

Les addictions

dans

les régions de France

Offre et production
Consommation
Conséquences sur la santé
Prévention et prise en charge
Conséquences judiciaires



Sommaire

Introduction	5
Offre et production	9
Consommation	17
Les conséquences sur la santé	45
Prévention et prise en charge	63
Conséquences judiciaires	77
Synthèse	89
Annexes	93

Ce rapport a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fnors et la direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :

ORS Alsace : Frédéric Imbert

ORS Bourgogne : Dr Isabelle Millot

ORS Centre : Céline Leclerc

ORS Martinique : Sylvie Merle

ORS Poitou-Charentes : Stéphane Robin

ORS Rhône-Alpes : Dr Denis Fontaine

Fnors : Elise Bernardin.

Il a été mis en page par Christine Fiet et Benoit Navillon pour la cartographie (ORS Bourgogne).

Les indicateurs et les données présentés dans ce document reposent pour une grande partie sur la base de données SCORE-santé : www.fnors.org. et sur la base des données ILIAD de l'OFDT : www.ofdt.fr

Remerciements à Christian Ben Lakhdar, Mathieu Chalumeau, Stéphane Legleye, Hélène Martineau (OFDT), Chloé Amant (Cirdd Rhône-Alpes), Martine Daoust (Faculté de pharmacie Amiens), Pr Michel Reynaud (Hôpital Paul Brousse Villejuif), Dr Alain Rigaud (Anpaa), Thierry Patron (Onisr) et Sidonie Thomas (Ocrtis), pour leurs contributions.

Introduction

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et le Ministère chargé de la Santé une exploitation régionale des données concernant les addictions a été effectuée.

Cette thématique a été retenue en raison de la fréquence dans la population française des comportements addictifs, qu'il s'agisse de consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites, et en raison des conséquences sanitaires et sociales qu'ils entraînent. Les indicateurs présentés dans ce rapport visent à apporter une connaissance la plus large possible des problèmes d'addictions en abordant la question sous de nombreux angles : offre, consommation, prévention et prise en charge, conséquences sanitaires et judiciaires.

La démarche retenue dans le cadre de ce document vise à faire un état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée et à analyser les évolutions en faisant apparaître les particularités régionales.

Sa réalisation a fait appel aux données disponibles dans la base SCORE santé au moment de la rédaction du document mais également à de nombreuses autres données qui ont été intégrées depuis dans la base. Elles sont issues de sources de données très diverses :

- ♦ statistiques de mortalité établies par l'Inserm CépiDc ;
- ♦ données de l'enquête Escapad sur les consommations de tabac, alcool et drogues illicites, mise en œuvre par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) ;
- ♦ résultats de l'enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, patients hospitalisés et consultants de praticiens libéraux réalisée par la Fnors, les ORS, les Drass et la Drees ;
- ♦ données issues de l'analyse réalisée par l'OFDT des rapports d'activité des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ;
- ♦ données du dispositif Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution (Siamois) de l'InVS ;
- ♦ statistiques sur les infractions à la législation sur les stupéfiants de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS).

Des données complémentaires ont également été mobilisées, dont celles de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (accident de la route avec alcool), de la Direction générale de la police nationale (ivresses sur la voie publique), du Centre de documentation et d'information sur le tabac (ventes de cigarettes), de la Direction générale des douanes et droits indirects (débits de tabac et de boissons licence IV), de la Drees (enquête de novembre sur les consommateurs de drogues illicites pris en charge dans les centres spécialisés) ou encore du Service Écoute dopage.

Ce travail à visée descriptive met en relief la grande diversité des situations et des évolutions entre régions françaises. Il présente chaque fois que possible non seulement la situation des régions métropolitaines mais également des départements d'outre-mer (DOM). Il ne permet pas d'explorer les corrélations entre les données des différentes sources, ni de proposer des explications aux phénomènes observés. Cela relève d'analyses plus complexes prenant en compte de multiples paramètres et faisant appel à des techniques qui ne pouvaient pas être mises en œuvre dans le cadre du présent document.

L'approche menée montre les possibilités qu'offre une base de données régulièrement enrichie, actualisée et validée pour établir "rapidement" un état des lieux en matière d'épidémiologie descriptive.

OFFRE ET PRODUCTION

Offre et Production

Le tabac et l'alcool sont des produits licites ; leur production et leur vente sont réglementées. Les ventes de ces deux produits tendent à diminuer, surtout depuis ces cinq dernières années, sous l'effet de politiques volontaristes de lutte contre les consommations excessives.

La disponibilité des produits illicites augmentent progressivement et leurs prix diminuent parallèlement, entraînant ainsi une plus large diffusion des produits dans tous les milieux sociaux.

La France est le 5^e producteur européen de **tabac** brut et exporte dans une vingtaine de pays dans le monde. Ce sont 9 coopératives qui produisent, sur 8 200 hectares, 23 000 tonnes de tabac dont 98 % de variétés blondes et 2 % de tabac brun. Cette activité concerne 3 900 planteurs et 30 000 travailleurs saisonniers.

Sur le marché français, en 2005, une soixantaine de marques se partage les ventes de cigarettes (54,8 milliards de cigarettes), 90 marques les ventes de cigares et cigarillos (1,8 milliard de cigares), une trentaine de marques les tabacs à rouler (7 000 tonnes) et 25 les tabacs à pipe (800 tonnes). Les cigarettes représentent 84 % des ventes en volume, suivies dans une bien moindre mesure (12 %) des scaferlatis (tabac traditionnel, à pipe et à rouler).

La vente du tabac au détail reste un monopole d'État par l'intermédiaire des débitants de tabac et est très réglementée. La loi du 10 janvier 1991, communément appelée "loi Evin" prévoit la fixation des teneurs maximales en goudron des cigarettes par arrêté du ministre chargé de la santé. Elle oblige à faire figurer sur les paquets la teneur en nicotine et en goudron ainsi que des messages d'avertissement tels que "fumer provoque le cancer". En outre, cette loi interdit toute propagande ou publicité, directe ou indirecte en faveur du tabac ou produits associés, et interdit toute distribution gratuite. Afin de restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, la loi du 31 juillet 2003 complète la précédente par l'interdiction de la

vente aux mineurs de moins de 16 ans, l'interdiction de la vente des paquets de moins de 20 cigarettes et l'interdiction de la revente de tabac dans les manifestations culturelles et sportives.

Les lois successives et surtout la hausse des taxes sur le prix du tabac ces dernières années (3,20 euros le paquet en 2000, 5 euros en 2004) ont entraîné une baisse importante des ventes licites de cigarettes. Cette diminution des ventes n'est pas sans conséquence pour les 30 584 buralistes recensés au 1^{er} janvier 2006 (réseau régulé par l'administration des douanes). Depuis 2001, plus de 2 000 débits ont fermé, dont 40 % sont situés dans les départements frontaliers.

Toutefois, les baisses régulières des ventes ne se répercutent pas sur les chiffres d'affaires du tabac. Entre 1991 et 2005, le chiffre d'affaires total a progressé de 113 % (6,9 à 14,7 milliards d'euros), notamment du fait de la hausse des taxes sur le prix du tabac.

En matière d'**alcool**, la France est, devant l'Italie, le premier producteur mondial de vin (49,2 millions d'hectolitres en 2005), le 3^e producteur européen de spiritueux (6,1 millions d'hectolitres) et le 6^e producteur d'Europe de bière (16,4 millions d'hectolitres). Sur le plan de l'emploi, la production des vins, bières et spiritueux représente environ 270 000 emplois directs et 600 000 au total si on prend en compte la commercialisation de ces produits.

Sur le plan économique, le marché total des boissons alcoolisées représente, en France, un chiffre d'affaires de 14,2 milliards d'euros : 9,6 milliards réalisés en France et 4,6 à l'exportation. Les vins et les champagnes représentent plus de 6,0 milliards, les eaux de vie et spiritueux près de 4,0 milliards et les bières 3,8 milliards d'euros.

Les volumes de boissons alcoolisées, mis en vente et taxés, confirment toujours la place prépondérante du vin sur les tables en France. Sur les 6,4 millions d'hectolitres d'alcool pur mis en vente en 2005, 51 % de ces volumes étaient du vin, 21 % des spiritueux, 18 % des bières. La vente de ces boissons se répartit en trois marchés : la grande distribution qui représente 60 % du marché total de l'alcool, les hôtels, cafés, restaurants et discothèques qui représentent 30 % des ventes enfin, les collectivités, les transports et les traiteurs pour 10 % des ventes.

Arrivés en 1996 sur le marché français, de nouveaux produits ont été créés en direction des jeunes : les premix et alcopops, produits très sucrés dont la teneur en alcool s'élève à 5-6 % du volume. Les premix sont des mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts (whisky, vodka...) tandis que les alcopops sont composés de boissons alcoolisées (par exemple bière et vodka) ou d'un alcool avec un arôme (par exemple vodka au citron). Ces produits ont connu un rapide engouement, cependant, l'adoption en 2004 de nouvelles règles de taxation devrait faire chuter les ventes de ces

produits (-17 % entre 2004 et 2005 dans la grande distribution).

