



Novembre 2012

## Tableau de bord sur les addictions en Bretagne

**Le comité de pilotage :**

**Madame le Dr Florence TUAL, Madame Valérie MOLINA, Agence Régionale de Santé Bretagne  
Madame Nathalie GIBOT, Monsieur Mathieu RAULT, Conseil régional de Bretagne  
Madame Patricia ALLAIN, Préfecture d'Ille-et-Vilaine**

**Les personnes ressources :**

**Dr Catherine DE BOURNONVILLE, Médecin tabacologue au CHU de Rennes  
Thierry FILLAUT, professeur d'histoire contemporaine, Centre de recherches historiques de l'Ouest (Cerhio UMR 6258), Université de Bretagne Sud  
Dr Xavier GUILLERY, Médecin addictologue, CSAPA de Rennes  
Dr Christine LATIMIER, Médecin coordinateur du CSAPA Douar Nevez  
Pr Romain MOIRAND, Professeur en addictologie, responsable de l'unité d'addictologie du CHU de Rennes  
Dr Claude VEDELHIÉ, psychiatre, médecin coordinateur du CSAPA de Rennes  
Groupe RDR en Bretagne : Guillaume GIRARD (L'Orange Bleue), Typhaine BHIR OTHMANN & David ARTAUD (Le Break), Guillaume JEGOUSSE ,  
Astrid POLY & Julie LE BOURHIS (Le Pare-à-Chutes), Isabelle PÊCHEUR (Interm'AIDES), Stéphanie LE FRIEC & Maël GUILLAMET (AIDES 29),  
Isabelle STÉPHANT (AIDES Bretagne)**

**Étude réalisée sous la direction de :**

**Madame le Dr Isabelle TRON, Directrice de l'ORS Bretagne  
Monsieur Matthieu CHALUMEAU, Directeur de l'AIRDDS - CIRDD Bretagne**

**Rédaction : Léna PENNOGNON, Chargée d'étude, ORS Bretagne ; Guillaume PAVIC, Chargé d'étude, AIRDDS - CIRDD Bretagne**

**Conception graphique : Élisabeth QUÉGUINER, assistante d'étude, ORS Bretagne  
Observatoire Régional de Santé de Bretagne  
8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7  
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21  
<http://www.orsbretagne.fr>**

**Étude financée par l'Agence Régionale de Santé Bretagne, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et le Conseil Régional de Bretagne.**

**ISBN : 978-2-905796-79-0**

# Préface

*La prévention et l'accompagnement des conduites addictives constituent une priorité forte de santé publique pour les institutions régionales. Elles sont la principale cause de mortalité prématurée en Bretagne, et ont un impact sanitaire, social, individuel et collectif important.*

*C'est pourquoi, la Préfecture de la Région Bretagne, le Conseil régional de Bretagne et l'Agence régionale de santé Bretagne ont souhaité la mise en place d'un tableau de bord des addictions en Bretagne à destination des professionnels et des associations œuvrant dans les domaines de la prévention, du médico-social et du sanitaire.*

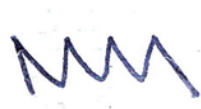
*Elaboré conjointement par le Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances et l'Observatoire régional de santé Bretagne, ce nouvel outil regroupe pour l'année 2011 des données relatives aux consommations, à leurs conséquences et à l'offre bretonne en matière de soins et d'accompagnement. Il permet d'apporter des réponses aux questions suivantes : Quelle est la réalité des comportements d'addictions dans notre région ? Quelles sont les conséquences sur la santé des bretons ? Quels dispositifs pour accompagner les victimes et leur entourage ? Où trouver les structures et les professionnels qui mettent en œuvre les politiques publiques ?*

*En tant qu'institutions régionales, nous recherchons à mieux articuler nos différentes politiques en fonction de nos compétences et de nos missions, nous attachons une grande importance à ce que les acteurs se (re)connaissent mutuellement et agissent dans la complémentarité. Ce tableau de bord s'inscrit dans ce sens en favorisant une approche plus transversale de la problématique des addictions.*

*La problématique des addictions concerne principalement l'alcool, le tabac, les produits illicites, les usages détournés de médicaments et les addictions comportementales telles que les addictions aux jeux.*

*Pour autant, il ne s'agit pas d'une réalité figée : de nouvelles substances apparaissent, les comportements évoluent, les professionnels adaptent leurs actions. Les institutions doivent ainsi faire vivre et évoluer ce nouvel outil avec l'ensemble des acteurs. Aussi, nous souhaitons que ce tableau de bord des addictions soit partagé et alimenté par tous.*

**Michel Cadot**  
Préfet de Région  
Bretagne



**Pierrick Massiot**  
Président du Conseil  
Régional de Bretagne



**Alain Gautron**  
Directeur général de l'Agence  
Régionale de Santé Bretagne





# Sommaire

<b>Principaux chiffres-clés en Bretagne</b>	<b>Page 7</b>
<b>1. Description générale des sources de données</b>	<b>Page 13</b>
<b>2. Éléments de cadrage sociodémographique</b>	<b>Page 17</b>
<b>La population bretonne</b>	<b>Page 18</b>
<b>Les inégalités sociales de santé</b>	<b>Page 20</b>
<b>3. Etat des lieux des consommations</b>	<b>Page 23</b>
<b>Niveau de consommation d'alcool</b>	<b>Page 24</b>
Un éclairage sur les consommations d'alcool en Bretagne	Page 24
Ventes d'alcool en France et densité des débits de boissons licence IV	Page 25
Consommation d'alcool en population générale en France	Page 27
Consommation d'alcool chez les consultants des CES	Page 28
Un éclairage sur la consommation d'alcool chez les jeunes en Bretagne et en France	Page 29
Consommation d'alcool chez les jeunes à 17 ans	Page 30
<b>Niveau de consommation de tabac</b>	<b>Page 32</b>
Ventes de tabac en Bretagne	Page 32
Consommation de tabac en population générale en France	Page 33
Consommation de tabac chez les consultants des CES	Page 34
Consommation de tabac chez les jeunes à 17 ans	Page 35
<b>Niveau de consommation de produits illicites</b>	<b>Page 37</b>
Prix et disponibilité des produits illicites à Rennes et en Bretagne	Page 37
Consommation de drogues illicites en population générale en France	Page 39
Consommation de cannabis chez les jeunes à 17 ans	Page 40
Consommation d'autres drogues que le cannabis chez les jeunes à 17 ans	Page 41
<b>Niveau de consommation de médicaments psychotropes</b>	<b>Page 42</b>
Consommation de médicaments psychotropes chez les consultants des CES	Page 42
Consommation de médicaments psychotropes chez les jeunes à 17 ans	Page 43
<b>Addictions sans produit</b>	<b>Page 44</b>
Un éclairage sur les addictions sans produit	Page 44
Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en France	Page 45
<b>4. Conséquences sanitaires et légales des consommations</b>	<b>Page 47</b>
<b>Conséquences sanitaires des consommations</b>	<b>Page 48</b>
Un éclairage sur la morbidité et la mortalité en lien avec la consommation d'alcool	Page 48
Morbidity hospitalière liée à l'alcool dans les services de court séjour	Page 49
Morbidity en lien avec la consommation d'alcool	Page 50
Mortalité générale et prématurée liée à la consommation d'alcool	Page 51
Mortalité et accidentologie routière en lien avec l'alcool	Page 55
Un éclairage sur la morbidité et la mortalité en lien avec la consommation de tabac	Page 57
Morbidity en lien avec la consommation de tabac	Page 58
Mortalité générale et prématurée liée à la consommation de tabac	Page 59
Morbidity : les maladies infectieuses liées à l'usage de produits illicites par voie intraveineuse	Page 63
Mortalité par surdosage de produits illicites et médicaments opiacés détournés	Page 64
<b>Conséquences légales des consommations</b>	<b>Page 65</b>
Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants	Page 65
Faits de délinquance liés aux stupéfiants dans la métropole rennaise	Page 67
Interpellations pour ivresses publiques et manifestes	Page 68
Stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants en Bretagne	Page 69

<b>5. Prise en charge, accompagnement et réduction des risques</b>	<b>Page 71</b>
<b>Prise en charge et accompagnement</b>	<b>Page 72</b>
Cartographie régionale des dispositifs de prise en charge	Page 72
Un éclairage sur les prises en charge en Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie	Page 76
Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie	Page 77
<b>Réduction des risques</b>	<b>Page 80</b>
Un éclairage sur la réduction des risques en Bretagne	Page 80
Les usagers des CAARUD de Bretagne en 2008	Page 81
Traitement de substitution aux opiacés : Subutex® et Méthadone®	Page 82
Un éclairage sur la délivrance bas seuil de Méthadone® en Bretagne	Page 85
Matériel de réduction des risques	Page 86
<b>6. Glossaire</b>	<b>Page 89</b>
<b>7. Annexe : Cartographie des dispositifs de prise en charge selon les territoires de santé</b>	<b>Page 91</b>

# Principaux chiffres-clés en Bretagne

**2<sup>e</sup>**  
PLUS FORTE DENSITÉ  
DE DÉBIT DE BOISSONS

**14%**  
DE CONSOMMATEURS  
RÉGULIERS CHEZ LES  
JEUNES DE 17 ANS

**23%**  
DES JEUNES DE 17 ANS  
S'ENIVRENT RÉGULIÈREMENT

**17% DES HOMMES ET 7% DES FEMMES**  
ÂGÉS DE 16 ANS OU PLUS SONT  
DES CONSOMMATEURS À RISQUE

**13 700**  
SÉJOURS HOSPITALIERS  
EN COURT SÉJOUR LIÉS À  
L'ALCOOL

**1 500**  
NOUVEAUX CANCERS  
DES VADS PAR AN

**1 400**  
DÉCÈS IMPUTABLES AUX  
PRINCIPALES PATHOLOGIES  
LIÉES À L'ALCOOL

**95**  
ACCIDENTS MORTELS  
DE LA ROUTE LIÉS À L'ALCOOL  
EN 2010

**7 469**  
INTERPELLATIONS POUR  
IVRESSES PUBLIQUES ET  
MANIFESTES

UNE FILE ACTIVE DE **9 000**  
PERSONNES EN CSAPA ET UN TAUX  
DE CONSULTATION DE **4,7** POUR  
1 000 HABITANTS

### Débits de boissons

En 2002, avec 4 000 débits de boissons licence IV, soit 472 débits pour 1 000 habitants âgés de 15 ans ou plus, la Bretagne occupe le 2<sup>e</sup> rang des régions françaises de plus forte densité pour les débits de boissons juste derrière l'Auvergne.

### Consommation régulière

En 2011, plus d'un jeune breton de 17 ans sur 10 (14%) déclare une consommation régulière d'alcool. Cette proportion a augmenté entre 2008 et 2011 (9% en 2008), hausse qui intervient après une période de baisse entamée en 2002 et qui situe la région Bretagne à un niveau supérieur à la moyenne française. La consommation régulière reste à prédominance masculine (19% contre 9% chez les filles).

### Ivresses

En 2011, près d'un jeune breton de 17 ans sur 4 (23%) déclare avoir été ivre 10 fois ou plus au cours de l'année. Cette proportion est en forte hausse entre 2008 et 2011 (de 16% à 23%). Ce comportement est 2 fois plus fréquent chez les jeunes bretons que chez leurs homologues français (11%).

### Consommations à risque

En 2006-2007, la proportion de consommateurs d'alcool à risque concerne 17% des hommes et 7% des femmes en Bretagne selon l'étude réalisée auprès des consultants des centres d'exams de santé. Chez les 16-24 ans, les consommations à risque concernent 21% des hommes et 13% des femmes, proportions plus de 2 fois supérieures à celles relevées chez les français du même âge (respectivement 10% et 6%).

### Morbidité

En 2009, on estime à près de 13 700 le nombre de séjours hospitaliers réalisés dans les services de court séjour pour une pathologie liée à l'alcool en Bretagne, soit 1,3% de l'ensemble des séjours hospitaliers en service de court séjour. Le recours à l'hospitalisation a concerné 9 881 patients en Bretagne, soit un taux de 311 séjours pour 100 000 supérieur à celui observé au niveau national (256).

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) a été estimé à près de 1 500 en Bretagne. Ce cancer occupe le 2<sup>e</sup> des cancers les plus fréquents chez les hommes et le 8<sup>e</sup> chez les femmes. L'incidence du cancer des VADS est plus fréquente chez les hommes bretons que chez leurs homologues français : 53 nouveaux cas pour 100 000 contre 37 en France, en revanche la situation des femmes bretonnes est sensiblement plus favorable : 6 nouveaux cas pour 100 000 contre 8 en France. Depuis 1985, le taux d'incidence de ce cancer diminue chez les hommes tandis qu'il affiche une relative stabilité chez les femmes.

### Mortalité

En 2007-2009, les 3 principales causes médicales de décès les plus directement liées à l'alcool ont entraîné plus de 1 400 décès par an en Bretagne. La région affiche une position défavorable par rapport à la France, particulièrement chez les hommes : 74 décès pour 100 000 contre 52 en France, chez les femmes les taux respectifs sont 15 pour 100 000 bretonnes contre 13 en France.

### Mortalité routière

Le nombre cumulé de décès suite à un accident de la route lié à l'alcool se porte à plus de 800 pour les années 2006-2010, dont 95 pour la seule année 2010.

### Interpellations

En 2010, la Bretagne se situe au 3<sup>e</sup> rang français. Près de 7 500 interpellations pour ivresses publiques et manifestes ont été réalisées en Bretagne, soit deux fois plus que la moyenne nationale.

### Soins ambulatoires

En 2009, on relève une file active de 9 015 patients pour consultations en lien avec un problème d'alcool dans les CSAPA bretons (4<sup>e</sup> rang national), soit un taux de 4,7 consultations pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans. La Bretagne affiche un taux de recours supérieur à celui de la France.



**3 MILLIONS**  
DE CIGARETTES VENDUES  
EN BRETAGNE

**36%**  
DES JEUNES DE 17 ANS  
FUMENT TOUS LES JOURS

**31% DES HOMMES ET 22% DES  
FEMMES ÂGÉS DE 16 ANS OU  
PLUS FUMENT TOUS LES JOURS**

**1 500**  
NOUVEAUX CANCERS DE LA  
TRACHÉE, DES BRONCHES ET  
DU POUMON PAR AN  
UNE PROGRESSION PLUS  
IMPORTANTE EN BRETAGNE QU'EN  
FRANCE, NOTAMMENT CHEZ LES  
FEMMES

**4 400**  
DÉGÈS IMPUTABLES AUX  
PRINCIPALES PATHOLOGIES  
LIÉES AU TABAC

#### Ventes de tabac

Près de 3 millions de cigarettes ont été vendues en Bretagne en 2010, soit 943 cigarettes en moyenne par habitant, situant la région au 4<sup>e</sup> rang national. Les ventes de tabac en Bretagne sont stables depuis 2004 après avoir fortement chuté sur la période 1999-2004.

#### Tabagisme quotidien chez les jeunes

En 2011, plus du tiers des jeunes bretons de 17 ans (36%) déclarent fumer quotidiennement du tabac, les filles comme les garçons. La tendance à la baisse observée depuis le début des années 2000 s'est inversée en 2011 avec une hausse de la prévalence de +6% par rapport à 2008. Cette augmentation place à nouveau le niveau de consommation quotidienne de tabac des jeunes bretons au-dessus de celui des jeunes français.

#### Tabagisme quotidien en population générale

En 2006-2007, la proportion de fumeurs quotidiens chez les bretons de 16 ans ou plus concerne 31% des hommes et 22% des femmes. La prévalence du tabagisme quotidien est maximale chez les 16-24 ans et la région Bretagne occupe le 1<sup>er</sup> rang des régions les plus consommatrices pour cette tranche d'âge.

#### Morbidité

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été estimé à plus de 1 500 en Bretagne. Ce cancer occupe le 3<sup>e</sup> rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et le 4<sup>e</sup> rang chez les femmes. En 2005, l'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon est équivalente en Bretagne et en France : 51 cas pour 100 000 hommes et 12 cas pour 100 000 femmes. Depuis 1980, l'incidence de ce cancer croît continûment, davantage en Bretagne qu'en France et plus particulièrement chez les femmes, respectivement +83% contre +73% entre 1995 et 2005.

#### Mortalité

En 2007-2009, les 3 causes principales de décès liées au tabac ont été responsables de plus de 4 400 décès par an en Bretagne. La région affiche une position défavorable par rapport à la France avec des taux standardisés significativement supérieurs à ceux observés au niveau national : 202 décès pour 100 000 hommes et 73 décès pour 100 000 femmes contre 190 et 63 en France.

La mortalité prématurée liée au tabac a progressé (+37%) chez les femmes entre 2000-2002 et 2007-2009 en Bretagne, plus fortement qu'en France (+25%).

**8€ LE GRAMME DE RÉSINE ET  
7€ LE GRAMME D'HERBE**

**15 ANS ET DEMI :  
ÂGE DE L'EXPÉRIMENTATION  
DU CANNABIS**

**6%  
DES JEUNES DE 17 ANS  
CONSUMMENT RÉGULIÈREMENT  
DU CANNABIS**

**2 800  
INTERPELLATIONS POUR INFRACTION  
À LA LÉGISLATION SUR LES  
STUPÉFIANTS (CANNABIS)**

**38 STAGES DE SENSIBILISATION AUX  
DANGERS DES STUPÉFIANTS ET 384  
BÉNÉFICIAIRES EN BRETAGNE**

### Prix et disponibilité

Le cannabis est le produit illicite le plus disponible et le moins cher. Ce produit est très largement diffusé auprès d'une large population. La consommation du cannabis tendrait à se banaliser depuis plusieurs années. Le gramme de résine de cannabis se vend en moyenne 8€ et 7€ pour le gramme d'herbe.

### Expérimentation chez les jeunes

En 2011, près de la moitié des bretons de 17 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (48% des garçons et 46% des filles). En moyenne, ils l'ont expérimenté à 15 ans et demi.

### Consommation régulière chez les jeunes

En 2011, en Bretagne comme en France, 6% des jeunes sont des consommateurs réguliers de cannabis. Ce comportement est trois fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, respectivement 9% contre 3%. Après avoir connu une forte décroissance depuis le début des années 2000, la consommation régulière de cannabis s'est stabilisée entre 2008 et 2011.

### Interpellations

En 2010, près de 2 800 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants pour usage de cannabis ont été enregistrées en Bretagne. Ce niveau positionne la Bretagne au 12<sup>e</sup> rang national. Le niveau d'interpellations d'usagers de cannabis est très inférieur en Bretagne à celui observé en France.

### Stages de sensibilisation

Les stages de sensibilisation aux dangers de stupéfiants constituent une des réponses pénales possibles en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants proposée par le Parquet. Pour l'année 2011, 38 stages se sont déroulés en Bretagne pour un total de 384 bénéficiaires.

## AUTRES DROGUES QUE CANNABIS

**80€ LE GRAMME DE COCAÏNE ET  
40€ LE GRAMME D'HÉROÏNE**

**15% DES JEUNES DE 17 ANS  
ONT DÉJÀ EXPÉRIMENTÉ LE  
POPPERS ET 8% DES PRODUITS  
À INHALER**

**4% DES JEUNES DE 17 ANS ONT  
EXPÉRIMENTÉ LA COCAÏNE**

**2% DES JEUNES DE 17 ANS ONT  
EXPÉRIMENTÉ L'ECSTASY**

**1% DES JEUNES DE 17 ANS ONT  
EXPÉRIMENTÉ L'HÉROÏNE**

**UNE FILE ACTIVE DE 4 700  
PERSONNES ET UN TAUX DE  
CONSULTATION DE 61,3 POUR  
10 000 HABITANTS**

**ENTRE 2 ET 3 NOUVELLES  
CONTAMINATIONS AU VIH PAR AN  
CONCERNENT DES USAGERS DE  
DROGUES**

**34  
DÉGÈS PAR SURDOSE**

**225  
INTERPELLATIONS POUR INFRACTION  
À LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉ-  
FIANTS (AUTRES PRODUITS ILLICITES)**

**PLUS DE 93 000 BOÎTES DE SUBUTEX  
VENDUES EN BRETAGNE**

**PRÈS DE 376 000 FLACONS DE  
MÉTHADONE VENDUS EN  
BRETAGNE**

**395 000  
SERINGUES DIFFUSÉES**

**Prix et disponibilité**

La cocaïne a vu sa disponibilité augmenter entre 2002 et 2008 sur le site de Rennes. Depuis 2009, l'offre semble s'être stabilisée. Le gramme de cocaïne se vendait en moyenne 80€ en 2010.

La disponibilité et l'accessibilité de l'héroïne brune semble en hausse. En 2010, le gramme d'héroïne se vendait en moyenne 40€.

**Expérimentations chez les jeunes**

En 2011, les jeunes bretons de 17 ans sont significativement plus nombreux que les français du même âge à avoir déjà pris du poppers, 15% contre 9%. La proportion d'expérimentateurs de produits à inhaler est aussi légèrement plus élevée en Bretagne qu'en France (8% contre 6%).

Les niveaux d'expérimentation des autres drogues illicites sont faibles et concernent une minorité de jeunes : 4% pour la cocaïne (3% en France), 2% pour l'ecstasy et 1% pour l'héroïne sans différence avec la moyenne française.

Entre les deux dernières enquêtes Escapad (2008 et 2011), les tendances évolutives de la diffusion de ces produits chez les jeunes se poursuivent à la baisse au niveau national alors qu'en Bretagne le niveau d'expérimentation de ces produits se stabilise.

**Soins ambulatoire**

En 2009, on relève une file active de 4 704 patients pour consultations en lien avec une consommation de drogues illicites dans les CSAPA bretons (8<sup>e</sup> rang national), soit un taux de 61,3 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. La Bretagne affiche un taux de recours inférieur à celui de la France.

**Morbidité**

Entre 2003 et 2010, avec la mise en place de la notification obligatoire au VIH, 22 contaminations au VIH ont été recensées au total chez des usagers de drogues en Bretagne, soit 3% de l'ensemble des contaminations au VIH. Grâce à l'apparition des nouvelles associations de puissants antirétroviraux en 1996, couplée aux politiques de prévention et de réduction des risques, l'incidence du sida est marginale depuis la fin des années 90 en Bretagne comme en France et concernait en 2008 moins d'un nouveau cas de sida par UDVI par million d'habitants de 15 ans et plus.

**Mortalité par surdose**

En 2010, au total 34 décès par surdoses ont été enregistrés en Bretagne, cela correspond à 4,4 décès pour 100 000 habitants (âgé de 20 à 39 ans) contre 1,9 en France.

**Interpellations**

En 2010, 225 interpellations d'usagers d'autres produits psychoactifs (héroïne, cocaïne et ecstasy) ont été dénombrées en Bretagne, soit 8% de l'ensemble des interpellations pour ILS. Ce niveau positionne la Bretagne au 16<sup>e</sup> rang national.

**Les traitements de substitution aux opiacés**

En 2009, avec 12,1 boîtes de Subutex® vendues pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (soit plus de 93 000 boîtes de Subutex® délivrées au cours de l'année), la Bretagne se positionne au 1<sup>er</sup> rang des régions françaises où le taux est le plus faible.

En 2009, avec 49 flacons de Méthadone® pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (soit près de 376 000 flacons délivrés au cours de l'année), la Bretagne se positionne dans la moyenne des régions françaises au 10<sup>e</sup> rang. La moyenne française s'établit quant à elle à 44,4 flacons pour 100 habitants de 20-39 ans.

**Diffusion du matériel d'injection**

En 2010 en Bretagne, les pharmacies, les 4 CAARUD et les 5 automates d'échange de seringues ont distribué près de 400 000 seringues stériles destinées à l'injection.



# 1 Description générale des sources de données

## LES SYSTÈMES D'INFORMATIONS CONTINUS

### ■ Les données de population de l'Insee

Les données de population sont issues de l'exploitation des données sociodémographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) qui proviennent elles-mêmes de plusieurs systèmes d'enregistrement différents : recensement de la population, estimations et projections de population, état-civil, tableaux de bord de l'économie bretonne...

### ■ Les données des centres d'examens de santé du Cetaf

Le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (Cetaf) est la source des données régionalisées de l'Assurance Maladie sur les usages de tabac, d'alcool et de médicaments psychotropes, recueillies auprès des consultants des Centres d'Examens de Santé (CES). Les examens périodiques de santé s'adressent prioritairement aux personnes en marge du système de santé ou sans suivi médical de prévention. La population accueillie dans les CES n'est donc pas représentative de la population générale française, une procédure de redressement de la structure sociodémographique des données est appliquée pour corriger les différences structurelles existant entre la population examinée dans les CES et la population française à la fois au niveau national et régional. Les derniers résultats disponibles portent sur les années 2006-2007.

### ■ Les données de recours à l'hospitalisation de l'ATIH

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont issues de l'exploitation annuelle des bases de données fournies par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Les données concernant les motifs de recours à l'hospitalisation reposent sur l'étude du diagnostic principal ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant défini à la fin de tout séjour effectué dans les services de court séjour des établissements publics et privés et sont rapportées au lieu de domicile du patient. Les données présentées concernent des séjours et non des patients. La dernière année disponible est 2009.

### ■ Les données d'incidence des cancers de Francim

Le Réseau français des registres des cancers (Francim) procède à la réalisation d'estimations de l'incidence des cancers en France et dans les 22 régions de France métropolitaine à partir des données collectées dans les registres départementaux sur l'ensemble des cancers (registres généraux) ou uniquement sur certaines localisations cancéreuses (registres spécialisés). Les estimations régionales sont produites depuis 1980 tous les 5 ans, la dernière année disponible est 2005.

### ■ Les données d'admission en ALD de l'assurance maladie

Les admissions en affection de longue durée (ALD) issues des trois régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA et RSI) sont fournies annuellement à l'échelle départementale par sexe et tranche d'âge quinquennal. Elles sont au nombre de 30 dont la liste est fixée par décret. La dernière année disponible est 2009.

### ■ Les données de mortalité de l'Inserm

Les données de mortalité proviennent de la statistique annuelle des causes médicales de décès dont s'occupe le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et concernent les années de 2000 à 2009 (dernière année disponible). La cause médicale de décès retenue est la cause principale (ou initiale) du décès codée selon la Classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision (CIM10) permettant la réalisation de comparaisons régionales, nationales ou encore internationales.

### ■ La base ILIAD de l'OFDT

La base ILIAD (indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional, dans le domaine des addictions et dépendances aux substances licites et illicites. Ces données sont accessibles sur plusieurs années et peuvent être déclinées à l'échelle d'un département. Elles permettent la comparaison avec le niveau national.

### ■ Le recueil RECAP de l'OFDT

RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures et des professionnels offrant une prise en charge spécifique des consommateurs de drogues. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (fiches d'accueil, gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions.

### ■ Les autres sources utilisées

D'autres sources de données ont également été utilisées, elles sont de différents types et reposent sur des supports différents (rapports, articles, statistiques,...) provenant de producteurs variés (Préfecture de Bretagne, Fédération nationale des observatoires de santé, Direction interrégionale des douanes, Institut national de veille sanitaire...). Elles sont systématiquement mentionnées en regard des tableaux, des graphiques ou des cartes présentés dans l'ensemble du document.

## LES ENQUÊTES NATIONALES ET RÉGIONALES, LES AUTRES DISPOSITIFS...

### ■ Le Baromètre Santé de l'INPES

Le baromètre santé existe depuis 1992 et enquête sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé et de nutrition. Parmi les thématiques abordées, on trouve des questions sur les consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites). Il s'agit d'une enquête déclarative. La parution des résultats de l'exercice 2010 est actuellement en cours.

### ■ L'enquête ESCAPAD de l'OFDT

Depuis l'an 2000, l'enquête ESCAPAD a considérablement contribué à améliorer les connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes Français. En interrogeant régulièrement, lors de leur journée d'appel de préparation à la défense, un échantillon représentatif des jeunes de 17 ans sur leurs usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites, ESCAPAD constitue un véritable baromètre de ces comportements à un âge stratégique. Ses résultats largement diffusés délivrent des informations utiles aux décideurs et à l'ensemble des professionnels du secteur mais aussi au grand public. La capacité de l'enquête à produire des indicateurs pertinents à l'échelle régionale, constitue une véritable plus-value en termes de précision pour les acteurs locaux. La dernière année disponible est 2011.

### ■ Le dispositif TREND

L'objectif du dispositif TREND est de fournir, en complément des dispositifs existants, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues. Ces éléments doivent permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, qu'ils soient médecins, travailleurs sociaux, usagers, responsables publics, de disposer d'informations précoces sur les phénomènes relevant de l'usage de drogues afin d'élaborer des réponses rapides et permettre ainsi une meilleure protection des usagers et de la population en général. Le dispositif TREND est fondé essentiellement sur la détection des phénomènes émergents, lesquels recouvrent soit des phénomènes inédits soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place.

Dans ce cadre, le dispositif TREND tente d'observer les évolutions à partir de six thématiques principales dans deux espaces d'investigation : l'espace urbain et l'espace festif.

- les populations émergentes d'usagers de produits,
- les modalités d'usage de produits,
- les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de produits,
- les produits émergents,
- les modalités d'acquisition de proximité,
- les perceptions et représentations des produits.

Le réseau des sites TREND installé depuis l'année 2001 est placé actuellement sous la responsabilité de sept coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) chargées d'assurer la réalisation de la collecte des informations nécessaires à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues.

D'autres données d'enquêtes nationales et régionales ont été utilisées. Il s'agit notamment des enquêtes réalisées par l'ORS Bretagne auprès des jeunes dans la région (La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007, La santé des étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'université en 2006, La santé des jeunes des missions locales en 2009,...). Elles sont systématiquement mentionnées en regard des tableaux, des graphiques ou des cartes présentés dans l'ensemble du document.





## 2 Éléments de cadrage sociodémographique

**La Bretagne : 7<sup>e</sup> région de France la plus peuplée**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, avec 3 197 975 habitants, la Bretagne se situe au 7<sup>e</sup> rang parmi les régions françaises les plus peuplées après l'Aquitaine et devant la région Midi-Pyrénées. La densité régionale est égale à 118 habitants par km<sup>2</sup> contre 115 en France hexagonale. Cependant, la répartition de la population sur l'ensemble du territoire breton reste très inégale celle-ci se concentrant sur le littoral et dans l'agglomération rennaise.

**Une progression supérieure à celle observée en France mais inégale selon les départements...**

Depuis 1999, la croissance annuelle moyenne de la population est de +0,9% contre +0,6% en France. Elle est deux fois plus forte sur la dernière décennie que sur la période 1990-1999 (+0,4%). La croissance démographique dépend pour les trois quart du solde migratoire : au 1<sup>er</sup> janvier 2010, on dénombre plus de 290 000 habitants supplémentaires en Bretagne par rapport à 1999. La situation est plus contrastée selon les départements. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan profitent le plus de cette dynamique avec un accroissement respectivement de +1,2% et +1%. Les Côtes d'Armor affichent une progression de +0,8% proche de la moyenne bretonne, tandis que le Finistère présente la croissance la plus faible : +0,5%.

**...tendance qui devrait se poursuivre à l'horizon 2040**

A l'horizon 2040, si les tendances démographiques récentes se poursuivent, la Bretagne compterait 3 873 000 habitants et conserverait ainsi son rang de 7<sup>e</sup> région métropolitaine. Entre 2007 et 2040, le taux annuel moyen d'accroissement de la population atteindrait +0,7% contre 0,4% en France. Ce fort dynamisme régional dû pour l'essentiel aux migrations se retrouve dans tous les départements bretons affichant tous des taux de croissance supérieur à celui de la France. Cependant, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan se distingueraient par une croissance plus soutenue que le Finistère et les Côtes d'Armor (respectivement pour chacun +0,8% contre +0,5%).

**Une proportion de personnes âgées plus élevée en Bretagne qu'au niveau national...**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, un breton sur 4 est âgé de 60 ans et plus contre 23% en France. Les départements bretons présentent de fortes disparités : la part des 60 ans et plus est proportionnellement la plus élevée dans les Côtes d'Armor (28%) et la plus basse en Ille-et-Vilaine (21%). L'Ille-et-Vilaine fait exception à l'intérieur de la région, la part des moins de 40 ans y représente plus d'un habitant sur deux (53%) contre seulement 44% dans les Côtes d'Armor, 47% dans le Finistère et 46% dans le Morbihan.

**...qui devrait s'accroître fortement à l'horizon 2040 au détriment des plus jeunes et des actifs potentiels**

A l'horizon 2040, en Bretagne comme en France, la structure par âge de la population devrait se modifier avec la baisse de la part des moins de 20 ans et des 20-59 ans au profit des 60 ans et plus. Néanmoins, du fait des migrations, le nombre des jeunes de moins de 20 ans augmenterait de 14%, soit un gain de 4 600 jeunes de moins de 20 ans. Les actifs potentiels (20-59 ans) seraient également plus nombreux mais leur part diminuerait le plus fortement, notamment dans le Morbihan. Le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus augmenterait quant à lui de 76% et il représenterait alors 33% de la population bretonne en 2040.

**Population et évolution annuelle moyenne (en %)**

	Population			Evolution annuelle moyenne	
	1990	1999	2010 (p)	1990-1999	1999-2010
Côtes-d'Armor	538 395	542 373	591 782	+0,1%	+0,8%
Finistère	838 687	852 418	896 662	+0,2%	+0,5%
Ille-et-Vilaine	798 718	867 533	987 465	+0,9%	+1,2%
Morbihan	619 838	643 873	722 066	+0,4%	+1,0%
<b>Bretagne</b>	<b>2 795 638</b>	<b>2 906 197</b>	<b>3 197 975</b>	<b>+0,4%</b>	<b>+0,9%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>56 615 155</b>	<b>58 518 395</b>	<b>62 791 013</b>	<b>+0,4%</b>	<b>+0,6%</b>

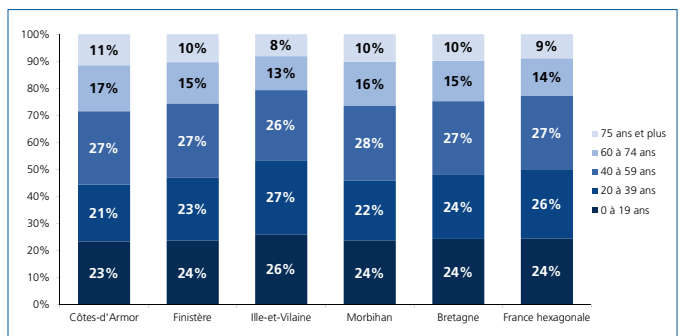
Source : Insee - Recensements de la population et estimation localisées de population, exploitation ORS Bretagne, (p) : provisoire

**Evolution de la population à l'horizon 2040 selon le scénario central**

	Population (en milliers)				Taux d'accroissement annuel moyen
	2007	2020	2030	2040	2007-2040
Côtes-d'Armor	576	622	654	682	+0,5%
Finistère	886	951	997	1 039	+0,5%
Ille-et-Vilaine	956	1 087	1 173	1 250	+0,8%
Morbihan	702	792	850	902	+0,8%
<b>Bretagne</b>	<b>3 120</b>	<b>3 452</b>	<b>3 674</b>	<b>3 873</b>	<b>+0,7%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>61 795</b>	<b>65 962</b>	<b>68 532</b>	<b>70 734</b>	<b>+0,4%</b>

Source : Insee - Omphale 2010, exploitation ORS Bretagne

**Répartition de la population par tranche d'âge en 2010 (p)**



Source : Insee - Estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2010, exploitation ORS Bretagne, (p) : provisoire

**Evolution de la structure par âge entre 2007 et 2040 selon le scénario central**

	Moins de 20 ans		20 à 59 ans		60 ans ou plus	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040
Côtes-d'Armor	23%	22%	49%	41%	27%	38%
Finistère	24%	22%	52%	44%	24%	34%
Ille-et-Vilaine	26%	24%	55%	48%	19%	28%
Morbihan	24%	21%	51%	42%	25%	37%
<b>Bretagne</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>52%</b>	<b>44%</b>	<b>23%</b>	<b>33%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>54%</b>	<b>47%</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>

Source : Insee - Omphale 2010, exploitation ORS Bretagne

## LA POPULATION BRETONNE

### Plus d'agriculteurs et d'ouvriers qu'en moyenne nationale

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la Bretagne comptait 25,6% d'ouvriers et 3,6% d'agriculteurs exploitants, proportions supérieures à celles relevées au niveau national (respectivement 22,7% et 2%). A l'inverse, la proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures est plus faible en Bretagne qu'en France, respectivement 12,8% contre 16,1%. Les autres catégories socioprofessionnelles présentent des proportions proches de celles observées au niveau national.

### Des indicateurs de la précarité plus favorables en Bretagne qu'en France

Au 31 décembre 2010, la Bretagne comptait près de 127 000 bénéficiaires du RSA, soit 4% de la population totale proportion plus faible que celle observée en France (6,2%). La situation au sein de la région est homogène avec une part de bénéficiaires du RSA équivalente à la moyenne régionale dans tous les départements.

Au 31 décembre 2010, 113 190 personnes bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire en Bretagne, soit un taux de couverture de 3,6%, taux inférieur à la moyenne nationale égale à 5,9%. Ce taux varie peu selon les départements bretons, cependant il est le plus faible dans le Morbihan (3,3%) et le plus élevé en Ille-et-Vilaine (3,8%), le Finistère et les Côtes d'Armor se situant au niveau de la moyenne régionale.

### Un taux de chômage plus faible en Bretagne qu'en France

Depuis 1999, la région Bretagne demeure dans une position favorable par rapport à la France avec un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale. Bien qu'en hausse au 3<sup>e</sup> trimestre 2011, celui-ci reste inférieur au taux national (respectivement 8% contre 9,3%). La Bretagne est au 2<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées de France par le chômage juste derrière les Pays de la Loire.

### Population active de 15 ans ou plus ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2008

Catégorie socioprofessionnelle	Bretagne		France hexagonale	
	Nombre	%	Nombre	%
Agriculteurs exploitants	46 308	3,6%	507 848	2,0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	82 110	6,3%	1 543 430	6,0%
Cadres, professions intellectuelles sup.	165 302	12,8%	4 172 122	16,1%
Professions intermédiaires	309 728	23,9%	6 457 924	24,9%
Employés	360 330	27,8%	7 355 164	28,4%
Ouvriers	331 150	25,6%	5 892 792	22,7%
<b>Ensemble</b>	<b>1 294 928</b>	<b>100,0%</b>	<b>25 929 281</b>	<b>100,0%</b>

Source : Insee - Recensement de la population, exploitation ORS Bretagne

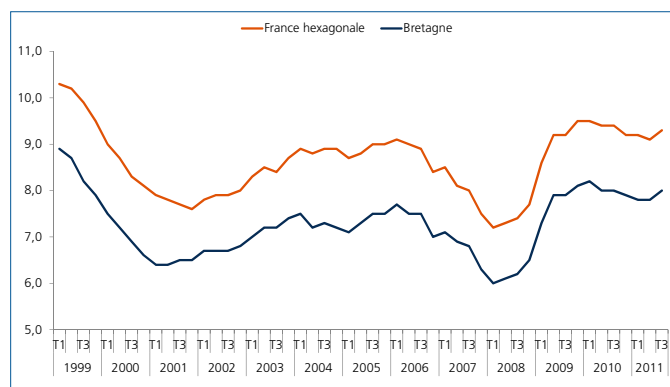
### Principaux indicateurs de précarité au 31 décembre 2010

Indicateurs de précarité au 31.12.2010	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France hexagonale
<b>Revenu de Solidarité Active (RSA)</b>						
Nombre total d'allocataires RSA	11 695	18 763	19 162	14 643	64 263	1 833 787
Population couverte par le RSA (1)	24 050	35 627	38 448	28 753	126 878	3 874 095
% couverture de la population	4,1%	4,0%	3,9%	4,0%	4,0%	6,2%
<b>Allocation de Solidarité Spécifique</b>						
Nombre d'allocataires (données semi-définitives)	2 603	3 755	3 507	3 126	12 992	332 600
<b>Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)</b>						
Bénéficiaires CMU complémentaire	20 956	31 126	37 263	23 845	113 190	3 703 913
% couverture de la population	3,6%	3,5%	3,8%	3,3%	3,6%	5,9%

Sources : Cnamts, CCMSA, Cnaf, Drees, Insee, Pôle emploi, Statiss 2011, exploitation ORS Bretagne

(1) Indicateurs Sociaux Départementaux

### Evolution trimestrielle du taux de chômage (en %) depuis 1999\*



Source : Insee - Taux de chômage localisés, exploitation ORS Bretagne

\*Estimations provisoires au 3<sup>e</sup> trimestre 2011, données corrigées des variations saisonnières

### Pour en savoir plus

- Insee Bretagne, Le bilan démographique 2011 en Bretagne, Octant Analyse n° 30, 4p, Juin 2012
- Insee Bretagne, Projections démographiques à l'horizon 2040 en Bretagne, Octant Analyse n° 10, 4p, Décembre 2010
- Insee Bretagne, Bilan économique 2011, Chapitre Marché du travail, pages 12 à 15, Juin 2012
- La lettre de l'Aric, Dossier Elus et précarité : quelles réponses ?, n° 228, pages 4 à 10, Novembre-décembre 2011

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

### Situation sociale et mortalité liée à l'alcool

#### Une situation sociale contrastée en Bretagne comme en France

La typologie « Population et conditions de vie » réalisée par la Fnors à l'échelle des cantons sur l'ensemble du territoire français fait apparaître une situation sociale contrastée tant au niveau régional que national. La Bretagne est caractérisée par 6 classes (en gras ci-dessous) regroupant des cantons au profil social voisin parmi les 6 classes identifiées au niveau national :

- **Classe 1** : zones rurales en situation socio-économique moyenne mais plutôt socialement favorisées par rapport à l'ensemble du pays ;
- **Classe 2** : zones rurales peu peuplées, avec une population âgée importante, avec des revenus plutôt faibles, mais ayant relativement peu d'allocataires de prestations sociales ;
- **Classe 3** : zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, comprenant de fortes proportions d'allocataires de diverses prestations ;
- **Classe 4** : zones ayant une population jeune, présentant une fécondité élevée mais connaissant une situation socialement défavorisée (cette classe caractérise essentiellement les DOM et un canton du Nord-Pas-de-Calais)
- **Classe 5** : zones des villes-centres et péri-urbaines marquées par de forts contrastes sociaux et présentant une certaine fragilité sociale ;
- **Classe 6** : zones urbaines et péri-urbaines, constituées d'une population plutôt jeune, socialement favorisées, surreprésentées en cadres et professions intellectuelles supérieures et ayant un parc de logements sociaux importants.

#### Des disparités géographiques de la mortalité liée à l'alcool fortement marquées opposant les régions situées à l'ouest et au nord à celles du sud et du sud-est de la France

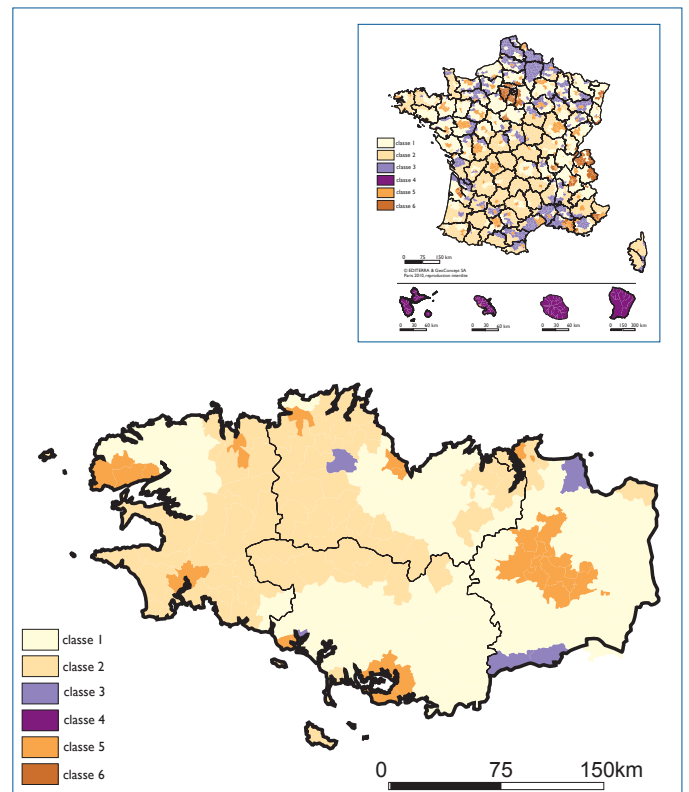
Les cantons de Bretagne appartiennent majoritairement aux zones présentant une forte surmortalité par pathologies liées à l'alcool. Les taux les plus élevés s'observent plus particulièrement en Bretagne occidentale et dans les confins du département de l'Ille-et-Vilaine, seul le bassin rennais présente une situation favorable avec les taux parmi les plus faibles de France.

#### Des caractéristiques infra-régionales sociales et sanitaires qui se recoupent

La mise en perspective de ces deux cartes met en évidence une relative superposition des disparités géographiques observées en termes de situation sociale et de mortalité liée à l'alcool. En effet, la classe 2, spécifique d'une population âgée et rurale ayant de faibles revenus, concentre le plus grand nombre des cantons en situation de forte surmortalité. L'agglomération brestoise, Lannion et Saint-Brieuc font exception parmi les aires urbaines, ces villes-centres appartiennent aux zones de forte surmortalité contrairement aux autres aires urbaines bretonnes et plus particulièrement au bassin rennais en situation de sous-mortalité. Globalement, les cantons ruraux, qui appartiennent à la classe où les agriculteurs et les retraités sont surreprésentés, les cadres et professions intellectuelles supérieures sous représentés, où le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur à la moyenne nationale et les logements sociaux moins nombreux, affichent les plus forts taux de mortalité liée à l'alcool.

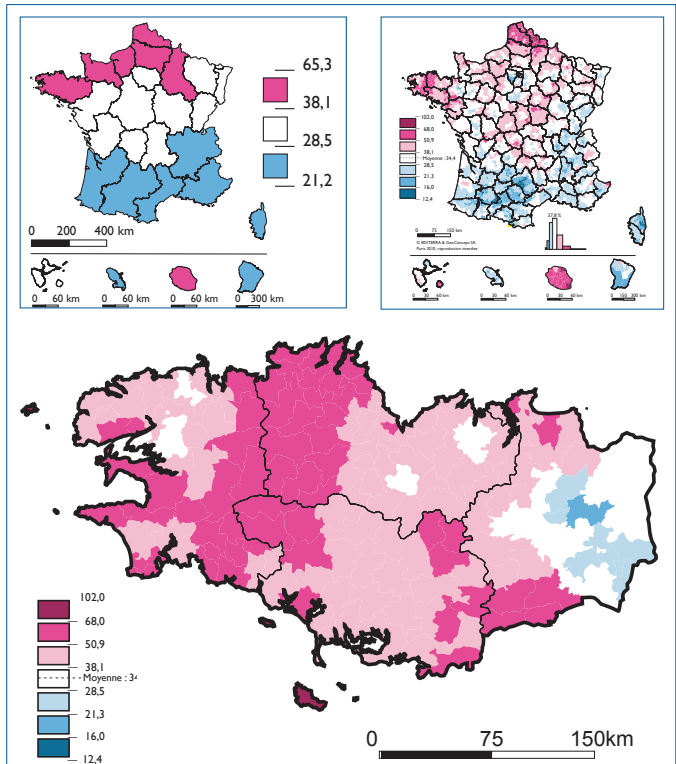
Ces observations sont à considérer avec prudence, la mortalité liée à l'alcool étant le reflet de comportements de consommation excessive anciens. Cependant, elles rejoignent les constats de différentes études qui établissent un lien entre la géographie « sociale » et la morbidité liée à l'alcool<sup>1</sup>, cette association étant identifiée comme contributive aux inégalités en matière de santé<sup>2</sup>.

Typologie « Population et conditions de vie »



Sources : CCMSA, Cnaf, Fnors, Geoconcept SA, Insee, ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer

Mortalité par pathologies liées à l'alcool  
Taux standardisé sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants en 2001-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors

#### Pour en savoir plus

Cartes extraites de l'ouvrage : Trugeon A, Thomas N, Michelot F, Lemery B. Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton, Collection abrégés. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ;2010, 280 p.

<sup>1</sup> La consommation excessive d'alcool est la cause de plus de 60 pathologies comprenant des maladies pulmonaires, le cancer du sein, des troubles psychiques avec retentissement sur le comportement, des problèmes cardiovasculaires, des troubles de la fonction de reproduction et des lésions prénatales.

<sup>2</sup> A. Leclerc, I. Niedhammer, Les inégalités sociales de santé en France. Santé, Société et Solidarité N°2, 2004.

## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

### ■ Liens entre usages de substances psychoactives (SPA) et milieu professionnel en France

#### Baromètre santé 2010 - INPES

##### L'usage de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) varie selon les secteurs d'activité

D'après les premiers résultats du Baromètre santé 2010, de fortes spécificités sectorielles se dégagent de l'étude des usages de substances psychoactives chez les 18-64 ans en population active, sachant que certains secteurs d'activités sont à prédominance masculine (90% d'hommes dans la construction) ou féminine (83% de femmes dans la santé/action sociale).

**Chez les hommes**, le secteur d'activité (au sens de la nomenclature d'activités française NAF) où les usages de substances psychoactives (hors autres drogues illicites que le cannabis) sont proportionnellement les plus fréquents est celui de la construction à l'inverse les secteurs de la santé humaine et de l'action sociale, de l'enseignement et de l'administration publique et défense affichent les proportions parmi les plus faibles de consommateurs.

**Chez les femmes**, les secteurs d'activité présentant les proportions de consommatrices les plus élevées sont ceux du commerce, de l'hébergement et de la restauration. A l'inverse, les secteurs de l'enseignement, l'administration publique et défense et les services de ménages se caractérisent par les prévalences d'usages parmi les plus faibles.

##### Les problèmes liés au travail ou à la situation professionnelle : facteur d'accroissement des consommations

Plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois. Le renforcement de ces conduites addictives apparaît significativement plus important chez les chômeurs que chez les actifs occupés.

##### 1 actif occupé sur 6 boit de l'alcool sur son lieu de travail, davantage les hommes

La consommation d'alcool sur le lieu de travail (hors repas et pots) concerne 16,4% des actifs occupés (18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes). 4 actifs occupés sur 10 déclarent avoir consommé de l'alcool à la sortie du travail, entre collègues (43% des hommes et 32,6 % des femmes).

