

Addictions

en Bretagne

État des lieux
des usages

Conséquences sanitaires, sociales
et légales des consommations

Réduction des risques,
prise en charge et accompagnement

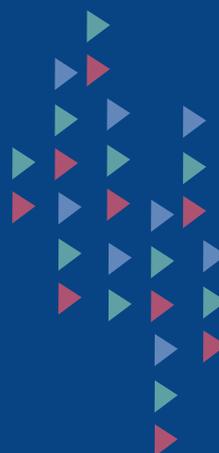


TABLEAU DE BORD
2017

Le comité de pilotage :

**Madame le Dr Florence TUAL, Madame Florence MILLE, Agence régionale de santé Bretagne
Madame Nathalie GIBOT, Monsieur Mathieu RAULT, Conseil régional de Bretagne
Madame Katel LE FLOCH, Préfecture d'Ille-et-Vilaine**

Les personnes ressources :

**Madame le Dr Catherine DE BOURNONVILLE, Médecin tabacologue au CHU de Rennes
Madame le Dr Morgane GUIILLOU, Psychiatre PH, CHU de Brest, Pôle Spécialisé Régional sur les Addictions aux Jeux (PoSRAJ)
Monsieur le Dr Jacques ALLIX, Médecin généraliste, Réseau Addictions 35
Monsieur le Dr Patrick SERRE, Chargé de mission sécurité routière - spécialité santé, Pôle d'appui de la Sécurité routière de Bretagne et des Pays-de-la-Loire
Monsieur Luc-Etienne MOLLIERE, Directeur de la Prévention des risques et tranquillité urbaine, Brest Métropole - Ville de Rennes
Madame Mylène GUILLAUME, Coordinatrice du Collectif Orange Bleue**

Étude réalisée sous la direction de :

Madame le Dr Isabelle TRON, Directrice de l'ORS Bretagne

Rédaction : Patricia BÉDAGUE, Chargée d'étude, ORS Bretagne

Conception graphique : Élisabeth QUÉGUINER, Chargée de communication, 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 réalisée avec le soutien de l'Agence régionale de santé Bretagne, de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et du Conseil régional de Bretagne.

Introduction

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

Dans la continuité de la précédente édition publiée en 2012, l'Agence régionale de santé Bretagne, le Conseil régional de Bretagne, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ont soutenu la mise en œuvre d'une actualisation du tableau de bord sur les addictions en Bretagne.

Cet outil, élaboré par l'Observatoire régional de santé de Bretagne, est principalement destiné à l'ensemble des professionnels et des associations œuvrant dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques, des soins et de l'accompagnement. Il peut également constituer une source d'information utile à tous ceux qui sont intéressés par cette problématique.

L'édition 2017, inscrite dans le prolongement du précédent tableau de bord, s'articule autour de trois approches principales, relatives à l'état des lieux des usages, à leurs conséquences sanitaires, sociales et légales ainsi qu'à la réduction des risques, la prise en charge et l'accompagnement.

Elle présente une actualisation des données disponibles, mais également des éléments complémentaires sur des thématiques qui ont pu être enrichies par de nouveaux indicateurs et/ou les résultats de récentes enquêtes régionales (santé des lycéens et des apprentis...).

De plus, elle est assortie de zooms sur de nouvelles thématiques comme les nouveaux produits de synthèse, les addictions aux jeux, la cigarette électronique ... et de points de vue émanant de personnes-ressources dans le champ des conduites addictives.

Parallèlement, la structuration du tableau de bord a été réorganisée par rapport à la précédente édition, de façon à mieux appréhender en les confrontant, les différentes problématiques en lien avec les consommations d'alcool, tabac et cannabis.

Ce tableau de bord, s'il constitue un document de référence à un temps donné, a vocation à être évolutif et pourra être utilement complété et alimenté, par les prochains travaux mis en œuvre par les différents partenaires de la région.

CHIFFRES CLÉS	7
ÉTAT DES LIEUX DES USAGES	13
Point de vue sur la consommation de tabac	15
Accessibilité aux substances psychoactives	16
■ Vente d'alcool en France	16
■ Densité des débits de boissons en Bretagne et en France	16
■ Vente de tabac en Bretagne et en France	17
■ Densité des débits de tabac en Bretagne et en France	17
■ Prix et disponibilité des produits	18
■ Accessibilité perçue à l'alcool, au tabac et au cannabis par les collégiens	20
■ Accessibilité perçue à l'alcool, au tabac et au cannabis par les lycéens	20
■ Accessibilité perçue à d'autres produits par les lycéens	21
Inégalités sociales dans le champ des addictions en France	23
Expérimentations des substances psychoactives	25
Alcool, tabac, cannabis	
■ En population générale en Bretagne et en France	25
■ Chez les jeunes à 17 ans : évolution en Bretagne et en France	26
■ Chez les jeunes à 17 ans : évolution de l'âge moyen à l'expérimentation	27
■ Chez les collégiens	27
■ Chez les lycéens et apprentis	28
Autres substances illicites et médicaments psychotropes	
■ Chez les jeunes à 17 ans	29
■ ZOOM sur les nouveaux produits de synthèse	30
Usages réguliers des substances psychoactives: alcool, tabac, cannabis	31
■ En population générale en Bretagne et en France	31
■ En milieux ruraux et urbains	32
■ Chez les jeunes à 17 ans : évolution en Bretagne et en France	33
■ Chez les collégiens	34
■ Chez les lycéens et apprentis	34
Usages préoccupants des substances psychoactives : alcool, tabac, cannabis	37
■ En population générale en France	37
■ Chez les jeunes à 17 ans : évolution en Bretagne et en France	38
■ Chez les collégiens	38
■ Chez les lycéens et apprentis	39
Point de vue sur les addictions comportementales	41
Les addictions aux jeux	42
■ ZOOM sur les addictions aux jeux en Bretagne	42
■ ZOOM sur l'activité du Pôle Spécialisé Régional dans les Addictions (PoSRAJ)	43
■ ZOOM sur les addictions aux jeux en France	44
CONSÉQUENCES SANITAIRES, SOCIALES ET LÉGALES DES CONSOMMATIONS	45
Point de vue sur la notion de parcours en addictologie	47
Conséquences sanitaires des consommations	49
Morbidité en Bretagne et en France	
■ En lien avec la consommation d'alcool	49
■ En lien avec la consommation de tabac	50
■ En lien avec la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments	51
■ Les maladies infectieuses liées à l'usage de produits illicites par voie intraveineuse	53

Mortalité prématurée en Bretagne et en France	
■ En lien avec la consommation d'alcool	54
■ En lien avec la consommation de tabac	56
■ Par surdosage de produits illicites et médicaments opiacés détournés	58

Point de vue sur la sécurité routière 59

Conséquences sociales et légales 60

■ L'accidentologie routière avec présence du facteur alcool en Bretagne et en France	60
■ La mortalité routière avec présence du facteur alcool en Bretagne et en France	61
■ La mortalité routière avec présence du facteur cannabis en France	61

Point de vue sur l'approche d'une collectivité en matière de prévention de la surconsommation d'alcool 63

■ Interpellations pour ivresses publiques et manifestes (IPM) en Bretagne et en France	64
■ Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) en Bretagne et en France	65
■ ZOOM sur les violences faites aux femmes en lien avec l'alcool	66
■ ZOOM sur le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues	66

RÉDUCTION DES RISQUES, PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT 67

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) 68

■ L'activité des CAARUD en Bretagne et en France	68
--	----

Point de vue sur les nouveaux outils de Réduction Des Risques (RDR) 71

Matériel de Réduction des risques (RDR) 72

■ Distribution du matériel de RDR dans les CAARUD en Bretagne	72
■ Distribution du matériel dans les CSAPA en Bretagne	73
■ La RDR en milieu festif en Bretagne	74
■ La RDR en milieu pénitentiaire	74
■ La RDR à distance en Bretagne	74
ZOOM sur le Programme des Officines du Morbihan Pour l'Échange de Seringues (POMPES)	75

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) 76

■ Caractéristiques générales de la file active en Bretagne et en France	76
---	----

Les personnes prises en charge

■ En lien avec les usages d'alcool en Bretagne et en France	78
■ En lien avec les usages de cannabis en Bretagne et en France	78
■ En lien avec les usages d'opiacés (hors substitution détournée) en Bretagne et en France	79
■ Les personnes prises en charge en lien avec les addictions sans produit en Bretagne	79
■ Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) en Bretagne et en France	80
■ CSAPA en milieu pénitentiaire en Bretagne et en France	81

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) 83

■ Nombre de bénéficiaires en Bretagne	83
■ TSO en CSAPA en Bretagne	84
■ TSO en CAARUD en Bretagne et en France	85
■ TSO en milieu carcéral en Bretagne	85
■ Mésusage des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en Bretagne et en France	85

Les traitements nicotiques de substitution (TNS) 87

■ Nombre de bénéficiaires en Bretagne	87
---------------------------------------	----

Dispositifs de vapotage 88

SOURCES DE DONNÉES ET DÉFINITIONS 91

POUR EN SAVOIR PLUS 95

Chiffres-clés

ÉTAT DES LIEUX DES USAGES

ACCESSIBILITÉ PERÇUE PAR LES JEUNES

	EN BRETAGNE	ÉVOLUTION 2011 - 2015 EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
ALCOOL	8 lycéens sur 10 jugent facile l'accès au cidre et à la bière	➔ Alcool jugé plus facile d'accès par les lycéennes	Alcool et Tabac jugés plus facile d'accès par les lycéens en Bretagne qu'en France	(cf. page 20)
TABAC	3 lycéens sur 4 jugent facile l'accès au tabac	➔ Tabac jugé plus facile d'accès par les lycéens		(cf. page 20)
CANNABIS	1 lycéen sur 2 juge facile l'accès à ce produit illicite	➔ Cannabis jugé plus facile d'accès par les lycéennes		(cf. page 20)

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES JEUNES

	EN BRETAGNE	ÉVOLUTION 2011 - 2014 EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
IVRESSE ALCOOLIQUE	Expérimentation de l'ivresse à 15 ans en moyenne	➔ Stabilité des niveaux d'expérimentation chez les jeunes de 17 ans	Niveaux d'expérimentation déclarés par les jeunes Bretagne > France	(cf. page 27)
	3/4 des jeunes Bretons de 17 ans ont déjà été ivres			(cf. page 26)
TABAC	1^{ère} cigarette dès le collège à 14 ans Tabac quotidien à 15 ans			Expérimentation du tabac désormais plus fréquente chez les filles (77 % en 2014) que chez les garçons (73 %)
	À 17 ans, 3 jeunes sur 4 ont déjà fumé du tabac	(cf. page 26)		
CANNABIS	Expérimentation du cannabis à 15 ans en moyenne	➔ Expérimentation du cannabis chez les jeunes de 17 ans		(cf. page 27)
	À 17 ans, 1 jeune sur 2 a déjà consommé du cannabis			(cf. page 26)
Une expérimentation des substances psychoactives plus répandue chez les apprentis et chez les lycéens de la filière professionnelle que chez ceux de la filière générale et technologique (à 16-19 ans)				(cf. page 28)

ÉTAT DES LIEUX DES USAGES

USAGES RÉGULIERS

	EN BRETAGNE	ÉVOLUTION EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
ALCOOL	À 17 ans, près de la 1/2 des garçons et plus d' 1/4 des filles concernés par les alcoolisations ponctuelles importantes répétées*	En 2014, chez les jeunes de 17 ans Consommation régulière d'alcool la plus élevée depuis 10 ans Avec une forte ↑ des alcoolisations ponctuelles importantes répétées	Chez les jeunes de 17 ans Usage régulier d'alcool et des consommations ponctuelles importantes Bretagne > France	(cf. page 33)
TABAC	3 Bretons sur 10 fument du tabac quotidiennement** À 17 ans , c'est près de 4 jeunes sur 10	↑ Tabagisme quotidien chez les 15-75 ans** entre 2010 et 2014 → Stabilisation du tabagisme quotidien à 17 ans entre 2011 et 2014	Chez les jeunes de 17 ans Usage quotidien de tabac Bretagne > France	(cf. page 33)
CANNABIS <i>au moins 10 fois dans le dernier mois</i>	1 jeune de 17 ans sur 10 fume du cannabis régulièrement	↑ Usage régulier de cannabis chez les jeunes de 17 ans entre 2011 et 2014	Consommation régulière de cannabis à 17 ans proche en Bretagne et en France	(cf. page 33)

Chez les lycéens de 16 à 19 ans, les filles sont plus concernées que les garçons par le tabagisme quotidien (28 % contre 22 %). (cf. page 35)

Des consommations régulières d'alcool et de tabac plus fréquentes chez les apprentis (16-19 ans), suivis par les lycéens de la filière professionnelle, à l'inverse des lycéens de la filière générale et technologique moins concernés. (Cf. page 34)

* API 3 : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins 3 fois au cours des trente derniers jours. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans un laps de temps relativement court, qui s'apparente au binge drinking anglo-saxon, est clairement supérieure aux seuils de référence couramment usités au plan international (21 verres par semaine pour les hommes et pas plus de 5 verres en une seule occasion et 14 verres par semaine pour les femmes et pas plus de 4 verres en une seule occasion). Source : OFDT
** Données du Baromètre Santé 2014 de l'Inpes en population générale.

USAGES PRÉOCCUPANTS

	EN BRETAGNE	ÉVOLUTION EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
ALCOOL	À 17 ans, 1/4 des garçons déclarent avoir été ivres au moins dix fois au cours de l'année	Entre 2011 et 2014 ↑ Fréquence des ivresses régulières (au moins 10 fois dans l'année) ↑ Consommations ponctuelles importantes* chez les garçons	Des ivresses régulières 2 fois plus répandues chez les jeunes Bretons de 17 ans	(cf. page 38)
TABAC <i>plus de 10 cigarettes par jour</i>	À 17 ans, 7% des jeunes ont un usage intensif du tabac	→ Stabilité des fréquences de consommation intensive de tabac à 17 ans depuis 2008	Usage intensif de tabac à 17 ans proche en Bretagne et en France	(cf. page 38)
CANNABIS	À 17 ans, l' usage quotidien de cannabis plus fréquent chez les garçons (8%) que les filles (2%)	↑ Usage quotidien de cannabis à 17 ans en 2014	Consommation du cannabis quotidien chez les jeunes de 17 ans Bretagne > France	(cf. page 38)

Des consommations préoccupantes plus fréquentes chez les apprentis (16-19 ans), suivis par les lycéens de la filière professionnelle, à l'inverse des lycéens de la filière générale et technologique moins concernés. (Cf. page 39)

En Bretagne, **plus de 10 000 personnes** avec une problématique de **jeu d'argent et de hasard**. (Cf. page 42)

* API 10 : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins 10 fois au cours des trente derniers jours.

CONSÉQUENCES SANITAIRES SOCIALES ET LÉGALES DES CONSOMMATIONS

EN BRETAGNE	ÉVOLUTION EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
En 2012-2014, Plus de 1 100 nouvelles admissions en ALD pour cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) en moyenne annuelle Plus de 1 400 pour le cancer du poumon	Situation en ↗ chez les femmes entre 2006-2008 et 2012-2014	Morbidité pour le cancer des VADS chez les hommes Bretagne > France	(cf. page 49-50)
Chaque jour en moyenne en 2013, 29 hospitalisations pour des intoxications aiguës 24 pour mésusage , pour l'essentiel liées à l'alcool	Entre 2009 et 2013, nombre d'hospitalisations en : ↗ pour les intoxications aiguës ↗ pour les problèmes de mésusage	Taux de recours à l'hospitalisation Bretagne > France	(cf. page 51)
3 % des nouvelles contaminations au VIH liées à l'usage de drogues en 2015	Part légèrement en ↗ par rapport à la période 2005-2014	Part légèrement > en Bretagne par rapport à la France	(cf. page 53)
Le tabac , produit psychoactif qui cause le plus de décès avant 65 ans (982 en moyenne annuelle sur la période 2011-2013)	↗ Mortalité prématurée pour les pathologies liées au tabac chez les femmes entre 2000-2002 et 2011-2013	Mortalité liée au tabagisme chez les hommes Bretagne > France	(cf. page 56-57)
700 décès prématurés en moyenne annuelle imputables aux principales pathologies liées à l'alcool sur la période 2011-2013	↗ Taux de mortalité régional entre 2000-2002 et 2011-2013	Mortalité liée à l'alcool Bretagne > France	(cf. page 54-55)
13 % des accidents corporels de la route avec présence d'alcool en 2015 (256 accidents corporels)	↗ Part des accidents corporels de la route avec présence d'alcool depuis 2010	Accidentologie routière avec présence d'alcool Bretagne > France	(cf. page 60)
1/3 des accidents mortels liés à l'alcool en 2015 (41 accidents mortels)	↗ Part des accidents mortels de la route avec présence d'alcool par rapport à 2013 et 2014	Mortalité routière avec présence d'alcool Bretagne > France	(cf. page 61)
11 interpellations pour ivresses publiques et manifestes (IPM) en moyenne par jour en 2015	↗ Taux d'interpellations pour IPM depuis 2012	2^e région la plus concernée par le taux d'interpellation pour IPM	(cf. page 64)
16 interpellations pour infractions à législation sur les stupéfiants (ILS) en moyenne par jour en 2014	↗ Taux d'interpellations pour ILS chez les mineurs depuis 2010	Taux d'interpellations pour ILS Bretagne < France	(cf. page 65)
Chaque année, en Bretagne, plus de 900 femmes victimes de violences sur fond d'alcool.			(Cf. page 66)
En France, le « coût social » de l'alcool et celui du tabac presque identiques en 2010, proche de 120 milliards d'euros chacun , et bien supérieur aux recettes des taxes prélevées sur ces produits.			(Cf. page 66)

RÉDUCTION DES RISQUES, PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

EN BRETAGNE	ÉVOLUTION EN BRETAGNE	COMPARAISON BRETAGNE / FRANCE	Référence
En 2012, parmi les usagers de drogues 3,9 % sont séropositifs au VIH 21,5 % sont positifs au VHC	Entre 2008 et 2012 ➤ Sérologies VIH positives ➤ Résultats VHC positifs	Prévalence des sérologies VIH et VHC positives Bretagne < France	(cf. page 68)
380 000 seringues distribuées en 2015	➤ Seringues usagées récupérées	Un Programme des Officines du Morbihan Pour l'Echange des Seringues (POMPES) innovant à l'échelle de la région , peu développé en France	(cf. page 72)
En 2014, une file active de 9 300 personnes en CSAPA pour l' alcool et un taux de consultation de 4,3 pour 1 000 habitants		Taux de consultations pour l' alcool Bretagne > France	(cf. page 78)
Une file active de 3 300 personnes en CSAPA pour le cannabis et un taux de consultation de 1,5 pour 1 000 habitants	➔ Stabilité des taux de consultations sur la période 2012-2015	Taux de consultations pour le cannabis et les opiacés proche de celui de la France	(cf. page 78)
Une file active de 2 400 personnes en CSAPA pour les opiacés et un taux de consultation de 1,1 pour 1 000 habitants			(cf. page 79)
Une file active de près de 350 personnes en CSAPA pour les addictions sans produit	➤ Taux de consultations depuis 2014 surtout chez les jeunes		(cf. page 79)
Plus de 1 500 jeunes accueillis dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)	Addictions sans produit : une problématique minoritaire chez les jeunes mais en progression	Part des jeunes vus pour un problème d' alcool Bretagne > France	(cf. page 80)
Plus de 1 000 personnes vues en CSAPA en milieu pénitentiaire	➤ Nombre de personnes vues en consultation en milieu pénitentiaire entre 2012 et 2015	Part de personnes prises en charge pour un problème : Avec l' alcool Bretagne > France Avec les opiacés et le cannabis Bretagne < France	(cf. page 81)
En 2012, plus de 7 500 bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO)			(cf. page 83)
2 700 patients traités par TSO en 2015 pris en charge dans les CSAPA (dont 65 % par méthadone)	➤ Part des patients vus en CSAPA et bénéficiant de méthadone et de BHD entre 2012 et 2015		(cf. page 84)
En 2014, 8 % des Bretons utilisent la cigarette électronique		L'usage de la cigarette électronique comparable en Bretagne et en France	(cf. page 89)
Une mobilisation importante autour du « Moi(s) sans tabac » avec plus de 3 300 bénéficiaires de traitements nicotiques de substitution (TNS) en décembre 2016	3 fois plus de bénéficiaires de traitements pour l'arrêt du tabac entre décembre 2015 et décembre 2016 (opération « Moi(s) sans tabac »)	➤ Ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac en région comme en France	(cf. page 87)



Note de lecture : les cases vides signifient que les données ne sont pas disponibles

État des lieux des usages



Une évolution du profil sociologique du fumeur

Le report de consommation sur le tabac à rouler, moins onéreux, évoque une tendance récurrente : l'augmentation des prix n'incite pas qu'à fumer moins, mais aussi à fumer moins cher.

La Bretagne est bien dotée en bureaux de tabac, ce qui rend les cigarettes plus accessibles. Mais le bureau de tabac a aussi une place qui interroge notre culture : celle d'un lieu de vie sociale. Un constat à prendre en compte, car

désormais le fumeur, loin d'être au centre de la vie sociale comme il y a 40 ans, est au contraire plus en situation d'exclusion. Petit à petit émerge un profil de fumeur plus précaire, de faible niveau éducatif et/ou socioprofessionnel, isolé, ayant peu recours aux soins, donc aux dispositifs validés d'aide au sevrage. Malgré le passage à 150€ du forfait pour les substituts nicotiques, l'avance de frais pour ces traitements est souvent un frein à initier un parcours de sevrage. Ce phénomène est à rapprocher des différences de niveaux de consommation observées selon les catégories socioprofessionnelles, et selon le type et le niveau d'études.

L'entrée dans le tabagisme : un enjeu de prévention

La stabilité des prix du tabac depuis 3 ans ne semble pas avoir fait nettement réaugmenter les ventes, mais est peut-être à l'origine de cette accessibilité plus importante exprimée par les lycéens. La vente du tabac étant interdite aux mineurs, cela pose également la question du respect de la loi par les buralistes, et du contrôle des infractions.

Le lien entre statut tabagique et perception de dangerosité montre à quel point ce levier ne doit pas être utilisé seul en prévention¹. La perception d'un risque élevé pourrait réduire l'entrée en tabagisme, mais il est probable que le passage au statut fumeur entraîne une modification des représentations, afin d'atténuer le conflit « je fume/fumer est dangereux ».

Le tabagisme féminin : un phénomène préoccupant

Au lycée, les filles sont désormais plus nombreuses à fumer que les garçons, avec pour corollaire un nombre élevé de fumeuses chez femmes en âge de procréer. En résultent des risques spécifiques en particulier le tabagisme gravidique. La France est une des plus mauvaises élèves des pays européens avec des conséquences périnatales coûteuses pour la société et dramatiques pour les familles². En regard se poursuit l'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer bronchique chez la femme, catastrophe sanitaire pour la région et pour le pays.

Au vu de ces résultats, plusieurs actions pourraient être menées :

- En parallèle des actions éducatives, réduire l'accessibilité avec un meilleur contrôle de l'interdiction de vente aux mineurs, rétablir l'interdiction totale de fumer dans les établissements scolaires, quelque peu mise à mal par endroits avec les risques terroristes,
- Mener des actions ciblées vers des publics spécifiques : jeunes femmes et femmes enceintes, apprentis, personnes en situation de précarité, avec un accès facilité aux substituts nicotiques,
- Adapter les messages de prévention à ces publics.

La prochaine édition du « moi(s) sans tabac » verra sans doute surgir des initiatives dans ce sens.



Point de vue

La consommation de tabac

Docteur Catherine DE BOURNONVILLE
Médecin tabacologue au CHU de Rennes

¹Christakis N.A, *The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network* ; *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.

²Berlin I *Cigarette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight?* *Nicotine & Tobacco Research*, 2017, 518-524

Accessibilité aux substances psychoactives

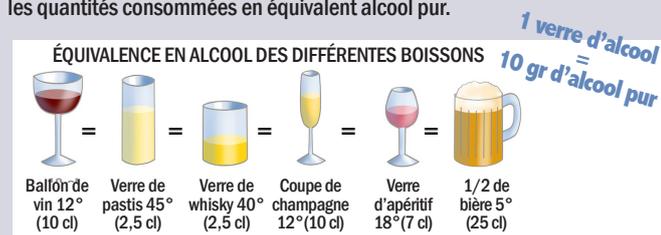
VENTE D'ALCOOL EN FRANCE

Baisse régulière des ventes annuelles d'alcool pur en France depuis plus de cinquante ans

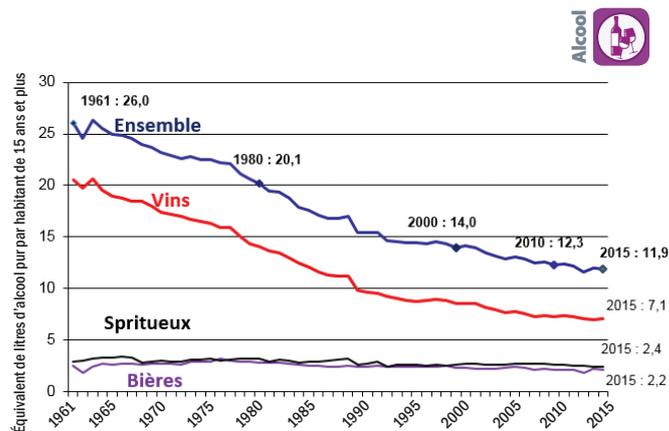
En 1961, les quantités d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'élevaient à 26 litres d'alcool pur (figure 1). En 2015, elles sont de 11,9 litres, soit une consommation divisée par deux. Cette baisse est entièrement imputable à la diminution des quantités de vin¹ consommées. Malgré cette baisse, l'Organisation de coordination et de développement économiques (OCDE) indique que, sur ses 34 pays membres, la France se situe en 2012 au 3^e rang des pays les plus consommateurs, après l'Estonie et l'Autriche.²

MÉTHODO

La quantité d'alcool contenue dans les différentes boissons est très variable. Il n'est donc pas possible d'additionner des litres de bières, de vins et de whisky. C'est pourquoi il faut convertir toutes les quantités consommées en équivalent alcool pur.

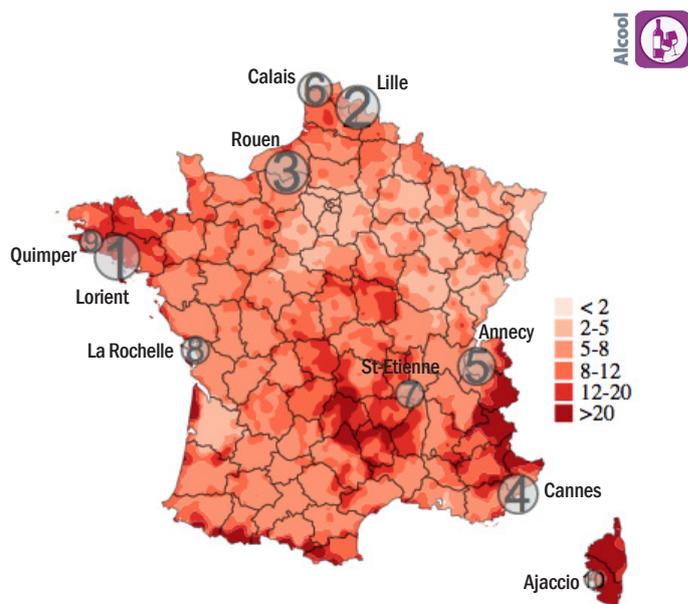


1 Évolution des ventes d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) en France



Source : OMS, groupe IDA, Insee.
NB : Il n'existe pas de chiffres sur les ventes d'alcool en Bretagne.

2 Nombre de débits de boissons* pour 10 000 habitants par départements en 2017 et palmarès des 10 villes les plus équipées



Source : Insee - base Sirène Avril 2017 (villes : communes > 50 000 habitants), cartographie téléchargée sur <http://www.datamix.fr/2017/04/bistrographie/>

*Débits de boissons : bars, cafés, discothèques, vendeurs de boissons itinérants

DENSITÉ DES DÉBITS DE BOISSONS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

En Bretagne, une densité régionale en débits de boissons au second rang des plus élevées

Selon les données de l'Insee, au 1^{er} janvier 2014, la Bretagne se situe au deuxième rang des régions françaises les plus pourvues en nombre de débits de boissons* par habitant, après la Corse. Rapportées à leur population, les zones montagneuses (Corse, Massif Central, Pyrénées et Alpes) sont les plus concernées, avec le centre Bretagne, le Morvan, le Pas-de-Calais ainsi que quelques zones touristiques (littoral Atlantique, golfe de Saint-Tropez...)

Le Finistère, le Morbihan et les Côtes-d'Armor parmi les plus dotés

À l'exception de l'Ille-et-Vilaine, les trois autres départements bretons se classent dans la liste des 20 départements les plus dotés. Au niveau des communes de plus de 50 000 habitants, Lorient se classe en tête devant Lille et Rouen et Quimper se situe en neuvième position (figure 2).

EN SAVOIR +

¹Palle C., « Alcool » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles* Saint-Denis, OFDT, 2013.

²Sassi, F.(ed.) (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris.

L'OCDE regroupe toute l'Europe occidentale, l'Amérique du nord, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Corée, certains pays d'Europe centrale (République tchèque, Hongrie, Pologne), le Chili, la Slovénie, Israël et l'Estonie.

VENTE DE TABAC EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Baisse des ventes de cigarettes depuis 2004

Après avoir diminué régulièrement sur la période 1999-2004 - la forte baisse observée entre 2002 et 2004 en lien principalement avec l'augmentation des prix du tabac (cf. figure 1 page suivante) - les ventes de cigarettes se sont stabilisées en France et en Bretagne sur la période 2004-2010 (figure 1).

Entre 2010 et 2013, l'écart entre la région et le niveau national tend à se réduire. Au cours de la dernière décennie, si l'évolution des ventes de cigarettes par habitant a été relativement similaire quel que soit l'échelon géographique observé, le Finistère se distingue avec le volume des ventes par habitant le plus élevé sur l'ensemble de la période, tandis que l'Ille-et-Vilaine s'est maintenue à un niveau inférieur à la moyenne métropolitaine.

La progression des ventes de tabac à rouler suggère la tendance du report des consommateurs de cigarettes vers ce type de conditionnement du tabac

Entre 2007 et 2013, 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 (figure 2).

Depuis 2010, les ventes de tabac à rouler augmentent moins rapidement en Bretagne qu'en France, respectivement +11 % et +13 %. Trois départements (Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan) enregistrent une évolution de +12 %, la progression observée dans le Finistère étant la plus faible (+9 %).

DENSITÉ DES DÉBITS DE TABAC EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Les Côtes-d'Armor, bien pourvus en débits de tabac

Les débits de tabac sont concentrés dans certains départements du Nord-Ouest de la France, du Centre et du Sud-Est. Les Côtes-d'Armor se situent au 13^e rang des départements pour le nombre de points de vente de tabac par habitant (6,8 pour 10 000), devant le Finistère (5,8), le Morbihan (5,4) et l'Ille-et-Vilaine (4,5) (figure 3).

REPÈRES

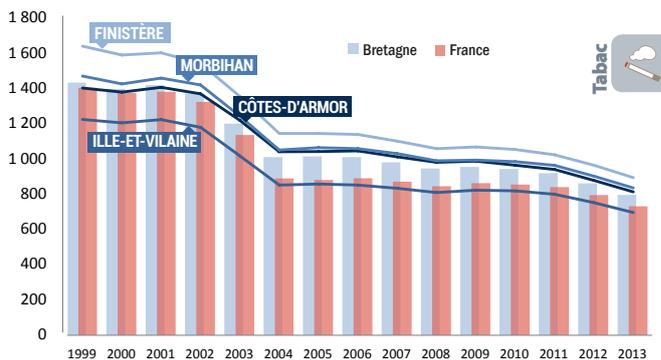
VENTE DE TABAC EN FRANCE EN 2016

Après avoir diminué régulièrement depuis 2010, les ventes ont augmenté en 2015. L'année 2016 est marquée par une variation qui permet de retrouver le niveau de 2014.

Au cours de l'année 2016, les ventes de cigarettes du mois de décembre ont enregistré une baisse de 14,3 % relativement à celles de décembre 2015, ce qui correspond à la diminution la plus importante observée depuis septembre 2013. Le phénomène est moins sensible concernant le tabac à rouler, dont les ventes du mois de décembre 2016 sont en recul de 6,9 % par rapport à décembre 2015. L'opération « Moi(s) sans tabac » (page 87) et l'arrivée massive des paquets neutres chez les débiteurs de tabac sont probablement à l'origine d'une part de ces reculs importants.

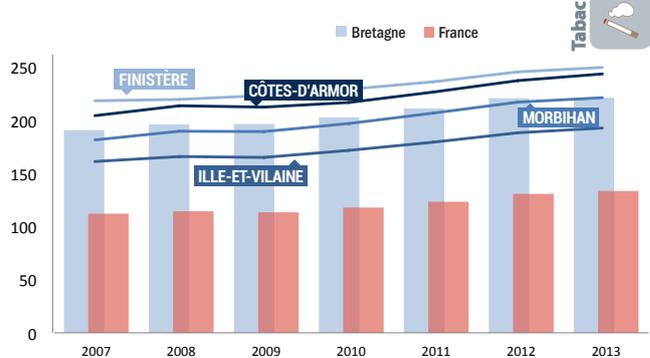
Source : *Tabagisme et arrêt du tabac en 2016*. Aurélie Lermenier-Jeanet, OFDT

1 Évolution des ventes de cigarettes dans les départements bretons (en nombre de cigarettes par habitant) entre 1999 et 2013



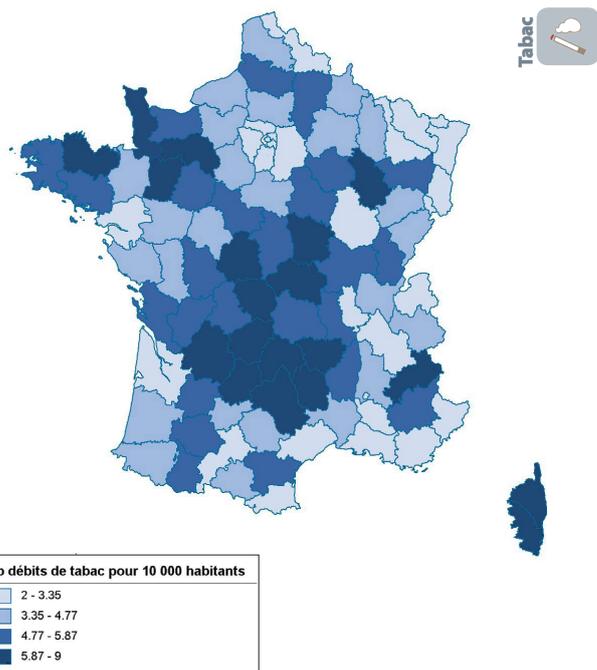
Source : OFDT - Odicer.
NB : Les données de ventes de tabac aux niveaux régional et départemental ne sont plus communiquées par la DGDDI depuis 2014.

2 Évolution des ventes de tabac à rouler dans les départements bretons (en grammes de tabac par habitant) entre 2007 et 2013



Source : OFDT - Odicer.
NB : Les données de ventes de tabac aux niveaux régional et départemental ne sont plus communiquées par la DGDDI depuis 2014.

3 Nombre de débits de tabac pour 10 000 habitants par département en 2015



Source : www.data.gouv.fr, Insee Exploitation ORS Bretagne

Accessibilité aux substances psychoactives

PRIX ET DISPONIBILITÉ DES PRODUITS

Tabac



Un prix moyen du tabac en constante augmentation depuis 2000

À partir des années 2000, le prix moyen du paquet de cigarettes a augmenté de façon régulière, passant de 3,20 euros en 2000 à 4,08 euros en 2003¹. L'augmentation la plus importante, de près d'un euro, est observée en 2004, date à partir de laquelle les augmentations successives ont fait passer le prix du paquet de cigarettes de 5 à 7 euros en moyenne, soit 40 % de hausse en dix ans. Parallèlement, le prix moyen du tabac à rouler a quasiment doublé (figure 1).

Cannabis



Le cannabis, produit illicite le plus présent et très accessible

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)². La diffusion et la consommation de cannabis dépassent très largement le cadre de cette population. Sa consommation tendrait, en effet, à se banaliser depuis de nombreuses années même si les enquêtes en population générale dans la région montrent des consommations stables³. Selon les observations du dispositif TREND, il n'y a pas de difficulté d'approvisionnement sur Rennes. La revente de cannabis sur les événements festifs est jugée comme étant toujours minoritaire comparativement à d'autres produits. Bien souvent les fumeurs apportent leur propre consommation et ne cherchent donc pas à s'approvisionner sur place. L'autoproduction d'herbe relativement présente en Bretagne est une particularité à noter dans l'approvisionnement des usagers du cannabis². L'herbe de cannabis est le produit pour lequel l'engouement se développe et la qualité s'améliore, ce qui peut expliquer la hausse de prix (figure 2).

Cocaïne et héroïne brune



La cocaïne, un produit accessible mais onéreux

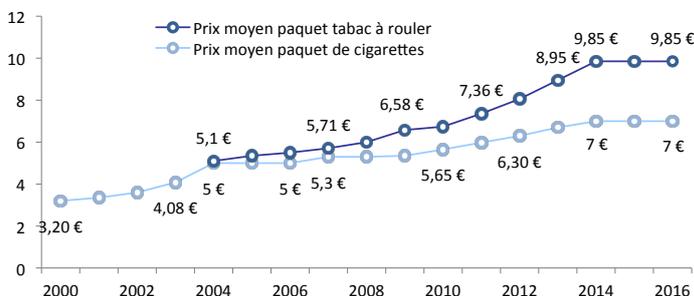
La cocaïne a toujours un niveau de disponibilité assez élevé sur les deux espaces observés. Elle a vu sa disponibilité augmenter entre 2002 et 2008 sur le site de Rennes. Puis l'offre s'est stabilisée depuis 2009. Pourtant, son usage serait plus fréquent au sein des milieux observés (urbain et festif). Une sensible baisse du prix bas est relevée en 2014 (figure 3).

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 (figure 3). Puis, le prix du gramme a baissé selon les années de 10 à 20 €. En 2015, l'héroïne est toujours un produit qualifié de disponible et d'accessible (40 € le gramme en moyenne), avec une baisse sensible du prix moyen.

Selon le dispositif TREND, l'héroïne brune est 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. De son côté, l'héroïne blanche est un produit rare et réservé à certains réseaux. La disponibilité et l'accessibilité de l'héroïne brune est en hausse. Cette tendance observée, depuis plusieurs années sur le site de Rennes se prolonge et semble même s'accroître.

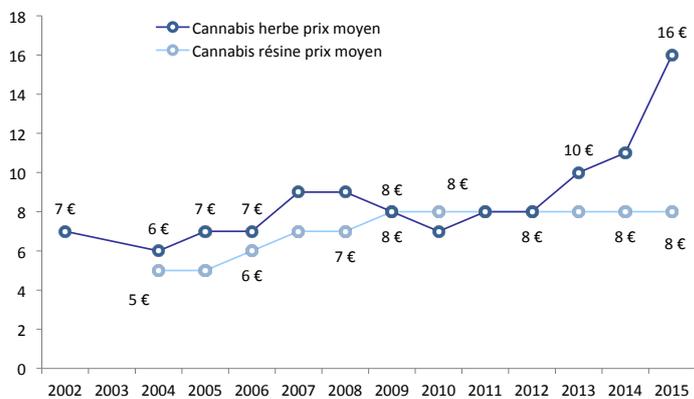
1 Évolution du prix moyen du tabac en France (paquet de cigarettes et paquet de tabac à rouler*) depuis 2000



Source : DGDDI.

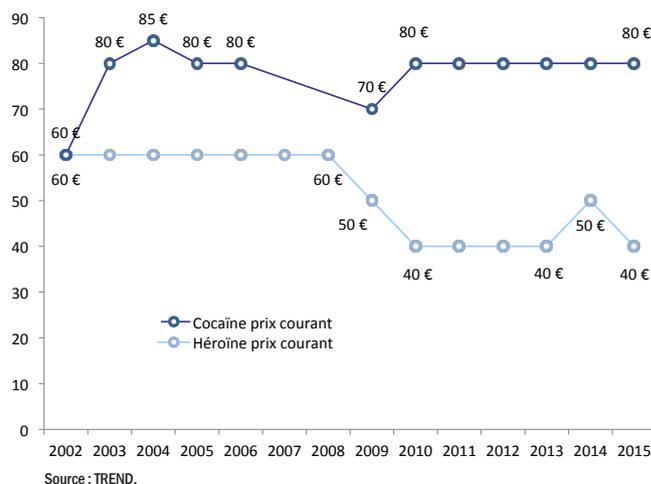
* de la marque la plus vendue (sert de référence) – Selon Tabac Info service, un paquet de 40 grammes de tabac à rouler équivaut à environ deux paquets de cigarettes.

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



Source : TREND.

3 Évolution du prix en euros du gramme de cocaïne et d'héroïne brune sur le site de Rennes



Source : TREND.

EN SAVOIR +

¹ Prix du tabac en France et conséquences sur les ventes et sur la consommation - Catherine Hill - BEH n° 19-20, 2010.