La réglementation du commerce des boissons est très ancienne et précise. Elle repose sur une classification des boissons (5 catégories) dont le commerce est autorisé et sur une police des débits de boissons prévue au sein du code de la santé publique depuis 2000. Les principales mesures de ce code portent sur l'encadrement des débits de boissons alcooliques, l'accessibilité des boissons alcooliques, la protection des mineurs et la réglementation de la publicité. La "loi Evin" renforce le dispositif juridique préexistant :

- la limitation de la publicité, l'obligation d'accompagner les affichages publicitaires d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool et l'interdiction totale de publicité à la télévision et au cinéma,
- l'amélioration de l'information du consommateur en précisant à chaque spot ou affiche publicitaire que "l'abus d'alcool est dangereux pour la santé",
- l'encadrement de l'offre de produits : des dispositions renforcent les interdictions de vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans et de vente d'alcool dans les lieux où se pratiquent les sports ainsi que dans les points de vente de carburants entre 22h et 6h. De plus, l'offre d'alcool dans les distributeurs automatiques est totalement interdite.

Depuis quelques années, les prix de rue des **produits stupéfiants** ont très nettement diminué, facilitant ainsi leur accessibilité, notamment la

Comparaisons européennes

Au sein de l'Union européenne (UE), les pays membres se sont attachés à lutter contre le tabagisme et à harmoniser leurs législations, à travers des directives parues successivement depuis le début des années 90. Ces textes ont porté sur la limitation des taux maximum de goudron, sur les messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité par voie de presse écrite, audiovisuelle ou par internet, ainsi que par le biais de manifestations, notamment sportives, ayant des effets transfrontaliers.

Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac.

Les ventes de boissons alcooliques sont soumises à des restrictions dans la plupart des pays de l'UE, dans quelques cas par le biais du monopole de vente au détail, mais le plus souvent par un système de licence, et les lieux où l'alcool peut être vendu sont le plus souvent limités. Plus d'un tiers des pays limite également les heures de vente et les restrictions sur les jours de vente où la densité des lieux de vente à emporter existent dans un petit nombre de pays. Tous les pays interdisent la vente d'alcool à consommer sur place aux jeunes en dessous d'un certain âge, mais 4 pays n'ont aucune réglementation sur la vente aux jeunes dans les boutiques de vente à emporter. L'âge limite de vente varie aussi à travers l'Europe : plutôt autour de 18 ans dans l'Europe du nord et de 16 ans au sud.

Comparativement aux autres pays européens, le marché français des stupéfiants présente des prix, quels que soient les produits, nettement inférieurs à la moyenne européenne, notamment pour la résine de cannabis où la France enregistre les prix les plus faibles, juste après l'Espagne.

cocaïne, au cours de ces dix dernières années : 60 euros le gramme en 2006 contre 150 euros à la fin des années 90 selon l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS). Toutefois, le prix de ce produit semble stable depuis 2001. Les prix des autres produits stupéfiants sur le marché français sont de 30 euros pour la galette de crack (3 à 4 cailloux), de 4 à 6 euros pour le gramme de résine de cannabis (prix stable depuis 3-4 ans), de 30 à 80 euros pour le gramme d'héroïne blanche (prix stable depuis 5-6 ans), de 35 à 50 euros pour le gramme d'héroïne brune, de 2 à 15

euros le comprimé d'ecstasy, de 4 à 15 euros la gélule et 10 à 80 euros le gramme de poudre. Ces prix sont nettement moindres dès lors que les ventes se font en grande quantité (par kg ou 1 000 comprimés).

Quant aux produits dopants, les ventes se font depuis internet, par le biais du marché clandestin ou encore à l'étranger mais le plus généralement par le circuit pharmaceutique légal où les médicaments (souvent prescrits sur ordonnance médicale) sont détournés de leur usage.

Références bibliographiques

1. Anderson P., Baumberg B., "L'alcool en Europe : une approche en santé publique", rapport à la commission européenne, juin 2006
2. Fnors, "Les maladies cardio-vasculaires dans les régions de France", Collection : Les études du réseau des ORS, mars 2006
3. Got C., Weill J., "L'alcool à chiffres ouverts", Edition Seli Arslan, novembre 1997
4. Inpes, Mildt, "Drogues & dépendance", Editions Inpes, avril 2006
5. OFDT, Rapport Trend 2005.

Pour en savoir plus :

www.ofdt.fr
www.drogue.gouv.fr
www.etatsgenerauxalcool.fr

Le prix du tabac est moins élevé dans les DOM que dans les régions de France métropolitaine. En effet le taux et l'assiette du droit de consommation sont fixés par délibération des Conseils généraux de ces départements conformément aux dispositions de l'article 56 de la loi n°2000-1207 du 13/12/2000 d'orientation pour l'outre-mer. C'est aux Antilles-Guyane que le taux du droit de consommation est le plus bas (18 % en Guadeloupe, 25 % en Martinique et 30 % en Guyane), alors qu'il atteint 64 % à la Réunion. De plus le calcul de la TVA entraîne également des différences. Alors qu'en France métropolitaine c'est le taux normal de 19,6 % qui est appliqué, dans les DOM l'octroi de mer et le droit additionnel n'entrent pas dans l'assiette de la TVA pour le tabac et seul le taux normal de 8,5 % est appliqué. Cette disposition est valable pour la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion mais en Guyane la TVA n'est pas appliquée.

Vente de cigarettes

En 2006, 3,2 cigarettes ont été vendues en moyenne quotidiennement par habitant âgé de plus de 16 ans en France métropolitaine

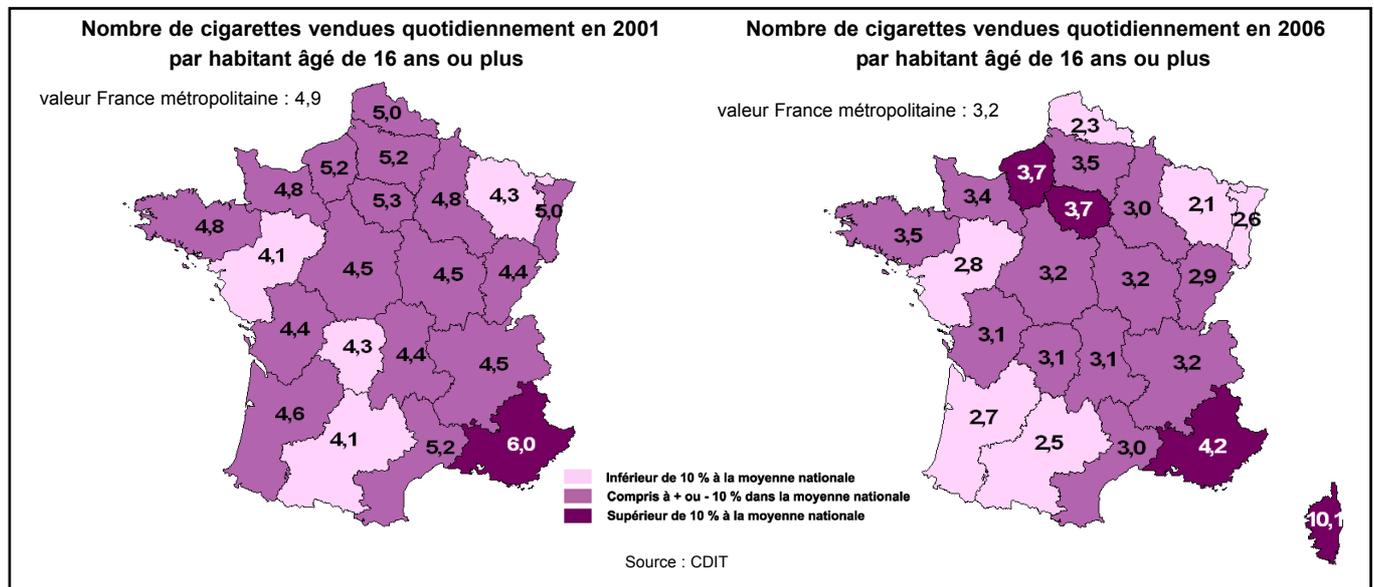
Selon les données du centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT), en 2006, 3,2 cigarettes ont été vendues quotidiennement par habitant âgé de 16 ans ou plus en France métropolitaine. Les ventes de tabac sont très variables d'une région à une autre. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes comme le marché transfrontalier, les ventes interrégionales, les mouvements des personnes...