« Ces résultats ne doivent pas occulter le fait que l'exercice d'une activité professionnelle reste globalement un facteur de protection des conduites addictives, comparée à la situation de recherche d'emploi. Ainsi, au même titre que l'installation en couple ou la naissance du premier enfant, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon des consommations de substances psychoactives pour une majorité des personnes consommatrices au cours de leur jeunesse. »

#### Pour en savoir plus

- Site internet de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>

Liens entre usages de substances psychoactives (SPA) et milieu professionnel Diaporama, janvier 2012 (pdf, 143 Ko)

Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail

- Site internet du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Guide-Reperes-pour-une-politique.html>  
Guide « Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel »



## 3 État des lieux des consommations

# point de vue

LE POINT DE VUE DE THIERRY FILLAUT\*

« Jamais plus d'un litre de vin par jour ». Cette recommandation de l'Académie de médecine en direction des travailleurs de force dont le haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme se faisait le héraut dans les années 50 et au début des années 60 en dit long sur l'alcoolisation des Français au début des 30 Glorieuses. Boire au repas du vin, du cidre et de la bière, selon les régions, était la règle, tout comme offrir un petit verre aux voisins de passage ou payer une tournée dans ce haut lieu de la convivialité masculine qu'étaient les bistrotts. La vente au détail des boissons alcooliques en était le signe évident : en 1960, chaque ménage français consacrait quelque 12 % de son budget alimentaire à l'achat de boissons alcoolisées ; en Bretagne, des années 50, 1 établissement industriel et commercial sur 5 avait pour activité, en tout ou partie, la vente des boissons.

Face à l'ampleur de l'alcoolisation, tout un arsenal de mesures, regroupées dans le Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, fut adopté ou conforté : ces mesures visaient entre autres à restreindre un marché proche de la saturation en réorientant les productions (arrachage des pommiers par exemple), limitant la vente (attribution et reprises des licences des débits) ou encore en contrôlant la publicité. Dans le même temps, on attira l'attention des populations sur la nécessité de la sobriété et sur les risques liés à une consommation excessive (premières mesures sur l'alcool au volant).

Vingt ans plus tard, alors que la société s'urbanisait et se tertiarisait, le déclin de l'alcoolisation était patent même si, en 1980, chaque Français d'au moins 15 ans consommait encore plus de 20 litres d'alcool pur dans l'année. Par la suite, la baisse s'est accentuée du fait notamment de la chute prononcée de l'usage régulier du vin de table qui explique quasiment à elle seule la régression de l'alcoolisation moyenne des Français. Valorisée en alcool pur, la consommation de vin des 15 ans et plus frôlait les 21 litres en 1961 ; elle n'atteignait pas 8 litres en 2005. Elle changeait aussi de nature : le poids des vins de consommation courante dans la dépense de consommation des ménages a sensiblement reculé quand celui des vins de qualité, des champagnes et des alcools a quasiment doublé. Ainsi, au fil des cinquante dernières années, l'évolution de la vente des alcools traduit l'émergence d'un nouveau portrait du buveur, un buveur moins régulier, moins excessif, plus hédoniste, un buveur pour lequel boire de l'eau ou des jus de fruits n'est plus chose anormale.

\* Professeur d'histoire contemporaine - Centre de recherches historiques de l'Ouest (Cerhio UMR 6258) - Université de Bretagne Sud.



# Un éclairage sur les consommations d'alcool en Bretagne



## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### ■ Vente d'alcool en France et densité des débits de boissons licence IV

#### ▼ DÉFINITION D'UN VERRE STANDARD D'ALCOOL

Un demi de bière, une coupe de champagne, un verre de vin ou d'apéritif, un verre de whisky, de vodka, ou de pastis servis dans un bar ou au restaurant contiennent la même quantité d'alcool soit 10g. Rajouter de l'eau ne change pas la quantité d'alcool.

Chaque verre fait monter le taux d'alcoolémie de 0,20 g à 0,25 g en moyenne. Ces chiffres peuvent être augmentés chez certains sujets plus minces, chez les femmes et chez les personnes âgées ; chaque verre peut représenter ici un taux d'alcoolémie de 0,30 g.



Source : Inpes, La santé de l'Homme, Enquête « Echange autour d'un verre : la communication en appui du constat scientifique, n°412, mars-avril 2011.

© www.inpes.sante.fr / illustration Benjamin Bouchet

#### ▼ RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR UNE CONSOMMATION RESPONSABLE

Fêtes, vacances, dîners de famille, déjeuners de travail, pots entre amis... bien souvent l'accumulation de telles occasions fait que l'alcoolisation a lieu au quotidien tandis que le consommateur s'estime « dans la norme », alors que peuvent être considéré comme consommation modérée et responsable :

- chez l'homme : 3 verres d'alcool par jour maximum,
- chez la femme : 2 verres d'alcool par jour maximum.

Toute consommation régulière, même « modérée », augmente la tolérance du produit et peut conduire chez les personnes susceptibles de développer une dépendance à des problèmes d'addiction. Un jour de consommation zéro au moins par semaine est recommandé.

### La France au 6<sup>e</sup> rang des pays européens où les ventes d'alcool par habitant sont les plus élevées en 2008...

Des années 1950 jusqu'à la fin des années 1970, le niveau de vente d'alcool par habitant (âgé de 15 ans et plus) en France se situait largement au dessus des autres pays européens. La diminution des ventes d'alcool observée depuis le début des années 1960 en France a contribué à resserrer l'écart avec ses voisins européens. Même si en 2008, la France n'occupe plus la tête des pays en termes de consommation, elle reste au 6<sup>e</sup> rang des pays européens ayant les volumes de ventes d'alcool par habitant les plus élevés derrière la République Tchèque, l'Irlande, l'Autriche, le Portugal et la Hongrie.

#### ...Mais une tendance à la baisse régulière depuis 1961

Depuis le début des années 1960, les ventes d'alcool en France ont fortement diminué. Alors qu'en 1961, leur niveau se situait à 26 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus, en 2010, il n'est plus que de 12 litres, soit une consommation divisée par plus de deux. Cette baisse résulte essentiellement de la diminution de la consommation de vin, le niveau des ventes des autres boissons alcoolisées étant relativement stable sur l'ensemble de la période.

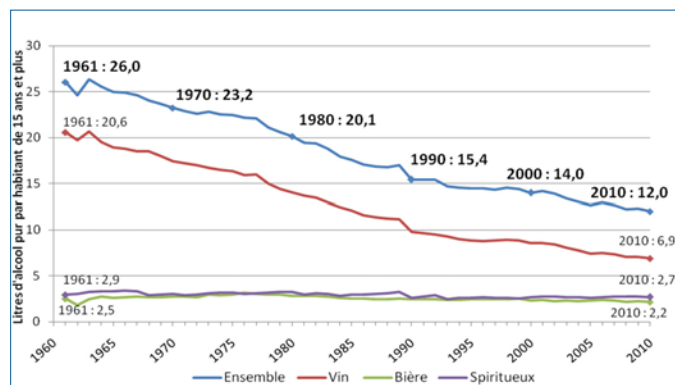
#### Près de 3 verres d'alcool par jour en moyenne

En 2008, en France, Le niveau de consommation moyenne d'alcool en gramme d'alcool pur par jour pour un adulte est de 26,9 soit l'équivalent de près de trois verres standards de boisson alcoolisée. Parallèlement à l'évolution des ventes, ce niveau a également été divisé de près de moitié.

#### Le poids représenté par les boissons alcoolisées et le tabac dans les dépenses de consommation

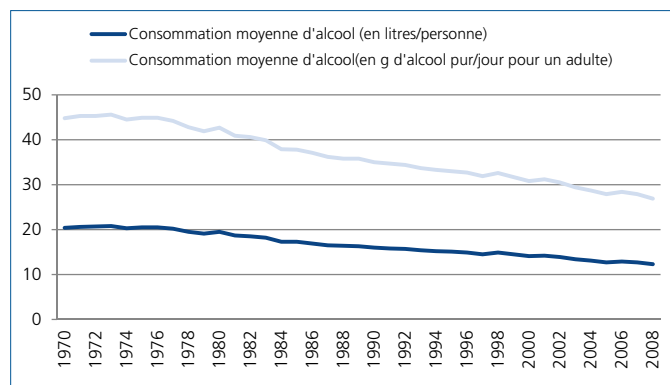
Entre 1960 et 1990, le poids des dépenses des ménages consacrées aux boissons alcoolisées et au tabac par rapport à l'ensemble des dépenses de consommation a été divisé par deux, en 2010, on remarque une sensible augmentation.

Evolution des ventes d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) en France



Sources : OMS, groupe IDA, Insee

Evolution de la consommation d'alcool quotidienne d'alcool en France



Source : Insee

Poids des dépenses des ménages consacrées à l'alcool et au tabac parmi l'ensemble des dépenses de consommations en France (coefficient budgétaire en %)<sup>1</sup>

Année	1960	1990	2010
%	6,2	3	3,2

Source : Insee 2011

<sup>1</sup> Le coefficient budgétaire représente la part de la dépense en valeur consacrée à un bien ou un service particulier (ou à une catégorie de biens ou services) dans la dépense de consommation des ménages.

#### Pour en savoir plus

■ Comité OMS d'experts des pratiques liés à la consommation d'alcool (2007), Série de rapports techniques, n°944.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944\\_french.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf)

■ Cahagne, N., Séchet, R. & Le Caro, Y. (2009). Le bar rural en Bretagne : du lieu d'alcoolisation au lieu de sociabilités, ESO - Travaux et documents, 28, 41-51.

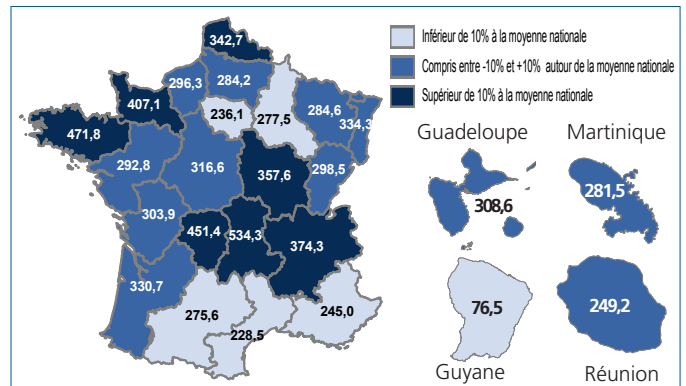
## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### ■ Vente d'alcool en France et densité des débits de boissons licence IV

#### La Bretagne au 2<sup>e</sup> rang des régions françaises de plus forte densité en débits de boissons licence IV

Bien que le nombre de débits de boissons licence IV soit en diminution constante depuis de nombreuses années, en 2002, avec 4 000 débits de boissons licence IV, soit 471,8 débits pour 1 000 habitants âgés de 15 ans ou plus, la Bretagne se positionne au 2<sup>e</sup> rang des régions françaises (1/10<sup>e</sup> des débits français) de plus forte densité derrière l'Auvergne. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la densité des débits de boisson et le niveau de consommation d'alcool sont liés. En effet, plus le nombre de débits de boissons augmente dans un territoire donné, et plus les consommations d'alcool sont élevées. De plus, lorsque la densité est importante et que les débits de boissons sont groupés, il y a une plus grande importance de la consommation d'alcool avant l'âge légal.

Densité des débits de boissons licence IV en France (Corse exclue) en 2002



Source : Direction Interrégionale des Douanes (2002)

## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### ■ Consommation d'alcool en population générale en France

#### Baromètre santé 2010 - INPES

##### L'alcool : le produit le plus diffusé

En 2010, selon les premiers résultats du Baromètre santé de l'Inpes, plus de 9 français âgés de 18 à 64 ans sur 10 ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie (96,5% des hommes et 93,3% des femmes). Ce produit est le plus fréquemment expérimenté devant le tabac puis le cannabis.

##### Plus d'1 français sur 10 boit de l'alcool tous les jours, davantage les hommes et les plus âgés

En 2010, 12% des français âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé des boissons alcoolisées tous les jours au cours des 12 derniers mois, 37% au moins une fois par semaine, 38% moins souvent et 13% ne déclarent pas de consommation. L'usage d'alcool est un comportement plus répandu chez les hommes que chez les femmes et l'écart entre les deux sexes progresse avec la fréquence d'alcoolisation. Les hommes sont 3 fois plus nombreux que les femmes à être des consommateurs quotidiens d'alcool (18% contre 6%) et près des deux tiers (64%) déclarent une consommation hebdomadaire contre 35% des femmes. En outre, l'usage d'alcool se développe avec l'âge, notamment lorsqu'il est régulier : plus les français avancent en âge, plus la prévalence de l'usage régulier progresse passant de 10% entre 18 et 25 ans à 24% entre 45 et 64 ans.

##### Les épisodes ponctuels de consommation intensive d'alcool et d'ivresse alcoolique : des comportements toujours plus masculins que féminins

Les épisodes de consommation intensive d'alcool (consommation en une même occasion d'au moins 6 verres d'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois) concernent plus du tiers (36%) des français de 18 à 75 ans, plus souvent les hommes (52%) que les femmes (21%). Ce comportement apparaît le plus fréquent chez les hommes de moins de 35 ans (64%) tandis qu'il est maximal chez les femmes de 20 à 25 ans (40%).

Les ivresses alcooliques se révèlent également nettement plus masculines que féminines. En 2010, 27% des hommes contre 11% des femmes ont déclaré s'être enivrés au moins 1 fois au cours de l'année. Bien que beaucoup plus marginales, les ivresses régulières (au moins 10 fois dans l'année) concernent 3% des français de 18 à 75 ans.

##### Les usages à risques

D'après les résultats du test Audit-C (voir encart ci-dessous), 37% des français de 18-75 ans sont des buveurs « sans risque occasionnel », 12% des buveurs « sans risque régulier », 28% des buveurs « à risque ponctuel » et 9% des buveurs « à risque chronique ou dépendant ». Les usages à risque diffèrent selon l'âge : la consommation à risque ponctuel diminue avec l'avancée en âge tandis que la consommation à risque chronique est la plus importante chez les 18-25 ans, diminue ensuite jusqu'à 45 ans avant d'augmenter à nouveau au-delà de cet âge.

##### Baisse significative de l'usage quotidien d'alcool...

Les derniers résultats du Baromètre santé en 2010 confirment la baisse de la prévalence de la consommation quotidienne de boissons alcoolisées. Elle est passée de 16% en 2005 à 12% en 2010, les autres niveaux de consommation restent stables (hebdomadaire ou moins fréquente).

##### ...mais augmentation des usages à risque et des épisodes d'ivresse, particulièrement chez les jeunes femmes

Globalement, à tous les âges et quel que soit le sexe, la prévalence de l'ivresse (au moins 1 fois dans l'année) augmente passant de 15% en 2005 à 19% en 2010. La hausse des épisodes d'ivresse est particulièrement remarquable chez les jeunes de 18 à 34 ans, et notamment chez les femmes (de 20% à 34% entre 2005 et 2010). Ces dernières cumulent aussi une hausse importante du niveau de consommation ponctuelle massive d'alcool (de 30% à 42% entre 2005 et 2010). Parallèlement, les usages à risque ponctuel et chronique sont également en augmentation, et là encore, cette tendance est particulièrement marquée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (de 29% à 41% entre 2005 et 2010).

#### Pour en savoir plus

■ Beck F. et al, Tendances n° 76 Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, 6 pages, juin 2011.

■ Beck F. et al, Echanges autour d'un verre : la communication en appui du constat scientifique, La Santé de l'Homme, Inpes, n° 412, pp 48-49, mars-avril 2011.

#### LE TEST AUDIT-C

Le Baromètre santé de l'Inpes utilise le test Audit-C qui est une version courte du test Audit (Alcohol Use Disorder Identification Test) mis au point sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour repérer les consommateurs d'alcool à risque. Ce test comprend trois questions prenant en compte à la fois la fréquence de consommation d'alcool au cours des douze derniers mois, le nombre de verres bus un jour type de consommation et la fréquence des épisodes de consommation ponctuelle de quantités importantes. A partir des réponses des personnes interrogées, cet outil permet d'obtenir une classification définissant quatre profils de buveurs : les individus « sans risque occasionnel », « sans risque régulier », « à risque ponctuel » et « à risque chronique ou dépendant ».

## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### ■ Consommation d'alcool chez les consultants des centres d'examen de santé

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

L'usage d'alcool par le patient est recueilli par auto-questionnaire. Le seuil de risque retenu est une consommation hebdomadaire totale d'au moins 14 verres pour une femme, de 21 verres pour un homme, soit une consommation moyenne d'au moins 2 verres par jour pour une femme et de 3 verres par jour pour un homme. Les personnes qui dépassent ces limites sont qualifiées de consommateurs à risque.

### 1 breton sur 6 (17%) et un peu moins d'1 bretonne sur 10 (7%) concernés par une consommation d'alcool à risque

En 2006-2007, si la proportion de consommatrices d'alcool à risque est relativement similaire en Bretagne et en France métropolitaine avec respectivement 7% et 6% de consommatrices à risque, en revanche, chez les hommes, la proportion de consommateurs d'alcool à risque est plus élevée en Bretagne qu'en moyenne nationale. En effet, la proportion de consommateurs d'alcool à risque atteint 17% chez les hommes en Bretagne contre 14% en France métropolitaine.

#### Prédominance masculine à tous les âges

En 2006-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, quel que soit l'âge, la proportion de consommateurs d'alcool à risque est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'écart entre hommes et femmes est maximal chez les 50-64 ans.

#### Une consommation à risque maximale chez les plus jeunes en Bretagne...

Chez les hommes comme chez les femmes, la proportion de consommateurs d'alcool à risque est maximale chez les 16-24 ans en Bretagne alors qu'en France métropolitaine, cette tranche d'âge est relativement épargnée présentant un niveau relativement faible. Puis, à partir de 25 ans, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, la proportion de consommateurs d'alcool à risque évolue dans le même sens selon l'âge : la tendance est à l'augmentation entre 25 et 74 ans puis à la baisse chez les plus âgés.

#### ...deux fois plus importante qu'au niveau national

En 2006-2007, chez les hommes comme chez les femmes, la situation bretonne diffère fortement de la moyenne nationale chez les plus jeunes puisqu'entre 16 et 24 ans la proportion de consommateurs à risque est deux fois plus élevée en Bretagne qu'en France métropolitaine : 21% des hommes et 13% des femmes dans la région contre 10% et 6% au niveau national.

À partir de 25 ans, les différences sont nettement moins marquées. Si les bretons présentent à tous les âges une proportion de consommateurs à risque légèrement supérieure à la moyenne nationale, en revanche, chez les femmes, la situation est plus favorable car elles affichent, excepté pour les 25-49 ans, des proportions de consommatrices à risque légèrement inférieures à la moyenne nationale dans toutes les autres tranches d'âge.

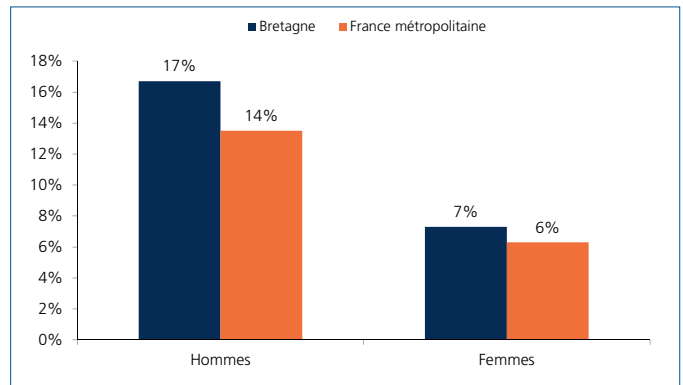
#### La consommation à risque est plus importante chez les hommes précaires avant 75 ans et avant 50 ans chez les femmes précaires

La proportion de consommateurs à risque diffère selon la situation de précarité et selon le sexe.

■ **Chez les hommes**, la proportion de consommateurs à risque est plus élevée chez les précaires avant 75 ans, l'écart entre les populations précaires et non précaires étant maximal chez les 16-24 ans où le taux atteint 27% chez les hommes en situation de précarité contre 15% pour les non précaires. Entre 25 et 74 ans, l'écart reste constant entre les deux populations.

■ **Chez les femmes**, les précaires sont des consommatrices plus à risque que les non précaires avant 50 ans, l'écart maximal entre les deux populations étant observé chez les 16-24 ans. Puis, ce phénomène s'inverse à partir de 50 ans. Toutefois les différences selon la situation de précarité sont moins marquées chez les femmes que chez les hommes.

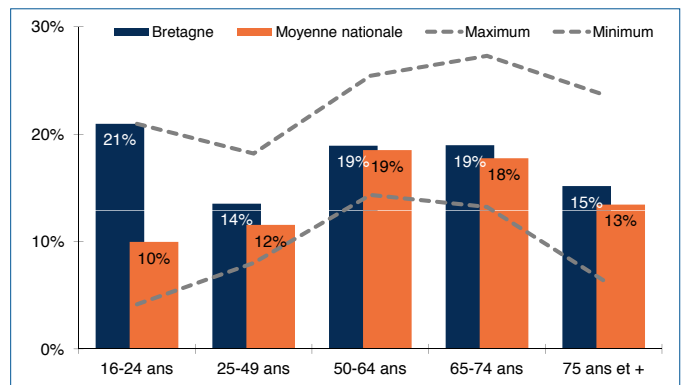
### Proportion de consommateurs à risque (en %) selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine en 2006-2007



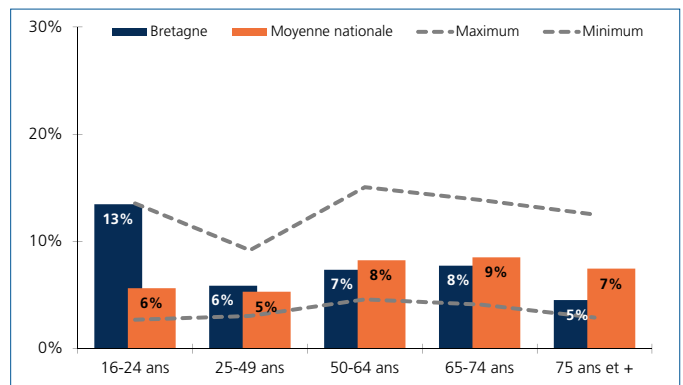
Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion moyenne de consommateurs à risque (en %) selon l'âge en 2006-2007

#### Hommes

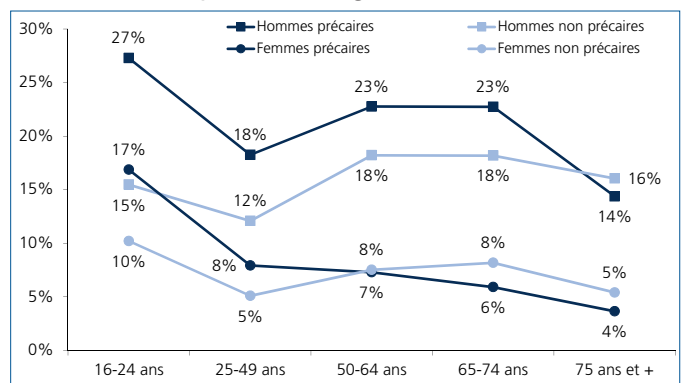


#### Femmes



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion de consommateurs à risque (en %) selon le sexe et la situation de précarité en Bretagne en 2006-2007



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne



# point de vue

LE POINT DE VUE DE THIERRY FILLAUT\*

Depuis une dizaine d'années, les médias s'inquiètent d'une possible montée en puissance du binge drinking en France et prennent souvent l'exemple de l'ivresse des jeunes Bretons pour illustrer le phénomène. Cet alarmisme n'est pas nouveau. En 1975 déjà, H. Chabalier évoquait la jeunesse qui « remet ça » et « se défonce à l'alcool » dans *Le Nouvel Observateur* quand d'autres titraient sur « la fureur de boire (*La Vie*, 1979) des lycéens. La décennie suivante faisait la part belle au phénomène breton de la « piste » au point que cette « pérégrination titubante... d'un bistrot à l'autre » (M. Ménard) allait devenir l'objet de plusieurs journées d'études et de colloques et servir de slogan à la campagne régionalisée de modération de la consommation lancée par la DRASS de Bretagne en 1985 : « Je choisis la bonne piste » faisait alors écho au fameux « un verre, ça va... trois verres bonjour les dégâts ».

Nul ne peut nier l'importance actuelle des manifestations d'ivresse chez les jeunes et les risques auxquels ceux-ci s'exposent : incidents et accidents sont là pour le rappeler. Ni les changements qui sont à l'œuvre depuis quelques années en matière de pratiques festives ou d'usage de l'espace public. Mais cette rapide rétrospection de la médiatisation de l'ivresse juvénile au cours des dernières décennies invite à s'interroger sur les représentations qu'ont les adultes du boire jeune, des normes qui les sous-tendent et des politiques publiques qu'elles engendrent. Car autant que l'ivresse dont l'âge d'expérimentation se situait autour de 15-16 ans dans les années 1970 et 1980, le phénomène marquant du dernier demi-siècle est bien davantage la forte baisse de l'alcoolisation régulière de la jeunesse, mouvement qui s'est accentué d'une génération à l'autre.

Combien aujourd'hui se souviennent que dans les années cinquante et soixante, la priorité était de faire prendre conscience aux parents qu'ils ne devaient pas offrir à table de vin, de cidre ou de bière à leurs jeunes enfants : « à la maison, à l'école, en vacances, jamais de boissons alcoolisées » rappelaient ainsi certaines affiches de l'époque. Ou qu'à la fin des années soixante, les circulaires du ministre de l'Éducation nationale autorisaient toujours à servir des boissons légèrement alcoolisées aux plus de 14 ans. Désormais, boire quotidiennement de l'alcool, sous quelque forme que ce soit, n'est plus la règle. Et, quand bien même la consommation alcoolique régulière augmente avec l'âge, l'eau et les jus de fruits ou sodas ont pris, au repas, y compris chez les jeunes adultes, la place du cidre ou du vin coupé d'eau que l'on servait fréquemment aux préadolescents, voire aux enfants, cinquante années plus tôt. Aujourd'hui, moins de 1 % des jeunes déclare une alcoolisation quotidienne.

\* Professeur d'histoire contemporaine - Centre de recherches historiques de l'Ouest (Cerhio UMR 6258) - Université de Bretagne Sud.



## Un éclairage sur la consommation d'alcool chez les jeunes en Bretagne et en France

## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### Consommation d'alcool chez les jeunes à 17 ans

#### DE QUOI PARLE-T-ON ? Les indicateurs utilisés

Ces indicateurs, qui ne traduisent pas la multiplicité des rythmes de consommation d'alcool, ont l'avantage de permettre une description simple des pratiques chez les jeunes et sont utilisés transversalement dans les enquêtes, quel que soit le niveau géographique, principalement à des fins de comparaisons.

- **L'expérimentation ou l'usage au cours de la vie** : avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois au cours de sa vie.
- **L'usage récent** : avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.
- **L'usage régulier** : avoir déclaré au moins 10 épisodes de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.
- **L'usage quotidien** : déclarer au moins un épisode de consommation par jour au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.
- **L'ivresse régulière** : déclarer avoir été ivre au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.
- **Les consommations ponctuelles importantes ou la consommation intensive d'alcool (ou binge-drinking en anglais)** : la consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins une fois au cours des trente derniers jours.

#### Une diffusion de l'alcool à 17 ans un peu plus importante en Bretagne

Dès 17 ans, en Bretagne comme en France, la quasi-totalité des jeunes a déjà expérimenté l'alcool. En 2011, 96% des jeunes de 17 ans sont concernés en Bretagne contre 91% en France. Cette proportion, restée relativement stable sur la dernière décennie en Bretagne comme en France, connaît un nouvel infléchissement en 2011.

#### Les usages récents d'alcool également plus fréquents en Bretagne...

En 2011, les jeunes bretons de 17 ans sont plus nombreux que les jeunes français du même âge à déclarer une consommation d'alcool au moins une fois au cours des 30 derniers jours (respectivement 85% contre 77%). En 2011, bien qu'en Bretagne le niveau de l'usage récent ait légèrement progressé, la différence n'est pas significative. Parallèlement, en France la prévalence de l'usage récent est stabilisée à 77%.

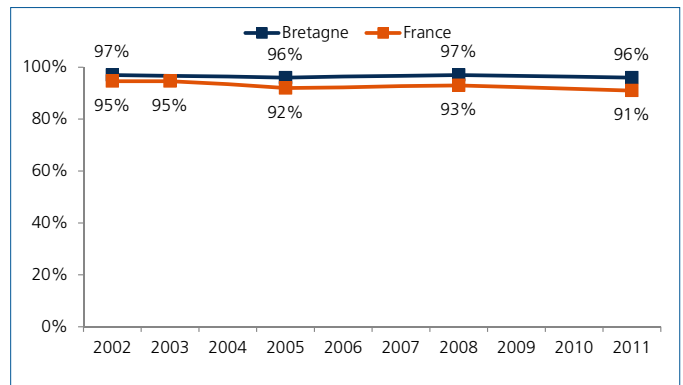
#### Hausse du niveau de l'usage régulier d'alcool en 2011 qui place à nouveau la Bretagne au-dessus de la moyenne française

En 2011, quel que soit le sexe, les niveaux de consommation régulière d'alcool à 17 ans sont significativement supérieurs en Bretagne et concernent plus d'1 jeune sur 10 (14%) dans la région contre 11% en France. Depuis le début des années 2000, cet usage avait fortement diminué au niveau régional et national jusqu'en 2008. En 2011, la situation se dégrade à nouveau, particulièrement chez les filles et plus nettement dans la région qu'en France : le niveau de consommation régulière d'alcool concerne 19% des garçons et 9% des filles en Bretagne contre respectivement 15% et 6% en France, proportions significativement différentes.

#### Une prédominance masculine qui s'accroît avec la fréquence des consommations

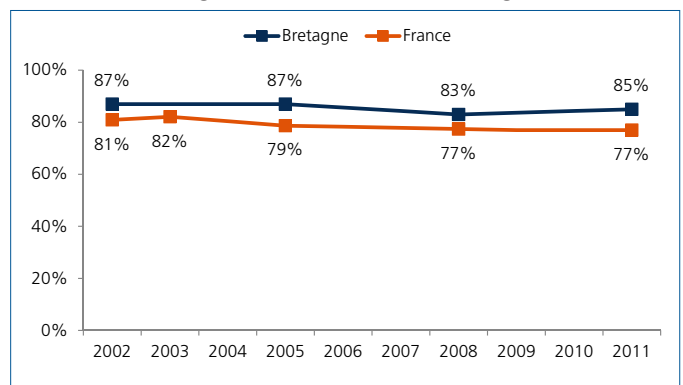
En Bretagne comme en France, plus les consommations d'alcool déclarées sont fréquentes, plus la prédominance masculine est importante. En 2011, en Bretagne, la prévalence de l'usage récent d'alcool concerne un peu plus souvent les garçons (88%) que les filles (81%) tandis que celle de l'usage régulier est 2 fois plus importante chez les garçons (19%) que chez les filles (9%). L'écart entre les comportements d'alcoolisation régulière observée selon le sexe depuis le début des années 2000 s'est amoindri en 2011 du fait de la forte hausse du niveau de consommation régulière chez les filles.

#### Évolution de l'expérimentation de l'alcool à 17 ans en Bretagne et en France



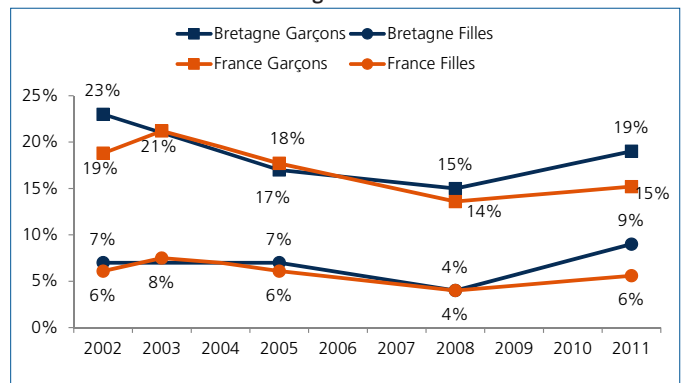
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Évolution de l'usage récent d'alcool à 17 ans en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Évolution de la consommation régulière d'alcool à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

à-vis de l'alcool puisque seuls 13% des jeunes bretons scolarisés en collège et lycée se voyaient interdire la consommation d'alcool par leurs parents contre 33% pour le tabac et 75% pour le cannabis.

#### La 1<sup>ère</sup> ivresse pour la majorité des jeunes a lieu juste après 16 ans

Les 3/4 des lycéens de 16-17 ans déclarent avoir déjà expérimenté l'ivresse, l'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> ivresse étant de 16,6 ans chez les étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'université.

#### Les consommations d'alcool à risque plus fréquentes à l'adolescence ?

Si les nombreuses études auprès des jeunes scolarisés dans le secondaire ont montré que les niveaux d'alcoolisation sévères et réguliers augmentent avec l'avancée en âge, notamment entre le passage du collège au lycée, en revanche, ce comportement apparaît moins fréquent chez les jeunes qui entament leurs études universitaires et chez ceux qui débutent leur insertion : les niveaux d'ivresses régulières les plus élevés s'observent à la fin du lycée.

#### La bière demeure au 1<sup>er</sup> rang des boissons alcoolisées les plus consommées mais les alcools forts gagnent du terrain chez les consommateurs réguliers

Parmi les 3 types de boissons alcoolisées les plus consommées par les jeunes : la bière occupe la première place devant les alcools forts puis le cidre. Si ce classement n'a pas varié chez les collégiens et les lycéens, cependant, un déplacement des habitudes des consommateurs réguliers vers les boissons les plus fortement alcoolisées s'est opéré entre 2001 et 2007 : le net recul de la consommation de cidre a fait place à une augmentation de la consommation des alcools forts, les niveaux de consommation de bière étant restés stables.

#### CE QUE NOUS APPRENNENT LES ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE EN BRETAGNE

##### L'alcool : le produit le plus précocement et le plus largement expérimenté...

Dès la primo-adolescence, les jeunes expérimentent l'alcool ce qui en fait le produit psychoactif consommé le plus tôt, comme en témoignent les niveaux d'expérimentation observés chez les plus jeunes des collégiens.

##### ...témoignage d'une banalisation de ce produit chez les jeunes comme chez leurs parents

Cette précocité de l'expérimentation de l'alcool traduit la banalisation de ce produit au sein de la population chez les jeunes comme chez leurs parents dont la tolérance vis-à-vis de cette consommation semble supérieure à celle observée pour d'autres produits (tabac, cannabis,...). En 2007, les parents apparaissaient relativement permissifs vis-

## NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL

### ■ Consommation d'alcool chez les jeunes à 17 ans

#### L'expérimentation de l'ivresse : un comportement plus répandu en Bretagne qu'en France...

Dès la fin de l'adolescence, la grande majorité des jeunes bretons déclare avoir déjà été ivre : en 2011, 71% des jeunes bretons de 17 ans se sont déjà enivrés contre 59% des français du même âge. La précocité de ce comportement doit être prise en compte dans la mesure où de nombreuses études montrent qu'elle constitue un facteur de risque de dépendance ultérieure<sup>1</sup>. Entre 2008 et 2011, la prévalence de l'expérimentation de l'ivresse est restée stable en Bretagne comme en France.

#### ...et survenant en moyenne 2 mois plus tôt chez les bretons

En 2011, les jeunes bretons de 17 ans déclarent s'être enivrés pour la première fois en moyenne à 15 ans et leurs homologues français à 15,2 ans (la différence est significative). La dernière décennie a été le témoin au niveau national de la stabilité de l'âge moyen d'expérimentation de la première ivresse.

#### L'ivresse régulière : une pratique 2 fois plus fréquente en Bretagne qu'en France

En 2011, à 17 ans, 31% garçons et 15% des filles en Bretagne déclarent avoir été ivres au moins 10 fois au cours de l'année alors qu'en France, ils ne sont respectivement que 15% et 6%. Après une diminution du niveau de l'ivresse régulière en 2008, la situation s'est dégradée en 2011, particulièrement en Bretagne où la hausse a été nettement plus importante qu'en France. La prévalence des ivresses régulières retrouve le niveau élevé atteint en 2005 dans la région comme au niveau national.

#### Des consommations ponctuelles intensives en forte augmentation et plus répandues chez les jeunes bretons

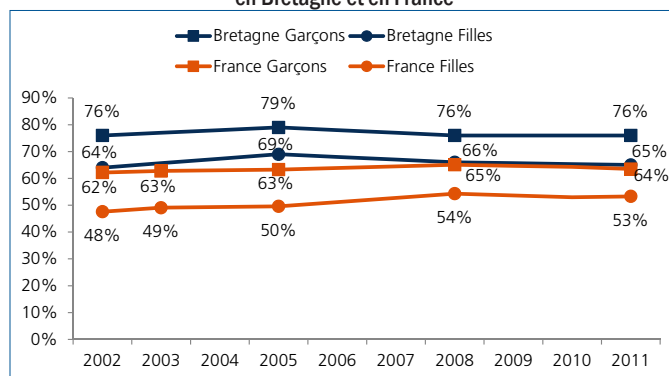
A l'instar des ivresses régulières, les consommations d'alcool à risque sont également beaucoup plus fréquentes dans la région. En 2011 en Bretagne, 73% des garçons et 61% des filles de 17 ans déclarent qu'il leur arrive de consommer plus de 5 verres d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois alors qu'en France, ils sont respectivement 60% et 47%. De même, la répétition de ces pratiques (au moins 3 fois dans le mois) est nettement plus fréquente en Bretagne et concerne en 2011 respectivement 39% des garçons et 27% des filles contre 29% et 16% au niveau national. Bien que moins fréquentes, les consommations massives d'alcool régulières (au moins 10 fois dans le mois) touchent 5% des garçons et 3% des filles à 17 ans dans la région et respectivement 4% et 1% en France. Entre 2008 et 2011, la fréquence des consommations ponctuelles intensives a fortement augmenté en Bretagne comme au niveau national.

<sup>1</sup> Usages nocifs de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. La documentation française, 2002, 277 pages.

#### Remarque :

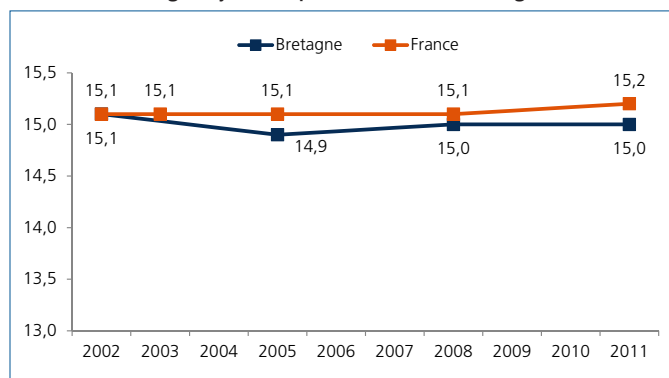
Dans les graphiques, les résultats d'Escapad pour la région Bretagne affectés à l'année 2002 se réfèrent en réalité aux exercices cumulés des enquêtes 2002 et 2003, il s'agit donc des prévalences moyennes observées sur la période 2002-2003.

#### Evolution de l'expérimentation de l'ivresse à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



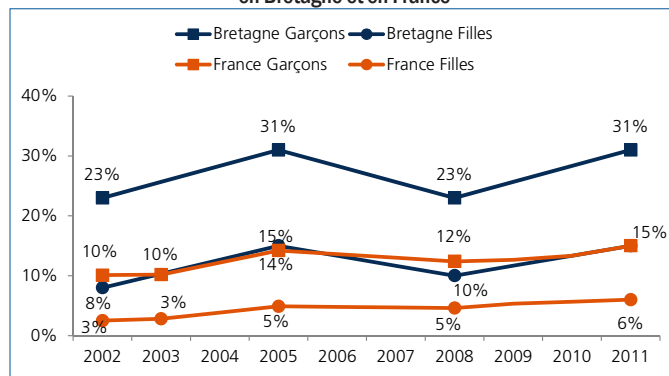
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution de l'âge moyen de la première ivresse en Bretagne et en France



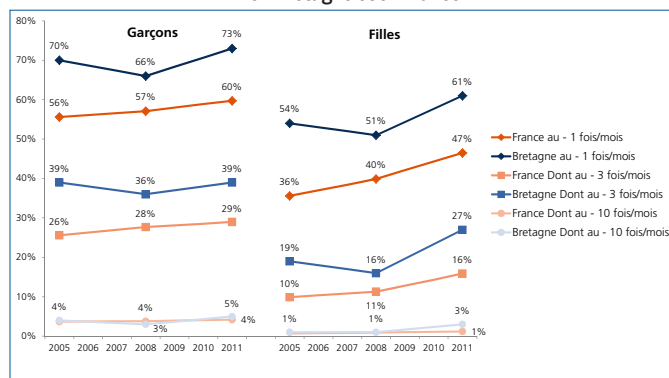
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution de l'ivresse régulière à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution de la consommation ponctuelle intensive à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Pour en savoir plus

- ORS Bretagne, La consommation d'alcool chez les jeunes des missions locales de Bretagne, 74p, fév. 2010.
- ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne - Consommation d'alcool, 12p, nov. 2008.
- ORS Bretagne, La santé des étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'université en Bretagne - La consommation d'alcool, 8p, jan. 2008.

- OFDT, Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011, Tendances n° 79, 4p, fév. 2012.
- OFDT, Estimation des consommations de produits psychoactifs à 17 ans, 8p, nov. 2011.
- OFDT, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, Tendances n° 76, 6p, juin 2011.
- OFDT, Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête Escapad 2008, Tendances n° 66, 6p, juin 2009.

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Vente de tabac en Bretagne

#### LES INDICATEURS

Pour les cigarettes, les unités sont jusqu'en 2003 en milliers de cigarettes pour les chiffres totaux et en nombre de cigarettes par habitant pour les chiffres par habitant.

En ce qui concerne le tabac à rouler, les chiffres sont exprimés en milliers de grammes de tabac pour les chiffres totaux et en grammes de tabac par habitant pour les chiffres par habitant.

#### Un prix moyen du tabac en constante augmentation depuis 2000 lié au développement des mesures réglementaires visant à lutter contre le tabagisme

Depuis 2000, le prix moyen du tabac (paquet de cigarettes et tabac à rouler) n'a cessé d'augmenter en raison de la mise en place dès 1976 des premières mesures réglementaires de lutte contre le tabac. En 1992 et en 1994 interviennent deux forts relèvements. Par la suite, les hausses des prix successives seront plus régulières. Un signal fort en 2004 est impulsé avec la hausse la plus importante (+22%). Depuis cette date, les hausses des prix sont de nouveau plus régulières.

#### Une relative stabilité des ventes de cigarettes depuis 2004 malgré la hausse des prix

Après avoir diminué régulièrement sur la période 1999-2004, ensuite les ventes de cigarettes se sont stabilisées en France sur la période 2004-2010. La forte baisse observée entre 2002 et 2004 s'explique principalement par l'augmentation des prix du tabac mais également par une offre en termes de prise en charge plus développée pour les fumeurs souhaitant arrêter. Si l'on observe une certaine stabilité depuis 2004, celle-ci reste relative puisqu'une légère augmentation se dessine entre 2008 et 2009 (+2%) à l'échelle de la Bretagne. Cette augmentation ne se confirme pas en 2010.

Au cours de la dernière décennie, si l'évolution des ventes de cigarettes a été relativement similaire quel que soit l'échelon géographique observé, le Finistère se distingue assez largement des autres départements avec le volume des ventes par habitant le plus élevé de la région tandis que seul le département des Côtes d'Armor se situe à un niveau proche de la moyenne française.

#### Un report des consommateurs de cigarettes vers le tabac à rouler ?

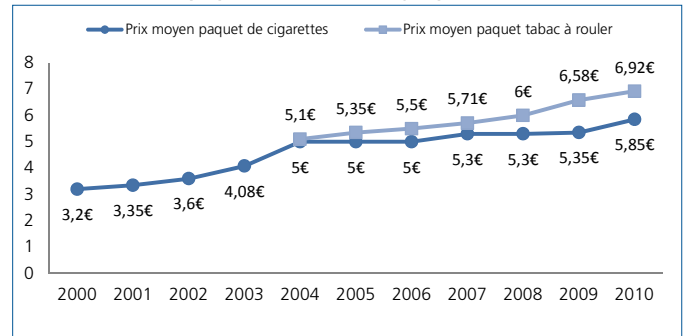
Depuis 2007, les ventes de tabac à rouler par habitant sont orientées à la hausse contrairement à celles des cigarettes manufacturées, et ce pour les quatre départements bretons. Les ventes sont par contre stables à l'échelle française. Bien que relativement modérées, ces augmentations suggèrent une moindre influence des hausses de prix sur ce type de conditionnement du tabac, ceci traduirait-il un potentiel report des fumeurs de cigarettes vers le tabac à rouler ? Par ailleurs, le niveau de vente de tabac à rouler est très nettement supérieur en Bretagne (2 fois plus important) comparativement à la moyenne française.

#### LES DERNIÈRES MESURES RÉGLEMENTAIRES

Le tabac est soumis depuis la loi Veil de 1976, puis à la loi Evin de 1991 (qui renforce le caractère restrictif de la loi Veil) à de nombreuses restrictions afin d'en réduire sa consommation (interdiction de fumer dans les lieux à usage collectifs, baisse teneur en goudron, restriction de la publicité, interdiction de vente aux mineurs...).

Depuis le 20 avril 2011, les paquets de cigarettes doivent obligatoirement comporter en plus de l'avertissement textuel, un message sanitaire de type photographie couleur et texte sur 40% du verso, ainsi que le numéro de la ligne Tabac Info Service. Cette mesure ne concerne les autres produits du tabac (à rouler, cigares...) que depuis avril 2012.

#### Evolution du prix moyen du tabac en France (paquet de cigarettes et paquet de tabac à rouler) depuis 2000



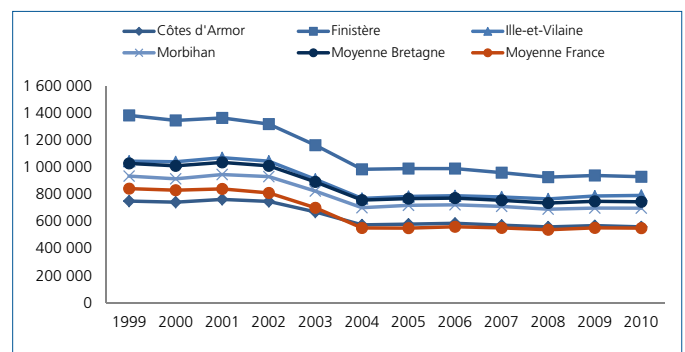
Source : Altadis / DGDDI

#### Ventes de cigarettes dans les départements bretons (en milliers) en 2010 et nombre de cigarettes par habitant

Département	Nb de cigarettes vendues (en milliers)	Nb cigarettes par habitant
Côtes d'Armor	562 638	962
Finistère	933 144	1 044
Ille-et-Vilaine	795 226	813
Morbihan	700 917	978
<b>Bretagne</b>	<b>2 991 925</b>	<b>943</b>
<b>France</b>	<b>54 794 145</b>	<b>852</b>

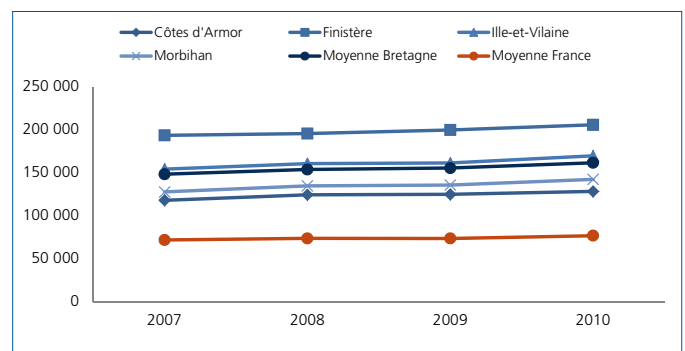
Source : OFDT - ILIAD (2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Evolution des ventes de cigarettes dans les départements bretons (en milliers de cigarettes) depuis 1999



Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Evolution des ventes de tabac à rouler dans les départements bretons (en kg) depuis 2007



Source : OFDT - ILIAD (2007-2010), exploitation CIRDD Bretagne



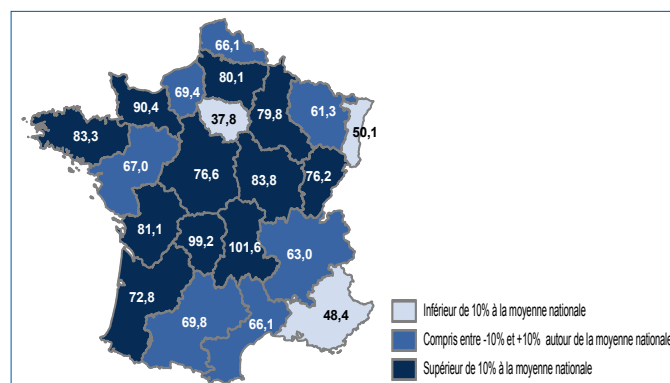
## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Vente de tabac en Bretagne

#### Des lieux « officiels » de vente en constante diminution, mais une « offre » qui demeure plus importante en Bretagne

En Bretagne comme en France, le nombre de débits de tabac est en diminution constante depuis 1993. En 2005, la vente de tabac en Bretagne était assurée par 2 623 buralistes, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (83,3 débits de tabac pour 100 000 habitants contre 64,1 en à l'échelle de la France).

Densité des débits de tabac en France



## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Consommation de tabac en population générale en France

#### Baromètre santé 2010 - INPES

##### Augmentation récente du tabagisme en France...

Les premiers résultats du Baromètre santé 2010 de l'Inpes confirment l'augmentation du tabagisme en France. La proportion de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans est passée de 27% à 29% entre 2005 et 2010, première hausse significative depuis la mise en place de la loi Evin du 10 janvier 1991.

##### ...différenciée selon le sexe et l'âge

La hausse du tabagisme quotidien est particulièrement forte chez les femmes de 15-75 ans (de 23% à 26%) alors qu'elle n'apparaît pas significative chez les hommes du même âge (de 31% à 32%). Cependant, l'évolution s'avère contrastée selon les tranches d'âge. Ainsi, à l'exception des hommes de 20 à 25 ans pour lesquels la proportion de fumeurs quotidiens est en baisse (de 47% à 43%), l'augmentation du tabagisme quotidien s'observe pour toutes les autres tranches d'âge, et concerne principalement les hommes de 26-34 ans (de 42% à 48%). En revanche, chez les femmes, la hausse la plus remarquable s'observe entre 45-54 ans et 55-64 ans (respectivement de 22% à 29% et de 9 à 16%) tandis qu'elle est relativement moindre voire nulle pour les autres tranches d'âge.

##### Mais, des quantités journalières consommées en baisse

Entre 2005 et 2010, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement est passé de 15,1 cigarettes par jour à 13,6. La baisse paraît plus importante chez les hommes (de 16,3 à 14,8) que chez les femmes (de 13,5 à 12,3). La proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes parmi les fumeurs quotidiens a diminué passant de 72% en 2005 à 68% en 2010, cette baisse peut probablement résulter de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et notamment sur le lieu de travail.

