaissent toujours parmi les produits les plus consommés au cours du mois précédant l'enquête : en 2015, 90,8 % des usagers consomment de l'alcool et/ou du cannabis, et plus de la moitié (55,0 %) consomment les deux (tableau 7). Régulièrement soulignée par les professionnels, la consommation d'alcool est suivie dans le cadre de l'enquête depuis 2008. On constate en 2015 une augmentation de l'usage d'alcool dans le mois (70,6 %** contre 65,5 % en 2012 et 63,0 % en 2010) et de celui de cannabis (75,2 %* contre 72,8 %). Plus de un usager des CAARUD sur dix interrogés rapporte que ces produits sont les seuls consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Les hommes sont plus souvent consommateurs d'alcool et de cannabis à la fois (56,8 % contre 47,0 %**), mais également usagers exclusifs de ces deux substances (11,6 % contre 6,4 %**). Concernant l'âge, les moins de 25 ans en sont plus souvent usagers que les 35 ans et plus, qu'il s'agisse d'au moins l'un des deux produits, des deux à la fois ou de leur consommation exclusive (16,4 % contre 10,2 %**), reflétant des « carrières » de consommations différentes. Plus de la moitié des buveurs et des fumeurs de cannabis en consomment quotidiennement, une proportion stable par rapport à 2008 et 2012.

Tableau 7. Consommation récente d'alcool et de cannabis parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Consommation d'alcool ou de cannabis	91,2	89,1	95,0**	93,7	89,0	90,8
Consommation d'alcool et de cannabis	56,8	47,0**	63,2**	59,4	52,0	55,0
Consommation uniquement d'alcool ou de cannabis	11,6	6,4**	16,4**	7,7	11,5	10,8

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

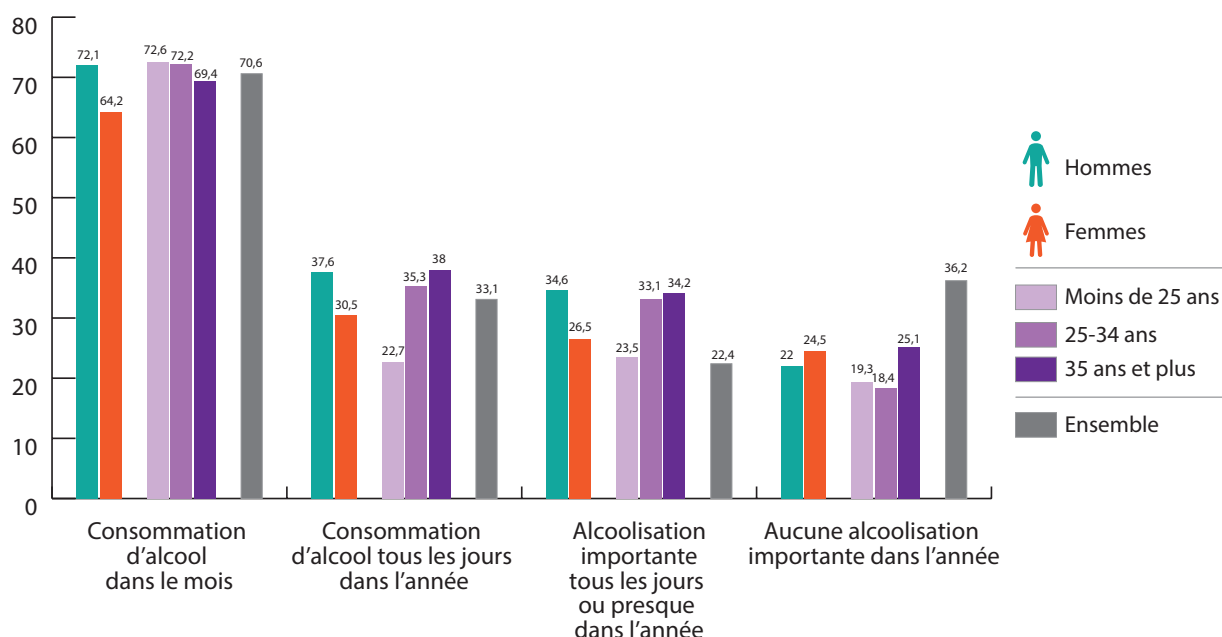
En 2015, des questions spécifiques sur la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois avant l'enquête ont été posées. Les questions étaient adaptées du test de l'AUDIT-C, version abrégée de l'Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) pour permettre d'éventuelles comparaisons ultérieures avec les données d'autres populations (Com-Ruelle *et al.*, 2005).

Plus du tiers des usagers des CAARUD disent avoir pris de l'alcool tous les jours au cours de la dernière année et presque autant déclarent une alcoolisation importante (l'équivalent de 6 verres ou plus en une seule occasion) quotidienne sur cette même période (figure 8). Un usager sur deux signale au moins une alcoolisation importante chaque semaine. À l'instar de ce qui est observé dans la population française pour ce comportement, la part des hommes est prédominante, mais une proportion non négligeable de femmes consomme massivement. Ainsi, au cours de la dernière année, 30,5 % des usagères des CAARUD en ont consommé tous les jours (contre 37,6 %** de leurs homologues masculins) et plus de une sur quatre déclare une alcoolisation importante quotidienne (contre 34,6 % des usagers).

En matière d'écarts selon l'âge, on observe une plus forte part d'abstinents dans l'année chez les 35 ans et plus, mais aussi une proportion plus importante de personnes déclarant boire de l'alcool tous les jours (38,0 % des plus de 34 ans contre 22,7 %** des moins de 25 ans). Il en va de même pour les alcoolisations importantes, où les positions extrêmes (jamais dans l'année et tous les jours ou presque) sont plus fortement représentées chez les 35 ans et plus (figure 8).

Si les usages de cannabis dans le mois diffèrent peu selon le sexe, y compris en termes de fréquence, il y a, comme dans l'ensemble de la population française, un net gradient selon l'âge : 85,6 % des moins de 25 ans en ont consommé dans le mois contre seulement 71,6 %** des 35 ans et plus (plus précisément, 86,8 % des moins de 20 ans contre 60,9 % des 50 ans et plus, avec une baisse régulière à chaque classe d'âge quinquennale). En termes de fréquence, les plus jeunes sont plus souvent des consommateurs quotidiens de cannabis que les 35 ans et plus (68,3 % des usagers de moins de 25 ans contre 46,0 %** – tableau 8).

Figure 8. Consommation d'alcool selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)



Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Tableau 8. Consommation de cannabis selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)

	Hommages	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Consommation dans le mois	76,0	71,9	85,6	80,8	71,6**	75,2
Consommation quotidienne	50,6	47,8	68,3	53,6	46,0**	50,3

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Médicaments

Qu'il s'agisse des MSO ou des autres médicaments, la question de leur consommation dans le mois n'a volontairement pas séparé a priori les usages conformes et non conformes au cadre thérapeutique. En effet, cette notion pluridimensionnelle, souvent nommée mésusage, n'intègre pas les mêmes situations pour tous (injection, recours au marché de rue, motivations autres que le soin...), et celles-ci sont souvent entremêlées ou alternées chez un même usager, rendant toute qualification globale de l'usage peu fiable (INSERM, 2012). L'enquête ENa-CAARUD mesure ainsi simplement les évolutions des prévalences de consommation des médicaments au cours des exercices successifs. Cette approche est complétée en documentant à intervalles réguliers quelques indicateurs d'écart à la norme thérapeutique.

L'enquête 2015 a ainsi fait l'objet d'une interrogation plus approfondie que les dernières éditions¹⁰ sur les consommations de médicaments, qu'il s'agisse de MSO ou d'autres types¹¹, avec des questions pour éclairer les usages non conformes au strict cadre thérapeutique à travers le mode d'usage, les effets recherchés (figure 9) et l'obtention ou non par prescription de chacune des molécules (figure 10).

En dehors des MSO (BHD et méthadone) et du sulfate de morphine, traités dans ce rapport avec les opioïdes (voir partie suivante) bien qu'ils soient aussi des médicaments, les benzodiazépines sont les médicaments les plus consommés par les usagers interrogés en 2015 : près de quatre sur dix (36,0 %) en ont consommé dans le mois, une proportion qui a connu une nette augmentation par rapport à 2012 (30,5 %**), après une croissance relativement modérée entre 2008 et 2012 (figure 11). Près des deux tiers (62,8 %) des consommateurs récents en ont fait un usage quotidien. Cette part se stabilise en 2015, alors qu'elle avait beaucoup augmenté entre 2008 et 2012, passant de 56,9 % à 62,5 %* d'usagers journaliers.

Alors que dans l'ensemble de la population, les femmes tendent à être plus consommatrices de benzodiazépines que les hommes, il n'y a pas d'écart selon le sexe au sein du public accueilli dans les CAARUD (tableau 9). En revanche, l'usage est plus fréquent au fur et à mesure de l'avancée en âge : les individus âgés d'au moins 34 ans sont plus nombreux à en consommer et le cas échéant, bien plus à le faire de façon journalière (67,5 %** d'usagers quotidiens contre 33,3 % chez les moins de 25 ans). Par ailleurs, il semble que cet usage ait plus souvent une visée thérapeutique. Ainsi, ces usagers recourent moins à l'injection (3,7 % contre 11,5 %** des moins de 35 ans) et indiquent moins souvent consommer pour « se défoncer » (18,9 % contre 28,4 %**) mais davantage pour se soigner (67,2 % contre 56,9 %*), avec une obtention par prescription plus marquée que chez les moins de 35 ans (81,3 % contre 73,7 %**).

La consommation récente de médicaments codéinés (antitussifs ou antalgiques sous forme de sirops ou de comprimés) concerne 8,5 % des usagers des CAARUD en 2015, contre 6,7 %** en 2012. S'il n'y a pas de différence selon le sexe, elle est en revanche plus fréquente chez les moins de 35 ans, sans qu'aucune modalité d'usage (voies d'administration, effets recherchés...) ne se détache significativement au sein de cette classe d'âge. L'usage de codéine comme produit substitutif (lorsqu'elle est prise en grande quantité), devenu marginal avec la diffusion des TSO (Cadet-Taïrou *et al.*, 2010b), a reflué jusqu'à la fin des années 2000 parmi les usagers des CAARUD (5 % en 2010) pour reprendre très progressivement.

10. Ce travail avait été réalisé à partir de l'enquête PRELUD de l'OFDT en 2006, qui n'était pas alors exhaustive (INSERM, 2012).

11. La kétamine n'est ici pas considérée comme un médicament mais comme un hallucinogène synthétique.

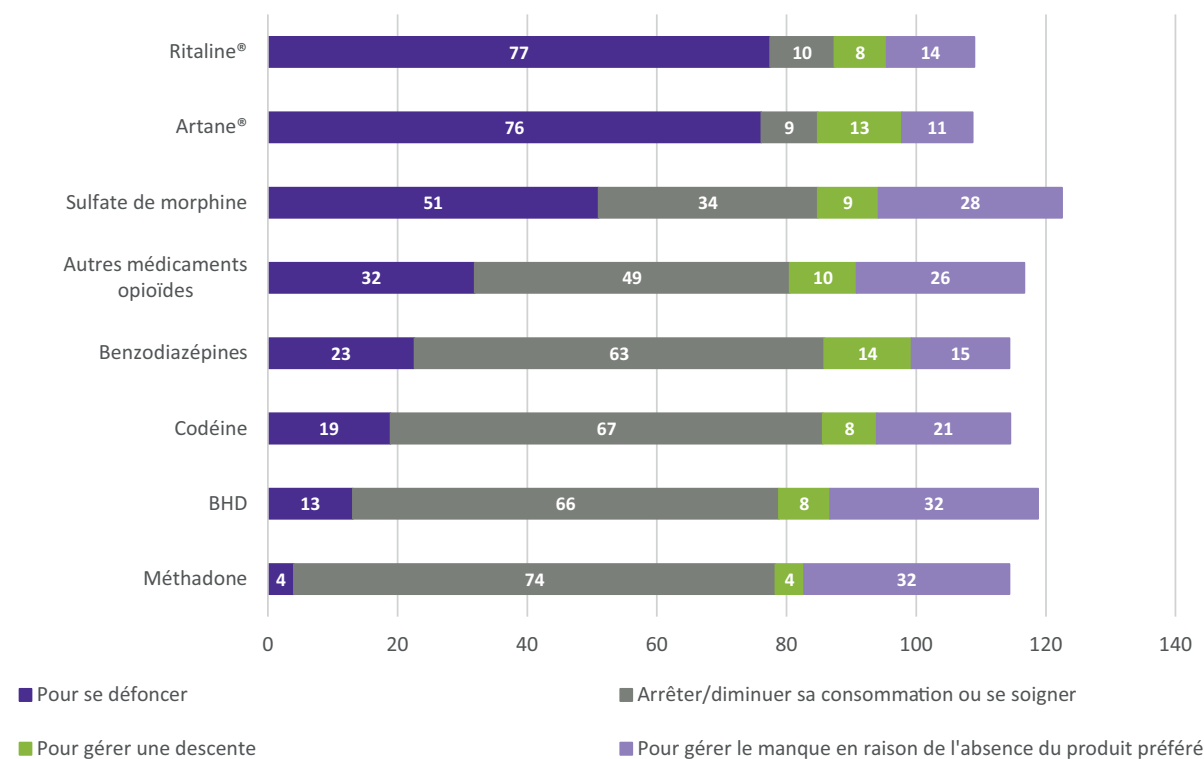
Tableau 9. Consommations des différents médicaments durant les 30 jours précédant l'enquête selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus
BHD	33,8	26,3**	22,4**	31,7	33,8
Méthadone	30,2	34,9*	20,4**	35,6	30,3
Sulfate de morphine	16,0	19,0	20,9	21,3	13,6**
Autres médicaments opioïdes	7,1	8,4	10,9	7,7	6,8
Benzodiazépines	36,1	35,4	31,3	33,7	38,0*
Codéine	8,1	10,5	10,0	10,4	7,4*
Ritaline®	4,1	4,3	2,5	4,3	4,1
Artane®	1,9	1,8	7,5**	1,6	1,4

Note : Les médicaments sont cités sans mention du type d'usage qu'en fait le consommateur (thérapeutique ou non) ou d'une obtention par prescription ou non.