² Tendances récentes et nouvelles drogues : Rennes - TREND 2015, Décembre 2016, 4 pages et rapport complet disponible sur le site de Liberté Couleurs (<http://www.libertecouleurs.org/trendsintes/>).

Tendances récentes et nouvelles drogues : Rennes et Bretagne - TREND 2014, Mars 2016, 60 pages.

³ Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales 2013. Évolution 2005-2010.

■ Tableau de bord Tabac -2017 - OFDT.

■ Tabagisme et arrêt du tabac en 2016 - Février 2017 - OFDT.

PRIX ET DISPONIBILITÉ DES PRODUITS

Les autres substances illicites : les stimulants

AMPHÉTAMINE : une présence importante sur l'espace urbain et sur l'espace festif

Les amphétamines (appelées «speed») apparaissent comme étant disponibles et accessibles sur les deux espaces d'observation (urbain et festif). Elles se caractérisent par une stabilité des prix. En 2015, le prix moyen est de 15 € le gramme (figure 1).

ECSTASY /MDMA : une diffusion étendue à un public élargi

La MDMA reste le produit considéré unanimement comme le plus disponible, le plus accessible en milieu festif, avec une diffusion qui ne cesse de croître et le plus consommé après le cannabis. Quant aux comprimés d'ecstasy, ils seraient moins disponibles sur les deux milieux depuis 2006, voire quasi-absents depuis 2009 (au profit de la MDMA). Les comprimés ont toutefois fait leur réapparition en 2013.

Les prix constatés sont stables en 2015 : 10 € en moyenne pour un comprimé d'ecstasy et 50 € le gramme de poudre/cristal.

Les autres substances illicites : les hallucinogènes

KÉTAMINE : une disponibilité toujours aléatoire sur l'espace festif

La kétamine demeure un produit propre aux milieux alternatifs et toujours quasiment inexistant dans les autres milieux festifs. Concernant sa disponibilité, elle peut être qualifiée d'aléatoire. La kétamine s'était raréfiée jusqu'en 2008. Une augmentation de sa disponibilité a été observée depuis 2009, avec un prix moyen en augmentation en 2015 (50 € le gramme).

LSD : toujours autant disponible sur l'espace festif

En 2015, le LSD apparaît comme un produit toujours aussi disponible et accessible, principalement sur l'espace festif techno alternatif, son prix restant stable.

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

MÉTHADONE® ET BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE : toujours aussi disponible sur le marché de rue

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. Avec la baisse de disponibilité du sulfate de morphine et la création en 2004 à Rennes d'un accès facilité à la méthadone® au centre de soin, ce produit a été de plus en plus utilisé au cours de ces dernières années¹.

■ **Pour le Buprénorphine Haut Dosage (Subutex)**, les prix ont été très variables ces dernières années, entre 1 et 9 € le comprimé de 8 mg. Depuis 2010, le prix du comprimé s'est stabilisé. Il varie de 2 à 5 € en 2015. La Buprénorphine, comme pour les années précédentes, reste à un niveau de disponibilité et d'accessibilité assez important sur l'espace urbain.

LE SULFATE DE MORPHINE : peu accessible

En 2015, 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. À partir de 2004, les contrôles des prescriptions médicales de ce produit, mis en place par l'Assurance Maladie ont contribué à le rendre moins disponible avec mécaniquement un effet d'augmentation de son prix (de 2 € la gélule pour le prix bas et 3 € pour le prix haut en 2002, contre 10 € en 2015).

1 Prix des principales substances illicites observé en Bretagne en 2015 et évolution

Principaux produits	Prix courants relevés	Tendance
Amphétamines speed	15 € le gramme de poudre	→
Buprénorphine Haut Dosage	2/5 € le comprimé 10 € la plaquette de 7 comprimés	→
Cannabis	Herbe : entre 12 et 20 € le gramme Résine : entre 5 et 10 € le gramme	→
Cocaïne	70/80 € le gramme	→
Héroïne brune	40 € le gramme	↘
Kétamine	50 € le gramme	→
LSD	Prix buvard (sous sa forme de timbre) : 10 € Prix à la goutte (sous sa forme liquide) : 10 €	→
MDMA	Ecstasy : 10 € le comprimé Poudre / cristal : 50 € le gramme	↘
Méthadone®	5 € la fiole de 60 mg	→
Sulfate de Morphine	Gélule 100 mg : 5 € Gélule 200 mg : 10 € 50/60 € la boîte	→

Source : TREND.

MÉTHODO COMMENT SONT OBTENUES CES INFORMATIONS ?

Le dispositif TREND s'appuie sur une soixantaine d'observateurs provenant : du champ de l'application de loi (Douane, Police, Gendarmerie, Justice), du champ socio-sanitaire (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. Il vise à identifier et décrire les phénomènes émergents liés aux drogues illicites en France.

Deux espaces principaux d'investigation ont été délimités : «l'espace urbain», qui recouvre essentiellement le dispositif des structures de première ligne (CAARUD) et les lieux « ouverts » tels la rue et les squats ; « l'espace festif » qui désigne les lieux et moments où se déroulent des événements festifs.

EN SAVOIR +

■ **Substances psychoactives en France : tendances récentes (2015-2016)**, décembre 2016, OFDT, Tendances n° 115, 8 pages.

¹ **Tendances récentes et nouvelles drogues : Rennes – TREND 2015**, Décembre 2016, 4 pages et rapport complet disponible sur le site de Liberté Couleurs (<http://www.libertecouleurs.org/trendsintes/>).

Accessibilité aux substances psychoactives

REPÈRES

La loi portant sur la réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 interdit la vente d'alcool et de tabac aux mineurs de moins de 18 ans.

ACCESSIBILITÉ PERÇUE À L'ALCOOL, AU TABAC ET AU CANNABIS PAR LES COLLÉGIENS EN BRETAGNE EN 2017

Au collège, l'accessibilité perçue aux différents produits progresse avec les niveaux de classe.

En 2017, plus d'un collégien breton de 5^e sur 10 (13 %) déclare qu'il lui serait facile ou très facile de s'approvisionner en tabac s'il le voulait. Ils sont 28 % en 4^e et 40 % en 3^e. La majorité des élèves de 3^e considèrent qu'ils n'auraient pas de difficulté à se procurer de la bière (54 %). L'accès reste élevé pour le vin (39 %) ou les alcools forts (28 %). Concernant le cannabis*, il apparaît facilement accessible pour 9 % des collégiens de 4^e et 18 % de ceux de 3^e.

ACCESSIBILITÉ PERÇUE À L'ALCOOL, AU TABAC ET AU CANNABIS PAR LES LYCÉENS



L'alcool : un produit jugé plus facile d'accès en Bretagne qu'en France

Avec plus de 8 lycéens sur 10 jugeant leur accès facile, le cidre et la bière, sont les boissons alcoolisées perçues comme les plus accessibles (figure 1). Logiquement, et quel que soit le type d'alcool considéré, l'accessibilité est perçue de plus en plus facile à mesure que le niveau augmente de la seconde à la terminale, plus souvent par les garçons que par les filles. Si les élèves de la filière générale et technologique perçoivent un accès plus facile au cidre, les élèves de la filière professionnelle, quant à eux, déclarent pouvoir se procurer plus facilement des prémix, du champagne et des alcools forts.

L'accessibilité au cidre, à la bière, au vin, aux prémix, et aux alcools forts est jugée plus facile dans la région qu'en France. En 2015, les filles sont plus nombreuses qu'en 2011 à considérer que l'accès aux prémix, aux alcools forts et à la bière est facile.



En Bretagne comme en France, une accessibilité au tabac jugée plus facile en 2015 qu'en 2011

Le tabac est considéré comme un produit facile d'accès par près des trois-quarts des jeunes bretons (73 %), sans différence selon le sexe, et par plus des deux tiers des jeunes Français (68 %) (figure 2).

En Bretagne, l'accès paraît un peu moins facile pour les secondes : 61 % l'estiment facile, contre 76 % des premières et 84 % des terminales.

En Bretagne, l'accessibilité au tabac est perçue de manière similaire pour les lycéens en filière générale et technologique.

En 2015, les jeunes bretons sont plus nombreux qu'en 2011 à considérer que l'accès au tabac est facile (73 % contre 68 %).



Le cannabis : 4 lycéens de seconde sur 10 considèrent ce produit illicite comme facile d'accès

En Bretagne comme en France, le cannabis est un produit jugé facile d'accès pour la moitié des jeunes, sans différence significative entre garçons (51 %) et filles (52 %). Les élèves de la filière générale et technologique sont aussi nombreux que ceux de la filière professionnelle à considérer qu'il est facile de se procurer du cannabis (51 % contre 54 %, sans différence significative).

L'accessibilité perçue progresse avec l'avancée dans les niveaux de classe : 40 % pour les secondes, 54 % pour les premières et 64 % pour les terminales (figure 3).

En 2015, les jeunes bretonnes sont nettement plus nombreuses qu'en 2011 à considérer que l'accès au cannabis est facile (52 % contre 43 %).

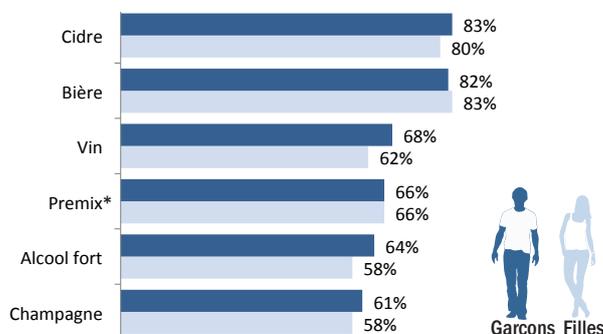
MÉTHODO ENQUÊTE ESPAD

Organisée sous l'égide de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), l'enquête ESPAD (European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs) permet de mieux comprendre et de comparer les habitudes de consommations de substances psychoactives des adolescents européens scolarisés au lycée. En 2015, l'analyse des résultats du sur-échantillon breton porte sur 1 094 lycéens scolarisés de la seconde à la terminale (filières générale, technologique ou professionnelle).

EN SAVOIR +

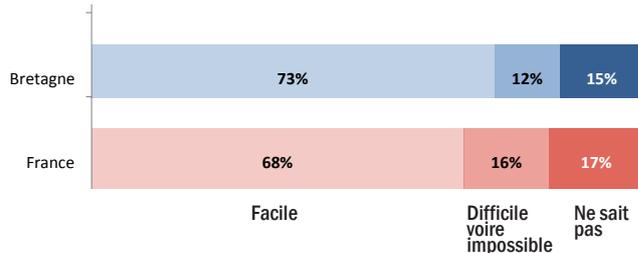
- La consommation de tabac au cours des années lycée. Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France.
- Les drogues durant les « années lycée » - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France.

1 Accessibilité perçue de l'alcool par les lycéens en Bretagne selon le sexe en 2015



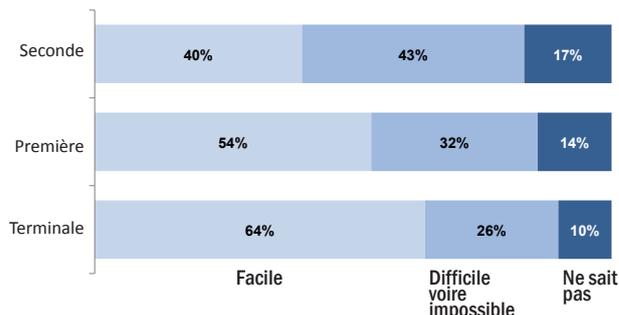
Source : ESPAD 2015, OFDT - Exploitation ORS Bretagne
* Mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non alcoolisée.

2 Accessibilité perçue du tabac par les lycéens en Bretagne et en France en 2015



Source : ESPAD 2015, OFDT - Exploitation ORS Bretagne

3 Accessibilité perçue du cannabis par les lycéens en Bretagne selon le niveau en 2015



Source : ESPAD 2015, OFDT - Exploitation ORS Bretagne

ACCESSIBILITÉ PERÇUE À D'AUTRES PRODUITS PAR LES LYCÉENS

Médicaments psychotropes et autres substances illicites



Des produits majoritairement jugés difficiles, voire impossibles d'accès

Si les tranquillisants apparaissent comme les produits les plus faciles d'accès (40 %), les lycéens estiment majoritairement qu'il leur serait difficile, voire impossible de se procurer une autre substance illicite que le cannabis (figure 1).

Cette perception n'est pas différente selon le sexe, ni selon la filière, mais elle évolue avec le niveau : l'accessibilité étant jugée plus facile par les élèves de terminale que par ceux de seconde.

L'ecstasy et les amphétamines sont perçues comme plus faciles d'accès par les jeunes bretons (15 % et 14 %) que par les jeunes Français (14 % et 12 %).

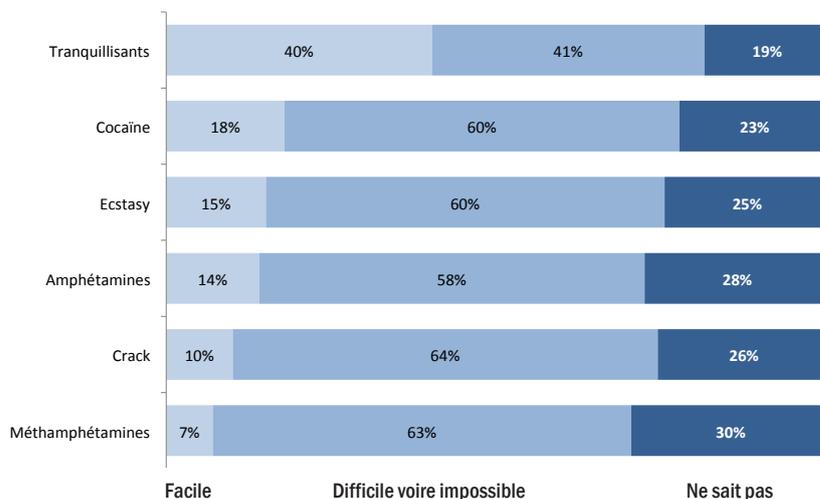
En Bretagne, l'ecstasy et la cocaïne apparaissent plus facilement accessibles en 2015 qu'en 2011

L'ecstasy est perçue comme facile d'accès par 15 % des lycéens en 2015, alors qu'en 2011 ils n'étaient que 8 %.

De même, la cocaïne qui était jugée facile d'accès pour 12 % des lycéens en 2011, l'est en 2015 pour 18 %.

L'accessibilité de l'ecstasy est perçue un peu plus facile en Bretagne (15 %) qu'en France (14 %), tandis que pour la cocaïne, la perception est identique (17 %).

1 Accessibilité perçue aux médicaments psychotropes et autres substances illicites par les lycéens en Bretagne en 2015



Source : ESPAD 2015, OFDT - Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

DANGÉROSITÉ PERÇUE DE LA CIGARETTE

Pour plus de la moitié des adolescents (53,6 %), fumer n'est dangereux que si l'on fume tous les jours. Un jeune sur 5 pense cependant qu'il est dangereux de fumer dès la première cigarette et 1 sur 4 à partir du moment où l'on fume de temps en temps, tandis que seulement 1,8 % déclarent que fumer n'est jamais dangereux.

Il y a peu d'écart d'appréciation de la dangerosité selon le sexe, les jeunes filles étant un peu plus nombreuses à considérer que fumer est dangereux « dès que l'on essaie » (22,4 % contre 18,3 % parmi les garçons).

La proximité avec le produit façonne la perception de la dangerosité de manière importante :

- les fumeurs occasionnels considèrent très majoritairement qu'il n'est dangereux de fumer qu'à partir du moment où l'on fume tous les jours.
- les fumeurs quotidiens, même s'ils reconnaissent pour la plupart d'entre eux que la consommation quotidienne est dangereuse, sont proportionnellement 3 à 4 fois plus nombreux que ceux qui n'ont jamais fumé à déclarer que fumer n'est jamais dangereux.

Dangerosité perçue de la consommation de tabac à 17 ans selon le statut tabagique, France, 2014 (en %)

	Ensemble 2014	Non expérimentateurs	Fumeurs occasionnels	Fumeurs quotidiens
Dès que l'on essaie	20,3	34,1	8,7	15,5
Dès que l'on fume de temps en temps	24,3	27,2	19,6	18,2
Dès que l'on fume tous les jours	53,6	38,0	70,4	62,7
Ce n'est jamais dangereux	1,8	0,8	1,3	3,6

Source : Consommation de tabac et usage de cigarette électronique à 17 ans en France, 2014 - BEH N° 17-18 - 29 mai 2015

À noter que l'usage de la cigarette électronique est abordé dans un chapitre spécifique de ce rapport (page 89).

Inégalités sociales dans le champ des addictions en France

Un axe prioritaire en santé publique

Parmi les axes prioritaires définis par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) dans l'avis relatif à la stratégie nationale de santé, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé (ISS) est clairement désignée. Elle s'appuie notamment sur les recommandations suivantes :

- Afficher l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et les intégrer dans le suivi des indicateurs. ...Produire et analyser de façon régulière des données permettant d'avoir des indicateurs déclinés en fonction des catégories socioéconomiques et des zones géographiques...

- Considérer la réduction des ISS comme un objectif à tous les âges. Les travaux conduits dans le domaine de l'épidémiologie du cours de la vie (lifecourse epidemiology) et plus récemment de l'épigénétique soulignent le rôle des premières années de vie sur la santé à l'âge adulte.
- Renforcer le caractère redistributif du système de protection sociale et veiller à l'équité dans l'accès aux soins. Cette mesure concerne les populations en situation de précarité pour lesquelles les dispositifs d'urgence ne peuvent suffire...

- Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité dans l'enfance. ...Si les politiques familiales sont susceptibles d'exercer un effet protecteur pour les enfants, il est nécessaire d'en évaluer les effets. ...L'école joue un rôle majeur dans la construction personnelle des enfants et des adolescents. L'école doit devenir un lieu promoteur de bien-être, de réussite éducative, d'épanouissement pour tous et de lutte contre les inégalités de santé.

Les conduites addictives liées à des déterminants sociaux et familiaux

Selon l'expertise collective de l'Inserm, les jeunes issus de milieux sociaux défavorisés ou qui ont des difficultés scolaires ont un risque plus élevé d'avoir une consommation régulière ou excessive de tabac, d'alcool ou de cannabis.

De même, les jeunes dont les parents présentent des conduites addictives ont un risque majoré de consommation régulière ou excessive de tabac, d'alcool ou de cannabis, particulièrement dans les familles qui connaissent une situation défavorisée.

Les jeunes dont les amis consomment des produits psychoactifs présentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux dont les amis ne consomment pas.

EN SAVOIR +

- **Inserm. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement.** Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014
- **Stratégie nationale de santé - Contribution du Haut Conseil de la santé publique - septembre 2017.**

MÉTHODO

Les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel en France peuvent être abordées à partir du Baromètre santé de l'Inpes. Les derniers résultats disponibles sont issus de l'édition 2014 menée auprès de 15 635 personnes, dont un peu plus de 9 000 des 16-64 ans étaient en activité.

Les consommations diffèrent selon les professions et catégories sociales (PCS)

Les résultats du Baromètre santé 2014 de l'Inpes montrent un effet global plutôt protecteur de l'activité professionnelle vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives.

Parmi les personnes ayant un emploi, les disparités entre les professions sont importantes (figures 1 et 2). Chez les hommes, les ouvriers sont les plus consommateurs de tabac quotidien (44,6 %), suivis des employés (37,2 %). Quant aux API mensuelles et aux ivresses répétées d'alcool, elles concernent davantage les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (respectivement 34 % et 17,3 % d'entre eux), suivis des employés (28,2 % et 16,3 %). Enfin, les employés sont les plus consommateurs de médicaments psychotropes et des autres substances illicites.

Les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise sont les plus consommatrices de tabac quotidien (31,3%), de médicaments psychotropes (30 %) et d'alcool quotidien (8,7 %) et . Les cadres sont quant à elles les plus concernées par les ivresses répétées d'alcool (6,9%) et le cannabis (6,7 %). Ce sont les ouvrières qui se caractérisent par des proportions élevées d'API dans le mois (12,5 %).

1 Consommation des substances psychoactives chez les hommes selon la PCS en France en 2014 (en %)

	Tabac (quotidien)	Quotidien	Alcool : Ivresse répétée	API* dans le mois	Médicaments psychotropes (année) (1)	Cannabis (année)	Cocaïne (année)	Ecstasy / amphétamines (année)
Agriculteurs	20,8	21,7	6,2	27,9	5,0	2,6	0,0	0,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	34,4	17,1	17,3	34,0	2,8	11,6	1,3	0,6
Cadres	19,9	9,1	14,1	23,4	12,1	10,9	0,6	0,6
Professions intermédiaires	31,5	9,1	13,9	24,2	13,7	13,9	0,4	0,5
Employés	37,2	9,2	16,3	28,2	14,5	16,6	3,6	2,4
Ouvriers	44,6	13,3	14,4	32,4	13,7	13,1	0,9	0,7

Source : Baromètre santé 2014, Inpes.
(1) Données du Baromètre santé, Inpes 2010

2 Consommation des substances psychoactives chez les femmes selon la PCS en France en 2014 (en %)

	Tabac (quotidien)	Quotidien	Alcool : Ivresse répétée	API* dans le mois	Médicaments psychotropes (année) (1)	Cannabis (année)	Cocaïne (année)	Ecstasy / amphétamines (année)
Agriculteurs	21,0	7,4	0,0	4,7	13,1	2,8	1,0	0,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	31,3	8,7	3,0	4,9	30,0	4,8	0,0	0,0
Cadres	17,7	2,5	6,9	9,0	14,0	6,7	0,6	0,3
Professions intermédiaires	22,7	2,4	5,3	7,3	25,2	6,1	0,4	0,3
Employés	29,8	3,0	3,4	8,3	19,6	4,5	0,5	0,3
Ouvrières	28,8	0,8	2,7	12,5	20,3	0,2	0,5	0,1

Source : Baromètre santé 2014, Inpes.
(1) Données du Baromètre santé, Inpes 2010

* API : alcoolisation ponctuelle importante (plus de 5 verres en une seule occasion)

Inégalités sociales dans le champ des addictions en France

Les niveaux de consommation diffèrent selon les secteurs d'activité

Trois secteurs se retrouvent presque systématiquement dans le trio de tête du classement selon le niveau de prévalence pour les différentes substances, qu'elles soient licites ou illicites : la construction, le secteur englobant les arts, les spectacles et les services récréatifs et le secteur de l'hébergement et de la restauration. Les personnels du secteur de la construction sont plus particulièrement concernés par l'usage de substances licites alors que pour les substances illicites c'est dans le secteur des arts et spectacles puis de l'hébergement et de la restauration que les prévalences de consommation sont les plus élevées. En accord avec ce qui avait été observé pour les PCS, le secteur de l'agriculture, sylviculture et pêche se caractérise par des prévalences élevées uniquement pour l'alcool, surtout pour la consommation quotidienne. À l'autre extrémité du classement, quatre univers de travail se caractérisent par des niveaux plus faibles de consommation pour la quasi-totalité des substances : l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé humaine et de l'action sociale et les activités de service aux ménages.

Des consommations au cours de la journée de travail non négligeables

La problématique des consommations de substances psychoactives dans le cadre du travail a fait l'objet d'une exploration spécifique dans le cadre du Baromètre santé de l'Inpes 2010, mais uniquement pour l'alcool. D'après les données de cette enquête, en dehors des occasions telles que les « pots » et les repas, 18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes, soit 16,4 % des actifs occupés, qui ont un usage d'alcool au moins occasionnel, ont consommé de l'alcool durant leur temps de travail au moins une fois dans l'année. D'autre part, la proportion de ceux qui déclarent consommer pendant leur temps de travail au moins une fois par semaine atteint 3,5 %.

Selon plusieurs études, les horaires irréguliers ou décalés, le stress, la pénibilité du travail, le harcèlement ou l'intimidation, l'insécurité d'emploi, l'absence de reconnaissance du travail accompli sont autant de conditions favorisant le plus souvent la consommation de substances psychoactives

REPÈRES

■ Observatoire Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB) 2014 : « Les Français et l'alcool »

Depuis 2006, l'Observatoire IREB interroge régulièrement un échantillon représentatif des Français de plus de 18 ans sur leurs comportements et opinions face à l'alcool. L'enquête 2014, menée chez 982 personnes, a porté notamment sur l'alcool au travail.

Les résultats montrent que très peu de Français (7 %) consomment habituellement de l'alcool pendant le déjeuner les jours où ils travaillent. Cette pratique est plus fréquente parmi les hommes (10 % contre 5 % chez les femmes), notamment chez les plus jeunes (14 % des hommes de 25-34 ans et 15 % de 35-49 ans contre 4 et 6 % respectivement chez les jeunes femmes). Dans neuf cas sur dix, ceux qui consomment lors du déjeuner les jours où ils travaillent déclarent boire jusqu'à deux verres au maximum (dont 20 % déclarent moins d'un verre et 48 % un seul verre).

D'autre part, un quart des actifs déclare qu'il lui arrive de consommer, hors repas, des boissons alcoolisées sur le lieu de travail.

■ Consommation d'alcool sur le lieu de travail

Selon l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), 15 % des accidents du travail surviennent chez des personnes avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal (0,5g/l).

À ces accidents et à leurs séquelles, il faut ajouter le poids de l'absentéisme, de la relative inefficacité du salarié alcoolo-dépendant (ou buveur excessif) et de son impossibilité à occuper des postes mettant en jeu la sécurité.

EN SAVOIR +

■ Hache P. **Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention.** INRS. Mars 2013. 36 p., 2016.

■ Palle C. **Synthèse de la revue de littérature sur les addictions en milieu professionnel.** Saint-Denis, OFDT, 2015, 12 p.

Expérimentations des substances psychoactives

MÉTHODO

Depuis 1992, l'Inpes mène une série d'enquêtes déclaratives appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. À partir des résultats des Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, il est possible de mesurer les niveaux d'usage des différentes substances licites et illicites de la population et de retracer les évolutions de consommation. Les indicateurs régionaux ne sont pas disponibles en 2014 (effectifs insuffisants) sur cette thématique dont l'observation reste à améliorer.

Les autres enquêtes spécifiques utilisées pour les adolescents (ESCAPAD, ESPAD, Apprentis) seront présentées pages suivantes.

EXPÉRIMENTATIONS EN POPULATION GÉNÉRALE EN BRETAGNE...

Situation en Bretagne*

En Bretagne, une forte expérimentation de drogues illicites

En 2010, chez les 15-64 ans, la Bretagne se distingue du reste de la France par des niveaux d'expérimentation supérieurs à la moyenne métropolitaine pour le cannabis, ainsi que pour le poppers, les champignons hallucinogènes, la cocaïne et l'ecstasy. Dans un contexte national de hausse de l'expérimentation des substances illicites, la région affiche également des prévalences plus élevées en 2010 qu'en 2005. La proportion de Bretons déclarant avoir déjà expérimenté du cannabis a augmenté de manière significative en 2010 : +5 points chez les 15-64 ans. Les évolutions à la hausse observées pour les autres substances illicites (poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy) méritent également d'être soulignées, les taux régionaux d'expérimentation étant tous supérieurs à la moyenne métropolitaine en 2010, alors qu'aucun d'entre eux ne l'était en 2005.

*Données Bretagne 2014 non disponibles - Pas de sur échantillon régional du Baromètre Santé

... ET EN FRANCE

Situation en France et évolution

Des expérimentations globalement plus importantes chez les hommes et pour certains produits chez les jeunes...

En 2014, parmi les Français âgés de 18 à 64 ans, les niveaux d'expérimentation apparaissent très différents selon le sexe et l'âge (figure 1). Pour tous les produits, les hommes se révèlent plus expérimentateurs que les femmes. L'expérimentation de l'alcool, du tabac, des colles et solvants et de l'héroïne augmente jusqu'à 54 ans. En revanche, l'expérimentation des autres produits est plus importante jusqu'à 34 ans puis diminue au-delà de cet âge.

L'alcool puis le tabac demeurent les produits les plus expérimentés, et parmi les substances illicites, il s'agit de très loin du cannabis : 42 % des Français déclarent en avoir consommé au cours de leur vie. L'expérimentation du cannabis est plus fréquente parmi les hommes (50 % contre 33 % parmi les femmes), et apparaît maximale parmi les 26-34 ans (59 %).

... et globalement orientées à la hausse

L'expérimentation de l'alcool est stable entre 2010 et 2014 (95 %). Celle du tabac est plus répandue puisqu'elle concerne 82 % des 18-64 ans en 2014 contre 78 % en 2010.

Les expérimentateurs de cannabis s'avèrent également plus nombreux en 2014 (42 %) qu'en 2010 (33 %). Il en est de même pour les autres substances illicites.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

L'expérimentation correspond au fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie.

Au - 1 fois
dans
sa vie

EN SAVOIR +

DONNÉES RÉGIONALES

- Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales.
- BEH n°30-31 - 6 octobre 2016 - Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage
- Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015), décembre 2015, OFDT.
- Beck F., Guignard R., Richard J.-B. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes - Evolutions 2005-2010 : 256 p.

DONNÉES NATIONALES

- Baromètre santé 2010 et 2014 de l'Inpes.
- Évolutions n°31, La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes, Inpes, janvier 2015.
- Évolutions n°32, La consommation d'alcool en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes, Inpes, avril 2015.
- Tendances n°99, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Résultats du Baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte, mars 2015.

1 Expérimentation de substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans en France (en %)

Indicateurs	2010		2014		2014				
	Ensemble	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	95	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	78	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	33	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	5,3	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	3,8	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champ. hall.	3,2	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
Ecstasy / MDMA	2,7	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	1,9	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	1,8	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	1,7	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,2	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètres santé 2010 et 2014 de l'Inpes.

Expérimentations des substances psychoactives

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES JEUNES À 17 ANS : ÉVOLUTION EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Ivresse alcoolique

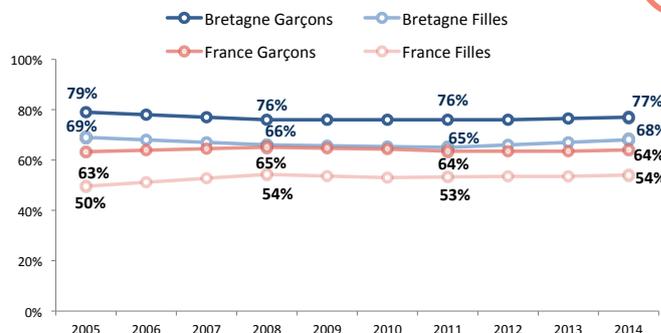


L'expérimentation de l'ivresse : un comportement plus répandu en Bretagne qu'en France

Dès la fin de l'adolescence, les trois quarts des jeunes bretons déclarent avoir déjà été ivres : en 2014, 72 % des jeunes bretons de 17 ans se sont déjà enivrés contre 59 % des Français du même âge. A l'inverse, 28 % des Bretons et 41 % des Français de 17 ans n'ont jamais expérimenté l'ivresse.

L'expérimentation est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, en Bretagne comme en France : plus des trois quarts des Bretons de 17 ans (77 %) et plus des deux tiers des Bretonnes (68 %) ont déjà expérimenté l'ivresse contre respectivement 64 % et 54 % en France. Entre 2011 et 2014, la prévalence de l'expérimentation de l'ivresse est restée stable en Bretagne comme en France (figure 1).

1 Évolution de l'expérimentation de l'ivresse à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Au - 1 fois dans sa vie

Tabac



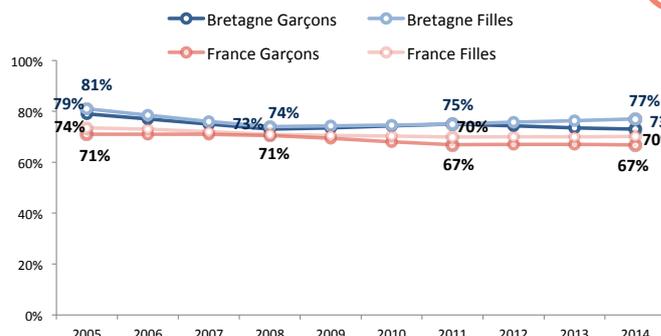
L'expérimentation de tabac désormais plus fréquente parmi les filles

En 2014, en Bretagne, 3 jeunes de 17 ans sur 4 ont déjà fumé du tabac, sans différence selon le sexe (figure 2). L'expérimentation du tabac est plus fréquente dans la région qu'au niveau national (75% contre 68%). Un quart des Bretons (25%) et un tiers des Français de 17 ans (32%) n'ont jamais expérimenté le tabac.

Près des trois quarts des Bretons de 17 ans (73%) et 77% des Bretonnes ont déjà expérimenté le tabac contre respectivement 67% et 70% en France.

Entre 2011 et 2014, le niveau de l'expérimentation du tabac est resté stable en Bretagne comme en France.

2 Évolution de l'expérimentation du tabac à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Au - 1 fois dans sa vie

Cannabis



Recrudescence de l'expérimentation de cannabis, chez les filles comme chez les garçons

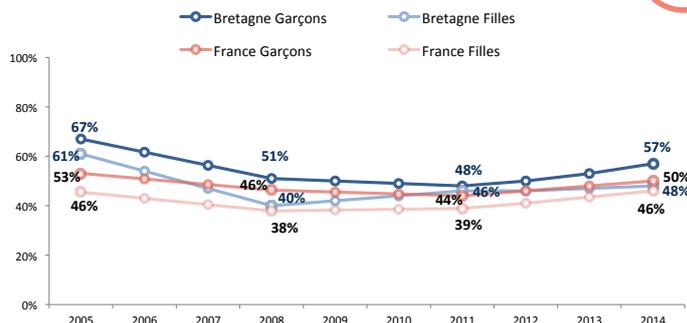
En 2014, les jeunes bretons de 17 ans ont plus souvent expérimenté le cannabis que leurs homologues français (respectivement 53% contre 48%). En Bretagne comme en France, ce comportement est plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Plus de la moitié des Bretons de 17 ans (57%) et moins de la moitié des Bretonnes (48%) ont déjà fumé du cannabis contre respectivement 50% et 46% en France (figure 3).

En Bretagne comme en France, les résultats d'ESCAPAD 2014 font apparaître une hausse de l'expérimentation de cannabis chez les garçons comme chez les filles par rapport à 2011, particulièrement chez les Bretons (+9 points).

La région conserve son désavantage par rapport à la France et celui-ci s'est particulièrement accru chez les garçons, alors qu'il s'est réduit entre les Bretonnes et les Françaises.

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



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Au - 1 fois dans sa vie

EN SAVOIR +

- **Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans** - Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet et François Beck - Note 2015-02 du 21 avril 2015
- **Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014**, Tendances N° 102, juillet 2015 - OFDT.

MÉTHODO ENQUÊTE ESCAPAD

Mise en œuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête ESCAPAD se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté auprès d'adolescents âgés de 17 ans en majorité. Cette enquête est réalisée en moyenne tous les trois ans sur quelques jours. Les jeunes qui participent à cette enquête répondent à un questionnaire autoadministré anonyme sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives. Pour la dernière enquête menée en 2014, 22 023 questionnaires ont été analysés au niveau national (métropole), dont 1 193 en Bretagne.

Expérimentations des substances psychoactives

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES JEUNES À 17 ANS : ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN À L'EXPÉRIMENTATION

Ivresse alcoolique



L'expérimentation de l'ivresse : à 15 ans en moyenne chez les Bretons

En Bretagne, en 2014, l'âge moyen à la première ivresse est de 14,9 ans chez les garçons de 17 ans et 15,3 ans chez les filles, ce qui est plus précoce que pour leurs homologues français (respectivement 15,2 ans et 15,4 ans).

En Bretagne comme en France, l'âge moyen d'expérimentation de la première ivresse est stable entre 2011 et 2014, en Bretagne comme en France (figure 1) et les filles déclarent avoir été ivres pour la première fois plus tard que les garçons.

Tabac



Première cigarette à 14 ans et tabac quotidien à 15 ans

Depuis 2005, les âges moyens d'initiation à la première cigarette chez les Bretons sont proches de ceux observés chez les Français du même âge (figure 2).

En 2014, en Bretagne, les garçons et les filles expérimentent le tabac au même âge (respectivement à 13,8 ans et 14,1 ans en moyenne) et ils 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 : en recul jusqu'en 2011, ils se sont stabilisés en 2014.

Cannabis



L'expérimentation du cannabis : à 15 ans en moyenne dans la région

En 2014, les résultats observés au niveau national confortent la tendance à une stabilisation de l'âge moyen au premier usage de cannabis (figure 3). En revanche, en Bretagne, si, jusqu'en 2011, l'âge moyen d'initiation au premier usage de cannabis tendait à reculer et à être plus tardif qu'en France, en 2014 l'expérimentation est plus précoce qu'en 2011.

En Bretagne, les jeunes filles expérimentent le cannabis un peu plus tard que les garçons (respectivement à 15,3 ans et 15 ans).

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES COLLÉGIENS EN BRETAGNE EN 2017

L'expérimentation du tabac se développe progressivement avec l'avancée dans les niveaux : 9 % des collégiens de 5^e ont déjà expérimenté le tabac, ils sont 18 % en 4^e et 32 % en 3^e.

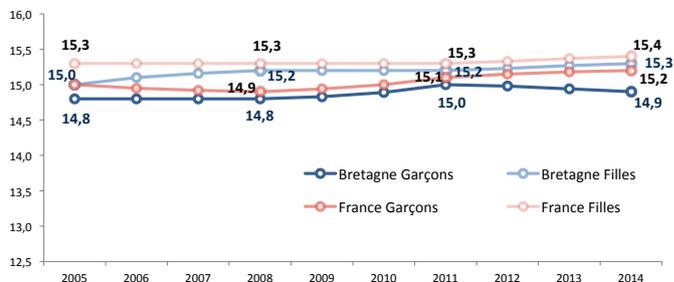
Environ 3 % des collégiens de 5^e déclarent avoir déjà été ivres, 7 % en 4^e et 17 % en 3^e.

Concernant le cannabis*, 4 % des collégiens de 4^e l'ont déjà expérimenté, ainsi que 10 % de ceux de 3^e. L'expérimentation du cannabis progresse avec l'avancée dans les niveaux et présente un palier entre le collège et le lycée : la proportion de jeunes est multipliée par deux entre les classes de 3^e et de 2nde.

Source : La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017 - Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 2017.

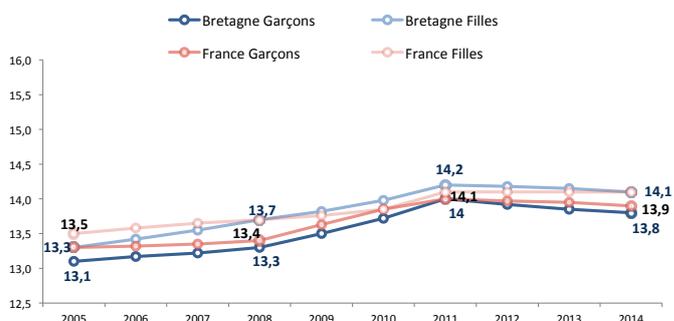
* Élèves des classes de 5^e non interrogés au sujet du cannabis.

1 Évolution de l'âge moyen de la première ivresse en Bretagne et en France



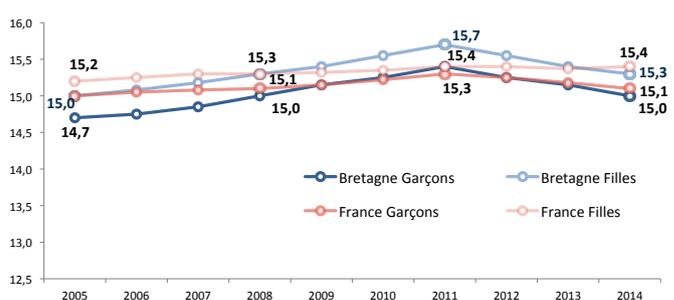
Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

2 Évolution de l'âge moyen de la première cigarette en Bretagne et en France



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

3 Évolution de l'âge moyen du premier usage de cannabis en Bretagne et en France



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Expérimentations des substances psychoactives

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES LYCÉENS ET APPRENTIS EN BRETAGNE

Ivresse alcoolique



Près des trois quarts des lycéens de la filière professionnelle ont expérimenté l'ivresse ...

Globalement, 62 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie, soit nettement plus que leurs homologues français (51 %). Les garçons bretons sont plus concernés que leurs homologues français (62 % contre 55 %), de même pour les filles (62 % contre 46 %).

L'expérimentation de l'ivresse se développe avec l'avancée dans les niveaux de classe. De plus, elle est plus fréquente dans la filière professionnelle (73 %) que dans la filière générale et technologique (58 %) (figure 1).

...et près de 8 apprentis sur 10

Globalement, 78 % des apprentis âgés de 16 à 19 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie, sans différence significative entre les garçons et les filles. Ce comportement culmine chez les apprentis de niveau III avec 89 % d'expérimentateurs de l'ivresse. Il concerne malgré tout plus de trois apprentis sur quatre (76 %) dans le niveau V.

Tabac



Plus des trois quarts des lycéens de la filière professionnelle ont déjà fumé du tabac...