Exemple le plus frappant avec la Corse qui présente des ventes de cigarettes trois fois plus importantes qu'en moyenne nationale : 10,1 cigarettes vendues quotidiennement par habitant âgé de 16 ans ou plus. En raison d'une

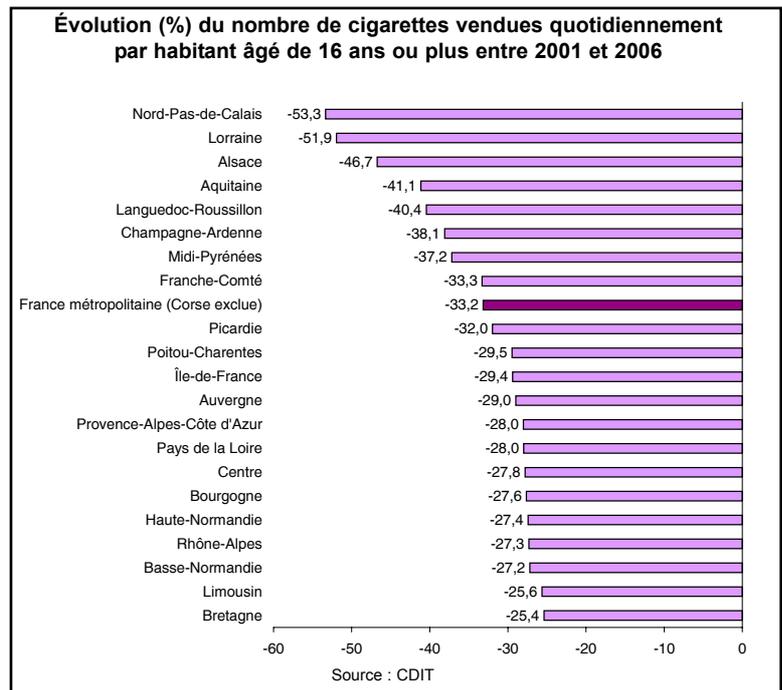
fiscalité sur le prix du tabac différente de celle pratiquée sur le continent, le prix moyen d'un paquet de cigarettes est nettement moindre en Corse : 3,5 euros contre 5 euros. Les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (4,2 cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus en 2006) et Île-de-France (3,7) se distinguent par les ventes les plus importantes en 2001 et 2006, peut-être en raison d'une vente artificiellement gonflée par une population touristique très présente et les flux de travailleurs. Les autres régions pour lesquelles les ventes restent très importantes sont celles situées au nord ouest de la France comme la Haute-Normandie, la Picardie et la

Bretagne. En revanche, des régions comme le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace ou encore l'Aquitaine qui présentaient un nombre important de cigarettes vendues par habitant en 2001, se situent en 2006 parmi les régions ayant les plus faibles débits. Les ventes de ces régions ont été très certainement transférées dans les pays voisins. Les achats transfrontaliers sont estimés à 6 % selon l'Insee et jusqu'à 16 % selon l'OFDT des ventes de tabac en France, en 2004.

Deux autres régions frontalières, le Midi-Pyrénées et la Lorraine ont vu leurs ventes fortement diminuer, alors même qu'elles présentaient déjà en 2001 de faibles débits.



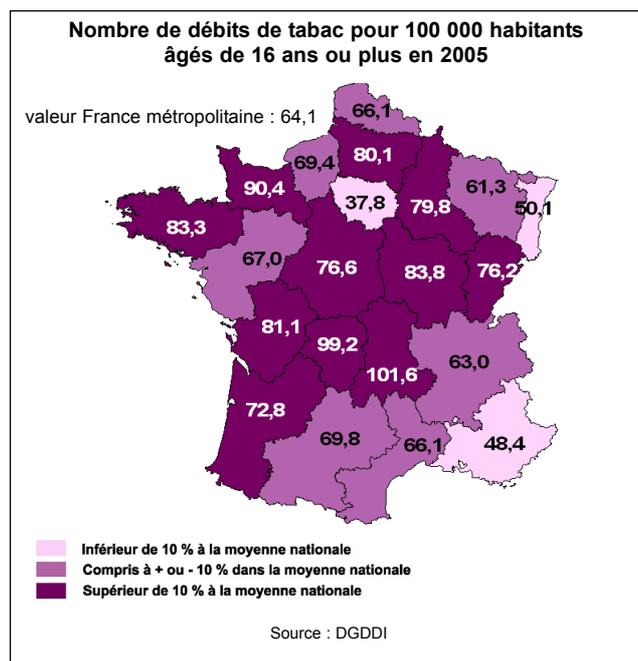
Les ventes de cigarettes en France métropolitaine (Corse exclue) ont nettement chuté entre 2001 et 2006 : 83,4 milliards de cigarettes vendues en 2001 contre 55,8 milliards en 2006, soit une baisse de 33 %. Même si la diminution était enregistrée depuis au moins 15 ans, elle est particulièrement marquée au cours de ces 5 dernières années. Toutefois, cette diminution de vente est à modérer en raison d'une augmentation du nombre de cigarettes vendues entre 2005 et 2006 et d'une augmentation sensible des ventes de scarfelatis ou encore des cigares et cigarillos depuis 2001. Sur un plan régional, les évolutions sont relativement disparates puisqu'on enregistre, en 5 ans, une diminution allant de 25 % (Bretagne) à 53 % (Nord-Pas-de-Calais). Deux zones frontalières se distinguent par leur baisse importante du nombre de cigarettes vendues : la première au nord comprenant les régions Lorraine, Alsace, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne, puis la seconde zone tout au sud, proche de la frontière andorrane (l'Aquitaine, le Midi-Pyrénées) où le prix moyen des cigarettes est très bas comparativement à la France (2,75 euros depuis février 2006).



Débites de tabac

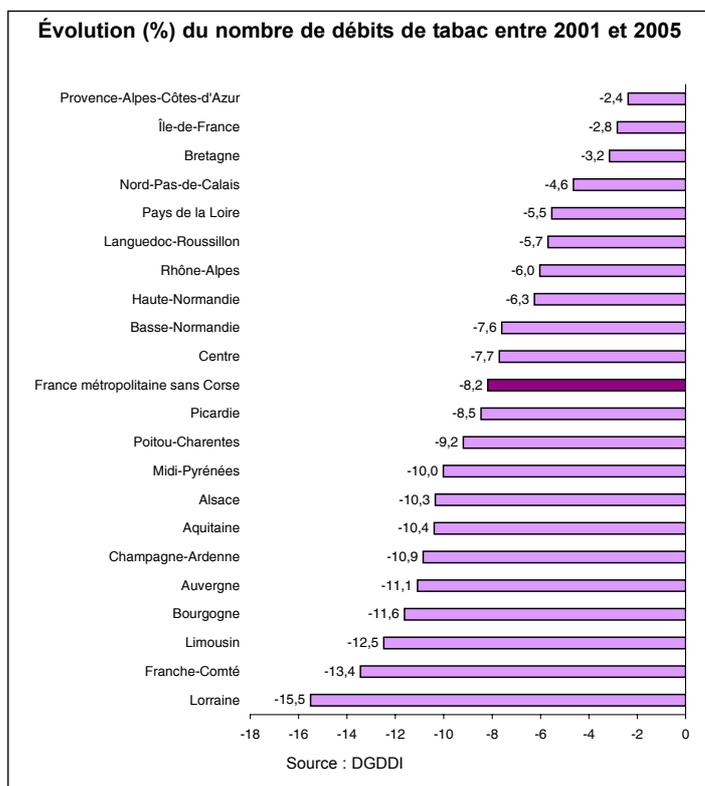
En 2005, 30 873 buralistes gèrent la vente du tabac en France métropolitaine (Corse exclue) soit 64 débits de tabac pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus

La vente de tabac est assurée par les 30 873 buralistes recensés au 1^{er} janvier 2005 en France métropolitaine (Corse exclue). En rapportant ce nombre à la population des personnes âgées de 16 ou plus, ce sont en moyenne 64 débits de tabac qui sont recensés pour 100 000 habitants (France métropolitaine, Corse exclue). Selon les régions, ce taux varie quasiment du simple au triple, avec 38 débits de tabac pour 100 000 habitants de plus de 16 ans en Île-de-France contre 102 en Auvergne. Trois régions se démarquent par une faible densité de débits de tabac : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Alsace. Pour les deux premières régions, cette situation est liée à leur forte densité de population puisque parallèlement, elles présentent les plus grands nombres de cigarettes vendues quotidiennement par habitant. En revanche, en Alsace, cette situation est peut-être en lien avec la diminution des ventes dans la région au profit des ventes frontalières. A contrario, bien que présentant des ventes quotidiennes correspondant à la moyenne nationale, les régions Auvergne et Limousin disposent des plus fortes densités de buralistes.



La diminution des ventes de cigarettes n'est sans doute pas sans conséquences pour les buralistes. Depuis 2001, 2 752 débits de tabac sont passés en "fermeture définitive", soit 7,3 % des établissements entre 2001 et 2005 (France métropolitaine, Corse exclue). Sur un plan régional, le nombre de fermetures est très inégal sur le territoire, allant de -2,4 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur à -15,5 % en Lorraine. De manière générale, deux grandes zones se distinguent par une proportion très élevée du nombre de fermetures :

- les régions frontalières du nord (Lorraine, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Alsace) ou du sud ouest de la France (Aquitaine et Midi-Pyrénées), pour lesquelles la diminution du nombre de débits de tabac s'explique très clairement par une baisse importante des ventes licites de cigarettes au cours de cette période,
 - les régions au centre comme le Limousin, la Bourgogne et l'Auvergne qui présentaient en 2001 et toujours en 2005, les plus fortes densités de débits de tabac rapportées à la population âgée de 16 ans ou plus.
- Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France enregistrent au cours de ces 5 dernières années le moins de fermetures (respectivement -2,4 % et -2,8 %), sans doute en raison d'un nombre de débits de tabac, rapporté à la population, bien inférieur aux autres régions.