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Figure 9. Effets recherchés lors de la consommation des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) en 2015



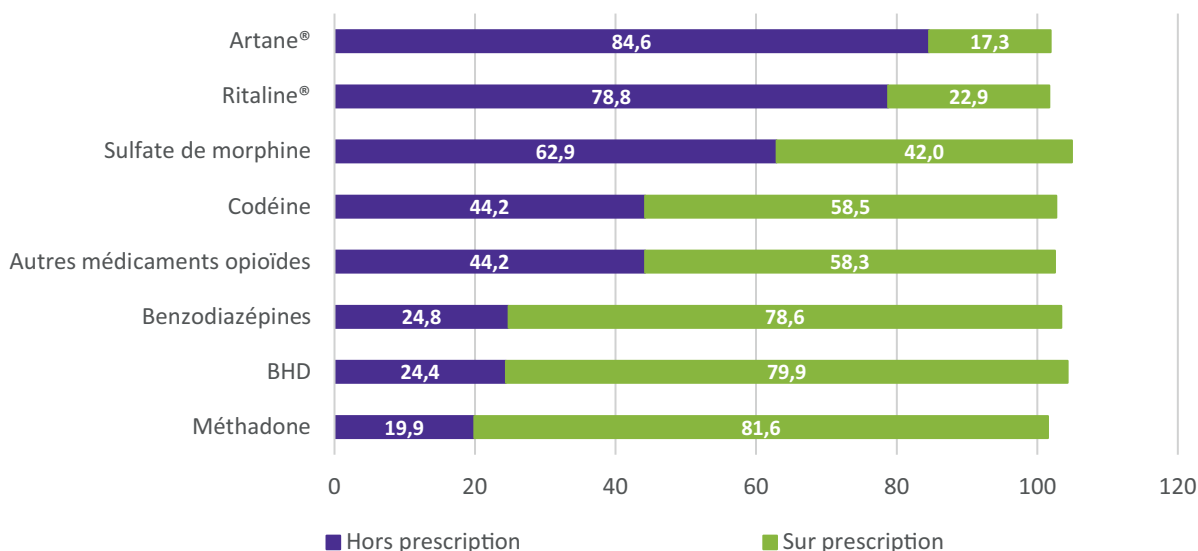
Lecture : sur 100 usagers récents de Ritaline®, 77 l'ont consommée pour « se défoncer », 10 pour arrêter ou diminuer leur consommation ou pour se soigner, 8 pour gérer une descente et 14 pour gérer le manque d'un autre produit (total supérieur à 100 % en raison de plusieurs effets potentiellement recherchés par un même consommateur).

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Le méthylphénidate (Ritaline®) et le trihexyphénidyle (Artane®) ont été consommés durant le mois précédant l'enquête par respectivement 4,1 % et 1,9 % des personnes rencontrées dans les CAARUD en 2015. Ce sont les substances les moins utilisées de celles proposées par le questionnaire mais elles sont aussi celles pour lesquelles les usagers déclarent le plus souvent un objectif de « défonce » (à plus de 75 %), au détriment d'un but thérapeutique. Ce sont aussi ces deux médicaments qui sont le moins fréquemment obtenus par prescription médicale. L'usage de méthylphénidate reste particulièrement concentré dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, avec 22,3 % d'usagers récents), mais apparaît également dans les régions de l'ouest, de l'Occitanie à la Normandie, jusqu'à la région Rhône-Alpes-Auvergne et en Bourgogne-Franche Comté (entre 3 % et 9 %).

L'usage de trihexyphénidyle est très spécifique à un territoire, La Réunion, où la problématique est bien connue depuis les années 1970. Ainsi, en 2015, un tiers des usagers des CAARUD réunionnais en a consommé durant le mois précédent. Dans les régions métropolitaines, l'usage d'Artane® a pratiquement disparu, même en région PACA où il a persisté assez longtemps (Cadet-Tairou *et al.*, 2010b). Il reste observé de manière marginale en Île-de-France, en particulier parmi les usagers venant du Maghreb (où sa consommation est plus commune) et les usagers de crack, et réapparaît ponctuellement dans certaines régions, sans que les niveaux d'usage ne dépassent 2 %.

Figure 10. Cadre de prescription des médicaments utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque produit) en 2015



Lecture : sur 100 usagers récents d'Artane®, 85 l'ont obtenu hors prescription et 17 sur prescription (total supérieur à 100 % car un même consommateur peut obtenir le produit à la fois dans le cadre d'une prescription et en dehors).

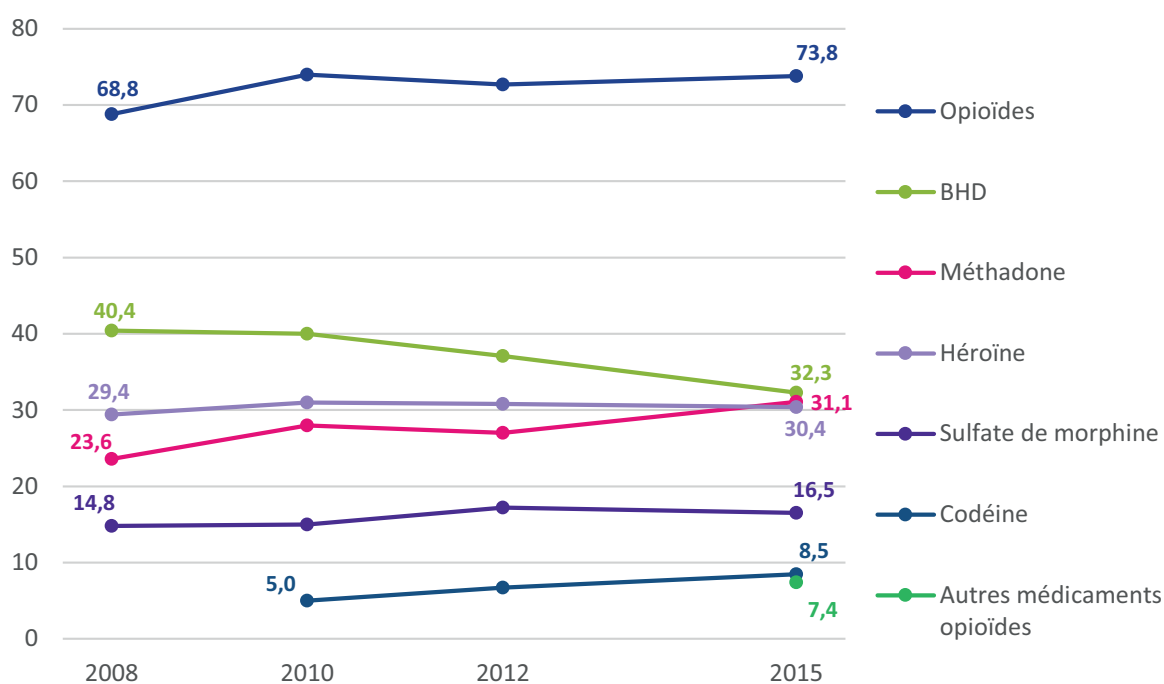
Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Opioides

Globalement, l'usage de méthadone (thérapeutique ou non) continue de progresser au détriment de la BHD. Ceci s'explique en partie par le fait que cette molécule est davantage prescrite dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (Brisacier, 2018). Les consommations de sulfate de morphine augmentent également entre 2008 et 2015 (figure 11).

La buprénorphine reste l'opioïde le plus consommé durant le mois précédant l'enquête (32,3 %) mais la prévalence d'usage récent est en baisse par rapport à 2008 (40,4 %**). Son utilisation est quotidienne dans quatre cas sur cinq (80,5 %), ce qui est un peu plus qu'en 2008 et 2012, et elle se fait principalement par voie orale (50,9 %) et par injection (45,9 %, en net recul depuis 2008 : 56,4 %**).

Figure 11. Évolution des consommations d'opioïdes au cours du mois précédant l'enquête par les usagers des CAARUD, entre 2008 et 2015 (en %)



Note : Les médicaments sont cités sans mention du type d'usage qu'en fait le consommateur (thérapeutique ou non) ou d'une obtention par prescription ou non.

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010, 2012 et 2015 (OFDT)

Parmi les 979 usagers de BHD dans le mois pour lesquels on dispose de l'information (sur 996 au total), 724 indiquent bénéficier d'un suivi médical dans le cadre d'un TSO impliquant la BHD (Suboxone® inclus¹²), soit 77,4 % (contre 78,4 % en 2012). Parmi ceux qui indiquent avoir obtenu tout ou partie de la BHD consommée dans le mois par prescription, 93,7 % déclarent suivre un TSO par BHD. Ainsi, seule une faible part des usagers indiquent obtenir des prescriptions ponctuelles ou considérer qu'ils ne sont pas dans un cadre thérapeutique ou

12. Le Suboxone®, qui allie buprénorphine haut dosage et naloxone, permet de rendre l'injection plus désagréable qu'avec la seule BHD, en créant un effet de manque.

de suivi médical. Enfin, 6,9 % des usagers en traitement par BHD l'ont obtenue partiellement ou totalement hors prescription.

Néanmoins, la BHD fait fréquemment l'objet d'usages non conformes (UNC) à ce qui est attendu dans le cadre thérapeutique, y compris lorsque ses usagers sont impliqués dans un TSO sous supervision médicale : 62,0 % seraient dans une situation au moins ponctuelle d'UNC¹³, confirmant la frontière poreuse entre usage thérapeutique et conduite addictive (Milhet *et al.*, 2017).

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir consommé de la BHD dans le mois (33,8 % contre 26,3 %**), plus souvent par voie sublinguale (52,5 % contre 40,8 %*) et moins par injection (43,8 % contre 57,7 %**). Par ailleurs, les moins de 25 ans sont moins nombreux à en avoir pris dans le mois (22,4 % contre 33,8 %** des 35 ans et plus) et à une moindre fréquence ; quand ils l'ont fait, c'est plus souvent par injection au dépend de la voie orale (respectivement 41,9 % et 55,8 % contre 57,1 %** et 39,8 %** après 34 ans), autant d'éléments qui laissent supposer des usages détournés plus fréquents parmi ces jeunes.

La méthadone a été consommée durant les 30 jours avant l'enquête par 31,1 % des usagers des CAARUD interrogés en 2015 (contre 23,6 %** en 2008 et 27,0 %** en 2012), pour les trois quarts à un rythme quotidien et quasi-exclusivement par voie orale, l'injection restant une pratique rare (3,1 % des usagers de méthadone).

Tableau 10. Consommations des différents produits (hors alcool, cannabis et médicaments) dans les 30 jours précédant l'enquête selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus
Cocaïne toute forme	49,7	54,2	49,3	54,7	48,5
Cocaïne basée (crack et cocaïne fumée)	31,7	34,5	32,2	33,0	32,0
Héroïne	29,8	33,1	29,9	39,2**	26,2
MDMA/ecstasy	13,9	16,2	28,4	21,4	9,2**
Amphétamine	16,5	15,7	27,9	21,5	12,5**
Kétamine	6,6	4,6	11,9	8,9	4,1**
LSD	10,1	8,2	15,4	14,5	6,8**
Plantes hallucinogènes	6,7	3,7*	9,5	8,5	4,5**

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Note : Si on considère l'ensemble cocaïne/free base ou uniquement le crack, les chiffres sont les suivants :

Cocaïne/free base	41,3	46,3*	45,8	49,7	38,0**
Crack	20,9	21,4	18,9	18,8	22,5

13. L'UNC est défini dans ce rapport par le fait d'avoir consommé un médicament par injection et/ou dans le but de « se défoncez » et/ou de l'avoir obtenu pour tout ou partie hors prescription. Dans le cas de la BHD, le sniff est aussi un élément permettant de qualifier un usage comme non conforme.

Parmi les 934 usagers de méthadone dans le mois pour lesquels on dispose de l'information (sur 958 au total), 736 indiquent bénéficier d'un suivi médical dans le cadre d'un TSO impliquant la méthadone, soit 78,8 % (contre 74,8 %* en 2012). Parmi ceux qui indiquent avoir obtenu tout ou partie de la méthadone consommée dans le mois par prescription, la quasi-totalité (95,5 %) déclare suivre un TSO par méthadone. Par ailleurs, seuls 3,1 % des usagers en traitement par méthadone l'ont obtenue partiellement ou totalement hors prescription.