Globalement, 7 lycéens Bretons sur 10 déclarent avoir déjà fumé du tabac, soit nettement plus que leurs homologues français (61 %). Les filles sont davantage concernées que les garçons en Bretagne (respectivement 75 % contre 65 %) comme en France (62 % contre 59 %).

En Bretagne, l'expérimentation du tabac est plus fréquente dans la filière professionnelle (76 %) que celle dans la filière générale et technologique (68 %). Dans cette dernière, l'expérimentation s'accroît fortement entre la seconde (59 %) et la terminale (68 %) (figure 2).

... et autant chez les apprentis

Globalement, plus des trois quarts des apprentis déclarent avoir déjà fumé du tabac, sans différence significative selon les niveaux d'apprentissage. Les filles sont davantage concernées que les garçons (84 % contre 74 %).

Cannabis



Près de 6 lycéens sur 10 de la filière professionnelle a déjà expérimenté le cannabis ...

La moitié des lycéens bretons déclare avoir déjà expérimenté le cannabis, soit nettement plus que leurs homologues français (44 %). En Bretagne, les filles sont autant concernées que les garçons (respectivement 51 % contre 49 %) alors qu'en France, elles le sont moins (42 % contre 47 %). Parallèlement, les lycéennes bretonnes sont plus nombreuses à avoir expérimenté le cannabis que leurs homologues françaises (51 % contre 42 %), ce qui n'est pas le cas chez les garçons.

En Bretagne, l'expérimentation est plus fréquente dans la filière professionnelle (58 %) que dans la filière générale et technologique (47 %), particulièrement en seconde et en terminale (figure 3).

... et autant chez les apprentis

Globalement, 57 % des apprentis déclarent avoir déjà consommé du cannabis, sans différence selon le sexe. Le taux d'expérimentation du cannabis varie peu selon les niveaux.

MÉTHODO

COMPARAISONS AVEC L'ENQUÊTE « ESPAD 2015 » (LYCÉENS) ET L'ENQUÊTE « APPRENTIS 2015 »

- L'ENQUÊTE ESPAD 2015 organisée sous l'égide de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), permet de mieux comprendre les habitudes de consommations de substances psychoactives des lycéens.
- L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES APPRENTIS EN BRETAGNE EN 2015, aborde les conditions de vie et d'apprentissage des apprentis Bretons, leur santé physique et psychique, leurs comportements et consommations.

Résultats disponible sur le site de l'ORS Bretagne - Plaquette La Santé des Apprentis en Bretagne.

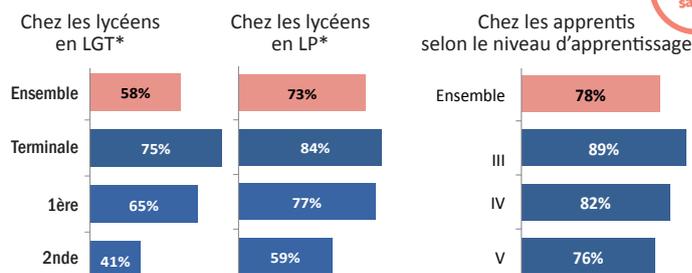
Pour les données relatives aux expérimentations de produits psychoactifs chez les jeunes, la population des lycéens âgés de 16 à 19 ans a été comparée à celle des apprentis bretons du même âge.

REPÈRES

LES NIVEAUX D'APPRENTISSAGE :

- Niveau III : sorties avec un diplôme bac+2 (BTS, DUT)
- Niveau IV : sorties des classes terminales ou abandons des scolarisations post-baccalauréat avant d'atteindre le niveau III (bac, brevet professionnel)
- Niveau V : sorties de l'année terminale des seconds cycles courts professionnels (CAP, BEP ou mention complémentaire).

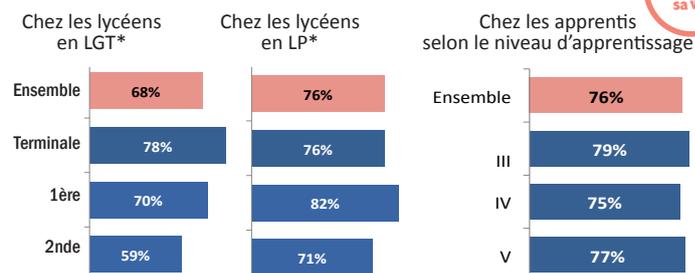
1 Expérimentation de l'ivresse chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne. Source : Santé des apprentis.es 2015 - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Au - 1 fois dans sa vie

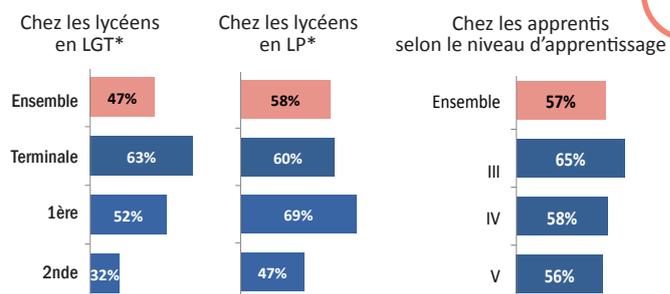
2 Expérimentation du tabac chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne. Source : Santé des apprentis.es 2015, exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Au - 1 fois dans sa vie

3 Expérimentation du cannabis chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne. Source : Santé des apprentis.es 2015 - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Au - 1 fois dans sa vie

Expérimentations des substances psychoactives

EXPÉRIMENTATIONS CHEZ LES JEUNES À 17 ANS : AUTRES SUBSTANCES ILLICITES ET MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Autres substances illicites



L'expérimentation d'autres substances illicites reste un comportement rare...

A 17 ans, en Bretagne comme en France, l'expérimentation d'autres substances illicites apparaît nettement moins répandue que celle du cannabis (figure 1). En 2014, les poppers et les produits à inhaler sont les plus fréquemment cités, davantage en Bretagne qu'en France, respectivement 7 % contre 5 % et 6 % contre 4 %. Viennent ensuite en Bretagne, l'ecstasy (5%), les champignons hallucinogènes et la cocaïne (4 %), les amphétamines (3 %), le LSD (3 %), l'héroïne et le crack (1 %). Le niveau d'expérimentation de l'ecstasy et du LSD est significativement supérieur en Bretagne par rapport à la France.

... peu différencié selon le sexe

En 2014, en Bretagne, les garçons sont autant expérimentateurs des autres substances que les filles (pas de différence statistiquement significative), à l'exception de l'expérimentation des amphétamines, qui est davantage le fait des garçons que des filles (4 % contre 2 %).

Des expérimentations en hausse pour le LSD et l'ecstasy/MDMA

Entre 2011 et 2014, en Bretagne, les niveaux d'expérimentation du LSD et de l'ecstasy/MDMA sont en hausse, à l'inverse du poppers pour lequel le niveau d'expérimentation en 2014 est statistiquement plus faible qu'en 2011 (figure 2).

Médicaments psychotropes

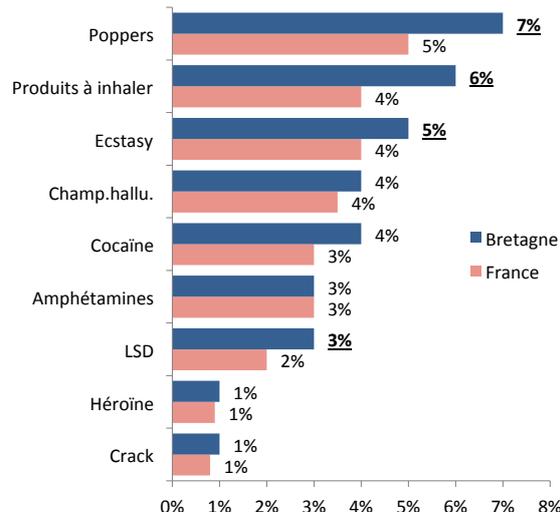


Les filles davantage concernées par l'usage des médicaments psychotropes

En Bretagne comme en France, les usages de médicaments psychotropes au cours de la vie sont orientés à la hausse entre 2011 et 2014. De plus, l'usage de médicaments psychotropes au moins une fois au cours de la vie se trouve être plus fréquent parmi les filles, quelle que soit la catégorie de psychotropes, à l'exception des somnifères en Bretagne (pas de différence statistiquement significative entre les sexes). En Bretagne, 20 % des filles déclarent avoir déjà consommé des tranquillisants, 14 % des somnifères et 8 % des antidépresseurs, contre respectivement 11 %, 10 % et 3 % des garçons (figure 3).

Au - 1 fois dans de sa vie

1 Comparaison des niveaux d'expérimentation d'autres substances illicites que le cannabis à 17 ans en France en 2014

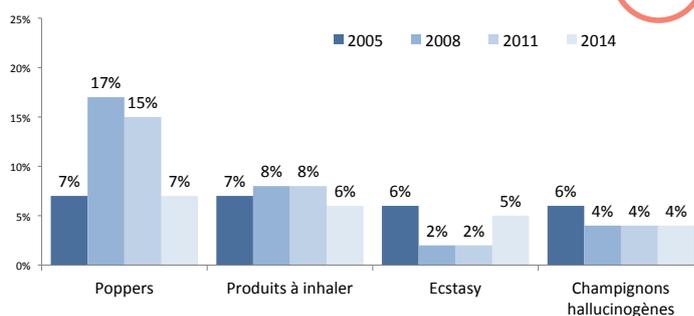


Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Les valeurs bretonnes soulignées sont significativement supérieures à la moyenne métropolitaine.

Au - 1 fois dans de sa vie

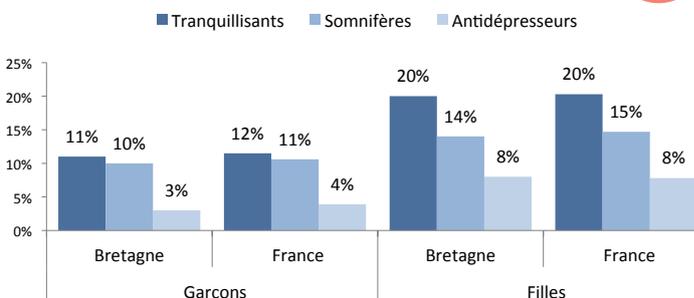
2 Évolution de l'expérimentation d'autres substances illicites que le cannabis à 17 ans en Bretagne



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

Au - 1 fois dans de sa vie

3 Expérimentation des médicaments psychotropes* à 17 ans en Bretagne et en France selon le sexe en 2014



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

*Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits à l'utilisateur par un médecin

Expérimentations des substances psychoactives

ZOOM SUR LES NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE (NPS)

4 % des lycéens français et 5 % des lycéens bretons ont déjà expérimenté les NPS

Pour la première fois en 2015, des questions portant sur les nouveaux produits de synthèse ont été posées dans l'enquête ESPAD¹.

Au total, 4 % des jeunes européens déclarent avoir consommé un NPS au cours de leur vie. Si la France affiche un taux égal à la moyenne européenne, la Pologne et l'Estonie se démarquent avec des niveaux d'expérimentation nettement supérieurs (10 %).

Dans la plupart des pays, une part importante de jeunes (6 % au niveau européen et parmi les jeunes Français) ne savaient pas ou n'étaient pas certains d'en avoir pris. Cette incertitude traduit la difficulté rencontrée par les jeunes pour identifier précisément les produits concernés et répondre à la question.

En Bretagne, 5 % des lycéens déclarent avoir déjà pris des nouvelles substances psychoactives et la même proportion ne sait pas ou n'en est plus sûr.

En miroir, 9 lycéens bretons sur 10 n'en n'ont jamais pris. S'agissant de la consommation au cours des 12 derniers mois, ils sont plus nombreux à citer la forme des nouvelles substances qu'ils ont consommées. Essentiellement, il s'agit de mélange d'herbes à fumer.

Près de 2 % des français ont déjà consommé du cannabis de synthèse

En 2014, une nouvelle question du Baromètre santé de l'Inpes² a permis de savoir si les personnes interrogées avaient déjà consommé du cannabis de synthèse au cours de leur vie.

Au total, 1,7 % des 18-64 ans déclarent en avoir déjà fumé, ce qui représente 4 % des expérimentateurs de cannabis et 17 % des usagers actuels de cannabis.

Ce pourcentage situe les cannabinoïdes de synthèse à un niveau d'usage similaire à celui de l'héroïne ou des amphétamines.

Les expérimentateurs de ces nouveaux produits de synthèse sont en majorité des hommes (2,3 % contre 1,2 % des femmes) et des jeunes générations (moins de 35 ans) : 4 % des 18-34 ans (4,8 % des hommes et 3,2 % des femmes) ont expérimenté le cannabis de synthèse, contre seulement 0,6 % des 35-64 ans.

Une nouvelle substance par mois en France, une par semaine en Europe

En 2012, 72 nouvelles substances psychoactives, soit plus d'une par semaine, ont été officiellement notifiées par le biais du système d'alerte européen³. C'est plus que les années précédentes : 49 en 2011, 41 notifiées en 2010, 24 en 2009.

En France, depuis 2010, une nouvelle substance est identifiée par mois.

Forte croissance du nombre de sites de vente en ligne

Au plan européen, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) recense régulièrement le nombre de sites de vente en ligne de NPS proposant une livraison au sein de l'Union européenne (UE) en langues européennes.

Leur nombre n'a cessé de croître : de 170 en 2010 à 693 en janvier 2012 (dont 30 en français).

Des usagers déjà consommateurs de substances psychoactives

Une étude de l'OFDT⁴ fournit des informations tant sur les profils d'usagers que sur les modes de diffusion des NPS. En premier lieu, ces résultats montrent une diffusion des NPS essentiellement parmi des personnes déjà consommatrices de substances psychoactives, les NPS n'apparaissant pas comme un mode d'entrée dans l'usage de drogues. Il s'agit majoritairement de jeunes adultes, ainsi qu'une part de personnes plus âgées.

Si la majorité des consommations des répondants à l'enquête a lieu dans des espaces privés (domicile), 40 % des dernières consommations se sont déroulées en espace festif pour moitié conventionnel (bars, clubs...) et pour moitié en extérieur (espace festif alternatif), confirmant la diffusion des NPS dans ces milieux.

Faible diffusion des NPS en Bretagne

Selon les observations du TREND⁵, les consommations de NPS ne paraissent pas se développer actuellement, notamment dans l'espace urbain, où les personnes qui fréquentent les structures bas seuil n'en semblent pas adeptes. Au sein de l'espace festif, les NPS circulent mais de manière encore assez confidentielle et il est régulièrement constaté qu'ils sont principalement vendus comme étant des produits « traditionnels ». La vente de MXE (méthoxétamine) proposée comme de la kétamine en est l'exemple le plus représentatif.

Les NPS semblent donc très peu diffusés et leur circulation se limite à des réseaux restreints. Dans ces réseaux spécifiques, ils sont très présents et très variés. Le terme le plus utilisé pour qualifier le profil des consommateurs est celui de « chimiste » : ces personnes maîtriseraient l'utilisation de ces produits, notamment en termes de dosage qui doivent être très précis.

MÉTHODO

Les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) désignent un éventail très hétérogène de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Leurs structures moléculaires s'en rapprochent, sans être tout à fait identiques. Cette spécificité leur permet, au moins à court terme, de contourner la législation sur les stupéfiants. Généralement achetés sur Internet, les NPS sont connus soit par leurs noms chimiques, soit à travers des noms commerciaux. (Source : OFDT)

En France, plus de 222 substances de synthèse en circulation ont été recensées. En 2012, les deux tiers des NPS découverts sont des cathinones et des cannabinoïdes de synthèse.

EN SAVOIR +

¹ Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015 - Synthèse issue du rapport européen ESPAD 2015 - Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet - Septembre 2016 - Lycéens en Bretagne - Novembre 2016

² « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Exploitation des données du Baromètre santé 2014 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », OFDT, Note 2015-01 du 3 avril 2015.

³ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

⁴ Profils et pratiques des usagers de nouveaux produits de synthèse - Tendances n° 108, OFDT, 8 p., Avril 2016

⁵ TREND - Synthèse des résultats 2014 parue en décembre 2015.

Usages réguliers des substances psychoactives

USAGES RÉGULIERS EN POPULATION GÉNÉRALE EN BRETAGNE...

Situation en Bretagne en 2010¹

Contexte régional de légère hausse du tabagisme quotidien

En Bretagne, d'après les résultats du Baromètre santé 2014 de l'Inpes, la prévalence du tabagisme quotidien est de 29,1 % parmi les 15-75 ans en Bretagne, en légère hausse par rapport à 2005 (27 %) et 2010 (28 %).

En Bretagne, les niveaux d'ivresses déclarées les plus élevés ...

En 2010, la Bretagne est la région qui présente la fréquence la plus élevée d'ivresses dans l'année (au moins 1 fois) : elle concerne 28 % des Bretons contre 19 % des Français de 15 à 75 ans. Les ivresses répétées (au moins 3 fois dans l'année) se révèlent également nettement plus fréquentes (15 % des Bretons contre 8 % des Français).

... ET EN FRANCE

Situation en France et évolution

Les consommations quotidiennes de tabac et régulières de cannabis diminuent avec l'âge, à l'inverse de l'usage régulier d'alcool

En 2014, l'usage quotidien de tabac concerne 37 % des 18-25 ans et diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 20 % chez les 55-64 ans (figure 1). S'agissant du cannabis, les consommateurs les plus nombreux se retrouvent dans les jeunes générations (18-25 ans). En revanche, la consommation régulière d'alcool progresse avec l'avancée en âge : elle concerne près d'un quart des individus de 55-64 ans contre 12 % des 18-25 ans.

La prévalence du tabagisme quotidien en légère baisse en France, mais largement supérieure aux autres pays occidentaux

En 2014, la prévalence du tabagisme quotidien est de 28,1 % parmi les 15-75 ans en France métropolitaine, en légère baisse par rapport à 2010 (29,1 %), uniquement du fait des femmes.

Chez les femmes, la proportion de celles âgées de 55 à 64 ans qui fument quotidiennement continue à augmenter en 2014, à l'inverse de celle des 20-44 ans, en baisse significative (figure 2).

La fréquence du tabagisme en France reste cependant largement supérieure à celle de nombreux pays occidentaux.

Si la consommation régulière d'alcool diminue, les épisodes d'ivresse et d'API ont augmenté, principalement chez les jeunes femmes

Parallèlement à la diminution de la consommation quotidienne d'alcool (passée de 24 % en 1992 à 11 % en 2010 et 9,7 % en 2014), d'autres comportements apparaissent, comme la progression des Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API) et des ivresses.

Relativement à 2010, les API au cours de l'année ont augmenté en 2014, de même que les ivresses répétées (au moins trois dans l'année), alors que la proportion de personnes déclarant une ivresse dans l'année est restée stable. Ces augmentations concernent principalement les jeunes femmes.

¹ Données Bretagne 2014 non disponibles sauf pour le tabagisme quotidien.

EN SAVOIR +

Voir liste des publications nationales et régionales sur cette thématique en page 25.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

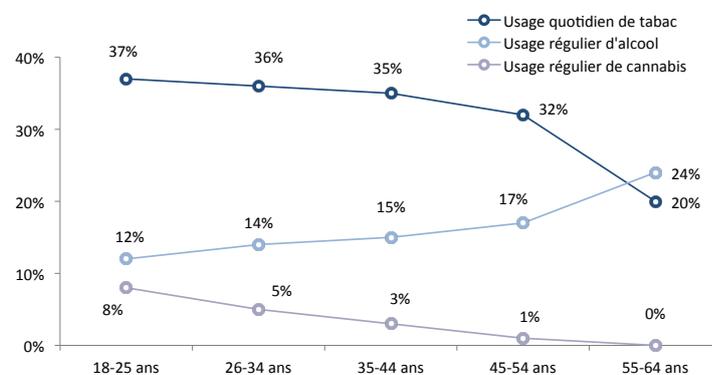
Les indicateurs utilisés pour le suivi des consommations régulières sont :

- Usage quotidien de tabac : au moins une cigarette par jour dans les 30 jours précédant l'enquête.
- Usage actuel : au moins une fois dans les douze derniers mois.
- Usage régulier d'alcool : au moins 3 fois dans la semaine.
- Usage régulier de cannabis : au moins 10 fois dans les 30 jours précédant l'enquête.
- Ivresses répétées : au moins trois dans l'année.
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion, dans l'année.

D'une façon générale, les usages des substances illicites sont plutôt orientés à la hausse entre 2010 et 2014

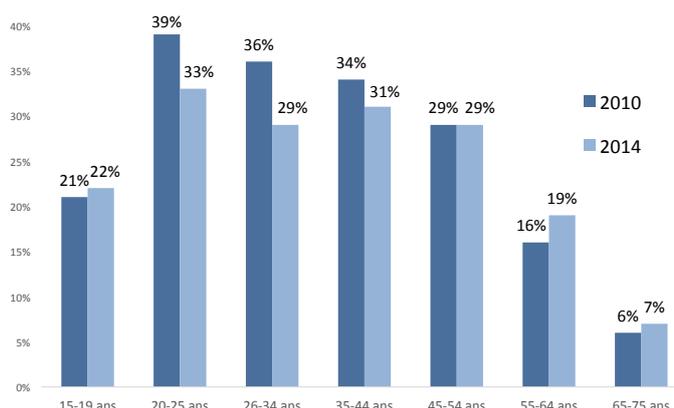
L'usage régulier de cannabis se révèle en augmentation pour toutes les tranches d'âge. Selon l'OFDT, cette hausse des consommations semble liée à l'évolution de la disponibilité des produits.

1 Consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac suivant l'âge parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en %) en France en 2014



Source : Baromètre santé 2014, Inpes

2 Évolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2010 et 2014, par tranche d'âge



Source : Baromètre santé 2014, Inpes

Usages réguliers des substances psychoactives

MÉTHODO

En France, l'influence de la zone d'habitation portant sur la différence des profils des consommateurs est rarement abordée. Les enquêtes nationales ESCAPAD et Baromètre santé offrent aussi la possibilité d'étudier les niveaux de consommation selon différentes échelles territoriales. L'approche proposée ici est une comparaison des usages de produits psychoactifs selon le degré d'urbanisation du lieu de résidence des jeunes interrogés. A noter que le cadre de vie des adolescents ne se limite pas à leur seule commune de résidence (la scolarisation est notamment un facteur de mobilité, de rencontre). Les communes rurales et les grandes agglomérations présentent des logiques de consommation différentes à mettre en lien notamment avec des conditions socio-économiques qui peuvent être opposées.

USAGES RÉGULIERS EN MILIEUX RURAUX ET URBAINS EN FRANCE

Les différences de consommation entre le milieu urbain et le milieu rural ne sont pas disponibles en Bretagne.

Les jeunes des communes rurales plus concernés par l'usage régulier d'alcool

Les zones urbaines et rurales se différencient en termes d'usage d'alcool chez les jeunes. Ceux résidant dans des communes rurales déclarent consommer plus régulièrement de l'alcool, que ce soit à 17 ans ou dans la tranche d'âge des 18-25 ans.

L'usage quotidien de tabac à 17 ans est relativement homogène entre les territoires urbains et ruraux, à l'exception de l'agglomération parisienne qui se caractérise par un niveau de tabagisme plus faible. Parmi les jeunes adultes de 18-25 ans, le tabagisme quotidien est plus répandu dans les zones rurales et les petites agglomérations que dans les grandes agglomérations.

Concernant la consommation régulière de cannabis, les communes rurales enregistrent des niveaux d'usage régulier de cannabis moins élevés que les grandes agglomérations.

REPÈRES

USAGE DES PRINCIPALES DROGUES ILLICITES SELON LE MILIEU

Les observations menées dans le cadre du dispositif TREND mettent en évidence les problématiques liées au développement de l'usage de drogues dans les zones rurales et péri-urbaines.

Une investigation spécifique conduite notamment sur le site de Rennes entre 2012 et 2014 a permis de préciser les populations concernées :

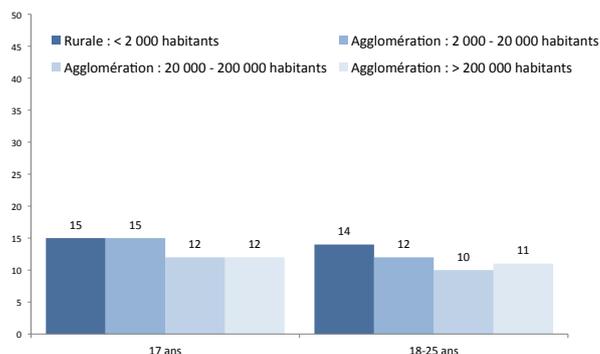
- Le premier groupe est plutôt composé de « néoruraux », en provenance des grands centres urbains. Ils se sont installés dans les campagnes environnant les métropoles afin d'échapper à des situations de grande précarité sociale. Il s'agit de personnes inscrites dans des consommations de drogues importantes (amphétamines, opiacés) et appartenant fréquemment à la sous-culture alternative techno.
- Le second groupe est composé d'« urbains », peu qualifiés et à la recherche d'emplois saisonniers en zone rurale, aux consommations de drogues plus occasionnelles. Ils côtoient d'autres usagers, eux aussi consommateurs de drogues illicites, issus directement de la ruralité.

Source : Rapport national 2016 de l'OFDT transmis à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) : principales évolutions du phénomène des drogues et des toxicomanies en France.

EN SAVOIR +

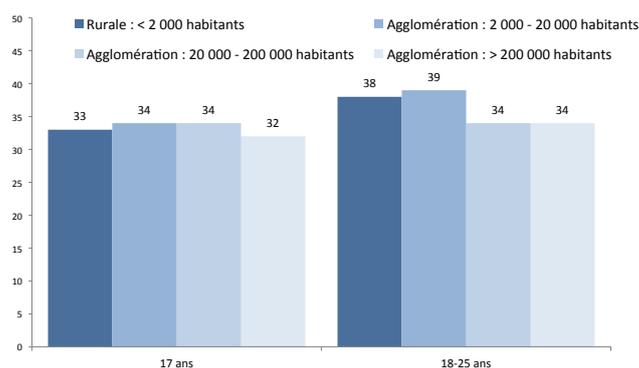
■ **Jeunes et addictions - Chapitre « Urbanisation des territoires et disparités sociales »** - Thibault Gauduchon, Michel Gandilhon, Stanislas Spilka - OFDT - Décembre 2016.

1 Usage régulier d'alcool en milieu urbain et rural (%)



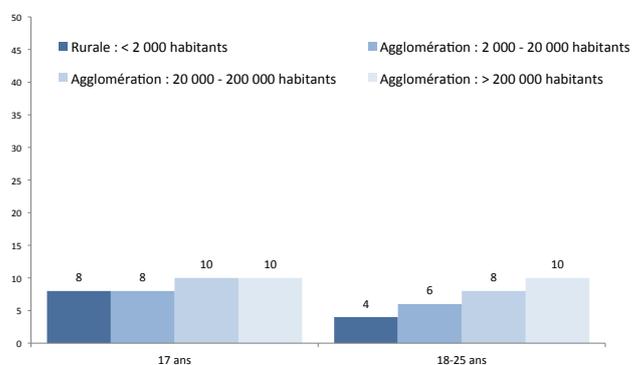
Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (Inpes).

2 Tabagisme quotidien en milieu urbain et rural (%)



Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (Inpes).

3 Usage régulier de cannabis en milieu urbain et rural (%)



Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (Inpes).

Usages réguliers des substances psychoactives

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les indicateurs utilisés pour le suivi des consommations régulières chez les jeunes à 17 ans (enquête ESCAPAD) sont les suivants :

- Usage régulier ou quotidien de tabac : au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours précédant l'enquête ;
- Usage régulier d'alcool ou de cannabis : au moins 10 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête ;
- Alcoolisation ponctuelle importante répétée (API 3) : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins 3 fois au cours des trente derniers jours.

USAGES RÉGULIERS CHEZ LES JEUNES À 17 ANS : ÉVOLUTION EN BRETAGNE ET EN FRANCE



Hausse de l'usage régulier d'alcool en 2014 qui accentue l'écart entre la Bretagne et la moyenne française

En 2014, les jeunes bretons de 17 ans sont plus nombreux que les jeunes français du même âge à déclarer une consommation d'alcool récente (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) : respectivement 84 % contre 72 %.

D'autre part, en 2014, quel que soit le sexe, les niveaux de consommation régulière d'alcool à 17 ans sont significativement supérieurs en Bretagne et concernent 1 jeune sur 6 (17 %) dans la région contre 12 % en France. Depuis 2011, la situation se dégrade, particulièrement chez les garçons et plus nettement dans la région qu'en France : le niveau de consommation régulière d'alcool concerne 24 % des garçons et 10% des filles en Bretagne contre respectivement 18 % et 7 % en France (figure 1).

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

A l'instar des ivresses régulières, les consommations d'alcool ponctuelles importantes sont également beaucoup plus fréquentes dans la région.

En 2014 en Bretagne, 71 % des garçons et 59 % 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 55 % et 43 %.

De même, la répétition de ces pratiques (au moins 3 fois dans le mois) est nettement plus fréquente en Bretagne et concerne en 2014 respectivement 47 % des garçons et 27 % des filles contre 28 % et 15 % au niveau national (figure 2).



Le tabagisme quotidien à 17 ans se stabilise en 2014

En 2014, en Bretagne comme en France, le tabagisme quotidien reste stable par rapport à 2011. 37 % des jeunes bretons de 17 ans fument tous les jours contre 32 % des Français du même âge. Cette pratique est plus fréquente chez les garçons (39 %) que chez les filles (34 %) (figure 3).

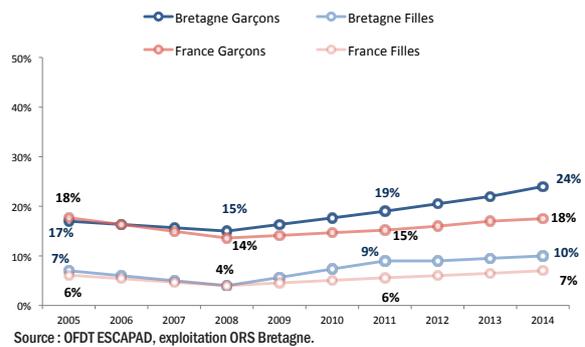


L'usage régulier de cannabis en augmentation

En 2014, 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 30 % contre 25 %), la proportion de consommateurs réguliers est poche en Bretagne et en France, 11 % des jeunes de 17 ans déclarant avoir consommé au moins dix fois du cannabis au cours du dernier mois en Bretagne contre 9 % en France (figure 4).

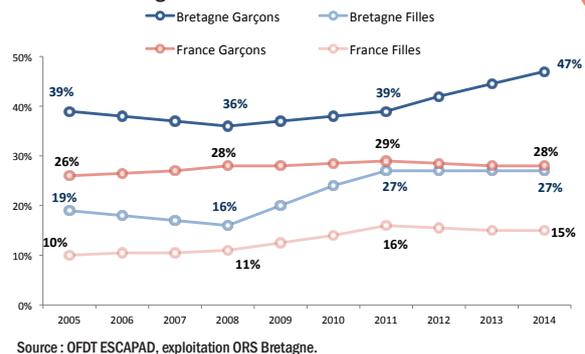
En Bretagne comme en France, la prédominance masculine s'observe pour toutes les fréquences d'usage déclarées de cannabis. En outre, plus les consommations de cannabis sont fréquentes, plus la prédominance masculine s'accroît.

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



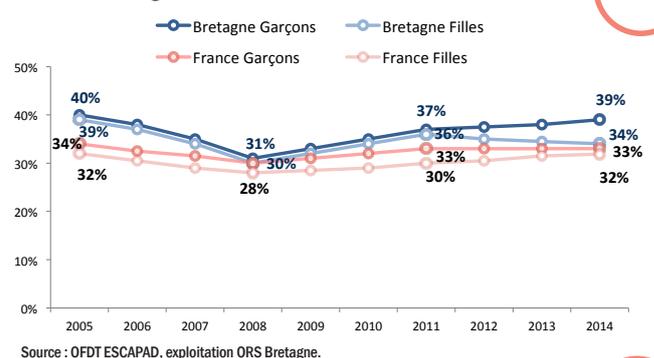
10 fois ou + dans le mois

2 Évolution des alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées (au moins 3 dans le mois) à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



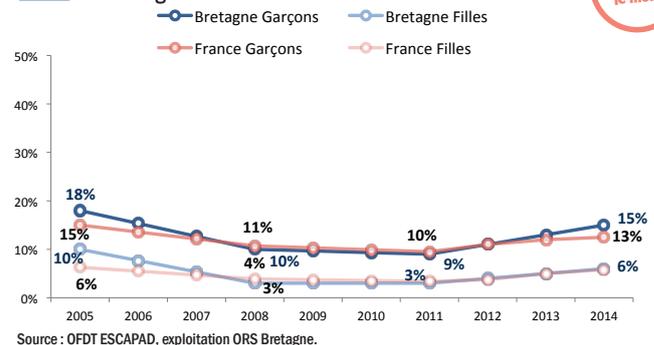
+ de 5 verres en 1 seule occasion au -3 fois dans le mois

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



Quotidien

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



10 fois ou + dans le mois

Usages réguliers des substances psychoactives

USAGES RÉGULIERS CHEZ LES COLLÉGIENS EN BRETAGNE EN 2017

La consommation quotidienne de tabac (au cours du mois) concerne 1 % des élèves de 5^e et de 4^e, et 5 % des élèves de 3^e. 1 % des collégiens en classes de 5^e et de 4^e a déclaré avoir consommé de l'alcool au moins dix fois dans le dernier mois.

Cette proportion atteint 4 % en classe de 3^e. Aucun élève de 4^e ne consomme régulièrement du cannabis* (au moins dix fois dans le dernier mois), contre 1 % des élèves de 3^e.

Source : La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017 - Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 2017.
* Élèves des classes de 5^e non interrogés au sujet du cannabis.

USAGES RÉGULIERS CHEZ LES LYCÉENS ET APPRENTIS EN BRETAGNE

Alcool : usage régulier



Un quart des lycéens de la filière professionnelle consomment régulièrement de l'alcool...

Globalement, 19 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent consommer de l'alcool au moins dix fois dans le mois, soit nettement plus que leurs homologues Français (15 %). En Bretagne, les garçons sont plus concernés que les filles (23 % contre 15 %), de même qu'en France (20 % contre 10 %).

L'usage régulier d'alcool concerne davantage la filière professionnelle (26 %) que la filière générale et technologique (17 %). Il est le plus fréquent en terminale professionnelle, avec plus d'un tiers des élèves concernés (figure 1).

...ainsi que près de 4 apprentis sur 10

Globalement, 39 % des apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent consommer de l'alcool au moins dix fois dans le mois, soit près de deux fois plus que les lycéens du même âge. En Bretagne, les garçons sont nettement plus concernés que les filles (44 % contre 23 %).

L'usage régulier d'alcool est un comportement qui se développe avec l'avancée dans les niveaux d'apprentissage : il concerne deux fois plus de jeunes en niveau III (BTS, DUT) qu'en niveau V (CAP, BEP ou mention complémentaire) (figure 1).

Alcool : Alcoolisation ponctuelle importante répétée



Des épisodes d'alcoolisation ponctuelle répétée qui concernent plus d'un tiers des lycéens de la filière professionnelle ...

Globalement, la consommation importante d'alcool concerne près d'un quart des lycéens. Ce comportement est nettement plus fréquent en Bretagne, qu'en France (25 % contre 16 %), sans différence significative entre garçons et filles dans la région.

En Bretagne, ce type d'usages est plus fréquent dans la filière professionnelle (36 %) que dans la filière générale et technologique (21 %), avec deux fois plus d'élèves concernés en classe de première (41 % contre 21 %) (figure 2).

... et plus de la moitié des apprentis

Chez les apprentis, ces consommations concernent plus de la moitié d'entre eux, soit plus de deux fois plus que les lycéens du même âge (figure 2). Ce comportement est nettement plus fréquent chez les garçons (58 %) que chez les filles (35 %), et dans les niveaux III et IV d'apprentissage.

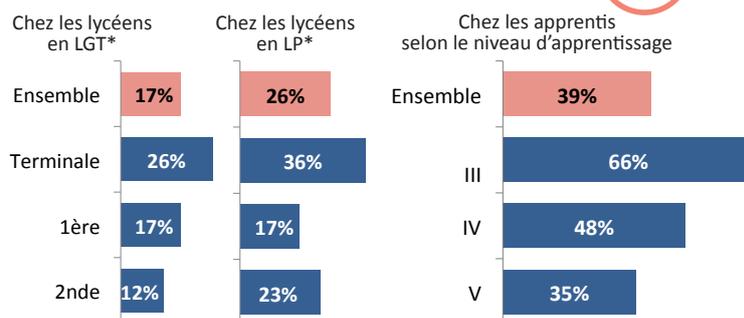
MÉTHODO

COMPARAISONS AVEC L'ENQUÊTE « ESPAD 2015 » (LYCÉENS) ET L'ENQUÊTE « APPRENTIS 2015 »

Pour les données relatives aux usages réguliers de produits psychoactifs chez les jeunes, la population des lycéens âgés de 16 à 19 ans a été comparée à celle des apprentis bretons du même âge.

1 Usage régulier d'alcool chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

10 fois ou + dans le mois

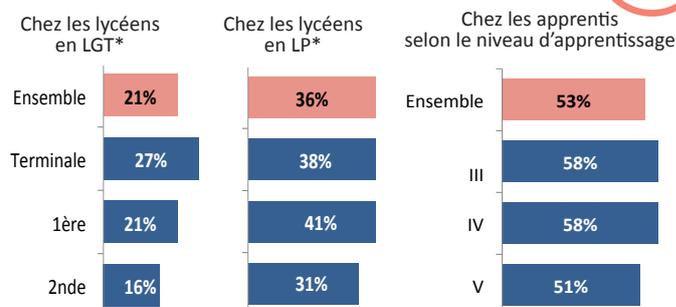


Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Source : Santé des apprentis.e.s 2015 - exploitation ORS Bretagne.

2 Alcoolisation ponctuelle importante répétée (API 3) chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

+ de 5 verres en 1 seule occasion au -3 fois dans le mois



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Source : Santé des apprentis.e.s 2015 - exploitation ORS Bretagne.

Usages réguliers des substances psychoactives

USAGES RÉGULIERS CHEZ LES LYCÉENS ET APPRENTIS EN BRETAGNE

Tabac



Plus de 4 lycéens sur 10 de la filière professionnelle fument du tabac quotidiennement...

Globalement, 25 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent fumer du tabac tous les jours, proportion proche de celle observée au niveau national (23 %). Les filles sont plus concernées que les garçons en Bretagne (respectivement 28 % contre 22 %) comme en France (24 % contre 22 %).

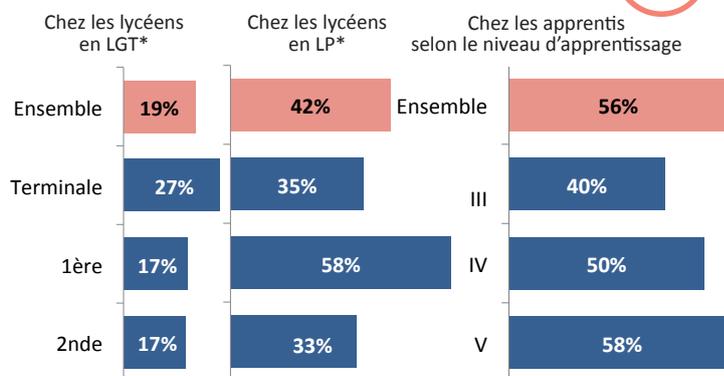
En Bretagne, la différence est notable entre la filière professionnelle (42 % de fumeurs quotidiens) et la filière générale et technologique (19 %). La prévalence du tabagisme quotidien est la plus élevée en classe de première professionnelle, avec près de 6 élèves sur 10 concernés (figure 1).

... et plus de la moitié des apprentis

56 % des apprentis de 16-19 ans sont fumeurs quotidiens, sans différence selon le sexe. La prévalence du tabagisme quotidien est inversement corrélée avec le niveau d'apprentissage (figure 1).

1 Tabac quotidien chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

Quotidien



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Source : Santé des apprentis.e.s 2015 - exploitation ORS Bretagne.

Cannabis



Un lycéen sur quinze consomme régulièrement du cannabis ...

Globalement, 7 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent consommer du cannabis dix fois ou plus dans le mois, soit autant que leurs homologues Français (7 %). Les garçons sont plus concernés que les filles en Bretagne (respectivement 9 % contre 6 %) comme en France (10 % contre 5 %).

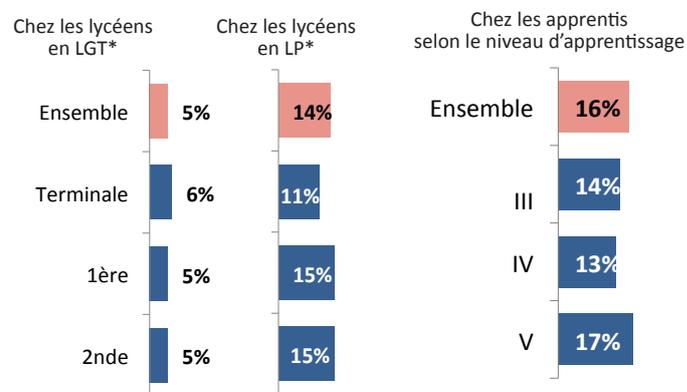
La prévalence de l'usage de cannabis régulier est nettement plus élevée en Bretagne dans la filière professionnelle que dans la filière générale et technologique (14 % contre 5 %). L'écart est particulièrement marqué en classes de seconde et première avec une consommation trois fois plus fréquente (figure 2).