##### Persistance des inégalités sociales face au tabagisme

Entre 2005 et 2010, la proportion de fumeurs quotidiens s'accroît plus fortement chez les personnes en situation de chômage passant de 44% à 51% tandis que chez les actifs occupés elle progresse peu (de 31% à 33%) et stagne chez les étudiants (24%). Par ailleurs, si la prévalence du tabagisme quotidien est en hausse chez les personnes sans diplômes et les diplômés de niveau inférieur au bac ou de niveau bac, en revanche, elle diminue chez les individus de niveau supérieur au bac.

#### Pour en savoir plus

- Beck F. et al, BEH n°20-21 Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011, 20 pages, mai 2011.
- Beck F. et Al, Une augmentation du tabagisme confirmée en France, La Santé de l'Homme, Inpes, n°411, pp 9-10, janvier-février 2011.
- Beck F. et Al, Premiers résultats du baromètre santé 2010 - Evolutions récentes du tabagisme en France, 13 pages, 28 janvier 2010.
- Beck F. et al, Tendances n°76 Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, 6 pages, juin 2011.

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Consommation de tabac chez les consultants des centres d'examens de santé

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

L'usage de tabac par le patient est recueilli par auto-questionnaire. Le fumeur est une personne déclarant fumer actuellement au moins une cigarette par jour en moyenne (ou qui a arrêté de fumer depuis moins d'un an).

### Un consultant sur 3 (31%) et plus d'1 consultante sur 5 (22%) fument

En 2006-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, la proportion de fumeurs parmi les consultants est comparable : 31% des bretons et 22% des bretonnes âgés de 16 ans et plus fument quotidiennement (respectivement 31% et 21% en France métropolitaine).

### Prédominance masculine à tous les âges

En 2006-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, quel que soit l'âge, la proportion de fumeurs est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'écart entre hommes et femmes se situe dans une fourchette entre 7% et 10% avant 65 ans puis diminue au-delà.

### La prévalence du tabagisme est maximale chez les consultants de moins de 25 ans puis décroît avec l'âge

En Bretagne comme en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes, la consommation de tabac est maximale à l'entrée dans l'âge adulte avant de diminuer régulièrement à partir de 25 ans.

### La Bretagne au 1<sup>er</sup> rang des régions où le tabagisme est le plus important chez les consultants de 16-24 ans

En 2006-2007, chez les hommes comme chez les femmes, la Bretagne est au 1<sup>er</sup> rang des régions où le tabagisme chez les plus jeunes est le plus élevé : 62% des hommes et 55% des femmes âgés de 16-24 ans sont fumeurs contre respectivement 47% et 40% en France métropolitaine. Entre 25 et 49 ans, pour les deux sexes, la proportion de fumeurs chez les consultants bretons reste supérieure à la moyenne nationale mais l'écart avec la France s'est réduit considérablement. A l'inverse, au-delà de 50 ans, la Bretagne occupe une position favorable par rapport à la moyenne nationale puisque chez les hommes comme chez les femmes, la proportion de fumeurs est plus faible dans la région qu'en France métropolitaine.

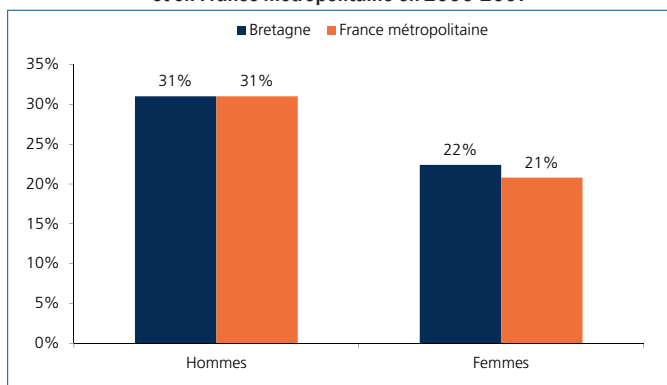
### Avant 65 ans, la précarité favorise la consommation de tabac

En 2006-2007, en Bretagne, quels que soient l'âge ou le sexe, la prévalence de la consommation de tabac est plus élevée chez les consultants en situation de précarité que chez les non précaires. Toutefois, à partir de 65 ans, l'écart entre les deux populations se réduit fortement et les différences sont faibles. Ce constat se vérifie également au niveau national.

#### Pour en savoir plus

Dupré Caroline, Guéguen René, Gutton Stéphanie, Réseau des Centres d'Examens de Santé. Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2006-2007, Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé, avril 2009, 98 pages.

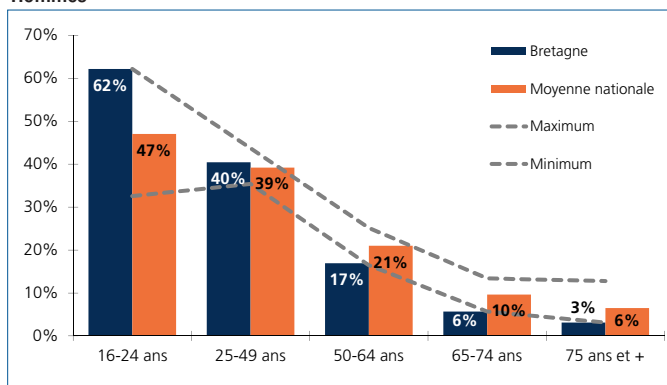
### Proportion de fumeurs (en %) selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine en 2006-2007



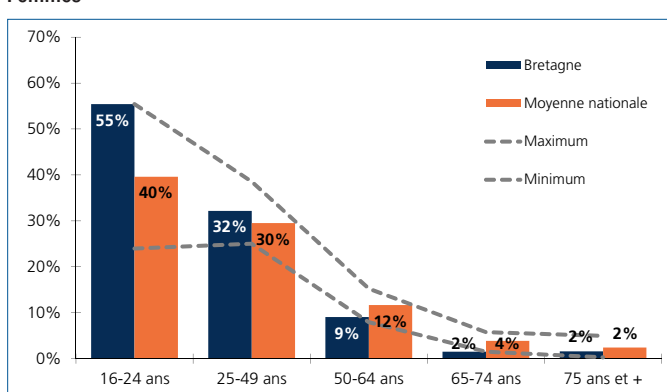
Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion moyenne de fumeurs (en %) selon l'âge en 2006-2007

#### Hommes

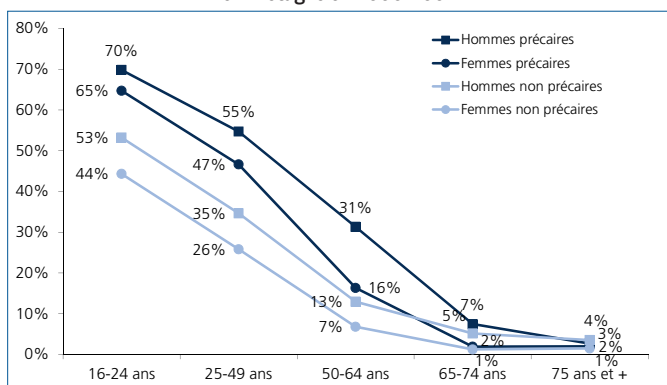


#### Femmes



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion de fumeurs (en %) selon le sexe et la situation de précarité en Bretagne en 2006-2007



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Consommation de tabac chez les jeunes à 17 ans

#### Poursuite du fléchissement de l'expérimentation de tabac en France et stabilité en Bretagne

En 2011, en Bretagne, 3 jeunes de 17 ans sur 4 ont déjà fumé du tabac, sans différence selon le sexe. L'expérimentation du tabac est sensiblement plus fréquente dans la région qu'au niveau national (75% contre 68%). Si, en 2011, le fléchissement se poursuit en France, en revanche en Bretagne le niveau de l'expérimentation du tabac a légèrement progressé mais cette augmentation n'est pas significative.

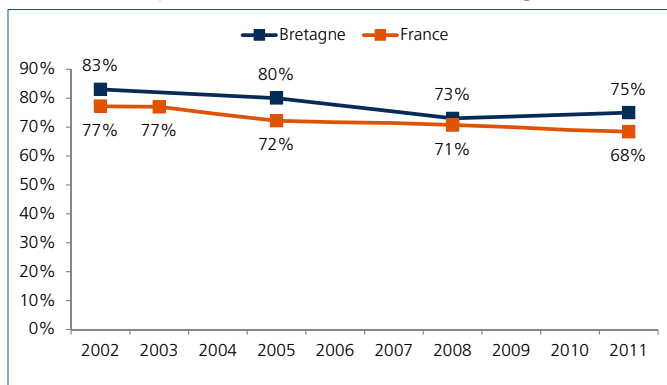
#### Le tabagisme quotidien à 17 ans repart à la hausse en 2011

En 2011, en Bretagne comme en France, le tabagisme quotidien repart à la hausse après la forte décroissance observée entre 2002 et 2008. L'augmentation est plus marquée dans la région qu'au niveau national. Ainsi, en 2011, 36% des jeunes bretons de 17 ans fument tous les jours contre 32% des français du même âge, ils étaient respectivement 30% et 29% en 2008.

#### Des âges moyens d'initiation similaires en Bretagne et en France

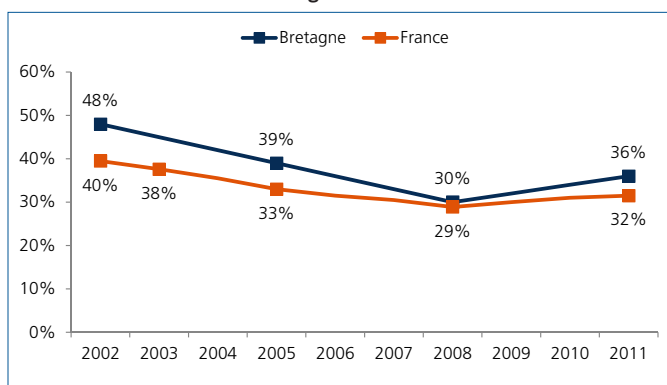
Depuis 2002, les jeunes bretons de 17 ans présentent des âges moyens d'initiation à la première cigarette et au tabagisme quotidien équivalents à ceux observés chez les français du même âge. Ainsi, en 2011, en moyenne, ils expérimentent le tabac à 14,1 ans et deviennent fumeurs quotidiens à 15 ans dans la région comme en France. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac et celui du tabagisme quotidien ont connu une évolution similaire : léger rajeunissement jusqu'en 2005 puis inversion de la tendance en 2008 confortée en 2011. Ainsi, en 2011, en Bretagne comme en France, les jeunes de 17 ans ont 6 mois de plus que leurs homologues de 2008 lorsqu'ils fument leur première cigarette et un peu plus de 2 mois lors du passage au tabagisme quotidien.

#### Évolution de l'expérimentation du tabac à 17 ans en Bretagne et en France



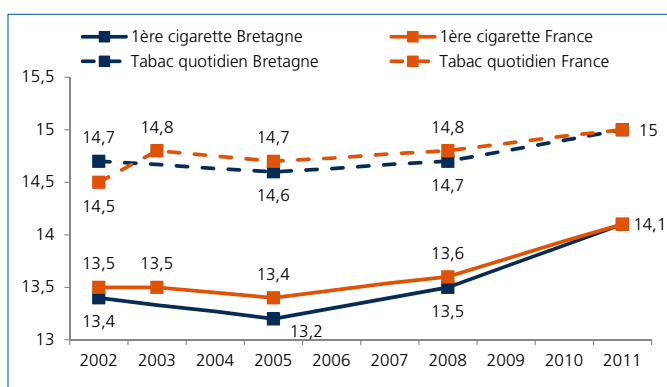
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien à 17 ans en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Évolution de l'âge moyen d'initiation au tabac en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Remarque :

Dans les graphiques, les résultats d'Escapad pour la région Bretagne affectés à l'année 2002 se réfèrent en réalité aux exercices cumulés des enquêtes 2002 et 2003, il s'agit donc des prévalences moyennes observées sur la période 2002-2003.

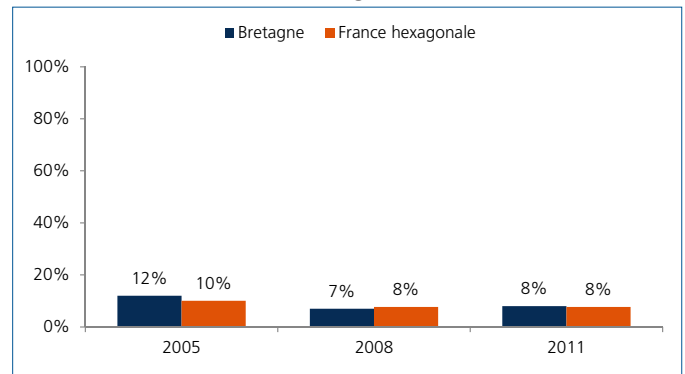
## NIVEAU DE CONSOMMATION DE TABAC

### ■ Consommation de tabac chez les jeunes à 17 ans

#### L'usage intensif de tabac à 17 ans aussi répandu en Bretagne qu'en France

Les niveaux d'usage intensif de tabac (>10 cigarettes par jour) sont équivalents en Bretagne et en France et concernent un peu moins d'un jeune de 17 ans sur 10 en 2011, cet usage étant un peu plus souvent un comportement masculin que féminin (10% des garçons contre 5% des filles en Bretagne respectivement 10% et 6% en France).

Evolution de l'usage intensif de tabac (>10 cigarettes par jour) à 17 ans en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

### CE QUE NOUS APPRENNENT LES ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE EN BRETAGNE

#### Le tabac : une expérimentation très précoce

L'âge d'initiation n'a pas varié depuis le début des années 2000 et s'établit à 13 ans en moyenne ce qui en fait, avec l'alcool, le produit le plus précocement expérimenté par les jeunes.

#### Le tabac : un produit très rapidement addictif...

L'accoutumance au tabac est un phénomène rapide : la consommation quotidienne s'installe vers 14 ans (14,4 ans), soit juste un peu plus d'un an après l'expérimentation.

#### ... dont l'usage quotidien se développe fortement avec l'âge

La prévalence du tabagisme quotidien augmente fortement avec l'avancée en âge. Marginale avant 14 ans, elle concerne jusqu'à près de 4 jeunes de 18 ans et plus sur 10, et plus d'1 jeune sur 4 en 1<sup>ère</sup> année d'université en Bretagne.

#### 8 cigarettes par jour

Les fumeurs quotidiens, quel que soit le sexe ou l'âge, fument 8 cigarettes par jour en moyenne.

#### Une volonté d'arrêter pour moins d'1 jeune fumeur quotidien sur 2

Le désir de mettre un terme à sa consommation de tabac est plus fréquent chez les fumeurs quotidiens qu'occasionnels. 40% d'entre eux contre 21% des fumeurs occasionnels chez les collégiens et lycéens et respectivement 46% contre 38% chez les étudiants de 1<sup>ère</sup> année souhaitent arrêter leur consommation de tabac.

#### Pour en savoir plus

- ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – Consommation de tabac, 12p, novembre 2008.
- ORS Bretagne, La santé des étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'université en Bretagne – La consommation de tabac, 8p, janvier 2008.
- OFDT, Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011, Tendances n° 79, 4p, février 2012.
- OFDT, Estimation des consommations de produits psychoactifs à 17 ans, 8p, novembre 2011.
- OFDT, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, Tendances n° 76, 6p, juin 2011.
- OFDT, Les drogues à 17 ans – Résultats de l'enquête Escapad 2008, Tendances n° 66, 6p, juin 2009.

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE PRODUITS ILLICITES

### ■ Prix et disponibilité des produits illicites à Rennes et en Bretagne

#### Le cannabis, produit illicite le plus disponible et le moins cher

Depuis 2002, Le cannabis est le produit illicite le plus disponible sur le site de Rennes. Il fait l'objet d'une consommation très diffusée au sein des populations observées par le dispositif TREND, à savoir les usagers de drogues de l'espace urbain (Rennes) et de l'espace festif (Bretagne). La diffusion et la consommation de cannabis dépassent très largement le cadre de cette population. Sa consommation tendrait, en effet, à se banaliser depuis plusieurs années même si les enquêtes en population générale semblent montrer des consommations orientées à la baisse.

Sur le site de Rennes, le cannabis était très disponible et accessible entre 2002 et 2004. Depuis 2005, le cannabis (résine et herbe) serait d'une disponibilité inconstante, et sensiblement moins présent, que ce soit au sein du milieu festif ou du milieu urbain, tout en restant cependant le produit psychoactif le plus consommé. Le cannabis n'a jamais retrouvé son niveau de disponibilité de 2005. C'est ce qui peut expliquer en partie la hausse sensible des prix observés. Des pénuries dans l'approvisionnement sont régulièrement repérées, notamment pendant la période estivale. L'autoproduction d'herbe relativement présente en Bretagne, est une particularité à noter dans l'approvisionnement des usagers du cannabis. Cette importance de l'autoproduction pourrait être une explication de la baisse du prix moyen de l'herbe depuis 2008. De plus, cette production locale permet de réduire les possibilités de pénurie.

#### La cocaïne, un produit accessible mais onéreux

La cocaïne apparaît relativement accessible et disponible sur les deux espaces observés. Elle a vu sa disponibilité augmenter entre 2002 et 2008 sur le site de Rennes. Puis l'offre semble s'être stabilisée depuis 2009. Pourtant, son usage serait plus fréquent au sein des milieux observés (urbain et festif). Pour la cocaïne, la notion de coût élevé est systématiquement mise en avant par les usagers ainsi que des qualités de produits très variables.

Si le prix moyen courant n'est sujet qu'à très peu de variation, une grande variabilité est observée entre le prix haut et le prix bas.

#### L'héroïne brune : une disponibilité peu visible réservée aux initiés mais dont le coût affiche une baisse depuis 2009

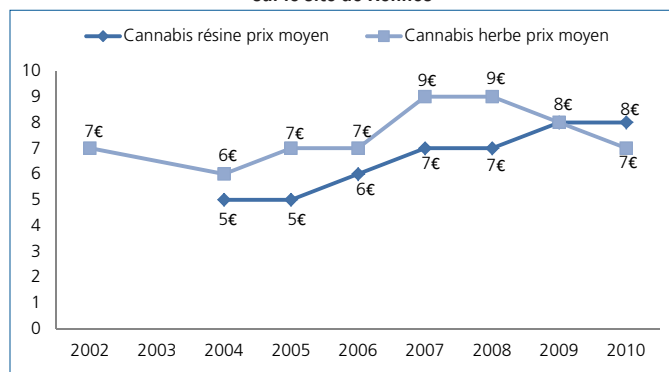
Jusqu'en 2008, le prix moyen courant de l'héroïne brune est resté constant à 60€ le gramme. Puis entre 2008 et 2010, le prix du gramme de ce produit aurait baissé de 20€.

Lorsqu'elle est achetée en plus grande quantité (environ 100 g), le gramme se négocie alors aux alentours des 20-25€ sur le site de Rennes. Ce prix diminue si les usagers se rapprochent des zones d'arrivage du produit pour s'approvisionner sur le territoire européen (les Pays-Bas), où le gramme se négocie autour des 15€ (pour 100 g acheté).

L'héroïne blanche est plus chère (en moyenne 20€ de plus) et relativement peu disponible sur le marché comparativement à l'héroïne brune.

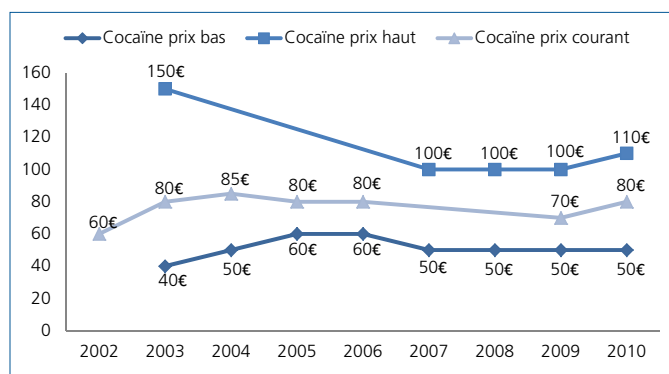
L'héroïne brune semble être disponible aux usagers qui ont une bonne connaissance et sont bien implantés dans un réseau de revente car il s'agit d'un trafic discret. Cette disponibilité et accessibilité de l'héroïne brune semble en hausse. Cette tendance observée, depuis plusieurs années sur le site de Rennes, que ce soit au sein de l'espace urbain ou festif, se prolonge et semble même s'accroître.

Evolution du prix en euros du gramme de cannabis (résine et herbe) sur le site de Rennes



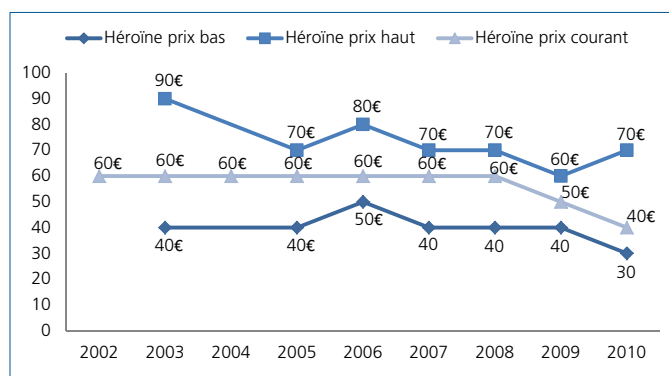
Source : TREND, Rennes (2002-2010), exploitation CIRDD Bretagne

Evolution du prix en euros du gramme de cocaïne sur le site de Rennes



Source : TREND, Rennes (2002-2010), exploitation CIRDD Bretagne

Evolution du prix en euros du gramme d'héroïne brune sur le site de Rennes



Source : TREND, Rennes (2002-2010), exploitation CIRDD Bretagne

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE PRODUITS ILLICITES

### ■ Prix et disponibilité des produits illicites

#### Les autres produits illicites

##### AMPHÉTAMINE

L'amphétamine-speed est d'une disponibilité importante sur l'espace festif alternatif et se caractérise par une stabilité des prix : de 15 à 30€ le gramme depuis 2002.

##### ECSTASY ET MDMA

Ces deux produits sont d'une disponibilité très inconstante avec toutefois une certaine stabilité dans les prix pratiqués sur la période observée : de 5 à 10€ pour le comprimé d'ecstasy et de 50 à 80€ pour le gramme de MDMA.

##### KÉTAMINE

La Kétamine est elle aussi d'une disponibilité très inconstante tout comme son prix de vente. Celui-ci semble s'orienter à la hausse. Entre 2003 et 2006, le gramme se vendait en moyenne dans une fourchette comprise entre 20 et 60€ alors qu'en 2010, son prix avoisine plutôt les 40€ pour le prix bas et 80€ pour le prix haut. Cette hausse du prix a débuté dès 2007.

#### Les produits psychoactifs détournés de leur usage premier (ou pour un mésusage)

##### LES TSO

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) : Méthadone® et Buprénorphine Haut Dosage, notamment le Subutex® peuvent faire l'objet de revente au détail (« marché noir ») chez les usagers.

■ **Pour la Méthadone®**, le prix de la fiole de 60 mg (15ml) était de 8€ en 2002. Depuis 2006, le prix de revente est stable à 5€ la fiole. En pharmacie, le prix de la fiole de méthadone est de 1,61€ (remboursable à 65%).

■ **Pour le Subutex®**, alors qu'un comprimé pouvait se revendre en 2002 à 1 ou 2€, ce même comprimé coûte 5€ en 2010. En pharmacie, le Subutex® 2mg est vendu par boîte de 7 comprimés au prix de 6,93€ (remboursable à 65%).

##### LE SULFATE DE MORPHINE

En 2010, le marché du sulfate de Morphine (Skenan®) est resté stable et demeure peu accessible. Seules les personnes bien implantées dans les réseaux de revente peuvent s'en procurer. On remarque des fluctuations importantes dans les prix (en 2002, 2€ pour le prix bas et 3€ pour le prix haut) ; en 2007, respectivement 5€ et 15€ et respectivement 8€ et 10€ en 2010. A partir de 2004, l'Assurance Maladie a mis en place des contrôles stricts des prescriptions médicales de ce produit, contribuant à le rendre moins disponible sur le marché parallèle avec mécaniquement un effet d'augmentation de son prix. En pharmacie, le Skenan® est vendu en boîte de 14 gélules au prix de 27,24 € (remboursable à 65%).

#### Les toutes dernières tendances en matière de prix

Au premier semestre 2011, d'après les derniers résultats du dispositif TREND en France, Les prix de vente au détail relevés pour les trois principales substances (cannabis, cocaïne et héroïne) montrent une grande variabilité des prix pratiqués avec des écarts de prix du simple au double pour le cannabis (résine ou herbe), la cocaïne et l'héroïne. Sur le site de Rennes, les prix de vente au détail sont proches de la médiane des prix tous sites d'observation confondus.

Prix moyen courant en euros de vente au détail (du gramme) des trois principales substances illicites sur les sites TREND au 1<sup>er</sup> semestre 2011

Sites	Cannabis (n=30)		Cocaïne (n=67)		Héroïne (n=122)	MDMA (n=45)		
	Herbe	Résine	Urbain	Festif	CP	Poudre	Cristal	
Bordeaux	5,5	5,5	62,5	76,7	36,4	-	55	-
Lille	7,8	8	68,3	-	26	10	-	45
Marseille	8	5	70	90	40	5,5	55	-
Metz	10,6	6,8	89	80	29	-	-	36
Paris	10	4	40	75	43	7	60	76,5
<b>Rennes</b>	<b>8,5</b>	<b>4,6</b>	<b>70</b>	<b>74,5</b>	<b>42,5</b>	-	<b>47,5</b>	<b>59</b>
Toulouse	7,5	5,4	60	64,4	40	-	65	-
Médiane	8	5,4	68,3	76	40	7	57,5	52
Moyenne	8,3	5,6	65,7	77	37	7,8	56,5	54

Source : OFDT TREND 2011

#### COMMENT SONT OBTENUES CES INFORMATIONS ?

Le dispositif TREND s'appuie sur un tissu conséquent (une soixantaine de personnes) d'observateurs provenant : du champ de l'application de loi (Douane ; Police ; Gendarmerie ; Justice), du champ sociosanitaire (CAARUD, CSAPA) ; de la prévention spécialisée, des structures d'accès facilité, des centres d'hébergement (CADA et CHRS), du champ de la prévention, et des usagers eux-mêmes.

Deux espaces principaux d'investigation ont été délimités : l'espace urbain et l'espace festif. L'espace urbain recouvre pour l'essentiel les usages et les modalités d'usage observables dans les structures d'accueil « d'accès facilité » (boutiques et programmes d'échange de seringues), les centres de soins et les lieux « ouverts » tel le monde de la rue et les squats. L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements festifs relevant de la culture techno, quel que soit le type d'événement, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un technival, d'une free party ou d'une soirée privée.

Dans les informations collectées, on trouve la question des prix de détail des substances. La confrontation des différentes sources d'information permet d'avoir une estimation relativement fiable.

Notons toutefois que le prix dépend de la qualité du produit et de l'insertion de l'utilisateur au sein des réseaux de revente.

#### Pour en savoir plus

Gandilhon, M., Cadet-Tairou, A. & Lahaie, E. (2011). Les prix de détail et la disponibilité des principales substances psychoactives circulant en France au premier semestre 2011. Note de synthèse, OFDT.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxmgr.pdf>

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE PRODUITS ILLICITES

### ■ Consommation de drogues illicites en population générale en France

#### ◀ DÉFINITIONS DES FRÉQUENCES D'USAGES

L'expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

L'usage actuel : au moins un usage au cours des douze derniers mois.

L'usage récent : au moins un usage au cours du dernier mois.

L'usage régulier : 10 usages ou plus au cours du dernier mois.

L'usage quotidien : au moins un usage par jour.

### Baromètre santé 2010 - INPES

#### CANNABIS

#### Le cannabis : substance psychoactive illicite la plus consommée en France, davantage par les hommes...

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, d'après les premiers résultats du Baromètre santé de l'Inpes, un tiers des français de 18 à 64 ans (33%) déclare l'avoir déjà expérimenté, 8% en ont fumé au cours des douze derniers mois et 4% au cours des 30 derniers jours. Les usages de cannabis sont fortement différenciés selon le sexe : à tous les âges, ils sont davantage le fait des hommes que des femmes. Ainsi, l'expérimentation concerne 41% des hommes et 25% des femmes et l'usage actuel (dans les douze derniers mois) respectivement 11% et 5%.

#### ...et par les plus jeunes

Les jeunes générations apparaissent les plus concernées par les usages de cannabis. La consommation actuelle concerne près d'un jeune français de 18-25 ans sur 4 (23%) puis elle décroît régulièrement avec l'âge jusqu'à être quasi-nulle chez les 55-64 ans. Par ailleurs, c'est également chez les 18-25 ans que l'usage récent (au moins une fois au cours du dernier mois) est le plus fréquent : 18% des garçons et 9% des filles ont fumé du cannabis au cours du dernier mois et respectivement 9% et 4% au moins 10 fois au cours du dernier mois. Le cannabis est un produit générationnel dont l'usage disparaît pratiquement après 45 ou 55 ans. Sa consommation concerne très majoritairement les moins de 30 ans.

#### Stabilité des niveaux de consommation

A l'exception de l'expérimentation, la consommation de cannabis apparaît stable entre 2005 et 2010.

#### COCAÏNE ET AUTRES DROGUES ILLICITES

#### La cocaïne : deuxième substance illicite la plus consommée en France

La consommation d'autres drogues illicites est beaucoup plus faible que celle du cannabis. Parmi elles, la cocaïne a été expérimentée par 3,8% des français âgés de 18 à 64 ans et 0,9% en ont fait usage au cours de l'année. Ces niveaux de consommation en font le 2<sup>e</sup> produit illicite le plus consommé en France, les usages étant toujours plus masculins que féminins. L'expérimentation et l'usage actuel sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

#### Une consommation en hausse significative en matière d'expérimentation comme d'usage actuel

La proportion de français de 18 à 64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par trois passant de 1,2% à 3,8% entre 1992 et 2010. L'usage dans l'année varie de 0,2% en 2000, à 0,6% en 2005 pour atteindre 0,9% en 2010. Parallèlement, on relève également pour l'héroïne et les champignons hallucinogènes, une augmentation des niveaux d'expérimentation.

#### Pour en savoir plus

Beck F. et al, Tendances n° 76 Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, 6 pages, juin 2011.

## ■ Consommation de cannabis chez les jeunes à 17 ans

### DE QUOI PARLE-T-ON ? Les indicateurs utilisés

- **L'expérimentation** : avoir déjà pris un produit au moins une fois au cours de sa vie.
- **L'usage récent** : avoir consommé un produit au moins une fois au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.
- **L'usage régulier** : avoir déclaré au moins 10 épisodes de consommation d'un produit au cours des 30 derniers jours d'enquête.

### L'expérimentation du cannabis un peu plus fréquente en Bretagne qu'en France...

En 2011, les jeunes bretons de 17 ans ont un peu plus souvent expérimenté le cannabis que leurs homologues français (respectivement 47% contre 42%). Si, en France, ce comportement est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, en Bretagne, il ne diffère pas selon le sexe. En 2011, près de la moitié des bretons (48%) et des bretonnes (46%) a déjà fumé du cannabis contre respectivement 44% et 39% en France.

### ...qui a lieu en moyenne à 15 ans et demi dans la région, soit 2 mois plus tard qu'en France

En 2011, les résultats observés au niveau national confortent la tendance au recul de l'âge moyen au premier joint. Si, jusqu'en 2008, l'âge moyen d'initiation au 1<sup>er</sup> usage de cannabis était équivalent en Bretagne et en France, à partir de 2011, les jeunes bretons expérimentent le cannabis un peu plus tardivement que leurs homologues français respectivement à 15 ans et demi et 15,3 ans.

### L'usage régulier de cannabis au niveau de la moyenne nationale

En 2011, si les jeunes bretons de 17 ans apparaissent un peu plus nombreux que les jeunes français du même âge à avoir fumé du cannabis au moins une fois au cours des 30 derniers jours (respectivement 25% contre 22%), en revanche, la proportion de consommateurs réguliers est équivalente en Bretagne comme en France, 6% des jeunes de 17 ans déclarent avoir consommé au moins 10 fois du cannabis au cours du dernier mois.

### Une pratique nettement plus souvent masculine, quelle que soit la fréquence de consommation

En Bretagne comme en France, la prédominance masculine s'observe pour toutes les fréquences d'usage déclarées. En outre, plus les consommations de cannabis sont fréquentes, plus la prédominance masculine s'accroît. En 2011, le niveau de l'usage récent de cannabis chez les garçons est 1,4 supérieur à celui des filles (29% contre 21% en Bretagne et 26% contre 19% en France) tandis que l'usage régulier est trois fois plus souvent le fait des garçons que des filles : 9% des garçons et 3% des filles de 17 ans en Bretagne ont fumé du cannabis au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours, pour respectivement 10% et 3% en France. Cette prédominance masculine de la consommation de cannabis est observée depuis le début des années 2000.

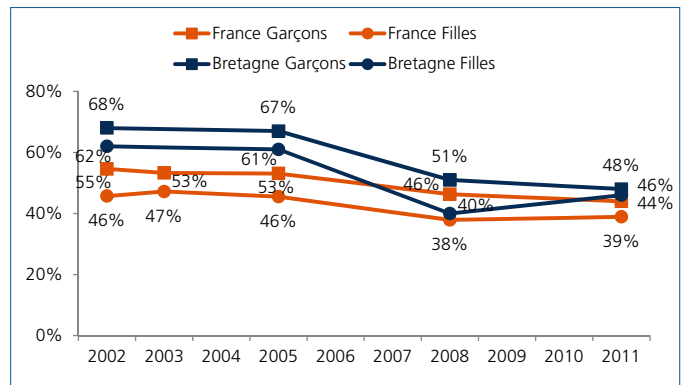
### L'expérimentation du cannabis : une évolution divergente selon le sexe

En Bretagne comme en France, les résultats d'Escapad 2011 font apparaître un léger recul de la diffusion du cannabis chez les garçons et une hausse chez les filles, particulièrement chez les bretonnes. Sur la dernière décennie, le niveau d'expérimentation a varié de 65% à 47% en Bretagne et de 50% à 42% en France. La région conserve son désavantage par rapport à la France et celui-ci s'est particulièrement accru entre les bretonnes et les françaises.

### Poursuite de la décroissance de la consommation récente et stabilisation de la consommation régulière

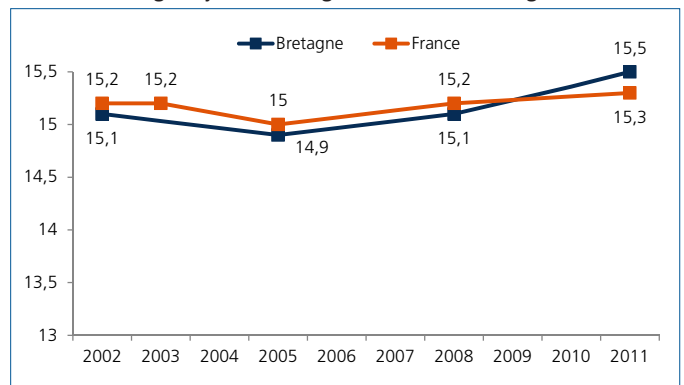
Depuis le début des années 2000, en Bretagne comme en France, l'usage récent de cannabis à 17 ans a connu une forte décroissance, celle-ci s'étant accélérée entre 2005 et 2008, surtout en Bretagne, en 2011 la tendance se poursuit mais à un rythme un peu plus ralenti. Parallèlement, sur la même période, le niveau de l'usage régulier a été divisé par 2 en Bretagne passant de 14% à 6%, cette forte baisse ayant entraîné l'alignement de la région sur le niveau national. Cependant, en 2011, le niveau de l'usage régulier de cannabis s'est stabilisé par rapport à celui de 2008 : les niveaux bien que légèrement inférieurs ne sont pas significativement différents.

### Expérimentation du cannabis à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



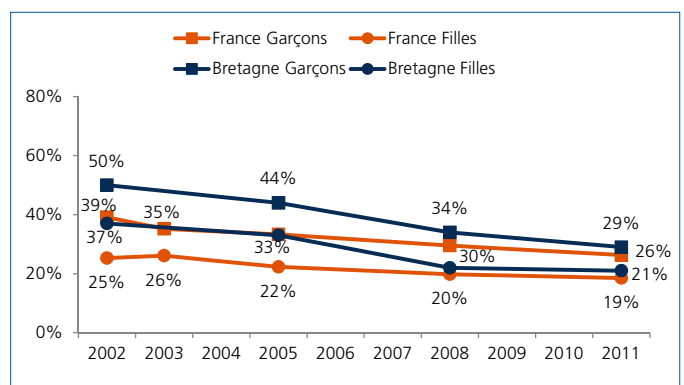
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

### Evolution de l'âge moyen du 1<sup>er</sup> usage de cannabis en Bretagne et en France



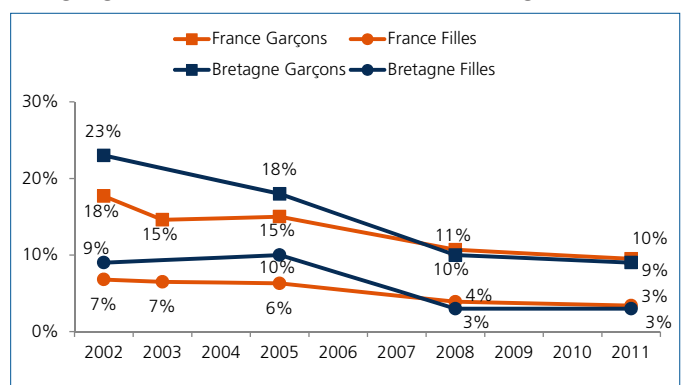
Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

### Usage récent de cannabis à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

### Usage régulier de cannabis à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

### Remarque :

Dans les graphiques, les résultats d'Escapad pour la région Bretagne affectés à l'année 2002 se réfèrent en réalité aux exercices cumulés des enquêtes 2002 et 2003, il s'agit donc des prévalences moyennes observées sur la période 2002-2003.



## NIVEAU DE CONSOMMATION DE PRODUITS ILLICITES

### ■ Consommation d'autres drogues que le cannabis chez les jeunes à 17 ans

#### L'expérimentation d'autres drogues illicites reste un comportement rare...

A 17 ans, en Bretagne comme en France, l'expérimentation d'autres drogues illicites apparaît nettement moins répandue que celle du cannabis. En 2011, chez les jeunes de 17 ans, parmi les autres drogues, les poppers et les produits à inhaler sont les plus fréquemment cités, davantage en Bretagne qu'en France, respectivement 15% contre 9% et 8% contre 6%. Viennent ensuite, sans différence entre la Bretagne et la France, les champignons hallucinogènes (4%), l'ecstasy (2%), les amphétamines (3% en Bretagne et 2% en France), le LSD (2% en Bretagne et 1% en France), l'héroïne (1%) et le crack (1%). Bien que faible, le niveau d'expérimentation de la cocaïne est significativement supérieur en Bretagne par rapport à la France (4% contre 3%).

#### ...peu différencié selon le sexe

En 2011, en Bretagne, les garçons sont plus souvent expérimentateurs des champignons hallucinogènes que les filles (5% contre 3%), à l'inverse l'expérimentation du poppers est davantage le fait de filles que de garçons (17% contre 12%). Cette surreprésentation féminine de l'expérimentation du poppers contraste avec les résultats de 2008 où les garçons affichaient un niveau significativement supérieur à celui des filles. Pour toutes les autres drogues, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les niveaux des garçons et des filles.

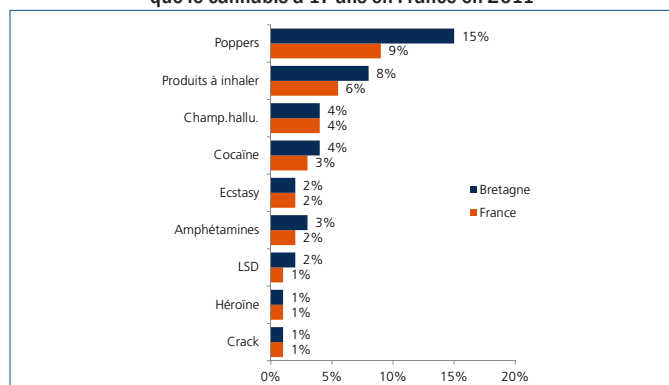
#### Poursuite de la baisse au niveau national en 2011...

Au niveau national, les résultats d'Escapad 2011 témoignent d'une baisse des expérimentations pour la plupart des drogues illicites autres que le cannabis. « Si le poppers et l'ecstasy enregistrent les diminutions les plus importantes, les expérimentations de cocaïne et d'amphétamines marquent, pour la première fois depuis 2003, un léger recul alors que celle de l'ecstasy, qui poursuit sa baisse, atteint son niveau le plus bas depuis 2000 ».

#### ...Tendance qui ne se retrouve pas en région : stabilité des niveaux d'expérimentation en Bretagne en 2011

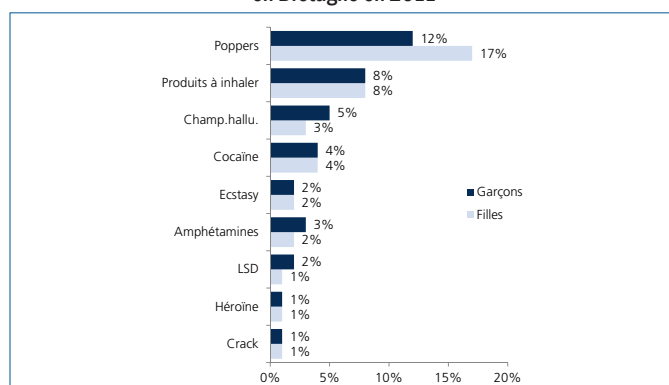
En 2011, en Bretagne, tous les niveaux d'expérimentation de l'ensemble des autres drogues illicites que le cannabis sont stables : il n'existe pas de différence statistiquement significative avec les niveaux relevés en 2008.

#### Comparaison des niveaux d'expérimentation d'autres drogues illicites que le cannabis à 17 ans en France en 2011



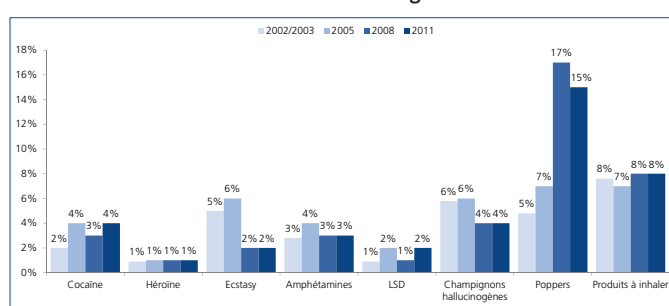
Source : OFDT Escapad 2011, exploitation ORS Bretagne

#### Expérimentation d'autres drogues que le cannabis à 17 ans selon le sexe en Bretagne en 2011



Source : OFDT Escapad 2011, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution de l'expérimentation d'autres drogues illicites que le cannabis à 17 ans en Bretagne



Source : OFDT Escapad 2011, exploitation ORS Bretagne

### CE QUE NOUS APPRENNENT LES ENQUÊTES EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE EN BRETAGNE

#### Le cannabis : la 1<sup>ère</sup> drogue illicite proposée

Près de la moitié des jeunes (42%) se sont vu proposer de la drogue et dans 94% des cas, il s'agissait de cannabis. Cette proposition a eu lieu le plus souvent (par fréquence décroissante) chez des copains (48%), dans la rue (38%) et au collège ou au lycée (21%).

#### La curiosité : 1<sup>ère</sup> raison motivant son expérimentation

Parmi les raisons principales qui ont conduit les collégiens et lycéens à expérimenter le cannabis, la curiosité est citée par 85% d'entre eux suivie par la recherche de l'euphorie (17%).

#### L'usage récent du cannabis concerne près d'1 jeune sur 5, motivé le plus fréquemment par la recherche d'euphorie

19% des collégiens et lycéens et 17% des étudiants de 1<sup>ère</sup> année déclarent avoir fait usage de cannabis au cours du dernier mois. A la différence de l'expérimentation, la recherche de l'euphorie apparaît comme la 1<sup>ère</sup> raison évoquée (65%) par les étudiants de 1<sup>ère</sup> année pour justifier leur consommation actuelle ou passée de cannabis.

#### La polyconsommation régulière\* concerne près d'1 jeune breton sur 10

Globalement, la polyconsommation régulière concerne 9% des collégiens et lycéens, davantage les garçons que les filles (12% contre 7%) et respectivement 8% des étudiants de 1<sup>ère</sup> année (12% des garçons et 5% des filles). Parmi les polyconsommateurs réguliers, outre l'association alcool-tabac la plus fréquente qui concerne près des deux tiers des polyconsommateurs réguliers, l'association tabac-cannabis ou celle des trois produits concernent chacune 1 jeune sur 6 au collège et lycée et respectivement 1 étudiant sur 5 pour la première et 1 sur 10 pour la seconde.

#### Perception générale et personnelle : un paradoxe

Bien que globalement l'idée « Consommer de la drogue c'est mettre sa santé en danger » fasse consensus chez les collégiens et lycéens (9 jeunes sur 10) et soit largement partagée par les consommateurs (8 sur 10), ces derniers (87%) ne considèrent pas leur propre consommation de drogues comme un problème.

\* La polyconsommation régulière est définie comme l'usage régulier d'au moins 2 produits parmi les trois produits suivants (alcool, tabac et cannabis). Cette définition n'implique pas la concomitance des usages.

#### Pour en savoir plus

- ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne - Consommation de drogues illicites, 12p, novembre 2008
- ORS Bretagne, La santé des étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'université en Bretagne - La consommation de produits illicites, 8p, janvier 2008
- OFDT, Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans, 8p, novembre 2011
- OFDT, Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011, Tendances n° 79, 4p, février 2012

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

### ■ Consommation de médicaments psychotropes chez les consultants des centres d'exams de santé

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La consommation de médicaments par le patient est recueillie et codifiée par le médecin qui effectue l'examen clinique du patient. Les médicaments psychotropes incluent les hypnotiques, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs.

### La consommation de médicaments psychotropes est plus importante dans la région qu'au niveau national...

En 2006-2007, la consommation de médicaments psychotropes est plus importante en Bretagne : 8% des hommes et 15% des femmes sont des consommateurs de psychotropes dans la région contre respectivement 6% et 11% en France métropolitaine.

### ... et concerne deux fois plus souvent les femmes que les hommes

En 2006-2007, globalement, en Bretagne comme en France métropolitaine, ce comportement est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Cette prédominance féminine se vérifie quel que soit l'âge et s'accroît avec l'avancée en âge pour devenir maximale chez les 75 ans et plus.

### La consommation de médicaments psychotropes augmente régulièrement avec l'avancée en âge

En 2006-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes, la consommation de médicaments psychotropes progresse avec l'avancée en âge et devient maximale chez les plus âgés. Relativement faible entre 16-24 ans, la consommation de psychotropes est multipliée par 5 à 75 ans et plus chez les hommes et par 8 chez les femmes.

### Une surconsommation bretonne à tous les âges

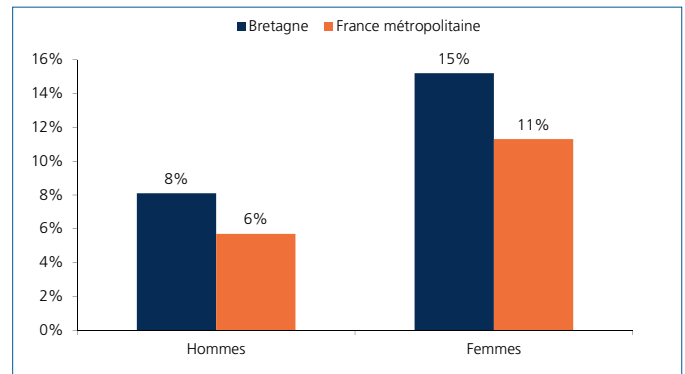
En 2006-2007, chez les hommes comme chez les femmes, la Bretagne présente, à tous les âges, des proportions de consommateurs de médicaments supérieures à celles relevées au niveau national. L'écart entre la Bretagne et la France s'accroît à mesure de l'avancée en âge et atteint son maximum chez les 75 ans et plus où la proportion de consommateurs de médicaments psychotropes concerne 15% des consultants et 31% des consultant(e)s dans la région contre respectivement 10% et 23% au niveau national.

### La consommation de médicaments psychotropes est plus importante chez les consultants en situation de précarité que chez les non-précaires

En 2006-2007, en Bretagne, quels que soient l'âge ou le sexe, la consommation de psychotropes est plus élevée chez les consultants en situation de précarité que chez les non-précaires. A la différence des tendances observées pour l'ensemble des consultants, la consommation de psychotropes diminue à partir de 65 ans, chez les consultants hommes précaires.

Les constats ci-dessus se vérifient également au niveau national, toutefois la baisse de la consommation de psychotropes chez les hommes précaires s'amorce dès 50 ans.

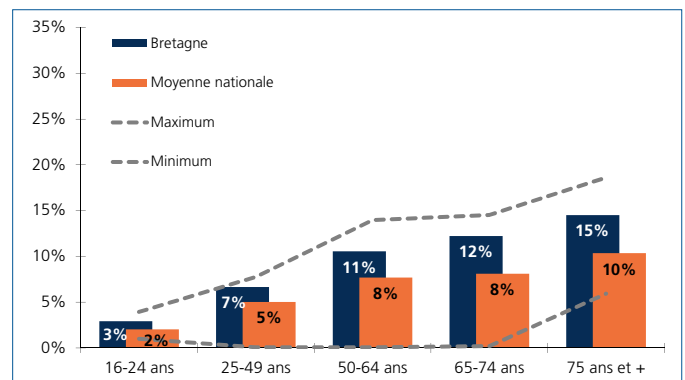
### Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes (en %) selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine en 2006-2007



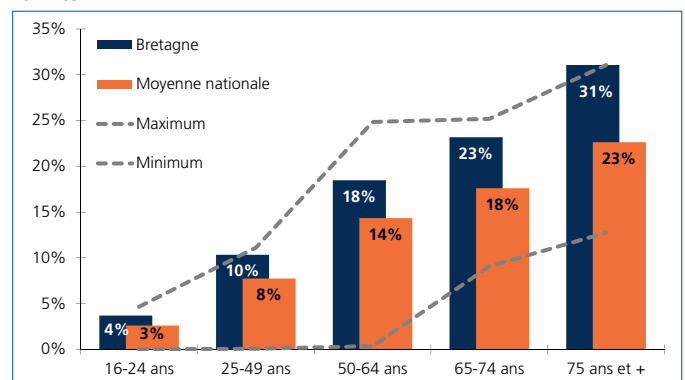
Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion moyenne de consommateurs de médicaments psychotropes (en %) selon l'âge en 2006-2007

#### Hommes

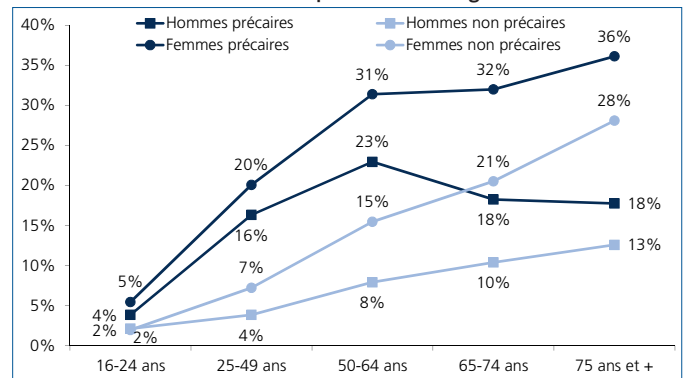


#### Femmes



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

### Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes (en %) selon le sexe et la situation de précarité en Bretagne en 2006-2007



Source : CETAF, données régionalisées 2006-2007, exploitation ORS Bretagne

#### Pour en savoir plus

Dupré Caroline, Guéguen René, Gutton Stéphanie, Réseau des Centres d'Examens de Santé. Géographie de la santé dans les Centres d'exams de santé. Données régionalisées 2006-2007, Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé, avril 2009, 98 pages.