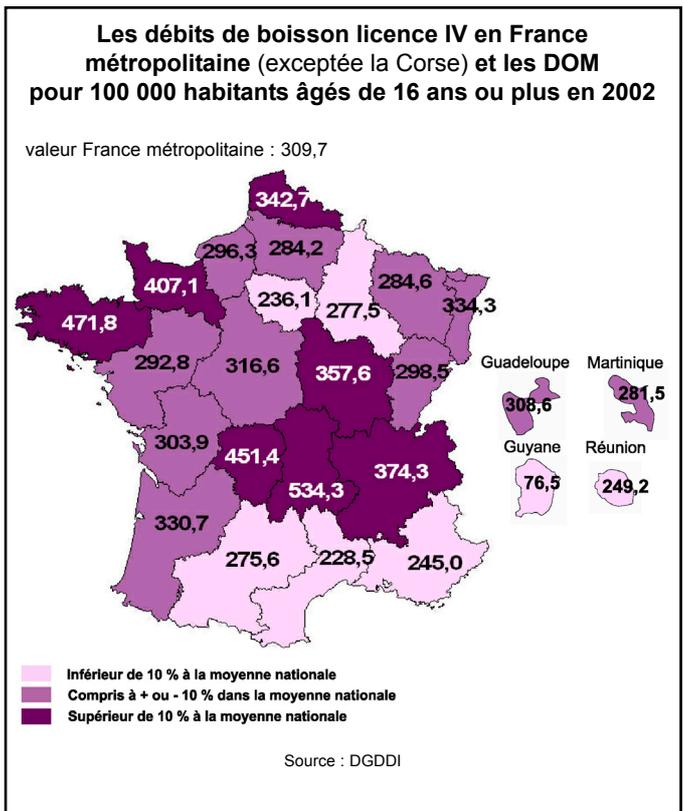


Débits de boisson Licence IV

En 2002, 310 débits de boisson Licence IV étaient enregistrés pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus, en France métropolitaine (Corse exclue)

Les établissements où l'on consomme l'alcool sur place sont classés en fonction de la licence qui leur est délivrée. Les établissements retenus pour l'analyse sont ceux ayant une licence IV, c'est à dire qui proposent l'ensemble des boissons alcoolisées. En 20 ans, le nombre de débits de boisson licence IV en France métropolitaine a diminué de près de 14 %. En effet, la Direction générale des impôts dénombrait en 1982, 171 670 débits de boisson licence IV en France métropolitaine (Corse non incluse) tandis qu'en 2002, selon la Direction générale des douanes et des droits indirects, ce nombre est de 148 414, soit 310 pour 100 000 habitants de plus de 16 ans (la donnée n'est plus recueillie de façon centralisée depuis 2003, cf. annexes). Même si cette diminution est observée dans toutes les régions, le nombre de débits de boisson rapporté à la population âgée de 16 ans ou plus varie du simple au double selon les territoires. En 2002, deux zones se distinguent très nettement avec des taux bien plus élevés que la moyenne nationale : la première qui concerne les régions du nord ouest (Bretagne, Basse-Normandie et Nord-Pas-de-Calais) et la seconde qui correspond au centre-est de la métropole (Auvergne, Limousin, Rhône-Alpes, Bourgogne). À l'inverse, les régions dénombrent le moins de débits de boissons Licence IV par habitant sont l'Île-de-France et les régions du sud (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées).

Dans les DOM, la Guadeloupe se distingue par une densité de débits de boissons identique à la moyenne de la France entière (308). Les autres DOM présentent une densité inférieure à la moyenne, notamment la Guyane qui enregistre le plus faible taux de la France entière (77 débits de boisson pour 100 000 habitants de plus de 16 ans). À la lecture de ces résultats, il faut garder à l'esprit que ces lieux ne sont pas seuls et que la majorité des ventes se réalise en grande distribution.

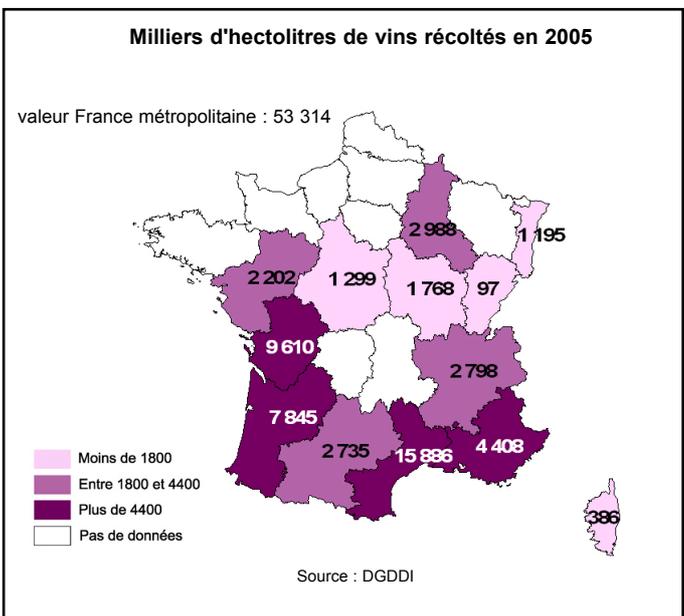


Récolte de vins

En 2005, 53 314 milliers d'hectolitres de vins (rouges, rosés et blancs) ont été récoltés sur le territoire français.

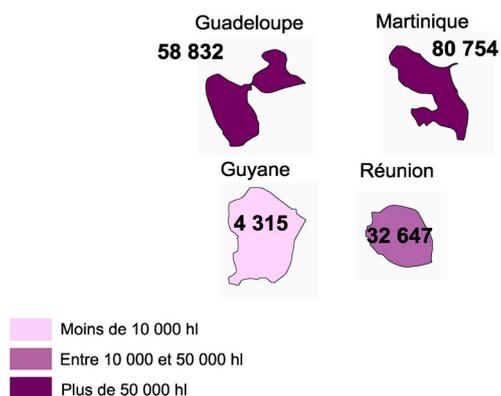
La récolte de vins en France depuis une dizaine d'années est relativement stable si on exclut les années 1998 (forte récolte) et 2003 (faible récolte). En 2005, selon la direction générale des douanes et droits indirects, 53 314 milliers d'hectolitres de vins (toutes catégories confondues) ont été récoltés en métropole. Les régions les plus productives sont situées au sud de la France, notamment le Languedoc-Roussillon qui produit à lui seul 30 % de la récolte nationale, suivi de l'Aquitaine (15 %) et dans une moindre mesure la région Provence-Alpes-Côte d'azur (8 %). Enfin, une autre région se démarque pour sa production non négligeable de vins dont la finalité est réservée à l'élaboration du Cognac : le Poitou-Charente, avec 18 % de la récolte.

Les régions pour lesquelles aucune donnée n'est présentée dans la carte peuvent avoir une production vinicole mais celle-ci étant très limitée, elle n'a pas été reprise sur la carte.



La filière canne à sucre occupe une place non négligeable dans l'économie des DOM. Elle permet la production de sucre et de rhum. Les conditions climatiques, variables d'une année à l'autre, influent sur le volume des récoltes et la richesse en saccharine des cannes. En 2005, la production de rhum aux Antilles-Guyane a été de 143 900 hectolitres d'alcool pur dont 68 % sous forme de rhum agricole. C'est en Martinique que la production est la plus forte (plus de 80 000 hectolitres) contre près de 59 000 hectolitres en Guadeloupe. La Guyane, qui ne produit que du rhum agricole et pas de rhum de sucrerie, a peu de plantations de canne à sucre ce qui explique sa production de 4 300 hectolitres en 2005. La production de rhum à la Réunion est moins élevée qu'aux Antilles (près de 33 000 hectolitres en 2004).

Production de rhum dans les DOM en hectolitres en 2005



Source : Direction régionale des douanes

CONSOMMATION

Consommation tous produits

Quel que soit le type d'usage, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France bien que leur consommation ait tendance à diminuer. Parmi les drogues illicites, la consommation de cannabis, qui est nettement supérieure à celle des autres produits illicites, semble se stabiliser.

Si pour la plupart des usagers, la consommation de substances psychoactives procure du plaisir ou un soulagement immédiat, elle comporte aussi des risques à plus ou moins long terme. Ces risques dépendent, entre autres, du type de produit consommé et de l'usage qu'il en est fait.

L'usage simple est une consommation qui ne va entraîner aucune complication pour la santé, ni de troubles de comportements envers soi ou autrui. Il s'agit d'expérimentation (par curiosité, entraînement) ou de consommation occasionnelle.

On parle d'usage nocif, à problème ou encore d'abus lors de consommations répétées qui seront susceptibles de provoquer des dommages somatiques, affectifs, psychologiques et/ou sociaux pour la personne elle-même ou pour autrui.

La dépendance commence lorsqu'une personne n'est plus capable de se passer d'un ou plusieurs produits, et que son abstinence entraîne des souffrances physiques ou psychologiques. La vie quotidienne tourne largement ou exclusivement

autour de la recherche et de la prise du produit. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé.

On estime à 11,8 millions le nombre de fumeurs réguliers chez les 12-75 ans en France métropolitaine en 2005 et à 9,7 millions celui des consommateurs réguliers d'alcool. Ces valeurs doivent être considérées comme des ordres de grandeur. Pour tous les types d'usage, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France. La consommation d'alcool est ancrée dans la culture française et la quasi-totalité de la population en a consommé au moins une fois dans sa vie. En revanche, seule une minorité en déclare un usage régulier ou quotidien.

En raison de son potentiel addictif très élevé, le tabac obéit plus à une règle du "tout ou rien". La majorité des expérimentateurs ne fume plus et ceux qui fument sont, pour la plupart, des consommateurs quotidiens.

Les médicaments psychotropes se classent en troisième place en fréquence d'usage de produits psychoactifs, mais ils constituent une catégorie un peu particulière du fait de la difficulté de distinction entre usage thérapeutique et non thérapeutique.

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée des Français. Le nombre de consommateurs réguliers de cannabis est de l'ordre de 850 000, dont plus de la moitié en fait un usage quotidien. Plus encore que pour les autres produits, de nombreux consommateurs se limitent à l'expérimentation et ne passent pas à des usages plus fréquents.