Contrairement à la BHD, la méthadone conserve un statut de médicament et fait moins souvent l'objet d'UNC, particulièrement par ceux qui suivent un TSO dans un cadre médical : seuls 6,8 % de ces usagers sont concernés, soit 9 fois moins que pour la buprénorphine.

Les femmes sont plus nombreuses à avoir consommé de la méthadone dans le mois (34,9 % contre 30,2 %**), mais rien ne les démarque des hommes concernant la fréquence ou la voie d'administration. Les moins de 25 ans sont en revanche moins consommateurs que les plus âgés, parce que moins souvent suivis médicalement dans le cadre d'un TSO (voir partie « Traitements de substitution aux opiacés »). Ils sont toutefois six sur dix (contre 78,6 %* des 35 ans et plus) à prendre quotidiennement de la méthadone.

Quant à l'héroïne, elle a été consommée au cours des 30 derniers jours par trois usagers sur dix en 2015 (30,4 %, une proportion stable par rapport à 2008 : 29,4 %), qui en prennent quotidiennement dans seulement un cas sur cinq (21,4 %, les femmes un peu plus que les hommes : 28,8 % contre 19,5 %*). L'injection d'héroïne concerne autant d'usagers qu'en 2012, alors qu'elle régressait depuis 2008¹⁴ au profit de la voie sniffée et de l'inhalation à chaud (« chasse au dragon¹⁵ »). Ces deux modes d'administration sont moins utilisés en 2015 (respectivement 45,1 % et 28,3 % des usagers récents d'héroïne, contre 51,6 %** et 31,6 %* en 2012). La prévalence et les modes d'usage ne diffèrent pas selon le sexe.

En revanche, l'héroïne est davantage consommée par les moins de 35 ans (en particulier les 25-34 ans : 39,2 % – voir tableau 10), qui sont aussi plus nombreux à le faire par inhalation (33,4 % contre 24,1 %**). Cette particularité résulte probablement à la fois d'une mauvaise image de l'injection (associée au « junkie » chez les jeunes générations), du passage par l'espace festif alternatif (où ce mode de consommation est fréquent) d'une part de ces jeunes usagers, mais aussi des stratégies de réduction des risques prônées par les associations depuis plusieurs années de recourir à cette voie d'administration plutôt qu'à l'injection. Celles-ci trouveraient un certain écho, singulièrement auprès des plus jeunes.

La consommation de sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®), parfois prescrit comme MSO bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication, s'est accrue par rapport à 2008 (16,5 % contre 14,8 %** en 2008 et 17,2 % en 2012). Près de la moitié de ces usagers (47,6 %) en consomment quotidiennement et 88,6 % par injection, une proportion en augmentation par rapport à 2012 (84,3 %*).

Parmi les 488 usagers de sulfate de morphine dans le mois pour lesquels on dispose de l'information (sur 509 au total), seuls 116 indiquent bénéficier d'un suivi médical dans le cadre d'un TSO impliquant le sulfate de morphine, soit 23,8 %, ce qui confirme l'importance des UNC par le public des CAARUD en 2015, quels que soient le sexe et l'âge.

14. Entre 2012 et 2015, l'utilisation de l'injection par les usagers d'héroïne dans le mois est restée quasiment identique (51,0 % en 2012 et 55,0 % en 2015, écart non significatif).

15. Pratique consistant à inhaler les vapeurs produites par le chauffage (sans combustion) d'une substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium, à l'aide d'un briquet.

Les plus de 34 ans sont moins souvent consommateurs de ce produit (13,6 % contre 21,3 %** des 25-34 ans) mais tendent à le faire plus souvent par voie orale, celle prévue dans l'AMM (16,5 % contre 7,6 %*).

Stimulants

En 2015, près de six usagers sur dix (58,3 %) déclarent avoir consommé au moins un stimulant au cours du mois précédant l'enquête. L'usage de cocaïne, sous quelque forme que ce soit, concerne 51,3 % des individus interrogés en 2015 et suit une courbe ascendante depuis 2010 (41,0 %**). Cette diffusion, en dépit d'une augmentation de 25 % du prix moyen du gramme de cocaïne entre 2010 et 2015, est sous-tendue par l'élévation continue de la pureté du produit au détail depuis 2012 et surtout, au cours de ces dernières années, par les efforts marqués des dealers pour accroître son accessibilité auprès des plus précaires en adaptant les unités de vente (Cadet-Taïrou *et al.*, 2016).

La consommation de la forme basée, autant sous le nom de crack¹⁶ que de free base¹⁷, concerne une part toujours plus importante de ces usagers : en 2015, près d'un tiers (32,8 %) du public des CAARUD a consommé de la cocaïne basée.

COCAÏNE BASÉE, CRACK ET FREE BASE

Crack et free base font référence au même principe actif, de la cocaïne sous sa forme chimique base (Gandilhon *et al.*, 2013 ; Pfau et Cadet-Taïrou, 2018), mais chacun est issu d'une histoire différente (les ghettos noirs américains pour le crack vs le mouvement alternatif techno pour le free base) et doté souvent encore de représentations opposées (un sous-produit de la cocaïne pour le crack vs une cocaïne purifiée pour le free base). Le free base continue a priori à faire l'objet d'une fabrication plus artisanale que le crack, seul à faire l'objet d'un vrai marché, installé au nord-est de Paris depuis une trentaine d'années. Au nom de cette identité chimique, jusqu'en 2010, le questionnaire ENa-CAARUD a interrogé d'une part la consommation de cocaïne et d'autre part celle de crack/free base. Or, les analyses menées sur les données de l'édition 2010 ont montré que non seulement une grande partie des personnes indiquant avoir fumé de la cocaïne^a au cours du mois précédent ne se déclaraient pas usagers de crack/free base mais aussi qu'ils avaient des profils différents. L'écart observé était relativement faible en Île-de-France, mais majeur dans certaines régions où l'usage de cocaïne basée découle clairement de celui de cocaïne sous forme poudre et où les CAARUD sont fréquentés par une part significative d'usagers dont le profil de consommation atteste d'une proximité avec l'espace festif alternatif (free parties...). On constate d'ailleurs que sur dix personnes déclarant un usage de crack en métropole, sept sont franciliennes et que sur dix personnes déclarant consommer de la cocaïne par voie fumée, huit sont provinciales. Des données qualitatives ont également permis de constater que certains usagers de cocaïne chlorhydrate initiés secondairement à la voie fumée se disent d'abord usagers de cocaïne et ne se reconnaissent pas dans l'item crack/free base (Reynaud-Maurupt et Hoareau, 2010).

Ainsi, depuis 2012, le questionnaire interroge séparément la consommation du crack ; les usages de free base le sont avec la cocaïne (cocaïne fumée, inhalée). L'item cocaïne/free base est ainsi censé correspondre à de la cocaïne achetée sous forme chlorhydrate et basée par l'usager ou ses proches.

^a La cocaïne sous forme chlorhydrate est également parfois fumée, dans un joint de cannabis ou une cigarette, mais cette pratique, source d'un adoucissement important des effets, est considérée comme extrêmement minoritaire parmi les usagers des CAARUD.

16. Cocaïne vendue directement basée sur le marché du crack, uniquement présente en Île-de-France et en Antilles-Guyane.

17. Cocaïne en général basée artisanalement par des usagers ou leurs proches, en petite quantité.

Si aucun écart significatif de prévalence selon le sexe et l'âge n'est observé pour le crack seul ou même pour l'ensemble « cocaïne basée », c'est en revanche le cas pour la cocaïne sous toutes ses formes et surtout pour l'ensemble cocaïne/free base, particulièrement en fonction de l'âge : 45,8 % des moins de 25 ans et 49,7 % des 25-34 ans en ont consommé dans le mois contre 38,0 %** des 35 ans et plus, laissant deviner un attrait particulier pour la forme chlorhydrate parmi les plus jeunes.

La consommation de MDMA/ecstasy dans le mois concerne 14,3 % des personnes enquêtées en 2015, accentuant la tendance à la hausse observée depuis 2008 (10,6 % en 2008 et 12,3 %** en 2012), alors que celle d'amphétamine est déclarée par 16,4 % des usagers. La première est consommée moins d'une fois par semaine dans huit cas sur dix (79,0 %) et de façon quotidienne pour 1,7 % de ses usagers alors que pour la seconde, près de 8 % des consommateurs déclarent en prendre chaque jour (contre 3,4 %** en 2008). En effet, alors que la MDMA/ecstasy est clairement un produit issu de la sphère festive, l'amphétamine fait partie dans certaines régions de la palette habituelle des produits consommés par les plus précaires.

L'âge influe sur ces consommations : ainsi, 28,4 % des moins de 25 ans déclarent un usage de MDMA/ecstasy dans le mois (27,9 % pour l'amphétamine) contre 9,2 %** des plus de 34 ans (et 12,5 %** pour l'amphétamine).

Hallucinogènes

Plus de un usager sur sept (15,0 %) déclare avoir consommé au moins un hallucinogène au cours du mois précédant l'enquête, principalement le LSD (9,7 % contre 7,2 %** en 2012). La kétamine et les plantes (dont champignons) hallucinogènes ont quant à elles été consommées récemment par respectivement 6,2 % et 6,1 % des usagers. Fortement liée à l'univers festif alternatif, la consommation de ces produits est majoritairement occasionnelle (plus des trois quarts l'ont fait moins d'une fois par semaine). Elle est plus souvent déclarée par les usagers de moins de 35 ans et apparaît en outre géographiquement hétérogène.

Globalement, la consommation de substances considérées comme caractéristiques de l'espace festif (stimulants et hallucinogènes, hors cocaïne toute forme) progresse par rapport à 2012 puisque 27,0 % des usagers interrogés en 2015 déclarent un usage de ce type durant les 30 derniers jours précédant l'enquête ; ils étaient 23,4 %** en 2012. Cet usage est fortement dépendant de l'âge : 44,8 % des moins de 25 ans sont concernés contre 20,4 %** des 35 ans et plus. La part des usagers concernés par ce type de consommation apparaît nettement plus marquée dans un large quart sud-ouest de la France, de la Bretagne à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

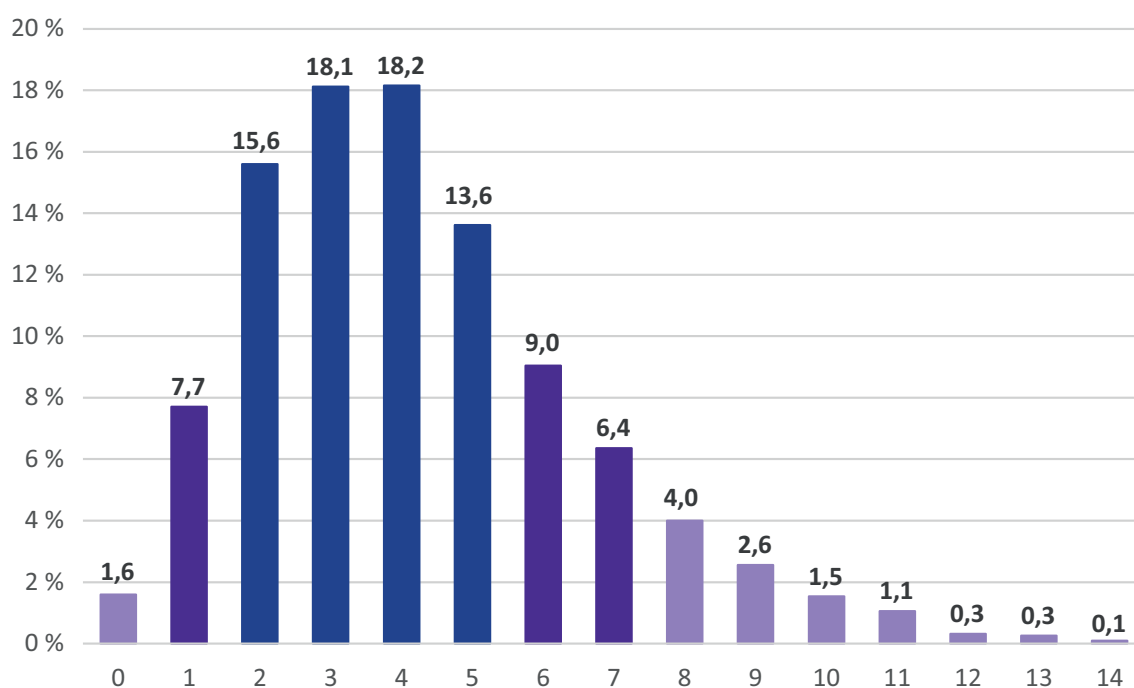
Absence de consommation de produits et polyusage

Bien que les CAARUD soient, comme l'indique leur intitulé, un lieu d'accueil pour usagers de drogues, il existe une petite proportion d'individus non consommateurs qui fréquentent ces structures. Seuls 1,6 % des répondants n'a pas consommé de substances durant les 30 jours précédant l'enquête (figure 12), ils étaient 2,2 % en 2012. Il pourrait s'agir de personnes anciennement ou faiblement usagères de drogues ou encore d'individus qui identifient le CAARUD comme lieu d'aide, à la recherche de services socio-sanitaires de base. C'est probablement le cas d'une part des personnes qui déclarent quasiment uniquement des consommations de cannabis et/ou d'alcool, pour lesquelles la précarité et l'errance apparaissent au premier plan.