...ainsi qu'un apprenti sur six

Environ 16 % des apprentis consomment régulièrement du cannabis (au moins dix fois dans le mois), sans différence significative entre les garçons et les filles (16 % contre 13 %). L'usage régulier de cannabis varie selon le niveau d'apprentissage (figure 2).

2 Usage régulier de cannabis (10 fois ou plus dans le mois) chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

10 fois ou + dans le mois



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

Source : Santé des apprentis.e.s 2015 - exploitation ORS Bretagne.

MÉTHODO

■ L'ENQUÊTE ESPAD 2015, organisée sous l'égide de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), permet de mieux comprendre les habitudes de consommations de substances psychoactives des lycéens.

■ L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES APPRENTIS EN BRETAGNE EN 2015, aborde les conditions de vie et d'apprentissage des apprentis bretons, leur santé physique et psychique, leurs comportements et consommations.

Résultats disponibles sur le site de l'ORS Bretagne - Plaquette La Santé des Apprentis en Bretagne.

■ LES NIVEAUX D'APPRENTISSAGE :

- Niveau III : sorties avec un diplôme bac+2 (BTS, DUT)
- Niveau IV : sorties des classes terminales ou abandons des scolarisations post-baccalauréat avant d'atteindre le niveau III (bac, brevet professionnel)
- Niveau V : sorties de l'année terminale des seconds cycles courts professionnels (CAP, BEP ou mention complémentaire).

Usages préoccupants des substances psychoactives

USAGES PRÉOCCUPANTS EN POPULATION GÉNÉRALE

Situation en France en 2014 et évolution depuis 2010

Hausse des ivresses régulières parmi les jeunes femmes

Selon les données du Baromètre santé 2014 de l'Inpes, 4 % des **15-75 ans** ont déclaré avoir connu au moins 10 épisodes d'ivresse au cours de l'année écoulée. La fréquence de ces ivresses régulières est en hausse (3 % en 2010), tout particulièrement parmi les femmes (de 0,9 % à 1,6 %).

Par ailleurs, 5 % des 15-75 ans ont déclaré une alcoolisation ponctuelle importante (API) toutes les semaines, sans évolution notable depuis 2010.

Parmi les **18-25 ans**, les ivresses régulières (11 % en 2010 ; 14 % en 2014) apparaissent en hausse. Plus d'un jeune sur 10 (11 %) a déclaré une API toutes les semaines, proportion stable par rapport à 2010.

2 % des Français consomment du cannabis tous les jours

En 2014, l'usage quotidien de cannabis concerne 2 % des 18-64 ans (2 % des hommes et 1 % des femmes). Ce comportement est plus fréquent chez les 18-25 ans (4 % d'entre eux) puis chez les 26-34 ans (3 %), et moindre entre 35 ans et 54 ans (1 %).

L'association alcool / tabac est la plus courante

Selon les données du Baromètre santé 2014, la polyconsommation régulière concerne 9 % de la population (*figure 1*). Elle atteint son niveau maximal parmi les 18-25 ans (13,2 % d'entre eux), qui se révèle être l'une des tranches d'âges les plus consommatrices de tabac et de cannabis.

La polyconsommation régulière des trois produits tabac-alcool-cannabis est rare, elle concerne 1,8 % des hommes et 0,3 % des femmes âgés de 18-64 ans. Elle culmine chez les 26-34 ans sans pour autant dépasser 2 % des individus de cette tranche d'âge.

La principale association de produits rassemble alcool et tabac. Elle concerne 6,2 % de la population, et il s'agit à partir de 35 ans, d'une pratique nettement majoritaire, parmi les polyconsommateurs. À l'inverse, les polyconsommations incluant le cannabis se raréfient au-delà de 35 ans.

La nature de la polyconsommation évolue peu, sauf pour l'association alcool-tabac-cannabis qui est en hausse

La polyconsommation régulière était de 8,3 % en 2010 chez les 15-64 ans, l'association alcool-tabac étant la plus répandue (6,3 %), devant le cumul tabac-cannabis (1,3 %), et alcool-tabac-cannabis (0,7 %), cette dernière apparaissant plus fréquente en 2014. En 2014, la nature des polyconsommations évolue peu : de même qu'en 2010, elle est surtout due aux associations alcool-tabac et tabac-cannabis parmi les jeunes, et à partir de 25 ans, la consommation alcool-tabac domine largement à tous les âges de la vie.

REPÈRES

UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE S'AGISSANT DES FEMMES ENCEINTES

Les données du Baromètre santé 2010 concernant la consommation d'alcool dans la population des femmes enceintes montraient que 32 % des femmes enceintes continuaient de boire de façon occasionnelle pendant cette période.

La France est le pays en Europe où les femmes enceintes fument le plus. Selon les données du Baromètre Santé 2010, 24 % d'entre elles fumaient quotidiennement au cours de leur grossesse.

D'après les chiffres des dernières recommandations de l'HAS, 80 % des femmes sevrées durant la grossesse reprennent leur consommation tabagique dans l'année qui suit l'accouchement. 30 % d'entre elles reprennent la cigarette immédiatement après la naissance*.

* HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - octobre 2014.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les indicateurs utilisés pour le suivi des consommations préoccupantes en population générale sont les suivants :

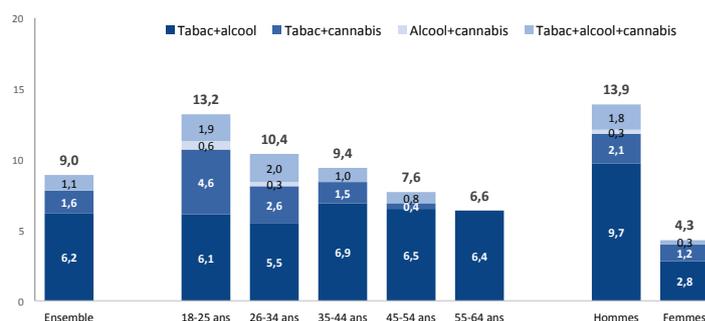
- **Ivresses régulières** : au moins 10 dans l'année ;
- **Alcoolisation ponctuelle importante (API)** : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion, au moins une fois par mois ou par semaine ;
- **Usage quotidien de cannabis** : au moins 30 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête ;
- **Polyconsommation régulière** : consommation régulière* d'au moins deux substances psychoactives parmi alcool, cannabis et tabac. La combinaison de ces substances n'implique pas forcément une consommation concomitante.

* Déclarer un usage régulier (10 fois ou plus au cours du dernier mois pour l'alcool et le cannabis et un usage quotidien pour le tabac).

EN SAVOIR +

Voir liste des publications nationales et régionales sur cette thématique en page 25.

1 Type de polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans (en %) en 2014



Source : OFDT ESCAPAD, exploitation ORS Bretagne.

MÉTHODO

Les données nationales sur la consommation d'alcool chez les femmes enceintes en 2014 ne sont pas disponibles. De même, il n'y a pas de données régionales disponibles sur la consommation d'alcool et de tabac chez les femmes enceintes en Bretagne.

Usages préoccupants des substances psychoactives

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les indicateurs utilisés pour le suivi des consommations préoccupantes chez les jeunes de 17 ans (enquête Escapad) sont les suivants :

- Ivresses régulières : au moins 10 fois dans l'année.
- Usage intensif de tabac : au moins 10 cigarettes par jour.
- Alcoolisation ponctuelle importante régulière (API 10) : consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins 10 fois au cours des trente derniers jours.
- Usage quotidien de cannabis : au moins 30 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.
- Polyconsommation régulière : consommation régulière* d'au moins deux substances psychoactives parmi alcool, cannabis et tabac. La combinaison de ces substances n'implique pas forcément une consommation concomitante.

* Déclarer un usage régulier (10 fois ou plus au cours du dernier mois pour l'alcool et le cannabis et un usage quotidien pour le tabac).

USAGES PRÉOCCUPANTS CHEZ LES JEUNES À 17 ANS : ÉVOLUTION EN BRETAGNE ET EN FRANCE

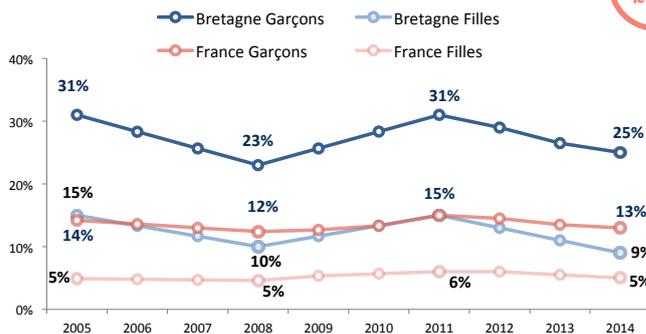
Ivresse alcoolique



L'ivresse régulière : une pratique deux fois plus fréquente en Bretagne qu'en France, mais en baisse en 2014

En 2014, en Bretagne, 25 % garçons et 9 % des filles de 17 ans déclarent avoir été ivres au moins dix fois au cours de l'année alors qu'en France, ils ne sont respectivement que 13 % et 5 % (figure 1). Après une hausse du niveau de l'ivresse régulière en 2011, la situation s'améliore en 2014, particulièrement en Bretagne où la diminution a été nettement plus importante qu'en France. La prévalence des ivresses régulières retrouve le niveau atteint en 2008 dans la région comme au niveau national.

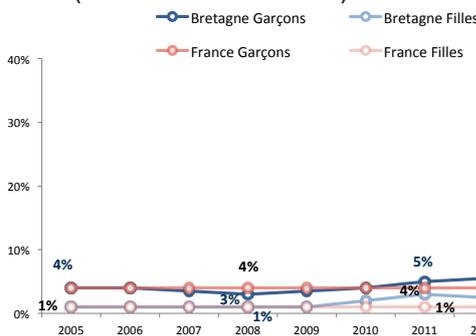
1 Évolution de l'ivresse régulière à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : ESCAPAD, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

10 fois ou + dans le mois

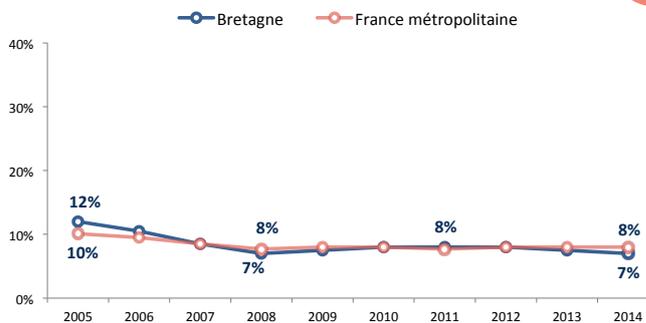
2 Évolution des alcoolisations ponctuelles intensives à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France (au moins 10 fois dans le mois)



Source : ESCAPAD, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

+ de 5 verres en 1 seule occasion au - 10 fois dans le mois

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



Source : ESCAPAD, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

Au moins 10 cigarettes par jour

Des alcoolisations ponctuelles intensives en augmentation chez les garçons et en baisse chez les filles

Bien que moins fréquentes que les ivresses régulières, les alcoolisations intensives d'alcool régulières (au moins dix fois dans le mois) touchent 6 % des garçons et 2 % des filles à 17 ans dans la région et respectivement 5 % et 1 % en France (figure 2). Entre 2011 et 2014, la fréquence des alcoolisations ponctuelles intensives a augmenté en Bretagne chez les garçons, alors qu'elle a diminué chez les filles.

Tabac



L'usage intensif de tabac à 17 ans proche en Bretagne et en France

Les niveaux d'usage intensif de tabac (plus de dix cigarettes par jour) sont proches en Bretagne et en France et concernent un peu moins d'un jeune de 17 ans sur 10 en 2014, cet usage étant plus souvent un comportement masculin que féminin (10 % des garçons contre 4 % des filles en Bretagne respectivement 9 % et 6 % en France) (figure 3).

Cannabis



L'usage quotidien de cannabis en hausse en 2014

Si l'usage quotidien de cannabis était stable entre 2008 et 2011 chez les garçons comme chez les filles, en 2014, la consommation quotidienne à 17 ans est en hausse (5 % contre 3 % en 2011) et concerne plus fréquemment les garçons (8 %) que les filles (2 %).

USAGES PRÉOCCUPANTS CHEZ LES COLLÉGIENS EN BRETAGNE EN 2017

Au collège, les usages préoccupants sont rares. Concernant l'usage intensif de cigarettes, 1 % des élèves de 3^e fume plus de 10 cigarettes par jour. De plus, 1 % des élèves dans ce même niveau déclare s'enivrer au moins 10 fois dans l'année.

La consommation quotidienne de cannabis* est quasi nulle.

Source : La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017 - Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 2017.
* Élèves des classes de 5^e non interrogés au sujet du cannabis.

Usages préoccupants des substances psychoactives

USAGES PRÉOCCUPANTS CHEZ LES LYCÉENS ET APPRENTIS EN BRETAGNE

Alcool



Ivresses alcooliques régulières

Près d'un lycéen sur 10 a été ivre au moins dix fois dans l'année...

Globalement, 9 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent avoir été ivres au moins dix fois dans l'année, soit près de deux fois plus que leurs homologues français (5 %). En Bretagne, les garçons sont plus concernés que les filles (11 % contre 7 %), de même qu'en France (8 % contre 3 %). Au final, la Bretagne est plus concernée qu'en moyenne nationale pour les garçons comme pour les filles.

L'ivresse régulière est plus fréquente dans la filière professionnelle (13 %) que dans la filière générale et technologique (8 %), particulièrement en classe de première professionnelle avec 22 % des élèves concernés (figure 1).

...et près de 2 apprentis sur 10

Globalement, 19 % des apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent des ivresses régulières, soit deux fois plus que les lycéens du même âge. En Bretagne, les garçons sont nettement plus concernés que les filles (22 % contre 7 %).

Ce comportement se développe avec l'avancée dans les niveaux d'apprentissage : il concerne deux fois plus de jeunes en niveau III (BTS, DUT) qu'en niveau V (CAP, BEP ou mention complémentaire) (figure 1).

Alcoolisation ponctuelle importante régulière

L'API 10 : une conduite rare au lycée...

En Bretagne comme en France, 3 % des lycéens de 16-19 ans déclarent qu'il leur est arrivé de boire 5 verres ou plus en une seule occasion au moins dix fois au cours du dernier mois (figure 2).

En Bretagne, l'API 10 est autant le fait des garçons que des filles, ce qui n'est pas le cas en France (respectivement 4 % des garçons et 1 % des filles).

En Bretagne, les alcoolisations ponctuelles importantes sont comparables dans la filière professionnelle (4 %) et dans la filière générale et technologique (3 %), contrairement à la France, où la prévalence est plus élevée dans la filière professionnelle (4 % contre 2 %).

.... mais qui concerne près d'un quart des apprentis

En Bretagne, 22 % des apprentis déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes régulières, soit sept fois plus que les lycéens du même âge (figure 2). Ce comportement est nettement plus fréquent chez les garçons (25 %) que chez les filles (9 %), et dans les niveaux III et IV d'apprentissage.

Tabac



Le tabac intensif concerne peu de lycéens...

Globalement, 6 % des lycéens bretons âgés de 16 à 19 ans déclarent fumer plus de 10 cigarettes quotidiennement, soit autant que leurs homologues Français (5 %). Les garçons sont autant concernés que les filles en Bretagne (respectivement 5 % contre 6 %) comme en France (4 % contre 5 %).

La prévalence de l'usage intensif de tabac est nettement plus élevée en Bretagne dans la filière professionnelle que dans la filière générale et technologique (12 % contre 3 %), comme en France (9 % contre 3 %) (figure 3).

...mais plus d'un apprenti sur cinq est un fumeur intensif

L'usage intensif de tabac concerne 21 % des apprentis et cet usage est un comportement aussi bien masculin que féminin. La proportion des apprentis concernés diminue avec la progression du niveau d'apprentissage (figure 3).

MÉTHODO

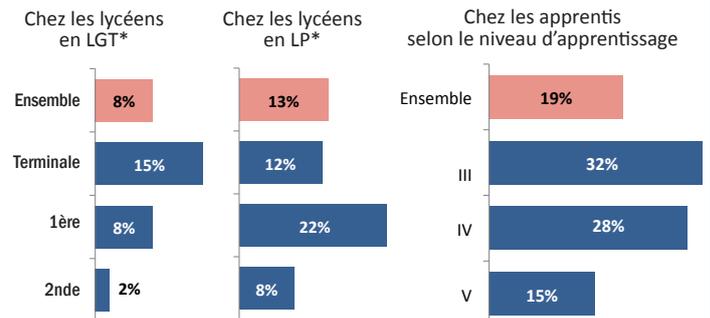
COMPARAISONS AVEC L'ENQUÊTE « ESPAD 2015 » (LYCÉENS) ET L'ENQUÊTE « APPRENTIS 2015 »

Pour les données relatives aux usages préoccupants de produits psychoactifs chez les jeunes, la population des lycéens âgés de 16 à 19 ans a été comparée à celle des apprentis bretons du même âge.

Cf Méthodologie des enquêtes ESPAD et apprentis page 34.

1 Fréquence de l'ivresse régulière (au moins 10 fois dans l'année) chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

10 fois ou + dans l'année



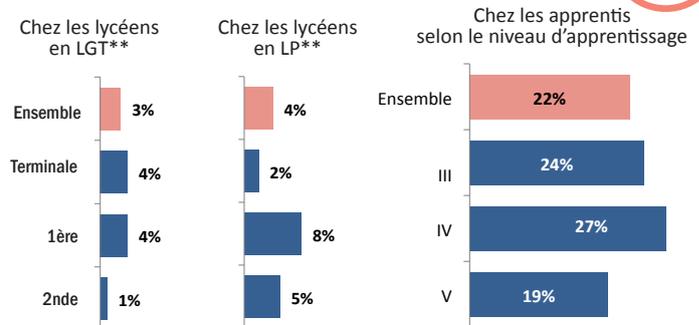
Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

Source : Santé des apprentis.e.s 2015, exploitation ORS Bretagne.

*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

2 Alcoolisation ponctuelle importante régulières (API)* chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

+ de 5 verres en 1 seule occasion au -10 fois dans le mois



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

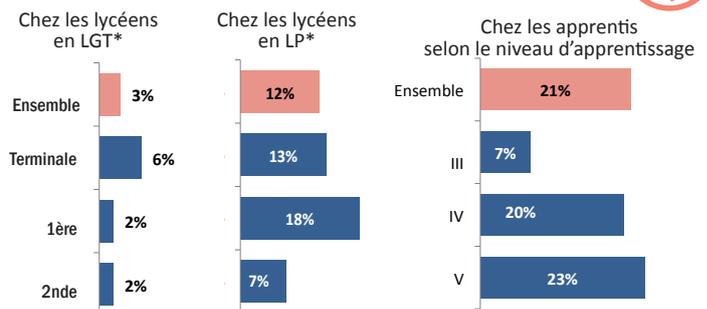
Source : Santé des apprentis.e.s 2015, exploitation ORS Bretagne.

* Consommation de plus de 5 verres en une seule occasion au moins 10 fois au cours des trente derniers jours

**LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

3 Tabac intensif (>10 cigarettes/jour) chez les lycéens et les apprentis bretons âgés de 16 à 19 ans selon le niveau

Au moins 10 cigarettes par jour



Source : ESPAD 2015, OFDT - exploitation ORS Bretagne.

Source : Santé des apprentis.e.s 2015, exploitation ORS Bretagne.

*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

NB : Les données relatives à l'usage quotidien de cannabis (au moins 30 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête) ne sont pas disponibles dans les deux enquêtes.

Usages préoccupants des substances psychoactives

Polyconsommations régulières



La polyconsommation régulière : plus d'un lycéen breton sur 10 concerné en filière professionnelle...

Selon l'enquête ESPAD 2015, globalement, la polyconsommation régulière concerne près de 12 % des lycéens âgés de 16 à 19 ans, soit une proportion proche de celle observée en France (11 %), sans différence significative entre les Bretons et les Bretonnes (13 % contre 10 %).

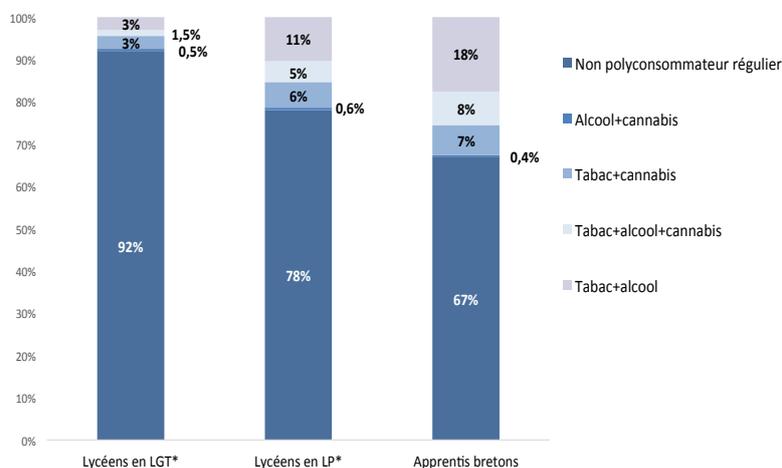
En Bretagne, la polyconsommation régulière est proche selon la classe fréquentée, contrairement à la France, où la consommation augmente avec l'avancée dans les niveaux.

En Bretagne, la polyconsommation concerne presque trois fois plus souvent les lycéens de la filière professionnelle (22 %) que ceux de la filière générale et technologique (8 %).

Alors qu'il n'existe pas de différence notable entre les lycéens bretons de la filière générale et technologique (8 %) avec leurs homologues français (10 %), en revanche, les lycéens bretons de la filière professionnelle (22 %) sont plus concernés que leurs homologues français (14 %).

Dans la filière professionnelle, l'association alcool-tabac est la plus fréquente et concerne 11 % des lycéens, devant les associations tabac-cannabis (6 %) et alcool-tabac-cannabis (5 %) (figure 1).

1 Structure de la polyconsommation régulière chez les lycéens et apprentis âgés de 16 à 19 ans (en %) en Bretagne



Sources : ESPAD 2015, OFDT, Santé des apprentis 2015 - exploitation ORS Bretagne.
*LGT : Lycée général et technologique, LP : Lycée professionnel

... ainsi qu'un tiers des apprentis bretons

Selon l'enquête Apprentis 2015, la polyconsommation régulière concerne 33 % des apprentis de 16-19 ans, davantage les garçons que les filles (36 % contre 24 %), mais sans différence selon les niveaux d'apprentissage.

L'association alcool-tabac est la plus fréquente et concerne environ 18 % des apprentis puis viennent les associations alcool-tabac-cannabis (8 %) et tabac-cannabis (7 %). En dernier lieu, l'association alcool-cannabis (0,4%) est plus rare (la consommation de cannabis s'associant le plus souvent à une consommation de tabac).

“

Le concept d'addiction vient du latin « ad dicere » signifiant « dire à ». Au Moyen Âge, il s'agissait d'un terme juridique signifiant l'esclavage pour dette par le corps. Après être tombé en désuétude, ce terme a été réutilisé par les anglo-saxons pour parler de la toxicomanie. Puis, au cours de la deuxième partie du vingtième siècle, le concept d'addiction et de conduites addictives s'est étendu au-delà des comportements de consommation de substances à tous les comportements pouvant entraîner une dépendance.

Se développe depuis 20 ans une approche unitaire et globale des pathologies addictives, s'appuyant sur les similitudes entre les addictions comportementales (anorexie-boulimie, addiction sexuelle, addiction au sport, au travail, jeu pathologique, etc.) et les addictions aux substances psychoactives (SPA) :

- Un parcours commun :

Deux périodes de vulnérabilité peuvent être décrites : l'adolescence ou le début de l'âge adulte, et la vieillesse : des conduites addictives peuvent émerger ou réapparaître chez les sujets de plus de 65 ans.

- Similitudes comportementales :

Impossibilité répétée de contrôler un comportement et poursuite d'un comportement malgré la connaissance de dommages associés comportement a la fonction de soulager une tension interne ou de produire une euphorie.

- Fonctionnement neuropsychologique commun :

Perturbations du système de motivation et de récompense, des systèmes de régulation des émotions et de l'inhibition des comportements.

Renforcement majeur de la valeur accordée à une SPA ou à un comportement, conduisant à une sur-motivation à perpétuer ce comportement et à une quasi-déconnexion des systèmes d'autocontrôle.

- Comorbidités addictives :

Le risque de développer une addiction est très élevé chez un sujet présentant ou ayant déjà présenté une ou des conduites addictives. Ainsi, la comorbidité la plus fréquente du jeu pathologique est l'usage de SPA. L'étude menée en 2010 en France retrouve une consommation de SPA nettement supérieure à la population générale chez les joueurs : 64% consomment quotidiennement du tabac, 50% ont un usage à risque d'alcool.

En 2013, le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 2013) a validé la définition des troubles liés aux jeux de hasard et d'argent au sein d'une nouvelle catégorie appelée « addictions et troubles liés », regroupant ensemble les troubles de l'usage de substances et les addictions comportementales.

Ce rapprochement théorique a permis de structurer des prises en charge des addictions comportementales en s'appuyant sur les parentés thérapeutiques. Selon une perspective bio-psycho-sociale, nous proposons aux patients souffrant d'addictions comportementales des prises en charge thérapeutiques multifocales. La prise en charge des addictions comportementales et plus spécifiquement des joueurs de jeu de hasard et d'argent et de jeu vidéo, est structurée en Bretagne depuis 2014. Le PoSRAJ, est un réseau constitué de praticiens hospitaliers et de binômes assistant social/psychologue.

Les médicaments psychotropes sont encore réservés au traitement des comorbidités psychiatriques ou addictives, aucune molécule n'ayant à ce jour obtenu d'autorisation de mise sur le marché en France ou ailleurs dans l'indication « addiction comportementale ».



Point de vue

Les addictions comportementales

Docteur Morgane GUILLOU

Psychiatre PH CHU de Brest, Responsable du Pôle Spécialisé Régional sur les Addictions aux Jeux (PoSRAJ)

”

ZOOM SUR LES ADDICTIONS AUX JEUX EN BRETAGNE

Estimation du nombre total de joueurs en Bretagne

Il est traité ici du phénomène d'addictions aux jeux à la fois dans leur forme classique (jeux d'argent, jeux de hasard) et dans leurs formes récentes (addiction à Internet et aux jeux vidéos en ligne).

L'estimation du nombre de joueurs en Bretagne n'est pas aisée, tant les données de recensement sont diverses. En effet, la Française Des Jeux (FDJ) et le Pari Mutuel Urbain (PMU) se basent sur des données financières et sur des sondages pour estimer le nombre de joueurs.

En ce qui concerne les casinos, il est impossible de connaître le nombre de joueurs car les casinos ne raisonnent qu'en terme de chiffre d'affaires et d'entrées par jour.

Les résultats suivants sont une extrapolation régionale réalisée par l'association Douar Nevez à partir des prévalences calculées par l'Observatoire des Jeux et l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies au niveau national pour les jeux traditionnels.

Plus de 10 000 joueurs excessifs en Bretagne

La prévalence de joueurs excessifs est estimée à 0,5 % de la population âgée de 15 à 75 ans et celle des joueurs à risque modéré à 2,2 %, soit, en nombre d'individus bretons, 11 715 joueurs excessifs et 50 765 joueurs à risque modéré susceptibles de basculer dans le jeu excessif.

Si ces résultats ne sont que des estimations, ils permettent toutefois de constater qu'un nombre important de personnes ont une problématique de jeu excessif.

Il est à noter toutefois que la prévalence du jeu excessif est différente en fonction des types de jeux et des pratiques comme le montre l'enquête nationale e-Enjeu 2012¹ sur la pratique du jeu en ligne, qui est plus à risque que le jeu traditionnel (point de vente de la FDJ ou du PMU, casinos).

Cependant, la majorité des joueurs bretons joue de manière traditionnelle.

MÉTHODO

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'anxiété ?
- 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.

EN SAVOIR +

■ Etude nationale :

Costes et al., **Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014**. Note de l'ODJ n° 6, avril 2015, 9 p.

■ Etude régionale :

Jeux d'argent et de hasard en Bretagne : état des lieux relatif à la prévention du jeu excessif - Douar Nevez (G. Jegousse et E. Le Clainche) et ARS Bretagne - Version non définitive du 4 mars 2016.

■ **A venir : Synthèse issue de l'enquête régionale ESPAD 2015** de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne.

■ **Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Synthèse issue du rapport européen ESPAD 2015** de l'EMCDDA Stanislas Spilka Olivier Le Nézet - Septembre 2016.

EN SAVOIR +

■ 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.

■ Costes J.-M., Eroukmanoff V., Richard J.-B., Tovar, M.-L. **Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014**. Les notes de l'Observatoire des jeux, n° 6, 2015, 9 p.

■ Tovar M.-L., Costes J.-M., Eroukmanoff V. **Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012**. Tendances. Juin 2013, n° 85, 6 p.

¹ COSTES, TOVAR, EROUKMANOFF, enquête e-ENJEU, OFDT et ODJ, 2013.

Les addictions aux jeux

Chez les lycéens bretons

L'enquête ESPAD 2015 renseigne pour la première fois sur les pratiques des adolescents et le temps passé sur Internet.

Un jeune Breton sur sept déclare avoir joué au moins une fois à un jeu d'argent et de hasard au cours des douze derniers mois...

Globalement, les jeunes Bretons sont plus joueurs que leurs homologues Français : 14,7 % d'entre eux déclarent avoir joué à ces jeux sur Internet ou ailleurs au cours des douze derniers mois, contre 12,3 % en France.

En Bretagne, les activités les plus pratiquées sont les jeux de loterie/grattage ailleurs que sur Internet (13 % des jeunes ayant joué), devant les paris sportifs ou sur des animaux hors Internet (11,4 %). Les supports de jeu traditionnels (point de vente de la FDJ ou du PMU, casinos) restent largement dominants.

A noter que la part des jeunes bretons ayant déclaré avoir joué sur Internet est significativement moins élevée en Bretagne (14,4 %) qu'en France (18 %).

...plus souvent les garçons

En Bretagne, les garçons déclarent plus fréquemment une activité de jeu au cours des douze derniers mois que les filles, que ce soit sur internet (19% contre 10%) ou en dehors d'Internet (29% contre 22%), mais leur pratique est moindre par rapport à celle des jeunes français.

...et les jeunes de la filière professionnelle pour ce type de jeux en ligne

La prévalence du jeu traditionnel (en dehors d'Internet) ne diffère pas selon les filières, ni les niveaux (seconde/première/terminale).

En revanche, les jeunes de la filière professionnelle sont proportionnellement plus nombreux (18 %) que ceux de la filière générale et technologique (13 %) à pratiquer les jeux d'argent et de hasard en ligne. Cette situation est similaire en France, avec des jeunes davantage concernés : 22 % des jeunes de la filière professionnelle déclarent avoir joué sur Internet au cours des douze derniers mois, contre 16 % pour ceux de la filière générale et technologique.

Parrallèlement, un garçon sur cinq joue tous les jours aux jeux vidéo en ligne

En Bretagne comme en France, la pratique des jeux vidéo sur internet apparaît comme le loisir le plus marqué par le genre : un garçon sur cinq y joue tous les jours contre seulement deux filles sur cent. Ce type de jeu est plus souvent déclaré en filière professionnelle (15 %) que dans la filière générale et technologique (10 %) (respectivement 11 % et 12 % en France).

ZOOM SUR L'ACTIVITÉ DU PÔLE SPÉCIALISÉ RÉGIONAL DANS LES ADDICTIONS AUX JEUX (PoSRAJ)

Un Pôle Spécialisé Régional dans les Addictions aux Jeux, PoSRAJ, a été créé en Bretagne en avril 2014.

Ses missions sont :

- une mission de coordination pour mettre en place une ou des filières de soins identifiées,
- une mission d'expertise,
- une mission d'information et de communication,
- une mission de formation.

Le PoSRAJ n'ayant pas d'activité clinique, les personnes en difficulté avec leurs pratiques de jeux sont prises en charge dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les consultations hospitalières en addictologie.

Par ailleurs, une prise en charge plus spécifique peut-être proposée au CHU de Brest, de Rennes et au sein des trois CSAPA de Lorient, Morlaix et St Brieuc.

Les modalités d'accès et d'orientations vers les consultations du PoSRAJ sont variées : médecins de ville, mission locale, centres de soins spécialisés, éducateurs spécialisés, maisons des adolescents ou par le biais des Consultations Jeunes Consommateurs, ou de la propre initiative des patients.

En 2014¹, 2015 et 2016, au total, 462 patients ont été reçus par les professionnels du PoSRAJ au CHU de Brest, au CHGR de Rennes et dans les trois CSAPA concernés.

De plus, selon les rapports d'activité des CSAPA, le nombre de patients vus en 2014, 2015 et 2016 pour une problématique d'addictions aux jeux dans les autres CSAPA² de la région est estimé à 241. Ils représentent environ chaque année 0,5 % de la file active.

¹ A compter d'avril 2014 - Données transmises par le POSRAJ

² Quimper, Quimperlé, Fougères, Redon, Lannion, Saint-Malo et Vitré

ZOOM SUR LES ADDICTIONS AUX JEUX EN FRANCE

Une pratique en hausse en France ...

Selon les données des Baromètres santé 2010 et 2014, la proportion de Français (âgés de 15 à 75 ans) ayant pratiqué des jeux d'argent et de hasard au cours des douze derniers mois a très sensiblement augmenté, passant de 46,4 % en 2010 à 56,2 % en 2014.

Cette progression concerne un peu plus les femmes, les personnes les plus jeunes (15-17 ans) et les plus âgées (45-75 ans).

Les hommes déclarent plus fréquemment une activité de jeu au cours des douze derniers mois que les femmes (51 % contre 49 %).

Les activités les plus pratiquées sont les jeux de loterie (tirage ou grattage), très loin devant les paris hippiques ou sportifs, les jeux de casino et le poker. Les supports de jeux traditionnels (point de vente de la Française des Jeux, du PMU, casinos) restent largement dominants. Toutefois, le jeu en ligne concerne 7,3 % de l'ensemble des joueurs.

...mais des usages problématiques plutôt rares

L'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) permet d'estimer le niveau de risque des joueurs sur des critères cliniques auto-évalués. Selon la terminologie associée à cette échelle (cf. encart page 42), la prévalence de jeu à risque modéré est à un niveau supérieur en 2014 (2,2 %) par rapport à celui de 2010 (0,9 %). La prévalence de jeu excessif, elle, est stable (0,5 %).

Les joueurs problématiques (joueurs excessifs ou à risque modéré) sont plutôt des hommes. Ils sont plus jeunes que l'ensemble des joueurs. Ils appartiennent à des milieux sociaux plus modestes et sont moins diplômés. Sur le plan professionnel, ils sont moins actifs que l'ensemble des joueurs : un joueur problématique sur trois est chômeur ou étudiant.

Malgré l'interdiction de l'offre à leur égard, un mineur sur trois a déjà pratiqué ce type de jeux

Un jeune mineur sur trois (32,9 %) déclare avoir joué au moins une fois à un jeu d'argent et de hasard au cours de l'année écoulée. Le jeu en ligne est pratiqué par 6,5 % des joueurs mineurs, proportion similaire à celle relevée pour l'ensemble des joueurs (7,3 %).

Chez les joueurs mineurs, les activités principalement pratiquées sont dans l'ordre décroissant : les jeux de grattage (66,5 %), les paris sportifs (31,7 %) et les jeux de tirage (22,4 %). Les autres jeux sont pratiqués par moins de 8 % des joueurs mineurs : autres jeux de cartes (7,6 %), poker (4,9 %).

Parmi les mineurs qui ont joué au moins une fois au cours de l'année écoulée, 11 % sont classés « problématique » (regroupant « risque modéré » et « excessif » selon l'ICJE). Cette proportion de joueurs « problématiques » parmi les joueurs mineurs est deux fois plus élevée que celle relevée chez les joueurs adultes et cette différence est significative.

REPÈRES

■ IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES JEUX D'ARGENT ET DE HASARD EN FRANCE

Il n'existait jusqu'à ce jour aucune étude portant sur l'évaluation en France du coût économique et social des jeux d'argent et de hasard. Cette étude a été réalisée entre novembre 2012 et avril 2014 selon quatre axes :

- synthèse des connaissances existantes,
- choix d'une méthode pour préciser les hypothèses et faire des estimations,
- recensement des données disponibles,
- estimation des coûts et bénéfices engendrés par les jeux d'argent et de hasard.

L'étude met en exergue la nécessité de produire certaines données via des études futures.

Source : Première évaluation de l'impact socio-économique des jeux d'argent et de hasard en France - Les notes de l'Observatoire des jeux n°5 - Jean-Michel COSTES, Sophie MASSIN, Jeanne ETIEMBLE - Juin 2014.

■ ÉCRANS ET JEUX VIDÉO À L'ADOLESCENCE

Premiers résultats de l'enquête PELLEAS (Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé) menée en région parisienne auprès de plus de 2 000 élèves.

La consultation jeunes consommateurs (CJC) du Centre Pierre-Nicole de la Croix-Rouge française et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont initié, pour la première fois, une enquête sur les pratiques d'écrans durant l'année scolaire 2013/2014 dans 15 établissements du secondaire (de la classe de 4^e à celle de 1^{ère}) de la région parisienne.

Trois types de jeux se classent en tête des activités vidéo ludiques déclarées par les jeunes. Il s'agit des jeux d'application (sur smartphone et tablette), des jeux de tir et d'action et des jeux de simulation (courses et sport). 14 % des joueurs hebdomadaires seraient en situation d'usage problématique de jeu

Source : Écrans et jeux vidéo à l'adolescence - Tendances 97 - décembre 2014 - OFDT

Conséquences sanitaires, sociales et légales des consommations

“

Le parcours de santé en addictologie comporte différents champs d'intervention : de la prévention aux soins en passant par la réduction des risques et l'éducation thérapeutique. Cela fait intervenir plusieurs acteurs : spécialisés ou non en addictologie, intervenants en structures ou en libéral.

Les médecins généralistes, rencontrent des patients dans une première démarche de soin, certains sont au contraire dans des parcours de soins déjà établis, d'autres sont en rechute ou en rupture de soins.



Point de vue

La notion de parcours en addictologie

Docteur Jacques ALLIX

Médecin généraliste, Réseau Addictions 35

(<http://reseau-addictions35.org>)

« Médecin généraliste depuis 1978, j'ai dû faire face à un grand nombre d'appels motivés par les retentissements multiples des comportements addictifs (sanitaires, sociaux, judiciaires, professionnels...).

J'illustrerai ces propos par l'histoire de Madame X qui a présenté un état anxio-dépressif débutant en fin d'adolescence avec des consommations d'alcool. J'ai été contacté de plus en plus fréquemment lors de conflits conjugaux, à l'occasion de crises d'angoisse, ou pour des conséquences de chutes avec fractures. Ces appels étaient surtout passés en fin de journée et s'avéraient chronophages car nécessitaient une prise en charge double somatique et psychologique. Des hospitalisations ont été proposées avec tentatives de sevrage et post cures mais les rechutes ont été très précoces. L'état de santé de cette patiente a nécessité des prises en charge multiples : médicales en contexte de crise, psychiatrique, médicale hospitalière et addictologique, des soins de post cure, chirurgicales traumatologiques, médico scolaire et sociales... Ces prises en charge ont toutes été déclenchées par un contexte de crise ou après un constat d'effet collatéral. Chacune a permis une démarche visant la mise à l'abri du toxique, mais toutes se sont soldées par un échec à court terme. Au cours de cette histoire, j'ai surtout noté l'absence de collaboration entre les différents intervenants. L'offre de soins était à l'époque plutôt catégorielle et le médecin de famille en première ligne. Or les leviers médicaux n'ont pas fonctionné et c'est l'intervention sociale qui a pu déclencher la prise de décision. Les réseaux informels se limitaient à quelques numéros de téléphone mais dans la même catégorie professionnelle.

Cette situation parmi d'autres m'a certainement permis d'adhérer d'emblée à l'idée d'une meilleure coordination dans la prise en charge des patients et de leur entourage avec une stratégie pluridisciplinaire, et mon implication lors de la création du réseau addictions 35. »

Ces dernières années, le dispositif de soins en addictologie a évolué vers une diversification des propositions thérapeutiques répondant à des besoins différents en fonction des patients. Il n'est pas toujours évident pour un médecin généraliste de repérer « qui fait quoi » alors que c'est important pour améliorer la prise en charge des patients en les orientant de manière efficace. Le travail en réseau permet de recenser l'offre existante. A cet effet, un site internet a été créé par l'ensemble des acteurs des territoires de santé numéros 5 et 6 de Bretagne pour faciliter l'orientation des patients en fonction de leur profil. (www.orienter-en-addictologie.com).