Les usagers de drogues ont tendance à associer les produits soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensations, soit encore pour atténuer les effets de certains produits. On parle alors de polyconsommation, dont les dangers sont souvent méconnus. Conjugués, les effets des produits sont amplifiés

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans

	Expérimentateurs	dont usagers dans l'année	dont réguliers	dont quotidiens
Alcool	42,5 M	39,4 M	9,7 M	6,4 M
Tabac	34,8 M	14,9 M	11,8 M	11,8 M
Médicaments	15,1 M	8,7 M	//	//
Cannabis	12,4 M	3,9 M	1,2 M	550 000
Cocaïne	1,1 M	250 000	//	//
Ecstasy	900 000	200 000	//	//
Héroïne	360 000	//	//	//

Note : usage régulier = 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours sauf pour le tabac (usage quotidien)

// : non disponible

M : Million

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, Inpes, Insee, exploitation OFDT

entraînant des risques plus graves pour la santé.

Une tendance à la baisse de consommation d'alcool et de tabac (les deux produits à l'origine des dommages sanitaires les plus importants) s'observe.

La consommation des médicaments psychotropes semble augmenter. Parmi les drogues illicites, la consommation de cannabis semble se stabiliser après une décennie de forte hausse, alors que la diffusion des consommations de produits hallucinogènes et stimulants (cocaïne et

ecstasy) est croissante. Même si la consommation d'héroïne est beaucoup plus marginale, ses conséquences sanitaires sont les plus problématiques.

Références bibliographiques

1. OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles, Paris, éditions La Découverte, 2005, 220 p.
2. Drees, L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, 2006, 201 p.
3. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe, 2006, 96 p.
4. Inpes, Baromètre santé 2005 - Premiers résultats. Éditions Inpes, mars 2006, 170 p.
5. Lépine JP., Morel A., Paille F., Reynaud M., Rigaud A. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé. Rapport. Oct 2006. 63 p.

Consommation de tabac

La France compte environ 15 millions de fumeurs. Les adultes de 26 à 75 ans qui fument régulièrement consomment en moyenne 15 cigarettes par jour et sont près de la moitié à présenter des signes de dépendance au tabac.

En 2005, parmi les 18-75 ans, plus d'une personne sur 3 déclare fumer dont 29 % de fumeurs quotidiens et 5 % de fumeurs occasionnels. Les hommes fument davantage que les femmes (35,5 % versus 27,5 %) mais l'écart entre les sexes tend à se réduire. Parmi les fumeurs réguliers de 18 à 75 ans, 31 % présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de dépendance forte.

La loi relative à la politique de santé publique prévoit d'abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) à 25 % chez les hommes et à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

Il est possible sur une période assez longue de suivre l'évolution du tabagisme actuel, qu'il soit occasionnel ou quotidien, grâce notamment aux sondages menés par l'Inpes depuis les années 70. Le tabagisme masculin apparaît en recul (avec une baisse de l'ordre de 20 points en l'espace de 30 ans).

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est supérieur en 2005 à ce qu'il était en 2000 : 14,8 cigarettes contre 13,9. En effet, parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs, moins dépendants, qui a le plus fortement diminué, ce qui augmente la quantité moyenne consommée par l'ensemble des fumeurs restants.

Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, cette part est toutefois en baisse depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, ou encore celles qui résident en France métropolitaine apparaissent davantage concernées par ce comportement.

À l'adolescence, le tabac est le produit pour lequel les habitudes de consommation des filles et des garçons sont les moins différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 % à 37 % entre 2000 et 2003, celui des garçons passant de 42 % à 38 % sur la même période. La hausse des prix participe d'autant plus à la diminution de la consommation de

tabac que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées.

La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance.

Si l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît similaire depuis quelques années (13,6 ans), celui de l'entrée dans le tabagisme quotidien semble retardé (14,9 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons en 2005, contre respectivement 14,7 et 14,8 ans en 2002).

Comparaisons européennes

La France se situait, au début des années 2000, parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui avec l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas, dans une position plus médiane.

Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999) [3].

D'après l'enquête Espad réalisée en milieu scolaire [3], l'usage actuel des jeunes français se situe dans la moyenne européenne, pour les garçons comme pour les filles.

Références bibliographiques

1. Inpes, Baromètre santé 2005 - Premiers résultats. Éditions Inpes, mars 2006, 170 p.
2. Beck F., Legleye S., Spilka S., Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003. OFDT, 2004, 251 p.
3. Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. and Morgan M. The Espad Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2004, 450 p.

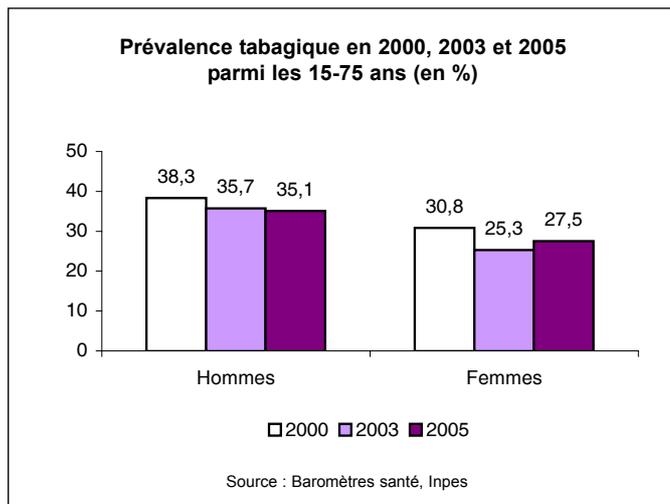
Pour en savoir plus :

- Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances n°48. Mai 2006.
- Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances, n°35, 6 p.

Consommation de tabac

En 2005, 27,5 % des femmes et 35,1 % des hommes se déclarent fumeurs en France.

En 2005, la consommation de tabac (personnes qui déclarent fumer, ne serait ce que de temps en temps) concerne en France 27,5 % des femmes et 35,1 % des hommes de 15 à 75 ans (enquêtes Baromètre santé Inpes). Elle est globalement en baisse depuis quelques années, mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 80. La diminution du tabagisme quotidien concerne, entre 2000 et 2005, toutes les classes d'âge sauf les 45-54 ans (soit la génération qui a eu 20 ans dans les années 70). Chez les femmes de 25 à 34 ans, la baisse de prévalence observée entre 2000 et 2005 apparaît forte surtout chez les femmes enceintes.



Fumeurs réguliers*

31 % des hommes et 21 % des femmes ayant consulté en médecine libérale en 2000 sont fumeurs réguliers en France.

À l'occasion d'une enquête menée en médecine générale sur l'alcool**, un questionnement abordait également les habitudes tabagiques des patients. L'enquête donne ainsi une mesure de la prévalence du tabagisme dans la population des patients. En France, 31,1 % des patients et 20,7 % des patientes appartiennent à la catégorie des fumeurs réguliers. En France métropolitaine, la proportion de fumeurs réguliers s'échelonne de 24,5 % en Aquitaine à 38,2 % en

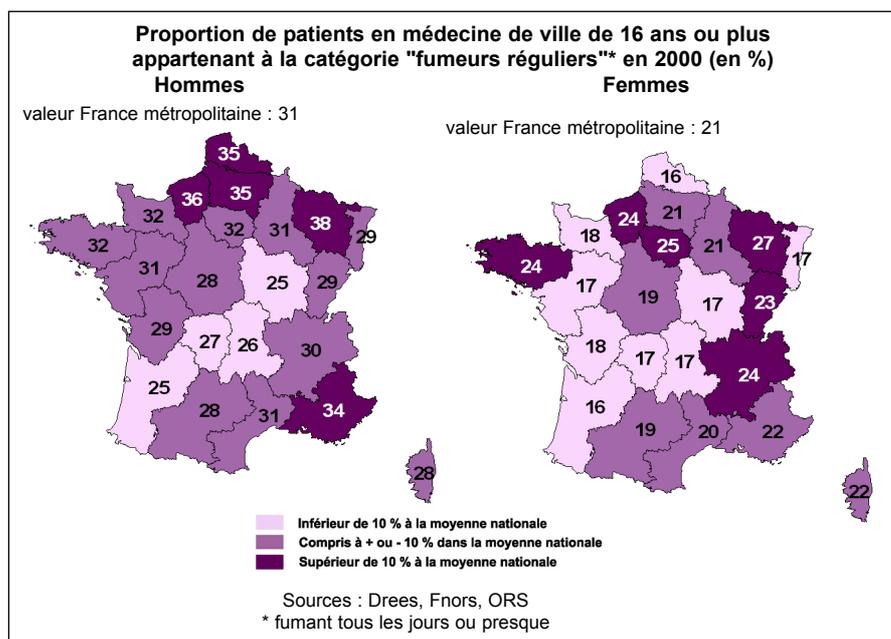
Lorraine chez les hommes. Quatre régions situées au nord du pays présentent une proportion de fumeurs réguliers supérieure ou égale à 35 % : la Lorraine, la Haute-Normandie, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais. Avec un fumeur régulier pour quatre patients, les régions Aquitaine et Bourgogne sont les plus épargnées. Chez les femmes, la Lorraine est en première place des régions (suivie par l'Île-de-France), mais la carte est quelque peu différente. La région présentant la

proportion la plus faible est le Nord-Pas-de-Calais. Les écarts observés entre les populations masculines et féminines sont les plus importants pour les régions Nord-Pas-de-Calais (35,0 % chez les hommes versus 16,0 % chez les femmes), Pays de la Loire (31,1 versus 16,9), et Basse-Normandie (32,0 versus 17,9).