À l’opposé, plus d’un tiers (38,8 %) en a consommé cinq ou plus, une proportion qui atteint presque la moitié (47,9 %) chez les moins de 35 ans. Le nombre médian est de 4 (intervalle interquartile [3 ; 6]), avec une moyenne de 4,3 produits consommés (y compris alcool et cannabis¹⁸). Il n’y a pas d’écart entre les hommes et les femmes mais les moins de 25 ans sont plus concernés par le polyusage que leurs aînés (4,7 produits en moyenne contre 4,0** chez les 35 ans et plus).

Cette situation est probablement multifactorielle. Il est difficile de faire la part dans cette observation entre un effet « cycle de consommation » (les usagers qui vieillissent ont diminué leurs pratiques de polyusage avec l’âge) et un effet générationnel (certains profils parmi les jeunes générations d’usagers de drogues sont particulièrement polyconsommateurs alors que les anciennes générations l’étaient moins) (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015). Il peut aussi s’agir d’un flux de sortie plus important des polyusagers au fil de l’âge, ces derniers ayant moins de chances de survivre aux prises de risque associées à ces consommations simultanées.

Figure 12. Répartition du nombre de substances consommées au cours des 30 derniers jours



Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

18. En excluant l’alcool et le cannabis, largement consommés par les usagers des CAARUD, le nombre médian atteint 2 produits consommés (intervalle interquartile [1 ; 4]), avec une moyenne de 2,8.

Modes d'administration et risques associés

Injection

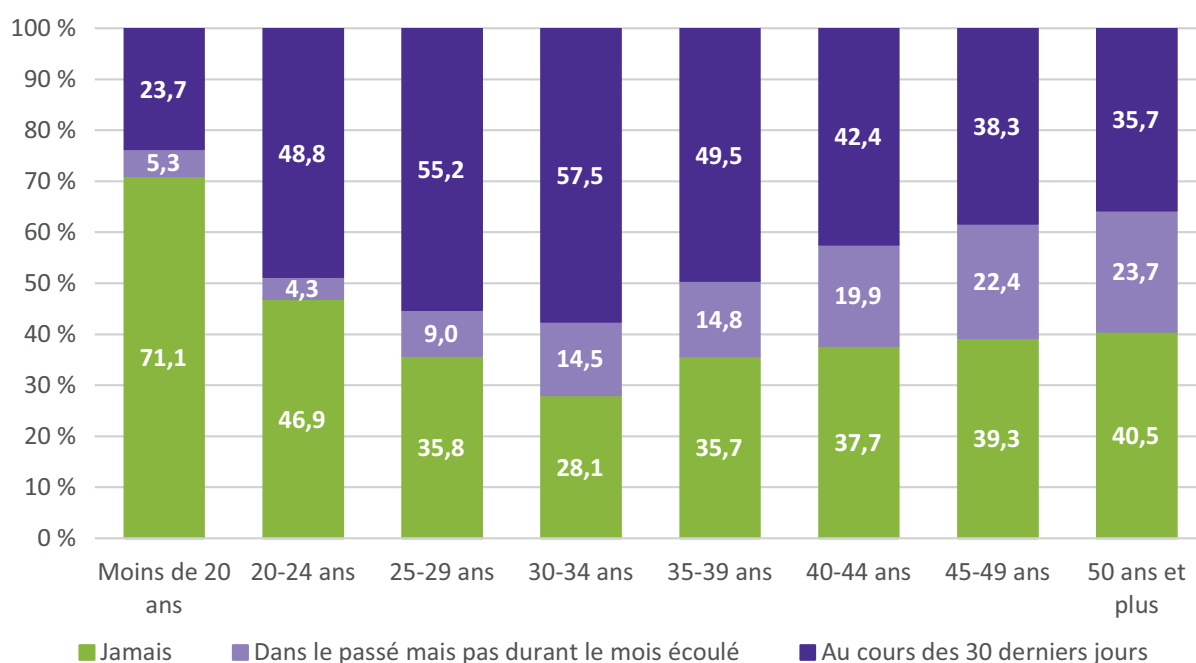
Prévalences

En 2015, 62,8 % des usagers déclarent avoir eu recours à l'injection au moins une fois au cours de leur vie, parmi lesquels les trois quarts (74,3 %) l'ont fait au cours des 30 derniers jours, soit 46,7 % de l'ensemble des individus interrogés.

La part de ceux qui n'ont jamais utilisé l'injection (37,2 %) croît progressivement depuis 2006 bien que la prévalence de l'injection récente stagne, quant à elle, depuis 2008.

Femmes et hommes ne diffèrent pas statistiquement sur la prévalence de l'injection récente, mais les classes d'âge ne sont pas uniformément concernées (figure 13). Ainsi, l'injection au cours de la vie culmine chez les 30-34 ans mais reste finalement assez comparable entre classes d'âge au-delà de 35 ans, répondant à des différences entre générations. Par ailleurs, la proportion d'injecteurs au cours de la vie mais pas dans le mois précédant l'enquête augmente graduellement après 24 ans (4,5 % chez les moins de 25 ans contre 23,7 %** parmi les 50 ans et plus), ce qui pourrait être lié, au moins en partie, à la détérioration de l'état veineux des usagers plus âgés. En conséquence, le recours à l'injection dans le mois augmente jusqu'au début de la trentaine puis diminue ensuite au fil de l'âge.

Figure 13. Pratique de l'injection selon l'âge des usagers des CAARUD interrogés en 2015



Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

L'âge moyen à la première injection se situe à 22,3 ans (médiane à 20 ans, intervalle interquartile [17 ; 25]), contre 21,0 ans en 2012**, sans écart significatif entre les deux sexes. Un quart a commencé à s'injecter avant 18 ans (26,8 %) et 41,7 % avant 20 ans. À 25 ans, ce sont 69,8 % d'entre eux qui étaient déjà initiés. L'ensemble de ces résultats évoquent un recul de l'âge moyen à la première injection depuis 2010 ; cependant, les données doivent être comparées avec prudence compte tenu de la présence de personnes de plus en plus âgées dans la population des CAARUD. Il est toutefois probable que ce recul reflète aussi l'évolution des modes d'entrée dans l'usage des produits (sniff et inhalation à chaud), qui permet d'éviter ou de retarder l'injection.

La majorité des injecteurs récents (65,6 %) déclarent l'avoir pratiqué tous les jours ou presque, alors que 14,4 % disent le faire moins d'une fois par semaine. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe (64,8 % des hommes et 68,9 % des femmes) mais les plus de 34 ans sont moins nombreux à recourir quotidiennement à l'injection (61,1 %** contre 70,9 % des moins de 35 ans).

Les usagers étaient de plus interrogés sur le nombre d'injections réalisées au cours du dernier jour où ils avaient utilisé ce mode d'usage : un sur cinq (22,1 %) déclare s'être injecté une seule fois, la moitié (51,2 %) entre deux et quatre fois et 7,6 % au moins dix fois. Le nombre moyen d'injections déclaré est ainsi de 3,9 (médiane = 3,0) ; il ne diffère pas selon le sexe et l'âge, mais plus probablement selon les profils d'usage. Parmi les injecteurs quotidiens, 87,1 % le font de manière répétée dans la journée (et 8,0 % dix fois ou plus).

Premier produit injecté

Le produit le plus souvent utilisé lors de la première injection reste l'héroïne (59,0 %), bien que sa part ait diminué dans le temps (69,4 %** en 2010) et au fil des générations (tableau 11). Ce recul progressif de l'héroïne s'opère au profit du sulfate de morphine pour les plus jeunes (11,2 % des moins de 25 ans le citent comme premier produit injecté, contre 4,3 % des 35 ans et plus) et de la BHD pour les 25-34 ans (10,5 %, contre 4,7 % des plus de 34 ans), mais aussi de la cocaïne, que 22,5 % des moins de 35 ans ont utilisée lors de leur première injection (contre 15,0 % des injecteurs plus âgés). Le speed-ball, mélange d'un opiacé et d'un stimulant (théoriquement de l'héroïne avec de la cocaïne, mais souvent des médicaments chez les plus précaires), est le premier produit injecté pour 3,1 % des usagers des CAARUD interrogés en 2015.

Tableau 11. Premier produit injecté selon le sexe et l'âge des individus interrogés en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Héroïne	59,7	55,9	48,3	48,9	65,4	59,0
Cocaïne	17,8	18,9	23,6	22,4	15,0	18,0
BHD	6,3	8,4	5,6	10,5	4,7	6,7
Sulfate de morphine	5,3	7,5	11,2	7,3	4,3	5,7
Speed-ball (cocaïne + héroïne)	3,4	1,6	0,0	2,2	4,0	3,1
Autres produits	7,5	7,8	11,2	8,7	6,7	7,6

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Partage de matériel et pratiques à risque

Le partage de la seringue peut être à l'origine d'une transmission du VIH et des virus des hépatites B et C. Le virus de l'hépatite C, très résistant en milieu extérieur, peut également être transmis lors du partage du matériel nécessaire à l'injection.

Alors qu'il était plutôt stable entre 2008 et 2012 (entre 8 % et 9 %), le partage de seringue est en nette augmentation entre 2012 et 2015 : 14,5 %** des injecteurs récents interrogés disent y avoir recouru durant le mois écoulé. Par ailleurs, 20,4 % de ces injecteurs déclarent avoir partagé l'eau de préparation, 11,1 % l'eau de rinçage, 19,9 % le récipient de préparation et 16,2 % les cotons ou les filtres. Bien que l'écart ne soit pas statistiquement significatif pour l'ensemble du petit matériel d'injection (24,4 % contre 21,6 % en 2012), une légère inflexion à la hausse est observée pour le partage de chaque élément du matériel, tendance qui devra être vérifiée par la prochaine enquête. Seringue comprise, ils sont au total 26,2 % à partager au moins un élément du matériel d'injection.

Tableau 12. Partage du matériel d'injection chez les injecteurs dans le mois précédant l'enquête selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Au moins un élément	24,2	34,0**	35,2*	28,4	24,1	26,2
Seringue	14,0	15,9	20,2	15,6	13,5	14,5
Au moins un élément hors seringue	22,4	32,3**	33,0*	26,3	22,4	24,4
Eau de rinçage	9,6	17,0**	15,5	11,3	10,6	11,1
Récipient/cuillère	18,0	27,5**	28,6	20,4	18,8	19,9
Coton/filtre	14,8	22,1**	17,9	16,5	16,0	16,2
Eau de préparation	18,4	28,6**	25,0	22,2	18,8	20,4

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Comme lors des éditions précédentes de l'enquête, les jeunes de moins de 25 ans déclarent plus fréquemment que leurs aînés partager leur matériel, ce qui est aussi le cas pour les femmes (tableau 12). Pour ces dernières, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont plus souvent en couple (les usagers en couple, tous sexes confondus, sont plus souvent injecteurs au cours de leur vie) et donc plus à même de partager le matériel avec leur conjoint.

La réutilisation de sa propre seringue, qui multiplie les occasions de contamination du matériel, est une pratique courante : 69,7 % des usagers injecteurs interrogés en 2015 déclarent l'avoir fait au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête. Par ailleurs, 34,8 % affirment avoir été aidés par un tiers (hors professionnel) pour réaliser l'injection¹⁹, cette pratique pouvant conduire plus souvent encore à des fautes de manipulation et au

19. Cette proportion apparaît beaucoup plus élevée qu'en 2012 (17,7 %), mais la présentation de la question a évolué pour pallier un taux de non-réponse très important (45 %) en 2012. Celui-ci a chuté à 4 % en 2015, limitant la comparabilité des réponses par rapport à l'édition précédente.

partage des germes. Cette proportion est plus élevée parmi les femmes (44,8 %** contre 33,9 % des hommes) et les moins de 25 ans (49,4 %* contre 33,9 % des 35 ans et plus).

Autres modes d'administration

En 2015, plus du tiers des usagers (35,6 %) a utilisé un doseur ou une pipe à crack pour l'inhalation à chaud d'un produit au cours du mois écoulé, contre 26,4 %** en 2012. La cocaïne achetée en poudre continue d'être de plus en plus fumée après « basage » (45,2 %**, contre 32,9 % en 2012 et 23,3 % en 2008), principale raison de la diffusion de cet usage. Comme en 2012, la moitié (50,6 %) de ces usagers déclare avoir partagé la pipe ou le doseur avec une autre personne, sans écart selon l'âge ou le sexe.