Face à des parcours de soins complexes faisant intervenir plusieurs acteurs ou dans d'autres situations telles que le déni ou la souffrance de l'entourage, le médecin traitant peut se sentir seul. L'expérience menée au sein du réseau addictions 35 a démontré que le travail en réseau peut alors faciliter la coordination du parcours de santé autour de la situation du patient en évitant notamment certaines ruptures dans des situations de crise. Il s'agit également pour le médecin traitant de trouver un appui dans sa pratique en bénéficiant d'outils d'aide à la décision tel qu'un avis téléphonique rapide sur une situation.

”

Conséquences sanitaires des consommations

MORBIDITÉ EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

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

En 2012-2014, en Bretagne, en moyenne annuelle, 899 hommes et 229 femmes ont bénéficié d'une nouvelle admission en ALD pour cancer des VADS (figure 1). Les taux standardisés pour ce cancer sont significativement plus élevés chez les hommes bretons que chez leurs homologues français alors que chez les femmes, la situation est comparable à la moyenne nationale.

D'importantes disparités 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 comparables 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 trois départements présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne française alors que chez les femmes, leur situation est statistiquement comparable.

Une augmentation à partir de 45 ans chez les hommes, avec un pic chez les 65-69 ans

En Bretagne comme en France, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS sont de faible niveau et proches pour les deux sexes jusqu'à 40 ans (figure 2).

Au-delà de cet âge, les taux s'accroissent brutalement chez les hommes et culminent à 192 nouveaux cas pour 100 000 bretons entre 65 et 69 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 augmente jusqu'à 65-69 ans où il devient maximal. Par ailleurs, si les taux sont proches 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 s'accroît dès 50 ans.

En progression chez les femmes et en baisse chez les hommes

■ **Chez les hommes**, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS diminuent régulièrement depuis 2006-2008 (figure 3). La baisse est de -14 % en Bretagne entre 2006-2008 et 2012-2014, et de -11 % en France métropolitaine. Cependant, la situation des bretons reste défavorable sur toute la période par rapport à leurs homologues français.

■ **Chez les femmes**, la situation s'est dégradée sur la période avec un accroissement légèrement plus marqué qu'en France (+14 % contre +12 %). Toutefois, la situation des bretonnes est sensiblement similaire à celle des françaises sur l'ensemble de la période.

MÉTHODO

- Les cancers des VADS regroupent les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, les cancers de l'oesophage et les cancers du larynx (codes CIM 10 : C00 à C14, C15 et C32).
- En cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces 30 affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. La morbidité peut être approchée par les nouvelles admissions en ALD disponibles pour les trois principaux régimes de l'Assurance Maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Les données peuvent présenter toutefois des biais d'exhaustivité. Les effectifs sont fiabilisés depuis 2006.

1 Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS en 2012-2014

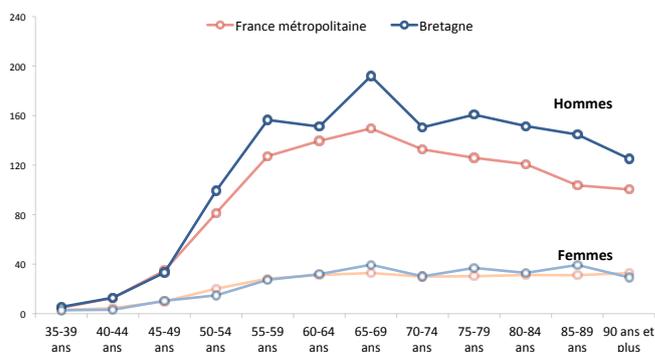
	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux standardisés*	Nombre	Taux standardisés*
Côtes-d'Armor	183	54,5	53	12,8
Finistère	305	65,0	71	12,0
Ille-et-Vilaine	189	42,3	46	8,8
Morbihan	221	56,1	59	12,5
Bretagne	899	54,6	229	11,5
France métropolitaine	14 032	45,8	4 107	11,4

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

Unité : taux pour 100 000 habitants

*Standardisation sur la population française (2006)

2 Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS selon le sexe et l'âge en 2012-2014

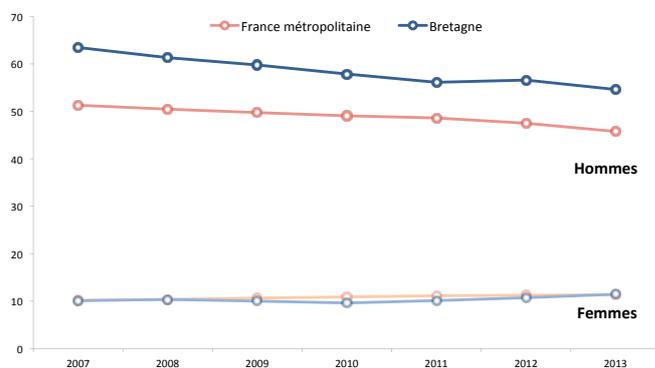


Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

3 Evolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS selon le sexe entre 2006-2008 et 2012-2014



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

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

L'année sur le graphique est l'année centrale de la période triennale, ex : 2007 pour 2006-2007-2008

Conséquences sanitaires des consommations

MORBIDITÉ EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE TABAC EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de 1 400 nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne en moyenne annuelle

En 2012-2014, en Bretagne, en moyenne annuelle, 998 hommes et 446 femmes ont bénéficié d'une nouvelle admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon (figure 1). La situation est plus favorable chez les hommes bretons que chez leurs homologues français alors que chez les femmes, elle est comparable à la moyenne nationale.

Des disparités sont observées au niveau départemental

L'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable chez les hommes, avec des taux significativement inférieurs à la moyenne nationale alors que le Morbihan présente le taux le plus faible chez les femmes et un taux proche de la moyenne nationale chez les hommes.

Dans les deux autres départements bretons, la situation est proche de la moyenne française chez les hommes comme chez les femmes.

Augmentation des nouvelles admissions en ALD avec l'avancée en âge, avec un pic chez les hommes de 70-74 ans

En Bretagne comme en France, si les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon sont voisins pour les deux sexes jusqu'à 45 ans (figure 2). 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, pour culminer à 70-74 ans où les taux sont 3 fois plus élevés chez les bretons que chez les bretonnes.

Au-delà de cet âge, les taux diminuent et la différence hommes-femmes se réduit.

Par ailleurs, si les taux sont proches 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.

Des nouvelles admissions en ALD en progression chez les femmes

En Bretagne et encore plus en France, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon augmentent de façon continue depuis 2007 (figure 3).

■ **Chez les hommes**, si la situation des bretons, demeure plus favorable que celle des français, les taux ont légèrement augmenté sur la période 2006-2014 (+8 %).

■ **Chez les femmes**, si les bretonnes conservent leur léger avantage sur les françaises sur la période, l'évolution suit la tendance nationale qui est à la forte augmentation de ce cancer entre 2006-2008 et 2012-2014 : +35 % dans la région contre +38 % au niveau national.

1 Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en 2012-2014

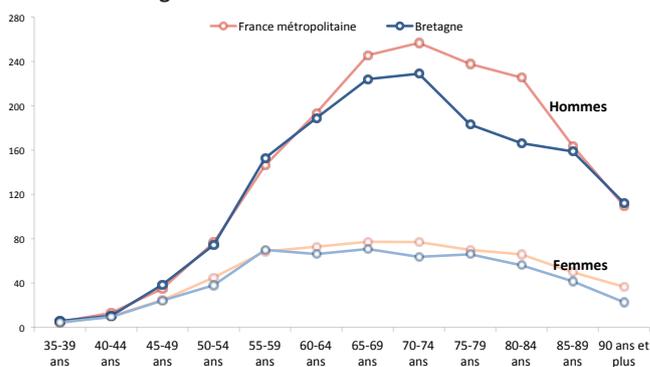
	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux standardisés*	Nombre	Taux standardisés*
Côtes-d'Armor	205	60,4	94	24,1
Finistère	336	71,0	149	27,7
Ille-et-Vilaine	225	50,7	111	21,1
Morbihan	233	58,5	91	19,8
Bretagne	998	60,0	446	23,0
France métropolitaine	19 986	66,0	9 038	25,0

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

Unité : taux pour 100 000 habitants

*Standardisation sur la population française (2006)

2 Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe et l'âge en 2012-2014

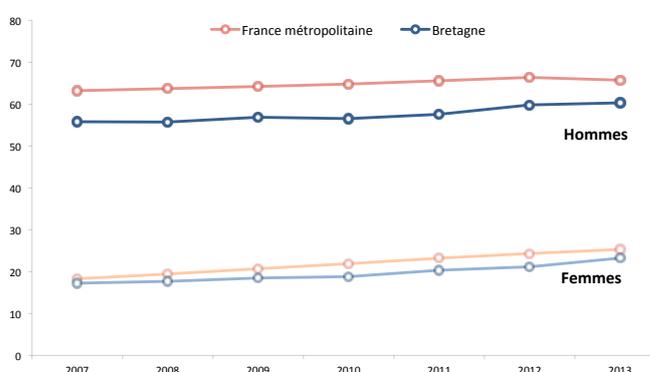


Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

3 Evolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe entre 2006-2008 et 2012-2014



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

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

L'année sur le graphique est l'année centrale de la période triennale, ex : 2007 pour 2006-2007-2008

MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Les hospitalisations pour des intoxications aiguës

Près de 10 500 bretons hospitalisés en 2013 pour une intoxication aiguë, pour l'essentiel due à l'alcool

En 2013, 10 488 bretons ont été hospitalisés pour une intoxication aiguë, soit 32 patients pour 10 000 habitants et un taux supérieur au niveau national (21 patients pour 10 000 habitants)¹.

Les principales intoxications aiguës sont liées à la consommation importante d'alcool (intoxication éthylique aiguë) pour 97 % des patients. Les produits illicites sont identifiés pour 3,5 % des patients et les médicaments pour 1 %.

Par rapport à 2009, le nombre de patients concerné a diminué de près de 5 % en 2013.

Les hommes âgés de 15-25 ans et 30-55 ans sont les plus concernés

7 patients sur 10 hospitalisés en 2013 dans le cadre d'une intoxication aiguë sont des hommes. Près de la moitié (36 %) sont âgés de 40 à 55 ans.

- **Chez les hommes**, un premier pic de fréquence survient chez les 15-25 ans (10 % des patients hospitalisés). Puis, une augmentation continue est observée à partir de 30-34 ans jusqu'à 50-54 ans, avec un nombre maximum de patients hospitalisés pour une intoxication aiguë dans cette tranche d'âge (36 % des patients). Au-delà de 55 ans, la part des patients concernés diminue régulièrement.

- **Chez les femmes**, la répartition des patientes hospitalisées par tranche d'âge suit la même courbe mais les pics sont plus précoces que chez les hommes : un premier chez les 15-19 ans, puis une augmentation jusqu'à un second pic chez les 45-49 ans.

De plus, globalement, 20 % des patients bretons sont hospitalisés plusieurs fois avec intoxication aiguë.

Une prise en charge essentiellement en établissement MCO

La quasi-totalité des patients (92 %) sont pris en charge en MCO, dont 86 % exclusivement (*figure 1*). 12 % sont pris en charge en psychiatrie et 5 % sont hospitalisés en MCO et en psychiatrie. La prise en charge des intoxications aiguës ne relève pas des missions des établissements SSR, ce qui explique le faible taux de patients hospitalisés en SSR (1 %).

Des taux de recours standardisés très supérieurs aux taux nationaux

En MCO, le taux de recours standardisé de 39 séjours pour 10 000 habitants en Bretagne est supérieur au taux national de 26 séjours pour 10 000 habitants (*figure 2*).

En psychiatrie, le taux de recours breton est de 113 journées pour 10 000 habitants, contre 66 journées au niveau national.

En SSR, le taux de recours régional est le double de celui observé au niveau national (14 contre 7 journées pour 10 000 habitants).

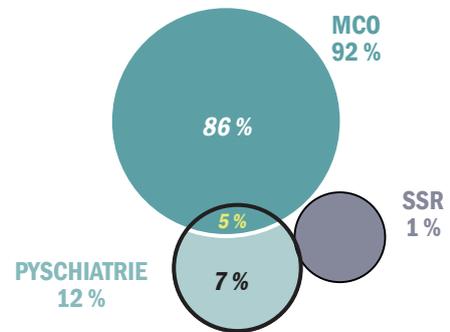
REPÈRES

ÉTUDE SUR LES « JEUNES ALCOOLISÉS AUX URGENCES EN BRETAGNE »

En 2012 à la demande de l'ARS et des chefs de projets MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie), le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) a réalisé une étude sur « Les alcoolisés aiguës des jeunes admis dans les services d'urgences de Bretagne », les services d'urgences étant des lieux particulièrement concernés par la prise en charge de patients souffrant d'intoxication éthylique aiguë (IEA). La situation du CHU de Rennes (984 passages aux urgences pour IEA des moins de 25 ans) est étroitement liée à la forte concentration d'étudiants dans la ville. Le volume dans les différents SAU de Bretagne se répartit ainsi : 212 passages au CH de Saint-Brieuc, 145 au CH de Vannes, 110 au CH de Lorient, 37 au CH de Guingamp et 19 au CH de Ploërmel.

Source : Etude sur les « Jeunes alcoolisés aux urgences en Bretagne » - CIRDD - Mai 2012.

1 Répartition des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë en fonction des champs d'hospitalisation en Bretagne en 2013



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 - Exploitation ARS Bretagne

2 Taux de recours standardisés pour les intoxications aiguës en Bretagne et en France en 2013 selon le champ d'hospitalisation

	Taux de recours standardisés MCO Nombre de séjours pour 10 000 hab	Taux de recours standardisés Psy Nombre de journées pour 10 000 hab	Taux de recours standardisés SSR Nombre de journées pour 10 000 hab
Bretagne	39	113	14
France	28	66	7

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 - Exploitation ARS Bretagne

MÉTHODO

Une intoxication aiguë correspond à l'ensemble de symptômes liés à l'ingestion d'un produit toxique. Les intoxications aiguës figurent parmi les premières causes d'admission aux urgences.

L'analyse des intoxications aiguës porte sur des séjours extraits des données 2013 du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et le Recueil de l'Informations Médicale en Psychiatrie (RIM-P).

La sélection des séjours est réalisée sur la présence d'au moins un code diagnostique relatif à l'intoxication aiguë en diagnostic principal ou en diagnostic associé. Le choix de la méthodologie et notamment le choix des codes utilisés pour l'étude a été validé par un groupe de travail associant des représentants de l'ARS, des médecins DIM, des addictologues.

L'étude ne concerne que les produits fréquemment rencontrés dans les centres hospitaliers, soit : alcoolisme et les toxicomanies aux produits illicites et aux médicaments. De plus, cette étude n'inclut pas les prises en charge effectuées par simple passage aux services d'urgence (sans hospitalisation), les consultations hospitalières MCO ou SSR, les prises en charge ambulatoires psychiatriques, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, la médecine de ville.

Le calcul des taux de recours standardisés permet de corriger l'effet structure de la population.

¹ Patients hospitalisés en MCO, psychiatrie, ou SSR, présentant une intoxication aiguë en diagnostic principal ou associé.

Conséquences sanitaires des consommations

MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Les hospitalisations pour des mésusages

Près de 8 800 bretons hospitalisés en rapport avec un mésusage, lié le plus souvent à l'alcool

En 2013, 8 799 bretons ont été hospitalisés pour des problèmes de mésusage à un ou plusieurs produits, soit 27 patients pour 10 000 habitants.

La quasi-totalité des patients (93 %) présentent un mésusage à l'alcool, 9,5 % un problème de mésusage aux drogues et 4 % des patients présentent un mésusage à plusieurs produits (pour la quasi-totalité d'entre eux, dépendance à l'alcool et à la drogue).

Par rapport à 2009, le nombre de patients hospitalisés pour un problème de mésusage a augmenté de 2,1 %.

Les trois quarts des patients concernés sont des hommes

En 2013, 75 % des hospitalisations pour un problème de mésusage concernent des hommes.

Près de la moitié (46 %) des patients sont âgés de 40 à 55 ans et 3 % des patients ont moins de 25 ans.

Chez les hommes comme chez les femmes, la part de la population hospitalisée pour un problème de mésusage augmente avec l'âge et culmine entre 45-49 ans chez les hommes et 50-54 ans chez les femmes. Au-delà, elle décroît régulièrement avec l'avancée en âge.

6 patients sur 10 hospitalisés en psychiatrie

Parmi les 8 799 patients hospitalisés pour un problème de mésusage, 59 % ont été pris en charge dans un établissement de psychiatrie, 46 % dans un établissement MCO et 16 % dans un établissement SSR (figure 1).

De plus, 16 % ont été pris en charge dans deux types d'établissements dont 8 % dans un établissement MCO et psychiatrique.

Des taux de recours nettement supérieurs aux taux nationaux

En Bretagne le taux de recours en psychiatrie, de 496 journées pour 10 000 habitants, est nettement supérieur au niveau national (219 journées pour 10 000 habitants) (figure 2).

En MCO, le taux de recours pour mésusage est de 20 séjours pour 10 000 habitants en Bretagne, et sensiblement supérieur au taux moyen national (17 séjours).

En SSR, le taux de recours moyen régional (217 journées pour 10 000 habitants) est également supérieur au niveau national (167 journées).

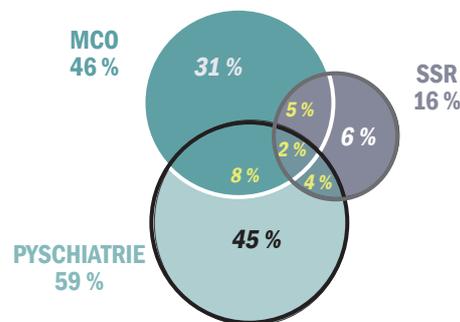
MÉTHODO

Cinq catégories d'usage de l'alcool sont généralement définies :

- le non usage,
- l'usage simple,
- le mésusage, qui comporte 3 catégories : usage à risques, usage nocif, usage avec dépendance. L'usage nocif et l'usage avec dépendance se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical.

Source : Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours. Les Rapports de l'ARS - Mars 2017.

1 Répartition des patients hospitalisés pour un problème de mésusage à un ou plusieurs produits en fonction des champs d'hospitalisation en Bretagne en 2013



Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 - Exploitation ARS Bretagne

2 Taux de recours standardisés pour un problème de mésusage en Bretagne et en France en 2013 selon le champ d'hospitalisation

	Taux de recours standardisés MCO Nombre de séjours pour 10 000 hab	Taux de recours standardisés Psy Nombre de journées pour 10 000 hab	Taux de recours standardisés SSR Nombre de journées pour 10 000 hab
Bretagne	20	496	217
France	17	219	167

Sources : PMSI MCO, SSR et PSY 2013 - Exploitation ARS Bretagne

EN SAVOIR +

■ Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours. Les Rapports de l'ARS - Mars 2017.

MORBIDITÉ : LES MALADIES INFECTIEUSES LIÉES À L'USAGE DE PRODUITS ILLICITES PAR VOIE INTRAVEINEUSE EN BRETAGNE ET EN FRANCE

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

92 personnes ont découvert leur séropositivité en 2015 en Bretagne. Parmi elles, 55 %* ont été contaminés par des rapports homosexuels et 40 % par des rapports hétérosexuels. De plus, 3 % des nouvelles contaminations au VIH sont liées à l'usage de drogues (figure 1).

Bien que marginale, la part de ces contaminations apparaît légèrement supérieure dans la région par rapport à la France (3 % contre 2 %). 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).

REPÈRES

L'une des conséquences pour la santé de la consommation de substances illicites, et en particulier de l'usage de drogue par voie intraveineuse à plusieurs, est la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, notamment l'hépatite B et C.

Le partage du matériel d'inhalation (paille à sniffer par exemple) peut également mener à la transmission de l'hépatite ou du VIH.

■ PLACE DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) DANS LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

Conformément au plan national et aux recommandations de la HAS, le TROD est un outil qui s'adresse prioritairement aux populations cibles afin de les inciter au dépistage.

La HAS précise les structures dans lesquelles l'utilisation des TROD VHC peut être envisagée (notamment les CSAPA, CAARUD ou les PASS, les structures associatives et médico-sociales), afin de favoriser le dépistage des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques.

Les tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) de l'hépatite C sont utilisables en France depuis mai 2016. De nombreux d'intervenants en RDR (CAARUD et milieu festif) ont été formés dans la région afin de déployer au mieux ce nouvel outil.

Selon les données du COREVIH Bretagne, 782 TROD VIH ont été réalisés en 2015.

Sources :

- Sarr A, Itodo O, Bouche N, Cate L, Falit B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd 2015;40-41,772-8.
- Stratégie nationale de santé - Contribution du Haut Conseil de la santé publique - septembre 2017

1 Répartition en % des nouveaux cas d'infection à VIH selon le mode de contamination* en Bretagne et en France

Mode de contamination	Bretagne		France métropolitaine
	2005-2014 (%)	2015 (%)	2015 (%)
Homosexuel masculin	42	55	49
Hétérosexuel	52	40	48
Injection de drogues	4	3	2

Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

*Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu la valeur «mode de contamination inconnu».

■ L'USAGE DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE, PRINCIPAL MODE DE TRANSMISSION DE L'HÉPATITE C

L'ANRS (France Recherche Nord & Sud Sida-hiv Hépatites) et le CNS (Conseil National du sida et des hépatites virales) ont publié en 2014 un rapport sur la "Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C en France".

En France, environ 500 000 personnes sont infectées par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C. Beaucoup d'entre elles sont atteintes sans le savoir et ces virus sont responsables chaque année d'environ 4 000 décès.

Actuellement, l'usage de drogues par voie injectable est le principal mode de transmission de l'hépatite C. C'est pourquoi, le rapport recommande pour les usagers de drogues, de déployer sur le terrain les stratégies de réduction des risques : accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection et mise en place de salles de consommation à moindre risque.

Source : Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C - Rapport de recommandations 2014 - Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF.

Conséquences sanitaires des consommations

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN BRETAGNE

Plus de la moitié des décès pour les pathologies liées à l'alcool surviennent prématurément

En 2011-2013, en Bretagne, 700 décès annuels pour des pathologies liées à l'alcool sont survenus avant l'âge de 65 ans (soit 52 % de la mortalité pour ces pathologies), dont 81 % chez les hommes (figure 1). Chez les hommes, le cancer des VADS est responsable de 40 % de ces décès prématurés juste devant les cirrhoses alcooliques du foie (35 %) et les psychoses alcooliques (25 %).

Chez les femmes, les cirrhoses alcooliques prédominent et représentent plus de la moitié de ces décès prématurés (52 %) devant les psychoses alcooliques (22 %) et le cancer des VADS (27 %).

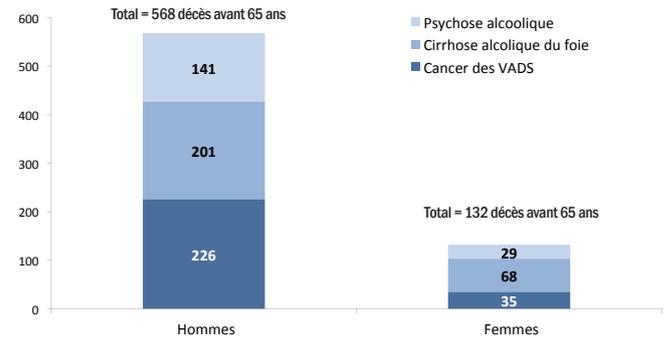
Un tiers des décès masculins de la région enregistrés dans le Finistère

Au niveau des départements chez les hommes, le Finistère enregistre en moyenne annuelle 184 décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool, suivi du Morbihan (148 décès) (figure 2).

Chez les femmes, le Finistère comptabilise le plus de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool (38), à l'inverse des Côtes-d'Armor (6).

Logiquement, c'est le Finistère qui enregistre le nombre le plus élevé de cancers des VADS, chez les hommes comme chez les femmes, devant le Morbihan chez les hommes.

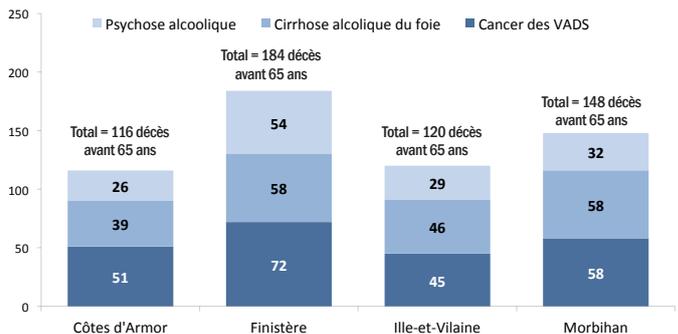
1 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool en Bretagne en 2011-2013



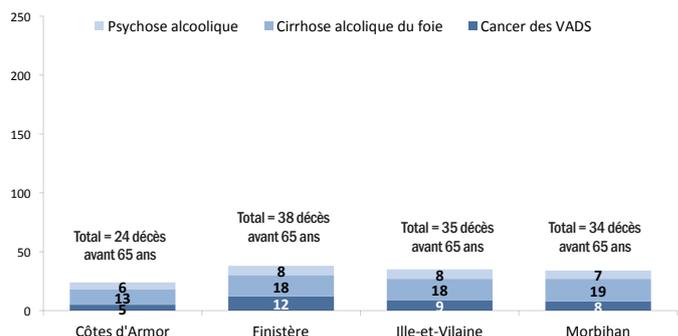
Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

2 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements en 2011-2013

Hommes



Femmes



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

ALCOOL ET GROSSESSE

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, la consommation d'alcool pendant la grossesse est la première cause de handicap mental, d'origine non génétique (retards psychomoteurs, retards de croissance, dysmorphie faciale et d'autres malformations). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale est estimée en France entre 1 et 2 % dans sa forme complète, et 5 % naissances dans ses formes atténuées, représentant 400 à 1 200 cas par an.

Source : <http://www.has-sante.fr/Dossiers/spéciaux>.

MÉTHODO

L'alcool demeure la deuxième cause de mortalité prématurée évitable, après le tabac en Bretagne comme en France.

Les conduites addictives liées à une consommation excessive d'alcool constituent un véritable enjeu de santé publique en Bretagne en raison de leur impact sur la santé en matière de cancers, de pathologies cardio-vasculaires ou de santé mentale. L'alcool est également impliqué dans les accidents de la route, du travail, les violences. Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins seraient attribuables à l'alcool¹. Les fractions attribuables à l'alcool sont de 22 % dans la population des 15-34 ans, de 18 % dans la population des 35-64 ans et de 7 % dans celle des 65 ans et plus.

Trois pathologies liées à l'alcool sont généralement étudiées :

- 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).

À noter que si l'alcool est un facteur de risque de ces pathologies, il existe d'autres facteurs aggravants. D'autres causes de décès sont liées à l'alcool¹. L'estimation du nombre total de décès liés à la consommation d'alcool repose sur le calcul de fractions attribuables pour différentes pathologies. Une réflexion est aujourd'hui en cours pour actualiser les modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool.

¹ Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C., Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Une situation régionale défavorable surtout pour les hommes...

En 2011-2013, en France comme en Bretagne, les taux de mortalité prématurée indiquent une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée pour les trois principales pathologies liées à l'alcool, celle-ci étant 4 à 5 fois supérieure à celle des femmes selon le niveau géographique considéré (figure 1).

En 2011-2013, le taux standardisé de mortalité prématurée objective une forte surmortalité masculine en Bretagne alors que chez les femmes bien que le taux breton soit supérieur au taux national, l'écart avec la moyenne française est relativement faible.

...sauf en Ille-et-Vilaine

Chez les hommes, les départements bretons, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine, présentent des taux standardisés de mortalité supérieurs au niveau national.

Chez les femmes, les taux sont relativement équivalents entre les départements, et proches du taux métropolitain.

La mortalité prématurée baisse moins vite chez les Bretonnes

Entre 2000-2002 et 2011-2013, en Bretagne comme en France, les taux standardisés de mortalité prématurée n'ont cessé de diminuer, de manière plus marquée chez les Bretons (-35 %) que chez les Bretonnes (-25 %) (figure 1). En France métropolitaine, l'écart entre les taux de variation est moins marqué : -33 % chez les hommes et -30 % chez les femmes. L'écart entre les Bretons et les Français tend à se réduire.

Plus forte baisse enregistrée chez les hommes en Ille-et-Vilaine et chez les femmes dans les Côtes-d'Armor

Chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine est le département où la diminution est la plus importante (-39 %) à l'inverse du département du Morbihan qui affiche la moins forte baisse (-28 %).

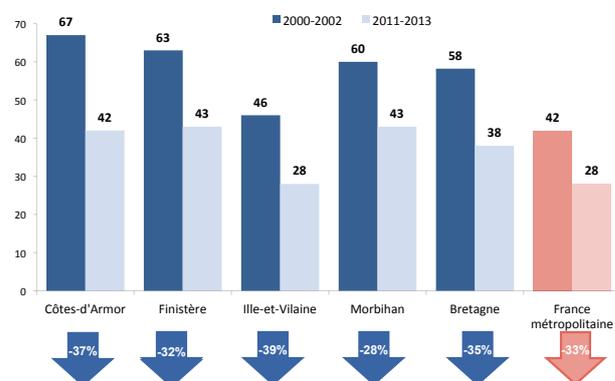
Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine présente la baisse la plus faible sur la dernière décennie (-11 %), alors que dans les Côtes-d'Armor la diminution est la plus marquée (-40 %). Le Finistère et le Morbihan suivent la tendance métropolitaine.

À l'échelle infrarégionale, une mortalité plus élevée dans la majorité des EPCI

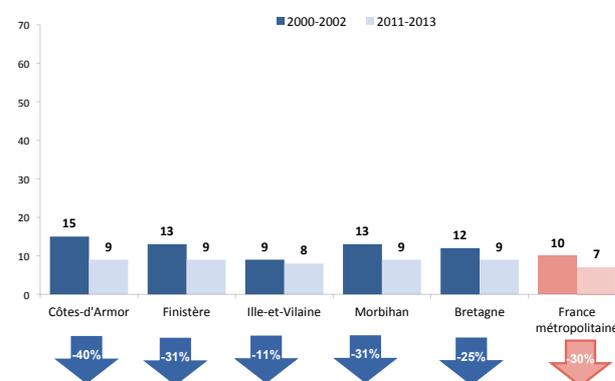
La représentation cartographique met en évidence une forte surmortalité dans la majorité des EPCI (figure 2). Seules celles de Liffré, du Pays de Châteaugiron, du Val d'Ille et de Rennes Métropole présentent une sous-mortalité vis-à-vis de la moyenne nationale.

1 Evolution de la mortalité prématurée pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements entre 2000-2002 et 2011-2013*

Hommes



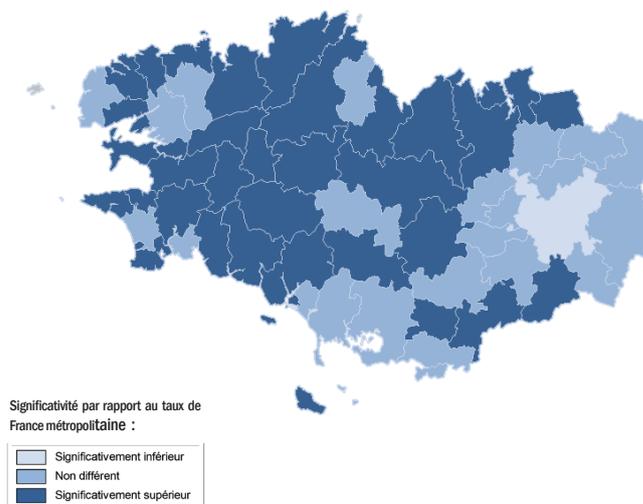
Femmes



Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

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

2 Taux standardisés de mortalité prématurée pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les EPCI en 2004-2013 pour les deux sexes confondus



Source : Insem CépiDc, Insee Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sanitaires des consommations

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE TABAC EN BRETAGNE

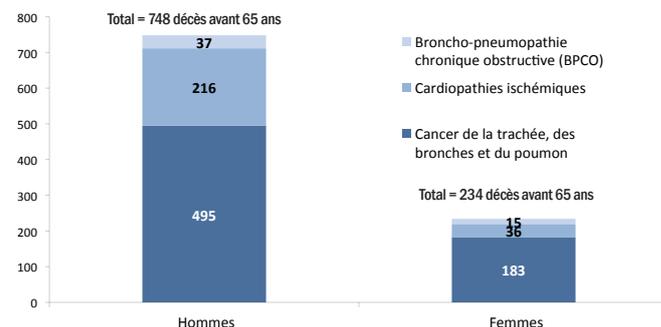
Près d'un décès sur 4 pour des pathologies liées au tabac survient prématurément en Bretagne

En 2011-2013, en moyenne annuelle, 748 hommes et 234 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 (figure 1). Chez les hommes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est responsable de 67 % des décès prématurés liés au tabac, devant les cardiopathies ischémiques (29 %) et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (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 (78 %), viennent ensuite les cardiopathies ischémiques (15 %) et enfin, les BPCO (6 %).

Un tiers des décès de la région enregistrés dans le Finistère

Au niveau des départements, **chez les hommes**, le Finistère enregistre en moyenne annuelle 249 décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac, suivi du Morbihan (184) (figure 2). **Chez les femmes**, le Finistère comptabilise le plus de décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac (81). Logiquement, c'est le Finistère qui enregistre le nombre le plus élevé de cancers de la trachée, des bronches et du poumon, chez les hommes comme chez les femmes, devant le Morbihan.

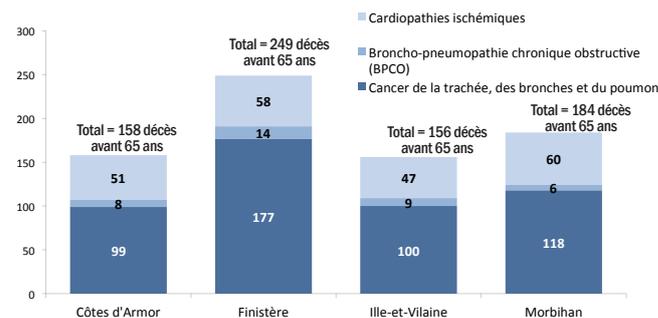
1 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac en Bretagne en 2011-2013



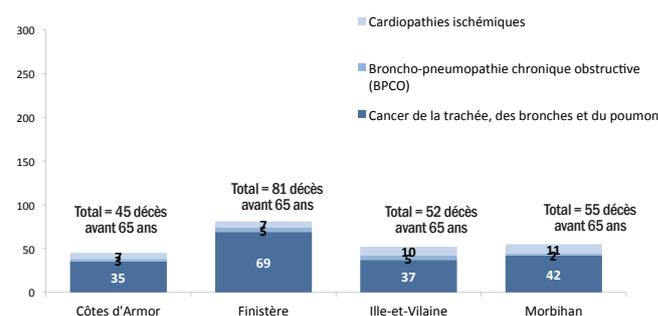
Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

2 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac selon les départements en 2011-2013

Hommes



Femmes



Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

L'IMPACT DU TABAGISME EST CONSIDÉRABLE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Le tabac demeure la première cause de mortalité prématurée évitable, devant l'alcool en Bretagne comme en France.

Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer de la trachée, des bronches et du poumon, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et des cardiopathies ischémiques.

Les complications commencent à apparaître vers 20 à 30 ans après le début du tabagisme. Les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes car les femmes qui ont 70 ans aujourd'hui sont peu nombreuses à avoir fumé. La consommation de tabac est responsable d'au moins 80% des cas de cancer du poumon¹. Le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir. En 2025, il devrait égaler le nombre de décès par cancer du sein.

Selon l'Institut national du cancer (INCa), le tabac est également impliqué dans le développement des cancers du sein, de la vessie, du foie, du pancréas, de l'estomac, du rein, du col de l'utérus, du côlon-rectum, de l'ovaire et de certaines leucémies (au total, 17 localisations différentes de cancers).

Le tabagisme accroît également le risque de survenue de pathologies ORL ou bucco-dentaires. Il a aussi des impacts non négligeables sur la fertilité et comporte des risques pour la grossesse elle-même.

Source : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

¹Source : Gilhodes J, Belot A, Bouvier AM, Remontet L, Delafosse P, Ligier K, et al. Évolution de l'incidence du cancer du poumon en France chez les jeunes adultes entre 1982 et 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):296-300.

EN SAVOIR +

■ Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):528-40. <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/index.html>

MÉTHODO

Le tabac, même s'il n'est pas le seul, apparaît comme 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 broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (codes CIM10 : J40-44),
- les cardiopathies ischémiques (codes CIM10 : I20-25).

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE TABAC EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Une prédominance masculine marquée

En 2011-2013, quel que soit le niveau géographique considéré, les taux standardisés indiquent une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée, celle-ci étant 3 à 4 fois supérieure à celle des femmes (figure 1).

Une surmortalité régionale chez les hommes et une situation équivalente à celle de la France chez les femmes...

En 2011-2013, chez les hommes, les taux standardisés de mortalité prématurée en Bretagne sont significativement supérieurs à ceux de la France, alors qu'ils sont comparables chez les femmes.

... masquant une situation fortement contrastée selon les départements : le Finistère est le plus touché chez les hommes comme chez les femmes

L'Ille-et-Vilaine présente une situation favorable avec les taux les plus faibles : 37 décès prématurés pour 100 000 hommes et 12 chez les femmes contre respectivement 46 et 15 au niveau métropolitain. Le taux est inférieur à la moyenne métropolitaine chez les hommes et équivalents chez les femmes.

Le Finistère (59 pour 100 000 hommes et 17 chez les femmes) se démarque défavorablement affichant les taux les plus élevés de la région et supérieur chez les hommes à la moyenne nationale (significativement non différent chez les femmes) (figure 1).

La mortalité prématurée pour les pathologies liées au tabac augmente chez les femmes et plus fortement en Bretagne ...

Entre 2000-2002 et 2011-2013, en Bretagne comme en France, les taux standardisés masculins de mortalité prématurée ont globalement diminué de -20 %, alors que chez les femmes la tendance est inversée : les taux féminins ont nettement progressé, de manière plus importante en Bretagne qu'en France (respectivement +50 % et +36 %).

... alors qu'elle baisse chez les hommes

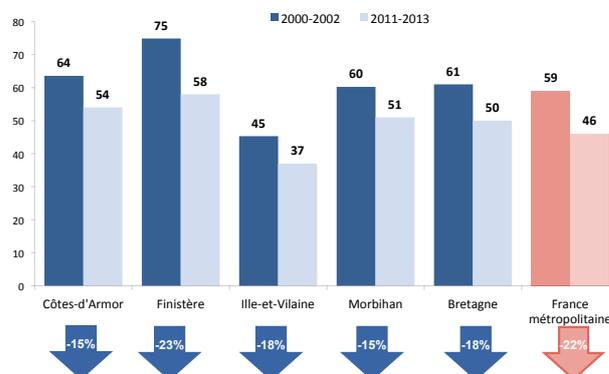
Chez les hommes, le Finistère est le département où la diminution est la plus importante (-23 %), alors qu'elle se situe à un niveau équivalent dans les trois autres départements bretons. Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine affiche l'augmentation la plus marquée (+64 %), suivi des Côtes-d'Armor (+57%), tandis que l'évolution dans le Morbihan (+44 %) et le Finistère (+41 %), plus favorable qu'au niveau régional (+50 %), est plus importante que la tendance métropolitaine (+36 %).

A l'échelle infrarégionale, une mortalité plus élevée dans les EPCI du nord-ouest de la région

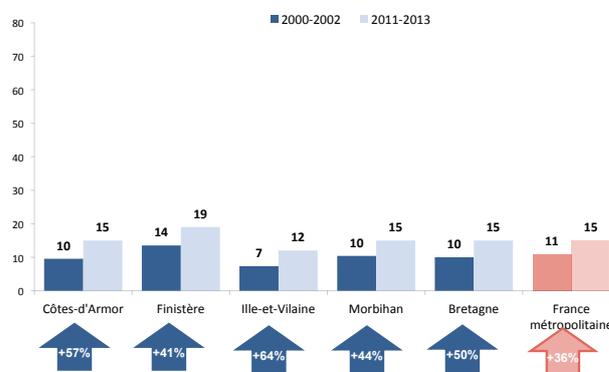
La représentation cartographique met en évidence les plus forts niveaux de mortalité dans les EPCI de Concarneau-Cornouaille Agglomération, du Pays de Landerneau-Daoulas, du Pays de Lesneven et Côte des Légendes, du Haut Pays Bigouden, du Pays de Landivisiau, de Morlaix Communauté, de la Région de Pleyben - Communauté de Communes du Pays de Châteaulin et du Porzaya (figure 2).