* fumant tous les jours ou presque

C'est aux Antilles-Guyane et particulièrement en Martinique et en Guadeloupe que la consommation de tabac est la plus faible. La proportion de fumeurs réguliers chez les hommes (respectivement 19,3 % et 19,6 %) est inférieure à celle de l'Aquitaine (24,5 %). Chez les femmes, cette proportion est encore plus basse, 2 fois moins élevée que celle de la région métropolitaine où les femmes fument le moins. À l'opposé, la Réunion se caractérise par un tabagisme proche de la moyenne nationale, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

** L'enquête menée en médecine libérale sur le thème de l'alcool a été réalisée en octobre 2000 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux dans toutes les régions de France. Elle traite des comportements d'alcoolisation excessive et de tabagisme parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus. Plus de 49 000 patients ont été inclus dans l'étude (cf. annexes).



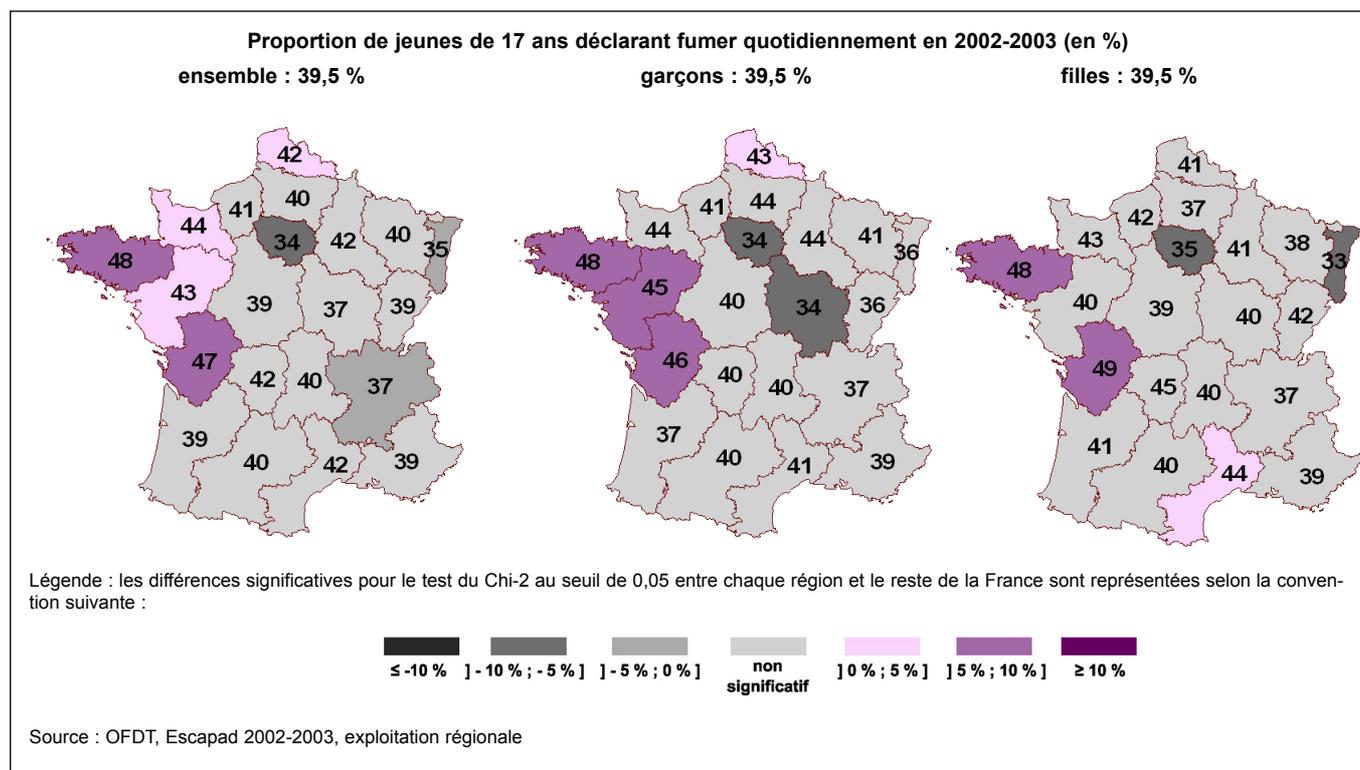
Tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans

39,5 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent consommer quotidiennement du tabac.

Parmi les jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad 2002-2003*, 39,5 % déclarent une consommation quotidienne de tabac en France métropolitaine. Ces proportions varient entre 34 % et 48 % selon les régions. Il n'existe pas de différence significative entre les garçons et les filles à l'exception de deux régions : la Picardie, où les jeunes filles fument moins que les

garçons et la Bourgogne où c'est l'inverse. Les deux sexes confondus, les régions où le tabagisme quotidien est le plus répandu sont situées dans le grand-Ouest (Bretagne, Poitou-Charentes, Basse-Normandie et Pays de la Loire), et dans le Nord-Pas-de-Calais. Ces cinq régions présentent une fréquence de consommateurs quotidiens de tabac

plus élevée que celle du reste de la France, avec plus de 42 % de consommateurs quotidiens parmi l'ensemble des jeunes. À l'opposé, le tabagisme quotidien est moins fréquent en Île-de-France, Alsace et Rhône-Alpes (moins de 38 %).



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

L'OFDT vient de publier les résultats de l'enquête Escapad 2005.

Sur l'ensemble du territoire, le tabagisme quotidien à 17 ans a nettement baissé, il atteint 33,0 %. La majorité des régions s'inscrivent dans cette tendance. Seule la Bourgogne aurait une consommation plutôt à la hausse.

L'ouest reste toujours plus concerné et l'Île-de-France très en retrait du reste du pays, mais une partie du sud apparaît aujourd'hui plus consommatrice que la moyenne alors que ce n'était pas le cas les années précédentes. Certaines régions comme les Pays de la Loire et le Nord-Pas-de-Calais ne sont plus surconsommatrices alors qu'elles l'étaient en 2002/2003 et d'autres, à l'inverse, n'apparaissent plus sous consommatrices (Rhône-Alpes, Alsace et la Corse).

www.ofdt.fr

Consommation d'alcool

L'alcool est avec le tabac la substance psychoactive la plus consommée en France. La consommation annuelle d'alcool pur a baissé de moitié entre 1960 et aujourd'hui, mais malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4^e de l'Union européenne et 6^e au rang mondial).

La loi relative à la politique de santé publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 14,4 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1999 à 11,5 litres en 2008).

Depuis le début des années 60, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Ainsi, elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans et plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Ce volume annuel est équivalent à un peu moins de 3 verres d'alcool standard par jour et par habitant âgé de 15 ans et plus (1 verre d'alcool standard contient 10 g d'alcool pur).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de ne pas dépasser 2 verres par jour pour les femmes et 3 verres par jour pour les hommes. Pour les consommations occasionnelles, elle recommande de ne pas dépasser 4 verres en une seule occasion. Elle recommande aussi l'abstinence d'alcool en cas de grossesse, pendant l'enfance et lors de la conduite.

En 2005, 15 % des adultes de 18 à 75 ans déclaraient une consommation quotidienne, 35 % une hebdomadaire, 37 % une occasionnelle et seuls 7 % disaient n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Parmi les adultes, 37 % présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique. Si la proportion de buveurs quotidiens diminue depuis le milieu des années 90, les ivresses alcooliques déclarées et la proportion de buveurs à risque sont restées stables depuis 2000.

15 % des adultes disent avoir connu au moins un épisode d'ivresse dans l'année passée ; 5 % déclarant en avoir connu au moins trois. L'ivresse au cours de l'année s'avère trois fois plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes, et décroît significativement avec l'âge.

Les hommes sont de plus grands consommateurs d'alcool que les femmes : 23 % des hommes adultes, en ont un usage quotidien contre 8 % des femmes.

Entre 18 et 44 ans, le niveau d'alcoolisation excessive ponctuelle est particulièrement important et diminue ensuite avec l'âge, tandis que le niveau d'alcoolisation excessive chronique augmente à partir de 45 ans. Si les cadres et professions intellectuelles supérieures apparaissent plus concernés par le risque ponctuel, ce sont les agriculteurs et les artisans commerçants et chefs d'entreprise qui sont les plus touchés par le risque chronique. Les ouvriers masculins sont aussi très concernés par le risque ponctuel et un peu moins par le risque chronique que les autres catégories professionnelles.

Les jeunes de 17 ans ont augmenté leurs consommations régulières d'alcool entre 2000 et 2005. Les garçons consomment 3 fois plus d'alcool que les filles, l'écart entre les deux sexes reste le même en 2000 et 2005. Avant 14 ans, la consommation d'alcool reste rare mais à 17 ans, l'alcool est de loin la substance psychoactive la plus consommée.

En France, le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes. Sa

consommation tend à diminuer ces dernières années, les Français se tournant vers des vins d'appellation d'origine contrôlée (AOC) ou des vins de qualité supérieure (VDQS). La consommation de spiritueux reste globalement stable, et celle de bières a diminué depuis le début des années 2000.