Traitements de substitution aux opiacés

Au moment de l'enquête, 55,0 % (contre 57,2 % en 2012 – écart non significatif) des usagers interrogés déclarent bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés dans un cadre médical, avec une proportion moins forte d'usagers de moins de 25 ans (tableau 13). Alors qu'en 2012, la BHD était le MSO le plus utilisé, il s'agit de la méthadone en 2015, même si l'écart entre les deux produits est faible, hormis pour les femmes (presque 8 points de différence). Le Suboxone®, associant BHD et naloxone, est prescrit à 1,4 % des individus interrogés en 2015. Le sulfate de morphine, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché en tant que MSO²⁰, concerne 3,9 % des usagers des CAARUD ; il est plus souvent prescrit aux usagères.

Tableau 13. Traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'un suivi médical selon le sexe et l'âge des usagers des CAARUD interrogés en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Non	45,6	42,4	71,2*	41,7	43,6	45,0
Oui	54,4	57,6	28,8*	58,3	56,4	55,0
- méthadone	24,2	28,5*	12,6*	26,7	25,9	25,0
- buprénorphine haut dosage	24,8	20,8*	11,1*	23,9	25,4	24,0
- Suboxone®	1,4	1,3	1,0	1,6	1,3	1,4
- sulfate de morphine (ex : Skénan®)	3,5	6,1*	4,0	5,5	3,0	3,9
- sans précision	0,6	0,9	0,0	0,5	0,8	0,7

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Dans ce cadre médical, les TSO sont prescrits à parts égales (environ 40 % chacune) par le médecin généraliste de ville ou par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

20. Il peut être prescrit en tant que MSO uniquement après accord de la Caisse primaire d'Assurance maladie.

Suivi des pathologies virales

Dépistage

Les taux d'usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage (test rapide d'orientation diagnostique – TROD – compris) ne décroissent plus en 2015, qu'il s'agisse du VIH ou du VHC (figure 14) : cette proportion se stabilise à 10,3 % pour le VIH (écart avec 2012 non significatif) et s'élève de plus de 3 points concernant le VHC, pour atteindre 16,8 % (contre 13,3 %** en 2012).

Chez les seuls injecteurs au cours de la vie, une population plus à risque de transmission virale, l'absence de dépistage est moins fréquente mais augmente également par rapport à 2012 pour le VHC : 6,7 % de ces usagers sont concernés pour le VIH et 11,2 % pour le VHC (ils étaient 7,8 %** en 2012). La hausse semble toucher toutes les classes d'âge, cependant cet écart n'est statistiquement significatif que parmi les plus de 34 ans (+ 4 points).

Figure 14. Évolution de la part des usagers des CAARUD déclarant ne jamais avoir eu de dépistage du VIH ou du VHC de 2006 à 2015



Source : ENa-CAARUD 2006, 2008, 2010, 2012 et 2015 (OFDT)

Les hommes sont plus nombreux à ne pas avoir pratiqué de dépistage du VIH, qu'ils soient injecteurs au cours de la vie (7,5 % contre 3,8 %* des femmes) ou non (11,1 % contre 6,8 %**). Cela semble être aussi le cas pour le VHC parmi l'ensemble des usagers (17,4 % contre 14,0 % des femmes, $p = 0,054$), mais pas parmi les seuls injecteurs (autour de 10 %).

Les moins de 25 ans déclarent plus souvent ne pas avoir procédé à un dépistage, qu'il s'agisse du VIH (23,0 % contre 9,5 %** des 25 ans et plus) ou du VHC (33,7 % contre 15,5 %**); parmi les injecteurs au cours de la vie, l'écart n'est plus significatif pour le VIH mais le reste pour le VHC (18,6 % contre 10,8 %*).

La part des tests négatifs datant de moins de 6 mois, qui témoignent de la régularité de la pratique des dépistages, stagne durant la période 2012-2015, à 47,4 % pour le VIH et 45,9 % pour le VHC. S'il n'y a pas d'écarts selon le sexe et l'âge pour le VHC, pour le VIH, les jeunes et les femmes sont plus nombreux à déclarer un dépistage négatif datant de moins de six mois. À l'inverse, 26,0 % de ces tests négatifs datent d'au moins un an pour le VIH et 27,5 % pour le VHC.

Séropositivité

La prévalence des sérologies déclarées positives²¹ (TROD compris) parmi les usagers des CAARUD s'établit en 2015 à 4,3 % pour le VIH et à 24,6 % pour le VHC, des proportions stables par rapport à 2012 (respectivement 5,2 % et 24,3 %). Dans les deux cas, moins de 5 % des usagers dépistés ne connaissent pas le résultat (tableau 14). Sur les 607 usagers se déclarant séropositifs au VHC, 183 se disent guéris de cette affection ; si on les exclut des résultats positifs, la séroprévalence tombe alors à 18,6 %.

La séroprévalence déclarée du VIH est un peu plus élevée parmi les usagers s'étant injecté au cours de leur vie (4,7 % contre 3,3 %** des non-injecteurs) mais diminue encore par rapport à 2012 (6,2 %*). Pour le VHC, cette prévalence est beaucoup plus élevée parmi les « injecteurs vie » (34,4 % contre 4,4 %** des non-injecteurs) et stagne par rapport à la précédente enquête (33,3 % en 2012 – écart non significatif). Sur les 568 usagers injecteurs au cours de la vie se déclarant séropositifs au VHC, 175 se disent guéris de cette affection ; si on les exclut des résultats positifs, la séroprévalence tombe alors à 26,6 %. La part des injecteurs dépistés ne connaissant pas le résultat est moindre que chez les non-injecteurs (tableau 15). Les évolutions récentes qui concernent tant le dépistage que la prise en charge de l'hépatite C ont nécessité (et nécessiteront encore) des adaptations du questionnaire pour capter avec autant de fiabilité que possible la diversité des situations. Cette instabilité est susceptible de limiter la comparabilité des résultats dans le temps.

Concernant les différences selon l'âge, la part de ceux qui ne connaissent pas le résultat relativise les faibles prévalences déclarées parmi les moins de 35 ans, et particulièrement les plus jeunes d'entre eux.

Tableau 14. Résultats déclarés des tests VIH et VHC parmi les usagers ayant effectué le dépistage selon l'âge en 2015 (en % des usagers)

	VIH				VHC			
	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Positif	0,6	1,4	5,9	4,2	6,6	14,9	29,3**	23,5
Négatif	91,7	95,5	92,4	93,1	85,3	81,0	66,9	72,1
Inconnu	7,6**	3,1	1,7	2,8	8,1	4,1	3,8	4,4

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Tableau 15. Résultats déclarés des tests VIH et VHC parmi les usagers injecteurs au cours de la vie ayant effectué le dépistage selon l'âge en 2015 (en % des usagers)

	VIH				VHC			
	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
Positif	0,0	1,8	6,6	4,6	10,1	20,0	42,3**	33,3
Négatif	95,3	95,6	92,1	93,3	84,8	76,3	54,9	63,4
Inconnu	4,7**	2,6	1,3	2,1	5,1	3,7	2,8	3,3

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

21. Cette séroprévalence déclarée est calculée en rapportant le nombre de résultats positifs sur celui des résultats connus (exclusion des usagers ayant fait un test mais sans en connaître le résultat).

Parmi les personnes positives au VIH²², neuf sur dix (90,1 %) ont consulté un médecin dans le cadre de cette affection et plus des trois quarts (77,9 %) ont reçu un traitement ; les personnes contaminées par le VHC ne sont que 64,9 % à avoir consulté un médecin et 36,3 % ont reçu un traitement, autant que d'usagers qui ont guéri de cette affection (35,5 %).

Enfin, parmi les usagers connaissant à la fois le résultat du test de dépistage au VIH et de celui du VHC, en 2015, 2,5 % des individus déclarent être co-infectés par les deux virus tandis que 74,2 % sont doublement séronégatifs. Plus précisément, 65,2 % des usagers porteurs du VIH le sont aussi du VHC alors que seuls 10,2 % des personnes positives au VHC sont aussi porteuses du VIH.

État de santé perçu et consultation d'un médecin

Concernant leur état de santé général tel que le perçoivent les personnes rencontrées dans les CAARUD en 2015, près des deux tiers considèrent qu'il est bon (52,3 %) voire très bon (10,0 %) alors que 5,6 % le juge très mauvais. Comme on peut le présager, les moins de 25 ans sont plus nombreux à se déclarer en très bonne santé que les usagers plus âgés (16,7 % contre 9,3 %** des 35 ans et plus), un constat qui s'étend aux 25-34 ans pour un état de santé globalement bon. Assez logiquement, la proportion de ceux qui ont eu recours à la voie injectable au cours de leur vie se déclarant en très bonne santé est deux fois moindre que pour les non-injecteurs (7,3 % contre 14,2 %**).

Le fait d'avoir consulté un médecin, quels que soient sa spécialité et le motif de cette consultation, au cours des 12 derniers mois est déclaré par 87,2 % des usagers interrogés en 2015. Les femmes sont un peu plus concernées que les hommes (90,4 % contre 86,6 %*), ce qui est encore plus vrai chez celles qui ont plus de 25 ans par rapport aux plus jeunes (88,3 % contre 76,6 %**). Les usagers ayant déjà injecté des produits au cours de leur vie sont plus nombreux à avoir consulté un médecin dans l'année (91,1 % contre 81,1 %**), probablement en lien avec des problèmes de santé plus prégnants que chez les non-injecteurs.

Fréquentation des CSAPA et des CAARUD

Au cours des 12 derniers mois, un peu moins de la moitié des usagers interrogés en 2015 (47,7 %) disent s'être rendus dans un CSAPA, soit une légère progression par rapport à 2012 (44,7 %*). Parmi eux, la majorité (60,5 % contre 58,3 % en 2012 – écart non significatif) a un suivi régulier, défini comme la fréquentation d'un CSAPA au moins 10 fois dans l'année. Femmes et hommes y consultent de manière comparable mais les plus jeunes sont moins enclins à aller dans un CSAPA (38,3 % contre 48,3 % des plus de 25 ans).

Pour ce qui concerne les CAARUD, plus de huit usagers sur dix (82,4 %) fréquentent un seul et même CAARUD. Le rythme des visites est également très régulier²³ : 36,4 % des usagers venant au moins une fois par semaine et un quart (24,6 %) chaque jour ou presque. Il n'y a pas, contrairement à 2012, de différence entre les hommes et les femmes mais les usagers ayant moins de 35 ans se rendent moins dans les CAARUD que leurs aînés (20,2 % contre 27,1 %**).

22. Parmi ceux ayant répondu aux questions sur un traitement ou la consultation d'un médecin ; idem pour le VHC.

23. Il faut cependant noter que la durée de l'enquête, une semaine pour les grandes structures (> 30 usagers dans la file active) et deux pour les plus petites, peut être responsable d'une surreprésentation des usagers les plus réguliers par rapport aux usagers qui viennent moins souvent, même si elle est moins forte que lors des éditions précédentes, toujours sur une seule semaine.

CONCLUSION

Du fait de son caractère exhaustif au cours d'une période donnée (tous les usagers se présentant dans un CAARUD en France sont interrogés), l'enquête ENa-CAARUD permet de recueillir des éléments descriptifs sur une large population d'usagers actifs de drogues.

L'édition 2015 confirme certains éléments structurels ou évolutions déjà à l'œuvre lors des enquêtes antérieures au sein de la population accueillie dans les CAARUD, mais révèle aussi quelques modifications.

Parmi les constantes, figure la surreprésentation des hommes dans le public des CAARUD, bien que les jeunes femmes soient proportionnellement plus nombreuses (elles représentent près de 40 % des moins de 25 ans contre 20 % environ de l'ensemble et ce n'est qu'au fil de l'âge que leur part s'amenuise). Le vieillissement de la structure par âge s'observe de manière encore plus prononcée parmi les hommes que parmi leurs homologues féminines ; la moyenne d'âge s'établit à 38 ans, soit cinq de plus qu'en 2006. C'est une des raisons qui peuvent expliquer la fréquentation croissante des CAARUD par des usagers mieux insérés, puisque l'avancée en âge réduit la fragilité socio-économique, avec un niveau de précarité qui reste toutefois bien plus élevé qu'en population générale. Cela témoigne aussi probablement de l'extension des usages problématiques en population socialement insérée et de l'adaptation des structures à ce public par la mise à disposition de matériels adaptés à ses consommations.

Si la part des usagers dans une situation précaire recule régulièrement parmi les plus âgés, la baisse parmi les jeunes en deçà de 25 ans tranche avec les évolutions observées jusqu'ici dans cette classe d'âge. Bien qu'ils restent la tranche d'âge la plus concernée par une forte précarité, ces nouveaux usagers des CAARUD apparaissent plus ancrés dans le milieu du travail (27 % bénéficient de revenus d'emploi ou d'allocations chômage) et disposent de conditions de logement plus stables qu'en 2012. À l'inverse, on note un recul dans l'accès à une couverture médicale dans toutes les classes d'âge, qui reste à expliquer mais ne remet pas en cause l'ancrage très fort (80 %) de la protection sociale jusque dans les populations les plus marginalisées.

Sur le plan des consommations, pour la première fois, l'étude se penche plus spécialement sur la place centrale de l'alcoolisation dans les consommations des usagers de drogues illicites, régulièrement soulignée par les professionnels. L'enquête permet d'estimer que, en plus des autres prises de substances, un tiers des usagers interrogés consomment quotidiennement l'équivalent d'au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion, et ce tout au long de l'année. L'usage de cannabis est lui aussi prépondérant puisque les trois quarts des usagers interrogés en 2015 en ont consommé dans le mois précédant l'enquête, de façon quotidienne pour la moitié d'entre eux.