1 Evolution de la mortalité prématurée pour les pathologies principales liées au tabac selon les départements entre 2000-2002 et 2011-2013*

Hommes



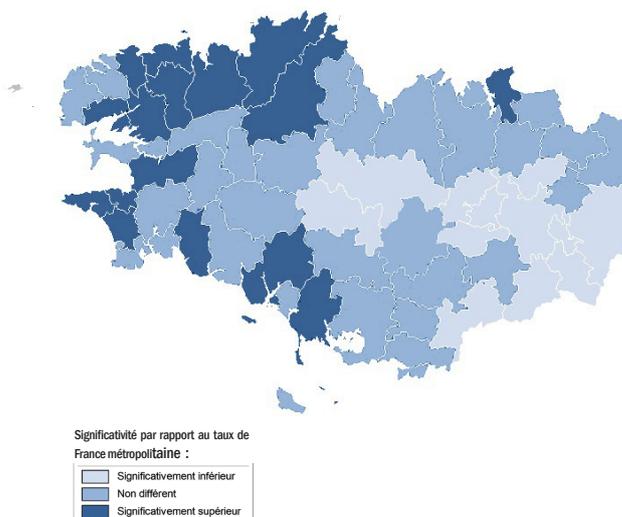
Femmes



Source : Insem CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

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

2 Taux standardisés de mortalité prématurée pour les principales pathologies liées au tabac selon les EPCI en 2004-2013 pour les deux sexes confondus



Source : Insem CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sanitaires des consommations

MORTALITÉ PAR SURDOSAGE DE PRODUITS ILLICITES ET MÉDICAMENTS OPIACÉS DÉTOURNÉS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

22 décès par surdose en Bretagne en 2013

En 2013, au total, 22 décès par surdoses ont été enregistrés en Bretagne, soit 1,4 décès pour 100 000 habitants (âgés de 20 à 59 ans) contre 0,9 en France (figure 1). Le nombre de décès varie de 2 dans le Morbihan en 2013 à 8 dans le Finistère et l'Ille-et-Vilaine.

En Bretagne, le nombre de décès par surdose a augmenté en 2013, après une diminution en 2012, retrouvant le niveau de 2011.

Au niveau national, après une baisse en 2012, une hausse sensible semble toutefois se profiler en 2013, en grande partie liée à l'augmentation des décès codés X42 (intoxication accidentelle liée aux stupéfiants) chez les personnes de 50 et plus et dans une moindre mesure chez les moins de 50 ans.

Parmi les décès par surdose, on compte un peu plus d'1 femme pour 5 hommes parmi les 15-49 ans en 2013.

Selon les données du 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.

1 Nombre de décès par surdose de substances psychoactives licites et illicites* en Bretagne et en France

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Côtes-d'Armor	3	7	5	3	6	4	4
Finistère	7	10	5	5	5	5	8
Ille-et-Vilaine	4	9	4	4	7	4	8
Morbihan	3	8	5	3	4	3	2
Bretagne	17	34	19	15	22	16	22
France	287	322	334	322	333	227	288

Source : OFDT, Exploitation ORS Bretagne

*alcool, tabac, cannabis, hallucinogènes, barbituriques et tranquillisants, morphiniques, cocaïne, amphétamines, antidépresseurs, autres

58

REPÈRES

MORTALITÉ LIÉE AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO) EN BRETAGNE

Selon les observations du TREND, la présence de méthadone® dans les décès par overdose reste constante (plusieurs cas par an).

Par ailleurs, bien que rares, les cas de décès suite à une consommation de méthadone® par des individus non dépendants aux opiacés existent et ce phénomène est en sensible augmentation.

EN SAVOIR +

■ **Tendances récentes et nouvelles drogues : Rennes – TREND 2015**, Décembre 2016, 4 pages et rapport complet disponible sur le site de Liberté Couleurs (<http://www.libertecouleurs.org/trendsintes/>)

MÉTHODO

Depuis 2007, les chiffres des décès par surdoses 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 informations sur les décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier des décès par mort violente).

“

Les accidents mortels avec alcool représentent environ 30% en Bretagne, ce taux est proche de celui constaté sur tout le territoire, et ces accidents sont plus nombreux dans le département du Finistère, alors que l'ensemble des accidents mortels avec alcool diminue. La région présente, pour les principales pathologies liées à l'alcool, une forte surmortalité prématurée masculine par rapport à la France. Les accidents corporels avec alcool sont en relative diminution, et ceci concerne toutes les tranches d'âge. Le département des Côtes-d'Armor représente la part la plus importante de ces accidents corporels avec alcool.



Point de vue

La sécurité routière

Docteur Patrick SERRE

Chargé de mission sécurité routière - spécialité santé -
auprès du pôle d'appui de la sécurité routière
de Bretagne et des Pays-de-la-Loire.

La consommation d'alcool en Bretagne est problématique puisque les dernières études montrent que 72% des jeunes bretons de 17 ans ont expérimenté l'ivresse, et 37% s'adonnent au binge drinking 3 fois par mois.

La consommation de tabac chez les jeunes est plus importante en Bretagne que sur le reste du territoire, ce phénomène est constant depuis plusieurs années.

La consommation des stupéfiants est toujours en augmentation, en particulier pour le cannabis, dont le taux d'expérimentateurs bretons de 17 ans est de 53%, contre 48% au niveau national.

Si la concentration de THC augmente régulièrement dans toutes les formes de produit contenant du cannabis, on assiste à l'arrivée sur le marché de produits synthétiques dérivés du cannabis naturel et de nouvelles drogues, encore bien plus néfastes la santé des usagers.

Les addictions représentent un problème important, responsables de 20% des causes de mortalité et de 50% des faits de délinquance. Les comportements addictifs reflètent différents aspects : les addictions avec produit et sans produit. La question est de savoir, en terme de santé publique, comment nous allons pouvoir enrayer, avec encore plus d'efficacité, tous ces comportements addictifs, tant sur le plan de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, que sur le plan de la prévention des dommages et des risques, en particulier pour le risque routier.

C'est un véritable défi que nous devons relever avec tous les acteurs déjà impliqués sur le terrain pour lutter contre ce fléau aux conséquences dramatiques sur la santé des personnes concernées, et sur leur vie en société.

”

L'ACCIDENTOLOGIE ROUTIÈRE AVEC PRÉSENCE DU FACTEUR ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

MÉTHODO

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

Depuis le 1^{er} juillet 2015, le taux d'alcool autorisé est de 0,2 g/l de sang. Les indicateurs concernant les dommages en lien avec l'usage de stupéfiants ne sont pas présentés, une minorité d'accidents corporels donnant lieu à des dépistages (29 % des accidents non mortels en 2015 selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR)).

Part plus importante des accidents corporels de la route avec présence d'alcool dans la région...

En 2015, en Bretagne, on dénombre 256 accidents corporels avec un taux d'alcoolémie positif.

L'alcool est impliqué dans 13 % des accidents de la route ayant occasionné un ou plusieurs blessés corporels en 2015, proportion supérieure au niveau national (10,7 %). La Bretagne se positionne en milieu de classement (7^e rang parmi les 13 nouvelles régions métropolitaines). Depuis 2010, cette proportion baisse mais demeure supérieure à la moyenne nationale (figure 1).

... particulièrement dans les Côtes-d'Armor

À l'échelle départementale, les situations sont contrastées (figure 2). Les Côtes-d'Armor se situent au-dessus des autres départements, avec un taux d'accidents mortels avec taux d'alcoolémie positif supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Viennent ensuite l'Ille-et-Vilaine et le Finistère, avec un taux proche de la moyenne régionale mais plus élevé qu'au niveau national.

Le Morbihan se situe dans la moyenne nationale.

Globalement, la baisse de la part des accidents corporels avec présence d'alcool dans l'ensemble des accidents au taux d'alcoolémie connu observée entre 2010 et 2015 à l'échelle de la région se retrouve au niveau des départements. Cependant, des fluctuations s'observent parfois d'une année sur l'autre.

Les quatre départements bretons se situent au-dessus du niveau national sur toute la période, particulièrement le département des Côtes-d'Armor qui présente les taux les plus élevés.

Les jeunes de 18-24 ans : 3 fois plus concernés par les accidents corporels avec alcool

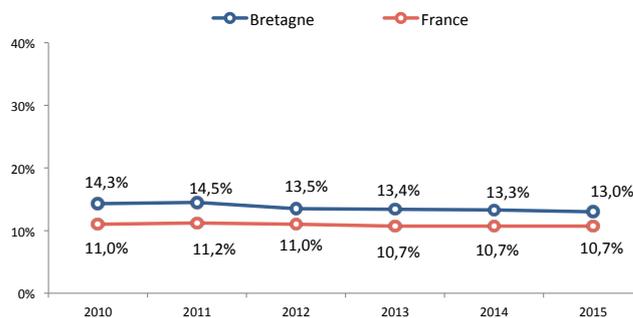
Parmi les automobilistes impliqués dans un accident corporel avec présence du facteur alcool, les jeunes de 18 à 24 ans sont plus fréquemment concernés.

En effet, en moyenne annuelle sur la période 2011-2015, 77 accidents corporels avec alcool en Bretagne ont concerné des jeunes conducteurs âgés de 18 à 24 ans, soit, en rapportant à la population par tranche d'âge, un taux de 30 accidents pour 100 000 jeunes (figure 3).

EN SAVOIR +

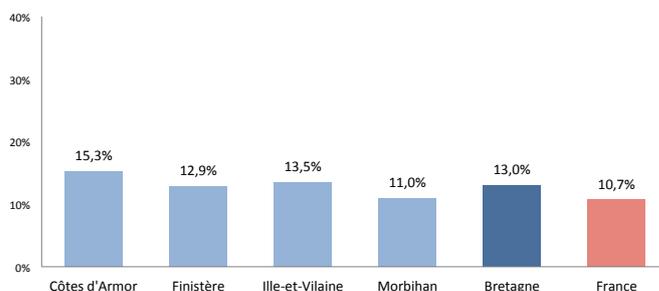
■ Le bilan 2016 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere/accidentalite-routiere/bilans-annuels/>

1 Part des accidents corporels avec présence du facteur alcool dans l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu entre 2010 et 2015 en Bretagne et en France



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

2 Part des accidents corporels avec présence du facteur alcool dans l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu, par département en 2015



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

3 Nombre moyen annuel d'accidents corporels avec alcool et taux par âge pour 100 000 habitants en Bretagne en 2011-2015

Tranche d'âge	Nombre moyen annuel	Taux pour 100 000
15-17 ans	4	3,3
18-24 ans	77	30,7
25-44 ans	138	17,7
45-64 ans	65	7,5
65 ans et plus	7	1,1
Total	292	10,9

Sources : Observatoire régional de sécurité routière de Bretagne (DREAL), Insee population au recensement 2014

LA MORTALITÉ ROUTIÈRE AVEC PRÉSENCE DU FACTEUR ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

En Bretagne, un accident mortel sur trois avec un conducteur alcoolisé

Après une baisse en 2013, le nombre d'accidents mortels dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie positif est reparti à la hausse sur les routes bretonnes en 2015 et s'élève à 41.

L'alcool est en cause dans un tiers des accidents mortels, soit une part en hausse vis-à-vis de 2014, niveau le plus faible des cinq dernières années, avec 28,1 % (figure 1).

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 (30,7 % pour l'ensemble de la métropole).

Le Finistère est le plus concerné

Le département du Finistère présente la part la plus élevée d'accidents mortels avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu : l'alcool est en cause dans 41,2 % des accidents mortels. Il se positionne au 10^e rang des départements français (figure 2).

Le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine (respectivement 35,7 % et 35,3 %) présentent également un niveau élevé.

A l'inverse, les Côtes-d'Armor avec 18 %, se situent parmi les départements les moins concernés, avec un taux d'accidents mortels avec alcool près de deux fois plus faible que la moyenne régionale et très inférieur au niveau national.

A noter que ce département présente une proportion d'accidents corporels très supérieure aux moyennes régionale et nationale.

LA MORTALITÉ ROUTIÈRE AVEC PRÉSENCE DU FACTEUR CANNABIS EN FRANCE

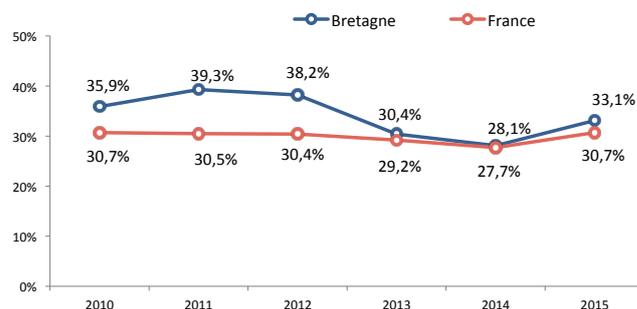
Le cannabis multiplie le risque d'accident mortel de la route par 1,8

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.

D'après l'étude « Stupéfiants et accidents mortels » de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié par 1,8 chez les conducteurs testés positifs au cannabis seul. De plus, 40 % des conducteurs contrôlés positifs au cannabis le sont également à l'alcool. Le risque est alors multiplié par 14 en cas de consommation associée d'alcool. L'étude a également permis de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 %.

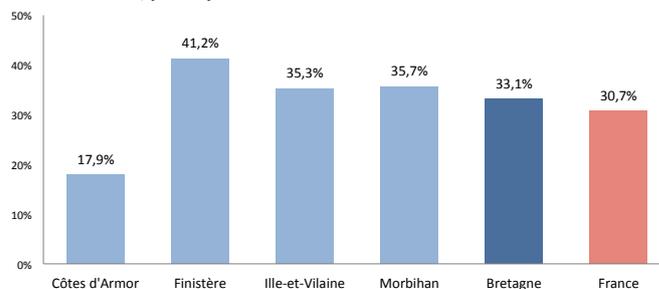
Source : *Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse épidémiologique, OFDT, Mai 2011, 166 pages*

1 Part des accidents mortels avec présence du facteur alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu entre 2010 et 2015 en Bretagne et en France



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

2 Part des accidents mortels avec présence du facteur alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu, par département en 2015



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

“

Au regard des enjeux des actions déjà engagées, la Ville de Brest a souhaité impulser une mobilisation collective sur la question de la surconsommation d'alcool, qui pose de nombreuses difficultés sur l'espace public mais également dans le cadre privé. Un travail de diagnostic communautaire a été engagé avec les partenaires pour développer des axes de travail. Un temps fort a été organisé en novembre 2016 au Quartz, réunissant 150 personnes. Des groupes de travail sont mis en place pour avancer sur ce sujet et obtenir un plan abouti pour fin 2017.

Ce travail vient compléter et renforcer les réflexions et actions engagées depuis plusieurs années autour des phénomènes de surconsommation d'alcool lors des soirées

étudiantes et des fêtes organisées ou spontanées. Ainsi la Ville de Brest a impulsé en 2010 la signature d'une charte de la vie nocturne avec les syndicats professionnels, la CCI, la sous-préfecture et la police nationale.

Par ailleurs la Ville de Brest a participé au projet européen SDS (Safer Drinking Scenes), piloté par le Forum français pour la sécurité urbaine (FFSU) avec le soutien du Forum européen pour la sécurité urbaine (Efus, selon le sigle en anglais), entre 2011 et 2013 sur les jeunes et la consommation d'alcool dans l'espace public. Ce projet est né du constat partagé par les villes, que l'alcoolisation excessive dans l'espace public pose des problèmes majeurs de gestion de la vie nocturne dans les villes.

Le projet Alcool, ville et vie nocturne, piloté par l'Efus en 2015 et 2016 et soutenu par la MILDECA s'est inscrit dans la continuité de ces travaux et constats en poursuivant les échanges entre les villes de Bordeaux, Besançon, Brest, Angers, La Rochelle, Lille, Lorient et Nantes, qui se sont portées volontaires pour participer au projet. Ces huit villes, de taille, géographie, traditions festives différentes connaissent des problématiques similaires de gestion de l'alcoolisation massive et de la fête, que ce soit les weekends, les jeudis (voire mercredis) soirs dévolus aux soirées étudiantes, lors de festivals ou grands événements (Fête de la musique, etc.) et mettent en œuvre ou soutiennent des actions variées pour prévenir et gérer les excès et nuisances. Une publication des résultats sera diffusée courant 2017*.

Par ailleurs, la Ville de Brest finance l'intervention de médecins volontaires au sein du commissariat de Brest dans le cadre des Ivresses Publiques et Manifestes (IPM). Une convention relative à l'intervention d'un médecin au commissariat de Brest pour réaliser les certificats de compatibilité avec la mise en dégrisement a été signée en septembre 2016. Cette convention est tripartite : la Direction départementale de la sécurité publique, le collectif des médecins volontaires et la Ville de Brest. Le dispositif a été mis en place le soir des vendredis, samedis et dimanches, de 20h00 à 07h00.

Un point d'étape a été réalisé en décembre 2016. Il a été constaté que les chiffres étaient plus importants pour les astreintes des vendredis et samedis. Il a été décidé de débiter les astreintes à partir du jeudi et ne plus inclure le dimanche.



Point de vue

L'approche d'une collectivité en matière de prévention de la surconsommation d'alcool

Monsieur Luc-Etienne MOLLIERE.

Directeur de la Prévention des risques et tranquillité urbaine.

Brest métropole / Ville de Brest.

”

* <https://efus.eu/fr/>

INTERPELLATIONS POUR IVRESSES PUBLIQUES ET MANIFESTES (IPM) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

MÉTHODO

L'ivresse publique et manifeste est définie par l'article L.3342-1 : « personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, conduite, par mesure de police, à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison ». L'ivresse publique et manifeste est une contravention de la deuxième classe, passible d'un jugement devant le juge de proximité.

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).

Depuis 2012, les seules données disponibles portent sur les infractions ayant donné lieu à des poursuites par un tribunal de police. Ce type de données est révélateur de l'activité des services répressifs.

Un nombre d'interpellations pour IPM très élevé dans la région

En 2015, 4 194 interpellations pour ivresses publiques et manifestes ayant donné lieu à des poursuites ont été réalisées en Bretagne. Rapporté à 10 000 habitants, cela représente 21 interpellations, soit pratiquement 1,5 fois plus que la moyenne nationale (15) (figure 1).

Une situation contrastée entre les départements

Le nombre d'ivresses publiques et manifestes ayant donné lieu à poursuite devant le tribunal de police varie du simple au double en fonction des départements (figure 2).

Le nombre d'interpellations par habitant est globalement plus élevé dans les Côtes-d'Armor et le Finistère et est moindre en Ille-et-Vilaine.

Un recul du nombre d'ivresses publiques et manifestes...

En termes d'évolution, le nombre d'IPM a diminué entre 2012 et 2015 pour l'ensemble des départements. A noter une hausse importante en 2013 dans le Morbihan.

...mais un niveau d'IPM en Bretagne largement supérieur à la moyenne nationale depuis 2012

Rapporté à 10 000 habitants de 20 à 69 ans, l'Ille-et-Vilaine est à la fois le département le moins concerné par cette problématique et celui qui a enregistré la plus forte baisse des taux entre 2012 et 2015 (-40 %) (figure 3).

Dans les Côtes-d'Armor et le Finistère, où le nombre d'interpellations par habitant est le plus élevé, la situation s'est améliorée avec des taux en baisse de -33 % et -27 %.

En Bretagne, malgré un fléchissement amorcé depuis 2013, la région affiche un taux qui demeure supérieur au niveau national. En France, le niveau est plutôt stable.

EN SAVOIR +

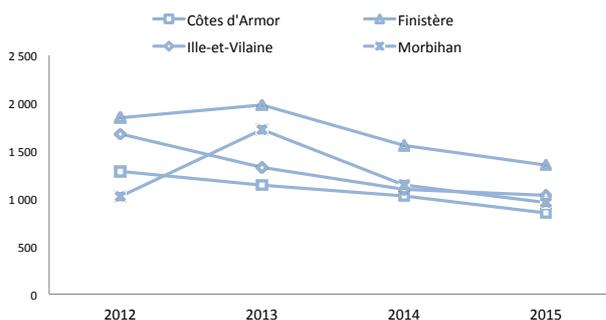
■ Bertrand Y., Le Gallou J.Y., Roussille B., Thomas F., Riou P., Marion M. & Podevin H. (2008). *Evaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM)*, Paris : Inspection générale des affaires sociales.

1 Les interpellations pour IPM en 2015

	Nombre d'IPM	Taux pour 100 000 habitants de 20 à 69 ans
Côtes-d'Armor	850	24
Finistère	1 351	24
Ille-et-Vilaine	1 034	16
Morbihan	959	21
Bretagne	4 194	21
France	60 625	15

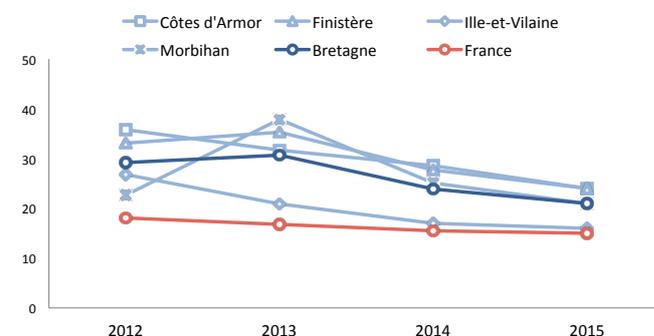
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

2 Evolution du nombre d'IPM depuis 2012 dans les départements bretons



Source : OFDT-Odicer, exploitation ORS Bretagne

3 Evolution du nombre d'IPM pour 10 000 habitants de 20 à 69 ans depuis 2012 dans les départements bretons



Source : OFDT-Odicer, exploitation ORS Bretagne

INTERPELLATIONS POUR INFRACTION À LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉFIANTS (ILS) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

MÉTHODO

Les données comprennent les interpellations pour usages de cannabis, d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy, sans distinction entre les produits. L'essentiel de ces interpellations concerne des consommateurs de cannabis dans plus de neuf cas sur dix.

Les statistiques distinguent les mineurs des majeurs.

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 au niveau des sources de données exploitées.

Près d'un quart de mineurs parmi l'ensemble des interpellations pour ILS dans la région

En 2014, 1 406 interpellations de mineurs pour Infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ont été enregistrées en Bretagne par les services de police et de gendarmerie. Globalement, les mineurs sont plus concernés en Bretagne qu'en France, où ils représentent 23 % des interpellations (contre 17 % en France). Leur proportion atteint 30 % dans le Morbihan (*figure 1*).

Une situation contrastée entre les départements

La situation entre les départements bretons est relativement contrastée, avec un nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) 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 chez les majeurs comme chez les mineurs (*figure 2*).

Un niveau d'ILS en Bretagne largement inférieur à la moyenne nationale...

Les taux d'interpellations pour ILS pour 10 000 habitants majeurs âgés de 20 à 59 ans sont relativement stables entre 2010 et 2014. Sur l'ensemble de la période, le taux breton est nettement inférieur au taux français (*figure 3*).

... mais une intensification des interpellations chez les mineurs

Même si les taux restent en deçà de la moyenne nationale chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, ils ont nettement augmenté en France et en Bretagne, ainsi que dans chacun des quatre départements (*figure 4*).

Le nombre d'ILS par habitant culmine dans le Morbihan où 81 mineurs sur 10 000 ont été interpellés pour cette infraction en 2014. Le taux y a été multiplié par trois par rapport à 2010. Les Côtes-d'Armor présentent le deuxième taux le plus élevé (80) et un doublement en cinq ans. L'Ille-et-Vilaine est en situation la plus favorable (61).

EN SAVOIR +

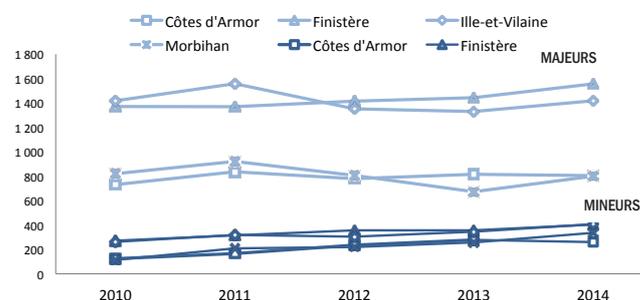
- Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants, I. Obradovic, Tendances n°103, OFDT, octobre 2015.
- Le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants en 2015 - Infostat Justice n° 150 de mars 2017.

1 Les interpellations pour ILS en 2014

	Nombre total d'ILS (majeurs et mineurs)	Dont nombre de mineurs	% de mineurs
Côtes-d'Armor	1 065	260	24 %
Finistère	1 961	404	21 %
Ille-et-Vilaine	1 824	406	22 %
Morbihan	1 136	336	30 %
Bretagne	5 986	1 406	23 %
France	220 155	35 228	17 %

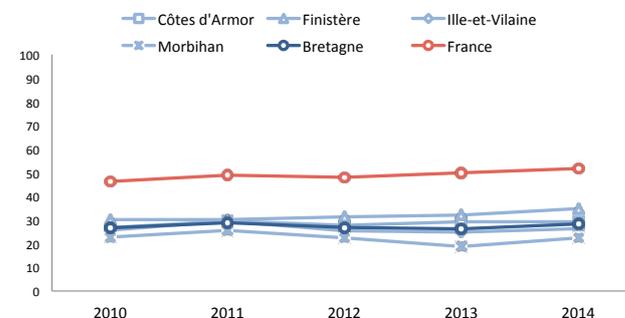
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

2 Evolution du nombre d'ILS des majeurs et des mineurs depuis 2010



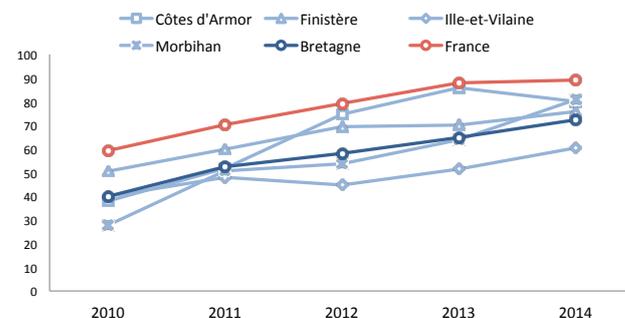
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

3 Evolution du nombre d'ILS de majeurs pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans depuis 2010



Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

4 Evolution du nombre d'ILS de mineurs pour 10 000 habitants de 15 à 19 ans depuis 2010



Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sociales et légales

ZOOM SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN LIEN AVEC L'ALCOOL

Les données recueillies par l'Observatoire régional des violences faites aux femmes proviennent d'une vingtaine d'associations des quatre départements bretons. Elles reflètent une partie du travail réalisé quotidiennement :

- Accueil
- Écoute
- Information
- Orientation
- Accompagnement dans les démarches (vie privée, social, sanitaire, psychologique, juridique).

Selon les données 2014 de l'Observatoire régional des violences faites aux femmes, environ 5 000 femmes ont été victimes de violence en Bretagne (physique, verbale, psychologique, sexuelle, financière, administrative, économique ou autres).

L'alcool est impliqué dans plus de 900 cas (18 %), et les stupéfiants dans plus de 200 cas (4 %).

Source : Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE, Préfecture de région - SGAR)

ZOOM SUR LE COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES DROGUES

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques en 2010, proche de 120 milliards d'euros

Le « coût social des drogues en France » mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Il est composé :

- du coût externe de ressources gaspillées (valeur des vies humaines perdues, dégradation de la qualité de vie, pertes de production)
- et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac).

Globalement, le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proche de 120 milliards d'euros chacun, suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros). Pour les seules finances publiques, l'État dépense 20 milliards d'euros (figure 1). Ces chiffres sont à rapprocher des 13,4 millions de fumeurs et des 3,8 millions « d'usagers à risques d'alcool ». Les usagers problématiques de drogues illicites sont quant à eux estimés à 300 000.

Les « coûts des soins » des maladies engendrées par l'alcool et le tabac (respectivement 7,7 et 25,9 milliards d'euros) sont inférieurs aux « recettes de taxation » de l'alcool et du tabac (respectivement 3 milliards d'euros et 10,4 milliards d'euros).

Les dépenses du budget de l'État se sont élevées à 380 milliards d'euros en 2010. Les dépenses nettes liées à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites représentent près de 20 milliards d'euros, soit 5 % des dépenses publiques.

Source : « Le coût social des drogues en France », résultats de l'étude de Pierre Kopp publiée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), septembre 2015

1 Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France en 2010

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problème »	3 800 000	13 400 000	300 000
Coût externe (perte de vies humaines, perte de qualité de vie, pertes de production) en milliards d'euros	- 114 399	- 105 391	- 5 909
Coût pour les finances publiques (coût de soins, économie des retraites, prévention, répression, taxation) en milliards d'euros	- 3 049	- 13 881	- 2 327
Coût social en milliards d'euros	- 118 057	- 122 049	- 8 701

Source : « Le coût social des drogues en France », résultats de l'étude de Pierre Kopp publiée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), septembre 2015

MÉTHODO

« Il n'est pas possible de calculer un « coût social total » des drogues car les fractions attribuables qui déterminent la valeur des vies perdues – donc l'essentiel du coût social – ne prennent pas en compte les comorbidités. Certaines personnes décédées du fait de l'alcool sont également des fumeurs, et inversement. Il en va de même avec les drogues illicites. Face à l'impossibilité de traiter les doubles comptes, le total arithmétique surestime largement le coût social des drogues et ne doit donc pas être utilisé ».

Réduction des risques, prise en charge et accompagnement

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

L'ACTIVITÉ DES CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE

REPÈRES 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.

Des usagers plus jeunes fréquentant les CAARUD en Bretagne...

En Bretagne, un usager sur trois est âgé de 35 ans et plus pour 54,1% au niveau national.

Ce sont les 25-34 ans qui sont les plus représentés en Bretagne : 56,1% contre 34,3% en France.

La proportion des femmes est plus importante dans la région (figure 1).

...Et mieux insérés socialement

En Bretagne, il y a davantage d'usagers disposant d'un logement durable (70,4 % contre 53,3 % en France) et des revenus d'emplois (21 % contre 16,5 % en France). Ces deux éléments montrent une meilleure insertion sociale (logement et travail) chez les usagers des CAARUD en Bretagne.

Plus d'injecteurs

L'utilisation de la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours est plus fréquente chez les usagers de CAARUD bretons : 69,5% contre 46,1 % en France.

Le niveau de partage des seringues est identique en Bretagne et en France. En revanche, les Bretons sont davantage concernés par le partage du petit matériel d'injection (hors seringue) (figure 2).

Moins d'usagers séropositifs en Bretagne

En termes de contamination au VIH, 3,9 % des usagers bretons sont séropositifs contre 4,9 % en France.

S'agissant du VHC, le taux d'usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage est plus élevé en Bretagne qu'en France. Cependant, la prévalence des sérologies VHC positives est plus faible en Bretagne (figure 3).

MÉTHODO DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ENA-CAARUD

L'enquête ENA-CAARUD 2012 est la quatrième 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, au sein des CAARUD toute personne usagère de drogues reçue ou rencontrée par un membre de l'équipe du CAARUD. En 2012, l'analyse porte sur 2 905 répondants (n=82 en Bretagne).

En raison d'effectifs faibles, les comparaisons temporelles au plan régional n'ont pas été possibles à réaliser.

1 Variables socio-démographiques en 2012

		Bretagne	France
Sexe	Hommes	75,6 %	80,5 %
	Femmes	24,4 %	19,5 %
Âge	Moins de 25 ans	11,0 %	11,6 %
	25-34 ans	56,1 %	34,3 %
	35 ans et plus	32,9 %	54,1 %
Logement	Durable	70,4 %	53,3 %
	Provisoire	11,1 %	19,6 %
	Squat	8,6 %	11,9 %
	SDF	9,9 %	15,2 %
Ressources	Prestations sociales / ressources provenant d'un tiers	64,2 %	56,6 %
	Revenus d'emplois et Assedic	21,0 %	16,5 %
	Autres ressources (illégalles ou non officielles) et sans revenu	14,8 %	26,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

2 Utilisation de la voie intraveineuse et partage du matériel d'injection en 2012

		Bretagne	France
Utilisation de la voie intraveineuse	Au cours des 30 derniers jours	69,5 %	46,1 %
	Pas dans les 30 derniers jours	9,8 %	17,9 %
	Jamais	20,7 %	35,3 %
	Ne sait pas	0,0 %	0,7 %
Partage de la seringue	Non	91,1 %	91,7 %
	Oui	8,9 %	8,3 %
Partage du petit matériel (tout sauf seringue)	Non	73,2 %	78,4 %
	Oui	26,8 %	21,6 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT Exploitation, ORS Bretagne

3 VIH et VHC : sérologies en 2012

		Bretagne	France
VIH	A fait le test	93,9 %	91,1 %
	N'a pas fait le test	6,1 %	8,9 %
Résultat VIH	Négatif	96,1 %	90,3 %
	Positif	3,9 %	4,9 %
	Ne sait pas	-	4,8 %
VHC	A fait le test	85,2 %	86,7 %
	N'a pas fait le test	14,8 %	13,3 %
Résultat VHC	Négatif	75,4 %	71,5 %
	Positif	21,5 %	22,9 %
	Ne sait pas	3,1 %	5,6 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

L'ACTIVITÉ DES CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE (suite)

En Bretagne, davantage de consommations récentes d'héroïne, d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne

La structure des consommations diffère entre la région et la France. Le cannabis et l'alcool arrivent au premier rang, en proportion plus forte dans la région.

L'héroïne concerne près des deux tiers des usagers bretons, la cocaïne/free base et le BHD environ la moitié, soit des niveaux de consommation plus élevés qu'en France, auxquels s'ajoutent également ceux d'ecstasy et d'amphétamines (respectivement 35,4 % et 28 % en Bretagne contre 12,3 % et 12,8 % en France) (figure 1).

Substances les plus problématiques : les opiacés (BHD et héroïne)

Il a été demandé à chaque usager interrogé d'identifier le produit consommé au cours des 30 derniers jours qui, selon lui, lui posait le plus de problèmes (figure 2).

Le produit le plus fréquemment mentionné est le BHD, cité par près d'un usager sur quatre, devant l'héroïne, l'alcool, le sulfate de morphine et la cocaïne.

Comparativement à la France, davantage d'usagers font état d'une réelle difficulté concernant la consommation de BHD (22,7 % contre 16,3 % en France) et d'héroïne (18,7 % contre 11,5 % en France).

Moindre recours aux soins institutionnels

Les usagers bretons se caractérisent par un plus faible taux d'incarcération dans l'année qu'en France (11,1 % contre 14,2 %), de même qu'un recours moins élevé aux soins institutionnels : hospitalisation, Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), CSAPA (figure 3).

REPÈRES

TENDANCES ÉVOLUTIVES AU NIVEAU NATIONAL

Parmi les éléments marquants, l'âge moyen des usagers des CAARUD continue d'augmenter. Cependant, on observe un ralentissement du vieillissement des hommes dont la part âgée de plus de 50 ans n'augmente plus. Les femmes sont toujours en moyenne plus jeunes que les hommes.

Par rapport à 2008, la structure de la précarité a légèrement évolué dans le sens d'un accroissement de la part des usagers les moins fragiles sur le plan socio-économique. Dans l'ensemble, la structure des consommations n'a pas connu de modification importante.

Comme lors des éditions précédentes, les moins de 25 ans et les femmes sont davantage concernés par le partage du matériel d'injection.

La probable régression de l'épidémie d'hépatite C se poursuit. Toutefois, même si l'utilisation de la voie fumée progresse, on note que l'utilisation récente de l'injection ne diminue pas et reste fréquente, avec l'entrée de nouveaux usagers dans cette pratique.

Source : Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 - Tendances 98 - janvier 2015

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN FRANCE CHEZ LES USAGERS DE DROGUE RENCONTRÉS DANS LES CAARUD

Parmi les usagers actifs¹ en 2008, 28 % déclaraient avoir consommé des benzodiazépines au cours du mois précédent, quotidiennement pour plus de la moitié d'entre eux.

Source : Consommation et mésusages chez les usagers de drogues. Inserm, expertise collective, 2012.

1 Produits consommés au cours des 30 derniers jours en 2012

	Bretagne	France
Cannabis	79,3%	72,8%
Alcool	78,0%	65,5%
Héroïne	63,4%	30,8%
Cocaïne / Free base	51,2 %	36,1 %
BHD	50,0 %	37,1 %
Ecstasy	35,4 %	12,3 %
Benzo	31,7 %	30,5 %
Amphétamines	28,0 %	12,8 %
Méthadone	26,8 %	27,0 %
Morphine	24,4 %	17,2 %
LSD	17,1 %	7,2 %
Kétamine	15,9 %	8,6 %
Crack	14,6 %	17,5 %
Plantes hallucinogènes	14,6 %	7,5 %
Codéine	9,8 %	6,7 %
Ritaline	1,2 %	1,9 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

2 Principaux produits consommés au cours des 30 derniers jours et posant à l'utilisateur, selon lui, le plus de problèmes en 2012

	Bretagne	France
BHD	22,7%	16,3%
Héroïne	18,7%	11,5%
Alcool	16,0%	21,5%
Sulfate de morphine	16,0 %	7,2 %
Cocaïne	9,3 %	7,8 %
Aucun	5,3 %	9,1 %
Benzo	5,3 %	4,1 %
Cannabis	4,0 %	7,1 %
Tabac	1,3 %	0,7 %
Codéine	1,3 %	0,2 %
Crack	-	6,9 %
Méthadone	-	3,9 %
Amphétamines	-	0,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

3 Incarcération, hospitalisation et passage en CSST* en 2012

		Bretagne	France
Incarcération au cours des 12 derniers mois	Non	88,9 %	85,8 %
	Oui	11,1 %	14,2 %
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois	Non	69,5 %	65,2 %
	Oui	30,5 %	34,8 %
Accueil par un intervenant CCST/CSAPA au cours des 12 derniers mois	Non	64,6 %	55,3 %
	Oui	35,4 %	44,7 %

Source : Enquête Ena-CAARUD / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

* CCST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

¹ Le terme « actif » signifie que l'usager continue à prendre des substances psychoactives illicites ou à détourner des médicaments psychotropes de leurs objectifs thérapeutiques, par opposition aux patients abstinentes (sous traitement de substitution ou autre traitement psychotrope non détourné, ou sevrés).

“

La RDR, mise en place dans les années 2000 en Bretagne, impulsée par les militants associatifs, était centrée sur les pratiques d'injection. Son objectif premier était de tenter d'infléchir les contaminations VIH. La reconnaissance de son efficacité est arrivée en 2005 avec la loi de santé publique permettant aux Programme d'Echanges de Seringues (PES) de devenir des CAARUD (Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue) et leur donnant le statut de Centre Médico-social.

La RDR, longtemps tournée vers les pratiques d'injection et la mise à disposition de matériel stérile de consommation de drogues, a dû s'adapter à l'évolution des pratiques des usagers (épidémie de VHC, arrivée des nouveaux produits de synthèse...etc).

Les dispositifs de RDR doivent aujourd'hui faire face à de nouveaux enjeux de santé publique :

Le déploiement des TROD (Test rapide d'Orientation Diagnostique) VHC.

Les tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) de l'hépatite C sont utilisables par les associations en France depuis mai 2016. Ils fournissent un résultat en seulement 15 minutes, avec une goutte de sang, et sans nécessiter la présence d'un professionnel de santé. Une aubaine pour la lutte contre ce virus. En effet, grâce aux progrès réalisés dans le traitement avec l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe, une éradication du virus de l'hépatite C (VHC) devient imaginable, à la condition que le dépistage soit optimisé, notamment dans les populations à risque.

L'objectif étant, au final, de réduire au maximum la population de personnes infectées qui s'ignorent (environ 75 000 en France), notamment des personnes difficiles d'accès comme les consommateurs de drogues ou ceux en situation de précarité.

Depuis 2016, nombre d'intervenants en RDR (CAARUD et milieu festif) ont été formés afin de déployer au mieux ce nouvel outil.

L'analyse de drogue

« Qu'elle est la qualité des produits psychoactifs illicites que je consomme ? » est une question fréquente des consommateurs. Répondre à cette préoccupation s'inscrit dans une logique de RdR. L'analyse de produit répond aux besoins des usagers de drogues et vise à les responsabiliser.

La mise en place de dispositif d'analyse de produit illicite répond à un double enjeu :

- Tout d'abord, c'est l'arrivée des nouveaux produits de synthèse qui nous oblige à réfléchir à la mise en place de dispositif d'analyse. Ils désignent un éventail hétérogène de substances qui imitent les effets des différents produits illicites. Ces produits sont largement vendus sur internet sous des appellations commerciales et leur contenu réel rarement annoncé. Ils sont « présents dans le milieu festif » et des évacuations ont eu lieu « à cause notamment du cannabis de synthèse » en 2015 (trend 2015).

- L'analyse de produit contribue à donner une information validée et objective ouvrant le dialogue avec les usagers de substances psychoactives : discuter librement et sans jugement de ses pratiques permet à une personne d'améliorer son niveau de conscience des risques pris et de leur gestion. Introduire un échange sur les pratiques et les niveaux de consommation de drogues, à partir d'une information sur la qualité des produits, permet de mettre en œuvre ce counselling avec les usagers de drogues. C'est le second enjeu visé par la mise en place d'analyse de drogues dans les structures de RDR.

À plus long terme, les acteurs de RDR pourraient se saisir d'une palette plus large d'outils : l'AERLI (accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection) expérimenté par Aides ou encore la mise à disposition du Nalscue®, un spray nasal contenant de la naloxone, destiné au traitement d'urgence des overdoses aux opioïdes dans l'attente d'une prise en charge médicale.



Point de vue

Les nouveaux outils de Réduction Des Risques (RDR)

Madame Mylène GUILLAUME.
 Coordinatrice du collectif Orange Bleue.
www.collectif-orange-bleue.com

”

Matériel de Réduction des risques (RDR)

La politique de réduction des risques (RDR) 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.