## NIVEAU DE CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

### ■ Consommation de médicaments psychotropes chez les jeunes à 17 ans

#### L'expérimentation des médicaments psychotropes : des prévalences proches en Bretagne et en France...

En 2011, en Bretagne comme en France, les niveaux d'expérimentation des médicaments psychotropes sont comparables, les différences n'étant pas significatives. Parmi les médicaments psychotropes consommés au moins une fois au cours de la vie par les jeunes de 17 ans, les tranquillisants sont les plus fréquemment cités (14% dans la région et 15% en France) suivis par les somnifères (respectivement 10% et 11%) et dans une moindre mesure les antidépresseurs (respectivement 5% et 6%).

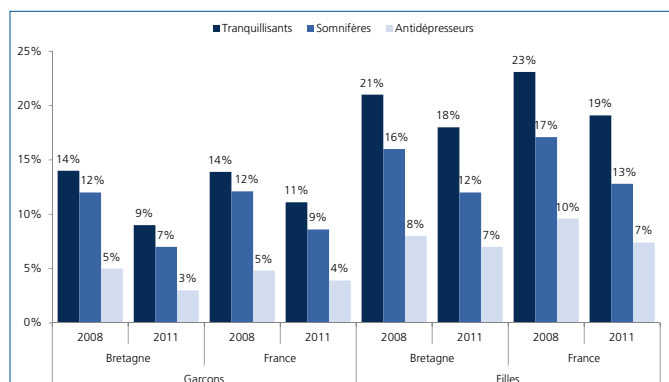
#### ...et une prédominance féminine

En Bretagne comme en France, ce comportement diffère fortement selon le sexe : quel que soit le type de médicament considéré, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à l'avoir expérimenté. En 2011, chez les jeunes bretons de 17 ans, 9% des garçons contre 18% des filles ont déjà pris des tranquillisants, respectivement 7% contre 12% des somnifères et 3% contre 7% des antidépresseurs. Ces proportions sont comparables pour chaque sexe en Bretagne et en France, à l'exception des tranquillisants. Toutefois, les différences sont relativement faibles, respectivement 9% contre 11% chez les premiers et 12% contre 13% chez les secondes.

#### Baisse de l'expérimentation des médicaments psychotropes

En Bretagne comme en France, les niveaux d'expérimentation des médicaments psychotropes ont diminué entre 2008 et 2011, chez les garçons comme chez les filles. Cependant, la diminution observée pour les antidépresseurs n'apparaît pas significative.

#### Expérimentation des médicaments psychotropes selon le sexe et l'âge chez les jeunes de 17 ans en Bretagne et en France en 2008 et en 2011



Source : OFDT Escapad, exploitation ORS Bretagne

#### Remarque :

En 2008, la question relative à la consommation de médicaments psychotropes a été introduite dans le questionnaire de l'enquête Escapad.

# point de vue

LE POINT DE VUE DU DOCTEUR CLAUDE VEDEILHIÉ\*

Actuellement au CSAPA de Rennes environ 40 personnes ont été vues en consultations en demande par rapport à une problématique de jeu pendant l'année 2011.

Il est difficile d'évaluer, sur notre secteur géographique la prégnance de ce comportement sans produit, dans la mesure, ou pour éviter une trop nette augmentation de nos consultations aucune publicité, ni formulation de l'offre de soins par rapport à cette difficulté comportementale n'a été faite.

Comme les données épidémiologiques semblent l'attester la prégnance de ce comportement semble relativement faible par rapport aux addictions avec produit.

Schématiquement par rapport à l'ensemble de nos consultations « pour le jeu » deux catégories se distinguent :

- des personnes ayant déjà présenté des difficultés avec les produits psychotropes, qui sur un mode séquentiel, c'est-à-dire lors de la diminution ou l'arrêt des produits trouvent dans la pratique du jeu un moyen de réactualiser le registre de la sensation. La consommation du jeu est dans notre expérience décalée temporellement de la consommation de produit. Il s'agit en quelque sorte d'une substitution d'addiction.
- la deuxième catégorie concerne des personnes présentant une symptomatologie de l'ordre de la dépression ou le jeu sert en quelque sorte de parapluie à la souffrance sans qu'il y ait eu de problématique addictive avec produit précédemment.

Le registre de la perte financière est à mettre en lien inconscient avec la notion de manque fondamental ou de perte de la dépression et elle est souvent l'enjeu de ce comportement.

En dehors de ces deux catégories principales les quelques rares cas de jeu en ligne chez les adultes qui apparaissent comme un moyen de vivre une vie d'avatar beaucoup plus satisfaisante que la quotidienne réalité. Ce d'autant que celle-ci se conjugue avec un repli relationnel et une presque phobie sociale.

Enfin à souligner une personne qui présente une véritable addiction à la bourse, s'inscrivant dans un contexte manipulateur et une problématique psychique complexe.

\* Psychiatre, médecin coordinateur du CSAPA de Rennes



Un éclairage  
sur les addictions  
sans produit

## ADDICTIONS SANS PRODUIT

### ■ Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en France

#### Un français sur 10 a joué de l'argent au moins une fois par semaine, davantage les hommes

Dans la dernière édition du Baromètre santé (2010), un volet sur le jeu a été intégré à l'enquête. Les premiers résultats montrent que près d'un Français âgé de 18 à 75 ans sur deux (48%) déclare avoir dépensé de l'argent pour jouer à des jeux d'argent<sup>1</sup> au cours des douze derniers mois. Les joueurs les plus actifs, c'est-à-dire ceux jouant au moins une fois par semaine et ayant consacré plus de 500€ au jeu dans l'année écoulée représentent plus d'un individu sur dix, soit un joueur sur cinq.

Les hommes déclarent plus fréquemment une activité de jeu au cours des douze derniers mois que les femmes (51,3% vs 44,4%). L'écart entre hommes et femmes s'accroît à mesure que la pratique de jeu s'intensifie : 15,6 % des hommes jouent au moins une fois par semaine contre 8,8% des femmes. Ces joueurs dits actifs sont également plus âgés comparativement aux autres joueurs : respectivement 47 et 43 ans.

Les jeux qui visiblement sont les plus attractifs (qui sont également ceux pour lesquels un apprentissage n'est pas nécessaire) sont les jeux de tirage (e.g. Loto) et les jeux de grattage (e.g. Morpion). 75% des joueurs actifs ont pratiqué un jeu de tirage et 62,2% un jeu de grattage. C'est de très loin les jeux les plus pratiqués en comparaison d'autres jeux : paris hippiques (23,2%), machines à sous (17,7%), Rapido (11,8%), les paris sportifs, le poker et les jeux de table.

#### La pratique du jeu est associée à des consommations de substances psychoactives plus fréquentes

Si les joueurs dans l'année ne se distinguent pas réellement de la population générale en termes de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis, il en est autrement pour les joueurs excessifs<sup>2</sup>. Leur consommation de tabac est nettement plus importante comparativement à la population générale 64,2% vs 30% de fumeurs quotidiens. Les consommations d'alcool les plus à risque (définies par un score élevé à l'échelle AUDIT<sup>3</sup>) sont plus fréquentes chez les joueurs et surtout chez les joueurs excessifs : 50% (vs 15,5% en population générale) d'entre eux ont une consommation à risque et 26,3% présentent un risque de dépendance (vs 3,2%). Enfin, la consommation mensuelle de cannabis des joueurs excessifs est plus élevée que celle de la population générale : 6,1% vs 4,4%.

#### Une pratique problématique du jeu relativement faible

Le baromètre santé 2010 permet d'apporter une estimation de la prévalence du jeu problématique. Celle-ci est assez faible : 1,3% de joueurs problématiques<sup>4</sup>, c'est-à-dire pouvant rencontrer des difficultés en lien avec sa pratique et 0,4% de joueurs pathologiques, c'est-à-dire avec un diagnostic clinique attestant d'un trouble. Ces chiffres sont cohérents avec ceux issus des CSAPA puisque la part de la file active des CSAPA en France pour laquelle les patients pris en charge font état d'une problématique en lien avec le jeu, une cyberaddiction ou encore une addiction sans produit est relativement faible : 0,7% en 2009 et 0,8% en 2010. Lorsqu'il s'agit du motif principal de consultation, la part est très faible : 0,3% en 2008, 0,5% en 2009 et 0,6% en 2010. Si ce niveau est très faible, il tend à augmenter régulièrement.

<sup>1</sup> Loto, jeux de grattage de la Française des jeux, jeux d'argent sur internet, PMU, casino, paris sportifs, poker...

<sup>2</sup> Joueur répondant à des critères indiquant qu'il est en grande difficulté par rapport à sa conduite de jeu (score = 8 et plus dans l'échelle ICJE (Indice Canadien du Jeu Excessif).

<sup>3</sup> Echelle mesurant la dépendance à l'alcool.

<sup>4</sup> Défini pour l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE).

#### Typologie des joueurs en ligne

Un rapport de l'Autorité de Régulation des jeux en Ligne (ARJEL) permet de dresser un portrait des joueurs en ligne. Il s'agit essentiellement d'hommes (88%), plutôt jeunes (57% des joueurs ont moins de 35 ans). Les régions dans lesquelles on joue le plus sont la région parisienne, le quart sud-est de la France, le Nord-Pas-de-Calais et la Corse. Les dépenses sont de l'ordre de 250 € en moyenne dans l'année.

Le type de jeu pratiqué varie selon le sexe et l'âge. Les parieurs sportifs sont plus jeunes (38% ont entre 18 et 24 ans) et majoritairement masculins (92%) tandis que les parieurs hippiques sont plus âgés (76% ont plus de 35 ans) et parmi eux on trouve plus de femmes (20%).

Une majorité des joueurs en ligne sont des joueurs de poker (dans 52% des cas). Près de la moitié d'entre eux (46%) mise moins de 30 € par mois. 43% des parieurs sportifs misent moins de 10 € par mois. Le parieur hippique est plus régulier dans sa fréquence de jeu, et le montant pour ce type de paris est plus élevé (36% des joueurs misent ainsi plus de 100 € par mois).

#### Pour en savoir plus

■ ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux En Ligne). Bilan 2011 du marché des paris sportifs, hippiques et de poker en ligne.

■ Costes, J.M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., Beck, F. & Arwidson, P. (2011). Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010, Tendances n° 77, OFDT, 8 p.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efbjcr9.pdf>

#### Une absence de données quantitatives à l'échelle de la région

Il est difficile à l'heure actuelle d'avoir des éléments quantitatifs précis à l'échelle de la région sur l'estimation du nombre de personnes pouvant présenter une difficulté en lien avec la pratique du jeu, ou encore présentant une addiction sans produit. De plus en plus, les CSAPA commencent à voir des patients de ce type dans leur file active. Les Centres hospitaliers vont devoir prochainement avoir un temps de travail spécifiquement dévolu à cette activité.

#### LES RESSOURCES NATIONALES

##### Le Centre de Référence sur le Jeu Excessif de Nantes (CRJE)

Ce centre est né en 2008 d'une initiative du Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Nantes dirigé par le Professeur Jean-Luc Venisse.

C'est en raison de son intérêt historique pour les addictions comportementales, que le service d'addictologie du CHU de Nantes reçoit régulièrement en consultation des joueurs pour lesquels les conduites de jeux de hasard et d'argent ou encore de jeux vidéo sont devenues problématiques, voire pathologiques.

<http://www.crje.fr/>

##### L'hôpital Marmottan

Le Centre Médical Marmottan a développé depuis le début des années 2000 un accueil spécifique pour des personnes en but à certaines addictions sans drogue. Dans le cadre de cette consultation le centre reçoit principalement des usagers de jeux vidéo, des joueurs d'argent et de hasard et des usagers de sites pornographiques.

<http://www.hopital-marmottan.fr/spip/spip.php?article128>

##### Un pôle spécialisé dans chaque région

Afin d'améliorer la prise en charge des addictions sans produit, un pôle spécialisé sera mis en place dans chaque région dans un CHU. Il sera chargé de former, coordonner et de soutenir les équipes d'addictologie de la région.

### ■ Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en France

#### ▼ L'INDICE CANADIEN DU JEU EXCESSIF (ICJE)

« Au cours des douze derniers mois...

- Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
- Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?
- Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?
- Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
- Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
- Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?
- Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?
- Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?
- Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

Réponses et score associé (par question) :

- Jamais (0) ; - Parfois (1) ; - La plupart du temps (2) ; - Presque toujours (3).

Calcul du score (somme des scores des 9 questions).

Interprétation :

- Sans risque : 0 ;
- A faible risque : 1-2 ;
- A risque modéré : 3-7 ;
- Excessif : 8

**Joueur problématique** : terme générique, fréquemment rencontré dans la littérature en langue anglaise (« problem gambling »), utilisé ici pour désigner un joueur rencontrant des difficultés liées à sa pratique.

L'ensemble des joueurs excessifs et à risque modéré au sens de l'ICJE est assimilé ici à la population des joueurs problématiques.

**Joueur pathologique** : joueur avec un diagnostic clinique attestant de son trouble (pour lequel les critères du DSM-IV font référence). Différentes échelles permettent d'approcher cette notion sans que le diagnostic puisse être formellement posé : un joueur excessif au sens de l'ICJE peut être qualifié de pathologique probable.

#### ▼ LES DERNIÈRES MESURES RÉGLEMENTAIRES

La France a autorisé en mai 2010 les jeux en ligne. Le cadre juridique de la politique de l'État concernant l'ouverture du marché des jeux d'argent et de hasard est fourni par la loi du 12 mai 2010 régulant le secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne et donnant ainsi naissance à une autorité administrative indépendante, l'ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux En Ligne). L'ARJEL a pour mission d'une part d'assurer la régulation technique du marché (rédaction du cahier des charges approuvé par l'Etat, attribution des licences d'exploitation), d'autre part de contrôler l'offre légale (contrôle de conformité des installations des opérateurs de jeux).

En autorisant le jeu et les paris en ligne, la volonté du législateur a été d'encadrer l'offre et la pratique des jeux et, tout particulièrement, d'en contrôler l'exploitation. La prévention du jeu excessif ou pathologique et la protection des mineurs figurent parmi les objectifs prioritaires. Les opérateurs sont tenus d'empêcher la participation des mineurs aux jeux ou aux paris qu'ils proposent en ligne. Sur son site, l'opérateur a obligation d'exiger la date de naissance du joueur au moment de l'inscription, ainsi qu'à chacune de ses visites.

L'opérateur est également tenu, lorsqu'un client potentiel veut s'inscrire sur son site, d'interroger l'Autorité de régulation des jeux en ligne, qui le renseigne sur l'inscription ou non du client candidat dans le fichier des interdits de jeu, tenu par le ministère de l'Intérieur. Toute personne interdite de jeu en vertu de la réglementation en vigueur, ou exclue de jeu à sa demande, y est répertoriée. Afin de prévenir les risques de dérive, l'opérateur doit mettre en place des mécanismes de modération et d'autolimitation des dépôts et des mises. Il doit communiquer en permanence à tout joueur son solde et afficher des messages de mise en garde. Il doit informer sur son site des procédures d'inscription sur les fichiers des interdits de jeu (art. 26 à 30).

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022204510>

## 4 Conséquences sanitaires et légales des consommations

# point de vue

LE POINT DE VUE DU Pr ROMAIN MOIRAND\*

La lecture des derniers tableaux décrivant l'état des lieux de la mortalité et de la morbidité liée à la consommation d'alcool nous montrent que la Bretagne reste lourdement touchée, les taux de mortalité étant largement supérieurs à ceux de la France métropolitaine, et ce essentiellement pour les hommes. Les cancers des voies aérodigestives supérieures, c'est-à-dire de l'œsophage, de la bouche et de la gorge, sont la cause de mortalité la plus fréquente. Cela fait écho au fait qu'il existe une association majeure entre tabagisme et mésusage d'alcool, et doit nous inciter à toujours plus prendre en charge l'ensemble des addictions chez nos patients, y compris le tabac mais aussi le cannabis... Surtout, il faut insister sur le fait que la consommation d'alcool excessive est une cause de mortalité prématurée, avec une augmentation sensible dès l'âge de 50 ans.

Le côté positif est la diminution importante des taux de mortalité en Bretagne comme en France ces dix dernières années. Cette diminution reflète la diminution de la consommation globale d'alcool observée dans la seconde moitié du vingtième siècle, même si les comportements d'alcoolisation aiguë, en particulier chez les jeunes, semblent en augmentation. Il est également probable que l'amélioration des prises en charge, en particulier des cancers et des complications de la cirrhose, participe à cette diminution.

Les différences entre les départements bretons sont également notables, le Finistère continuant malheureusement à se distinguer par des taux de mortalité et de mortalité précoce très élevés, mais qui diminuent plus fortement qu'en Ille-et-Vilaine, département le plus proche de la moyenne nationale. Ceci doit s'interpréter bien sûr à la lumière des données démographiques, la population d'Ille-et-Vilaine étant plus jeune et en meilleure santé que dans les autres départements bretons, mais interroge tout de même sur des particularités culturelles.

Les données de morbidité confirment le poids du cancer, complication de la consommation d'alcool souvent méconnue du grand public, et la diminution avec le temps. Mais la cause la plus importante des hospitalisations dans les hôpitaux généraux en lien avec la consommation d'alcool est représentée non pas par les complications somatiques, mais par la prise en charge de l'éthylisme proprement dit. Ceci illustre probablement la montée en charge des unités hospitalières d'addictologie, et la meilleure reconnaissance par le PMSI d'un fait qui était déjà connu, à savoir qu'un quart des patients hospitalisés un jour donné en MCO en Bretagne présente des problèmes d'alcool (qu'ils soient cause directe de l'hospitalisation ou non). Qu'il y ait prise en charge du comportement de dépendance avant le stade des complications somatiques est également un fait très positif.

\* Professeur en Addictologie -Praticien Hospitalier au CHU de Rennes, responsable de l'unité d'addictologie du CHU de Rennes



Un éclairage  
sur la morbidité et  
la mortalité en lien avec  
la consommation d'alcool



## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Morbidité hospitalière liée à l'alcool dans les services de court séjour

#### DEFINITION DU PMSI

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des établissements hospitaliers de court séjour permet d'élaborer des indicateurs pour refléter l'importance de la morbidité hospitalière. L'objectif principal du PMSI est d'analyser les séjours hospitaliers au niveau médico-économique. Cependant chaque séjour hospitalier donnant lieu à un Diagnostic Principal, éventuellement à un/des Diagnostic(s) Relié(s) (DR) et à un/des Diagnostics Associés Significatifs (DAS), il est possible de les analyser sous un angle épidémiologique à partir de ces rubriques. Les séjours hospitaliers liés à l'alcool sont définis à partir du regroupement de plusieurs codes (1). Quatre groupes de pathologies ont été définis à partir des codes CIM 10 afin d'identifier l'ensemble des séjours liés à l'alcool, il s'agit de :

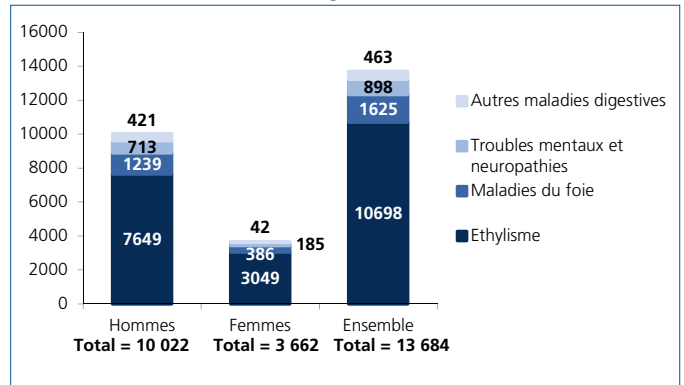
- l'éthylisme : F10.0, F10.1, F10.2, R78.0 et Z50.2,
- les troubles mentaux organiques et neuropathies induits par l'alcool : F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, G31.2, G40.5, G62.1 et T51.0,
- les maladies du foie dues à l'alcool : K70.0, K70.1, K70.2, K70.3 et K70.4,
- les autres affections digestives, gastrites et pancréatites : K29.2, K86.0, K85.2 et K85.

Sont retenus, à partir du diagnostic principal (DP), tous les séjours réalisés par des patients domiciliés en Bretagne quel que soit le lieu de l'hospitalisation.

Les limites de cet indicateur sont nombreuses dans la mesure où il ne reflète que la morbidité hospitalière due à l'alcool prise en charge dans les services de court séjour (sont exclus les établissements de santé mentale et les services de soins de suite ou de réadaptation). Par ailleurs, le codage du PMSI est complexe et peut être réalisé différemment selon les établissements hospitaliers. Enfin, l'imputabilité à l'alcool n'est pas toujours facile à établir pour le clinicien qui doit coder le séjour.

(1) Bérenger P, Mercier S, Lansaque D. Guide de codage des séjours en alcoologie dans le secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). CH de Chambéry, mars 2006, 28 p

Nombre de séjours liés à l'alcool selon le diagnostic principal en Bretagne en 2009



Sources : PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Bretagne

Nombre et taux standardisés de patients hospitalisés en court séjour pour pathologie liée à l'alcool en Bretagne en 2009\*

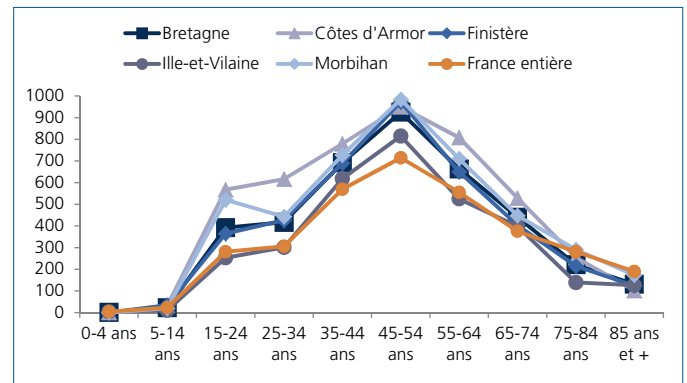
Département de domicile	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Côtes d'Armor	1 575	550	586	199	2 161	372
Finistère	2 041	460	737	160	2 778	308
Ille-et-Vilaine	1 777	376	674	137	2 451	254
Morbihan	1 785	504	695	188	2 480	344
<b>Bretagne</b>	<b>7 187</b>	<b>460</b>	<b>2 694</b>	<b>166</b>	<b>9 881</b>	<b>311</b>
<b>France entière</b>	<b>113 429</b>	<b>373</b>	<b>47 915</b>	<b>147</b>	<b>161 344</b>	<b>256</b>

Sources : PMSI MCO, ATIH, Insee, exploitation ORS Bretagne

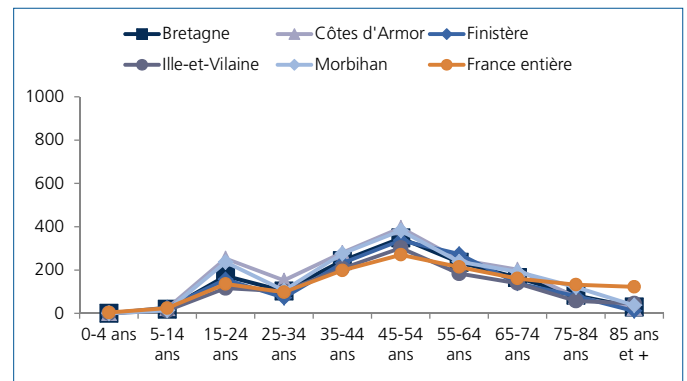
\*Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française deux sexes confondus au RP 2006. Ont été exclus de l'analyse par département, les patients ayant déménagé en Bretagne au cours de l'année 2009, soit 11 patients.

Taux bruts de patients bretons hospitalisés en court séjour pour pathologies liées à l'alcool selon l'âge et le département en 2009

#### Hommes



#### Femmes



Sources : PMSI MCO, ATIH, Insee, exploitation ORS Bretagne

### Plus de 13 700 séjours hospitaliers liés à l'alcool en court séjour en Bretagne en 2009 ...

En 2009, en Bretagne, 13 684 séjours hospitaliers liés à l'alcool en soins de courte durée ont été identifiés chez des patients domiciliés dans la région, soit 1,3% de l'ensemble des hospitalisations<sup>1</sup>. Les diagnostics d'éthylisme prédominent largement et représentent 78% de l'ensemble des séjours liés à l'alcool, suivi par les maladies du foie (12%), les troubles mentaux et neuropathies (7%) et enfin les autres affections digestives (3%).

#### ... qui concernent près de 10 000 patients bretons

En 2009, 9 881 patients bretons ont été hospitalisés en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool. Près des trois quarts des patients (73%) sont des hommes. Les taux standardisés d'hospitalisation pour pathologie liée à l'alcool varient fortement selon les départements. Chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine ne diffère pas de la moyenne nationale tandis que les trois autres départements présentent des taux standardisés nettement supérieurs à la moyenne nationale. Chez les femmes, tous les départements diffèrent significativement de la moyenne nationale : l'Ille-et-Vilaine affiche un taux inférieur, à l'inverse les trois autres départements ont des taux nettement supérieurs à la France.

#### Une fréquence des hospitalisations maximale entre 45 et 54 ans

En 2009, chez les hommes comme chez les femmes et quel que soit le département, la fréquence d'hospitalisation pour pathologies liées à l'alcool augmente avec l'âge et culmine entre 45 et 54 ans. Au-delà, elle décroît régulièrement avec l'avancée en âge.

<sup>1</sup> Hors séances et séjours de moins de 24 heures

Morbidité en lien avec la consommation d'alcool

Près de 1 500 nouveaux cas annuels de cancer des VADS...

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) dans la région peut être estimé à 1 246 chez les hommes (11% de l'ensemble des nouveaux cas masculins de cancer) et à 194 chez les femmes (3% de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancer). Le cancer des VADS se positionne au 2<sup>e</sup> rang de l'incidence des cancers chez les hommes, au même niveau que le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, mais loin derrière le cancer de la prostate tandis qu'il n'occupe que la 8<sup>e</sup> place chez les femmes.

...à forte prédominance masculine

La différence hommes/femmes est fortement marquée pour cette localisation cancéreuse puisque le taux standardisé d'incidence est de 53 nouveaux cas pour 100 000 hommes contre 6 nouveaux cas pour 100 000 femmes.

Un cancer précoce...

Plus de la moitié des cancers des VADS surviennent avant 65 ans, davantage chez les hommes (56%) que chez les femmes (38%).

... dont l'incidence augmente fortement avec l'âge

En Bretagne comme en France, si l'incidence du cancer des VADS est rare et proche pour les deux sexes jusqu'à 40 ans, au-delà de cet âge, les taux s'accroissent brutalement chez les hommes et culminent à 255 nouveaux cas pour 100 000 bretons entre 70 et 74 ans avant de diminuer chez les plus âgés tandis que chez les femmes la progression est continue avec l'âge. Ainsi, l'écart entre les deux sexes s'accroît à mesure que l'âge progresse jusqu'à 70-74 ans où il devient maximal. Par ailleurs, si l'incidence du cancer des VADS est comparable chez les femmes en Bretagne et en France, en revanche, chez les hommes, la situation bretonne est particulièrement défavorable et l'écart entre les deux populations ne cesse de s'accroître avec l'avancée en âge dès 40 ans et jusqu'à 60-64 ans puis reste relativement constant dans les tranches d'âge suivantes.

Forte diminution de l'incidence masculine et relative stabilité chez les femmes

■ **Chez les hommes**, la diminution de l'incidence est flagrante et s'accroît entre 2000 et 2005 : -22% en Bretagne comme en France métropolitaine. Cependant, en 2005, la situation des bretons reste défavorable par rapport à leurs homologues français puisque le taux standardisé d'incidence demeure nettement supérieur à la moyenne nationale (53 nouveaux cas pour 100 000 bretons contre 37 en France métropolitaine).

■ **Chez les femmes**, la situation est relativement stable sur l'ensemble de la période bien que l'on observe un léger accroissement entre 2000 et 2005, un peu plus marqué en France qu'en Bretagne (+8% contre +3,5%). Toutefois, la situation des bretonnes est sensiblement plus favorable que celle des françaises. En 2005, le taux standardisé d'incidence des bretonnes est inférieur à la moyenne nationale (6 nouveaux cas pour 100 000 bretonnes contre 8 en France métropolitaine).

Près de 1 100 nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS en Bretagne en moyenne annuelle

En 2007-2009, en Bretagne, en moyenne annuelle, 889 hommes et 184 femmes ont bénéficié d'une nouvelle admission en ALD pour cancer des VADS. L'incidence de ce cancer est significativement plus élevée chez les hommes bretons que chez leurs homologues français alors que chez les femmes, la situation est comparable à la moyenne nationale. De fortes disparités sont observées au niveau départemental : chez les hommes comme chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable avec les taux les plus faibles et significativement inférieurs à la moyenne nationale. Dans les trois autres départements bretons, la situation par rapport à la moyenne nationale diffère selon le sexe. En effet, chez les hommes, les 3 départements présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne française alors que chez les femmes, leur situation est statistiquement comparable.

Nombre de nouveaux cas et taux standardisés d'incidence par cancer des VADS en 2005\*

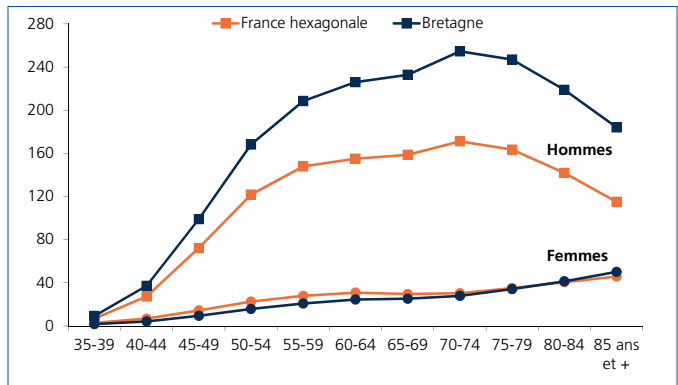
	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas	Taux standardisés	Nombre de cas	Taux standardisés
Bretagne	1 246	52,7	194	5,9
<b>France hexagonale</b>	<b>16 506</b>	<b>36,8</b>	<b>4 220</b>	<b>7,7</b>

Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

Taux d'incidence du cancer des VADS selon le sexe et l'âge en 2005\*

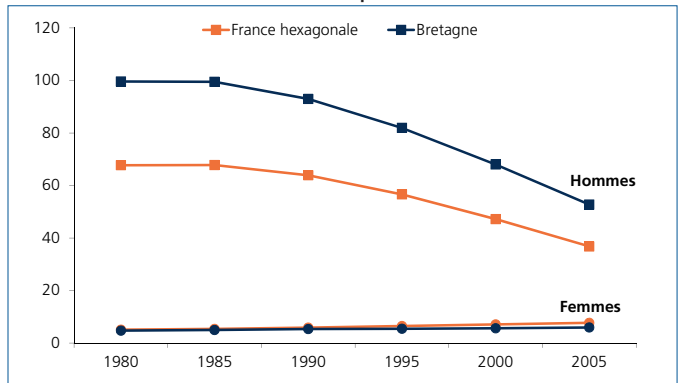


Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

Evolution des taux standardisés d'incidence du cancer des VADS selon le sexe depuis 1980\*



Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

Nombre moyen annuel et taux standardisés de premières admissions en ALD pour cancer des VADS en 2007-2009

	Hommes		Femmes	
	Nombre de demandes	Taux standardisés*	Nombre de demandes	Taux standardisés*
Côtes d'Armor	182	35,4	41	7,0
Finistère	289	39,4	60	7,0
Ille-et-Vilaine	188	27,6	37	4,3
Morbihan	230	39,2	46	6,1
<b>Bretagne</b>	<b>889</b>	<b>35,3</b>	<b>184</b>	<b>6,0</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>14 194</b>	<b>30,0</b>	<b>3 469</b>	<b>6,2</b>

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation d'alcool

#### Mortalité générale liée à l'alcool

##### DEFINITION ET ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

La consommation excessive et régulière d'alcool représente le principal facteur de risque associé à trois causes médicales de décès :

- les cirrhoses du foie (codes CIM10 : K70 et K746),
- les psychoses alcooliques et l'alcoolisme (codes CIM10 : F10),
- les cancers des voies aéro-digestives supérieures (codes CIM10 : C00-14, C15 et C32).

La consommation chronique excessive d'alcool a un impact majeur sur la santé publique, en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux. D'après les dernières estimations de l'Institut Gustave Roussy, l'alcool serait à l'origine de 45 000 décès par an<sup>1</sup> en France ce qui en fait la seconde cause de mortalité évitable (après le tabac), dont environ la moitié liés au cancer des voies aérodigestives supérieures, aux cirrhoses du foie et à la psychose et dépendance alcoolique. De plus, l'alcool est aussi le deuxième facteur de risque de mortalité par cancer (après le tabac) en France responsable de plus de 9 000 décès par cancer par an<sup>2</sup>.

Outre les décès qui lui sont directement attribuables, l'alcool agit comme « facteur associé » dans l'apparition ou l'aggravation de nombreuses pathologies (neurologiques, cardio-vasculaires ou tumorales). Il est également fortement impliqué dans les accidents de la route (dans 28,6 % des accidents mortels)<sup>3</sup>, l'apparition de certains troubles mentaux, les violences (homicides, violences conjugales...).

<sup>1</sup> Hill C, Alcool et risque de cancer, Actualités et dossier en santé publique n° 30. Paris : La documentation française, mars 2000.

<sup>2</sup> Hill C., Doyon F, Moussanif A. évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2009 :272 p.

<sup>3</sup> Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM), Partie III : analyse épidémiologique Paris: OFDT ed, 2005.

#### Plus de 1 400 décès imputables à l'alcool en Bretagne

En 2007-2009, en Bretagne, les trois principales causes de décès les plus directement liées à l'alcool ont entraîné 1 408 décès en moyenne annuelle. 8 décès liés à l'alcool sur 10 concernent des hommes (80%). Les cancers des VADS sont les plus fréquents (649 décès) devant les cirrhoses alcooliques du foie (502 décès) et les psychoses alcooliques (257 décès). Les décès liés à l'alcool représentent 5% de l'ensemble des décès (7% chez les hommes et 2% chez les femmes), soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en France (4%).

#### Une prédominance masculine nette

En 2007-2009, le rapport des taux standardisés indique une forte prédominance masculine de la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool, plus marquée en Bretagne. En effet, la mortalité masculine y est près de 5 fois supérieure à celle des femmes contre 4 fois en France.

#### La Bretagne en position défavorable plus particulièrement chez les hommes

En 2007-2009, pour les deux sexes, la Bretagne affiche une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale avec des taux standardisés de mortalité liée à l'alcool significativement supérieurs à ceux observés en France (respectivement 74 décès pour 100 000 hommes et 15 décès pour 100 000 femmes contre 52 et 13 en France). La surmortalité est particulièrement remarquable chez les hommes : le taux breton est supérieur de +43% à celui des français contre respectivement +17% chez les femmes.

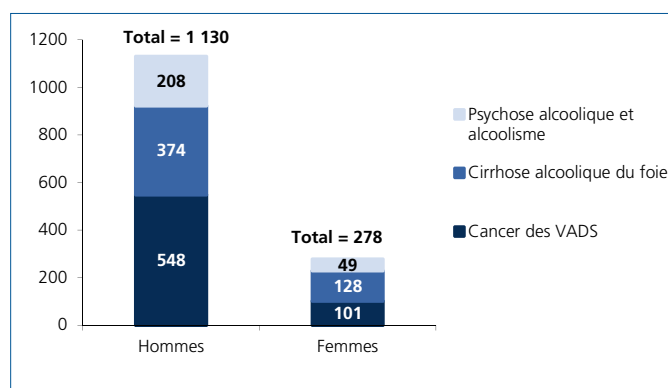
#### Dans les départements

En 2007-2009, à l'intérieur de la région, la situation entre les départements se révèle très différenciée selon le sexe.

■ **Chez les hommes**, les 4 départements bretons présentent une surmortalité par rapport au niveau national. Le Finistère se caractérise par la situation la plus défavorable de la région avec le taux le plus élevé (+60% par rapport au taux français) à l'opposé, l'Ille-et-Vilaine accuse la surmortalité la moins importante (+14%) tandis que le Morbihan et les Côtes d'Armor affichent une situation intermédiaire proche de la moyenne régionale.

■ **Chez les femmes**, la situation en Ille-et-Vilaine est similaire à celle observée en France tandis que les trois autres départements bretons affichent une surmortalité. Bien que significatifs, les écarts entre les taux bretons et le taux français sont relativement faibles.

Nombre moyen annuel de décès liés à l'alcool en Bretagne en 2007-2009



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Mortalité liée à l'alcool par département en 2007-2009  
Effectif moyen annuel et taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes d'Armor	238	<b>76</b>	60	<b>16</b>
Finistère	365	<b>83</b>	83	<b>15</b>
Ille-et-Vilaine	247	<b>59</b>	65	13
Morbihan	279	<b>78</b>	69	<b>15</b>
<b>Bretagne</b>	<b>1 130</b>	<b>74</b>	<b>278</b>	<b>15</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>14 986</b>	<b>52</b>	<b>4 389</b>	<b>13</b>

Sources : Inserm Cépidc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Lecture du tableau : Les valeurs signalées en gras dans le tableau diffèrent significativement de la valeur France hexagonale.

#### Remarque :

Les effectifs de décès présentés ci-dessus étant des nombres moyens annuels la somme des effectifs départementaux peut différer du total Bretagne du fait des arrondis.

**Mortalité générale et prématurée liée à la consommation d'alcool**

**Mortalité générale liée à l'alcool**

**Les taux progressent avec l'âge, plus rapidement chez les hommes**

En 2007-2009, en Bretagne comme en France, la mortalité liée à l'alcool est marginale et proche pour les deux sexes jusqu'à 40 ans. Au-delà de cet âge, les taux progressent fortement chez les hommes et culminent à 410 décès pour 100 000 bretons âgés de 80-84 ans avant de diminuer chez les plus âgés. Chez les femmes, les taux s'accroissent plus lentement et culminent chez les plus âgées à 77 décès pour 100 000 bretonnes âgées de 85 ans et plus contre 65 en France. L'écart entre les sexes s'accroît avec l'avancée en âge. En Bretagne, la surmortalité masculine devient maximale entre 80-84 ans où le taux masculin est plus de 6 fois supérieur à celui des femmes.

En outre, si la mortalité liée à l'alcool est relativement similaire en Bretagne et en France à tous les âges chez les femmes, à l'inverse, chez les hommes à partir de 50 ans, le taux breton s'accroît plus rapidement que le taux français, la surmortalité masculine bretonne étant maximale entre 70-74 ans (+52%).

**Baisse continue de la mortalité d'origine alcoolique**

Depuis 2000-2002, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, la tendance est à la baisse continue de la mortalité liée à l'alcool. Au cours de la dernière décennie, les taux ont diminué de -19% chez les hommes et chez les femmes dans la région et respectivement de -21% et -16% en France. Le taux standardisé masculin de mortalité liée à l'alcool est passé de 92 pour 100 000 hommes en 2000-2002 à 74 en 2007-2009 en Bretagne et, respectivement de 66 à 52 en France. Chez les femmes, le taux varie de 18 pour 100 000 femmes à 15 entre 2000-2002 et 2007-2009, et respectivement de 15 à 13 en France.

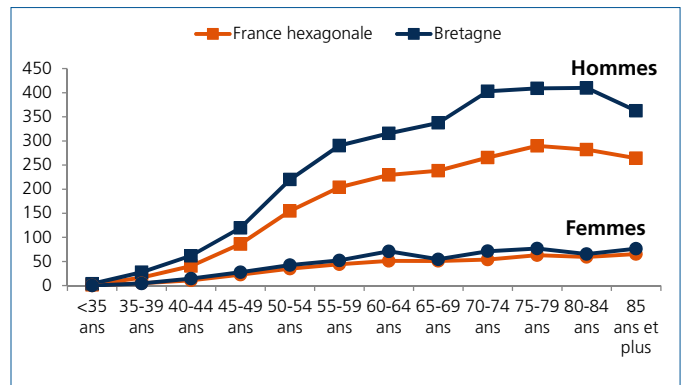
**L'évolution dans les départements**

Si les tendances évolutives de la mortalité liée à l'alcool observées au niveau régional et national entre 2000-2002 et 2007-2009 se retrouvent dans l'ensemble des départements bretons et sont relativement équivalentes chez les hommes, en revanche, chez les femmes, la situation est nettement plus marquée selon les départements.

■ **Chez les hommes**, le département des Côtes d'Armor présente la variation la plus importante avec une baisse de -23% alors que les trois autres départements affichent une diminution équivalente à celle observée en région.

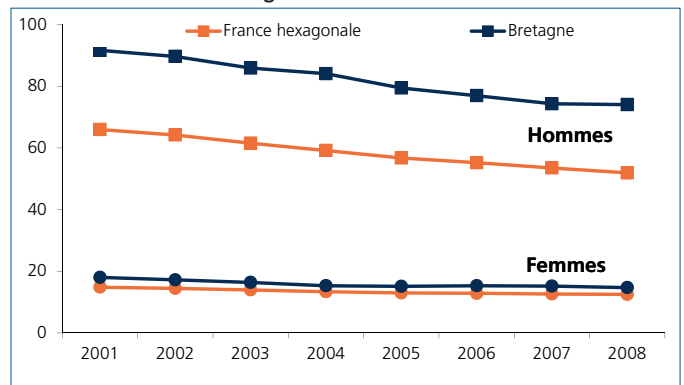
■ **Chez les femmes**, la situation s'améliore dans tous les départements bretons qui présentent une baisse de la mortalité liée à l'alcool. Cependant, l'Ille-et-Vilaine se distingue avec la diminution la plus faible (-8%), à l'inverse les Côtes d'Armor affichent quant à eux la plus forte baisse (-25%) tandis que dans le Morbihan et le Finistère, la diminution des taux est équivalente à celle observée dans la région (respectivement -19% et -20%).

Mortalité liée à l'alcool selon le sexe et l'âge en 2007-2009\*



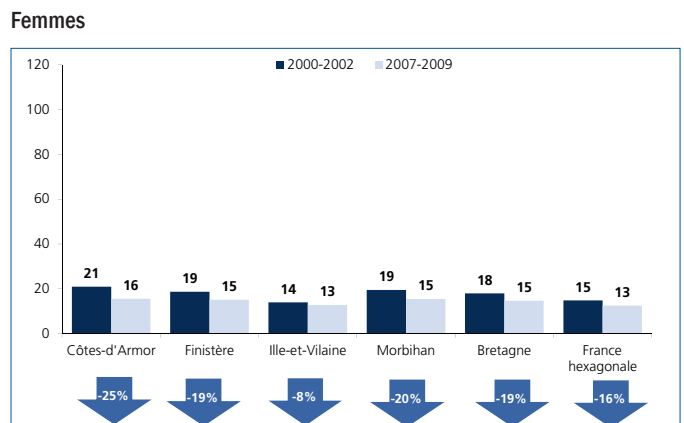
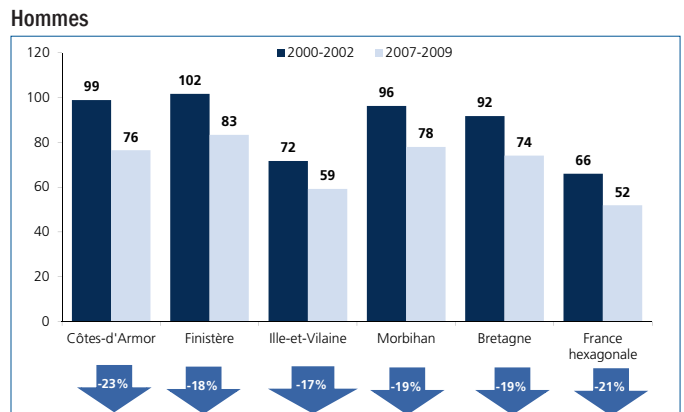
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne. \*Taux bruts pour 100 000 habitants

Evolution de la mortalité générale liée à l'alcool entre 2001 et 2008\*



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne. \*Taux standardisé pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006. L'année figurant en abscisse du graphique est l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2008 correspond à la période 2007-2009.

Evolution de la mortalité générale liée à l'alcool par département entre 2001 et 2008\*



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne. \*Taux standardisé pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation d'alcool

#### Mortalité prématurée liée à l'alcool

#### Plus de la moitié des décès attribuables à l'alcool (54%) surviennent prématurément en Bretagne, plus fréquemment chez les hommes

En 2007-2009, en Bretagne, près de 770 décès imputables à l'alcool sont survenus en moyenne annuelle avant l'âge de 65 ans, soit 54% de la mortalité liée à l'alcool (56% chez les hommes et 49% chez les femmes). Ces proportions sont proches de celles relevées au niveau national (respectivement 57%, 58% et 51%). Les hommes sont plus touchés que les femmes : 82% des décès prématurés liés à l'alcool sont masculins, proportion légèrement supérieure à celle observée au niveau national (79%).

■ **Chez les hommes**, le cancer des VADS est responsable de 39% des décès prématurés liés à l'alcool juste devant les cirrhoses alcooliques du foie (36%) et les psychoses alcooliques (26%).

■ **Chez les femmes**, les cirrhoses alcooliques prédominent et représentent plus de la moitié des décès prématurés liés à l'alcool (52%) devant le cancer des VADS (26%) et les psychoses alcooliques (22%).

#### Une prédominance masculine nette

En 2007-2009, quel que soit le niveau géographique considéré, le rapport des taux standardisés selon le sexe indique une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée liée à l'alcool, celle-ci étant près de 4 fois supérieure à celle des femmes.

#### Une situation régionale défavorable chez les hommes et les femmes...

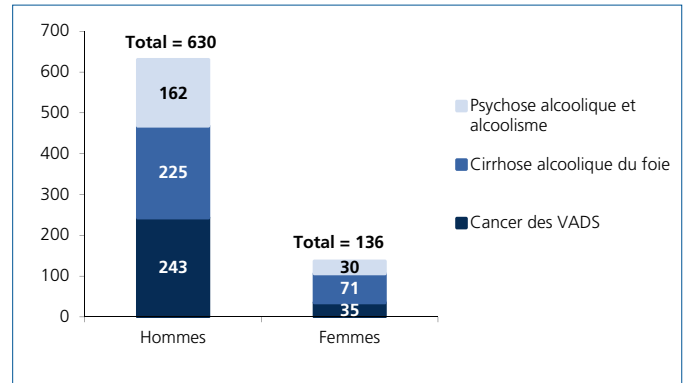
En 2007-2009, le taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool objective une forte surmortalité masculine en Bretagne alors que chez les femmes bien que le taux breton soit statistiquement différent du taux national, l'écart avec la moyenne française est relativement faible.

#### ... occultant des disparités départementales, notamment chez les hommes

■ **Chez les hommes**, quel que soit le département le taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool témoigne d'une forte surmortalité par rapport au niveau national, cependant l'Ille-et-Vilaine présente un taux inférieur à celui observé dans les trois autres départements bretons.

■ **Chez les femmes**, l'Ille-et-Vilaine ne diffère pas de la moyenne nationale et présente le taux standardisé le plus faible de la région et similaire à la moyenne nationale (8 décès pour 100 000 habitants) tandis que dans les trois autres départements, les taux sont relativement équivalents, significativement supérieurs au niveau national pour les Côtes d'Armor et le Finistère et non différent dans le Morbihan.

Nombre moyen annuel de décès prématurés liés à l'alcool en Bretagne en 2007-2009



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Mortalité prématurée liée à l'alcool par département en 2007-2009  
Effectif moyen annuel et taux standardisés pour 100 000 habitants de moins de 65 ans sur la population France entière au RP 2006

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes d'Armor	132	50	30	11
Finistère	195	50	41	10
Ille-et-Vilaine	151	39	32	8
Morbihan	152	47	34	10
<b>Bretagne</b>	<b>630</b>	<b>46</b>	<b>136</b>	<b>10</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>8 698</b>	<b>33</b>	<b>2 249</b>	<b>8</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Lecture du tableau : Les valeurs signalées en gras diffèrent significativement de la valeur France hexagonale.

#### Remarque :

Les effectifs de décès présentés ci-dessus étant des nombres moyens annuels la somme des effectifs départementaux peut différer du total Bretagne du fait des arrondis.

■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation d'alcool

Mortalité prématurée liée à l'alcool

Baisse continue de la mortalité prématurée liée à l'alcool

Au cours de la dernière décennie, en Bretagne comme en France, les taux standardisés de mortalité prématurée liée à l'alcool n'ont cessé de diminuer, et ceci dans des proportions relativement équivalentes chez les hommes et les femmes. Entre 2000-2002 et 2007-2009, la baisse est de -20% chez les hommes et -23% chez les femmes en Bretagne et respectivement de -21% et -20% en France. La variation des taux étant équivalente en Bretagne et au niveau national, les hommes comme les femmes de la région conservent une situation de surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période observée.

Ainsi, les taux standardisés de mortalité prématurée liée à l'alcool sont passés entre 2000-2002 et 2007-2009 :

- Chez les hommes de 58 décès pour 100 000 à 46 en Bretagne et de 42 à 33 en France et,
- Chez les femmes de 12 à 10 en Bretagne et de 10 à 8 en France.

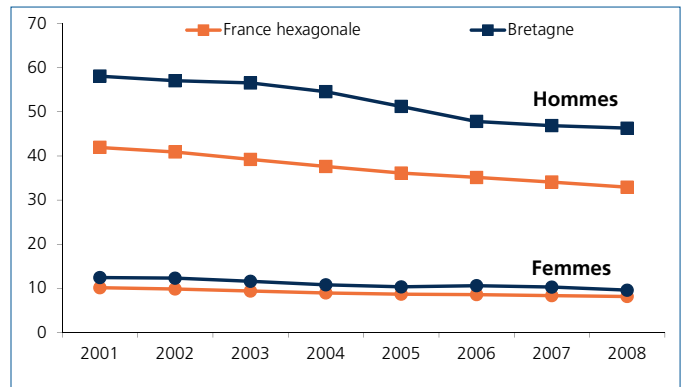
L'évolution dans les départements

Si les tendances évolutives de la mortalité prématurée liée à l'alcool observées au niveau régional et national chez les hommes et les femmes entre 2000-2002 et 2007-2009, se retrouvent dans l'ensemble des départements bretons, en revanche, elles sont plus ou moins marquées.

■ Chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine est le département où la diminution est la moins importante (-14%) à l'inverse du département des Côtes d'Armor qui affiche la plus forte baisse (-25%). Dans le Finistère et le Morbihan, l'évolution est comparable à celle observée en région et au niveau national.

■ Chez les femmes, de même que chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine présente la diminution la moins importante alors que dans les Côtes d'Armor elle est la plus marquée, respectivement -14% et -31%. Dans le Finistère et le Morbihan, l'évolution est relativement similaire à celle observée au niveau régional et national, respectivement -25% et -21% contre -23% en Bretagne et -20% en France.

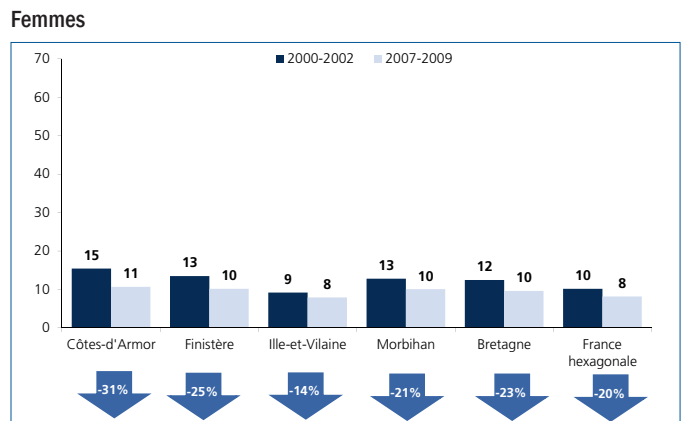
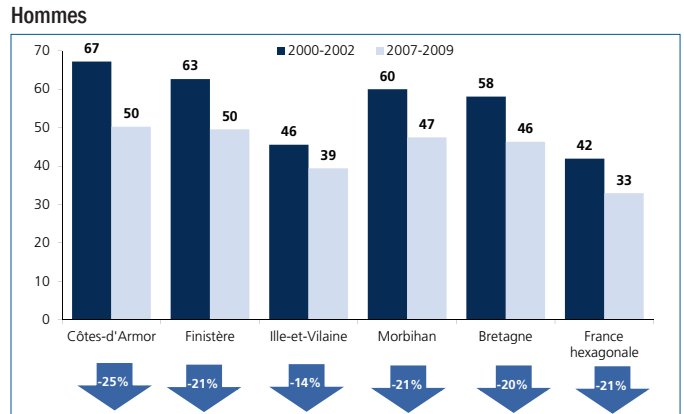
Evolution de la mortalité prématurée liée à l'alcool en Bretagne et en France entre 2001 et 2008\*



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006. L'année figurant en abscisse du graphique est l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2008 correspond à la période 2007-2009.

Evolution de la mortalité prématurée liée à l'alcool selon les départements entre 2000-2002 et 2007-2009\*



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Mortalité et accidentologie routière en lien avec l'alcool

#### La mortalité

#### En France, près d'un accident mortel sur trois en lien avec l'alcool

En 2010, près d'un accident mortel sur trois (30,4%) implique au moins un conducteur ayant un taux d'alcool dépassant le taux légal. La conduite sous l'emprise de l'alcool est la première cause infractionnelle de mortalité au volant en France. Pour le cumul 2006-2010, le nombre d'accidents mortels représente 29,1% des accidents.

#### La proportion d'accidents mortels en Bretagne supérieure à la moyenne française

Sans se situer parmi les régions où la proportion d'accidents mortels avec un taux d'alcool positif est la plus élevée, la Bretagne dépasse la moyenne nationale (33,7% vs 29,1% pour l'ensemble de la métropole).

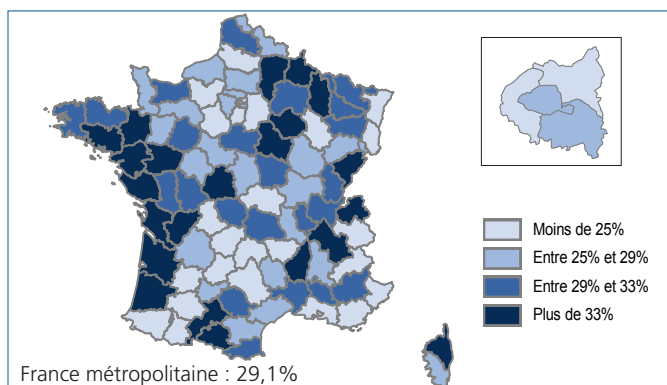
#### Des disparités entre les départements bretons

Les résultats départementaux de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière sont présentés en cumulant cinq années, 2006 à 2010. La proportion d'accidents mortels avec alcool (calculée sur le nombre d'accidents mortels dont le taux d'alcoolémie est connu) est de 29% en France. D'importantes disparités existent entre les départements : 40,8 % en Haute-Garonne, 10,4 % pour les Hauts-de-Seine. Certaines zones géographiques présentent des niveaux élevés de proportion d'accidents mortels : le grand ouest et le nord-est.

Deux départements bretons font partis des départements ayant un niveau élevé (supérieur à 33%) : le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine (respectivement 34% et 36%). Les Côtes d'Armor et le Finistère ont un niveau inférieur à 33% (respectivement 31% et 32%).

Pour l'année 2010, en Bretagne, cela représente un total de 95 accidents mortels (22 dans les Côtes d'Armor, 22 dans le Finistère, 23 en Ille-et-Vilaine et 28 dans le Morbihan).

Cartographie de la part des accidents mortels dans les départements : cumul 2006-2010



Source : ONISR, la sécurité routière en France : bilan de l'année 2010

#### Nombre d'accidents mortels avec taux d'alcool positif : cumul 2006-2010

Départements	Cumul 2006-2010	Fréquence
Côtes d'Armor	167	31,7%
Finistère	210	32,4%
Ille-et-Vilaine	238	36,6%
Morbihan	193	34,2%
<b>Bretagne</b>	<b>808</b>	<b>33,7%</b>
<b>France</b>	<b>4 546</b>	<b>29,1%</b>

Source : ONISR, la sécurité routière en France : bilan de l'année 2010

#### LE FICHIER NATIONAL DES ACCIDENTS CORPORELS DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE

Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent. Ces fiches alimentent le fichier national des accidents corporels de la circulation routière géré par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). Pour l'alcool, lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués et le cas échéant des piétons (dépistage et mesure du taux d'alcoolémie par prise de sang pour les usagers décédés ou grièvement blessés, éthylotest pour les indemnes et les blessés légers). Ces informations sont consignées dans le BAAC. Cependant, il arrive que cette donnée concernant la mesure de l'alcoolémie ne soit pas renseignée, ainsi une certaine proportion d'accidents corporels présente « un taux d'alcoolémie inconnu ou indéterminé ».

#### ÉVOLUTION DE LA LEGISLATION

Entre 1980 et 2007, la législation concernant l'alcoolémie au volant a été renforcée. La loi du 8 décembre 1983 a fixé à 0,80 g/l de sang ou 0,40 mg/l d'air expiré le taux maximum d'alcool autorisé pour la conduite automobile. Le seuil du délit d'alcoolémie, fixé jusque-là à 1,20 g/l de sang, se situe désormais à 0,80 g/l.

Le 11 juillet 1994, un décret renforce la lutte contre l'alcoolémie au volant en créant une contravention de quatrième classe pour les conducteurs ayant un taux d'alcool égal ou supérieur à 0,7 g/l de sang sans atteindre 0,8 g/l, taux maximum en vigueur avant cette date.

Le 15 septembre 1995, la lutte contre la conduite en état d'ivresse est de nouveau renforcée par l'application du décret relatif à l'abaissement de 0,7 g/l à 0,5 g/l du taux maximum autorisé.

En juin 2003, les peines encourues lors d'un accident sous l'empire d'un état alcoolique ont été aggravées. Le nombre de points retirés passe à 6 points pour la conduite avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,8 g/l.

En octobre 2004, le taux maximum autorisé d'alcool est abaissé à 0,2 g/l pour les conducteurs de transport en commun.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, tout conducteur de véhicule terrestre à moteur est dans l'obligation d'être en possession d'un éthylotest. Les conducteurs de cyclomoteurs (véhicule à moteur à 2 ou 3 roues, dont la cylindrée ne dépasse pas 50 cm<sup>3</sup>) ne sont pas concernés par cette obligation. Cet éthylotest doit respecter les conditions de validité prévues par le fabricant : date de péremption et marque de certification ou de conformité notamment. Il peut être chimique ou électronique.

## ■ Mortalité et accidentologie routière en lien avec l'alcool

### L'accidentologie

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Nombre d'accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie de 0,5g/l minimum, rapporté au nombre total d'accidents corporels.

#### Une relative stabilité du nombre d'accidents en lien avec l'alcool à l'échelle de la région...

Le nombre d'accidents en lien avec l'alcool est relativement stable depuis 2003, avec une moyenne se situant aux alentours de 334 accidents. En 2010, la Bretagne se positionne au 6<sup>e</sup> rang des régions françaises.

#### Mais des disparités départementales et d'importantes fluctuations d'une année sur l'autre tant en nombre d'accidents qu'en part que représentent ces accidents

A l'échelle des départements, on peut relever des disparités. L'Ille-et-Vilaine se situe largement au-dessus des autres départements (moyenne de 106 accidents pour la période observée). Viennent ensuite le Morbihan (moyenne de 87 accidents) puis le Finistère et les Côtes d'Armor (respectivement des moyennes de 74 et 67). La stabilité observée à l'échelle de la région ne se retrouve pas au niveau des départements. D'importantes différences peuvent s'observer d'une année sur l'autre.

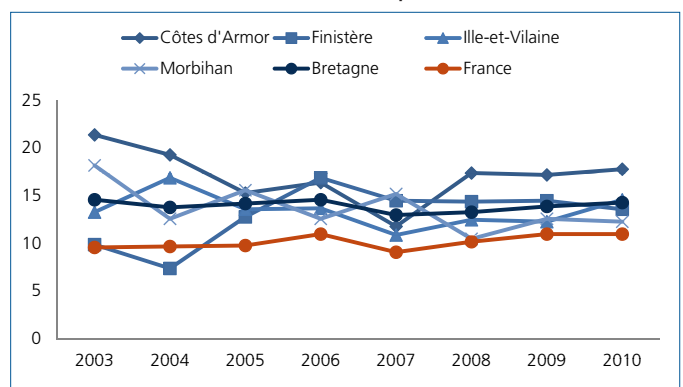
Ces disparités départementales se retrouvent également dans la part des accidents corporels dans l'ensemble des accidents au taux d'alcoolémie connu. Cette part est relativement stable sur la période 2003-2009 à l'échelle de la France. Contrairement aux nombres effectifs d'accidents, cet indicateur permet d'avoir la proportion de l'accidentologie en lien avec l'alcool par rapport à l'ensemble des accidents. Les quatre départements bretons se situent au-dessus du niveau national (excepté le Finistère en 2004). Cette situation est comparable à la proportion d'accidents mortels pour laquelle les départements bretons avaient un niveau supérieur à celui du national.

#### Nombre d'accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie de 0,5g/l de sang minimum

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Côtes d'Armor	73	65	54	62	51	78	85	71
Finistère	62	40	76	105	81	80	76	77
Ille-et-Vilaine	112	127	105	113	96	106	85	92
Morbihan	84	79	113	85	97	70	83	70
<b>Bretagne</b>	<b>331</b>	<b>311</b>	<b>348</b>	<b>365</b>	<b>325</b>	<b>334</b>	<b>329</b>	<b>310</b>
<b>France</b>	<b>6 749</b>	<b>6 233</b>	<b>6 641</b>	<b>7 347</b>	<b>7 018</b>	<b>6 256</b>	<b>6 551</b>	<b>6 081</b>

Source : OFDT ILIAD (2003-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Part des accidents corporels avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels



Source : OFDT ILIAD (2003-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### LES RISQUES ACCIDENTOLOGIQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE CANNABIS

La perte de vigilance et de réflexes liée à la prise de produit(s) psychoactif(s) peut entraîner des accidents de la route provoquant des dommages pour soi et/ou pour les autres.

Une étude coordonnée par l'OFDT a estimé que la conduite sous influence d'alcool multipliait le risque d'être responsable d'un accident mortel par 8,5. Par ailleurs, 2,9% des conducteurs « circulants » étaient sous influence du cannabis. La conduite sous influence cannabique augmente le risque d'être responsable d'un accident mortel par 1,8.

La part des accidents mortels attribuable à une consommation de cannabis serait de 2,5%, celle due à une consommation d'alcool de 28,8%.

Le cumul des deux consommations : alcool et cannabis conduit à un risque 15 fois plus élevé d'être responsable d'un accident mortel. Pour les deux produits, le risque augmente avec la quantité détectée, on parle d'« effet-dose ». Même s'il n'est pas responsable de l'accident, un conducteur sous influence cannabique a un risque de décès augmenté.

Source : Van Elslande, P., Jaffard, M., Fournier, J-Y., Fouquet, K. (2011). Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou de cannabis. Rapport de convention INRETS-OFDT. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap11/epfxprv5.html>



# point de vue

LE POINT DE VUE DU DOCTEUR CATHERINE DE BOURNONVILLE\*

Les conséquences du tabagisme, qui en France ferait actuellement 73 000 morts par an, n'épargnent pas la Bretagne. En raison du **délai de 30 à 40 ans entre le début de la consommation et l'apparition des pathologies liées au tabac**, la situation actuelle résulte directement de l'évolution de la consommation de tabac dans notre région depuis les années 30.

Ainsi on interprète :

- l'augmentation de l'incidence du cancer de la trachée et des bronches. Elle suit l'augmentation considérable de la consommation de tabac à partir des années d'après guerre et jusqu'à la fin des années 70 chez les hommes, et fin des années 90 chez la femme. Le «retard» de la Bretagne est lié au fait que les Bretons ont commencé plus tard à fumer massivement que la moyenne française ;
- les chiffres plus élevés de mortalité liée au tabac chez l'homme. Le tabagisme était en effet dans un premier temps un comportement majoritairement masculin, avant de se diffuser à la population féminine à partir des années 1970.

### **Baisse de la mortalité générale, augmentation de la mortalité prématurée :**

Depuis les dernières décennies, des progrès notables ont été accomplis dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires, permettant un réel bénéfice sur la survie. Il n'en est pas de même pour les cancers de la trachée, des poumons et des bronches, pathologies où le pronostic reste souvent sombre à moyen terme.

Chez les hommes, on assiste en Bretagne à un «rattrapage» de la mortalité prématurée observée en France, qui tend à se stabiliser (reflet 30 ans après de la baisse consommation de tabac chez les hommes à partir des années 70).

Le phénomène le plus marquant dans ces études est sans conteste l'inquiétante augmentation de la mortalité féminine, à mettre en parallèle avec l'explosion des cancers de la trachée des bronches et du poumon depuis les années 1980 dans cette population. Le risque est bien réel de rattraper la mortalité par cancer du sein dans les années qui viennent.

### **Les différences inter département : un gradient est-ouest**

Des différences dans l'évolution de la consommation entre les départements peuvent expliquer en partie les taux de mortalité plus élevés dans les départements de l'ouest, d'autres facteurs pouvant intervenir : caractéristiques sociologiques, accès aux soins, comorbidités associées...

### **La question du tabagisme est donc plus que jamais un enjeu de santé, nécessitant une volonté politique forte, dans trois axes :**

- Eviter l'entrée dans le tabagisme des adolescents d'aujourd'hui, avec une vraie dénormalisation de son image, la vigilance face aux risques de compromission avec l'industrie du tabac,
- Promouvoir et faciliter l'arrêt du tabac en particulier par un remboursement réel des traitements validés, comme cela est fait pour toutes les autres addictions, et un accès à la prise en charge tabacologique facilité pour les populations précaires, les plus touchées par l'addiction au tabac et ses conséquences,
- Un meilleur dépistage des pathologies en rapport avec le tabagisme, et en particulier les BPCO, largement sous-diagnostiquées aujourd'hui.

\* Médecin tabacologue au CHU de Rennes

Un éclairage sur la morbidité et la mortalité en lien avec la consommation de tabac



## ■ Morbidité en lien avec la consommation de tabac

### Plus de 1 500 nouveaux cas annuels de cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été estimé à 1 232 chez les hommes (11% de l'ensemble des nouveaux cas masculins de cancer) et à 323 chez les femmes (5% de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancer). Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon se positionne au 3<sup>e</sup> rang de l'incidence des cancers chez les hommes à un niveau proche du cancer des VADS mais loin derrière le cancer de la prostate et au 4<sup>e</sup> rang chez les femmes après le cancer du sein, du côlon rectum et de l'utérus.

### Une prédominance masculine nette

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En 2005, en Bretagne, le taux standardisé d'incidence atteint 51 cas pour 100 000 hommes contre 12 cas pour 100 000 femmes.

### Un cancer précoce...

Près de la moitié (49%) des nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon se déclarent avant 65 ans, sans différence selon le sexe.

### ...dont l'incidence s'accroît fortement avec l'avancée en âge jusqu'à 80 ans

En Bretagne comme en France, si l'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon est voisine pour les deux sexes jusqu'à 45 ans, ensuite à partir de cet âge, les taux augmentent régulièrement plus rapidement chez les hommes que chez les femmes creusant l'écart entre les deux sexes, et culminent à 75-79 ans où l'incidence est 6 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Au-delà de cet âge, les taux diminuent et la différence hommes-femmes se réduit. Par ailleurs, si l'incidence de ce cancer est comparable chez les femmes en Bretagne et en France, en revanche, chez les hommes les taux bretons, à partir de 65 ans, sont inférieurs aux taux français et l'écart entre les deux populations s'accroît jusqu'à 80 ans et reste relativement constant au-delà.

### Forte progression de l'incidence en Bretagne

Dans la région, l'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon augmente de façon continue depuis 1980.

■ **Chez les hommes**, la situation des bretons s'est dégradée puisque l'avantage dont ils bénéficiaient sur les français s'est comblé en 2005, désormais les taux d'incidence standardisés sont identiques (51 nouveaux cas pour 100 000).

■ **Chez les femmes**, si les bretonnes conservent leur léger avantage sur les françaises en 2005 (12 contre 13 nouveaux cas de cancer pour 100 000 femmes), l'évolution de l'incidence suit la tendance nationale qui est à la forte augmentation de ce cancer entre 1995 et 2005 : +83% dans la région contre +73% au niveau national.

### Plus de 1 100 nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne

En 2007-2009, en Bretagne, en moyenne annuelle, 832 hommes et 313 femmes ont fait l'objet d'une première admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon. L'incidence de ce cancer est plus faible dans la région qu'en France. Cependant, de fortes disparités existent selon les départements. Chez les hommes comme chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable avec les taux les plus faibles et significativement inférieurs aux taux français tandis que le Finistère affiche la situation la plus défavorable avec les taux les plus élevés de la région et statistiquement supérieurs à la moyenne nationale. Dans les Côtes d'Armor, les taux ne diffèrent pas statistiquement de la moyenne française pour les deux sexes. Dans le Morbihan, le taux masculin est statistiquement inférieur au taux français alors que la situation chez les femmes est équivalente à celle observée en France.

### Nombre de nouveaux cas et taux standardisés d'incidence par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en 2005\*

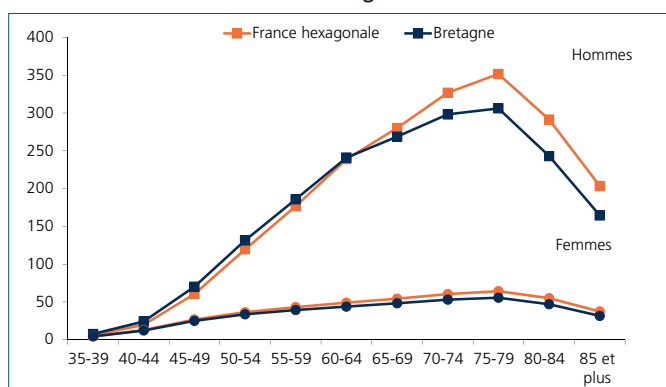
	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas	Taux standardisés	Nombre de cas	Taux standardisés
Bretagne	1232	50,6	323	11,5
<b>France hexagonale</b>	<b>23937</b>	<b>50,5</b>	<b>6714</b>	<b>12,6</b>

Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

### Taux d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe et l'âge en 2005\*

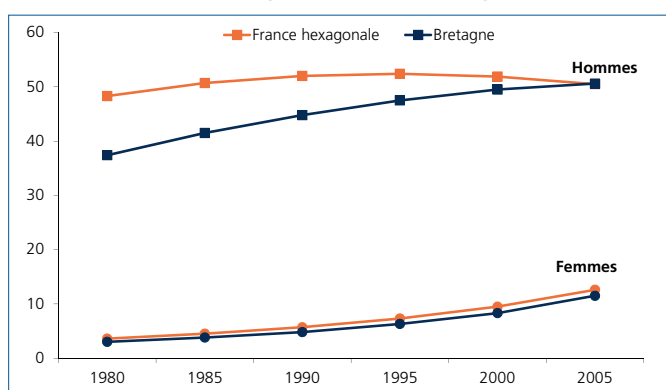


Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

### Evolution des taux standardisés d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe depuis 1980\*



Sources : Francim, HCL, InVS, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

### Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en 2007-2009

	Hommes		Femmes	
	Nombre de demandes	Taux standardisés*	Nombre de demandes	Taux standardisés*
Côtes d'Armor	182	34,6	61	10,8
Finistère	285	38,7	117	14,0
Ille-et-Vilaine	182	26,7	66	8,1
Morbihan	183	30,1	69	10,2
<b>Bretagne</b>	<b>832</b>	<b>32,5</b>	<b>313</b>	<b>10,8</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>17 641</b>	<b>35,6</b>	<b>6 458</b>	<b>11,7</b>

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

\*Standardisation sur la population mondiale (IARC WORLD 1976)

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation de tabac

#### Mortalité générale liée au tabac

##### Plus de 4 400 décès imputables au tabac en Bretagne

En 2007-2009, en Bretagne, les trois principales causes de décès les plus directement liées au tabagisme ont entraîné 4 415 décès en moyenne annuelle. Plus de 6 décès liés au tabac sur 10 concernent des hommes (62%). Les cardiopathies ischémiques sont les plus fréquentes (2 369 décès) devant les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (1 470 décès) et les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives (576 décès). Les décès liés au tabac représentent 14% de l'ensemble des décès (18% chez les hommes et 11% chez les femmes), soit une proportion similaire à celle observée au niveau national (14%).

##### Une prédominance masculine nette

En 2007-2009, quel que soit le niveau géographique considéré, le rapport des taux standardisés selon le sexe indique une forte prédominance masculine de la mortalité liée au tabagisme, celle-ci étant près de 3 fois supérieure à celle des femmes.

##### La Bretagne en position défavorable

En 2007-2009, pour les deux sexes, la Bretagne affiche une situation défavorable avec des taux standardisés de mortalité liée au tabac significativement supérieurs à ceux observés en France (respectivement 202 décès pour 100 000 hommes et 73 décès pour 100 000 femmes contre 190 et 63 en France).

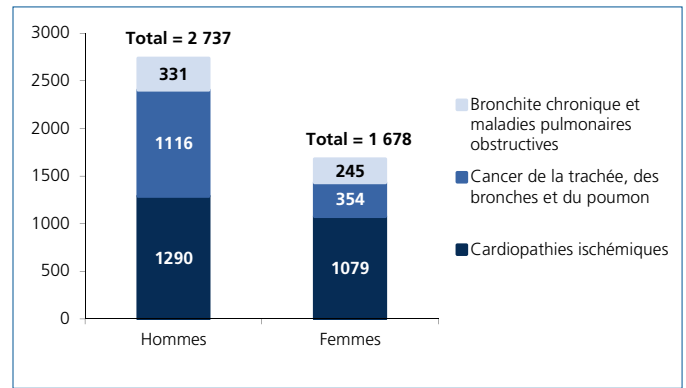
##### Des disparités marquées selon les départements : l'Ille-et-Vilaine seul département en position favorable chez les hommes

En 2007-2009, à l'intérieur de la région, l'Ille-et-Vilaine se distingue des trois autres départements bretons en affichant les taux standardisés de mortalité liée au tabac les plus faibles et significativement inférieurs ou non différents des taux nationaux pour les deux sexes. A l'inverse, chez les hommes comme chez les femmes, les trois autres départements bretons présentent une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale avec des taux standardisés significativement supérieurs à la moyenne française.

##### Les taux s'accroissent fortement avec l'âge, particulièrement à partir de 80 ans

En 2007-2009, en Bretagne comme en France, la mortalité liée au tabac est faible et proche pour les deux sexes jusqu'à 60 ans. Au-delà de cet âge, les taux augmentent plus rapidement chez les hommes que chez les femmes creusant l'écart entre les deux sexes. La situation en Bretagne est relativement similaire à celle de la France pour les deux sexes à l'exception des plus de 80 ans pour lesquels la région affiche une légère surmortalité.

#### Nombre moyen annuel de décès liés au tabac en Bretagne en 2007-2009



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

#### Mortalité liée au tabac par département en 2007-2009 Effectif moyen annuel et taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes d'Armor	599	<b>211</b>	347	<b>72</b>
Finistère	879	<b>223</b>	520	<b>77</b>
Ille-et-Vilaine	613	<b>173</b>	369	63
Morbihan	646	<b>203</b>	442	<b>82</b>
<b>Bretagne</b>	<b>2 737</b>	<b>202</b>	<b>1 678</b>	<b>73</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>48 639</b>	<b>190</b>	<b>25 825</b>	<b>63</b>

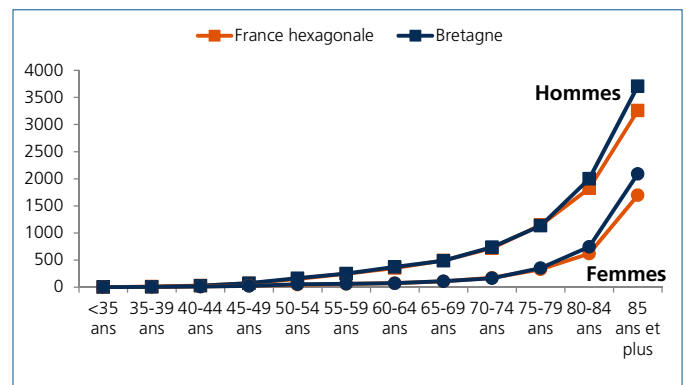
Sources : Inserm Cépidc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

Lecture du tableau : Les valeurs signalées en gras dans le tableau diffèrent significativement de la valeur France hexagonale.

##### Remarque :

Les effectifs de décès présentés ci-dessus sont des nombres moyens annuels la somme des effectifs départementaux peut différer du total Bretagne du fait des arrondis.

#### Mortalité liée au tabac selon le sexe et l'âge en 2007-2009\*



Sources : Inserm Cépidc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

\*Taux bruts pour 100 000 habitants

## Mortalité générale et prématurée liée à la consommation de tabac

### Mortalité générale liée au tabac

#### DEFINITION ET ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

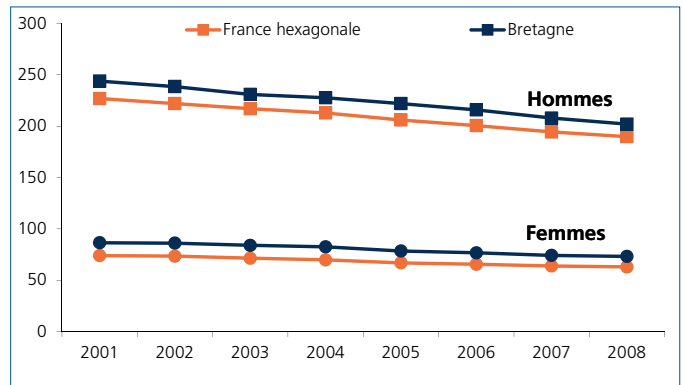
Le tabac est le principal facteur de risque associé à trois causes médicales de décès :

- le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (codes CIM10 : C33-C34),
- les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives (codes CIM10 : J40-44 et 47) et,
- les cardiopathies ischémiques (codes CIM10 : I20-25).

L'impact du tabagisme est primordial sur la santé publique. Outre les problèmes de dépendance, le tabagisme accroît le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires, de maladies pulmonaires ainsi que de nombreux cancers, ce qui fait la première cause de mortalité évitable en France (devant l'alcool). D'ailleurs, avec près de 37 000 décès par cancers qui lui sont attribuables en 2006, la consommation de tabac est aussi de loin le principal facteur de risque évitable de cancer dans le pays<sup>1</sup>. Il n'existe pas de seuil en dessous duquel la consommation de tabac serait sans danger. Pour les pathologies retenues l'imputabilité au tabagisme du décès n'est pas de 100 % mais varie selon les pathologies et le sexe (85 % pour le cancer broncho-pulmonaire, 88 % pour la BPCO chez les hommes, 19 % et 14 % respectivement chez les femmes). D'autre part, certaines affections liées au tabac ne sont pas répertoriées ici : cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'estomac, de la vessie ...

<sup>1</sup> Hill C., Doyon F, Moussanif A. évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2009 :272 p.

### Evolution de la mortalité générale liée au tabac entre 2001 et 2008\*

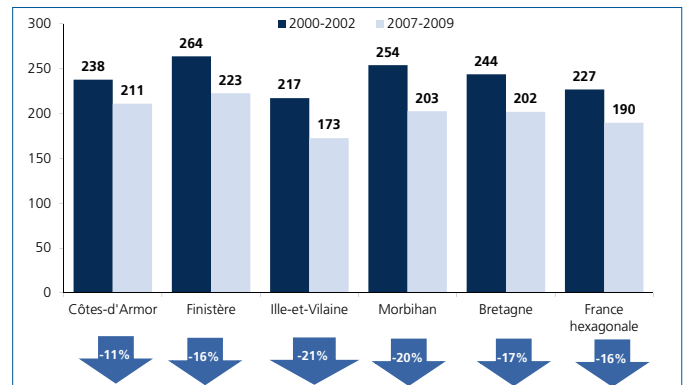


Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

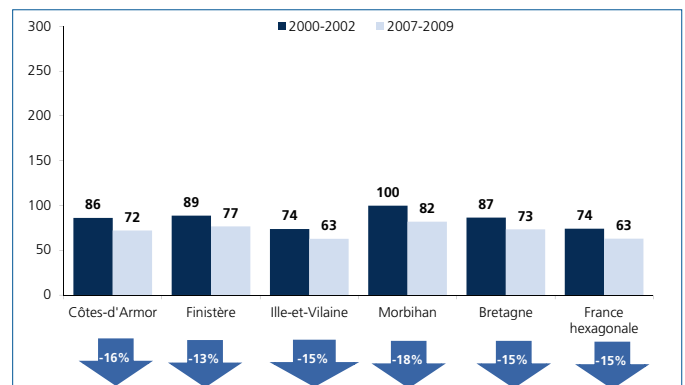
\*Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006. L'année figurant en abscisse du graphique est l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2008 correspond à la période 2007-2009.

### Evolution de la mortalité générale liée au tabac par département entre 2001 et 2008\*

#### Hommes



#### Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population France entière au RP 2006

### Diminution continue de la mortalité liée au tabagisme

Depuis 2000-2002, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme chez les femmes, la tendance est à la baisse continue de la mortalité liée au tabac. Au cours de la dernière décennie, les taux ont diminué de -17% chez les hommes et de -15% chez les femmes dans la région et respectivement de -16% et -15% en France. Le taux standardisé masculin de mortalité liée au tabac est passé de 244 pour 100 000 hommes en 2000-2002 à 202 en 2007-2009 en Bretagne et, respectivement de 227 à 190 en France. Chez les femmes, le taux varie de 87 pour 100 000 à 73 entre 2000-2002 et 2007-2009, et respectivement de 74 à 63 en France.

### L'évolution dans les départements

Globalement, les tendances évolutives de la mortalité liée au tabac observées au niveau régional et national entre 2000-2002 et 2007-2009 se retrouvent dans l'ensemble des départements bretons chez les hommes comme chez les femmes. En effet, à l'exception du département des Côtes d'Armor chez les hommes, les variations sont relativement équivalentes quel que soit le niveau géographique.

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation de tabac

#### Mortalité prématurée liée au tabac

#### Près d'1 décès attribuable au tabac sur 4 (22%) survient prématurément en Bretagne, plus fréquemment chez les hommes

En 2007-2009, en moyenne annuelle, 746 hommes et 208 femmes sont décédés avant l'âge de 65 ans de l'une des trois pathologies principalement liées au tabac, ce qui représente 22% de l'ensemble de la mortalité liée au tabagisme (27% chez les hommes et 13% chez les femmes). Ces proportions sont proches de celles observées au niveau national (respectivement 24%, 28% et 15%). Près de 8 décès prématurés liés au tabac sur dix concernent des hommes (78%), proportion similaire à celle observée au niveau national.

■ **Chez les hommes**, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont responsables des deux tiers des décès prématurés liés au tabac (66%) devant les cardiopathies ischémiques (30%) et les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives (5%).

■ **Chez les femmes**, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont responsables de plus des trois quarts des décès prématurés liés au tabac (76%), viennent ensuite les cardiopathies ischémiques (19%) et enfin, les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives (5%).

#### Une prédominance masculine nette

En 2007-2009, quel que soit le niveau géographique considéré, le rapport des taux standardisés selon le sexe indique une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée liée au tabagisme, celle-ci étant près de quatre fois supérieure à celle des femmes.

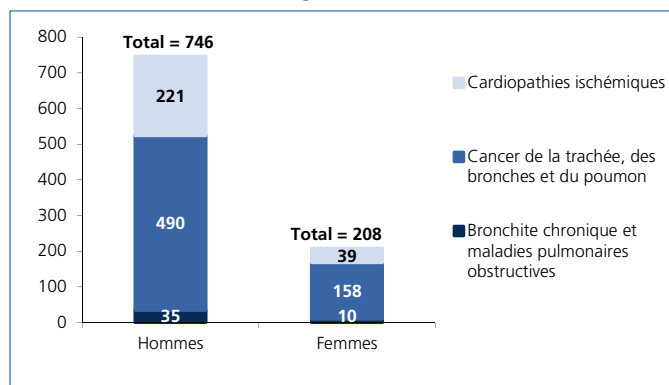
#### Une situation régionale équivalente à celle de la France...

En 2007-2009, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité prématurés liés au tabac ne traduisent pas de différence statistiquement significative entre la Bretagne et la France.

#### ... masquant une situation fortement contrastée selon les départements : surmortalité à l'ouest et sous-mortalité à l'est

En 2007-2009, chez les hommes comme chez les femmes, on observe une opposition est-ouest au sein de la région. L'Ille-et-Vilaine présente une situation favorable avec le taux le plus faible et statistiquement inférieur à la moyenne nationale (44 décès prématurés liés au tabac pour 100 000 hommes et 11 chez les femmes contre respectivement 52 et 14 au niveau national) alors que le Finistère avec 65 décès prématurés liés au tabac pour 100 000 hommes et 18 chez les femmes se démarque défavorablement affichant le taux le plus élevé de la région et statistiquement supérieur à la moyenne nationale. Les Côtes d'Armor et le Morbihan ne diffèrent pas de la moyenne nationale pour les deux sexes.

Nombre moyen annuel de décès prématurés liés au tabac en Bretagne en 2007-2009



Sources : Inserm CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Mortalité prématurée liée au tabac par département en 2007-2009  
Effectif moyen annuel et taux standardisés pour 100 000 habitants de moins de 65 ans sur la population France entière au RP 2006

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes d'Armor	151	55	39	14
Finistère	260	<b>65</b>	74	<b>18</b>
Ille-et-Vilaine	167	<b>44</b>	46	<b>11</b>
Morbihan	169	52	49	15
<b>Bretagne</b>	<b>746</b>	<b>54</b>	<b>208</b>	<b>15</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>13 854</b>	<b>52</b>	<b>3 803</b>	<b>14</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne

Lecture du tableau : Les valeurs signalées en gras diffèrent significativement de la valeur France hexagonale.

#### Remarque :

Les effectifs de décès présentés ci-dessus étant des nombres moyens annuels la somme des effectifs départementaux peut différer du total Bretagne du fait des arrondis.

## ■ Mortalité générale et prématurée liée à la consommation de tabac

### Mortalité prématurée liée au tabac

#### Augmentation continue de la mortalité prématurée liée au tabac chez les femmes et baisse chez les hommes

Au cours de la dernière décennie, en Bretagne comme en France, les taux standardisés masculins de mortalité prématurée liée au tabac ont globalement diminué de -12% passant de 61 décès pour 100 000 hommes à 54 en Bretagne et de 59 à 52 en France alors que chez les femmes la tendance est inversée. Entre 2000-2002 et 2007-2009, les taux féminins n'ont cessé de croître, plus fortement en Bretagne qu'en France, respectivement +37% contre +25%. Cette croissance plus soutenue en Bretagne s'observe principalement en 2007-2009 où la distinction entre la région et la France est pour la première fois perceptible : sur cette période, les femmes bretonnes présentent un taux standardisé de mortalité prématurée liée au tabac de 15 pour 100 000 femmes contre 14 en France, soit un taux supérieur de +7%.

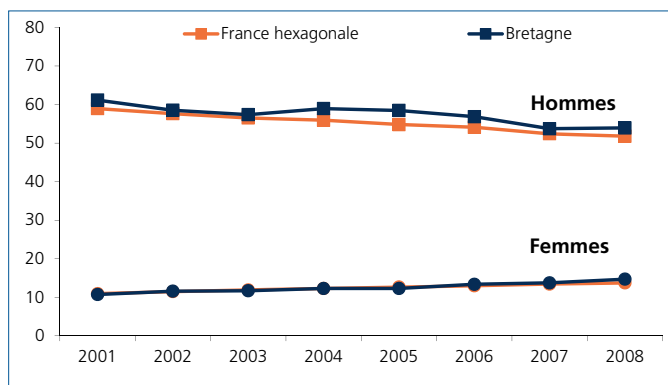
#### L'évolution dans les départements

Chez les hommes comme chez les femmes, les tendances évolutives de la mortalité prématurée liée au tabac observées au niveau régional et national entre 2000-2002 et 2007-2009 se retrouvent dans l'ensemble des départements bretons de manière plus ou moins marquée.

■ **Chez les hommes**, la situation s'améliore dans tous les départements bretons, mais l'Ille-et-Vilaine est le département où la variation est la moins importante alors que les trois autres départements affichent une diminution équivalente à celle observée en région et au niveau national.

■ **Chez les femmes**, la situation se dégrade dans tous les départements bretons qui présentent un fort accroissement de la mortalité prématurée liée au tabac. L'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus défavorable de la région avec l'augmentation la plus forte (+49%) suivi par les Côtes d'Armor (+42%) tandis que le Morbihan affiche une évolution similaire (+36%) à la moyenne régionale (+37%). Dans le Finistère, la progression des taux est la moins importante (+31%) mais demeure toujours nettement supérieure à celle observée au niveau national (+25%).

Evolution de la mortalité prématurée liée au tabac en Bretagne et en France entre 2001 et 2008\*

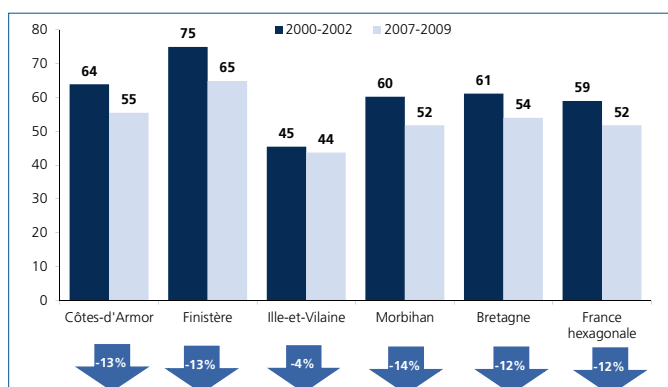


Sources : Insem CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

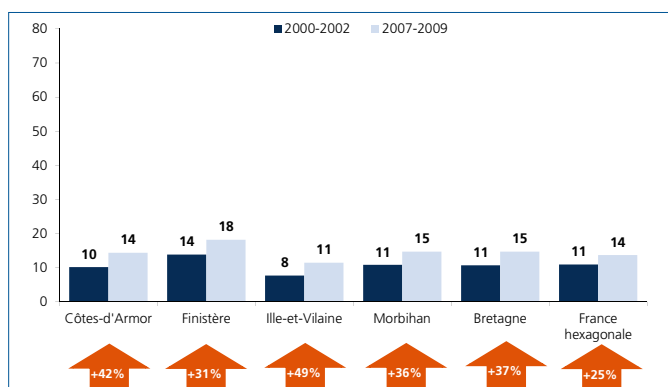
\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006. L'année figurant en abscisses du graphique est l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2008 correspond à la période 2007-2009.

Evolution de la mortalité prématurée liée au tabac entre 2000-2002 et 2007-2009\*

#### Hommes



#### Femmes



Sources : Insem CépiDc, Fnors Score-santé, exploitation ORS Bretagne.

\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006

## CONSÉQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS

### ■ Morbidité : les maladies infectieuses liées à l'usage de produits illicites par voie intraveineuse

#### Des contaminations au VIH en lien avec l'injection de drogues relativement rares

Depuis 2003, année de la mise en place de la notification obligatoire à VIH, au total 22 nouvelles contaminations au VIH du fait de l'usage de drogues ont été recensées en Bretagne parmi les 690 nouvelles contaminations, soit en moyenne annuelle, entre 2 et 3 nouvelles contaminations au VIH concernant des usagers de drogues en Bretagne. Bien que marginales, la part de ces contaminations apparaît légèrement supérieure dans la région par rapport à la France (3% contre 1%). En Bretagne comme en France, les contaminations au VIH sont rares chez les usagers de drogues, cette observation est cohérente avec la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

#### L'incidence du sida parmi les usagers de drogues est marginale depuis la fin des années 1990

En Bretagne comme en France, l'incidence du sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) a été la plus forte en 1993 où le taux a atteint son maximum avant de décroître fortement les années suivantes jusqu'en 1997. Toutefois, la baisse a été moins spectaculaire en Bretagne qu'en France, les taux bretons étant nettement inférieurs aux taux français. Entre 1998 et 2002, le taux breton est resté relativement stable autour de 0,3 nouveaux cas de sida parmi les UDVI pour 100 000 personnes de 15 ans et plus, puis à l'exception de l'année 2004 marquant un léger rebond, la baisse s'est poursuivie et désormais on recense moins d'un nouveau cas de sida par UDVI par million d'habitants dans la région. En France, la baisse connaît un ralentissement à partir de 1998, mais s'est poursuivie de manière continue jusqu'en 2008 où le taux français atteint un nouveau cas de sida par UDVI par million d'habitants de 15 ans et plus. L'apparition des nouvelles associations de puissants antirétroviraux en 1996, couplée aux politiques de prévention et de réduction des risques explique en partie la forte décroissance observée à la fin des années 1990.

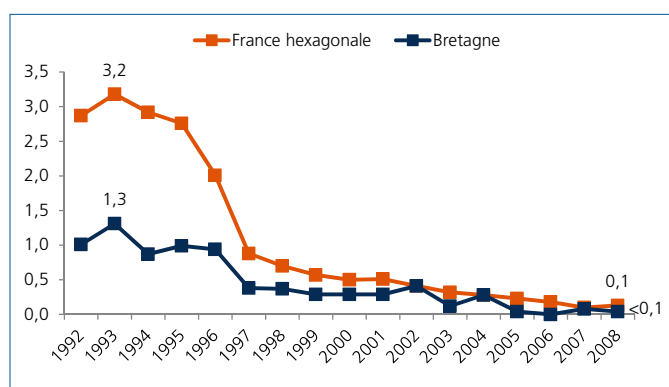
Répartition des nouveaux cas d'infection à VIH selon le mode de contamination de 2003 à 2010\*

Mode de contamination	Bretagne		France	
	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	308	45%	16 279	43%
Homosexuel/Bisexuel	219	32%	8 821	23%
Usager de drogues	20	3%	548	1%
Usager de drogues/Homo-Bisexuel	2	<1%	54	<1%
Mère/Enfant	4	1%	204	1%
Transfusé	2	<1%	81	<1%
Autre	2	<1%	50	<1%
Hémophile	0	-	2	<1%
Inconnu	133	19%	11 568	31%
<b>Total</b>	<b>690</b>	<b>100%</b>	<b>37 607</b>	<b>100%</b>

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration

\* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2009 et en 2010

Évolution de l'incidence du sida par UDVI\* depuis 1992



Sources : InVS, Insee, Fnors Score-santé, Exploitation ORS Bretagne

Unité : Taux pour 100 000 personnes de 15 ans et plus

\*UDVI : Usager de drogues par voie intra-veineuse

## ■ Mortalité par surdosage de produits illicites et médicaments opiacés détournés

Sur la première période (1999-2004), le nombre de décès par surdose a diminué régulièrement à partir de 2000 et reste faible en France. Très peu de décès de ce type sont relevés pour les départements bretons, les effectifs sont extrêmement faibles.

En 2010, au total 34 décès par surdoses ont été enregistrés en Bretagne, cela correspond à 4,4 décès pour 100 000 habitants (âgés de 20 à 39 ans) contre 1,9 en France. Pour l'OCRIS, responsable de ce recueil de données, ce nombre est certainement sous-estimé dans des proportions allant de 10 à 20%.

Sur la seconde période (2007-2010), les chiffres apparaissent plus élevés, cependant il est difficile de faire des comparaisons, les modes de recueil des données n'étant pas les mêmes. Le recueil du CépiDc semble être davantage exhaustif en comparaison de celui de l'OCRIS. Au niveau national, une hausse sensible sur trois ans semble toutefois se profiler. De même, en Bretagne on note une forte augmentation entre 2009 et 2010.

Depuis une dizaine d'années en France, selon les données CépiDc, la principale cause de décès par surdose (plus d'un cas sur deux) est à mettre en lien avec une polyconsommation. L'héroïne est un produit largement présent dans ce type de décès. Les décès par surdose recensés par le CépiDc concernent principalement des hommes (85% des cas en moyenne).

L'AFSSAPS dans le cadre du système DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) estime qu'il y a une sous-estimation de ces chiffres. En effet, certains certificats de décès ne mentionnent pas systématiquement la présence de stupéfiants, ou bien les décès peuvent être classés en cause inconnue.

Nombre de décès par surdose en Bretagne et en France

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006*	2007	2008	2009	2010
Côtes d'Armor	0	0	0	0	0	0	-	-	3	5	3	7
Finistère	1	1	0	0	0	1	-	-	3	1	7	10
Ille et Vilaine	0	0	1	2	2	1	-	-	7	3	4	9
Morbihan	1	1	1	1	3	0	-	-	7	4	3	8
<b>Bretagne</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>34</b>
<b>France</b>	<b>118</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>97</b>	<b>89</b>	<b>69</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>264</b>	<b>275</b>	<b>287</b>	<b>322</b>

Source : OFDT - ILIAD (2001-2010), exploitation CIRDD Bretagne.

\*Les données pour 2005 et 2006 ne sont pas disponibles.

### LE RECUEIL D'INFORMATION

Jusqu'en 2004, les chiffres des décès par surdoses provenaient de l'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRIS). Les décès comptabilisés sont ceux constatés par les services de Police ou de Gendarmerie et concernent les surdoses de drogues illicites ou de médicaments et les accidents en lien avec les conditions d'administration des produits.

A partir de 2007, ces chiffres proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (Cépidc). Les critères de sélection des décès par surdose sont ceux de l'Observatoire Européen des Drogues de la Toxicomanie (OEDT). Pour être pris en compte, il doit y avoir mention dans le certificat de décès comme cause initiale de décès de certains codes de la CIM10 : Troubles du comportement liés à la consommation d'opiacés, de cannabis, de cocaïne, de stimulants, d'hallucinogènes ou de drogues multiples (F11, F12, F14, F15, F16, F19) ; intoxication accidentelle par héroïne, cannabis, cocaïne... (X42) ; auto intoxication, suicide par héroïne, cannabis, cocaïne... (X62) ; intoxication non classée ailleurs, avec intention non déterminée par héroïne, cannabis, cocaïne... (Y12).

Les évolutions constatées sur la période 1999-2004 et celles de 2007 à 2009 ne sont donc pas comparables.

### ÉCLAIRAGE QUALITATIF SUR LES DÉCÈS PAR SURDOSE DANS LE BASSIN RENNAIS

#### La difficulté de faire le lien entre les consommations et les causes d'un décès

Le nombre d'accidents mortels (ou non) par surdosage de produits psycho-actifs est une donnée difficile à obtenir car les outils de recueil de données en temps réel sont difficiles à mettre en place. De plus, il peut exister une divergence d'appréciation selon que l'on est scientifique, soignant ou que l'on appartienne aux forces de l'ordre. Dans le cas d'un décès pour lequel il y a suspicion de surdose, il y a systématiquement de la part du parquet une autopsie avec une expertise toxicologique. Ce sont les résultats de l'analyse toxicologique qui permettent d'affirmer la réalité de la cause du décès. Toutefois, régulièrement des cas qualifiés de « suspect » ne sont pas enregistrés comme des surdoses en tant que telles avec pourtant une forte présomption. La cause est toujours difficile à identifier et il est rarement possible de savoir si le surdosage était volontaire ou accidentel. L'enquête doit dans ce cas porter sur l'entourage de la victime afin d'obtenir des éléments sur les habitudes de consommation.

#### La polyconsommation : un des principaux facteurs favorisant les décès

Les cas de surdosage relatifs à l'utilisation d'un seul produit, notamment l'héroïne seule, sont très rares dans le bassin rennais. Les cas de surdose mortelle sont souvent liés à des mélanges de produits. La polyconsommation semble être un facteur favorisant. Les substances les plus fréquemment prises en association sont l'alcool et les benzodiazépines. D'autres mélanges fréquents sont Buprénorphine-benzodiazépine-alcool, ou encore méthadone-benzodiazépine. Dans le cas d'une consommation de méthadone, on identifie par contre peu de problème chez ceux qui sont suivis régulièrement par un centre de délivrance de la méthadone.

Un autre facteur est à mettre en lien avec un produit : l'héroïne, pour laquelle on constate une augmentation très régulière de sa disponibilité. C'est souvent le pro-

duit principal que l'on retrouve dans les décès par surdose. Mais plus que le produit en lui-même, c'est souvent sa qualité qui peut entraîner la mort, notamment dans les cas où l'utilisateur va avoir accès à un produit de qualité supérieure à ce qu'il avait l'habitude de consommer. C'est d'autant plus vrai dans un marché dominé depuis plusieurs années par une héroïne de mauvaise qualité. Ces fluctuations de la qualité pourraient en partie expliquer certains décès sur le site de Rennes.