En termes d'évolutions notables, les usages de cocaïne progressent, probablement en lien avec le fractionnement accru des doses vendues, pour s'adapter aux capacités financières des plus « pauvres », et avec une pureté moyenne de la cocaïne croissante depuis 2011.

La part des usagers consommant le produit basé, acheté sous forme de crack ou basé secondairement, continue de s'étendre.

Concernant les médicaments, le focus conduit dans l'édition 2015 confirme des disparités, qualitativement connues : leur statut auprès des usagers des CAARUD est ambigu entre recherche de « défonce » et traitement. Le sulfate de morphine et la méthadone ont connu une diffusion nette entre 2008 et 2015, tout comme les benzodiazépines. Dans le cas de la méthadone, cette progression est en grande partie, mais pas uniquement, liée à son utilisation croissante dans le cadre d'un TSO. À l'inverse, la part de la BHD, qui occupait une place importante dans les consommations (et était le produit le plus cité comme posant le plus de problèmes, par 16,5 % des usagers des CAARUD en 2012) régresse nettement. Elle garde néanmoins un statut particulier puisque plus de un usager des CAARUD sur quatre en fait un usage inapproprié au regard de ce qui est attendu dans un contexte strictement médical.

Un des points marquants de cette édition porte sur la stabilisation, voire l'inversion de tendance de plusieurs indicateurs qui témoignaient de la diffusion des pratiques de RdRD. C'est le cas du partage de matériel lié à l'injection, particulièrement celui de la seringue, déclaré par 14,5 % des injecteurs récents contre moins de 10 % au cours des précédentes éditions de l'enquête. La réutilisation de sa propre seringue au cours du mois précédant l'enquête est déclarée par deux tiers des injecteurs récents et l'aide d'une autre personne (non professionnelle) pour s'injecter un produit par un tiers de ces injecteurs sur la même période. Des investigations plus approfondies sont nécessaires pour explorer les différents facteurs potentiellement à l'origine de ces observations : accroissement des besoins en matériel liés aux injections itératives de stimulants, accès plus difficile aux CAARUD dans le cadre des perturbations relatives aux mesures de sécurité urbaine ou à cause de l'éloignement, entrée dans la file active de nouveaux usagers peu au fait de la réduction des risques... Quoi qu'il en soit, la question de l'accès au matériel et de son utilisation reste primordiale. En effet, la fréquence des pratiques à risques pourrait être bien plus haute encore chez des usagers les plus problématiques qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD.

Parallèlement, le recours récent à l'injection ne régresse plus depuis 2008 et s'établit à un niveau relativement élevé. Néanmoins, la part des usagers n'ayant jamais utilisé l'injection continue de s'élever et l'âge d'initiation augmente. Cette tendance sera explorée plus précisément par classe d'âge, pour faire la part de l'effet du vieillissement des populations reçues en CAARUD et du changement réel de pratiques.

Enfin, la proportion des usagers n'ayant jamais effectué de dépistage VIH (10,3 %) et VHC (16,8 %) ne recule plus, et s'accroît même pour le VHC, y compris parmi les injecteurs au cours de la vie. Si les plus de 34 ans restent la classe d'âge qui compte le moins d'usagers non dépistés pour l'hépatite C, c'est en parallèle parmi eux que le dépistage semble avoir le plus reculé.

Par ailleurs, une inflexion à la hausse de la séroprévalence déclarée de l'infection au VHC est observée chez les moins de 35 ans, après une diminution constante depuis 2006 et alors qu'elle continue de régresser parmi les plus âgés. Compte tenu du caractère déclaratif de ces données et des biais inhérents à une enquête telle qu'ENa-CAARUD, dont les résultats sont impactés par les évolutions de « recrutement » des structures, ces points doivent être considérés comme des signaux à explorer.

ANNEXES

Annexe 1. Nombre de questionnaires recueillis par CAARUD ou antenne CAARUD en 2015

Annexe 2. Questionnaire ENa-CAARUD 2015

Annexe 3. Guide méthodologique ENa-CAARUD 2015

Annexe 4. Affiche de présentation de l'enquête ENa-CAARUD 2015

Annexe 5. Liste des tableaux et figures

Bibliographie

Annexe I. Nombre de questionnaires recueillis et analysés par CAARUD ou antenne CAARUD en 2015

Nom du CAARUD	Effectif	Pourcentage
16 KAY	11	0,4
A L'OUEST	17	0,5
A ZIMA	5	0,2
ABEJ POINT DE REPERE	30	1,0
AIDEA	25	0,8
AIDES 29	15	0,5
AIDES 31	48	1,5
AIDES 37	11	0,4
AIDES 53	4	0,1
AIDES 63	16	0,5
AIDES 68	16	0,5
AIDES 79	7	0,2
AIDES 85	9	0,3
AIDES 88	10	0,3
AIDES ALES	9	0,3
AIDES BEZIERS	11	0,4
AIDES BOURG-EN-BRESSE	16	0,5
AIDES ISERE	14	0,4
AIDES LILLE	13	0,4
AIDES NANCY	18	0,6
AIDES NEVERS	19	0,6
AIDES NÎMES	12	0,4
AKATIJ	20	0,6
ALIS 36	10	0,3
ALT	1	0,0
ASCODE	68	2,2
ASUD NÎMES	36	1,2
ATYPIK	23	0,7
AURORE	14	0,4
AUSEA LA CROISEE	48	1,5
AVASTOFA / TOTEM ET TABOU	21	0,7
AXESS	18	0,6
B18	59	1,9
BEAUREPAIRE	59	1,9
BEMOL	13	0,4
BIZIA	3	0,1
BOREAL	32	1,0
BUS 31/32	8	0,3
CAARUD 09	3	0,1
CAARUD 17	9	0,3
CAARUD 21	14	0,4
CAARUD 25	16	0,5
CAARUD 46	3	0,1
CAARUD 76	2	0,1
CAARUD 86	6	0,2
CAARUD 89	9	0,3
CAARUD 95	25	0,8
CAARUD CAEN	10	0,3
CAARUD DORDOGNE	7	0,2
CAARUD MOSELLE EST	10	0,3
CAARUD SAINT-BRIEUC	20	0,6
CAARUD TOULON	10	0,3
CEID PLANTEROSE	27	0,9
CILDT	26	0,8
CMSEA LES WADS	40	1,3
COORDINATION TOXICOMANIES	41	1,3
DIABOLO	14	0,4
DROG'AIDE 61	5	0,2
EGO	263	8,4
ELLIPSE	19	0,6
EMERGENCES	34	1,1
ENTR'ACTES 59	21	0,7
ENTR'ACTES 90	15	0,5
ENTRACTES MONTBELIARD	9	0,3
ENTRACTES NICE	36	1,2
EPICE 12	11	0,4
EPICE 82	19	0,6
ESKAPADE	13	0,4
FIL ROUGE APRETO	34	1,1
FREESSONNE	9	0,3

Nom du CAARUD	Effectif	Pourcentage
GAIA	72	2,3
IN'PACT	22	0,7
INTERLUD'77	14	0,4
INTERLUDE	14	0,4
INTERM'AIDES	38	1,2
INTERMEDE	40	1,3
ITHAQUE	54	1,7
K-FET	2	0,1
KAZ'OTE	89	2,8
KIT KAP	15	0,5
L'ACOTHE	56	1,8
L'AGORA	8	0,3
L'ECHANGE	64	2,0
L'ESCALE	12	0,4
L'ETAPE	27	0,9
L'INSTANT	15	0,5
L'OASIS	20	0,6
LA BOUSSOLE	26	0,8
LA BOUTIK	20	0,6
LA BOUTIQUE	9	0,3
LA BOUTIQUE ANGERS	6	0,2
LA BOUTIQUE CHOLET	5	0,2
LA CASE	76	2,4
LA MAISON	2	0,1
LA PARENTHESE	15	0,5
LA PASSERELLE	4	0,1
LA PLAGE	12	0,4
LA SOURCE LANDES ADDICTION	25	0,8
LE PARE-A-CHUTES	30	1,0
LE PATIO	6	0,2
LE PHARE	21	0,7
LE RESOLU / STOP	10	0,3
LE SCUD	12	0,4
LE TIPI	31	1,0
LES HALLES	37	1,2
LOGOS	24	0,8
LOU PASSAGIN	26	0,8
MEDIANE	9	0,3
MONTJOIE	9	0,3
NOVA DONA	32	1,0
OXYGENE	26	0,8
PAZAPA	7	0,2
POINT FIXE	20	0,6
PÔLE SANTE	15	0,5
PROSES	56	1,8
PROTOX	16	0,5
RDS	34	1,1
REAGIR	7	0,2
REDUIRE LES RISQUES	48	1,5
RIMBAUD	12	0,4
RIPOSTE	16	0,5
RUPTURES	24	0,8
SACADOS	10	0,3
SATO PICARDIE	11	0,4
SATO PICARDIE CHÂTEAU-THIERRY	4	0,1
SATO PICARDIE SOISSONS	10	0,3
SEMAPHORE AUBENAS	3	0,1
SEMAPHORE Tournon	4	0,1
SIDA PAROLES 78	30	1,0
SIDA PAROLES 92	36	1,2
SLEEP'IN LILLE	10	0,3
SLEEP'IN MARSEILLE	39	1,2
SOLEA	8	0,3
SPIRITEK	7	0,2
TARMAC	27	0,9
TARN ESPOIR	11	0,4
TEMPO	18	0,6
THC	21	0,7
TRACS 65	1	0,0
VISA 94	13	0,4
VRS	6	0,2
YOZ	10	0,3
YUCCA	11	0,4
TOTAL	3 129	100

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Annexe 2. Questionnaire ENa-CAARUD 2015



ENa-CAARUD

Enquête Nationale Usagers des CAARUD [2015]

[= Une seule réponse possible / = plusieurs réponses possibles]

Nom du CAARUD : _____ Date de l'entretien : |__| |__| 09 / 15 Département |__| |__| |__|
 Questionnaire rempli par : Accueil fixe Unité mobile Équipe de rue, squat Prison

Vous et vos conditions de vie

<p>1. Vous êtes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme</p> <p>2. Quelle est votre année de naissance ?</p> <p>19 __ __ </p>	<p>3. Avec qui vivez-vous (sans tenir compte des enfants) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Avec un/des membre(s) de votre famille (ex : parents) <input type="checkbox"/> Avec un/des ami(s) <input type="checkbox"/> Avec d'autres personnes</p> <p>4. Vivez-vous avec un/des enfants (les vôtres, de votre partenaire) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>5. Où vivez-vous actuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Dans votre logement <input type="checkbox"/> Chez des proches (famille/amis) <input type="checkbox"/> En institution <input type="checkbox"/> En camion, caravane <input type="checkbox"/> En squat <input type="checkbox"/> Dans une chambre d'hôtel <input type="checkbox"/> Sans abri (à la rue, logement de fortune) <input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p>a. Combien de temps pensez-vous pouvoir rester dans ce logement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>6. Quelle a été votre principale source de revenu le mois dernier ?</p> <p><input type="checkbox"/> Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions) <input type="checkbox"/> Allocations chômage <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé</p> <p><input type="checkbox"/> Autres prestations sociales (ex : CAF) <input type="checkbox"/> Ressources provenant d'un tiers <input type="checkbox"/> Autres ressources (y compris illégales ou non officielles) <input type="checkbox"/> Sans revenu (y compris mendicité)</p>		<p>7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous changé de ville d'habitation ?</p> <p> __ </p>	

Votre santé

<p>8. Comment jugez-vous votre état de santé en général ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>9. Avez-vous vu un médecin au cours des 12 derniers mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>10. Pour vous soigner vous êtes couvert par :</p> <p><input type="checkbox"/> La sécurité sociale <input type="checkbox"/> L'AME <input type="checkbox"/> Non couvert <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> a. La CMU <input type="checkbox"/> b. Une ALD <input type="checkbox"/> c. La CMUc <input type="checkbox"/> d. Une autre mutuelle </p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non </p>	
<p>11. Actuellement, suivez-vous un traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'un suivi médical ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, méthadone (flacon ou gélule) <input type="checkbox"/> Oui, BHD (Subutex®, buprénorphine générique) <input type="checkbox"/> Oui, Suboxone® <input type="checkbox"/> Oui, sulfate de morphine (ex. : Skenan®) <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____</p> <p>a. Si oui, par qui la dernière prescription a-t-elle été réalisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Par un généraliste (de ville) <input type="checkbox"/> En CSAPA <input type="checkbox"/> A l'hôpital <input type="checkbox"/> Par un spécialiste (de ville) <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	

12. Avez-vous déjà utilisé la voie intraveineuse (l'injection) même une seule fois dans votre vie ?

Oui, au cours des 30 derniers jours
 Oui, dans le passé mais pas dans les 30 derniers jours
 Jamais
 Je ne sais pas

a. Si oui, quel âge aviez-vous lors de la première injection ? |__| |__|

b. Quel a été le premier produit que vous avez injecté ? _____

Si vous avez utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours (réponse 1), au cours de cette même période,

<p>13. À quelle fréquence avez-vous injecté un produit ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/> De 1 à 5 jours par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine</p> <p>14. Avez-vous partagé du matériel (prêt, emprunt ou usage en commun) ?</p> <p>a. La seringue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b. De l'eau de préparation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c. De l'eau de rinçage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non d. Des cuillères (récipients) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non e. Des cotons/filtres ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>15. Avez-vous été aidé pour faire une injection (hors professionnel) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>16. Avez-vous réutilisé votre propre seringue ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>17. Le dernier jour où vous avez utilisé l'injection (ne pas prendre aujourd'hui), combien de fois avez-vous injecté ?</p> <p> __ __ </p>
--	--

18. Avez-vous fumé un produit avec un doseur ou une pipe à crack au cours des 30 derniers jours ? Oui Non

a. Si oui, avez-vous partagé la pipe avec une autre personne ? Oui Non

19. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour le virus du sida ? Oui Non

a. Si oui, quel était le résultat du dernier test ?