Les jeunes privilégient les bières et les premix, devant les alcools forts et le vin. Des différences sont observées entre les garçons et les filles : les garçons consomment de la bière, de l'alcool fort puis des premix, et les filles des premix, du champagne puis de la bière. Un phénomène, importé d'Angleterre, est apparu ces dernières années en France, auprès des jeunes : le "binge-drinking" (au moins cinq verres d'alcool standard en une seule occasion). En fin de semaine, de nombreux jeunes boivent afin d'être ivres le plus vite possible, la notion de plaisir disparaissant. Ce phénomène touche plus particulièrement les garçons qui, à 17 ans, sont 56 % à l'avoir déjà expérimenté au moins une fois contre 36 % des filles, et 3,6 % au moins dix fois dans l'année contre 0,7 % des filles (Escapad 2005).

Comparaisons européennes

L'Europe reste la région du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée avec en 2001, 7,3 litres d'alcool pur par habitant et par an [3].

La France est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001), mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant) [4].

Les jeunes français déclarent des usages d'alcool relativement moyens comparativement aux autres pays et se placent à la 21^e place des pays européens (Enquête Espad 2003).

Références bibliographiques

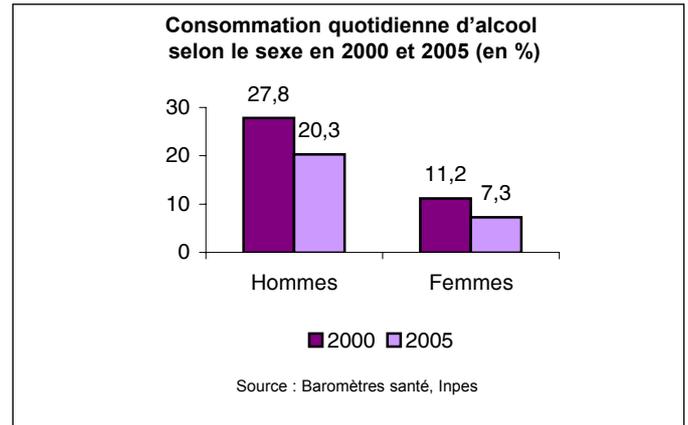
1. www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.shtml consulté le 23/07/07
2. Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S., Analyse régionale des consommations d'alcool en France : types d'alcool et modalités d'usage à l'adolescence et à l'âge adulte, OFDT données provisoires, à paraître.
3. World Drink trends, 2003 édition. Containing data to 2001. Commission for distilled spirits, Schiedam, Netherlands and World Advertising Research Center (WARC), UK 2002, 184 p.
4. Ireb. Focus alcoologie. N°6 - Quatrième trimestre 2003. La consommation d'alcool en Europe : chiffres et déchiffrages.
- Ireb. Focus alcoologie. N°6 - Quatrième trimestre 2003. La consommation d'alcool en Europe : chiffres et déchiffrages.

Pour en savoir plus :

- Commission for distilled spirits, World drink trends 2004, Henley on thames, WARC, 2004, 184 p.
- Drees. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Études et résultats, sept 2002, n° 132.

Consommation d'alcool

D'après les enquêtes baromètres santé régulièrement réalisées par l'Inpes, la proportion d'hommes buveurs quotidiens est passée de 27,8 % à 20,3 % entre 2000 et 2005 tandis que celle des femmes a diminué de 11,2 % à 7,3 %. Le nombre de consommateurs quotidiens a donc diminué de 27 % chez les hommes et de plus de 34 % chez les femmes en 5 ans.



Consommation à risque et dépendance à l'alcool

Un cinquième des patients ayant recours au système de soins, un jour donné, pour quelque raison que ce soit, présente un risque d'alcoolisation excessive.

D'après l'enquête sur la prévalence des problèmes alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, réalisée en 2000, ce sont 18 % des patients, âgés de 16 ans ou plus, vus en consultation ou en visite par un médecin généraliste, qui ont été repérés comme présentant un profil d'alcoolisation excessive. Pour les personnes hospitalisées (quelqu'en soit le motif), cette proportion est de 20 %. De manière générale, ces enquêtes montrent une nouvelle fois que les hommes sont davantage exposés à ce risque. Ils représentent en effet, les trois quarts des patients classés à risque d'alcoolisation excessive. Ce profil à risque concernerait près de la moitié des hommes âgés de 35 à 64 ans hospitali-

sés un jour donné contre une femme sur cinq aux mêmes âges. Parmi les patients âgés de 35 à 64 ans, en médecine générale, cela représente deux hommes sur cinq.

La dépendance à l'alcool concerne 7 % des personnes hospitalisées un jour donné et 5 % des patients de la clientèle des médecins généralistes. La très grande majorité des patients classés comme dépendants à l'alcool déclare bénéficier d'une prise en charge spécifique de ce problème. En revanche, pour les patients qui sont considérés comme ayant un usage nocif d'alcool sans dépendance, une telle prise en charge est minoritaire : environ 20 % des hospitalisés et 30 % des patients des médecins généralistes libéraux.

Par ailleurs, en médecine de ville comme à l'hôpital, les proportions de patients diagnostiqués comme étant en situation d'alcoolisation excessive sont nettement plus élevées chez ceux qui connaissent une situation de précarité, de chômage, chez ceux qui déclarent vivre seuls sans enfant, qui ont eu un arrêt de travail les 12 mois précédant l'enquête, ceux qui ont eu un accident ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 24h ou encore ceux en invalidité ou longue maladie ainsi que ceux bénéficiant de l'allocation adulte handicapé. Bien que de portée relativement réduite comparativement aux caractéristiques socio-démographiques des patients, ces études révèlent des disparités régionales.

Les diagnostics d'alcoolisation excessive et de dépendance sont établis à partir de trois sources différentes : le questionnaire DETA, trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT et l'avis du médecin traitant.

Le questionnaire DETA a pour but d'évaluer la conscience qu'a le patient de sa consommation de boissons alcoolisées et de son excès éventuel à partir de quatre questions libellées, dans l'enquête, de la manière suivante : Au cours de votre vie :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Le patient est considéré, dans le DETA, comme étant à risque d'alcoolisation excessive s'il donne au moins deux réponses positives.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un questionnaire de dépistage des consommateurs d'alcool à problèmes, à usage des médecins généralistes. Il a été mis au point par un groupe d'alcoologues sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il comporte dix questions permettant d'évaluer les risques encourus par la personne interrogée de par sa consommation d'alcool. Les trois questions retenues pour l'enquête, interrogent le patient sur sa consommation d'alcool au cours des douze derniers mois. Les deux premières portent sur sa consommation régulière (fréquence et quantité) ; la troisième l'interroge sur la fréquence des ivresses occasionnelles (au moins six verres bus lors d'une occasion particulière).

L'existence d'un problème du patient avec l'alcool est enfin appréciée à travers deux questions renseignées par le médecin traitant :

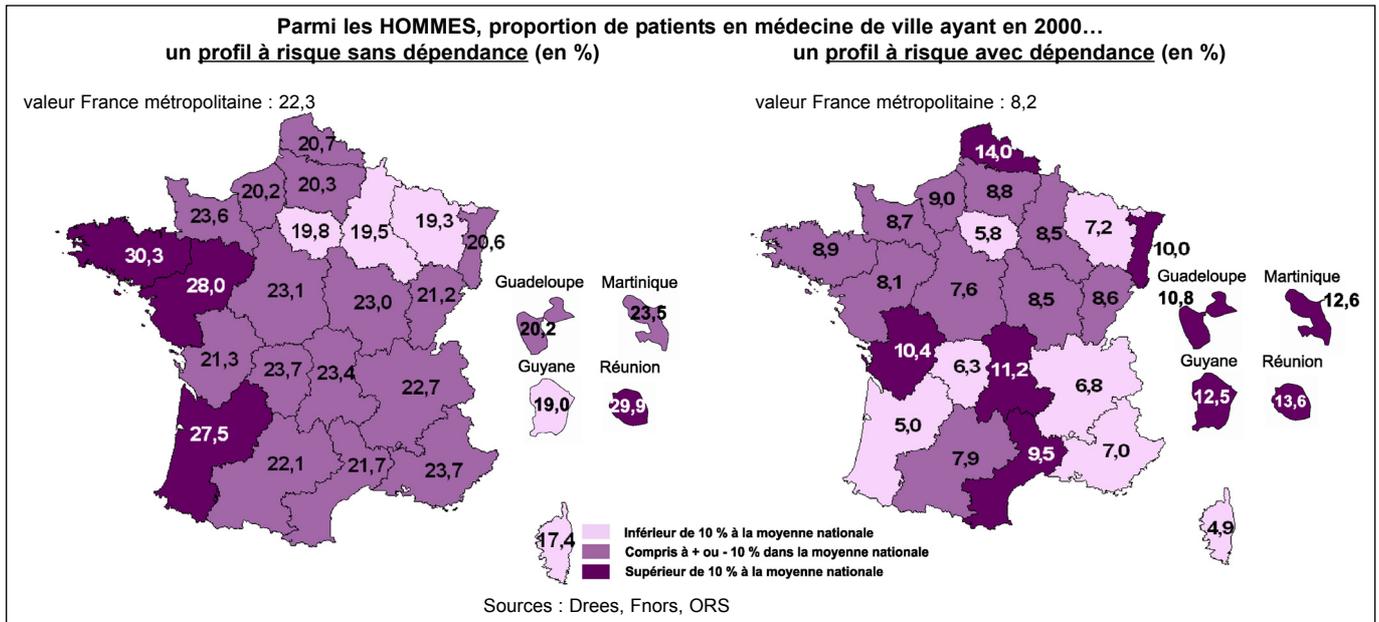
- Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ?
- Existe-t-il des signes de dépendance physique ?