Si les doses ingérées sont à prendre en compte, très souvent il faut prendre en compte les habitudes de consommation et notamment le changement d'habitude qui peuvent être à l'origine de surdose. La régularité des prises est paradoxalement un facteur protecteur. Les périodes d'arrêt sont d'autant plus risquées que le niveau de consommation a été important, y compris dans le passé. D'un point de vue physiologique, après un arrêt de 24/48h, il y a une fausse disparition des récepteurs. La reprise de consommation les fait réapparaître. Dès lors, les prises même à faible dose, peuvent s'avérer être mortelles.

#### Un paradoxe : des consommations importantes de drogues en Ille-et-Vilaine mais peu de décès

De nombreux professionnels du champ de l'addictologie s'accordent à dire que le niveau de consommation est relativement élevé en termes d'intensité en Ille-et-Vilaine. Paradoxalement, assez peu de surdoses mortelles sont dénombrées sur le bassin de Rennes. Si les usagers de drogues ont effectivement des niveaux de consommation très forts, cela peut également relever que les usagers rennais sont des consommateurs très réguliers avec un seuil de tolérance important. Au niveau des profils des victimes de surdose, on retrouverait essentiellement des usagers insérés socialement, âgés de 20 à 30 ans, qui ne sont pas injecteurs au quotidien.

Source : rapports TREND, site de Rennes (2001-2010)

#### Pour en savoir plus

Janssen, E. & Palle, C. (2010) Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France, OFDT, Tendances n°70, 4p.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efbxjq5.pdf>

AFSSAPS / CEIP Addictovigilance. DRAMES, Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances. Résultats des enquêtes 2007, 2008 et 2009.



## CONSÉQUENCES LÉGALES DES CONSOMMATIONS

### ■ Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)

Ce type de données est largement révélateur de l'activité des services répressifs. En effet, cette activité peut varier considérablement d'un département à l'autre et d'une année sur l'autre, notamment en fonction des priorités d'actions ou bien encore de l'opportunité de certaines prises. De plus, les affaires ne sont pas comparables l'une à l'autre. En effet, il y a nécessité à prendre également en compte les quantités saisies. Cette donnée n'est pas disponible dans les éléments suivants.

#### Les interpellations pour usages de cannabis

##### Des fluctuations importantes du nombre d'interpellations pour usage de cannabis dans les départements bretons

En 2010, en Bretagne, 2 784 interpellations pour usage de cannabis ont été enregistrées. Ce nombre d'interpellations varie très largement selon les départements, l'Ille-et-Vilaine étant le département concentrant le plus d'affaires.

En termes d'évolution, des fluctuations importantes sont repérées. D'une année sur l'autre le nombre d'interpellations peut considérablement varier. Malgré des fluctuations importantes, le département d'Ille-et-Vilaine semble se démarquer des trois autres départements. En effet, c'est dans ce département que l'on dénombre le plus d'affaires. Cela tient certainement au fait de la présence d'un important pôle urbain : Rennes (ville la plus peuplée de Bretagne). La capitale de la Bretagne peut être considérée comme un lieu où peuvent transiter de manière importante les produits stupéfiants. De plus, le trafic et l'activité des services répressifs sont plus importants dans le milieu urbain.

##### Un taux d'interpellations d'usagers de cannabis très inférieur en Bretagne à celui observé en France

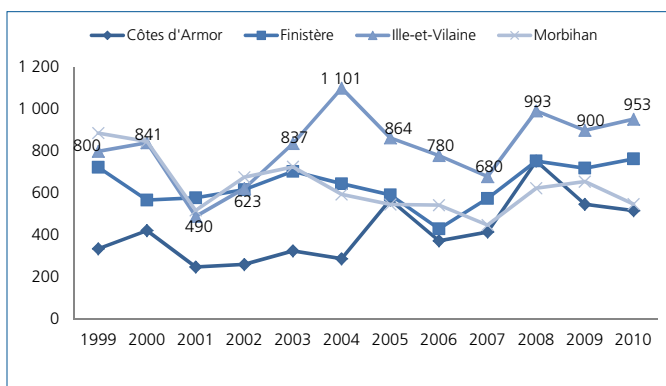
Après une baisse importante en 2001, l'évolution du taux d'interpellation d'usagers de cannabis pour 10 000 habitants âgés de 15 à 44 ans s'oriente sensiblement à la hausse jusqu'en 2004. Ensuite à nouveau, les courbes s'infléchissent avant une reprise à la hausse dès 2007 en France et à partir de 2008 en Bretagne, augmentation qui ne se confirme pas en 2009. Par ailleurs, sur l'ensemble de la période le taux breton est nettement inférieur au taux français. En 2010, il atteint 23,7 interpellations pour 10 000 habitants de 15-44 ans en Bretagne contre 48,1 en France.

#### Interpellations des usagers de cannabis et part pour 10 000 habitants de 14 à 44 ans en 2010

	ILS cannabis	Taux
Côtes d'Armor	518	26,5
Finistère	764	23,5
Ille-et-Vilaine	953	23,6
Morbihan	549	21,8
<b>Bretagne</b>	<b>2 784</b>	<b>23,7</b>
<b>France</b>	<b>121 123</b>	<b>48,1</b>

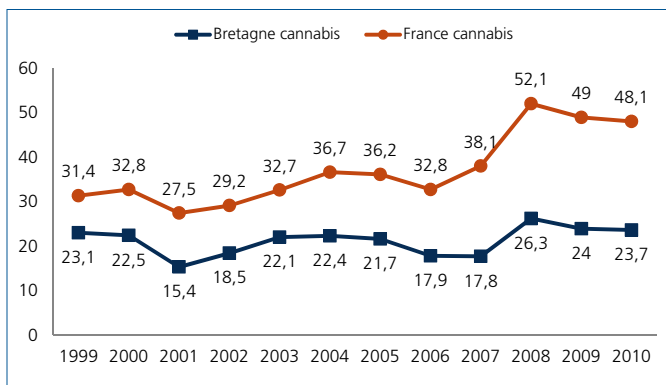
Source : OFDT-ILIAD 2010, exploitation CIRDD Bretagne

#### Nombre d'interpellations d'usagers de cannabis dans les départements bretons



Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Nombre d'interpellations des usagers de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans



Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### CE QUE DIT LA LOI

La réglementation française, conformément aux normes internationales, émises par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'ONU a classifié les produits dangereux dans le code de la santé publique en 4 catégories :

- les substances stupéfiantes (ex. héroïne, cocaïne, ecstasy, cannabis, etc.),
- les substances psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.),
- certains autres médicaments,
- les substances dangereuses (éther, acide, etc.).

La production, la distribution et l'usage de ces substances sont soit sévèrement réglementés, soit pour certains comme les stupéfiants totalement interdits, à l'exception de l'usage médical. L'alcool et le tabac n'entrent pas dans cette classification : ils sont soumis à une réglementation particulière concernant notamment la distribution (vente aux mineurs, etc.), la publicité, les lieux de consommation et la conduite automobile.

## CONSEQUENCES LÉGALES DES CONSOMMATIONS

### ■ Interpellations pour Infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)

#### Les interpellations pour usages d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy

#### Les interpellations pour autres drogues : un niveau faible et également très fluctuant

En 2010, 225 interpellations d'usagers d'autres produits psychoactifs (héroïne, cocaïne et ecstasy) ont été dénombrées en Bretagne, soit 8% de l'ensemble des interpellations pour ILS.

Ces interpellations, comme celles concernant l'usage de cannabis, varient fortement selon les départements et selon les années. Par exemple, en Ille-et-Vilaine, 85 interpellations sont enregistrées en 2000 et 35 l'année suivante. Malgré ces variations, l'Ille-et-Vilaine se distingue des autres départements, avec une hausse régulière des interpellations de ce type depuis 2005. En revanche, les données ne permettent pas d'identifier le produit présent lors de ces interpellations. Pour les autres départements, la situation est plus variable.

#### Un taux d'interpellations d'usagers d'autres drogues très inférieur en Bretagne à celui observé en France

Le taux d'interpellations pour la Bretagne (pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans) est inférieur au niveau national pour l'ensemble de la période observée (en 2010 : 2,9 vs 6,9). Après une baisse importante en 2002, l'évolution du taux d'interpellations d'usagers d'autres drogues pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans en Bretagne s'oriente sensiblement à la hausse jusqu'en 2009. Pour l'année 2010, une baisse est à relever (-10%).

#### Une large prédominance du cannabis parmi l'ensemble des interpellations

Le nombre total d'interpellations pour ILS (pour l'ensemble des produits) est très fluctuant d'une année sur l'autre. Cependant, quelle que soit l'année considérée, le cannabis est le produit pour lequel on enregistre le plus d'affaires (92% des cas en 2010). Les autres produits (héroïne, cocaïne et ecstasy) sont en cause dans nettement moins d'interpellations. Ce qui est cohérent avec leur moindre disponibilité par rapport au cannabis ainsi que leur usage beaucoup plus restreint au sein de la population<sup>1</sup>.

#### ECLAIRAGE QUALITATIF SUR LE TRAFIC DES PRODUITS STUPÉFIANTS EN BRETAGNE

Pour la Bretagne, les trois principaux produits faisant l'objet de trafic (ou les plus surveillés) sont par ordre d'importance le cannabis (essentiellement la résine) arrivant surtout par le sud de l'Europe (Maroc, Espagne), puis l'héroïne et la cocaïne, provenant plutôt du nord (Pays-Bas). Les autres produits (ecstasy, MDMA...) font aussi l'objet de trafic mais dans des proportions beaucoup moins importantes. Généralement, lors des saisies réalisées par les douanes, sont retrouvés plusieurs types de produits. Rares sont les trafics de forte importance se limitant à l'acheminement d'un seul produit.

Concernant les principales évolutions du trafic, que ce soit en termes de deal de rue, d'acheminement de produits en Bretagne ou de leur stockage, les acteurs de l'application de la loi (Police, Gendarmerie, Douanes, Justice) indiquent que les trafiquants sont de mieux en mieux organisés (professionnalisation des réseaux). Il s'agit d'une tendance qui s'observe depuis de nombreuses années. A titre d'exemple, afin de limiter les risques d'arrestations, les transactions dans le centre ville sont plus mouvantes avec une décomposition des tâches impliquant plusieurs individus. Pour l'acheminement des produits, des voitures éclairées peuvent participer au transport de produits psychoactifs. De plus en plus, le transport des marchandises tend à s'anonymiser pour plus de discrétion (utilisation de « mules » conduisant des voitures communes). Un autre constat concerne une tendance à l'externalisation des réseaux de revente aux communes périurbaines. Concernant la lutte contre le trafic depuis quelques années, elle semble s'orienter vers les gains plutôt que sur les produits, de sorte à porter atteinte à l'économie parallèle.

Source : rapports TREND, site de Rennes (2001-2010)

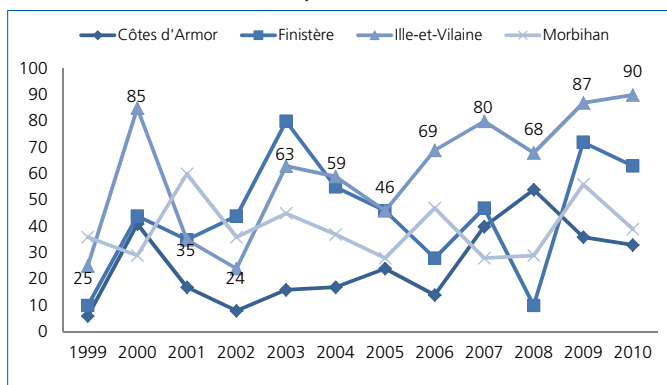
#### Interpellations des usagers d'autres drogues et part pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en 2010\*

	ILS autres drogues	Taux
Côtes d'Armor	33	2,7
Finistère	63	3
Ille-et-Vilaine	90	3,3
Morbihan	39	2,4
<b>Bretagne</b>	<b>225</b>	<b>2,9</b>
<b>France</b>	<b>11 382</b>	<b>6,9</b>

Source : OFDT - ILIAD 2010, exploitation CIRDD Bretagne

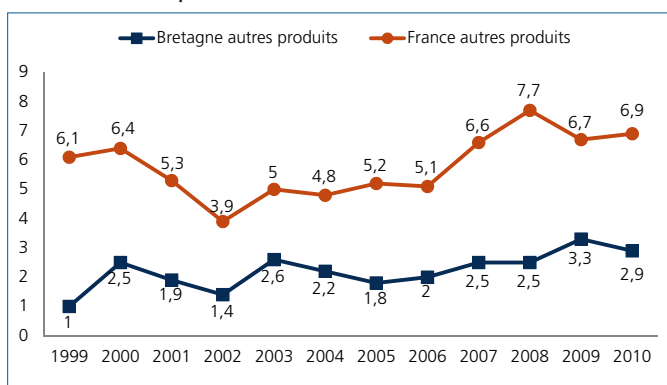
\* Héroïne, cocaïne et ecstasy

#### Evolution du nombre d'interpellations d'usagers d'autres drogues dans les départements bretons



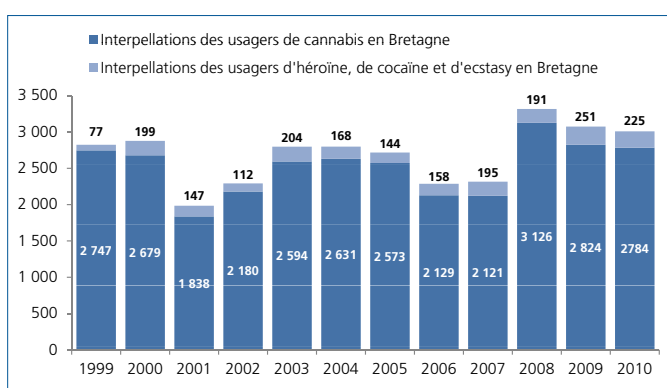
Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Evolution du nombre d'interpellations des usagers d'autres drogues pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans



Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Répartition du nombre d'interpellations pour cannabis et pour autres produits (héroïne, cocaïne, ecstasy) en Bretagne



Source : OFDT - ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

<sup>1</sup> Voir à ce propos les fiches sur les niveaux de consommation de produits illicites.

## CONSÉQUENCES LÉGALES DES CONSOMMATIONS

### Faits de délinquance liés aux stupéfiants dans la métropole rennaise

#### Les faits repérés par les forces de l'ordre ont lieu essentiellement à Rennes intra muros

Rennes est nettement plus concerné, et ce quel que soit le type de fait : trafic, usage-revente ou consommation, que les autres villes de la métropole rennaise (36 communes). L'importante densité urbaine de Rennes (plus de 206 000 habitants en 2009) est un facteur explicatif de ce constat. Elle facilite l'activité des services répressifs liée aux stupéfiants. En regroupant les données sur l'ensemble de la période observée (1999-2010), la distinction entre Rennes et la métropole rennaise est très nette avec un rapport de 80%-20%. Seule la catégorie « autres faits » présente une tendance inverse (avec un nombre de faits cependant assez limité : entre 2 et 4% des faits). Cette dernière comprend les délits suivants : facilitation à l'usage de stupéfiants, provocation à l'usage, fait de fournir des locaux, cultures de plants de cannabis, production de produits stupéfiants, détention de produits, importation de stupéfiants, apologie de l'usage de stupéfiants. Une hypothèse qui peut être formulée concernant la plus grande prévalence de ces délits réalisés à l'extérieur de Rennes serait en lien avec la culture de cannabis.

#### Une certaine stabilité depuis 2004 du nombre de faits liés aux stupéfiants

L'irrégularité des données est à mettre en lien avec l'activité des forces de l'ordre. On peut distinguer trois périodes : 1999-2001 (un niveau oscillant entre 300 et 400 faits) ; 2002-2003 (environ 600 faits) ; 2004-2010 (un niveau oscillant entre 700 et 800 faits). Si sur les deux premières périodes, on remarque une augmentation du nombre de faits, pour la troisième période, la plus longue (7 ans), le niveau est plutôt stable, mis à part un inflexion pour l'année 2009.

#### Plus de 9 faits sur 10 en lien avec une consommation

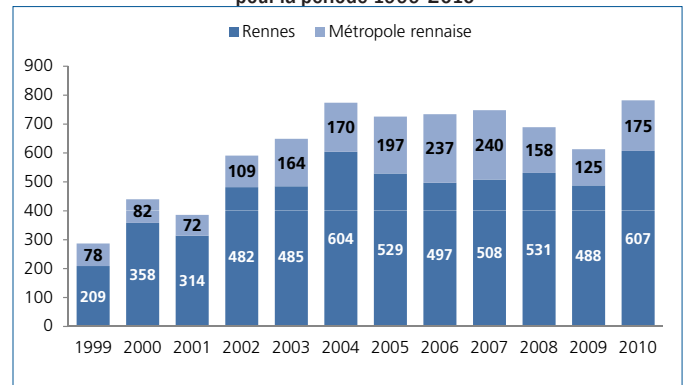
Les services répressifs opèrent une distinction des faits en lien avec les stupéfiants : consommation, usage-revente, trafic. Le niveau des faits liés aux stupéfiants du type « consommation » représente sur la période un volume quasi constant de 70%. C'est la principale cause des faits (souvent la plus repérable). Le deuxième type de fait concerne l'usage-revente, avec un niveau oscillant autour de 20% de l'ensemble des faits. Sur les dernières années, on remarque une hausse du nombre de faits d'usage-revente : 110 en 2008 et 262 en 2010. Le profil d'usagers de drogues qui trafiquent dans le but de financer leurs propres consommations et d'échapper également aux réseaux traditionnels est un profil qui semble être plus fréquent (Cadet-Taïrou et al., (2012). Rennes n'échappe pas à ce phénomène.

Le niveau des faits en lien uniquement avec le trafic est nettement moins important comparativement au reste et est stable sur la période (entre 4 et 6%). Les affaires de trafic sont souvent plus longues et plus difficiles à identifier.

#### Pour en savoir plus

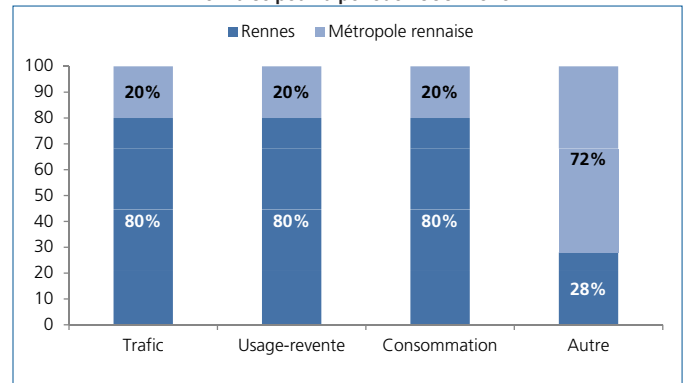
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E. (2011). Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011), OFDT, Tendances n° 78 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efbacs2.pdf>

#### Nombre de faits liés aux stupéfiants à Rennes et dans la métropole rennaise pour la période 1999-2010



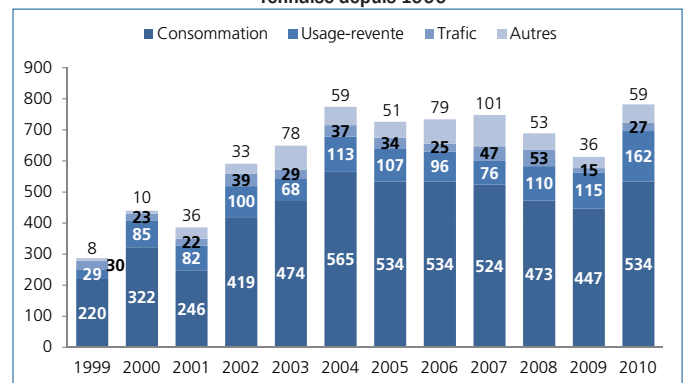
Sources : DDSP 35, Gendarmerie 35, APRAS, exploitation CIRDD Bretagne

#### Fréquence des types de faits liés aux stupéfiants à Rennes et dans la métropole rennaise pour la période 1999-2010



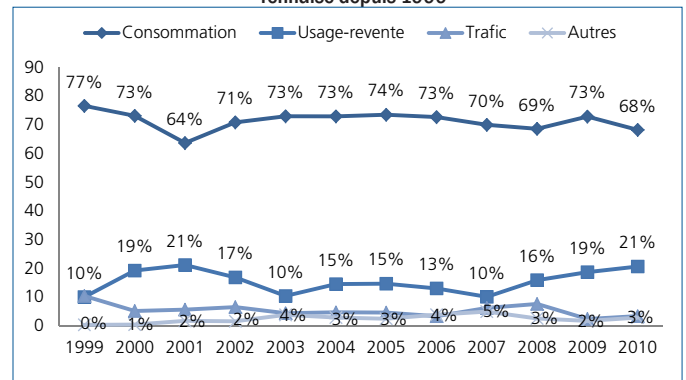
Sources : DDSP 35, Gendarmerie 35, APRAS, exploitation CIRDD Bretagne

#### Nombre et types de faits liés aux stupéfiants à Rennes et dans la métropole rennaise depuis 1999



Sources : DDSP 35, Gendarmerie 35, APRAS, exploitation CIRDD Bretagne

#### Fréquence des types de faits liés aux stupéfiants à Rennes et dans la métropole rennaise depuis 1999



Sources : DDSP 35, Gendarmerie 35, APRAS, exploitation CIRDD Bretagne

## CONSÉQUENCES LÉGALES DES CONSOMMATIONS

### ■ Interpellations pour ivresses publiques et manifestes (IPM)

#### L'INDICATEUR

Les ivresses publiques et manifestes sont comptabilisées annuellement respectivement par la Direction Générale de la Police Nationale (Ministère de l'Intérieur) et par la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale (Ministère de la Défense).

#### Un nombre d'interpellations pour IPM très élevé dans la région

En 2010, 7 469 interpellations pour ivresses publiques et manifestes ont été réalisées en Bretagne. Rapporté à 10 000 habitants, cela représente 38,2 interpellations soit pratiquement deux fois plus que la moyenne nationale (19,9).

#### Une situation contrastée entre les départements

La situation entre les départements bretons est relativement contrastée, avec un nombre d'Ivresses Publiques et Manifestes (IPM) pouvant varier du simple au double en fonction des départements. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine se situent au-dessus du niveau des autres départements.

En termes d'évolution, on remarque pour l'ensemble des départements une augmentation des IPM entre 2003 et 2008. A partir de 2008, la tendance s'inverse avec une décroissance des IPM, très importante notamment pour les Côtes d'Armor et le Morbihan. En 2009, toujours pour ces deux départements, on relève une augmentation. La situation est plutôt stable pour l'Ille-et-Vilaine depuis 2007. Pour le Finistère, le fléchissement amorcé depuis 2007 se poursuit. Notons que ce type de données est largement révélateur de l'activité des services répressifs. L'hypothèse d'un changement de méthode concernant le recueil de ces données peut être un facteur explicatif de l'inversion de la tendance dès 2008.

#### Un niveau d'IPM en Bretagne largement supérieur à la moyenne nationale

Rapportée à 10 000 habitants de 20 à 70 ans, le même contraste entre les départements est observé. Par contre, sur cette tranche d'âge, on remarque que le Finistère est un département assez largement concerné par cette problématique. En France, le niveau est plutôt stable.

#### CE QUE DIT LA LOI

En droit pénal français, l'ivresse publique et manifeste (IPM) est une infraction prévue par le code de la santé publique réprimant l'état d'ébriété sur la voie publique. Cette infraction ne sanctionne pas un niveau d'alcool, mais un état alcoolique qui représente un risque pour d'autres personnes ou pour la personne ivre elle-même, et qui crée un trouble à l'ordre public.

Cette disposition est créée par la loi du 23 janvier 1873, codifiée ensuite à l'article L. 76 du Code des débits de boissons, recodifiée ensuite dans le Code de la santé publique.

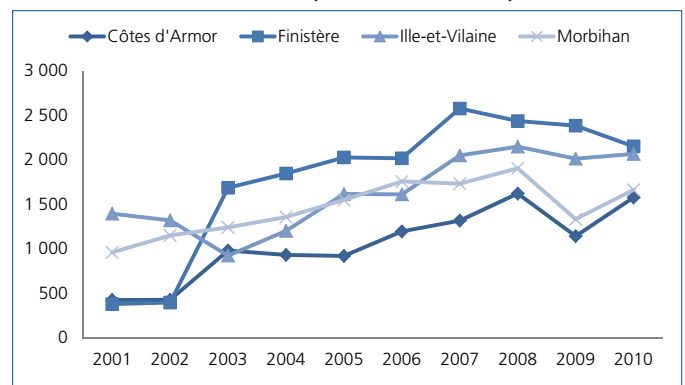
L'individu trouvé en état d'IPM sur la voie publique doit être conduit au service des urgences de l'hôpital le plus proche afin d'être soumis à un examen médical. A l'issue de la visite, un certificat de non admission à l'hôpital est délivré par le médecin. La personne en IPM est gardée au commissariat jusqu'à son « complet dégrisement ». « La durée de la rétention, qui varie selon le niveau d'imprégnation alcoolique, est laissée à l'appréciation des forces de l'ordre ». Elle repart chez elle avec une amende (par ordonnance pénale) dont le montant varie en fonction des Préfectures de département (entre 70 et 150 euros). Des frais de restauration et d'hébergement peuvent aussi être facturés.

#### Les interpellations pour IPM en 2010

	Nb. IPM	Taux pour 10 000 habitants
Côtes d'Armor	1 580	45
Finistère	2 154	39
Ille-et-Vilaine	2 069	34
Morbihan	1 666	37,8
<b>Bretagne</b>	<b>7 469</b>	<b>38,2</b>
<b>France</b>	<b>80 103</b>	<b>19,9</b>

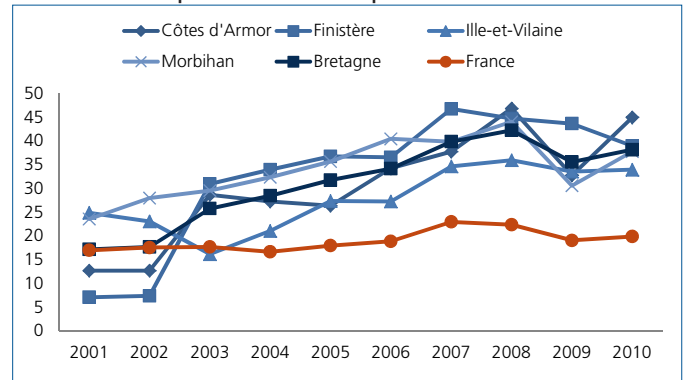
Source : OFDT-ILIAD 2010, exploitation CIRDD Bretagne

#### Evolution du nombre d'IPM depuis 2001 dans les départements bretons



Source : OFDT-ILIAD (2001-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Evolution du nombre d'IPM pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans depuis 2001 dans les départements bretons



Source : OFDT-ILIAD (2001-2010), exploitation CIRDD Bretagne

#### Pour en savoir plus

■ Bertrand Y., Le Gallou J.Y., Roussille B., Thomas F., Riou P., Marion M. & Podevin H. (2008). Evaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM), Paris : Inspection générale des affaires sociales.

## CONSÉQUENCES LÉGALES DES CONSOMMATIONS

### ■ Stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants en Bretagne

#### LE CONTEXTE

La loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 introduit de nouvelles dispositions tendant à apporter une meilleure réponse aux infractions à la législation sur les stupéfiants, notamment à l'usage de drogue.

D'une part, elle a donné au juge la possibilité de traiter ce contentieux par un mode procédural simplifié afin d'accélérer le traitement des affaires.

D'autre part, elle a introduit une nouvelle sanction, à la fois pédagogique et pécuniaire : le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Prévue par l'article L 131-35-1 du code pénal cette sanction a pour objet de : *«faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits»*.

#### OBJECTIFS DES STAGES

- Prise de conscience des dommages sanitaires induits par la consommation de produits stupéfiants et des incidences sociales d'un tel comportement.
- Développer les notions de responsabilité et de réflexion sur sa consommation.
- Etre en capacité d'envisager une démarche de soin dans une structure spécialisée.

### L'expérimentation de l'ivresse : un comportement plus répandu en Bretagne qu'en France...

Les stages de sensibilisation aux dangers de stupéfiants constituent l'une des réponses pénales possibles en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Le parquet (procureur ou délégué du procureur) peut proposer cette sanction, le plus souvent dans le cadre de la composition pénale. Pour l'année 2011, 38 stages se sont déroulés en Bretagne.

#### Davantage d'hommes concernés par ces stages

Les hommes sont très nettement surreprésentés au sein des stagiaires dans la mesure où ils constituent la quasi intégralité de l'effectif : 90%.

#### La classe d'âge des 18-24 ans majoritaire

Un autre élément qui ressort concernant le profil des personnes bénéficiaires de ces stages est la répartition par classe d'âge. La classe des 18-24 ans est celle qui concentre le plus de stagiaires (près de 65%). Assez loin derrière, on trouve la deuxième classe, celle de 25-29 ans représentant près de 20% du nombre de stagiaires. Les autres classes (30-34 ans et plus de 35 ans) respectivement 9% et 7%. Les stages ne sont pas proposés aux mineurs.

#### Des usagers plutôt insérés professionnellement

En termes de catégories socioprofessionnelles, quatre catégories émergent : « ouvriers » (26%), « inactifs » (24%), « employés » (22%) et « étudiants » (19%). Ces quatre catégories représentent 90% de l'ensemble. Les autres catégories sont plus marginales et ne concernent que quelques stagiaires.

Ces éléments montrent cependant qu'une assez large majorité des stagiaires sont insérés professionnellement (seuls 24% d'entre eux sont inactifs).

#### Pour en savoir plus

- Obradovic, I. (2010). La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. OFDT, Tendances n° 72, 6p.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efbxioqa.pdf>
- Obradovic, I. (2012). Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. OFDT, Tendances n° 81, 6p.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efbxios6.pdf>

#### Les intervenants dans les stages en Bretagne

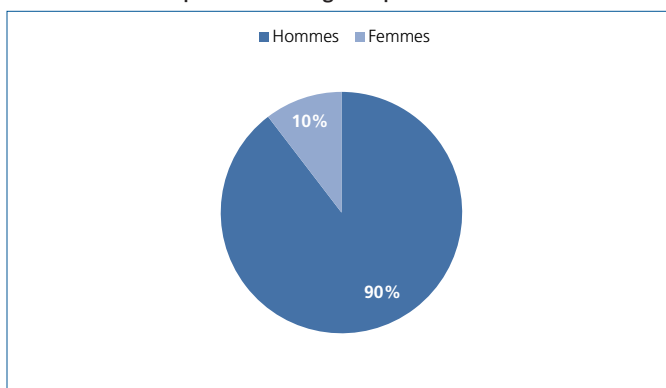
Opérateurs	
Côtes d'Armor	ADAJ 22, ANPAA 22, Substitut Procureur, Douanes, Prévention Routière
Finistère (Brest)	Emergence, ADI Brest, Magistrat, BPDJ
Finistère (Quimper)	Agora Justice, ADI Quimper, Barreau de Quimper
Ille-et-Vilaine	AIS 35, ANPAA 35, AAFP
Morbihan	ANPAA 56, Sauvegarde de l'Enfance, Douar Nevez

#### Nombre de stages et de stagiaires en 2011

	Nb. Stages	Nb. Stagiaires	Durée du stage
Côtes d'Armor	5	35	2 jours
Finistère (Brest)	4	36	1 jour
Finistère (Quimper)	15	146	1 jour
Ille-et-Vilaine	4	31	2 jours
Morbihan	10	136	2 jours
<b>Bretagne</b>	<b>38</b>	<b>384</b>	

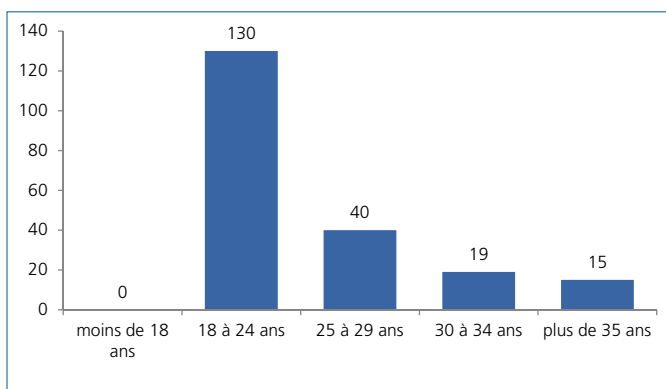
Sources : ANPAA 35 & 56, Agora Justice Quimper, Emergence Brest, ADAJ 22, exploitation CIRDD Bretagne

#### Répartition des stagiaires par sexe en 2011



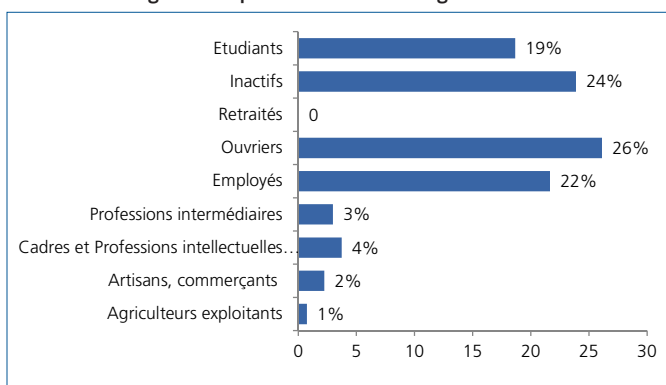
Sources : ANPAA 35 & 56, Agora Justice Quimper, Emergence Brest, ADAJ 22, exploitation CIRDD Bretagne

#### Répartition des stagiaires par classes d'âge



Sources : ANPAA 35 & 56, Agora Justice Quimper, Emergence Brest, ADAJ 22, exploitation CIRDD Bretagne

#### Catégorie socioprofessionnelle des stagiaires en 2011\*



Sources : ANPAA 35 & 56, Agora Justice Quimper, Emergence Brest, ADAJ 22, exploitation CIRDD Bretagne

\* L'ensemble des données n'est pas disponible pour cet item.



## 5 Prise en charge, accompagnement et réduction des risques

■ Cartographie régionale des dispositifs de prise en charge

En Bretagne, les soins et l'accompagnement sont assurés par un tissu de professionnels exerçant soit dans le cadre du médico-social, de la filière sanitaire ou d'un exercice associatif.

L'ensemble des structures constitue le réseau de soin et de prise en charge des addictions en Bretagne. Ces dernières travaillent étroitement les unes avec les autres mais également avec les autres intervenants pertinents : médecine générale, acteurs sociaux, collectivités locales...

Les dispositifs de soins ambulatoires et de réduction des risques en Bretagne

L'approche ambulatoire permet de travailler sur la liberté de la personne de venir, de partir, de choisir et de continuer à vivre dans son environnement habituel. Il s'agit alors de proposer des réponses diversifiées qui favorisent l'intégration d'un projet de soins dans un projet de vie.

Les CSAPA

Ce sont des centres médico-sociaux résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST), prévu par le décret du 14 mai 2007. Les CSAPA sont constitués en équipes pluridisciplinaires et accueillent des personnes en difficultés à l'égard des drogues, de l'alcool, du tabac, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...), ainsi que l'entourage.

Les missions :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage,
- la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause,
- la prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole),
- la prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés,
- la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Ils peuvent remplir des missions facultatives telles que la prévention, l'information, la recherche, les consultations de proximité, la prise en charge des addictions sans produit et le suivi des détenus.

Les CSAPA peuvent également gérer les Consultations jeunes consommateurs. Gratuites et anonymes, ces consultations sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, alcool, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leurs enfants, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leurs enfants à dialoguer ou à consulter.

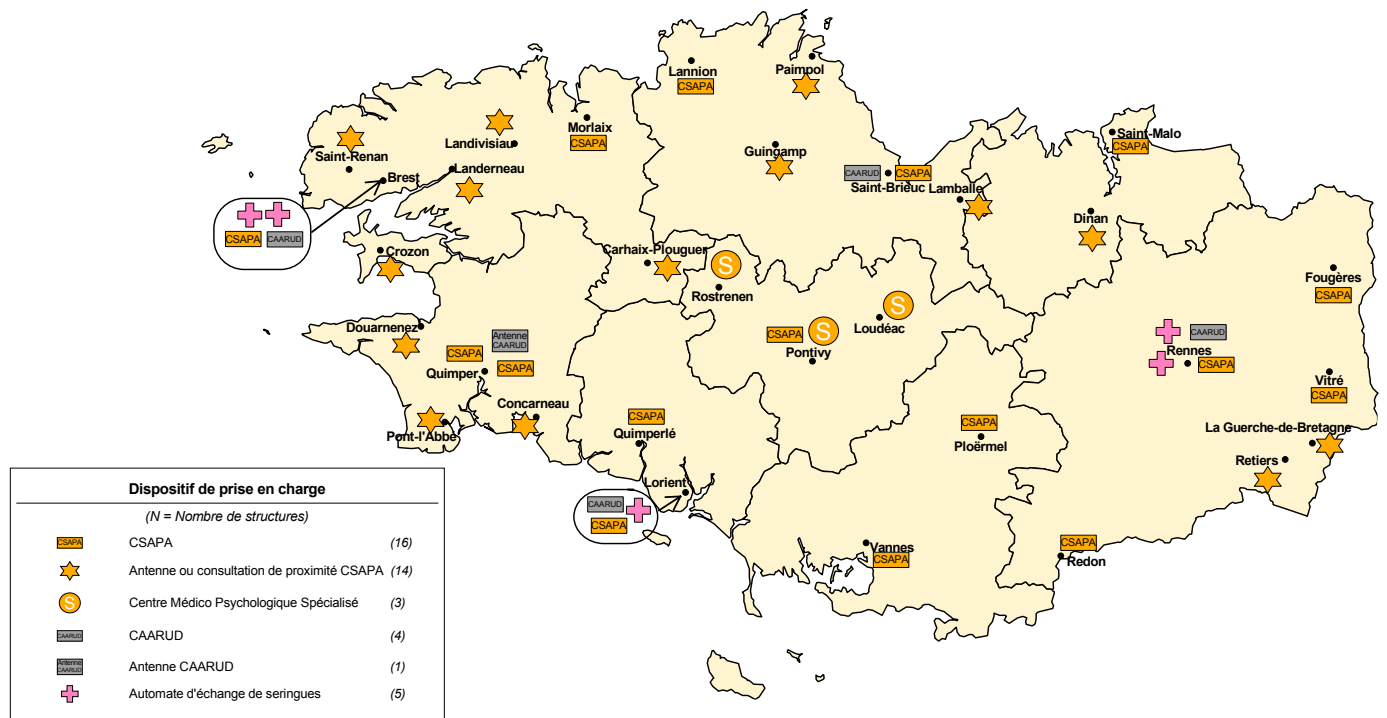
Les CAARUD

Les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) sont très majoritairement en contact avec une population d'usagers de drogues « actifs », en demande de soins ou non et qui pour beaucoup d'entre eux sont considérés comme étant en situation précaire modérée ou forte. Ils assurent un accueil inconditionnel des personnes en difficulté vis-à-vis des produits psychotropes et développent de nombreuses activités « hors les murs » dans l'espace urbain, rural et en milieu festif. Ces établissements assurent également auprès de ces publics des actions de prévention aux usages à risques (information, distribution de matériel à usage unique, prévention VIH, hépatite et IST...) et des actions de dépistage et vaccination.

Les structures de réduction des risques en milieu festif

Sur la région Bretagne, ce sont essentiellement les CAARUD et le Collectif régional l'Orange Bleue qui, dans le cadre de leurs missions, interviennent en milieu festif (frees, multisons festivals, concerts...) afin de prévenir et de réduire les risques liés à la fête (usages de produits psychoactifs, sexualité...).

Les dispositifs de soins ambulatoires et de réduction des risques en Bretagne - Situation au 1<sup>er</sup> juillet 2012





## PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

## ■ Cartographie régionale des dispositifs de prise en charge

*Les dispositifs de prise en charge hospitalière et les appartements de coordination thérapeutique en Bretagne***Les dispositifs de prise en charge hospitalière spécialisés en addictologie**

La filière hospitalière de soins addictologiques doit permettre à chaque personne ayant une conduite addictive, d'accéder à une prise en charge globale, graduée selon la sévérité de l'addiction, et les éventuelles comorbidités somatiques, psychiatriques, psychologiques. Elle comprend des consultations, des équipes de liaison, des hospitalisations de jour, des hospitalisations complètes, et des soins de suites et de réadaptation. La prise en charge en hospitalisation complète ou de jour est appropriée pour des patients présentant une problématique grave et complexe (intoxication sévère, overdoses, complications somatiques, comorbidités psychiatriques, échec de traitement entrepris en ambulatoire). D'une manière générale, les établissements hospitaliers s'articulent avec les dispositifs médico-sociaux et la médecine de ville (en amont et en aval).

La filière hospitalière de soins en addictologie est organisée en trois niveaux :

- le niveau I : Il assure les réponses de proximité, y compris les sevrages simples,
- le niveau II : Il propose des prises en charge spécialisées (sevrages et soins résidentiels complexes),
- le niveau III (implanté dans les Centres Hospitaliers Universitaires) : Il propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II mais constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation et de recherche.

D'autres structures, en particulier les établissements de soins en santé mentale, contribuent à la prise en charge de patients présentant des conduites addictives.

**Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)**

L'équipe de liaison en addictologie intervient dans l'ensemble des services afin d'aider au repérage d'une conduite addictive chez les patients hospitalisés. Elle a donc une fonction transversale au sein des établissements de santé en facilitant l'engagement des patients dans une démarche de soins spécialisée en addictologie. L'équipe de liaison assure un rôle d'aide au repérage, d'évaluation, d'orientation du patient. Elle sensibilise et forme les équipes soignantes à la clinique addictologique.

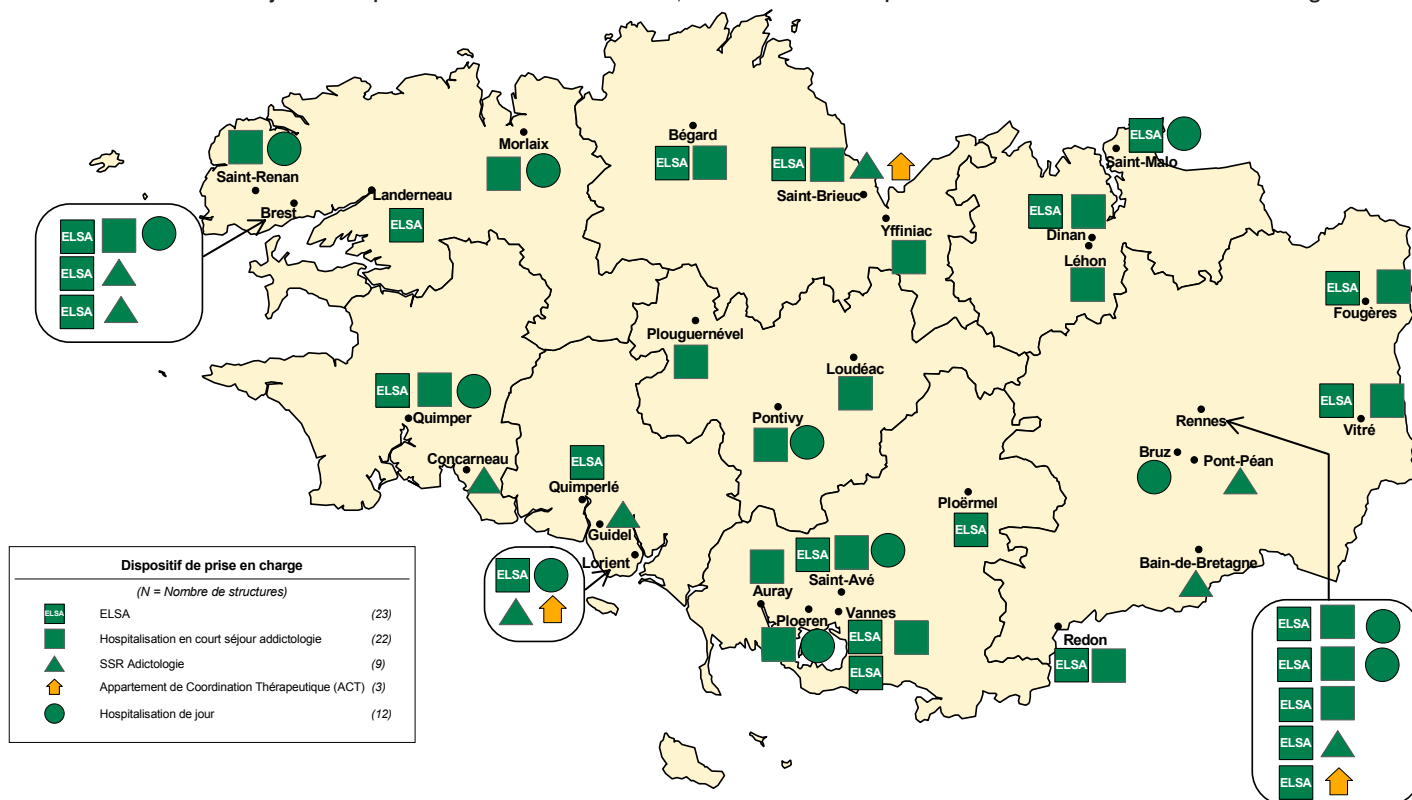
**Les soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A)**

Les soins de suite et de réadaptation en addictologie mettent en œuvre les moyens visant à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive. En plus d'assurer un suivi médical, des programmes psychothérapeutiques, socio-éducatifs sont proposés afin de consolider l'abstinence, prévenir la rechute et restaurer la personne sur les plans biologique, psychologique et social. Les SSR interviennent généralement après un sevrage.

**Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)**

Les appartements de coordination thérapeutique sont des structures médico-sociales qui permettent un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ce dispositif permet de travailler sur la problématique de santé et notamment des addictions et représente une opportunité pour les usagers d'acquies une plus grande autonomie et de restaurer des liens sociaux. Le cadre du projet de soins implique des dimensions d'accompagnement psycho-socio-éducatif et médicales et permet d'améliorer l'observance des traitements et la réinsertion socioprofessionnelle. En Bretagne, seuls les ACT implantés à Lorient sont dédiés à l'addictologie.

Les dispositifs de prise en charge hospitalière et d'appartement de coordination thérapeutique selon la commune d'implantation de l'établissement de rattachement - Situation au 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour toutes les structures sauf ELSA, données issues de l'enquête ELSA 2011 sur l'activité 2010 de l'ARS Bretagne



■ Cartographie régionale des dispositifs de prise en charge

Les dispositifs d'accueil, d'écoute et de soutien en Bretagne

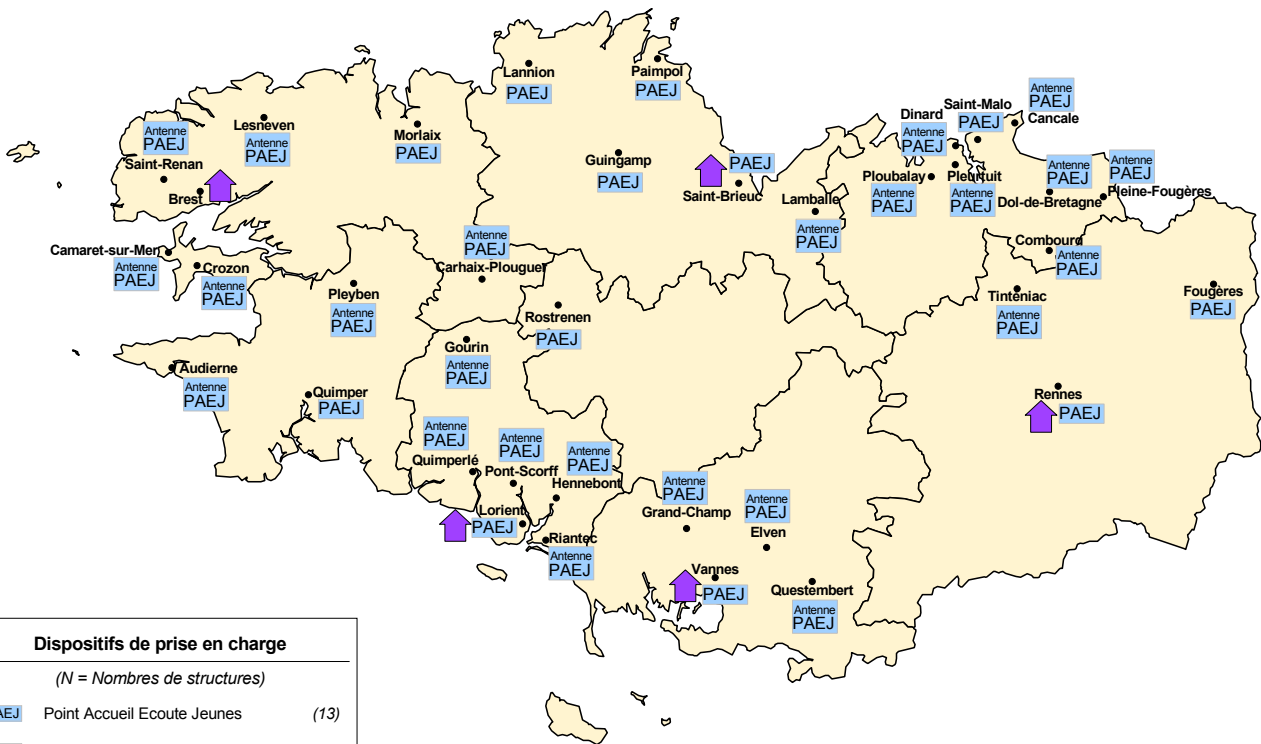
Les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ)

Les PAEJ sont des espaces de proximité qui ont une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation auprès des jeunes de 12 à 25 ans qui rencontrent des difficultés (conflits familiaux, mal être, échec scolaire) et qui se sentent isolés et confrontés à des situations à risque (usage d'alcool, de cannabis, violence). L'accès est anonyme et gratuit.

Les maisons des adolescents

Les maisons des adolescents assurent des missions d'accueil, d'écoute et d'information, d'évaluation des situations et d'orientation pour les adolescents dans leur globalité. Elles sont également des lieux de mise en synergie des professionnels concernés par cette population, et constituent un lieux ressource pour les parents. Ces structures sont composées d'équipes pluridisciplinaires qui fonctionnent en collaboration avec l'ensemble des partenaires locaux (hôpitaux, services sociaux, missions locales, justice, éducation nationale...).