<p><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>b. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c. Prenez-vous un traitement pour cette affection actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>d. De quand date le dernier test ? <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois à 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an</p>
--	--	---

20. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour l'hépatite C ? Oui Non

a. Si oui, quel était le résultat du dernier test ?

<p><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>b. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c. Prenez-vous actuellement, ou avez-vous pris dans le passé, un traitement pour cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d. Avez-vous guéri de cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>e. De quand date le dernier test ? <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois à 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an</p>
--	--	---

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?

Si l'usager a du mal à répondre proposez le dernier mois (rep 1 à 6)

- 1 Tous les jours
- 2 4 fois par semaine ou plus
- 3 2 ou 3 fois par semaine
- 4 1 fois par semaine
- 5 2 ou 3 fois par mois
- 6 1 fois par mois ou moins souvent
- 7 Jamais

22. Quand vous consommez de l'alcool quelle quantité buvez-vous dans la journée ? Précisez pour chaque type d'alcool.

Si l'usager a du mal à répondre proposez « la dernière fois »

- Nombre de canettes (bière 50 cl) a. | ___ |
- et nombre de canettes (bière 33 cl) b. | ___ |
- et nombre de bouteilles (vin) c. | ___ |
- et nombre de verres standards* d. | ___ |
- et autre, précisez : _____ e. | ___ |

* Un verre (comme servi dans un bar) = un « demi » ou 1 bouteille de bière ou de cidre (25 cl) = 1 verre de vin (12 cl) = 1 verre d'alcool fort (4 cl)
 ** Six verres = Une bouteille de vin = 3 canettes de 50 cl = 5 canettes de 33 cl

23. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus de boissons alcoolisées au cours d'une même occasion ?**

- 1 Chaque jour ou presque
- 2 1 fois par semaine
- 3 1 fois par mois
- 4 Moins d'1 fois par mois
- 5 Jamais

Les produits que vous avez consommés au cours des 30 derniers jours

24. Cochez d'abord oui ou non pour les produits consommés au cours des 30 derniers jours, puis, en cas de « oui », remplissez les autres items

	Cannabis	Cocaïne ou Free base	Crack	Héroïne	MDMA / Ecstasy	Amphétamine (speed)	Kétamine	LSD, acide	Plantes hallucinogènes ⁽¹⁾
30 derniers jours	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui
	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non
a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?									
1 Moins d'1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Une à plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?									
1 Oral (avalé, bu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Injection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sniff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Inhalé, fumé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Champignons, Datura, Salvia Divinorum, DMT/ayahuasca, etc.

25. Cochez d'abord oui ou non pour les médicaments consommés au cours des 30 derniers jours, puis, en cas de « oui », remplissez les autres items

	BHD (Subutex®)	Méthadone	Moscontin/Skenan®	Autres médicaments opiacés ⁽¹⁾	« Benzo » ⁽²⁾	Codéine	Ritaline®	Artane®
30 derniers jours	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui
(Remplissez même pour les médicaments pris en traitement)	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non
a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?								
1 Moins d'1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Une à plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?								
1 Oral (avalé, bu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Injection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sniff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Inhalé, fumé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Pour quel(s) effet(s) l'avez-vous consommé ?								
1 Pour arrêter/diminuer ses consommations ou se soigner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 « Pour se défoncer »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Pour gérer une descente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Pour gérer le manque en l'absence du produit préféré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Autre, précisez : _____								
d. Comment avez-vous eu ce médicament ?								
1 Par prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Hors prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Tramadol, Fentanyl, ... (2) Valium®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Léxomil®, Xanax®, Stilnox®, ...

26. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé une (des) substance(s)

- vendue(s) comme RC ou sous un nom fantaisiste (Barium, synthacaine, NRJ3...),
- ou présentée(s) comme une nouvelle drogue,
- ou comme imitant les effets d'une autre drogue ?

a. Si oui, citez le dernier consommé

- 1 Oui _____
- 2 Non

27. Avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours d'autres drogues dont nous n'avons pas parlé ?

- 1 Oui a. Si oui, la/lesquelle(s) ? _____
- 2 Non

28. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous rendu dans un CSAPA ?

(Citez à l'usager les noms des structures proches)

a. Si oui, combien de fois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 1 Moins de 3 fois
- 2 3 à 10 fois
- 3 Plus de 10 fois

29. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois êtes vous venu dans un CAARUD ou avez-vous rencontré une personne de l'équipe (incluant cette rencontre) ?

- 1 1 fois
- 2 2 fois
- 3 3 fois
- 4 Au moins 1 fois par semaine
- 5 Chaque jour ou presque

a. Était-ce le même CAARUD à chaque fois ?

- 1 Oui
- 2 Non

Guide méthodologique de l'enquête ENa-CAARUD 2015



■ Conditions générales et modalités de recueil

Critères d'inclusion des usagers dans l'enquête

Recueil exhaustif : Le questionnaire doit être proposé à toute personne usagère de drogues, reçue au sein de la structure ou rencontrée par un membre de l'équipe du CAARUD dans le cadre de ses activités professionnelles, du lundi 14 septembre au 20 ou au 27 septembre 2015 inclus, selon les modalités qui ont été indiquées à votre CAARUD.

En particulier sont inclus :

- les usagers qui viennent pour la première fois ;
- les personnes venues seulement pour chercher du matériel ;
- les usagers rencontrés dans les locaux fixes, les unités mobiles (bus, camions...), lors des interventions extérieures (de rue, en squat...).

À l'inverse, ne sont pas inclus :

- les usagers de votre file active qui ne fréquentent pas le CAARUD la / les semaine(s) de l'enquête ;
- les simples accompagnants a priori non-usagers de drogues ;
- les usagers rencontrés en milieu festifs (enquête non adaptée à ce contexte).

Si le questionnaire ne peut être rempli (refus de l'utilisateur, manque de temps, problème de langue...), le passage de l'utilisateur doit être reporté sur la « fiche non-répondants ».

Il vous est possible, pendant la durée de l'enquête, de noter un identifiant de l'utilisateur sur cette feuille. Celui-ci ne devra pas être visible pour l'OFDT (possibilité de découper la bande « ID » de la feuille).

Le questionnaire ne doit être rempli qu'une seule fois avec chaque usager

Pour éviter les « doublons », liés au fait que les usagers peuvent fréquenter le lieu et/ou entrer en contact avec l'équipe plusieurs fois durant la période d'enquête, le responsable du CAARUD est invité à mettre en place, si possible, des procédures adaptées à sa structure (ex : identifiant au crayon sur le questionnaire, liste des usagers interrogés...). Si l'utilisateur ne mentionne pas spontanément qu'il a déjà rempli ce même questionnaire au cours de la période d'enquête, la question ne doit pas lui être posée avant le passage du questionnaire (pour limiter les désistements des usagers).

Modalités du recueil

Le questionnaire est conçu pour être administré en face à face uniquement (un membre de l'équipe et un usager). En aucun cas, le questionnaire ne doit être livré à l'utilisateur pour qu'il le remplisse lui-même. L'intervenant, dans le cadre prévu, s'assurera que toutes les questions sont renseignées et que les réponses semblent cohérentes entre elles. Si un usager, vu pendant la/les semaine(s) d'inclusion, ne peut pas répondre au questionnaire dans l'immédiat, il est possible de lui proposer à nouveau celui-ci jusqu'à 1 semaine après la période d'inclusion (27 septembre ou 4 octobre). De même, si pour des raisons inévitables, le passage du questionnaire est interrompu, il est possible de le reprendre jusqu'à 1 semaine après la fin de la période d'inclusion. Le temps moyen de passation est estimé à 15 minutes (5 à 30 minutes).

Envoi des questionnaires remplis à l'OFDT : une fois le recueil terminé, il est demandé aux structures d'envoyer, au plus tard le lundi 12 octobre 2015, les questionnaires remplis à l'OFDT, dans l'enveloppe affranchie jointe initialement. Si vous le souhaitez, une « fiche de passation de l'enquête » vous sera transmise par courrier électronique vous permettant de nous transmettre vos remarques concernant le déroulement de l'enquête dans votre structure.

Anonymat

Les questionnaires remplis et transmis à l'OFDT ne doivent comporter aucune indication permettant d'identifier les usagers interviewés pour respecter l'anonymat de ces derniers.

Contacts OFDT pour toute question concernant l'enquête :

Agnès Cadet-Tairou (tél : 01 41 62 77 59)

Soraya Belgherbi (tél : 01 41 62 77 02)

Nadine Landreau, assistante (tél : 01 41 62 77 42)

E-mail : ena_caarud@ofdt.fr

Site internet (FAQ) : <http://www.ofdt.fr/enquetes/trend-sintes/ena-caarud/>

Résultats des éditions précédentes accessibles en ligne sur la page de présentation de l'enquête.

■ Le questionnaire

Un numéro sera attribué à chaque questionnaire au moment de la saisie. Si cela vous est utile vous pouvez néanmoins numéroter les questionnaires.

Clés de passation

Certaines questions sont à réponse unique et d'autres à réponses multiples (plusieurs choix possibles). Pour les différencier, les icônes des modalités de réponse diffèrent :

- Une seule réponse est attendue ;
- Plusieurs réponses sont possibles.

Il est nécessaire de bien cocher les réponses (y compris négatives), pour les différencier des non-réponses.

Dans la mesure du possible, posez les questions en utilisant les formulations inscrites sur le questionnaire. Si elles vous paraissent trop complexes, il sera possible de reformuler les questions pour qu'elles soient comprises des usagers. Si besoin, vous pouvez les poser de manière ouverte (où vivez-vous actuellement ? Combien de fois dans la semaine, le mois... buvez-vous des boissons alcoolisées ?) et cocher la réponse qui vous semble la plus proche.

Pour toutes les questions de fréquence, si le cas précis de l'utilisateur n'est pas proposé, cochez la réponse qui vous semble la plus proche.

La structure

Les questionnaires remplis en accueil fixe, comprennent ceux remplis dans l'accueil fixe du CAARUD mais aussi dans les permanences situées dans d'autres structures (ex : associations, universités...).

Les questions

Q2 – Année de naissance

Si l'enquêté ne souhaite pas vous donner son année de naissance ou ne la connaît pas, mettre 19 « 00 ».

Q3 – Entourage

Les conditions de vie font référence aux conditions de vie actuelles de l'utilisateur. Si l'utilisateur a du mal à répondre, prenez la situation la plus fréquente au cours du mois dernier.

Q5 – Logement

Si la personne a du mal à déterminer le logement « actuel », posez la question pour la dernière nuit, sachant qu'un usager qui change de logement tous les jours, doit être considéré comme sans abri.

Une personne vit dans son « propre logement » lorsque celle-ci paie elle-même son loyer (ou ses proches : famille, conjoint) ou est propriétaire de son logement. Cependant, cela exclut les « camions, caravanes » et « chambre d'hôtel ».

Une personne vit « en institution » quand le logement occupé est mis à sa disposition par une association ou un organisme (y compris chambre d'hôtel financée par l'association).

La modalité « chambre d'hôtel » doit être choisie quand l'utilisateur la paie lui-même.

Q6 – Sources de revenus

Lorsque plusieurs sources de revenus sont citées, ou en cas de changement de statut au cours du mois, c'est le type de revenus ayant assuré la part la plus importante des ressources qui doit être mentionnée.

Les revenus d'emplois font référence aux revenus issus d'une activité déclarée ou conditionnée par l'exercice d'une activité antérieure (retraites et pensions invalidité).

Les « ressources provenant d'un tiers » comprennent les aides financières des proches des usagers (amis, famille...).

Les revenus d'activités illégales ou « non officielles » comprennent les revenus tels que ceux du « travail au noir », « deal », « prostitution régulière » ou autres sources de revenus relativement réguliers.

La catégorie « **sans revenu (y compris mendicité)** » intègre la mendicité, de même que la prostitution occasionnelle, et en général les sources d'argent « de fortune » (ponctuelles).

Q7- Changement de ville d'habitation

L'objectif de cette nouvelle question est d'identifier les usagers en errance et les usagers nomades.