DISTRIBUTION DU MATÉRIEL DE RDR DANS LES CAARUD EN BRETAGNE

Près de 370 000 seringues distribuées...

En 2015, en Bretagne, près de 370 000 seringues ont été distribuées du fait de l'action des CAARUD : 20 % dans ceux des Côtes-d'Armor, 28 % dans le Finistère, 37 % en Ille-et-Vilaine et 15 % dans le Morbihan.

Ces seringues peuvent être fournies à l'unité (90 % de la distribution) ou être incluses dans une trousse de matériel d'injection¹ qui contient 2 seringues (figure 1).

Près de 350 seringues par usager par an, moins d'une par jour

Globalement, en Bretagne, l'action des CAARUD permet de fournir environ 350 seringues par usager par an à l'unité, moins d'une par jour. Dans le Finistère, le nombre est le plus élevé, atteignant 517 seringues distribuées à l'unité par patient. A l'inverse, il apparait le plus faible en Ille-et-Vilaine (294) et dans le Morbihan (298) (figure 1).

La dernière enquête de l'OFDT² estime en Bretagne à 1 400 le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) (intervalle de confiance : 900 - 2 400) en 2014.

L'usage de la voie veineuse est difficilement quantifiable de manière exhaustive mais si un usager utilise cette voie une fois par jour, 365 seringues sont nécessaires. Si un usager utilise la voie veineuse 3 fois par jour, comme l'indique les observations TREND³, les usagers devraient théoriquement avoir accès à 1 095 seringues.

Par rapport à 2014, les CAARUD de la région ont moins distribué de trousses Stéribox et de seringues 5 cc. A l'inverse, les seringues 1 cc et 2 cc, les préservatifs masculins et les gels lubrifiants ont été plus souvent distribués par les professionnels des CAARUD (figure 2).

Les deux tiers des seringues usagées récupérées

Le nombre de seringues usagées récupérées directement par les structures en 2015 est estimé à 241 845, soit 66 % du volume distribué estimé (figure 3).

3 Récupération de matériel de RDR usagé par les CAARUD en Bretagne en 2015

Récupération matériel usagé	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre de seringues usagées récupérées	47 600	74 390	80 645	39 210	241 845
Nombre de récupérateurs à seringues mis disposition	980	2 179	1 192	290	4 641
Matériel par patient					
Nombre de seringues usagées récupérées pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	256	383	196	241	253

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

¹ Les kits d'injection Steribox® ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5 ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice. Le Steribox est distribué en pharmacie et le Kit+ dans les CAARUD, CSAPA, autres PES et automates.

² Jansen E. Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse, Estimation 2014 en France métropolitaine, note 2016-04, Saint Denis, 26 septembre 2016.

³ Rapport TREND 2000-2016 - OFDT.

1 Matériel de RDR distribué par les CAARUD en Bretagne en 2015 (hors brochures en libre service)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre trousses injections «kits+» délivrés par les automates		1 977		1 468	3 445
Nombre trousses injections «Stéribox» délivrés par les automates					0
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD kits			7 595	1 574	9 169
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD stéribox	1 252				1 252
Nombre de seringues distribuées à l'unité 1 cc	52 508	99 800	101 447	46 119	299 874
Nombre de seringues distribuées à l'unité 2 cc	10 868	527	19 827	2 381	33 603
Nombre de seringues distribuées à l'unité 5 cc*				55	55
Nombre de préservatifs masculins distribués	1 980	1 287	8 971	248	12 486
Nombre de préservatifs féminins distribués	370	105	68	22	565
Nombre de gels lubrifiants distribués	720	781	385	248	2 134
Matériel par patient					
Nombre de seringues distribuées à l'unité (1 cc, 2 cc, 5 cc) pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	341	517	294	298	349

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

* plus 7 648 seringues «contenance sécurisée» au CAARUD de St Brieuc, non comptabilisées ici

2 Evolution du matériel de RDR distribué par les CAARUD en Bretagne entre 2014 et 2015

Matériel	Bretagne 2014	Bretagne 2015	Évolution 2014-2015
Nombre trousses injections «kits+» délivrés par les automates	2 946	3 445	17 %
Nombre trousses injections «Stéribox» délivrés par les automates	72	0	-100 %
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD kits	8 565	9 169	7 %
Nombre trousses injections délivrées par CAARUD stéribox	3 746	1 252	-67 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 1 cc	261 196	299 874	15 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 2 cc	27 753	33 603	21 %
Nombre de seringues distribuées à l'unité 5 cc	95	55	-42 %
Nombre de préservatifs masculins distribués	7 950	12 486	57 %
Nombre de préservatifs féminins distribués	618	565	-9 %
Nombre de gels lubrifiants distribués	1 309	2 134	63 %
Récupération matériel usagé			
Nombre de seringues récupérées	197 057	241 845	23 %
Nombre de récupérateurs seringues mis à disposition	4 641	4 641	0 %
Matériel par patient			
Nombre de seringues distribuées à l'unité (1 cc, 2cc, 5cc) pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	327	349	7 %
Nombre de seringues usagées récupérées pour un patient de la file active (local principal, antennes et unité mobile)	223	253	14 %

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

Matériel de Réduction des risques (RDR)

DISTRIBUTION DU MATÉRIEL DE RDR DANS LES CSAPA EN BRETAGNE

Près de 10 000 seringues distribuées

Selon les données des rapports d'activité des CSAPA, en 2015, en Bretagne, près de 10 000 seringues ont été distribuées du fait de l'action des CSAPA dans tous les départements bretons, à l'exception des Côtes-d'Armor. La majorité (82 %) l'ont été dans le Finistère, 18 % dans le Morbihan et très peu en Ille-et-Vilaine (0,1 %). La moitié des seringues sont fournies dans une trousse de matériel d'injection¹. Ces trouses contiennent 2 seringues (figure 1).

Une baisse de mise à disposition de matériel d'injection

La baisse de mise à disposition de matériel d'injection s'observe en Bretagne pour la période 2012-2015, équivalant à 550 trouses d'injection et 839 seringues de 1 cc à l'unité en moins (figure 2).

1 Matériel de RDR distribué par les CSAPA en 2015 en Bretagne et dans les départements (hors brochures en libre-service)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre trouses injections distribuées		1 977	6	397	2 380
Nombre de seringues à l'unité de 1 cc distribuées		3 954	0	936	4 890
Nombre de brochures sur l'alcool distribuées		350	1 575		1 925
Nombre de brochures sur le tabac distribuées		175	1 475		1 650
Nombre de brochures sur les drogues illicites distribuées		230	1 029		1 259
Nombre de préservatifs distribués		300	14 610	4 800	19 710
Nombre d'outils d'auto-évaluation des consommations distribués			706		706

Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

DÉFINITION DE LA RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹, ou loi de santé, pose une définition élargie et consolidée de la RdR et des outils de sa mise en œuvre à travers l'article 41 qui explique que « la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ».

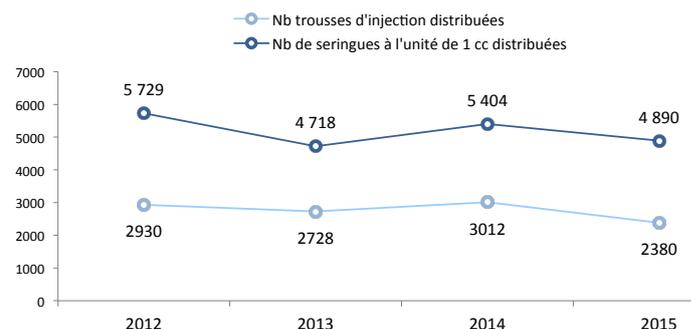
Outre la sécurisation des professionnels et des intervenants en RdR dans le cadre de leurs missions, cette nouvelle définition inclut notamment :

- la notion de substances psychoactives au sens large, qu'elles soient licites ou illicites, ouvrant notamment la RdR aux questions d'alcool et de tabac ;
- la reconnaissance de l'accompagnement et de l'éducation à la consommation (promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques) ;
- la reconnaissance des produits de santé participant à la RdR tels que la Naloxone pour la prévention des overdoses ;
- l'introduction d'une nouvelle mission d'analyse, de veille et d'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées.

La loi prévoit aussi l'extension de l'application de la politique de RdR au milieu carcéral dans des conditions adaptées. Elle précise que chaque personne détenue doit, lors de la visite médicale obligatoire d'entrée, se voir proposer un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Journal Officiel de la République Française, 2016, n° 0022
Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues approuvé par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005

2 Evolution du matériel de RDR distribué par les CSAPA entre 2012 et 2015 en Bretagne



Source : Rapport d'activité 2015 de l'ARS Bretagne - Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

OFFRE D'ÉCHANGEURS DE SERINGUES EN BRETAGNE

5 échangeurs sont disponibles en Bretagne, dont un nouveau a été installé à Quimper en juin 2017.

¹ Les kits d'injection Stéribox® ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5 ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice. Le Stéribox est distribué en pharmacie et le Kit+ dans les CAARUD, CSAPA, autres PES et automates.

Matériel de Réduction des risques (RDR)

LA RDR EN MILIEU FESTIF EN BRETAGNE

Les structures de réduction des risques en milieu festif

Sur la région Bretagne, ce sont essentiellement les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) et le Collectif régional L'Orange Bleue qui, dans le cadre de leurs missions, interviennent en milieu festif (free party, multisons festivals, concerts...) pour distribuer du matériel de prévention afin de réduire les risques liés à la fête (usages de produits psychoactifs, sexualité...).

Le collectif L'Orange Bleue est très présent au sein de l'espace festif (121 évènements couverts en 2016, dont 50 nuits), notamment les très grands festivals, et les demandes d'intervention sont de plus en plus nombreuses.

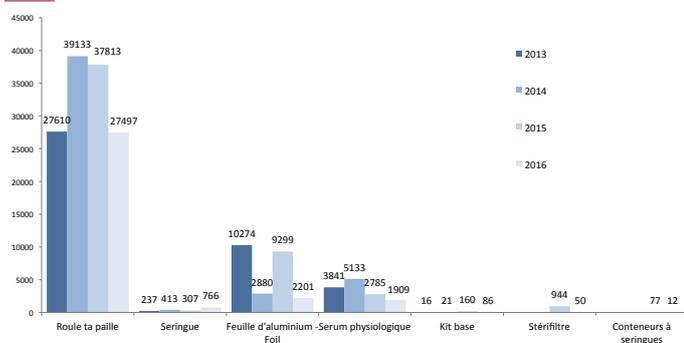
Forte distribution de « Roule Ta Paille »

Concernant le matériel spécifique de RDR distribué par le collectif L'Orange Bleue (figure 1), les kits de snif « Roule Ta Paille » sont largement diffusés (plus de 27 500 en 2016), devant les feuilles d'aluminium (2 200), le sérum physiologique (1 900), les seringues (766). Après une forte augmentation en 2014 et 2015, les « Roule Ta Paille » retrouvent leur niveau de 2013. Le kit de base, le Stérifilt® et les conteneurs à seringues sont quant à eux diffusés de manière beaucoup plus marginale.

La légère baisse du nombre de distribution de matériel s'explique par le fait que lors d'interventions avec les CAARUD, ce sont ces derniers qui approvisionnent en matériel RDR. Le comptage se fait donc sur leurs rapports d'activité même si la distribution est assurée par l'ensemble des acteurs.

En 2016, plus de 5 400 éthylo-tests ont été distribués lors des interventions.

1 Matériel de RDR distribué par le collectif Orange bleue



Source : Orange bleue - Rapport d'activité 2016

MÉTHODO LE MATÉRIEL DISTRIBUÉ

La trousse de prévention, nommée « Stéribox ou KIT+ ou Kit de base » 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.

Outre le Kit+ et les seringues distribuées à l'unité, les structures 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® : filtre à membrane en polypropylène, permettant d'éliminer les plus grossières impuretés physiques d'une préparation de drogue destinée à être injectée, et qui réduit les risques liés à l'injection de particules : abcès, phlébites, "poussières", œdèmes
- les Stéricup® pour les préparations à l'injection.

LA RDR EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La réforme santé de 2016 souhaite introduire la distribution de matériel d'injection stérile en prison, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Selon le rapport sur les drogues 2016 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, seuls trois pays sur trente sondés ont déclaré avoir mis au point un système d'échange de seringues.

LA RDR À DISTANCE EN BRETAGNE

Créée en 1989, l'association SAFE a pour mission de favoriser l'accès à la réduction des risques sur le territoire national. L'association a développé un programme de RDR à distance depuis 2011. Le but du programme est de faciliter l'accès aux matériels de consommation et aux informations pour réduire les risques. Ce programme n'a pas vocation à se substituer au dispositif existant (CAARUD/CSAPA), il vient le compléter.

Une majorité d'usagers résidant en milieu rural

Depuis la création du programme en 2011, 44 usagers (10 femmes et 34 hommes) ont bénéficié du programme de RDR à distance en Bretagne : 13 résident dans les Côtes d'Armor, 7 dans le Finistère, 17 en Ille-et-Vilaine et 7 dans le Morbihan. Près des trois quarts des usagers (70,5 %) habitent dans des communes rurales de moins de 10 000 habitants.

19 usagers ont connu le programme par le biais des sites internet de SAFE et/ou Psychoactif (plate-forme d'échanges entre consommateurs de substances psychoactives), 16 usagers sont venus sur le conseil d'un ami et 9 ont été orientés par un CAARUD ou un CSAPA.

Un public inséré

Près des deux tiers ont un emploi (63,6 %) et la grande majorité (86 %) ont un logement stable.

Quatre usagers sur dix consomment de l'héroïne

Les produits consommés sont majoritairement l'héroïne (41%), le sulfate de Morphine (Skenan®) (29 %) et la cocaïne (27 %). Arrivent ensuite les traitements de substitution aux opiacés : Buprénorphine Haut Dosage, notamment le Subutex® (21%). 37 usagers sur 44 pratiquent l'injection.

88 colis envoyés en 2015

En 2015, la file active était de 30 usagers, pour lesquels 88 colis ont été envoyés. Les matériels les plus fréquemment envoyés sont : les aiguilles (7 755), les lingettes désinfectantes à la chlorhexidine (6 575), les fioles d'eau pour préparation injectable (6 155) et les cups qui permettent la préparation du mélange (4 520).

Source : Réduction des risques à distance - Bilan en région Bretagne - SAFE - Guillaume JEGOUSSE de l'association DOUAR NEVEZ

ZOOM SUR LE PROGRAMME DES OFFICINES DU MORBIHAN POUR L'ÉCHANGE DE SERINGUES

Le Programme des Officines du Morbihan Pour l'Échange de Seringues (P.O.M.P.E.S), mis en place en septembre 2013, permet à des usagers de drogues ayant des difficultés de déplacement de se fournir en officines en matériel stérile afin de prévenir les risques de transmission infectieuse (VIH et hépatite C). Les pharmaciens sont en effet les premiers professionnels de santé publique à pouvoir rencontrer les usagers de drogues.



Ce projet POMPES est porté par le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) le « Pare-A-ChuteS » et son équipe (un coordinateur, une infirmière, une éducatrice spécialisée, une assistante sociale et une secrétaire médicale).

Ce projet est né du constat que certains secteurs du département ne semblaient pas investis par les usagers au vu des chiffres de la file active des permanences et que les ventes de matériel d'injection dans les officines n'étaient pas suffisantes pour éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

Pour mettre en place ce programme, une formation auprès de l'équipe des pharmacies volontaires sur le matériel d'injection et sur la réduction des risques a été organisée.

À ce jour, 12 pharmacies bénévoles de P.O.M.P.E.S distribuent gratuitement et anonymement du matériel de réduction des risques. L'équipe du Pare-A-ChuteS approvisionne les pharmacies en Steribox®, Sterifilt®, documents de Réduction des risques, et autres matériels en fonction des volontés et besoins de la pharmacie.

Le CAARUD récupère le matériel usagé dans les officines selon la réglementation DASRI en vigueur. L'équipe du CAARUD visite les pharmacies au moins une fois par mois.

Le rapport d'évaluation de 2014 du programme a montré que la majorité des pharmacies ont, dans leur patientèle, quelques usagers réguliers qu'ils peuvent identifier. Les autres usagers sont souvent des personnes de passage à qui ils ne vont distribuer du matériel que très ponctuellement. Globalement, le dialogue s'est amélioré avec les usagers.

La plupart des pharmacies POMPES (8 sur 12) n'ont pas vu leur file active augmenter mais ont remarqué une forte progression du nombre de kits distribués. En termes de délivrance de stérifilt, certaines habitudes des usagers ont évolué : la distribution relativement difficile pour les pharmaciens au début du programme en raison de réticences s'est améliorée au fur et à mesure de l'avancée du projet.

Les résultats du bilan 2016 à travers les indicateurs d'activité permettent d'objectiver le déploiement du programme et de dégager les besoins et pistes d'action à venir :

- augmentation importante du nombre de seringues distribuées (+ 25 % entre 2015 et 2016),
- baisse de la distribution de petit matériel,
- diffusion de ce bilan 2016 aux pharmacies en pointant cette baisse,
- mise en place de formations pour les personnels ne l'ayant pas eue,
- briefing avec les pharmaciens lors de la prochaine tournée pharmacies.

En conclusion, ce projet apparaît innovant à l'échelle de la région et de la France où il reste peu développé.

Source : rapports du CAARUD «Le Pare-A-ChuteS» .

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA FILE ACTIVE EN BRETAGNE

REPÈRES LES CSAPA

Ce sont des centres médico-sociaux constitués en équipes pluridisciplinaires qui accueillent des personnes en difficulté 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.

Plus de 17 500 personnes prises en charge en 2015 en consultations

En 2015, 17 584 personnes ont été prises en charge par les équipes des 16 CSAPA de la région. Parmi celles-ci, 4 530 patients (26 %) n'ont été vus qu'une seule fois au cours de l'année et 7 192 sont des nouveaux patients (41 %).

Cette répartition a varié selon les années. La part des primo-consultants qui représentait en 2012 et 2013 43 % des patients tend à se réduire (figure 1).

Le taux de recours aux CSAPA est de 8 recours pour 1 000 personnes âgées de 15 à 69 ans en Bretagne¹.

Les CSAPA du Finistère ont accueilli 4 751 patients, ceux du Morbihan 3 763 patients, ceux d'Ille-et-Vilaine 6 156 patients et ceux des Côtes-d'Armor 2 914 patients.

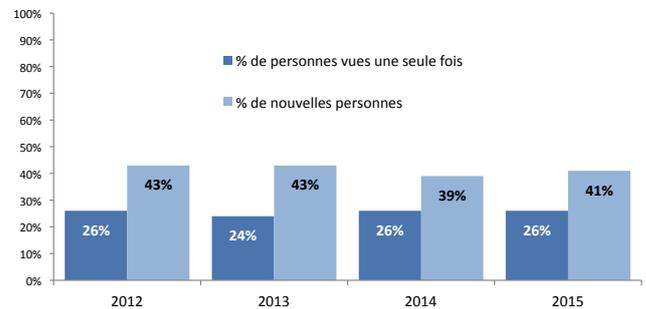
Les taux de recours varient de 7,5 pour 1 000 personnes dans les Côtes-d'Armor à 8,8 en Ille-et-Vilaine.

Un patient sur deux (ou ses proches) à l'initiative de la prise en charge

En 2015, dans près de la moitié des cas, les patients se sont rendus au CSAPA de leur propre initiative ou à l'initiative d'un proche. La demande de consultation fait suite dans 19 % des cas à une mesure judiciaire pour classement avec orientation ou pour obligation de soins.

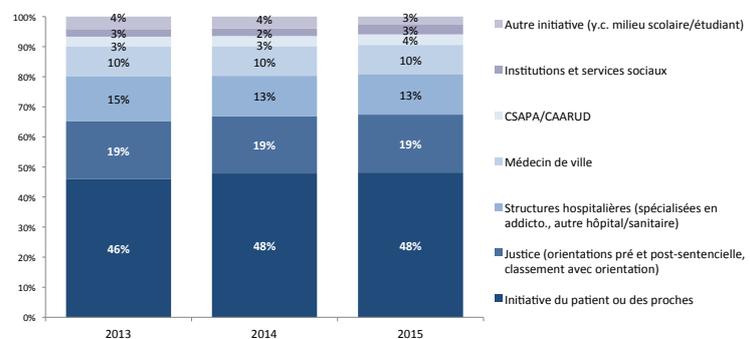
Les structures hospitalières et les médecins de ville orientent également respectivement 13 % et 10 % des patients vers un CSAPA de la région. La répartition des modes d'adressage a évolué entre 2013 et 2015 : les patients ou leurs proches sont plus fréquemment à l'initiative de la prise en charge et les patients adressés par une structure hospitalière sont moins nombreux (figure 2).

1 Répartition des patients des CSAPA en Bretagne pris en charge selon la nature du suivi en 2015



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

2 Répartition par mode d'adressage des patients des CSAPA en Bretagne



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

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 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 : type de produit, ...).

Limite du recueil de données :

Le taux de participation à RECAP est particulièrement faible en Bretagne. Les données RECAP ne comprennent ainsi que des CSAPA des départements 22 et 29. Les CSAPA des départements 35 et 56 ne disposaient pas jusqu'en 2014 de logiciels incluant RECAP. Ainsi, comme en 2014, seuls 4 CSAPA sur 17 ont fourni des données RECAP en Bretagne, les données ne sont donc pas exploitables.

¹ Données France 2015 non disponibles. A titre de comparaison, en 2014, 7,7 recours pour 1 000 personnes âgées de 15 à 69 ans en Bretagne, contre 6,6 en France.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Une large majorité de patients hommes

En 2014, la grande majorité des personnes vues dans les CSAPA de la région sont des hommes : 74 % sont des hommes et 26 % sont des femmes. La forte proportion d'hommes parmi les patients pris en charge s'explique principalement par le fait que les prévalences de consommation de drogues illicites et d'alcool sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Les patients accueillis sont dans la moitié des cas âgés de 30 à 49 ans, dans 19 % des cas âgés de 20 à 29 ans et dans 8 % des cas âgés de moins de 20 ans. 23 % des patients pris en charge sont âgés de 50 ans ou plus.

La répartition par âge des patients est proche en Bretagne et en France. Les patients vus dans les CSAPA du Morbihan (un tiers a moins de 30 ans) sont plus jeunes que dans les autres départements (environ un quart). A l'inverse, c'est dans les Côtes-d'Armor que la part des 40 ans et plus est la plus élevée (figure 1).

La répartition par sexe et âge a peu évolué en Bretagne et en France entre 2006 et 2014.

La moitié des patients perçoivent des revenus du travail

En Bretagne, pour la moitié des patients accueillis (51 %) un revenu de l'emploi (y compris retraite ou pension d'invalidité) constitue l'origine principale de leur ressource, un quart des revenus de solidarité (RSA notamment) 12 % touchent une prestation Pôle emploi, 5 % perçoivent des ressources provenant d'un tiers, 9 % déclarent d'autres ressources.

Les indicateurs sont plus favorables en Bretagne qu'en France, avec une part des revenus de l'emploi plus élevée.

Au sein de la région, les patients vus dans les CSAPA des Côtes-d'Armor sont les mieux insérés professionnellement, à l'inverse de ceux du Morbihan (figure 2).

Entre 2010 et 2014, la part des revenus du travail a diminué, alors que celle du RSA a notablement augmenté, en Bretagne comme en France.

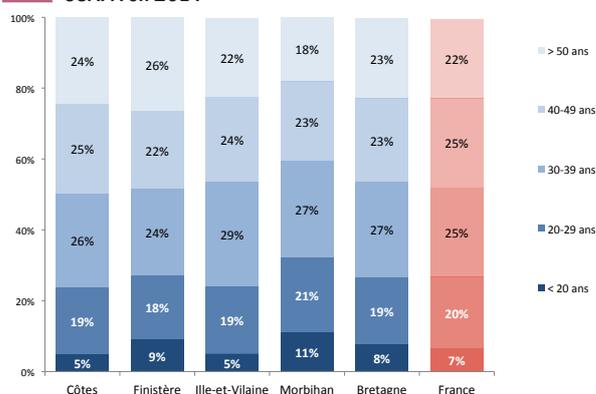
9 usagers sur 10 avec un logement durable en Bretagne

La majorité des patients bretons (91 %) résident dans un logement durable, 7 % dans un logement provisoire ou précaire et 2 % sont sans domicile fixe.

La proportion de patients disposant d'un logement durable est plus élevée en Bretagne qu'en France, notamment les Côtes-d'Armor. Le pourcentage de sans logement est le plus élevé en Ile-et-Vilaine (5 % contre 3 % en France), représentant 164 personnes.

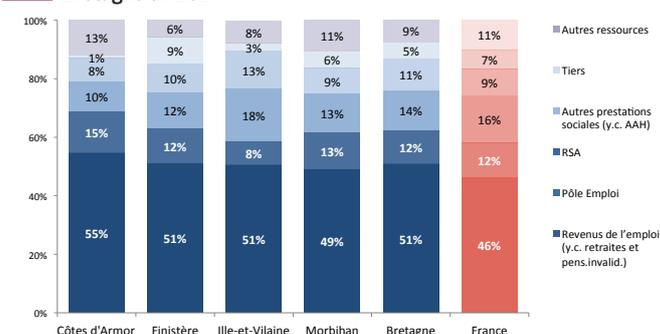
La proportion de patients avec un logement durable en Bretagne a augmenté entre 2010 et 2014, passant de 88 % à 91 %, alors qu'elle est restée stable en France. L'évolution est la plus marquée en Ile-et-Vilaine : 82 % en 2010 et 91 % en 2014 (figure 3). Les deux éléments ci-dessus montrent une meilleure insertion sociale (logement et travail) chez les patients des CSAPA en Bretagne (vis-à-vis de la France), particulièrement dans les Côtes-d'Armor.

1 Répartition par âge des patients pris en charge dans les CSAPA en 2014



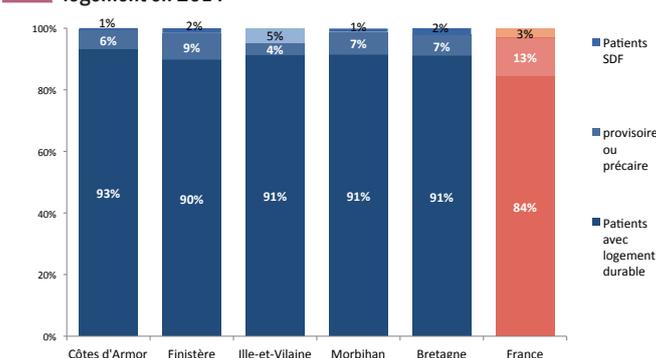
Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

2 Répartition des patients des CSAPA selon les ressources en Bretagne en 2014



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

3 Répartition des patients des CSAPA selon le type de logement en 2014



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

MÉTHODO

Le logement est considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre pendant au moins les 6 prochains mois soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES USAGES D'ALCOOL EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de la moitié du public pris en charge en CSAPA cite un problème d'alcool

Un peu plus de la moitié du public régional (53 %) a été pris en charge pour un problème d'alcool, un peu moins d'un quart (21 %) pour un problème de consommation de cannabis et 15 % pour un problème avec des opiacés.

Prise en charge des consommateurs d'alcool : le niveau de la Bretagne supérieur à celui de la France

En 2014, le nombre total de patients bretons vus en consultations pour des difficultés avec l'alcool s'élève à 9 381 personnes, soit un taux de 4,3 consultations pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans. La Bretagne affiche un recours supérieur à celui de la France (3,4).

Les Côtes-d'Armor se démarquent très nettement avec un niveau largement supérieur aux autres départements

Rapporté à la population, le nombre de personnes prises en charge pour leur problème d'alcool dans les CSAPA varie de façon assez importante entre les départements.

Trois départements bretons (Côtes-d'Armor, Finistère et Ille-et-Vilaine) sont situés à un niveau supérieur à celui de la France. Le Morbihan présente pour sa part un taux de consultations sensiblement similaire à celui de la France (figure 1).

Forte progression dans le Finistère

Dans le Finistère, l'évolution est orientée à la hausse (+20 % entre 2012 et 2015).

A l'inverse, si les Côtes-d'Armor se situent bien au-dessus du niveau de la Bretagne et de la France, elles présentent une orientation à la baisse du recours aux CSAPA (-18 %).

Le Morbihan, l'Ille-et-Vilaine ainsi que la Bretagne ont des taux de consultations stables sur la période (figure 2).

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES USAGES DE CANNABIS EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Un patient sur cinq vu pour un problème d'usage de cannabis

En Bretagne, 3 318 personnes ont été reçues en 2014 en consultations pour un usage problématique de cannabis, soit environ un sur cinq.

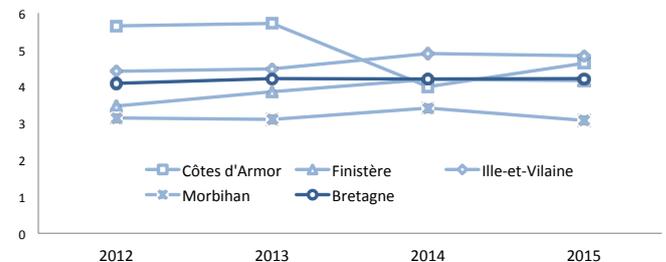
Les CSAPA bretons prennent en charge, relativement à la population de la région, un nombre assez proche du niveau national, de personnes en difficulté avec le cannabis : 1,5 pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans, contre 1,7 en France. Le Morbihan affiche le taux de recours le plus élevé, et les Côtes-d'Armor le plus faible (figure 3). En termes d'évolution, la région et ses départements présentent des niveaux stables entre 2012 et 2015 (figure 4).

1 Consultations pour problème d'usage d'alcool dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	2 152	5,5
Finistère	2 562	4,2
Ille-et-Vilaine	2 983	4,2
Morbihan	1 684	3,4
Bretagne	9 381	4,3
France	151 249	3,4

Source : OFDT. Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee, Exploitation ORS Bretagne

2 Evolution des consultations pour problème d'usage d'alcool pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



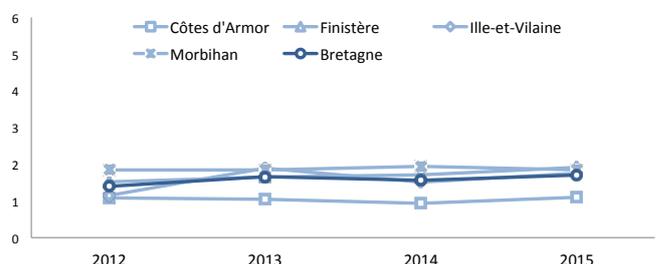
Sources : Rapports d'activités des CSAPA bretons de 2012 à 2015 - ARS Bretagne, Insee, Exploitation ORS Bretagne

3 Consultations pour problème d'usage de cannabis dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	318	0,8
Finistère	1 044	1,7
Ille-et-Vilaine	996	1,4
Morbihan	960	1,9
Bretagne	3 318	1,5
France	75 028	1,7

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee, Exploitation ORS Bretagne

4 Evolution entre 2012 et 2015 des consultations pour problème d'usage de cannabis pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



Sources : Rapports d'activités des CSAPA bretons de 2012 à 2015, ARS Bretagne, Insee Exploitation ORS Bretagne

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES USAGES D'OPIACÉS (HORS SUBSTITUTION DÉTOURNÉE) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de 2 400 personnes vues pour un problème d'usage d'opiacés

En Bretagne, 2 434 personnes ont été reçues en 2014 en consultations pour un problème d'usage d'opiacés. Près de la moitié (44,6 %) ont été vues dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine.

La région affiche des niveaux de prise en charge en lien avec les opiacés proches de la moyenne nationale : respectivement 1,1 pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans, contre 0,9 en France.

L'Ille-et-Vilaine se démarque par rapport aux autres départements, avec le taux de recours le plus élevé.

A l'inverse, les Côtes-d'Armor sont en-dessous des moyennes régionale et nationale (figure 3).

En termes d'évolution, les taux sont relativement stables entre 2012 et 2015 (figure 4).

LES PERSONNES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS SANS PRODUIT EN BRETAGNE

Près de 350 personnes vues en consultation CSAPA pour une addiction sans produit

En 2015, en Bretagne, 346 personnes ont été vues en consultations CSAPA pour une addiction sans produit : 149 par rapport à une problématique de jeu¹, 56 pour une cyberaddiction (dépendance à Internet) et 141 pour une autre addiction sans substance.

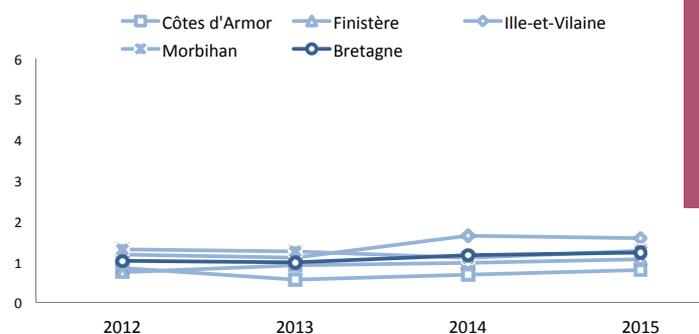
Ainsi, la part de la file active des patients pris en charge en CSAPA en Bretagne pour une addiction sans produit est relativement faible même si elle tend à augmenter sur la période : 1 % en 2012 et 2 % en 2015.

3 Consultations pour problème d'usage d'opiacés dans les CSAPA en ambulatoire en 2014 - File active et taux de consultation pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans

	File active	Taux de consultation
Côtes-d'Armor	215	0,6
Finistère	593	1,0
Ille-et-Vilaine	1 085	1,5
Morbihan	541	1,1
Bretagne	2 434	1,1
France	40 388	0,9

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, Insee - Exploitation ORS Bretagne

4 Evolution entre 2012 et 2015 des consultations pour problème d'usage d'opiacés pour 1 000 habitants de 15 à 69 ans dans les CSAPA en ambulatoire



Sources : Rapports d'activités des CSAPA bretons de 2012 à 2015, ARS Bretagne, Insee - Exploitation ORS Bretagne

MÉTHODO

Nombre de consultations en CSAPA : ensemble des personnes ayant un problème avec le produit, vues au moins une fois (file active) au cours de l'année dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire. Le produit a été consommé au cours des 30 derniers jours et, selon l'équipe soignante, il fait partie des deux premiers produits les plus dommageables actuellement. Il motive la prise en charge. Ces chiffres concernent théoriquement l'ensemble des personnes vues dans les CSAPA, y compris les jeunes et les interventions en milieu pénitentiaire. Les données sont fournies par les rapports d'activité annuels des structures. Les données France pour l'année 2015 ne sont pas disponibles.

EN SAVOIR +

■ **Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007** - OFDT, Tendances n° 110 - juin 2016.

¹ En premier produit le plus dommageable ou en second produit.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Plus de 1 500 jeunes accueillis

En 2014, les CJC bretons ont reçu 1 582 jeunes consommateurs de produits, qui viennent très majoritairement seuls en consultation (61 %) plutôt qu'accompagnés, soit une part inférieure à la moyenne nationale (71 %). De plus, 136 membres de l'entourage, parents ou professionnels entourant le jeune ont été accueillis (avec ou sans le jeune) au sein des CJC.

La part des consommateurs accueillis en CJC parmi la file active des CSAPA des départements bretons varie du simple au double, de 6 % dans les Côtes-d'Armor à 14 % dans le Finistère (figure 1).

En Bretagne, le nombre de consommateurs accueillis en CJC a augmenté entre 2011 (1 038 jeunes) et 2014 (1 582). Cependant, la part de ces consommateurs parmi la file active des CSAPA est stable (10 % en 2011 et 9 % en 2014).

Près des deux tiers du public pris en charge en CJC cite un problème de consommation de cannabis

Le produit consommé le plus dommageable pour les personnes reçues est le cannabis. Le public reçu à ce titre est légèrement sous-représenté dans les CJC de Bretagne (64 % contre 73 % en France). Viennent ensuite l'alcool (18 %), le tabac (7 %) et les opiacés (4 %), pour lesquels la région se distingue par une part plus élevée de consommateurs en comparaison du niveau national (respectivement 10 %, 5 % et 3 %).

La fréquentation des CJC pour un usage problématique de jeux d'argent, de cyberaddictions et d'autres addictions sans substance est moins importante dans la région (globalement 3,5 % contre 5,1 % en France). De même la cocaïne concerne deux fois moins de patients qu'au niveau national (0,7 % contre 1,2 %) (figure 2).

Des recours élevés pour consommation d'alcool dans le Morbihan

La part de consultants qui citent le cannabis comme le produit le plus problématique est majoritaire dans les quatre départements bretons. La part des consultants venus dans une CJC pour consommation d'alcool est la plus importante dans le Morbihan (figure 3).

Addictions sans produit : une problématique minoritaire chez les jeunes mais en progression

21 personnes ont été vues en CJC pour une problématique de jeux¹, 36 pour une cyberaddiction et 13 pour une autre addiction sans substance. Le recours aux CJC pour des problèmes d'addictions sans produit, s'il reste minoritaire par rapport aux autres substances, concerne néanmoins 3,8 % de la file active CJC en 2015, alors que le phénomène était quasi inexistant en 2012 (0,8 %).

REPÈRES

LES « CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS » EN FRANCE EN 2015

En France en 2015, l'âge moyen en CJC est de 19,5 ans. 30 % des consommateurs reçus en CJC ont moins de 18 ans.

Les orientations par la famille progressent de 15 % en 2014 à près de 20 % en 2015. Ceci contribue à augmenter la part des mineurs et des demandes de recours au titre du jeu vidéo.

Même si elle reste très majoritaire, la proportion de consultants qui citent la consommation de cannabis comme motif de fréquentation d'une CJC a diminué en un an, passant de 81 % en 2014 à 75 % en 2015. En revanche, les recours pour consommation de tabac et d'alcool restent stables.

Les consultants accueillis pour un problème lié à l'alcool sont à la fois plus âgés qu'en 2014 et caractérisés par une plus forte fragilité socio-économique.

Entre 2014 et 2015, la part du public féminin n'a pas évolué et avoisine toujours les 19 %.

Source : Évolution du public des CJC (2014-2015) - Tendances n° 107, OFDT, 4 p. Mars 2016

REPÈRES

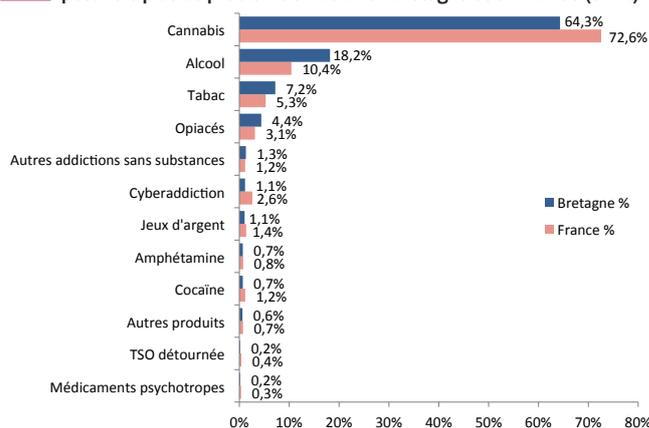
Les CSAPA peuvent gérer les Consultations Jeunes Consommateurs. Gratuites et anonymes, ces consultations sont destinées en priorité aux jeunes, mais doivent accueillir tous les publics. Les données concernent le produit posant le plus de problème.

1 Part des CJC dans le public CSAPA en 2014

	Nombre de consommateurs CJC	% dans la file active des CSAPA
Côtes-d'Armor	215	6 %
Finistère	631	14 %
Ille-et-Vilaine	390	7 %
Morbihan	346	10 %
Bretagne	1 582	9 %
France	29 932	10 %

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

2 Répartition des patients vus en CJC suivant le produit consommé posant le plus de problème en 2014 en Bretagne et en France (en %)



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

3 Répartition des patients vus en CJC suivant le produit consommé posant le plus de problème en 2014 dans les départements bretons (en %)

Matériel	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Cannabis	63 %	69 %	69 %	52 %
Alcool	15 %	13 %	17 %	29 %
Tabac	6 %	11 %	3 %	8 %
Opiacés	7 %	3 %	7 %	2 %
Autres addictions sans substance	1 %	-	1 %	4 %
Cyberaddiction	1 %	1 %	1 %	2 %
Jeux d'argent	2 %	1 %	1 %	1 %
Amphétamine	1 %	0,2 %	1 %	1 %
Cocaïne	1 %	0,5 %	1 %	0,4 %
Autres produits	3 %	0,2 %	0,3 %	1 %
TSO détournée	1 %	0,2 %	0,0 %	-
Médicaments psychotropes	-	0,2 %	0,3 %	-

Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne

¹ Voir le chapitre consacré aux addictions sans produits page 42.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

CSAPA EN MILIEU PÉNITENTIAIRE EN BRETAGNE ET EN FRANCE

REPÈRES CONTEXTE RÉGIONAL

En Bretagne, 6 CSAPA concourent à la prévention des addictions chez les détenus (en collaboration avec l'UCSA et les unités hospitalières d'addictologie).

Plus de 1 100 personnes vues en CSAPA en milieu pénitentiaire

Selon les données de l'ARS issues des 6 CSAPA en milieu pénitentiaire, le nombre de personnes vues en consultation progresse : 611 en 2012, 702 en 2013, 753 en 2014 et 1 108 en 2015.