Les dispositifs d'accueil, d'écoute et de soutien pour les jeunes en Bretagne - Situation au 1<sup>er</sup> juillet 2012



Dispositifs de prise en charge		
(N = Nombres de structures)		
PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes	(13)
Antenne PAEJ	Antenne Point Accueil Ecoute Jeunes	(24)
🏠	Maison des adolescents	(5)

Source : CIRDD Bretagne (répertoire des ressources en addictologie), exploitation ORS Bretagne

📌 Consultations jeunes consommateurs

Gratuites et anonymes, ces consultations sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, alcool, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles avec ou sans leur enfant afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter. Ces consultations sont généralement gérées par les CSAPA.

Les consultations doivent assurer : accueil, information, évaluation, prise en charge brève et orientation si nécessaire.

La Fédération d'addictologie a réalisé un guide sur ces consultations.

<http://www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne/>

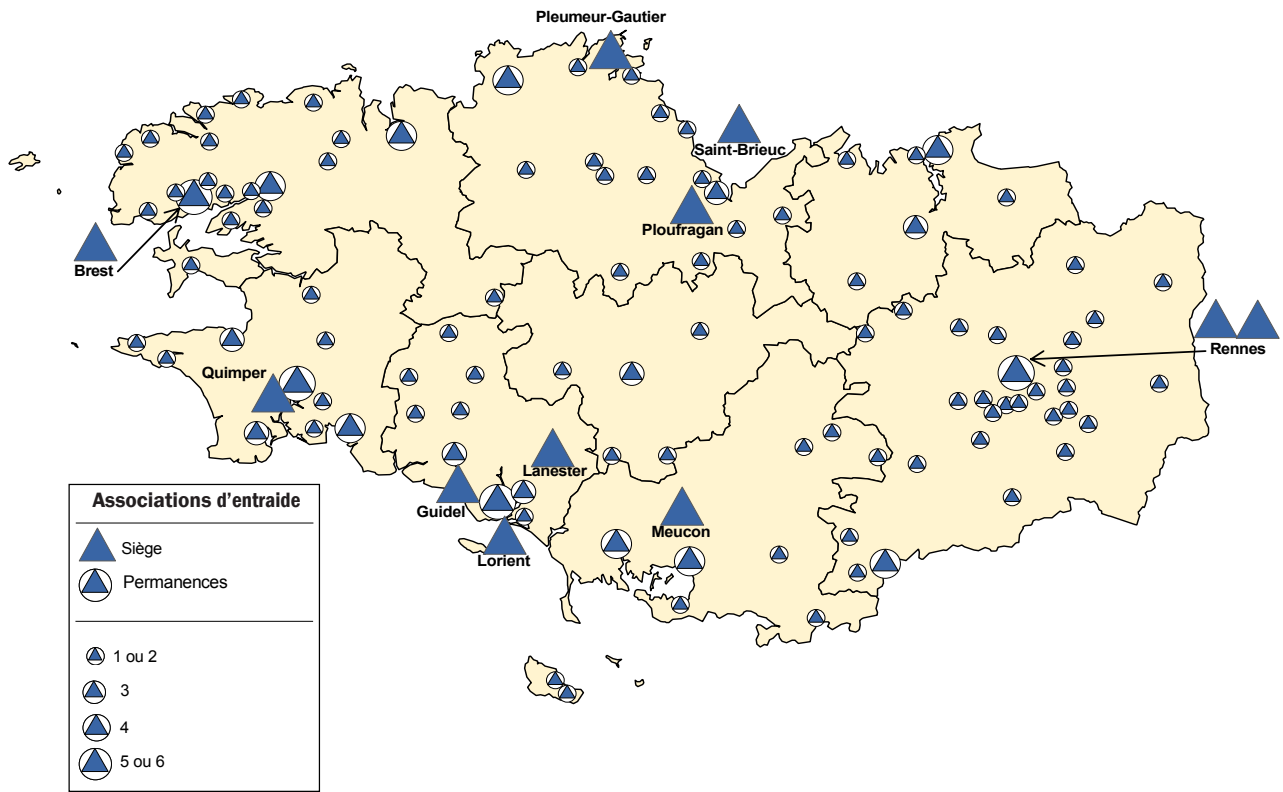
**PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT**

■ **Cartographie régionale des dispositifs de prise en charge**

*Les associations d'entraide en Bretagne*

Ce sont le plus souvent des associations d'aide et d'accompagnement des personnes en réflexion ou en difficulté avec l'alcool. Elles informent et accompagnent aussi l'entourage. Une de leurs particularités est le regroupement de personnes qui partagent le même problème.

Les associations d'entraide en Bretagne - Situation au 1<sup>er</sup> juillet 2012



Source : CIRDD Bretagne (répertoire des ressources en addictologie), ARS Bretagne, exploitation ORS Bretagne



# point de vue

LE POINT DE VUE DU DOCTEUR CHRISTINE LATIMIER\*

La file active «groupe drogues illicites» des CSAPA bretons est plus jeune qu'ailleurs en France. Cette spécificité est à relier au fait que les CSAPA bretons ont été choisis par les DDASS et les préfetures en 2004 pour mettre en place les consultations jeunes consommateurs, alors que dans d'autres régions les CJC ont été portées par des structures différentes (villes, PAEJ...). Cette décision a créé un flux vers les CSAPA, qui ont pu développer des partenariats : maisons des ados, missions locales, PJJ. Les CSAPA en créant des consultations avancées, sur les lieux où sont les jeunes et en offrant aux jeunes les plus en difficulté le plateau technique du CSAPA, ont été identifiés comme lieux ressource addiction pour les jeunes et leur entourage.

Si on regarde l'enquête RELION, on note qu'en Bretagne les actions de prévention des addictions sont menées à 32% par des structures de soins, alors que dans le reste de la France seulement 18% des structures interviennent. Cette particularité permet aux CSAPA bretons de faire de l'intervention précoce, de rencontrer les jeunes en amont du soin. Cet engagement facilite l'accès des jeunes aux centres, et construit un continuum.

Les consultations du «groupe alcool» sont significatives de l'offre de soins sur un territoire. Dans le Morbihan, le taux de consultations est plus bas que dans les autres départements car l'offre de soins alcool y est assez fournie : 3 centres de cures portés par les hôpitaux généraux, consultations dans les centres hospitaliers spécialisés, dans les cliniques privées. Dans les Côtes d'Armor, où le taux de consultations est élevé, certains territoires ont comme offre quasi exclusive le CSAPA porté par le centre hospitalier spécialisé. Cependant, dans le Morbihan, où les CSAPA sont généralistes depuis 2004, il faut se poser la question de la clinique; quand on prend en charge les patients addicts, faisons nous assez de place aux patients alcool, prêtons nous assez d'attention à ces personnes qui voudraient se faire oublier. Ne sommes nous pas happés par les patients consommateurs de drogues illicites, en développant l'accès aux traitements de substitution les CSAPA sont devenus des lieux privilégiés de soins pour les héroïnomanes. Le CSAPA doit se prémunir du déni de l'alcool.

\* Médecin coordinateur CSAPA Douar Nevez



Un éclairage  
sur les prises en charge  
en Centres de soins  
d'accompagnement et de  
prévention en addictologie

## PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

## ■ Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

## LES CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Ce sont des structures médico-sociales résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (anciennement Centre de cure ambulatoire en Alcoologie : CCAA et Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes : CSST), prévu par le décret du 14 mai 2007 ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08\\_79t0.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf)).

Les CSAPA peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901. Ils ont vocation à accueillir des personnes en relation de dépendance plus ou moins forte et néfaste à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...) ainsi que leur entourage (parents, conjoints, famille, amis).

## L'activité des CSAPA

## Prise en charge des consommateurs d'alcool : le niveau de la Bretagne supérieur à celui de la France

En 2009, on relève une file active de 9 015 patients pour consultations en lien avec un problème d'alcool dans les CSAPA bretons, soit un taux de 4,7 consultations pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans. La Bretagne affiche un recours supérieur à celui de la France (3,5).

Trois départements bretons (Côtes d'Armor, Ille-et-Vilaine et Finistère) sont situés à un niveau supérieur à celui de la France. Parmi ceux-ci, les Côtes d'Armor se démarquent très nettement avec un niveau largement supérieur aux autres départements pour 1 000 habitants (de 20 à 70 ans). Le Morbihan présente pour sa part un nombre de consultations sensiblement similaire à celui de la France.

En termes d'évolution, globalement les départements bretons présentent une évolution du taux de consultations sensiblement orientée à la hausse. C'est le cas aussi pour le reste de la France.

## Prise en charge des usagers de drogues : une situation contrastée entre les départements bretons

En 2009, on relève une file active de 4 704 patients pour consultations en lien avec une consommation de drogues illicites dans les CSAPA bretons, soit un taux de 61,3 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. La Bretagne affiche un recours inférieur à celui de la France (67,1).

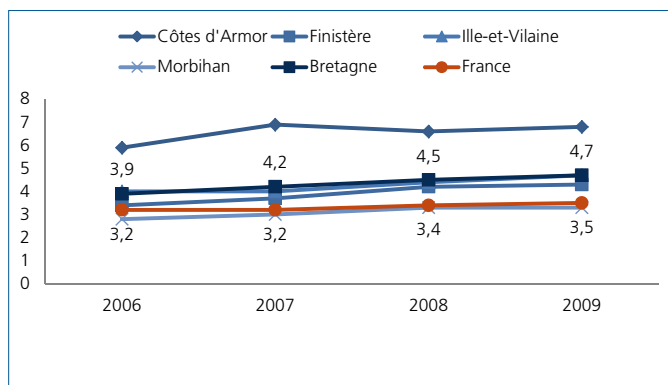
La situation est très contrastée entre les départements bretons. Deux départements présentent un niveau très inférieur à celui de la France pour 10 000 habitants (âgés de 20 à 39 ans) : les Côtes d'Armor et le Finistère. Si leurs niveaux respectifs sont inférieurs, les évolutions pour ces deux départements sont orientées à la hausse depuis 2007. La situation des deux autres départements bretons diffère. En effet, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan se situent bien au-dessus du niveau de la France, et de plus présentent une orientation à la hausse du recours au CSAPA. Cette hausse est particulièrement marquée pour le Morbihan entre 2007 et 2009 : + 63%. Le développement de l'offre de soins dans ce département peut être l'une des causes de l'augmentation observée. Cette progression est moins importante dans les trois autres départements : Ille-et-Vilaine (+ 10%), Finistère (+ 13%), Côtes d'Armor (+ 6%), sur la même période.

Consultations pour problème d'alcool dans les CSAPA en 2009  
File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes d'Armor	2 386	6,8
Finistère	2 337	4,3
Ille-et-Vilaine	2 842	4,7
Morbihan	1 450	3,3
<b>Bretagne</b>	<b>9 015</b>	<b>4,7</b>
<b>France</b>	<b>140 701</b>	<b>3,5</b>

Source : OFDT-ILIAD 2009, exploitation CIRDD Bretagne

## Evolution des consultations pour problème d'alcool pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans dans les CSAPA



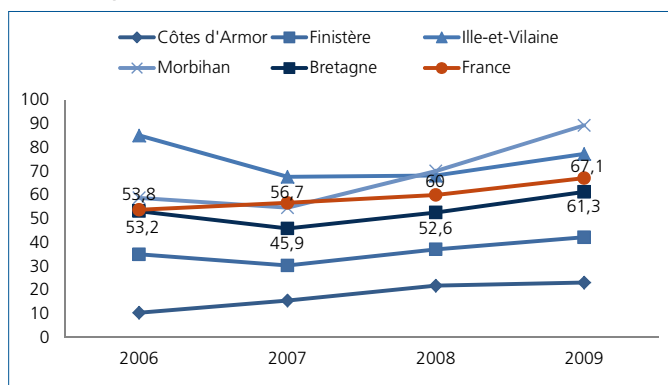
Source : OFDT-ILIAD 2009, exploitation CIRDD Bretagne

Consultations pour problème de drogues illicites dans les CSAPA en 2009  
File active et taux de consultation pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes d'Armor	288	23,1
Finistère	899	42,2
Ille-et-Vilaine	2 065	77,3
Morbihan	1 452	89,4
<b>Bretagne</b>	<b>4 704</b>	<b>61,3</b>
<b>France</b>	<b>111 655</b>	<b>67,1</b>

Source : OFDT-ILIAD 2009, exploitation CIRDD Bretagne

## Evolution des consultations pour problème d'alcool pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans dans les CSAPA



Source : OFDT-ILIAD 2009, exploitation CIRDD Bretagne

■ L'activité des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

▼ RECUEIL COMMUN SUR LES ADDICTIONS ET LES PRISES EN CHARGE (RECAP)

Mis en place en 2005 par l'OFDT, RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et depuis leur création, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des modes de collecte de données dans le champ des addictions au niveau national et au niveau européen.

Ce recueil permet d'avoir des éléments sur le volume de la file active mais également de décrire les patients pris en charge (caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et ensemble des éléments relatifs à la prise en charge). Limite du recueil de données : l'ensemble des centres de soins en Bretagne participe à ce recueil mais les systèmes informatiques n'étant pas homogènes, ce recueil n'est pas exhaustif.

Les principales caractéristiques générales de la file active usagers de drogues illicites

Une large majorité de patients hommes...

Depuis 2006, en Bretagne comme en France, la file active des patients pris en charge dans les CSAPA est constituée très majoritairement d'hommes (plus de 8 personnes sur 10).

...nettement plus jeunes en Bretagne qu'en France (28 ans contre 34 ans)

Depuis 2006, en Bretagne comme en France, si l'âge moyen des patients pris en charge dans les CSAPA évolue peu, en revanche, les patients bretons apparaissent nettement plus jeunes que les français : en moyenne 27,5 ans contre 35 ans en 2009. Une explication possible à cette différence peut être l'absence d'exhaustivité du recueil de données à l'échelle de la Bretagne.

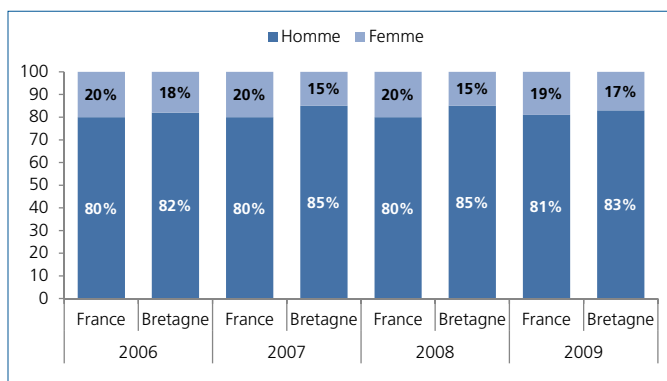
Une majorité de patients âgés de 20 à 39 ans : 3 patients sur 4 ont entre 20 et 39 ans

En 2009, en Bretagne, les trois quarts des patients (74%) pris en charge pour usages de drogues illicites (opiacés-cocaïne) ont entre 20 et 39 ans, cette part varie peu depuis 2006. La part des moins de 20 ans, stable en 2006 et 2007 a diminué en 2008 avant de s'accroître en 2009 pour atteindre 17%. Les évolutions chez les plus jeunes se répercutent inversement chez les plus âgés qui représentent près d'un patient sur 10 en 2009.

Des modes d'adressage multiples pour les patients

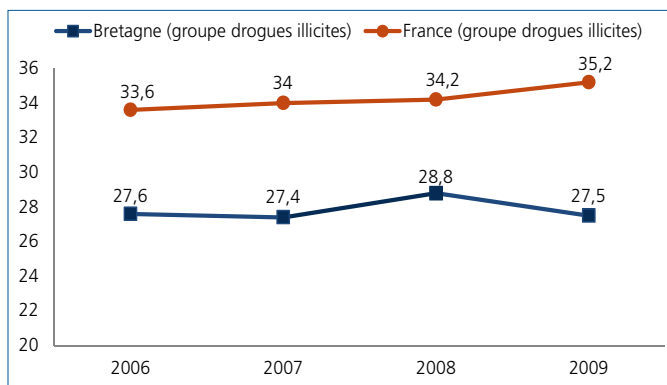
En 2008, en Bretagne, le mode d'adressage des patients pris en charge pour usages de drogues illicites (opiacés-cocaïne) résulte le plus fréquemment d'une mesure judiciaire (38%) pour classement avec orientation ou pour obligation de soins, du patient lui-même (31%) ou de ses proches (8%), d'un médecin de ville (9%) et dans une moindre mesure d'un CSST assimilé (4%) ou d'un autre hôpital ou établissement sanitaire (4%) : à eux sept, ces modes concernent plus de 9 patients sur 10. La répartition des modes d'adressage a évolué entre 2006 et 2008 : les patients ou leurs proches sont de moins en moins fréquemment à l'initiative de la prise en charge et les patients adressés par un autre hôpital/établissement sanitaire sont aussi moins nombreux, à l'inverse la part des orientations de la justice a augmenté tout comme les adressages par un médecin de ville tandis que la part des patients adressés par un CSST ou assimilé est restée relativement stable.

Répartition par sexe des patients pris en charge dans les CSAPA



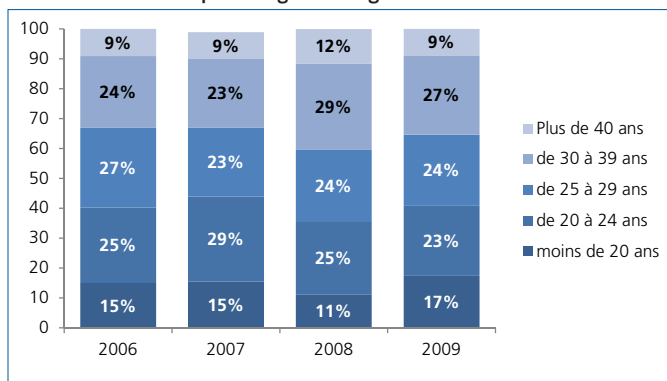
Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

Age moyen des patients pris en charge dans les CSAPA



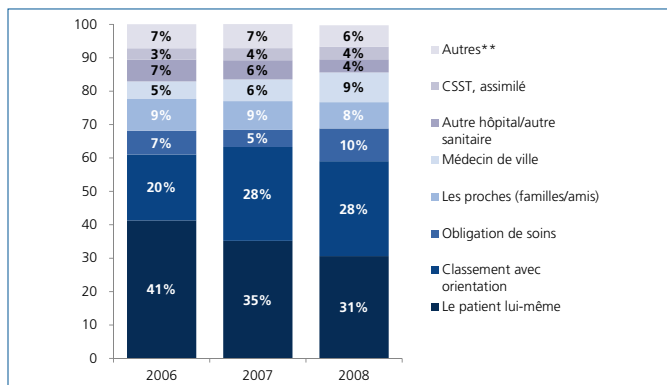
Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

Répartition par âge des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge pour usages de drogues illicites



Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

Répartition par mode d'adressage des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge pour usages de drogues illicites\*



Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

\*Données non exploitables en 2009

\*\*Les autres modes d'adressage comprennent les injonctions thérapeutiques, les structures de RDR, le milieu scolaire ou universitaire, les structures spécialisées en alcoologie, les institutions et les services sociaux, les autres mesures judiciaires que le classement avec orientation et l'obligation de soins...

## PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

### ■ Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

#### Une baisse des primo-consultants en 2009

En 2009, 44% des patients sont pris en charge pour la 1<sup>ère</sup> fois par le CSAPA, 33% sont en cours de suivi et 23% ont été pris en charge antérieurement. Cette répartition a varié selon les années. Le volume des patients primo-consultants qui représentait en 2006 et 2007 plus de la moitié des patients tend à se réduire (baisse de 34% entre 2007 et 2009). Cette diminution se répercute non seulement sur le volume des patients qui sont en cours de suivi actuellement (+ 30% entre 2007 et 2009) mais surtout sur des patients ayant déjà été pris en charge antérieurement (+ 193% entre 2007 et 2009).

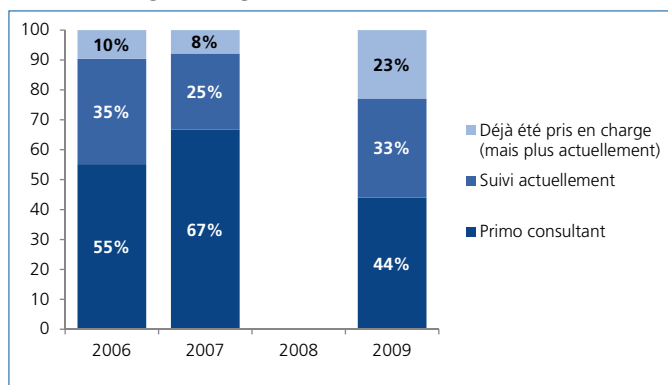
#### Un niveau important de polyconsommations (groupe drogues illicites) : plus d'un patient sur 10 consomme 4 produits ou plus

En 2009, en Bretagne, plus d'un patient sur 2 (57%) est un polyconsommateur et plus d'un patient sur 10 (14%) associe 4 produits ou plus. Les données sont relativement fluctuantes d'une année sur l'autre. Si les consommations de deux ou trois produits semblent plutôt être orientées à la baisse, à l'inverse les polyconsommations portant sur quatre produits ou plus sont en constante augmentation depuis 2007.

#### Les principaux produits consommés : cannabis, tabac et alcool

Le cannabis et le tabac se démarquent très largement des autres produits. Le cannabis est le produit dont l'itération de consommation est la plus élevée (74% en 2009). Le tabac arrive en seconde position mais avec une augmentation en quatre ans très importante : + 71%. Assez loin derrière, à des niveaux assez proches, on trouve l'alcool et l'héroïne, dont les variations sur la période observée sont relativement peu importantes (niveau se situant aux alentours respectivement de 35 et 30%). A un niveau moindre, inférieur à 20%, on retrouve la cocaïne. Les autres produits présentent des niveaux beaucoup plus faibles.

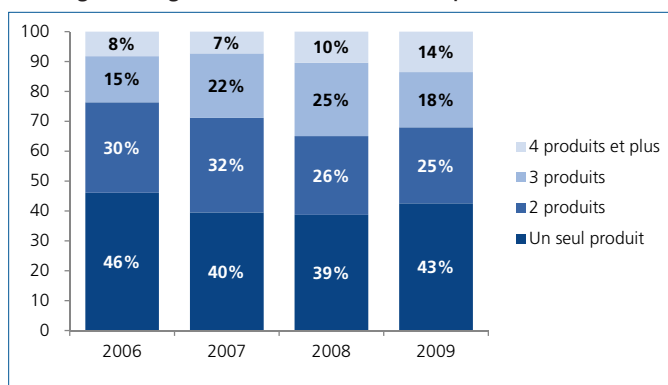
Répartition des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge pour usages de drogues illicites selon la nature du suivi\*



Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

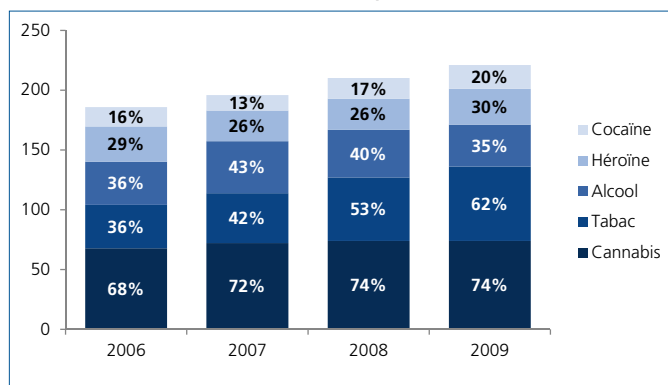
\*Données non exploitables en 2008

Répartition des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge pour usages de drogues illicites selon le nombre de produits consommés



Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne

Répartition suivant les produits consommés, quel que soit le rang de citation du produit



Source : OFDT-RECAP 2006-2009, exploitation CIRDD Bretagne



# point de vue

## LE POINT DE VUE DU GROUPE RDR EN BRETAGNE\*

Concernant l'augmentation linéaire des ventes de matériel d'injection en pharmacie sur la dernière décennie, deux hypothèses peuvent être formulées, soit il y a une augmentation du nombre d'injecteurs en Bretagne, soit le message de réduction des risques sur l'utilisation de matériel stérile a cheminé auprès des usagers. Ces derniers choisissent alors de se procurer régulièrement du matériel stérile afin d'éviter les réutilisations, ce qui impacte sur la quantité de matériel diffusé. De plus, les outils de réduction des risques disponibles sont relativement nombreux et diversifiés. Des innovations apparaissent régulièrement. Les mises à disposition de nouveaux outils entraînent généralement une forte augmentation de la distribution. Les pharmacies sont plus ou moins sensibilisées sur cette thématique. Pourtant, certaines pharmacies en milieu rural sont clairement identifiées par des usagers de drogues et peuvent avoir dans ce cas une file active importante d'usagers de drogues. Ce constat peut être fait sur l'ensemble des départements bretons.

Le Finistère est le seul département pour lequel les pharmacies sont le premier diffuseur de matériel d'injection. L'explication est sans doute à rechercher sur la spécificité géographique du département avec deux pôles urbains importants (Brest et Quimper) pour lesquels le rayonnement du CAARUD est important. Pour les autres communes, la diffusion du matériel doit se faire par le biais des pharmacies. De plus, il existe peut-être une prévalence plus importante des injecteurs en milieu rural sur ce département. A Lorient, département pour lequel on observe une augmentation importante de la distribution de ce matériel, depuis sa création en 2007, le CAARUD a recentré son activité sur les injecteurs avec une augmentation de la file active de la part représentée par ce type d'utilisateur (passage de 45% à 80%). Cette augmentation entraîne mécaniquement plus de distribution de matériel d'injection. Plus généralement sur la région, les CAARUD commencent à avoir un peu d'ancienneté et un ancrage relativement fort auprès de la population usagère de drogues. Il existe un fort besoin d'accès à du matériel gratuit. Toutefois, les usagers ne viennent pas uniquement pour se procurer du matériel mais également pour le contact humain.

Outre les CAARUD et les pharmacies, les automates sont un autre vecteur de distribution de matériel d'injection. Les distributeurs sur la région n'ont pas tous les mêmes capacités de fonctionnement. Sur Rennes, les deux distributeurs fonctionnent au maximum de leur capacité ; à Lorient, le distributeur fonctionne à moitié de sa capacité. Sur Brest, le changement de matériel a pu entraîner un impact sur le volume de Kit distribué. Les distributeurs sont implantés uniquement dans des villes à densité importante de population. Il est certainement plus difficile d'installer des automates en milieu rural du fait d'une visibilité pour l'utilisation. Des réflexions seraient à entamer pour pallier à cette difficulté, comme par exemple l'envoi de matériel par la voie postale.

\* Guillaume Girard (L'Orange Bleue), Typhaine Bhir Othmann & David Artaud (Le Break), Guillaume Jegousse, Astrid Poly & Julie Le Bourhis (Le Pare-à-Chutes), Isabelle Pêcheur (Interm'AIDES), Stéphanie Le Friec & Maël Guillamet (AIDES 29) Isabelle Stéphant (AIDES Bretagne)

Un éclairage  
sur la réduction des  
risques en Bretagne





## Les usagers des CAARUD de Bretagne en 2008

### LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la 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 ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R.3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un CSST (article R. 3121-33-3 du CSP).

[www.lalettredelamiltdt.fr/uploaded...n.../circulaire-caarud-2006.doc](http://www.lalettredelamiltdt.fr/uploaded...n.../circulaire-caarud-2006.doc)

### Des usagers plus jeunes fréquentant les CAARUD en Bretagne...

Au niveau national, près d'un usager sur deux (49%) a 35 ans ou plus. En Bretagne, cette tranche d'âge ne concerne qu'un usager sur trois. Les moins de 25 ans et les 25-34 ans sont davantage représentés en Bretagne et notamment ces derniers : 42,2% contre 33% en France.

### ... Et mieux insérés socialement

En Bretagne, il y a davantage d'usagers ayant un logement durable : 62,5% contre 50,7% en France. Concernant le type de ressources financières, en Bretagne on trouve davantage d'usagers ayant des revenus d'emplois : 23,3% contre 13,4% en France.

Ces deux éléments montrent une meilleure insertion sociale (logement et travail) chez les usagers des CAARUD en Bretagne.

### Un recours moindre à la substitution aux opiacés...

En Bretagne, près d'un usager sur deux n'a pas recours à un traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine, Méthadone, Sulfate de Morphine). C'est sensiblement plus qu'en France : 48,9% contre 43,7%. Si ce recours aux TSO en général est moindre en Bretagne, on remarque par contre que le recours à la Méthadone est important : 23,3% contre 19,6% en France.

### Plus d'injecteurs

L'utilisation de la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours semble davantage utilisée par les usagers de CAARUD bretons : 55,6% contre 46,2% en France.

### Moins d'usagers séropositifs en Bretagne

En termes de contamination au VIH, 2,7% des usagers sont séropositifs contre 6% en France.

Ce constat est cohérent avec les données sur les maladies infectieuses liées aux drogues en Bretagne.

Concernant le VHC, il n'y a pas de distinction entre la France et la Bretagne.

### En Bretagne, davantage d'usagers en difficulté avec une consommation d'héroïne

Comparativement à la France, il y a davantage d'usagers faisant état d'une réelle difficulté concernant une consommation d'héroïne : 28,6% contre 12,6% en France.

### Variables socio-démographiques

		Bretagne	France
<b>Sexe</b>	homme	76,7%	78,3%
	femme	23,3%	21,7%
<b>Age</b>	moins de 25 ans	25,6%	18,2%
	25-34 ans	42,2%	33,0%
	35 ans et plus	32,2%	48,8%
<b>Logement</b>	durable	62,5%	50,7%
	provisoire	13,6%	19,7%
	squat	13,6%	11,1%
	SDF	10,2%	18,5%
<b>Ressources</b>	revenus d'emplois sociaux	53,3%	51,7%
	revenus d'emplois	23,3%	13,4%
	pas de revenus	16,7%	26,5%
	allocations chômage	6,7%	8,4%

Source : enquête ENa-CAARUD - OFDT (2008)

### Recours au traitement de substitution aux opiacés

TSO	Bretagne	France
Non	48,9%	43,7%
BHD	24,4%	32,3%
Méthadone	23,3%	19,6%
Sulfate de morphine	3,3%	3,2%
Autre médicament	0%	1,2%

Source : enquête ENa-CAARUD - OFDT (2008)

### Utilisation de la voie intra-veineuse

Utilisation de la voie intraveineuse	Bretagne	France
30 derniers jours	55,6%	46,2%
Pas dans les 30 derniers jours	16,7%	18,2%
Jamais	27,8%	35%

Source : enquête ENa-CAARUD - OFDT (2008)

### VIH et VHC : sérologies

		Bretagne	France
<b>VIH</b>	a fait le test	85,6%	87,2%
	n'a pas fait le test	14,4%	12,8%
<b>Résultat VIH</b>	positif	2,7%	6%
	négatif	94,7%	90,1%
<b>VHC</b>	a fait le test	84,4%	83,8%
	n'a pas fait le test	15,6%	16,2%
<b>Résultat VHC</b>	positif	29,7%	27,8%
	négatif	67,6%	67,9%

Source : enquête ENa-CAARUD - OFDT (2008)

### Produit posant le plus de problème selon l'usager

	Bretagne	France
Héroïne	28,6%	12,6%
Buprénorphine	22,1%	21,6%
Alcool	15,6%	18,7%
Cannabis	10,4%	7,5%
Sulfate de morphine	6,5%	6,1%
Cocaïne	5,2%	7,7%

Source : enquête ENa-CAARUD - OFDT (2008)

### DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ENA-CAARUD

L'enquête ENa-CAARUD 2008 est la seconde édition de l'Enquête Nationale qui vise à décrire les usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Elle interroge, une semaine donnée (du 24 au 30 novembre pour l'exercice 2008), au sein des CAARUD toute personne usagère de drogues reçue ou rencontrée par un membre de l'équipe du CAARUD.

En 2008, 4 737 questionnaires complets ou non ont été remplis dans 123 CAARUD. Après exclusion des questionnaires ne respectant pas le protocole, l'analyse porte sur 4 487 questionnaires (n=90 en Bretagne).

## RÉDUCTION DES RISQUES

### Traitement de substitution des opiacés : Subutex® et Méthadone®

#### SUBUTEX®

La buprénorphine haut dosage (BHD hors génériques\*) est utilisée comme traitement substitutif des pharmaco-dépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. Ce produit, vendu en boîtes sous forme de comprimés destinés à la voie orale, peut être délivré sur ordonnance par un médecin libéral ou par un centre spécialisé. Depuis 2007, l'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 8 mg.

\* BHD Arrow® et BHD Merck® (devenue BHD Mylan® en 2008) ont été mis sur le marché en 2006 et 2007 aux mêmes dosages que pour la molécule princeps (0,4 mg, 2 mg et 8 mg). L'année suivante (fin 2008) ces deux laboratoires génériqueurs proposent également 3 nouveaux dosages de BHD (1, 4 et 6 mg).

#### Des ventes de Subutex® plus faibles en Bretagne

En 2009, avec 12,1 boîtes de Subutex® délivrées pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (soit plus de 93 000 boîtes de Subutex® délivrées au cours de l'année), la Bretagne se positionne au 1<sup>er</sup> rang des régions françaises où le taux est le plus faible. La moyenne française quant à elle s'établit à 23,8 boîtes pour 100 habitants de 20-39 ans ce qui correspond à près de 4 millions de boîtes délivrées en 2009.

#### Peu de variations interdépartementales

En 2009, la situation au sein de la région Bretagne est peu différenciée. Dans les Côtes d'Armor et le Morbihan, les taux de ventes de Subutex® sont équivalents à celui observé en moyenne régionale (12,1 boîtes pour 100 habitants de 20-39 ans) et ceux du Finistère et de l'Ille-et-Vilaine en sont proches, respectivement 10,7 et 14 boîtes pour 100 habitants de 20-39 ans. Cette situation se traduit également par leur rang de classement, les 4 départements bretons se situant entre la 79<sup>e</sup> et la 90<sup>e</sup> place, soit parmi les 20 départements affichant les taux de vente les plus faibles.

#### Poursuite de la baisse des ventes de Subutex® en Bretagne en 2009 imputable à l'augmentation de la part de marché des génériques

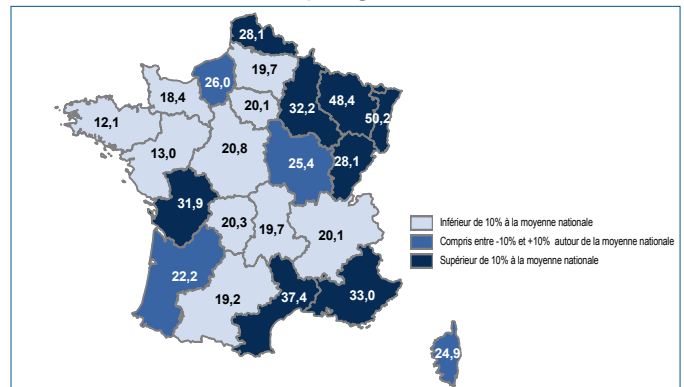
Après une augmentation constante entre 2000 et 2006, les ventes de Subutex® ont fortement diminué à partir de 2007, en raison de la mise sur le marché de la BHD générique en 2006. En 2008, à l'exception du Finistère qui affiche une hausse, les ventes de Subutex® se stabilisent dans la région et accusent une légère diminution au niveau national, l'année 2009 étant marquée par une nouvelle baisse dans la région et les 4 départements bretons.

L'OFDT estimait, en France, un taux de pénétration des génériques compris entre 15% et 20% des remboursements de BHD fin 2007 et à environ 30% fin 2009<sup>1</sup>.

#### Près de 4 800 usagers de Subutex® en Bretagne en 2010

En 2010, l'InVS estime à 4 771 le nombre d'usagers de Subutex® en Bretagne ; dont près des deux tiers se concentrent dans le Finistère (32%) et en Ille-et-Vilaine (31%), 20% dans le Morbihan et 17% dans les Côtes d'Armor. Les effectifs estimés n'ont pas cessé de croître dans la région jusqu'en 2008 pour diminuer ensuite, alors qu'en France, la diminution amorcée en 2008 ne s'est pas confirmée en 2010.

#### Ventes de Subutex® par région en France en 2009



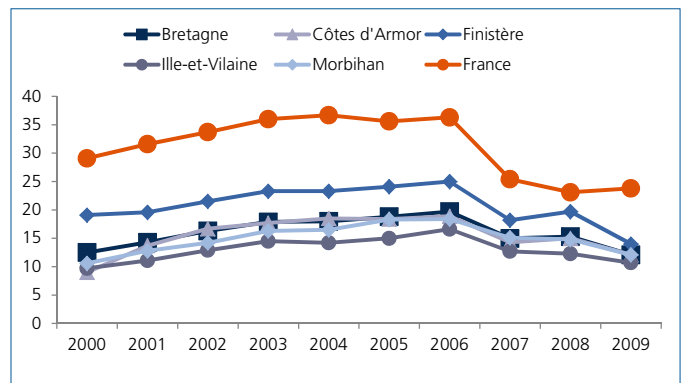
Moyenne France hexagonale : 23,8 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans  
Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Ventes de Subutex® par département en 2009

	Nombre de boîtes	Taux pour 100 hab. de 20 à 39 ans	Rang/taux	Evolution 2008/2009
Côtes d'Armor	15 122	12,1	85	-19,4%
Finistère	29 856	14	79	-29,0%
Ille-et-Vilaine	28 470	10,7	90	-15,3%
Morbihan	19 669	12,1	85	-19,1%
<b>Bretagne</b>	<b>93 117</b>	<b>12,1</b>	<b>22</b>	<b>-21,6%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>3 962 388</b>	<b>23,8</b>	<b>-</b>	<b>+2,8%</b>

Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution des ventes de Subutex® de 2001 à 2009 Taux pour 100 habitants de 20-39 ans



Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Estimation du nombre d'usagers sous Subutex® (8,10 ou 12 mg/J de BHD) en 2010

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Côtes d'Armor	471	758	840	860	897	722	811
Finistère	1 542	1 724	1 853	1 977	2 010	1 428	1 535
Ille-et-Vilaine	884	1 228	1 339	1 595	1 606	1 361	1 458
Morbihan	625	828	972	1 091	1 162	940	966
<b>Bretagne</b>	<b>3 522</b>	<b>4 538</b>	<b>5 004</b>	<b>5 523</b>	<b>5 676</b>	<b>4 452</b>	<b>4 771</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>130 364</b>	<b>197 761</b>	<b>214 795</b>	<b>219 721</b>	<b>184 275</b>	<b>189 416</b>	<b>191 944</b>

Sources : InVS - Siamois/ Estimation à partir des données du GERS, exploitation ORS Bretagne

<sup>1</sup> OFDT - Données nationales, séries statistiques « Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg, Méthadone® 60 mg) depuis 1995 ». [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/seristat/00028.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00028.xhtml)

## RÉDUCTION DES RISQUES

### ■ Traitement de substitution des opiacés : Subutex® et Méthadone®

#### MÉTHADONE®

Cette molécule\* est utilisée comme traitement substitutif des pharmaco-dépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. Lors de la prescription initiale, ce produit, vendu en flacons sous forme d'un sirop destiné à la voie orale, ne peut être prescrit que par les centres spécialisés ou par les hôpitaux. Ensuite, le relai de la prescription peut être réalisé en médecine de ville. Ce cadre légal explique la prédominance de la BHD dans la prise en charge médicale des usagers d'opiacés.

L'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

\* Une forme sèche (sous forme de gélules) préconisée chez des patients traités antérieurement par la forme sirop et stabilisés cliniquement a été mise sur le marché en 2008 (5 dosages : 1, 5, 10, 20 et 40 mg) venant compléter la gamme existante (forme sirop avec 5 dosages : 5, 10, 20, 40 et 60 mg).

#### Des ventes de Méthadone® dans la moyenne en Bretagne

En 2009, avec 49 flacons de Méthadone® pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (soit près de 376 000 flacons délivrés au cours de l'année), la Bretagne se positionne dans la moyenne des régions françaises au 10<sup>e</sup> rang. La moyenne française s'établit quant à elle à 44,4 flacons pour 100 habitants de 20-39 ans ce qui correspond à près de 7,4 millions de flacons délivrés en 2009.

#### De fortes disparités départementales

La situation dans les départements bretons n'est pas homogène et reflète de fortes disparités interdépartementales. Ainsi, le Morbihan se distingue avec le taux le plus élevé (66,7 flacons pour 100 habitants de 20-39 ans) suivis par le Finistère (57,1) et les Côtes d'Armor (48,8). Enfin, l'Ille-et-Vilaine se caractérise par le taux le plus faible (31,8 flacons pour 100 habitants de 20-39 ans, soit un taux deux fois plus faible que celui observé dans le Morbihan).

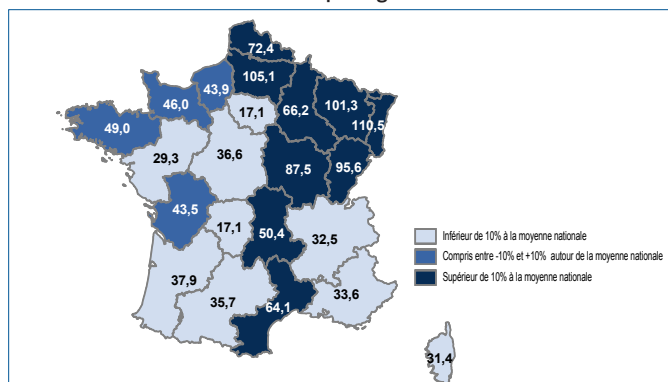
#### La croissance des ventes de Méthadone® se poursuit en 2009 sauf dans les Côtes d'Armor

Depuis 2004, les ventes de Méthadone® ne cessent d'augmenter dans la région, cette tendance se vérifie également pour tous les départements à l'exception des Côtes d'Armor qui affichent une baisse de -11% entre 2008 et 2009. Une diminution est aussi perceptible au niveau national mais à un degré moindre (-2%) que celle observée dans les Côtes d'Armor.

#### Plus de 2 700 usagers de Méthadone® en Bretagne en 2010

En 2010, l'InVS estime à 2 702 le nombre d'usagers de Méthadone® en Bretagne ; dont près du tiers (31%) se concentre dans le Finistère, 28% dans le Morbihan, 27% en Ille-et-Vilaine et 14% dans les Côtes d'Armor. Depuis 2000, quel que soit le niveau géographique pris en compte, les effectifs estimés n'ont pas cessé d'augmenter. Toutefois, la croissance se ralentit progressivement au fil des années (passant de +138% entre 2000 et 2002 à +16% entre 2008 et 2010 en Bretagne et respectivement de +66% à +2% en France).

#### Ventes de Méthadone® par région en France en 2009



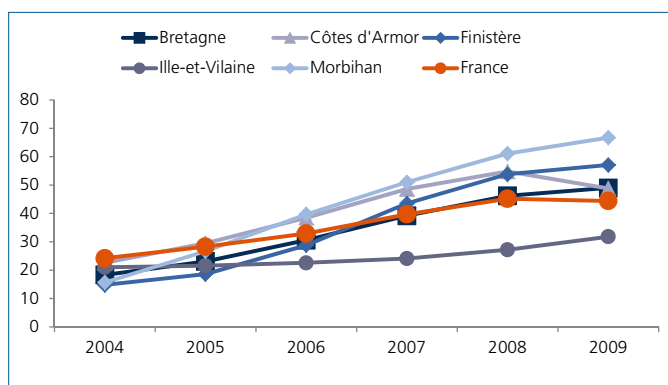
Moyenne France hexagonale : 44,4 flacons pour 100 habitants de 20 à 39 ans  
Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Ventes de méthadone® par département en 2009

Département	Nombre de flacons	Taux pour 100 hab. de 20 à 39 ans	Rang/taux	Evolution 2008/2009
Côtes d'Armor	60 790	48,8	41	-11,3%
Finistère	121 604	57,1	31	+6,1%
Ille-et-Vilaine	84 884	31,8	63	+14,5%
Morbihan	108 363	66,7	24	+8,1%
<b>Bretagne</b>	<b>375 641</b>	<b>49</b>	<b>10</b>	<b>+5,1%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>7 393 981</b>	<b>44,4</b>	<b>-</b>	<b>-2,0%</b>

Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Evolution des ventes de Méthadone® de 2001 à 2009 Taux pour 100 habitants de 20-39 ans



Sources : InVS - Siamois, Insee, OFDT - ILIAD, exploitation ORS Bretagne

#### Estimation du nombre d'usagers sous Méthadone® (60, 80 ou 100 mg/J de Méthadone) en 2010

Département	2000	2002	2004	2006	2008	2010	Evolution 2008/2010
Côtes d'Armor	21	94	188	319	447	388	-13,2%
Finistère	106	126	214	414	748	830	+11,0%
Ille-et-Vilaine	40	175	360	396	484	719	+48,6%
Morbihan	19	47	168	428	654	765	+17,0%
<b>Bretagne</b>	<b>186</b>	<b>442</b>	<b>930</b>	<b>1 557</b>	<b>2 333</b>	<b>2 702</b>	<b>+15,8%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>10 696</b>	<b>17 724</b>	<b>25 766</b>	<b>36 259</b>	<b>49 263</b>	<b>50 043</b>	<b>+1,6%</b>

Sources : InVS - Siamois/ Estimation à partir des données du GERS, exploitation ORS Bretagne

#### Pour en savoir plus

- Costes JM et al, Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006, OFDT.
- Lettre Tendances n° 65 : Canarelli T, Coquelin A, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Tendances n° 65, OFDT, Mai 2009, 6 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend65.html>
- Lettre Tendances n° 37 : Cadet-Tairou A et al, les traitements de substitution récents en France : résultats récents, Tendances n° 37, OFDT, Juin 2004, 8 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend37.html>

### ■ Traitement de substitution des opiacés : Subutex® et Méthadone®

#### ▼ MÉTHODE D'ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS SOUS SUBUTEX® ET MÉTHADONE®

En France, la prise en charge médicale des usagers d'opiacés organisée par le cadre de prescription, mis en place en 1995 (circulaire DGS/SP3 n°29 du 31 mars 1995), s'établit autour de deux médicaments, la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée sous le nom de Subutex®.

A partir des données de SIAMOIS\* et des chiffres de ventes fournis par le GERS\*\*, l'InVS réalise chaque année une estimation du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). L'évolution de la diffusion du Subutex® parmi les personnes dépendantes aux opiacés est habituellement suivie à partir d'un nombre théorique de patients traités (ou d'équivalents-patients consommant 8 mg par jour pendant un an), calculé en divisant la quantité vendue en un an (Q) par 365 (jours), puis par 8 mg. Cette dernière quantité représente la dose théorique quotidienne recommandée dans l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Pour la Méthadone®, le même principe de calcul est appliqué pour obtenir une estimation du nombre de patients théoriques recevant un traitement de substitution.

#### Limites :

- Les estimations ne prennent pas en compte les génériques de la BDH et reposent sur les données de remboursements en ville et à l'hôpital pour la Méthadone®.
- Les estimations se basent sur des posologies moyennes et non pas sur les posologies réelles.
- Le nombre de personnes ayant eu au moins une prescription d'un traitement de substitution est plus élevé que le nombre de patients théoriques du fait de la durée de traitement variable d'un patient à l'autre et de l'observance plus ou moins réelle des traitements selon les patients.

Ces limites conduisent à une possible surestimation du nombre de patients théoriques pour le Subutex® et à l'inverse à une légère sous-estimation pour la Méthadone®.

\* SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution.

\*\* GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques.

#### ▼ LES DONNÉES DE REMBOURSEMENTS DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DE LA DÉPENDANCE AUX OPIACÉS (TSO) DE L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE

Selon les dernières données du régime général de l'Assurance maladie<sup>1</sup>, l'évolution des remboursements de BHD et de ses génériques a été de + 29,3% en 6 ans entre 2004 et 2010. La BHD représente toujours au premier semestre 2010 près de 75 % de l'ensemble des prescriptions en ville en raison du cadre légal moins restrictif de sa prescription par rapport à la méthadone, le nombre total de bénéficiaires de remboursements de BHD (Subutex® et génériques de la BHD) étant de 103 014 bénéficiaires en France sur la même période.

S'agissant de la Méthadone, l'évolution des remboursements a été de +276% en 6 ans entre 2004 et 2010, le nombre total de bénéficiaires de remboursements de méthadone (formes sirop et gélule) étant de 40 595 bénéficiaires sur la même période.

<sup>1</sup> Données de remboursement en médecine de ville. [http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/b2fb75f473939d0e4f5cdf8c2c46d59f.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/b2fb75f473939d0e4f5cdf8c2c46d59f.pdf)



# point de vue

LE POINT DE VUE DU DOCTEUR XAVIER GUILLERY\*

Traitement de substitution aux opiacés, une expérimentation à Rennes de délivrance de Méthadone à accès facilité  
Le centre bas seuil dit aussi « accès facilité » fonctionne sur le principe même de la réduction des dommages.

Il prend en compte la possibilité qu'un patient puisse bénéficier d'un traitement de substitution au Chlorhydrate de méthadone alors même qu'il revendique le souhait de poursuivre ses consommations d'opiacés. Sur le plan conceptuel, cela représente une vraie révolution dans les pratiques de soin et une adaptation nécessaire des professionnels de l'addictologie œuvrant dans le champ des toxicomanies aux opiacés.

Pour autant certaines règles de fonctionnement obligent le passage des patients et la délivrance quotidienne du traitement méthadone. Après avoir bénéficié d'un entretien infirmier puis médical et après avoir réalisé un test urinaire qui objective la consommation d'opiacés, les personnes suivies au centre prennent leur traitement au centre et en présence du personnel infirmier. Enfin, pour des raisons de sécurité, ce dosage de méthadone est limité à une dose maximale de 80 mg (la dose létale étant pour une personne naïve de toute consommation d'opiacés de 1 mg par kilo). Ce passage régulier au centre de soins, cette proximité avec l'ensemble du personnel médico psychosocial et l'impact du traitement facilitent une évolution favorable du patient dans le dispositif de soin et l'amènent peu à peu à modifier ses habitudes de consommation et réduisent ses prises de risques. Les patients déposent leur histoire souvent douloureuse et sortent peu à peu des automatismes que la toxicomanie a pu induire avec le temps.

Depuis l'ouverture, il y a maintenant cinq ans, du centre d'accès facilité de Rennes, nous observons une évolution de nos pratiques avec une prise en compte plus importante des comorbidités à la fois somatiques (hépatite C et B, VIH) ainsi que des comorbidités psychiatriques nombreuses. Nous constatons aussi une évolution des populations qui fréquentent le centre à la fois dans leur parcours mais aussi dans leurs pratiques. Nous accueillons depuis trois ans plus de patients provenant de la communauté européenne notamment des pays de l'Est (Russie, Géorgie, Tchétchénie..). Ces personnes vivent dans des conditions très précaires et souffrent en plus de problématiques sociales majeures de nombreuses comorbidités somatiques et psychiques. L'accueil pluridisciplinaire offre avec le soutien de traducteurs un lieu de ressource et d'encrage.