Q8 – État de santé actuel

La question demande à l'utilisateur d'évaluer son état de santé général qu'il soit physique et/ou psychologique (la manière dont il se sent, son état de forme). La réponse reflète le ressenti de l'utilisateur.

Q9 – Médecin(s) vu(s)

La question porte sur n'importe quel type de médecin et n'importe quel motif de consultation.

Q10 – Couverture sociale

Il s'agit de la situation au jour de l'entretien.

Les usagers affiliés à un régime de Sécurité sociale peuvent être couverts selon le régime classique (par défaut dans le questionnaire), ou au titre de la CMU (Couverture maladie universelle).

Indiquez si oui ou non elles bénéficient en plus d'une mutuelle, de la CMU complémentaire, d'une ALD (Affection de longue durée).

Pour les non-affiliés à la Sécurité sociale, indiquez s'ils bénéficient ou non de l'**Aide médicale d'État (AME)** qui concerne plus particulièrement les patients étrangers en situation irrégulière.

Q11 – Traitement de substitution aux opiacés

Cette question vise à repérer les usagers qui considèrent être « en traitement » (avec médicaments prescrits et suivi médical) parmi tous ceux qui consomment des médicaments de substitution (Q25).

Q13 à Q17 – Injections

Toutes ces questions sont posées s'il y a eu injection au cours des 30 derniers jours et portent sur cette période. Exception pour la **Q-17 portant uniquement sur la dernière fois**.

Q17- Il s'agit de compter l'ensemble des injections pratiquées sur une journée entière. Si l'utilisateur a du mal à se rappeler et que le nombre d'injections est élevé, le chiffre peut être plus approximatif.

Q19 et Q20 – Tests de dépistage VIH et VHC

Tests et résultats déclarés par l'utilisateur, prenant compte des tests de dépistage rapide/Test rapide d'orientation diagnostique (TROD). Si plusieurs tests ont été réalisés, seul le **résultat du dernier test** doit être indiqué.

Concernant le VHC, **si l'utilisateur a été contaminé, traité et guéri, cochez tout de même « positif » au résultat du test de dépistage** et répondre aux questions b à d.

La question du traitement VIH concerne la prise de traitement **actuelle**, contrairement à celle du **VHC** qui est une prise **actuelle ou passée**.

Q21 à Q23 – Consommation d'alcool

Les questions sont issues du test de repérage de l'AUDIT-C. Elles ont été légèrement adaptées afin de faciliter leur compréhension. Elles visent à fournir des données objectives sur les consommations d'alcool des usagers et doivent permettre une comparaison avec d'autres populations.

Q22 - Si l'utilisateur ne peut pas décrire une journée « standard », faites-lui décrire la dernière. Posez la question pour chaque type d'alcool. L'ensemble des quantités indiquées pour chacun constitue la quantité consommée sur une journée. Ces données seront converties en verres standards avant analyse.

Un verre standard, tel que servi dans un bar = 1 verre de vin (12 cl) = 1 « demi » (25 cl de bière) = 1 bouteille de bière ou de cidre (25 cl) = 1 verre d'alcool fort (4 cl).

Vous pouvez additionner des verres standards de différentes boissons ou indiquer un nombre de cannettes de bières ou de bouteilles de vin. Vous pouvez aussi mettre des nombres décimaux (0,5 ou 1,5 par exemple).

Q23 – Alcoolisations ponctuelles importantes

6 verres standards = 1 bouteille de vin = 3 cannettes de 50 cl = 5 cannettes de 33 cl.

Q24 – Produits consommés

Toutes les questions portent ici sur la **consommation des produits durant les 30 derniers jours**.

Pour éviter les réponses négatives visant à réduire le temps de passation du questionnaire, il est impératif de poser les questions suivantes en 2 étapes:

- **Étape 1** : poser la question de la **consommation au cours des 30 derniers jours successivement pour tous les produits**, et cocher la modalité « Oui » ou « Non » ;

- **Étape 2** : revenir aux produits dont la modalité de réponse est « Oui », et poser, produit par produit, les questions sur la fréquence des prises et les modes de consommation.

Modes de consommation

Plusieurs réponses sont possibles car tous les modes de consommation utilisés pendant le mois précédent doivent être indiqués.

Q25 – Médicaments consommés

De la même façon que pour les produits consommés, il s'agit des consommations de médicaments durant les 30 derniers jours, et les questions doivent être posées aussi en 2 étapes :

- **Étape 1** : poser la question de la **consommation au cours des 30 derniers jours successivement pour tous les médicaments**, et cocher la modalité « Oui » ou « Non » ;

- **Étape 2** : revenir aux produits dont la modalité de réponse est « Oui », et poser, produit par produit, les questions du tableau.

Les médicaments de substitution doivent être mentionnés parmi les produits consommés, même s'ils sont pris dans le cadre d'un traitement et non « mésusés ».

Attention, **plusieurs réponses sont possibles** pour les effets recherchés, de même que pour le mode d'accès au médicament (prescription et hors prescription). **Pour ces questions, il est important de poser la question pour chaque modalité de réponse.**

Q26 – Consommation de substances

La question recherche la consommation de nouveaux produits de synthèse ou « RC » (Research Chemicals).

Q28 et Q29 – Fréquentation des CSAPA et CAARUD

Il est conseillé de donner à l'utilisateur les noms des CSAPA ou CAARUD proches pour faciliter la compréhension des usagers.

Feuille non-répondants

Pour les usagers qui refusent ou ne peuvent pas répondre au questionnaire, quelle que soit la raison, l'intervenant est amené à répondre lui-même à 5 questions situées sur une feuille spécifique (sexe, âge approximatif, usager déjà vu, questionnaire déjà rempli et cause de non-remplissage). Ces questions vont permettre de caractériser a minima les non-répondants et d'estimer le nombre total d'usagers fréquentant les CAARUD une semaine donnée.

Annexe 4. Affiche de présentation de l'enquête ENa-CAARUD 2015



Étude ENa-CAARUD 2015

Qu'est-ce qu' ENa-CAARUD ?

C'est une **ÉTUDE SCIENTIFIQUE** réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, auprès de **TOUTES** les personnes accueillies dans les centres CAARUD, du 14 au 27 septembre 2015.

A quoi sert l'étude ?

Santé, conditions de vie, consommations,... les questions de cette étude vous permettent de témoigner de vos difficultés et de vos besoins. Ce travail vise à orienter les politiques de prévention et de réductions des risques.

Comment y participer ?

Les professionnels et bénévoles du centre vont vous inviter à répondre à un questionnaire **ANONYME** et **confidentiel** durant une quinzaine de minutes.

Plus de 10 000 usagers y ont déjà répondu depuis 2006, en y participant, vous nous aidez à assurer sa qualité !
Si vous avez des questions, n'hésitez pas à en parler avec les professionnels et bénévoles autour de vous !



www.ofdt.fr

Annexe 5. Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Répartition du nombre de questionnaires selon la nature des activités des équipes des CAARUD	8
Tableau 2. Caractéristiques des trois groupes de niveau de précarité selon les variables de classification	10
Tableau 3. Répartition de la population enquêtée par classes d'âge et par sexe (en %)	13
Tableau 4. Entourage des usagers des CAARUD en 2015 (en %)	14
Tableau 5. Couverture sociale des usagers en 2015 (en %)	17
Tableau 6. Type de logement des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)	18
Tableau 7. Consommation récente d'alcool et de cannabis parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)	24
Tableau 8. Consommation de cannabis selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)	25
Tableau 9. Consommations des différents médicaments durant les 30 jours précédant l'enquête selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)	27
Tableau 10. Consommations des différents produits (hors alcool, cannabis et médicaments) dans les 30 jours précédant l'enquête selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)	30
Tableau 11. Premier produit injecté selon le sexe et l'âge des individus interrogés en 2015 (en %)	36
Tableau 12. Partage du matériel d'injection chez les injecteurs dans le mois précédant l'enquête selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)	37
Tableau 15. Traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'un suivi médical selon le sexe et l'âge des usagers des CAARUD interrogés en 2015 (en %)	38
Tableau 14. Résultats déclarés des tests VIH et VHC parmi les usagers ayant effectué le dépistage selon l'âge en 2015 (en % des usagers)	40
Tableau 15. Résultats déclarés des tests VIH et VHC parmi les usagers injecteurs au cours de la vie ayant effectué le dépistage selon l'âge en 2015 (en % des usagers)	40

Figure 1. Nombre de questionnaires recueillis pour l'analyse par région et dans les départements d'outre-mer	6
Figure 2. Pyramide des âges des usagers interrogés en 2015	13
Figure 3. Niveau de précarité en fonction du sexe et de l'âge en 2015 (en %)	15
Figure 4. Ressources des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)	20
Figure 5. Substances consommées par les usagers des CAARUD au cours du mois précédent l'enquête en 2015 (en %)	21
Figure 6. Fréquence de consommation des substances chez les usagers récents de chacune d'entre elles en 2015 (en %)	22
Figure 7. Modes d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) en 2015	23
Figure 8. Consommation d'alcool selon le sexe et l'âge parmi les usagers interrogés en 2015 (en %)	25
Figure 9. Effets recherchés lors de la consommation des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) en 2015	27
Figure 10. Cadre de prescription des médicaments utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque produit) en 2015	28
Figure 11. Évolution des consommations d'opioïdes au cours du mois précédant l'enquête par les usagers des CAARUD, entre 2008 et 2015 (en %)	29
Figure 12. Répartition du nombre de substances consommées au cours des 30 derniers jours	34
Figure 13. Pratique de l'injection selon l'âge des usagers des CAARUD interrogés en 2015	35
Figure 14. Évolution de la part des usagers des CAARUD déclarant ne jamais avoir eu de dépistage du VIH ou du VHC de 2006 à 2015	39

Bibliographie

Beck F., Obradovic I., Palle C., Brisacier A.-C., Cadet-Taïrou A., Díaz Gómez C., Lermenier-Jeannet A., Protais C., Richard J.-B., Spilka S. (2017) Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? *Tendances*, OFDT, n° 117, 8 p.

Brisacier A.-C. (2018) *Tableau de bord TSO 2018*. Saint-Denis, OFDT, 17 p.

Cadet-Taïrou A., Coquelin A., Toufik A. (2010a) CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. *Tendances*, OFDT, n° 74, 4 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A. (2010b) *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*. Saint-Denis, OFDT, 281 p.

Cadet-Taïrou A. (2012) *Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers*. Saint-Denis, OFDT, 6 p.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.

Cadet-Taïrou A. (2016) Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale. In: *Jeunes et addictions*, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 65-69.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T., Milhet M. (2016) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). *Tendances*, OFDT, n° 115, 8 p.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. (2005) *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*. Questions d'Economie de la Santé, IRDES, n° 97, 8 p.

Díaz Gómez C., Milhet M. (2016) Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*, OFDT, n° 113, 6 p.

Díaz Gómez C. (2018) Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. *Tendances*, OFDT, n° 124, 6 p.

Gandilhon M., Cadet-Taïrou A., Lahaie E. (2013) La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes. *Tendances*, OFDT, n° 90, 4 p.

INSERM (2012) *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 586 p.

Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S. (2017) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. *Tendances*, OFDT, n° 120, 6 p.

Milhet M., Cadet-Taïrou A., Lazès-Charmetant A., Lose S., Tissot N., Zurbach E., Hoareau E., Bailly F., De Marne A., Pfau G., Pavic G., Sudérie G. (2017) *Usages de BHD non conformes au cadre médical. De la buprénorphine au "Subu" : observations récentes du dispositif TREND*. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 30 p.

OFDT, DGS (2015) Actes de la journée CAARUD 10 ans. Saint-Denis, OFDT, 50 p.

Pfau G., Cadet-Taïrou A. (2018) *Usages et ventes de crack à Paris : un état des lieux 2012-2017*. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 43 p.

Rahis A.-C., Cadet-Taïrou A., Delile J.-M. (2010) Les nouveaux visages de la marginalité. In: *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 26-37.

Reynaud-Maurupt C., Hoareau E. (2010) *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés"*. Saint-Denis, OFDT, 273 p.

Toufik A., Cadet-Taïrou A., Janssen E., Gandilhon M. (2008a) Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Profils et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. *Tendances*, OFDT, n° 61, 4 p.

Toufik A., Cadet-Taïrou A., Janssen E., Gandilhon M. (2008b) *Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD. Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*. Saint-Denis, OFDT, 48 p.

L'Enquête nationale dans les CAARUD (ENa-CAARUD), menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à intervalles réguliers depuis 2006, renseigne sur les caractéristiques socio-démographiques, les consommations et les pratiques liées aux usages (injection, dépistage, etc.), du public accueilli dans le dispositif des CAARUD.

L'édition 2015 de l'enquête, qui s'est déroulée au mois de septembre, a permis d'interroger quelque 3 130 individus dans plus de 140 CAARUD de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane et La Réunion). Ce rapport présente les résultats de cet exercice 2015 et les met en perspective, autant que possible, avec ceux des éditions antérieures.

**OFDT - 3 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex**

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-23-1

Crédits photographiques : © Frédérique Million (OFDT) / © Syda Productions - Fotolia.com