En 2015, pour 30 % des personnes, la consultation CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie. Sept consultants sur dix (70 %) ont entre 20 et 39 ans (figure 1), 38 % ont moins de 30 ans et 96 % sont des hommes. Le public est plus jeune et plus masculin que celui vu dans l'ensemble des CSAPA de la région.

La consultation fait suite dans un tiers des cas à une demande de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Dans 30 % des cas, les patients ou leurs proches sont à l'origine de la consultation. Dans 18 % des cas, il s'agit d'une demande du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et dans 16% des cas, d'une demande du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) (figure 2).

Plus forte proportion de détenus pris en charge pour un problème d'addiction à l'alcool dans la région

Plus des deux tiers des détenus sont pris en charge pour un problème lié à la consommation d'alcool (68,8 %), devant les opiacés (13,3 %) et le cannabis (8,6 %).

Le public breton se distingue du niveau national par une part plus importante de personnes prises en charge pour un problème avec l'alcool, à l'inverse des opiacés et du cannabis qui concernent proportionnellement moins de détenus (figure 3).

REPÈRES EN FRANCE, LES ADDICTIONS SURREPRÉSENTÉES EN MILIEU CARCÉRAL EN COMPARAISON DE LA POPULATION GÉNÉRALE

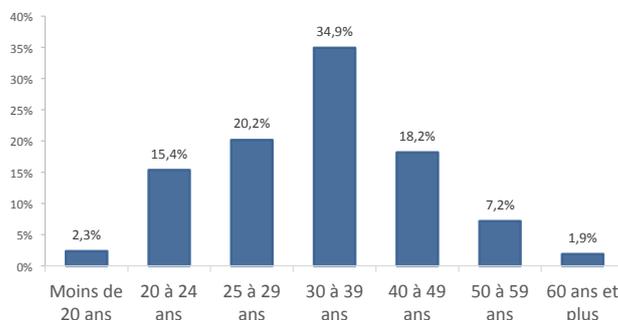
La population détenue se caractérise par une prévalence importante des conduites addictives : 38 % des détenus souffrent d'une addiction aux substances illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.), 30 % à l'alcool et 80 % fument du tabac quotidiennement.

Les tendances générales de consommation de produits psychoactifs mettent en évidence le développement des polyconsommations, la diversification des voies d'administration (augmentation de la fréquence du sniff) et le recours de plus en plus courant aux produits psychostimulants, à la cocaïne et au crack.

Concernant l'exposition au risque infectieux lié à l'usage de drogues, l'enquête Coquelicot 2011 de l'InVS indique que 6 usagers de drogues sur 10 ont connu la prison. Près d'1 sur 10 a eu recours à l'injection de drogue durant l'incarcération et 30 % ont partagé une seringue au moins une fois.

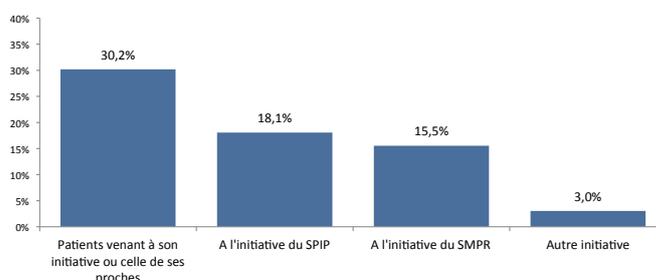
Sources :
 - Rapport public annuel 2014 de la Cour des comptes - Tome 1 - « La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables »
 - La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA - Note 2015-07, OFDT, 16 p. - Décembre 2015
 - Enquête Coquelicot, site de Santé Publique France
 - INSERM. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances - Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2012 - Chapitre I, Partie 5 : « Consommation et mésusages en prison »
 - Obradovic I., Bastianic T., Michel L., Jauffret-Roustide M. Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (Thème spécifique) dans OFDT (Dir.) Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT par le point focal national Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques, Saint-Denis, OFDT, 2011, pp. 181-223.

1 Répartition des personnes vues en CSAPA en établissement pénitentiaire selon l'âge en Bretagne en 2015



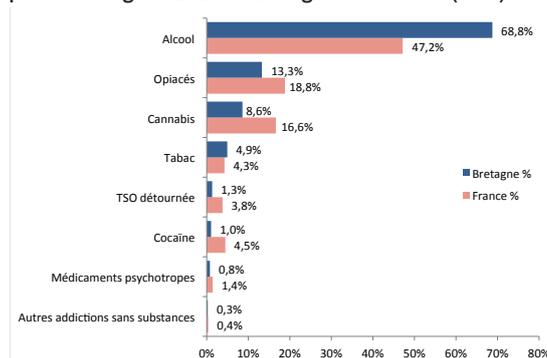
Sources : Rapports d'activités 2015 des CSAPA bretons, ARS Bretagne, Exploitation ORS Bretagne

2 Origine de la consultation en Bretagne en 2015



Sources : Rapports d'activité 2015 des CSAPA bretons - ARS Bretagne, Exploitation ORS Bretagne

3 Répartition des patients suivant le produit à l'origine de la prise en charge en 2014 en Bretagne et en France (en %) *



Source : OFDT - Données régionales et nationales 2014 des CSAPA, exploitation ORS Bretagne
 *Principaux produits. Les cyberaddictions, jeux d'argent et amphétamines ne concernent aucun détenu en Bretagne en 2014.

MÉTHODO

La réduction des risques (RDR) en milieu pénitentiaire est abordée dans le chapitre « La réduction des risques (RDR) » page 72.

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES EN BRETAGNE

Plus de 7 500 bénéficiaires d'un TSO en Bretagne en 2012

Selon le bilan inter-régime (Régime général, MSA et RSI) de l'Assurance Maladie, 7 516 personnes ont bénéficié d'un TSO délivré en ville en Bretagne en 2012.

La buprénorphine haut dosage (BHD) a été le MSO le plus remboursé : 58 % des bénéficiaires en ont reçu, soit 4 800 personnes, tandis que 40 % ont reçu de la méthadone, soit 3 300 personnes.

Mise sur le marché en janvier 2012, le Suboxone® (médicament associant la buprénorphine à la naloxone, un antagoniste opiacé) n'a été remboursé qu'à 1,5 % de l'ensemble des personnes recevant un MSO, soit 120 personnes. Ce médicament a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Rapporté à la population, la Bretagne compte, en 2012, 232 bénéficiaires d'un TSO pour 100 000 habitants, un taux proche du taux national (227).

REPÈRES

LES DONNÉES DES REMBOURSEMENTS DES TSO DE L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE EN 2015

Selon le Tableau de bord TSO 2017 de l'OFDT, le nombre de bénéficiaires d'une délivrance de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en ville, parmi la population protégée par les trois principaux régimes d'assurance maladie, est d'environ 150 000 personnes. Ce chiffre est stable depuis 5 ans.

En y ajoutant les personnes couvertes par les autres régimes, celles ayant des délivrances en CSAPA, dans les structures hospitalières et en prison, l'estimation globale du nombre de personnes est d'environ 180 000.

La BHD hors suboxone est le traitement le plus fréquent, prescrite à près des deux tiers des patients, devant la méthadone (un tiers).

Plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont des hommes.

La population bénéficiaire d'un MSO a vieilli entre 2011 et 2015 de près de 3 ans. Elle est souvent affiliée à la CMU-C (43 %) et bénéficie d'une prise en charge en ALD dans 30 % des cas. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) s'inscrivent dans la durée, 4 années après un premier remboursement 45 % des patients poursuivent leur traitement.

Les professionnels de santé prescripteurs de MSO sont majoritairement des généralistes exerçant en ville.

Concernant le mésusage des MSO, tant en CAARUD qu'en CSAPA, l'injection de BHD a nettement reculé au profit de l'administration par voie orale.

Bien que depuis 20 ans les TSO aient contribué à la réduction des décès par surdoses d'opiacés, la majorité de ces décès implique actuellement un MSO, principalement la méthadone. Ces décès sont contrebalancés par les décès évités en lien avec à l'héroïne grâce à l'utilisation des TSO.

Source : Tableau de bord TSO 2017 - OFDT

MÉTHODO

Un traitement de substitution aux opiacés (TSO) repose sur la prescription de médicaments à base de dérivés morphiniques en vue de compenser les effets du manque à l'arrêt de la consommation d'opiacés illicites chez les sujets dépendants des opiacés.

Le cadre de prescription s'est ainsi établi autour de deux médicaments de substitution aux opiacés (MSO) : la **méthadone** (MTD), mise sur le marché en 1995, et la **buprénorphine haut dosage** (BHD) (ou Subutex® pour son nom commercial) rendue disponible l'année suivante et pour laquelle des formes génériques existent depuis 2006.

Les **sulfates de morphine** sont en principe réservés au traitement de la douleur. Leur prescription à des fins de substitution est interdite depuis juin 1996, sauf « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose » (Direction générale de la Santé). La décision dans ce cas doit être soumise à l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale, et les ordonnances sécurisées doivent porter systématiquement la mention « *concertation avec le médecin conseil* ».

Plusieurs sources de données sont utilisées ici pour l'étude de la population recevant un TSO :

- 1) les données de remboursements des TSO des trois principaux régimes d'assurance maladie,
- 2) les données déclaratives issues des structures de soins spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogues : les rapports d'activité des Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Source : Tableau de bord TSO 2017 - OFDT

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

TSO EN CSAPA EN BRETAGNE

Près de 2 000 patients traités par méthadone pris en charge dans les CSAPA, dont quatre sur dix dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine...

D'après les données de leurs rapports d'activité 2015, les CSAPA ont pris en charge 1 758 patients sous méthadone, dont 41 % ont été pris en charge dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine, 28 % du Finistère, 25 % du Morbihan et 6 % des Côtes-d'Armor.

Les CSAPA¹ ont dispensé la méthadone à 53 % des patients pris en charge (figure 1).

...et près de 1 000 patients sous BHD, dont quatre sur dix vu dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine

En 2015, les CSAPA ont accueilli 960 patients sous BHD : 43 % dans un CSAPA de l'Ille-et-Vilaine, 34 % du Morbihan, 18 % du Finistère, et 5 % des Côtes-d'Armor.

Les CSAPA ont dispensé le BHD à 20 % des patients pris en charge. Cinq CSAPA ont prescrit des sulfates de morphine à au moins un patient. Le nombre de patients concernés par centre est compris entre 2 et 7 et représente au total 17 patients. Un centre a prescrit du Suboxone (association de BHD et de naloxone) et un autre l'Oxycontin/oxynorm.

Baisse de la part des patients vus en CSAPA et bénéficiant de méthadone ...

Globalement, en Bretagne, le nombre de patients traités par méthadone et vus en CSAPA a diminué entre 2012 et 2015, malgré une forte augmentation en 2013 (figure 2).

Rapporté au nombre total de patients pris en charge, ces patients représentent 10 % de la file active en 2015, soit une part inférieure à celle en 2012 (13 %).

Les effectifs varient selon les départements : alors qu'ils sont en baisse en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor, ils sont relativement stables dans le Finistère et le Morbihan.

... et de BHD

Globalement, en Bretagne, le nombre de patients traités par BHD et vus en CSAPA a diminué en 2015, après une stabilisation sur la période 2012 à 2014 (figure 3).

Rapporté au nombre total de patients pris en charge, ces patients représentent 5 % de la file active en 2015, soit une part inférieure à celle en 2012 (7 %).

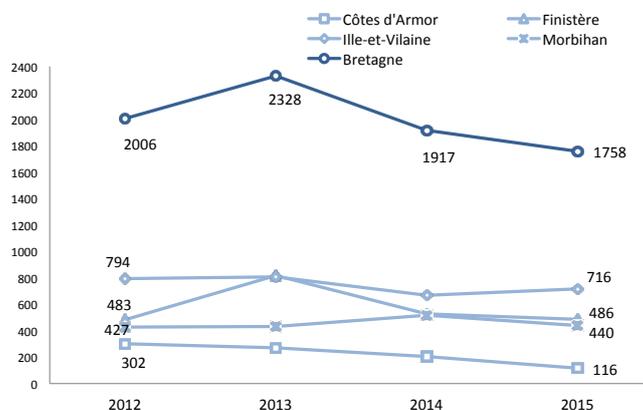
Les effectifs ont diminué dans tous les départements, particulièrement dans les Côtes-d'Armor.

1 Nombre de patients traités par TSO pris en charge dans les CSAPA en 2015 en Bretagne

	Méthadone	BHD
Nombre total de patients (quel que soit le prescripteur)	1 758	960
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été dispensé par le centre	931	188

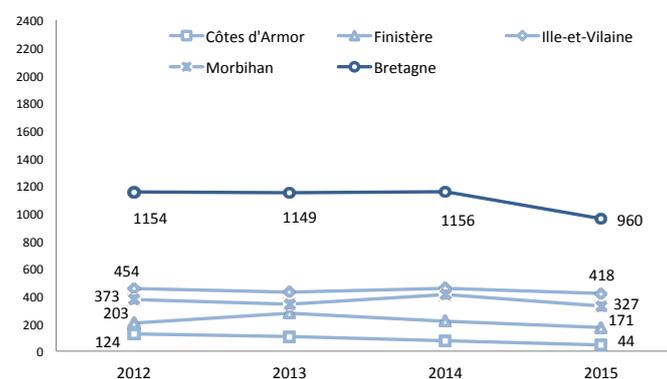
Source : Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2015 de l'ARS Bretagne

2 Evolution du nombre de patients traités par méthadone quel que soit le prescripteur entre 2012 et 2015, en Bretagne et dans ses départements



Source Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2012 à 2015 de l'ARS Bretagne

3 Evolution du nombre de patients traités par BHD quel que soit le prescripteur entre 2012 et 2015, en Bretagne et dans ses départements



Source Exploitation des rapports d'activité des CSAPA 2012 à 2015 de l'ARS Bretagne

¹ En Bretagne, 8 CSAPA sur 16 sont autorisés à dispenser de la méthadone.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

TSO EN CAARUD EN BRETAGNE ET EN FRANCE

Un quart des actes de soins réalisés en CAARUD concerne l'accès à la substitution aux opiacés

En Bretagne, en 2015, 609 actes de soins pour l'accès à la substitution aux opiacés ont été réalisés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) pour une file active de 835 personnes.

Un plus fort recours à la substitution aux opiacés en Bretagne par rapport au niveau national

Selon l'enquête ENa-CAARUD 2012², en Bretagne, près des trois quart des usagers ont eu recours à un traitement de substitution aux opiacés. Cette proportion est plus élevée qu'en France : 58 % (figure 1). Le recours au BHD et au sulfate de morphine est plus important.

1 Recours au traitement de substitution aux opiacés (avec prescription et suivi médical en cours) en 2012 en Bretagne et en France

TSO	Bretagne	France
Non	27,8 %	42 %
Oui	72,2 %	58 %
BHD (Subutex, Buprénorphine générique : Arrow®/Mylan®)	43,0 %	30,4 %
Méthadone (flacon ou gélule)	17,7 %	22,6 %
Sulfate de morphine	10,1 %	4,1 %
Autre médicament	1,0 %	0,8 %

Source : Enquête Ena-CAARUD 2012 / OFDT, Exploitation ORS Bretagne

TSO EN MILIEU CARCÉRAL EN BRETAGNE

Plus de 120 personnes vues en CSAPA en milieu pénitentiaire avec un traitement de substitution aux opiacés

Les TSO ont été introduits en milieu carcéral en 1995, comme pour l'ensemble de la population. Les modalités d'initiation et de renouvellement des TSO en prison sont strictement identiques à celles existant en milieu libre.

Selon les données de l'ARS Bretagne issues des 6 CSAPA en milieu pénitentiaire, parmi les 1 108 détenus vus en consultation, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est de 11 % en 2015, soit 120 personnes, dont 52 % sont traités avec la BHD. Cette part est en baisse par rapport à 2012 où elle était alors de 14 %.

Pour 6 % des détenus bénéficiaires d'un traitement de substitution, celui-ci a été initié durant l'incarcération.

Par ailleurs, les CSAPA ont pris en charge 19 détenus pour lesquels les traitements de substitution détournés sont « les produits consommés au cours des 30 derniers jours posant le plus de problème » (soit 3 % de la file active).

MÉSUSAGE DES MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (MSO) EN BRETAGNE ET EN FRANCE

BHD et méthadone : des mésusages persistants

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements et d'usages non conformes aux prescriptions.

De petits trafics de rue, animés par des personnes qui revendent une partie de leur BHD sont rapportés par le site TREND de Rennes. Sa large accessibilité et la possibilité de l'injecter, de le sniffer ou plus rarement de le fumer ont favorisé son mésusage.

Concernant la méthadone, la forme sirop est la plus disponible. Le site de Rennes signale des cas d'injection de ce type au sein de groupes de populations précaires. Cette pratique reste très marginale, et l'usage détourné de méthadone est rare chez les plus jeunes.

Le produit posant le plus de problème est un MSO pour 3 % des usagers pris en charge dans un CSAPA breton

Selon l'enquête nationale Oppidum de 2012, qui se déroule essentiellement en CSAPA, 10 % des personnes sous protocole de BHD l'ont injecté au cours de la dernière semaine et 10 % ont utilisé la voie nasale. Le produit posant le plus de problème est un médicament de substitution aux opiacés pour 3 % des usagers pris en charge en CSAPA.

En Bretagne, en 2015, les CSAPA ont accueilli environ 360 patients pour lesquels le traitement de substitution détourné était le produit posant le plus de problème (3 % de la file active).

EN SAVOIR +

■ **Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes - Tendances n°94 d'octobre 2014.**

■ **Expertise collective Inserm - Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances (2012) - « Consommation et mésusages chez les sujets sous médicaments de substitution aux opiacés ».** Téléchargeable sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=17>.

■ **L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France - Tendances récentes 2012-2013 - OFDT - Juillet 2014 :** <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxatu7.pdf>

REPÈRES

LE RECOURS AUX TSO EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE

D'après l'enquête Prévacar de l'InVS, le recours aux TSO en milieu carcéral est estimé à environ 9 % en 2010. Un tiers de ces traitements a été initié en prison. La Buprénorphine (Subutex®) est largement prescrite (68,5 % ; méthadone : 31,5 %). La prévalence des TSO est plus élevée chez les femmes (16,5 %) que chez les hommes détenus (7,7 %).

La prison apparaît en outre comme un lieu où le détournement de TSO et de médicaments psychotropes est très fréquent. Ces mésusages sont en partie dus aux modalités de distribution des médicaments, qui se fait toutes les semaines ou tous les trois jours, en fonction des établissements. La prise des médicaments n'est pas contrôlée pour une majorité de détenus.

Sources : Enquêtes Prévacar, site de Santé Publique France

² Cf. méthodologie de l'enquête page 68.

Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS)

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES EN BRETAGNE

MÉTHODO

À partir des données de remboursements de l'Assurance Maladie, il est possible d'estimer le montant remboursé de traitements nicotiniques de substitution (TNS) et le nombre de patients bénéficiaires.

L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 150 euros par année civile et par bénéficiaire, depuis le 1^{er} novembre 2016. Jusque-là, un tel forfait existait déjà mais n'était fixé qu'à 50 euros.

REPÈRES

EN FRANCE, EN 2016, POURSUITE DE LA HAUSSE DES VENTES DES TRAITEMENTS POUR L'ARRÊT DU TABAC

La hausse des ventes en pharmacie de traitements pour l'arrêt du tabac constatée en 2015 se poursuit nettement en 2016 (+ 16,5 % entre ces deux années). Il s'agit pour la deuxième année consécutive de la plus forte hausse enregistrée depuis 2007 (+ 36 %), année de mise sur le marché du Champix® (varénicline). Cette évolution est à mettre en rapport avec la commercialisation fin juillet 2016 de cinq nouvelles références (gommes Nicotine EG®) mais aussi avec l'opération « Moi(s) sans tabac » en novembre.

Le nombre estimé de patients ayant pris un traitement d'aide à l'arrêt du tabac est en hausse en 2016. Il repasse au-dessus de la barre symbolique des deux millions, constituant le 2^e niveau le plus élevé depuis cinq ans.

Source : Tabagisme et arrêt du tabac en 2016 - Aurélie Lermenier-Jeannet, OFDT - Février 2017

En Bretagne, trois fois plus de bénéficiaires de traitements pour l'arrêt du tabac à l'issue de la première édition de novembre 2016 du « Moi(s) sans tabac »

Le nombre de bénéficiaires utilisant les traitements nicotiniques de substitution (TNS) a connu une très forte augmentation entre décembre 2015 et décembre 2016 (opération « Moi(s) sans tabac ») passant de 1 073 « patients traités » en décembre 2015 à 3 365 en décembre 2016 (figure 1). Il s'agit de la plus forte hausse enregistrée depuis janvier 2015.

L'évolution est moins importante en Ille-et-Vilaine que dans les autres départements.

De fait, le montant remboursé de traitements nicotiniques de substitution (TNS) a fortement augmenté. Ce phénomène se retrouve dans les quatre départements malgré une évolution moins importante en Ille-et-Vilaine.

L'augmentation de la prise en charge forfaitaire de ces TNS par l'assurance maladie a eu une influence non négligeable sur le montant remboursé de TNS.

REPÈRES

« UN MOI(S) SANS TABAC » : PRÈS DE 12 000 BRETONS Y ONT PARTICIPÉ EN 2016

En novembre, on arrête ensemble.

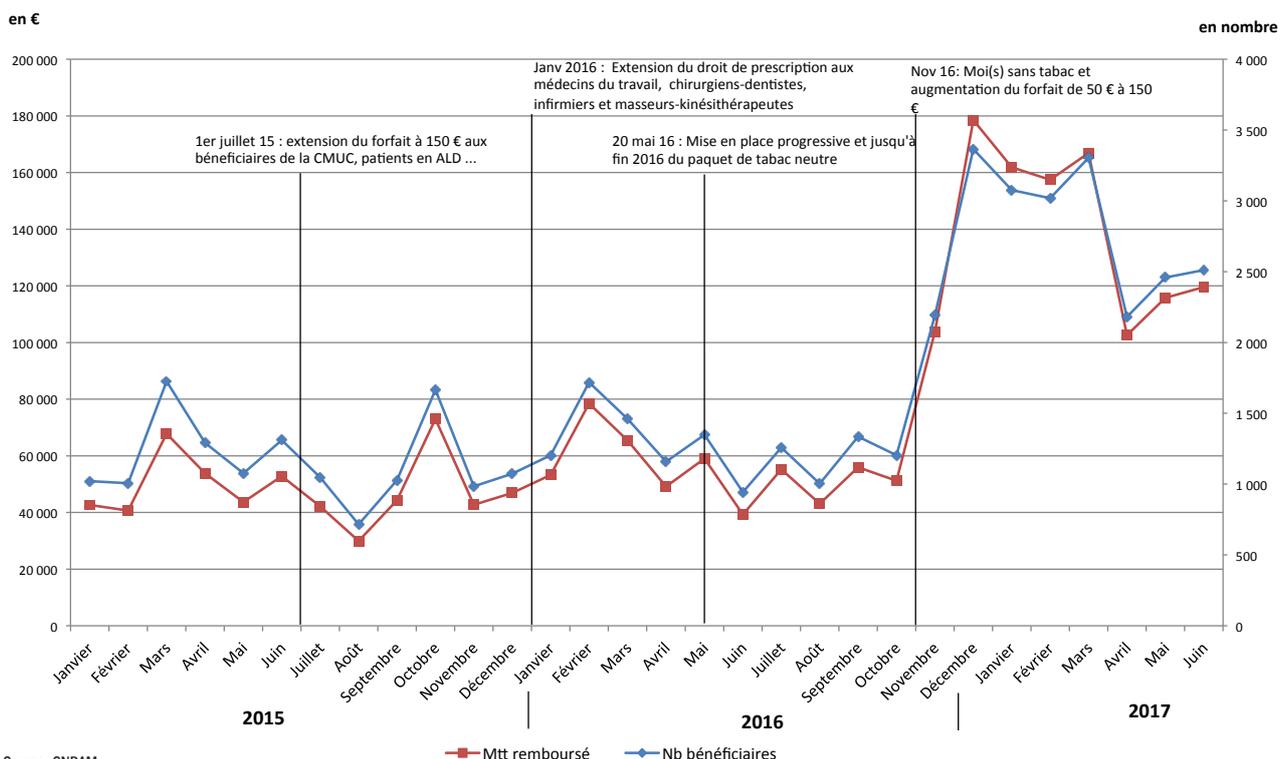
Santé publique France, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'Assurance, l'INCA et nombreux autres partenaires ont mis en place, pour la première fois en 2016, ce dispositif en France. Piloté en Bretagne par l'Agence régionale de santé (ARS), il débute en octobre et incite les fumeurs à arrêter ensemble pendant 30 jours en novembre.

En Bretagne, en 2016, 11 917 fumeurs ont relevé le défi du Moi(s) sans tabac soit une participation de la population globale (0,37 %) plus importante qu'en France (0,27 %).

En France, 180 000 personnes ont participé à l'opération.

Selon Santé publique France, la mesure de l'efficacité de l'opération 2016 se fait via le Baromètre santé 2017 dont les résultats seront disponibles en mai 2018.

1 Montant remboursé de TNS et nombre de bénéficiaires en Bretagne (tous régimes, données mensuelles)



« Facteurs pronostics du sevrage tabagique avec la cigarette électronique : étude de cohorte en soins primaires et addictologiques » - Thèse du Docteur Arnaud Balzac - Juin 2016.

En 2016, la prise en charge du sevrage tabagique repose principalement sur la stratégie de substitution nicotinique et l'accompagnement psychologique.

Depuis 2012, la cigarette électronique, dispositif permettant une délivrance de nicotine sous forme de vapeur, s'est largement diffusée dans la population. La cigarette électronique est devenue une aide potentielle au sevrage et à la diminution de la consommation tabagique, avec des réserves sur une éventuelle toxicité. Les facteurs associés à la réussite du sevrage du tabac ont été bien étudiés, mais pas encore ceux associés à l'arrêt du tabac grâce à la cigarette électronique.

Dans ce contexte l'objectif de l'étude était de chercher de telles caractéristiques associées à la réussite du sevrage tabagique chez les vapoteurs.

Une étude descriptive de cohorte menée de juin 2015 à avril 2016 a été réalisée dans 3 départements bretons. La population étudiée était composée de 310 volontaires, utilisant la cigarette électronique au moment de remplir le questionnaire et ayant acheté la cigarette électronique dans un objectif de sevrage et/ou de diminution du tabac. La cohorte était constituée à partir d'un questionnaire disponible chez des médecins généralistes, en CSAPA et en tabacologie, avec un suivi à 3 et 6 mois. Le critère de jugement utilisé était l'abstinence tabagique déclarée pendant 4 semaines consécutives.

Des éléments pronostiques défavorables en termes de sevrage ont été mis en évidence chez les sujets issus de lieux de soins addictologiques : comorbidités addictives, consommation de médicaments psychotropes.

Les facteurs associés au sevrage étaient un recrutement en médecine générale, un vapotage quotidien, l'achat de la cigarette électronique pour un arrêt du tabac, un âge > 40 ans, un/des enfant(s) à charge, un entourage non-fumeur, une absence de consommation de cannabis. L'arrêt du tabac grâce à la cigarette électronique s'effectuait après une délivrance quotidienne et importante de nicotine, parfois après plusieurs mois d'utilisation (jusqu'à 2 ans). L'usage de substituts nicotiques en parallèle était présent chez la totalité des sujets de tabacologie ayant réussi un sevrage. La confiance en soi et la motivation à l'arrêt étaient également des critères favorables.

Au regard des résultats de cette étude, plusieurs facteurs semblent associés à la réussite du sevrage tabagique grâce à la cigarette électronique, dont certains déjà identifiés pour l'arrêt du tabac avant l'émergence de la cigarette électronique. Des paramètres propres à la cigarette électronique sont remarquables : une utilisation intensive, à un dosage suffisant, et de façon prolongée. Un recours à des substituts nicotiques supplémentaires est un aspect à étudier chez les fumeurs très dépendants, ainsi qu'une utilisation de la cigarette électronique en réduction des risques dans des lieux de soins addictologiques. La connaissance de ces données pourrait permettre une meilleure prise en charge.

REPÈRES

AVIS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE RELATIF AUX BÉNÉFICES-RISQUES DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ÉTENDUS EN POPULATION GÉNÉRALE

Selon Santé publique France*, le HCSP souligne que la cigarette électronique :

- peut être considérée comme un outil d'aide au sevrage tabagique pour les populations fumeuses désireuses d'arrêter leur consommation de tabac,
- constitue un outil de réduction des risques du tabagisme. Toutefois pour les usagers concomitants de tabac et de cigarette électronique, le débat reste ouvert,
- pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme,
- que ce risque serait contrebalancé par le fait que la cigarette électronique pourrait retarder l'entrée dans le tabagisme,
- induit un risque de renormalisation de la consommation de tabac compte tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Avis en date du 22/02/2016 disponible sur <http://www.hcsp.fr/> Rubrique Avis et rapports

* site de Santé publique France (<http://invs.santepubliquefrance.fr/>), dossier thématique « Tabac » / « Cigarette électronique » / rubrique « Questions/Réponses sur la cigarette électronique »

Dispositifs de vapotage

MÉTHODO

Les caractéristiques et évolution récente de l'usage de la cigarette électronique peuvent être abordées par les Baromètres Cancer 2014 et 2015 de l'Inpes pour les données nationales, ainsi que par les données du Baromètre santé 2014 pour les données régionales.

71 % des utilisateurs de cigarette électronique sont des fumeurs de tabac

En 2014 comme en 2015, l'expérimentation de l'e-cigarette est beaucoup plus fréquente parmi les fumeurs de tabac (52,3 %) que parmi les non-fumeurs (8 %).

Les vapoteurs actuels sont par ailleurs 71 % à fumer également du tabac, cette proportion se révélant en baisse significative par rapport à 2014 (83 %), la proportion d'ex-fumeurs au sein des vapoteurs ayant augmenté, passant de 15 % à 26 %. La part de personnes n'ayant jamais fumé est stable parmi les vapoteurs (3 %) (figure 1).

La Bretagne, la région où l'on vapote le plus

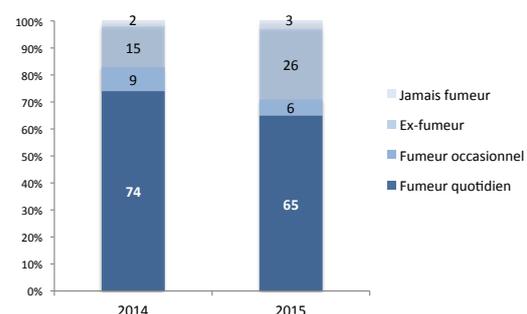
D'après les résultats du Baromètre santé 2014, concernant l'usage actuel de cigarette électronique, la Bretagne, avec 8 % d'utilisateurs, se situe au premier rang des régions. Cependant, cette prévalence ne se distingue pas significativement de la moyenne métropolitaine (5,9 %) (figure 2).

Les jeunes vapotent-ils ?

L'enquête ESPAD, qui a mesuré pour la première fois en 2015 le niveau d'usage de la cigarette électronique, révèle qu'en Bretagne comme en France, 4 lycéens sur 10 déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique et qu'un élève sur dix en a utilisé une au cours du mois.

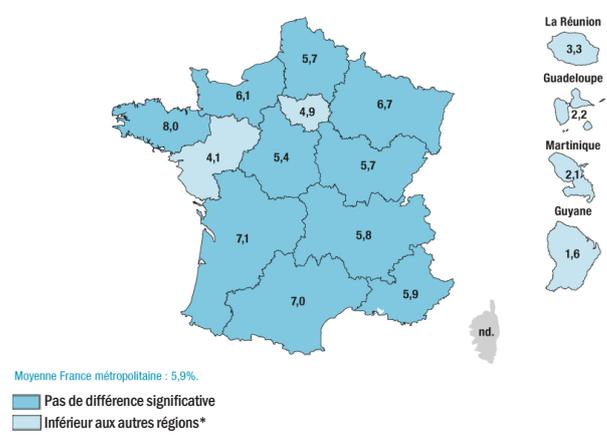
En Bretagne, aucune différence selon le sexe ou le niveau n'est observé concernant l'expérimentation. Cependant, cet usage est plus fréquent chez les lycéens bretons en filière professionnelle qu'en filière générale et technologique (44 % contre 37 %). De plus, l'utilisation d'une cigarette électronique au cours du mois est un peu plus fréquente chez les garçons (14 % contre 10 % pour les filles), sans différence selon la filière ou le niveau.

1 Statut tabagique des vapoteurs actuels en France en 2014 et 2015



Source : Baromètre Cancer 2015 et Baromètre santé 2014
Notons que, même si la méthodologie du Baromètre cancer 2015 est très proche de celle du Baromètre santé 2014, il existe des différences, lesquelles invitent à une certaine prudence dans les comparaisons des résultats de ces deux exercices.

2 Prévalence de l'usage actuel de cigarette électronique par région parmi les 15-75 ans (en %) en France en 2014



*Différence significative au seuil de 5 % pour la comparaison des taux standardisés sur la structure croisée par âge et par sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Source : Baromètre santé 2014 et Baromètre santé DOM 2014, Inpes
NB : l'échantillon breton incluant 915 individus, l'Inpes ne peut pas fournir d'estimations statistiques par sexe ou classe d'âge (effectifs trop faibles). L'usage de cigarette électronique (ou e-cigarette) au moment de l'enquête (quotidien ou occasionnel) correspond au fait d'avoir répondu positivement à la question « Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ? ».

EN SAVOIR +

- Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique à 17 ans en France, 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):289-96.
- Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage – BEH n° 30-31 - 6 octobre 2016.
- Lermenier A., Palle C. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique. Saint-Denis : OFDT, 2014 : 15 p.
- L'usage de la cigarette électronique en France en 2014 – Inpes - Évolutions n°33 - Juin 2015.
- Enquête ESPAD 2015 en Bretagne - Étude sur la santé et les consommations des lycéens en Bretagne – Novembre 2016.

Sources de données et définitions

ENQUÊTES PORTANT SUR LES COMPORTEMENTS D'USAGES

ESCAPAD

Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du service national, les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Le questionnaire de cette Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Huitième exercice de l'enquête menée au niveau national, le terrain d'ESCAPAD a eu lieu du 17 au 21 mars 2014. L'enquête s'est déroulée dans tous les centres actifs sur la période en France (y compris ceux des DOM), permettant ainsi à 26 351 adolescents de nationalité française de répondre à un questionnaire auto-administré anonyme.

ESPAD

L'enquête ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs), menée dans 36 pays en Europe, a été initiée en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Elle permet de comparer les usages de substances psychoactives des adolescents de 15-16 ans scolarisés des différentes régions.

ENQUÊTE SANTÉ DES APPRENTIS EN BRETAGNE

Dans le cadre de ses orientations et priorités autour de l'axe jeunesse, le Conseil régional de Bretagne, après avoir contribué à la mise en place d'études réalisées notamment auprès des collégiens, des lycéens et des jeunes des missions locales, a souhaité approfondir la connaissance de la santé des apprentis bretons en impliquant l'ensemble des Centres de Formation pour Apprentis (CFA) de la région. Cette population qui bénéficie d'un statut de salarié et qui a pour spécificité d'alterner vie en formation au sein des CFA et vie professionnelle en entreprise a donc fait l'objet d'une grande enquête à l'image et dans la continuité des travaux réalisés auprès des autres jeunes bretons. Le travail s'est articulé autour des 4 grands thèmes principaux qui concernent les conditions de vie, la santé physique et psychique, les consommations de produits psycho-actifs et enfin, les conditions d'apprentissage et la prévention des risques professionnels.

BAROMÈTRE SANTÉ

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène depuis le début des années 1990, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français âgés de 15 à 75 ans.

Le Baromètre santé, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire (n= 30 000), permet de décrire la consommation de substances psychoactives au sein de la population âgée de 15 à 75 ans, d'évaluer les liens avec d'autres facteurs et de mener des analyses régionales de ces consommations.

TREND

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place par l'OFDT en 1999, a pour objectif principal d'identifier et de décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage. Il s'appuie notamment sur un réseau de sept coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) et sur le dispositif d'observation SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances), centré sur l'étude de la composition toxicologique des produits.

LES DONNÉES DÉCRIVANT LES PERSONNES REÇUES DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE

RAPPORTS D'ACTIVITE DES CSAPA et CAARUD

L'exploitation des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) a permis de caractériser les personnes venues chercher de l'aide auprès de ces centres.

ENa-CAARUD

Mise en place depuis 2006 par l'OFDT, cette enquête exhaustive se déroule parmi l'ensemble des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de France. Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, de suivre leurs consommations et d'objectiver l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes. Elle permet, de plus, d'adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population. Elle est répétée à un rythme biennal. Elle a lieu au cours d'une semaine donnée, dans l'ensemble des CAARUD (en métropole et départements d'outre-mer compris). Elle questionne chaque personne en contact avec les équipes des CAARUD au moment de l'enquête.

LES INDICATEURS MOBILISÉS POUR DOCUMENTER LES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES

BASE DE DONNÉES ODICER : Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions

S'adressant en priorité aux professionnels des secteurs sanitaire, social et de l'application de la loi, mais accessible, comme le reste du site de l'OFDT, à tout public intéressé par les questions relatives aux drogues, ODICER fournit deux types de données aux plans régional et départemental, en France métropolitaine et dans les DOM :

- une série d'indicateurs dans le domaine des addictions et des dépendances - statistiques de ventes, de prises en charge sanitaire et sociale, d'interpellations d'usagers, de décès, soit toutes les données de l'ex-base ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) ;
- les résultats de l'enquête ESCAPAD sur les consommations des jeunes Français de 17 ans ;
- les résultats du volet drogues de l'enquête Baromètre santé sur les consommations des Français de 15 à 75 ans.

BASE DE MORTALITÉ : Inserm CépiDC

Les données de mortalité sont issues de la statistique nationale élaborée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDC-Inserm). Les causes de décès sont codées suivant la Classification Internationale des Maladies – 10^e révision (CIM-10). La cause médicale du décès retenue est la cause principale (ou initiale). Le décalage temporel entre les actions de prévention et « l'impact » sur la mortalité est important.

Les taux standardisés de mortalité éliminent les effets de la structure par âge qui influent les taux bruts. La méthode de standardisation utilisée est celle de la standardisation directe : le taux standardisé est le taux que l'on observerait sur une zone géographique, si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population France entière au recensement de 2006). Il permet de comparer entre eux les taux obtenus pour différentes zones géographiques, pour les deux sexes, pour différentes pathologies et sur différentes périodes.

PMSI

Les données de morbidité hospitalière sont issues de l'exploitation de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2013, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Cette base regroupe les séjours des établissements publics, privés et établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Tout séjour hospitalier fait l'objet d'un enregistrement standardisé.

LES INDICATEURS SUR LES USAGES

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

Usage actuel ou dans l'année : au moins un usage au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Usage dans le mois : au moins un usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Usage hebdomadaire : au moins un usage au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête.

Usage quotidien : au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours (définition du tabagisme régulier).

Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête (ESCAPAD et ESPAD).

Dans le Baromètre Santé 2014, cet indicateur diffère : usage régulier d'alcool = au moins 3 fois dans la semaine.

Usage intensif de tabac : au moins 10 cigarettes par jour

Pour les ivresses, ces indicateurs sont légèrement différents :

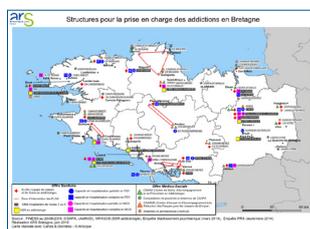
- ivresse dans l'année : au moins 1 ivresse dans l'année ;
- ivresse répétée : au moins 3 ivresses dans l'année ;
- ivresse régulière : au moins 10 ivresses dans l'année.

Pour les alcoolisations ponctuelles importantes (API, i.e. déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion) :

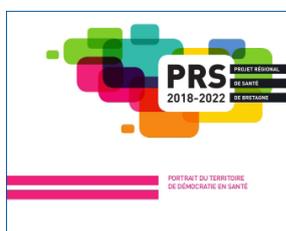
- API dans le mois : au moins 1 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête ;
- API répétée : au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête ;
- API régulière : au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Pour en savoir plus

- «Atlas en continu : cartographies de la région Bretagne» - carte des structures de prise en charge des addictions en Bretagne. ARS Bretagne.
À télécharger sur le site de l'ARS Bretagne : Rubriques «Etudes et publications / 8.Prise en charge de populations spécifiques / Autres»



- Portraits des territoires de démocratie sanitaire. ORS Bretagne, ARS Bretagne.
À télécharger sur le site de l'ARS Bretagne



- L'état de santé de la population en Bretagne. 2016. ORS Bretagne, ARS Bretagne.
À télécharger sur les sites de l'ORS Bretagne et de l'ARS Bretagne.



- Bilan de l'offre de santé en Bretagne - 2017. ARS Bretagne.
À télécharger sur le site de l'ARS Bretagne.



Addictions en Bretagne

État des lieux
des usages

Conséquences sanitaires, sociales
et légales des consommations

Réduction des risques,
prise en charge et accompagnement

TABLEAU DE BORD
2017