L'évolution est aussi dans les pratiques avec de moins en moins de consommateur d'opiacés injecteurs. La préférence est alors plutôt donnée aux pratiques sniffées ou fumées. La région Bretagne est à ce titre atypique avec une proportion faible d'injecteurs d'opiacés ce qui de fait explique aussi la faible incidence des patients atteints d'une hépatite C par rapport aux autres régions de France.

Pour autant, d'autres consommations restent encore très banalisées. Le tabac, le cannabis, l'alcool, la cocaïne, sont aussi très fréquemment retrouvés dans les consommations associées. Elles peuvent représenter des obstacles importants dans l'évolution des patients et traduisent une fragilité majeure du sujet. Les produits représentent alors une fonction d'étayage et de soupape qui permettent au patient de supporter les vicissitudes de son existence. Cette fonction essentielle des substances et parfois des comportements (jeux, achats compulsifs..) dans l'économie psychique du sujet nécessite la plus grande attention et une approche globale. Elle demande aussi à se donner le temps d'une évolution possible, le temps du soignant n'étant pas toujours celui du patient. Nous avons à nous adapter tout en gardant la solidité de principes et d'un cadre thérapeutique. C'est toute l'ambivalence, la subtilité et l'originalité de la fonction accès facilité que traduisent cette réalité.

\* Médecin Addictologie, CSAPA de Rennes



Un éclairage  
sur la délivrance bas seuil  
de méthadone® en Bretagne

## RÉDUCTION DES RISQUES

### Matériel de réduction des risques

#### La distribution de matériel d'injection

La politique de réduction des risques vise à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives. Dans cette optique la diffusion de matériel stérile pour la pratique de l'injection est une des modalités utilisée afin de réduire les risques de contamination du type hépatite ou VIH.

#### Les ventes de Stéribox® en pharmacie : une progression quasi constante en Bretagne qui tend à rejoindre le niveau national

A l'échelle de la métropole française, les ventes de Stéribox® sont plutôt orientées à la baisse depuis 1999. Pour la Bretagne, la tendance est tout autre. En effet, l'orientation est en hausse constante depuis 1999. En 10 ans, le niveau de vente a quasiment doublé.

Cette progression constante en Bretagne fait que le niveau de vente de la région tend à rejoindre le niveau national. En 1999, l'écart entre la France et la Bretagne était de 10 points, en 2010, cet écart n'est plus que 2 points.

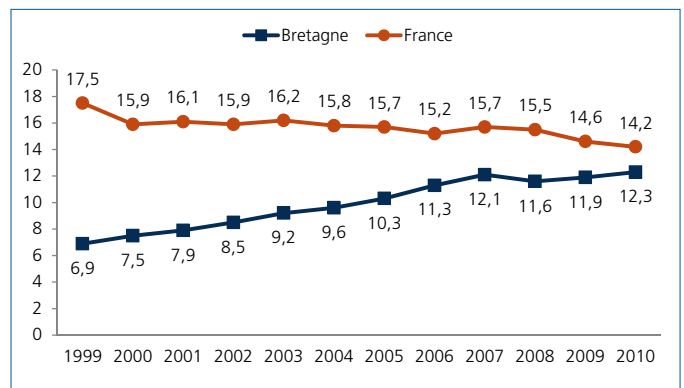
#### Des disparités entre les départements

A l'échelle des départements bretons, on remarque des disparités. En effet, si pour les quatre départements, l'évolution est orientée à la hausse depuis 1999, il existe un écart en termes de volume de vente rapporté à 100 habitants de 20 à 39 ans : le Finistère et les Côtes d'Armor ont des niveaux plus importants et se situent au-dessus de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

#### Les automates : un complément non négligeable pour la distribution du matériel d'injection

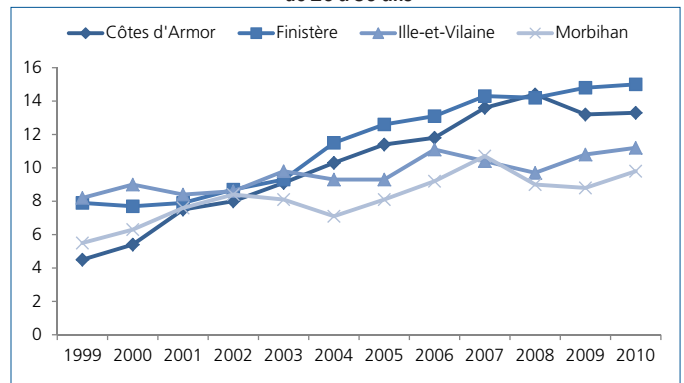
La Bretagne compte 5 automates d'échange de seringues (2 à Rennes, 2 à Brest, 1 à Lorient, cf. cartographie pages 92-94). Ces automates s'avèrent être un apport important pour la distribution du matériel d'injection pouvant venir en complément des pharmacies et des CAARUD. C'est surtout le cas pour Rennes où les deux distributeurs ont atteint depuis 2006 leur rendement maximum de fonctionnement (plus de 11 000 kits distribués par an).

Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans



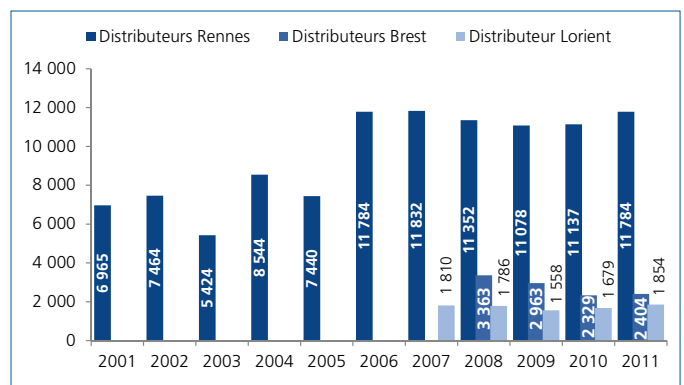
Source : OFDT- ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

Vente de Stéribox® dans les départements bretons pour 100 habitants de 20 à 39 ans



Source : OFDT- ILIAD (1999-2010), exploitation CIRDD Bretagne

Les automates d'échange de seringues en Bretagne : nombre de Stéribox® distribué



Sources : rapports d'activité AAPF (35), AIDES (29), le Pare-à-Chutes (56), exploitation CIRDD Bretagne

#### STÉRIBOX®

Trousse de prévention, nommée « le KIT+ » contenant le matériel complet pour deux injections à moindre risque : 2 seringues ; 2 tampons alcoolisés ; 2 fioles d'eau injectables ; 2 stéricups contenant une cuillère, un filtre et un tampon sec post-injection ; 1 préservatif ; 1 message de prévention.



© CIRDD Bretagne

#### CADRE JURIDIQUE

- Le décret référentiel de la Réduction des risques du 14 avril 2005 [http://90plan.ovh.net/~afmltob/doc/2005-04-15\\_Decret\\_referentiel\\_RdR.pdf](http://90plan.ovh.net/~afmltob/doc/2005-04-15_Decret_referentiel_RdR.pdf)
- Le décret CAARUD du 19 décembre 2005 apporte un cadre juridique aux équipes de terrain et garantit leur financement par l'assurance maladie. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000265437&dateTexte=&categorieLien=id>
- Une circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie accompagne l'application de ce décret. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020036.htm>

## Matériel de réduction des risques

### Le nombre total de seringues distribués dans les départements : d'importantes disparités

Le matériel d'injection peut être obtenu auprès des pharmacies, des automates d'échange de seringues (Distribox) ou bien encore auprès des CAARUD qui proposent des Kit+ ou des seringues à l'unité (1cc, 2cc). L'Ille-et-Vilaine est le département où la diffusion du matériel d'injection est la plus élevée (140 000 unités en 2010) avec un niveau stable depuis 2007. En deuxième position, on trouve le Finistère (un peu moins de 100 000 unités en 2010), avec également un niveau plutôt stable. Pour les Côtes d'Armor, le niveau est stable et représente environ 66 000 unités.

Pour le Morbihan, la situation n'est pas comparable aux départements pour lesquels on relève une situation plutôt stable. En effet, dans ce département, on observe une augmentation importante de la diffusion du matériel qui a doublé entre 2007 et 2010 (de 45 000 à 90 000 unités). Le développement de l'activité du CAARUD amène le département du Morbihan à rejoindre le niveau des autres départements.

### Les CAARUD : un lieu privilégié de diffusion du matériel d'injection

- Pour les Côtes d'Armor, on relève une équivalence de la diffusion entre les pharmacies et le CAARUD. C'est aussi le seul département breton non équipé de distributeur.

- Le Finistère est le seul département où les pharmacies sont le premier diffuseur.

- En Ille-et-Vilaine, le CAARUD diffuse pour moitié le matériel d'injection. La part représentée par les pharmacies est moins importante comparativement aux autres départements mais est compensée par une activité importante des deux distributeurs (environ 15% de la diffusion).

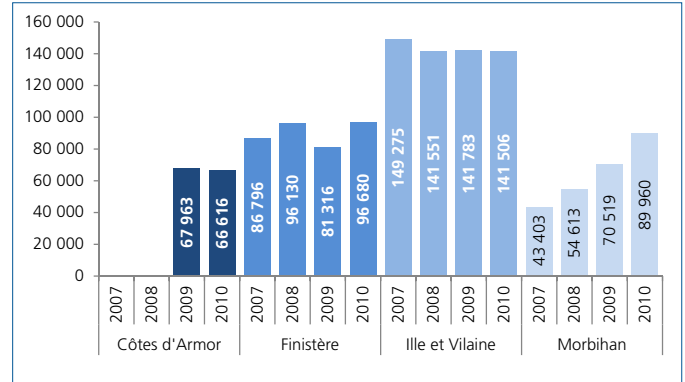
- Pour le Morbihan, sur la période observée, on remarque une montée en puissance de l'activité du CAARUD pour la diffusion du matériel d'injection, passant de 10% de la diffusion en 2007 à plus de 60% en 2010 réduisant de fait la part représentée par les pharmacies. Le développement de l'offre de prise en charge dans ce département est une des causes de l'augmentation observée.

### Autres matériels de réduction des risques

Outre le matériel dédié à l'injection, les CAARUD proposent d'autres types de matériel : les feuilles d'aluminium pour les inhalations à chaud, les Roule Ta Paille (RTP) pour la pratique du sniff, les Stérifilt® et les Stéricup® pour les préparations à l'injection. Pour ces quatre éléments, sur la période observée (2008-2011), on remarque une augmentation de la distribution. En termes d'importance de distribution, on trouve d'abord les Stéricup® avec une forte augmentation entre 2010 et 2011 (+45%). Viennent ensuite les Stérifilt®, également en augmentation mais de manière moins importante. Les deux autres types de matériels (les Roule Ta Paille et les feuilles d'aluminium) présentent un niveau de distribution moins élevé, peut être en raison de leur caractère plus récent d'apparition sur le marché, mais avec des augmentations très importantes chaque année.

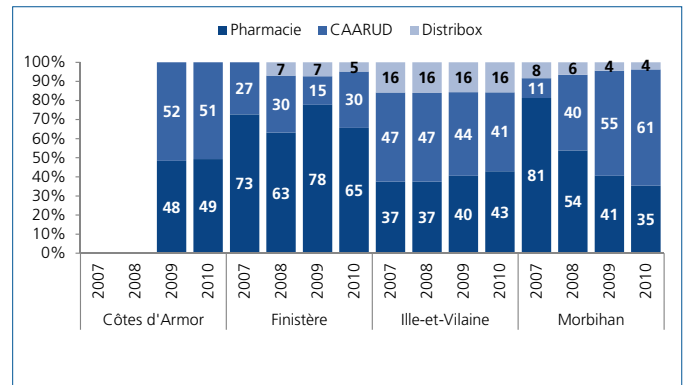
D'autres matériels sont proposés aux usagers tels les garrots ou bien encore les pipes à crack mais ils représentent un niveau beaucoup plus marginal, et les CAARUD n'en proposent pas tous systématiquement.

La diffusion du matériel d'injection dans les départements bretons (nombre de seringues)



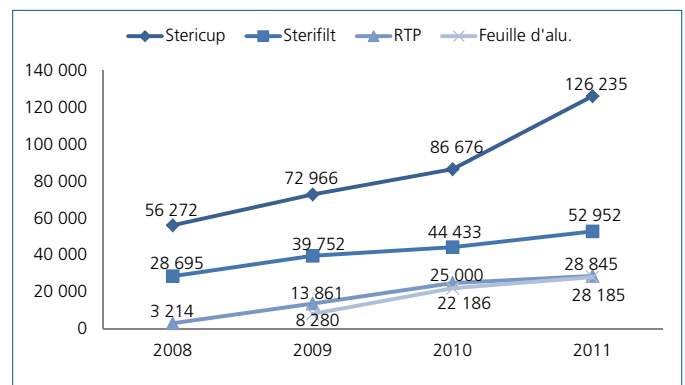
Sources : OFDT - ILIAD (2007-2010) ; rapport d'activité (2007-2010) du Break (22), AIDES (29), Intern'AIDES (35), AAPF (35), le Pare-à-Chutes (56), exploitation CIRDD Bretagne

Proportion de la diffusion en fonction des lieux



Sources : OFDT - ILIAD (2007-2010) ; rapport d'activité (2007-2010) du Break (22), AIDES (29), Intern'AIDES (35), AAPF (35), le Pare-à-Chutes (56), exploitation CIRDD Bretagne

Le matériel de RDR distribué par les CAARUD de Bretagne (nombre d'unités)



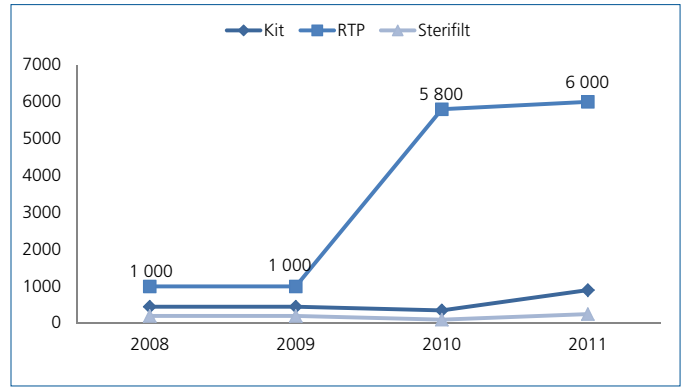
Sources : rapport d'activité (2008-2011) du Break (22), AIDES (29), Intern'AIDES (35), le Pare-à-Chutes (56), exploitation CIRDD Bretagne

## Matériel de réduction des risques

### La RDR en milieu festif

Avec une présence relativement importante au sein de l'espace festif (en moyenne 60 nuits par an de présence dans les festivals, les événements techno, les soirées étudiantes), le collectif régional l'Orange Bleue (<http://collectiforangebleue.org/>) propose du matériel de prévention et de réduction des risques. L'éthylotest est l'élément le plus distribué (plus de 10 000 chaque année). Les Roule Ta Paille sont également assez largement distribués avec notamment une forte augmentation entre 2009 et 2010. Le matériel d'injection (Kit+) quant à lui, est diffusé de manière beaucoup plus marginale. Les CAARUD ont également pour mission les interventions en milieu festif.

Matériel de RDR distribué lors d'événements festifs (nombre d'unités)



Source : rapports d'activité de l'Orange Bleue (2008-2011), exploitation CIRDD Bretagne

#### STÉRICUP®

Propriétés : diminue les complications infectieuses liées au partage et à la réutilisation des récipients de préparation de l'injection, comme les contaminations virales (VIH, hépatites B et C), les abcès, endocardites et cellulites bactériennes. Favorise l'adoption d'une technique aseptique de préparation de l'injection.

Indications : prévention des infections liées au partage des récipients de préparation de l'injection. Promotion de l'usage unique et personnel des cuillères.



© CIRDD Bretagne

#### STÉRIFILT®

Propriétés : réduit les risques liés à l'injection de particules : abcès, phlébites, "poussières", œdèmes.

Élimine 99% de la totalité des particules de plus de 10 microns. Retient trois fois moins de produit actif qu'un filtre classique.

Indications : Prévention des complications liées à l'injection de particules insolubles.

Promotion de l'usage unique des filtres. Réduction des contaminations infectieuses (VHC notamment) liées au partage, à la réutilisation et à l'emprunt des filtres.



© CIRDD Bretagne

#### ROULE TA PAILLE

Les « Roule Ta Paille » sont des carnets de feuilles collées entre elles, qui individuellement se roulent pour former des pailles destinées au sniff de produits psychoactifs.

Ces pailles à usage unique permettent d'éviter le partage de paille (facteur favorisant la transmission de l'Hépatite C).



© CIRDD Bretagne

#### FEUILLE D'ALUMINIUM

Cet outil de réduction de risques est distribué par les CAARUD et par quelques acteurs de réduction des risques en milieu festif. Il s'agit des feuilles d'aluminium. Ces dernières sont utilisées par les usagers pour « chasser le dragon » à savoir inhaler à chaud l'héroïne, et dans une moindre mesure la cocaïne. Cet aluminium spécifique est distribué par une société anglaise : exchange supplies à 1£88 le paquet de 20 feuilles, soit un peu plus de 2 €.

En termes de réduction des dommages, cet outil présente deux principaux avantages. Concernant les fumeurs d'héroïne, qui à l'accoutumé utilisent de l'aluminium alimentaire, l'usage de cet outil assure une combustion moins toxique. Cet aluminium spécifique assure aussi pour l'usager une meilleure combustion.



© CIRDD Bretagne



## 6 Glossaire

**ADAJ** : Association Départementale Alternatives Judiciaires

**ADI** : Association Drogue Information

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

**AIS** : Association pour l'Insertion Sociale

**ALS** : Affection de Longue Durée

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie

**APRAS** : Association pour la Promotion de l'Action et de l'animation Sociale

**ARJEL** : Autorité de Régulation des Jeux En Ligne

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ATIH** : Agence Technique de l'Information sur les Hospitalisations

**AUDIT (test)** : Alcohol Use Disorder Identification Test

**BAAC** : Bulletin d'Analyse d'Accident Corporel

**BHD** : Buprénorphine Haut Dosage

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**BPDJ** : Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile

**CAARUD** : Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues

**CADA** : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

**CCAA** : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie

**CCMSA** : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

**CEIP** : Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances

**CépiDc** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès

**CES** : Centre d'Examens de Santé

**CETAF** : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CIRDD** : Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

**CMPS** : Centre Médico Psychologique Spécialisé

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNAF** : Caisse Nationale des Allocations Familiales

**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CRJE** : Centre de Référence sur le Jeu Excessif

**CSAPA** : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSST** : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

**DDSP** : Direction Départementale de la Sécurité Publique

**DGDDI** : Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects

**DOM** : Département d'Outre-Mer

**DRAMES** : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense

**ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

**FNORS** : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

**GERS** : Groupement pour l'Elaboration et Réalisation de Statistiques

**HCL** : Hospices Civils de Lyon

**HIA** : Hôpital d'Instruction des Armées

**ICJE** : Indice Canadien du Jeu Excessif

**ILIAD** : Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions

**ILS** : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**INVS** : Institut national de Veille Sanitaire

**IPM** : Ivresse Publique et Manifeste

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OCRTIS** : Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants

**OEDT** : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONISR** : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**ORS** : Observatoire Régional de Santé

**PMSI - MCO** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - Médecine Chirurgie Obstétrique

**PMU** : Paris Mutuel Urbain

**RDR** : Réduction des Risques

**RECAP** : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**RSI** : Régime Social des Indépendants

**UDVI** : Usager de Drogues par Voie Intraveineuse

**TREND** : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

**TSO** : Traitement de Substitution aux Opiacés

**SIAMOIS** : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection stérile et à la Substitution

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**STATISS** : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

**VADS** : Voies AéroDigestives Supérieures

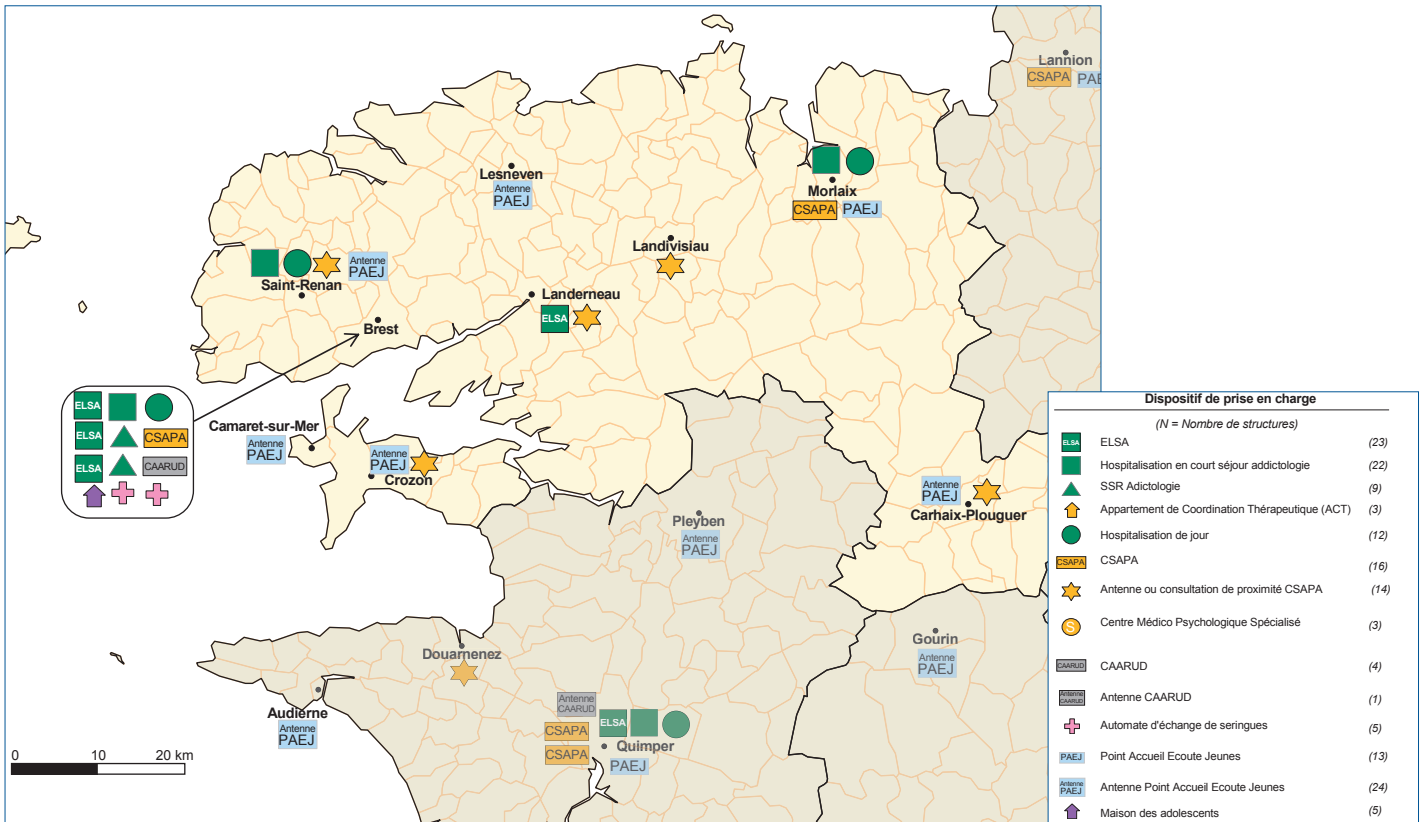
**VHC** : Virus de l'Hépatite C

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

---

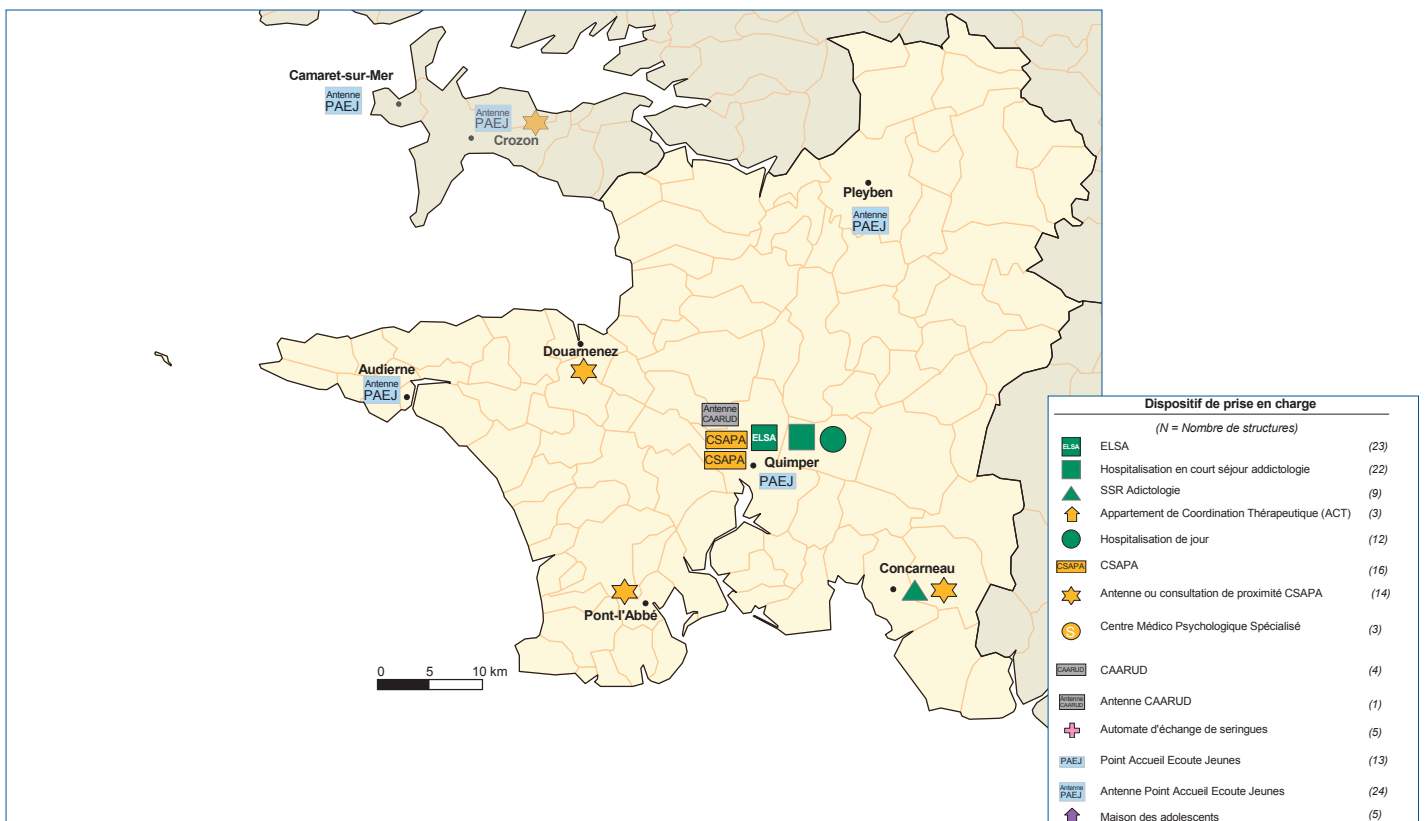
## 7 Annexe

## ■ Territoire de santé n° 1 : Brest - Morlaix - Carhaix



Source : Cirdt Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

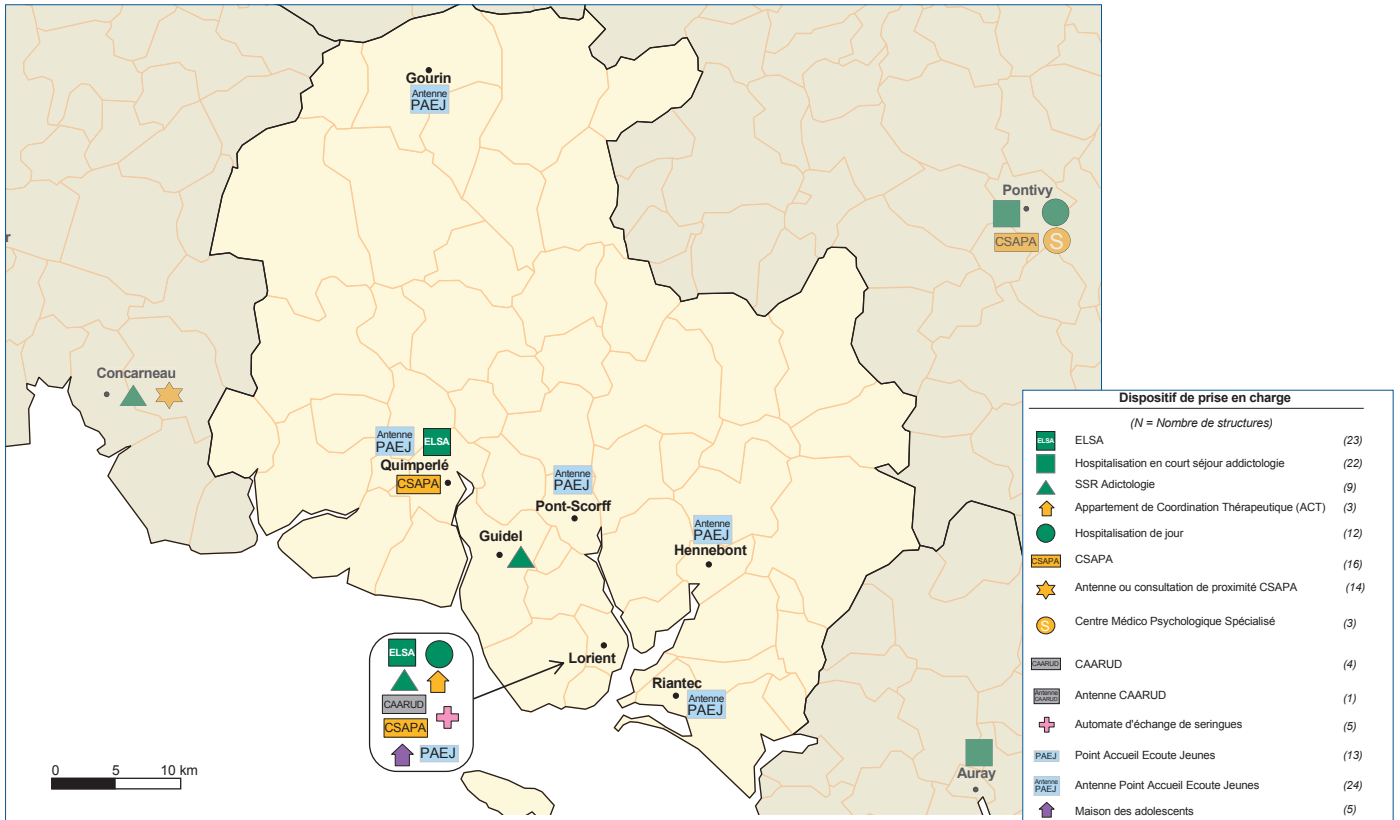
## ■ Territoire de santé n° 2 : Quimper - Douarnenez - Pont-l'Abbé



Source : Cirdt Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

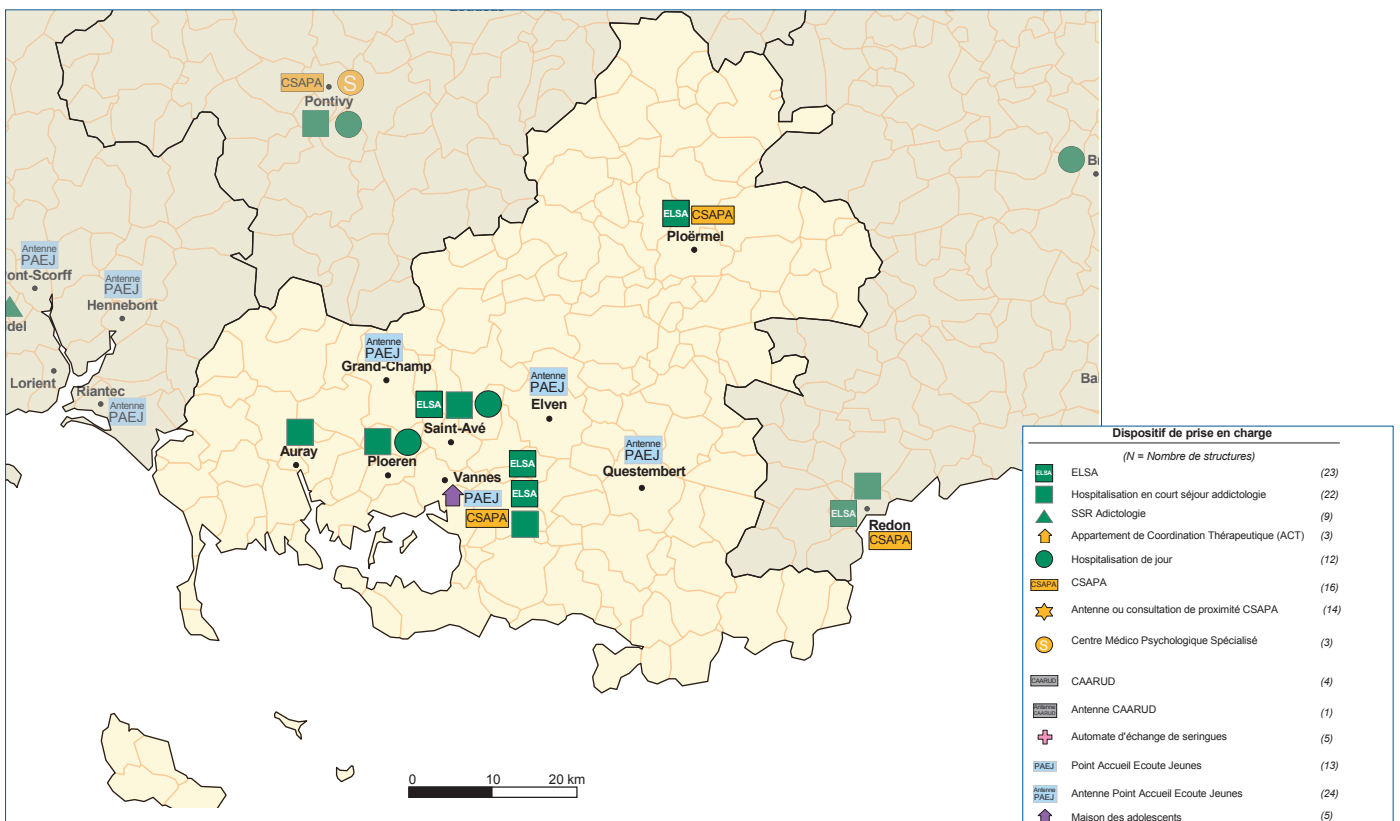
# CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SELON LES TERRITOIRES DE SANTÉ

## ■ Territoire de santé n° 3 : Lorient - Hennebont



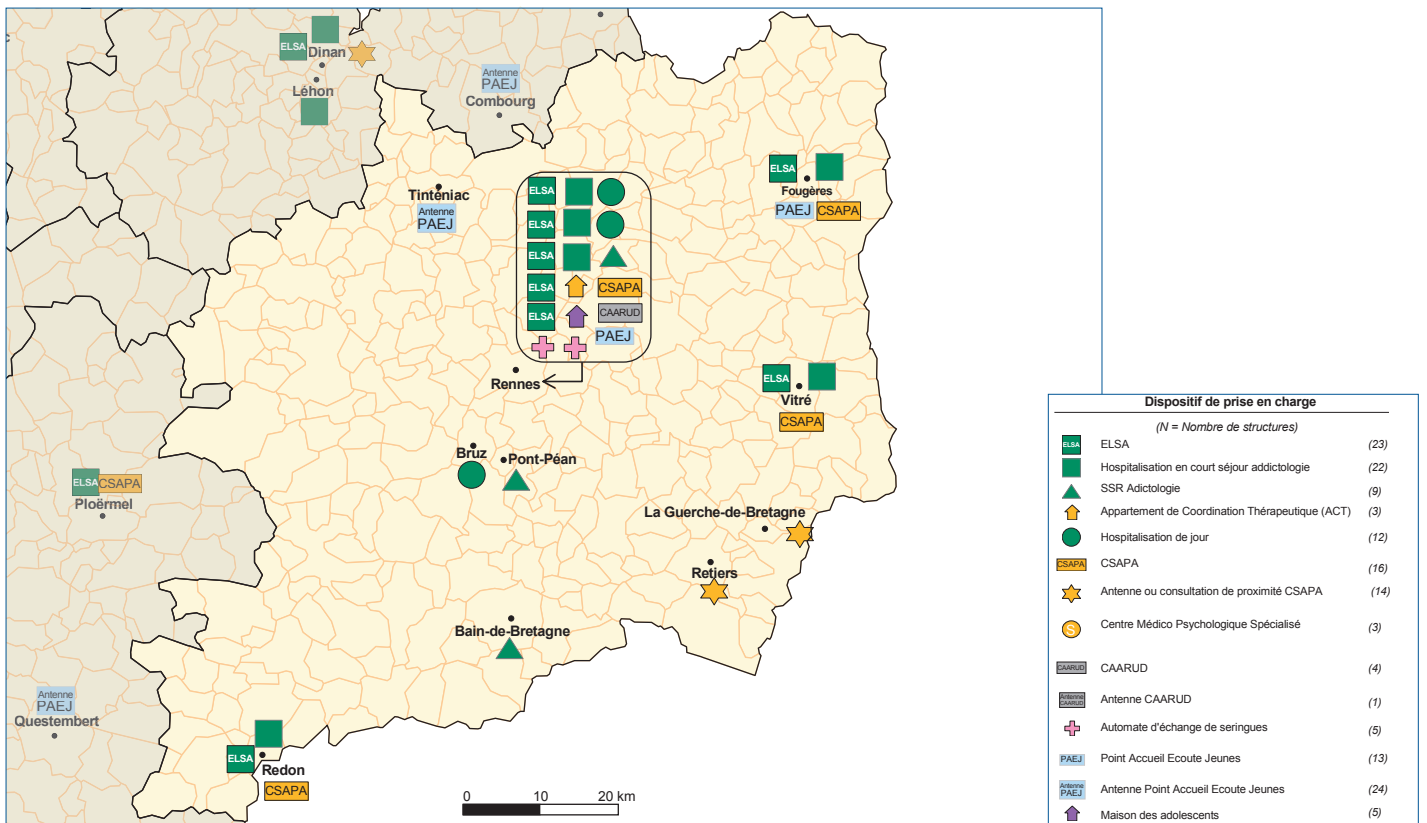
Source : Cirdd Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

## ■ Territoire de santé n° 4 : Vannes - Ploërmel - Malestroit



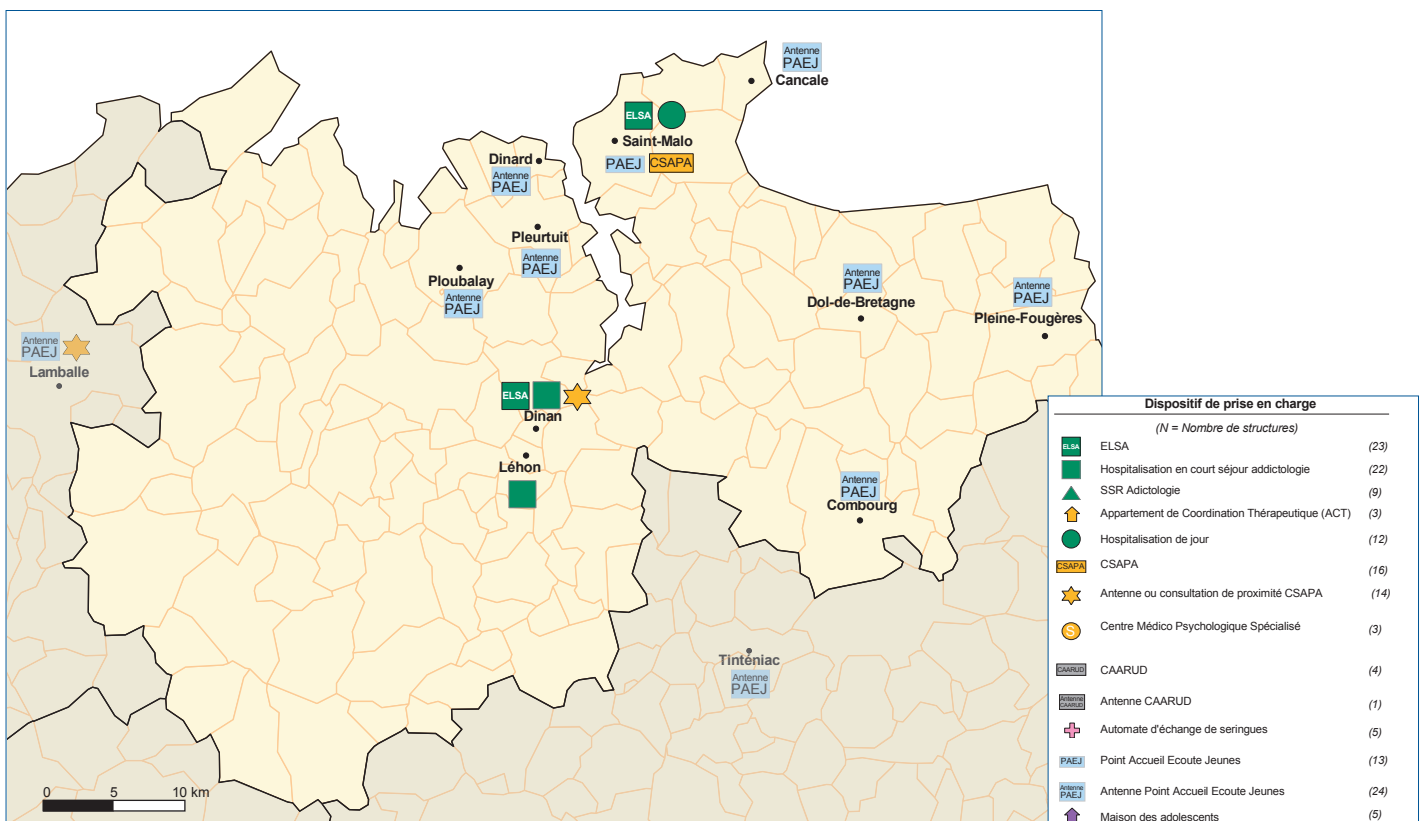
Source : Cirdd Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

## ■ Territoire de santé n° 5 : Rennes - Redon - Fougères - Vitré



Source : Cirdp Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

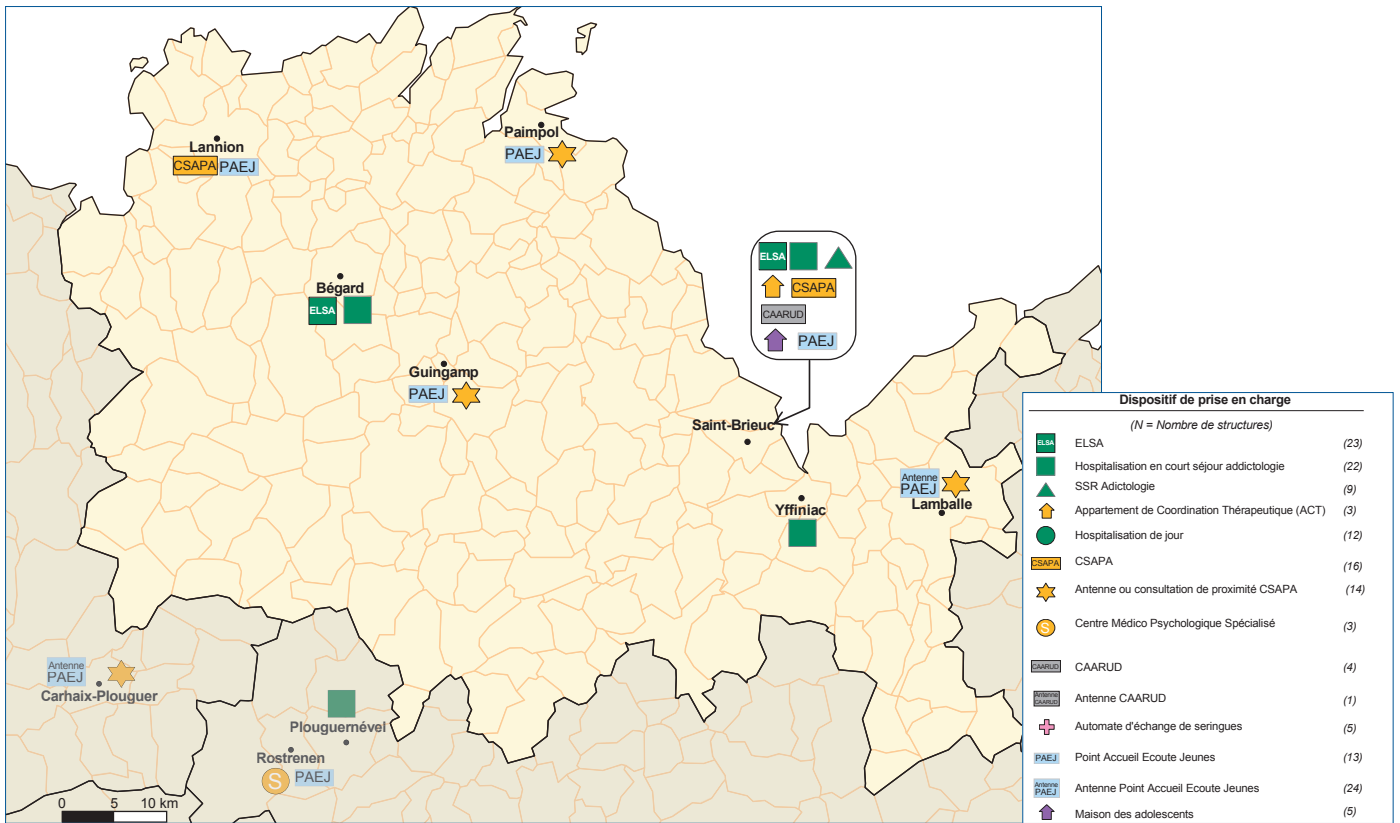
## ■ Territoire de santé n° 6 : Saint-Malo - Dinan



Source : Cirdp Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

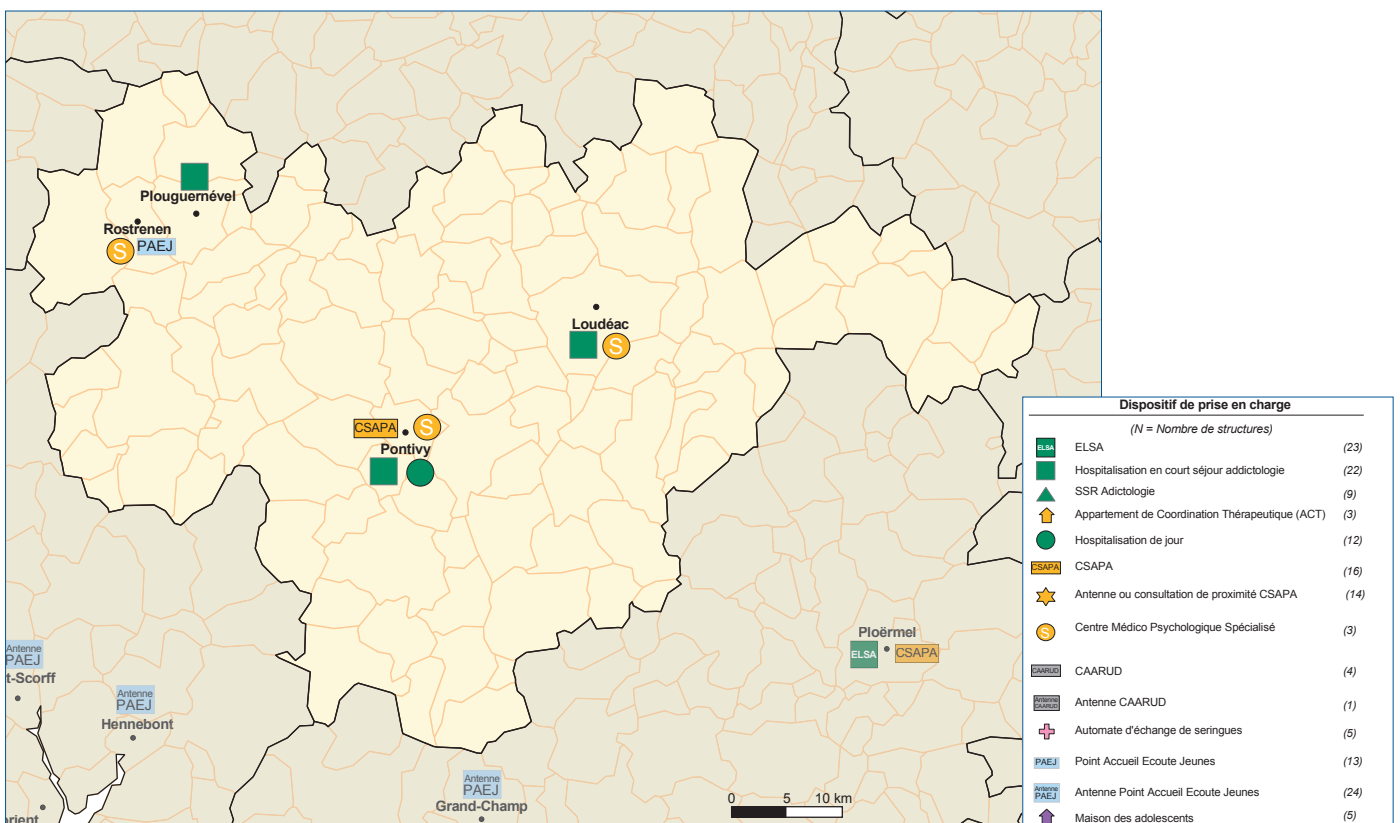
# CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SELON LES TERRITOIRES DE SANTÉ

## ■ Territoire de santé n° 7 : Saint-Brieuc - Lannion - Guingamp



Source : Cirdd Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne

## ■ Territoire de santé n° 8 : Pontivy - Loudéac



Source : Cirdd Bretagne - répertoire des ressources en addictologie - exploitation ORS Bretagne



**Préfecture d'Ille-et-Vilaine**

3, avenue de la Préfecture - 35026 RENNES CEDEX 9  
Tél : 02 99 02 10 35 • Fax - 02 99 02 10 15  
<http://www.bretagne.gouv.fr>



**Agence Régionale de Santé Bretagne**

6 Place des Colombes - CS 14253 - 35042 RENNES CEDEX  
Téléphone : 02 90 08 80 00 • Télécopie : 02 99 30 59 03  
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>



**Conseil Régional de Bretagne**

283, avenue Général Patton - CS 21.101 - 35711 RENNES CEDEX  
Tél - 02 99 27 10 10 • Fax - 02 99 27 11 11  
<http://www.bretagne.fr>



**Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances de Bretagne**

1 Place du Maréchal Juin - 35000 RENNES  
Tél - 02 23 20 14 60 • Fax - 02 23 20 14 91  
<http://www.cirdd-bretagne.fr>



**Observatoire Régional de Santé de Bretagne**

8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35706 RENNES CEDEX 7  
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21  
<http://www.orsbretagne.fr>