L'évaluation du risque d'alcoolisation excessive du patient, comme celle de sa dépendance vis-à-vis de l'alcool, sont effectués en combinant les réponses à ces trois types de questionnement. Cette méthode permet ainsi de répartir les personnes ayant recours au système de soins en trois groupes : les patients sans risque ; les patients à risque sans dépendance ; les patients alcoolo-dépendants. Les deux derniers groupes relèvent dans l'étude des "patients à risque d'alcoolisation excessive".

Parmi les hommes vus en consultation ou en visite par un médecin généraliste libéral, la part de patients présentant un profil à risque d'alcoolisation excessive sans dépendance est plus élevée dans les régions de l'ouest de la France, c'est le cas notamment des régions Bretagne, Pays de la Loire et Aquitaine où la proportion de patients à risque sans dépendance avoisine les 30 %. À l'inverse, ces proportions sont nettement plus faibles inférieures à 20 % en

Corse et dans trois régions juxtaposées au nord : Lorraine, Champagne-Ardenne et Île-de-France. On y observe également de faibles proportions de patients ayant un profil à risque avec dépendance comparativement aux autres régions. Pour les régions les plus marquées par de fortes proportions de dépendance à l'alcool, se distinguent le Nord-Pas-de-Calais, l'Auvergne, le Poitou-Charentes, l'Alsace et le Languedoc-Roussillon.

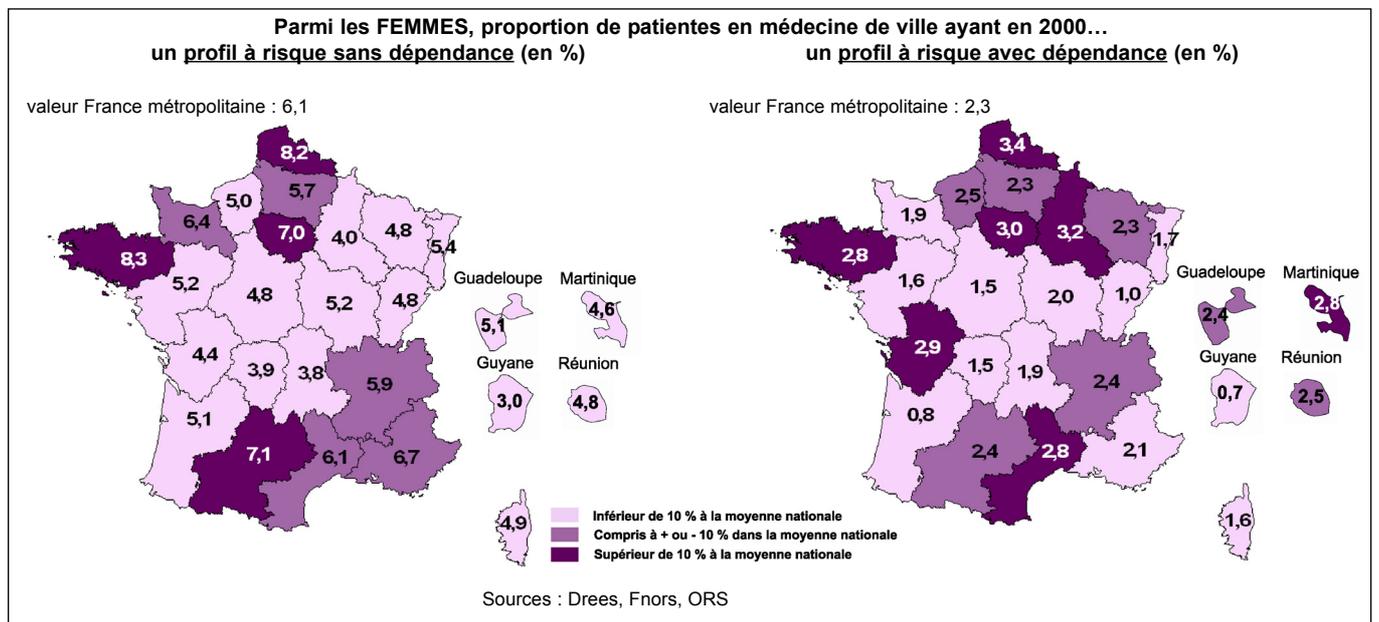
Dans les DOM, la proportion d'hommes présentant une dépendance à l'alcool est particulièrement élevée puisque la Réunion arrive en 2^e position après le Nord-Pas-de-Calais (14,0 %), suivie de la Martinique (12,6 %) et de la Guyane (12,5 %). Avec une proportion de 10,8 %, la Guadeloupe se classe au 6^e rang des régions françaises. La part de patients présentant un profil à risque d'alcoolisation excessive sans dépendance est plus contrastée. La Réunion arrive encore en 2^e position mais cette fois juste derrière la Bretagne. Aux Antilles-Guyane, la proportion d'hommes présentant un profil à risque d'alcoolisation excessive varie de 23,5 % en Martinique à 19,0 % en Guyane.



Parmi les femmes, la part de celles présentant un profil à risque avec ou sans dépendance est très élevée dans les régions Nord-Pas-de-Calais (11,6 % en cumulant les deux profils), Bretagne (11,1 %) et Île-de-France (10,0 %). En outre, certaines régions comme Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon, bien que ne présentant pas de proportions de

patientes ayant un profil à risque sans dépendance supérieure à la moyenne nationale, se démarquent par une part élevée de femmes dépendantes de l'alcool. Par opposition, les régions les moins confrontées à ces risques d'alcoolisation excessive sont le Limousin, la Franche-Comté, l'Aquitaine, le Centre, la Corse et les Pays de la Loire.

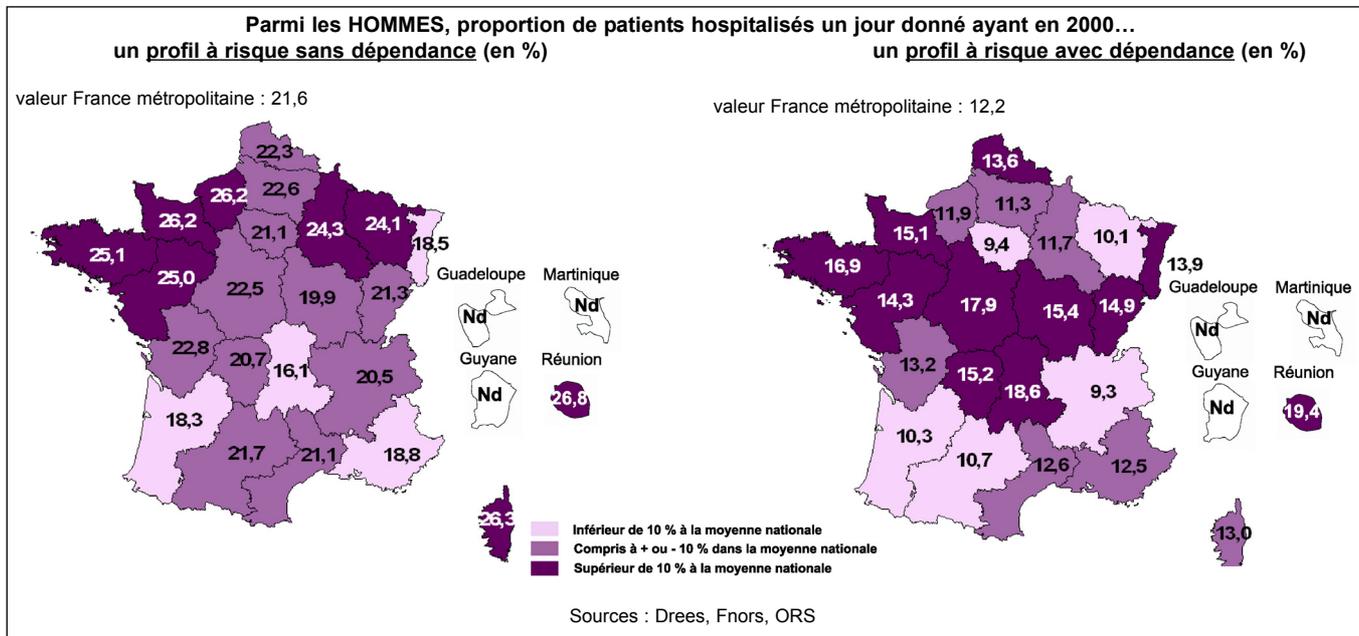
Dans les DOM, la part des patientes présentant un profil à risque d'alcoolisation excessive sans dépendance se situe en dessous de la moyenne nationale. La proportion de femmes présentant une dépendance à l'alcool est beaucoup moins élevée que pour les hommes et les écarts entre régions sont moins marqués. On observe toutefois que Martinique, Guadeloupe et Réunion se situent parmi les régions les plus touchées alors que la Guyane se distingue par des proportions basses, que ce soit pour le risque d'alcoolisation excessive ou la dépendance.



En milieu hospitalier, les régions Bretagne et Pays de la Loire connaissent toujours les plus fortes proportions de patients masculins présentant un risque d'alcoolisation excessive et accentué ici, par une dépendance importante à l'alcool. Cette enquête met en évidence par ailleurs, une forte proportion de patients présentant un

risque d'alcoolisation excessive (avec ou sans dépendance) pour la Basse-Normandie et la Corse contrairement à l'enquête en médecine de ville. Enfin, l'Aquitaine est la seule région présentant les plus faibles proportions de patients ayant un profil à risque d'alcoolisation excessive avec et sans dépendance.

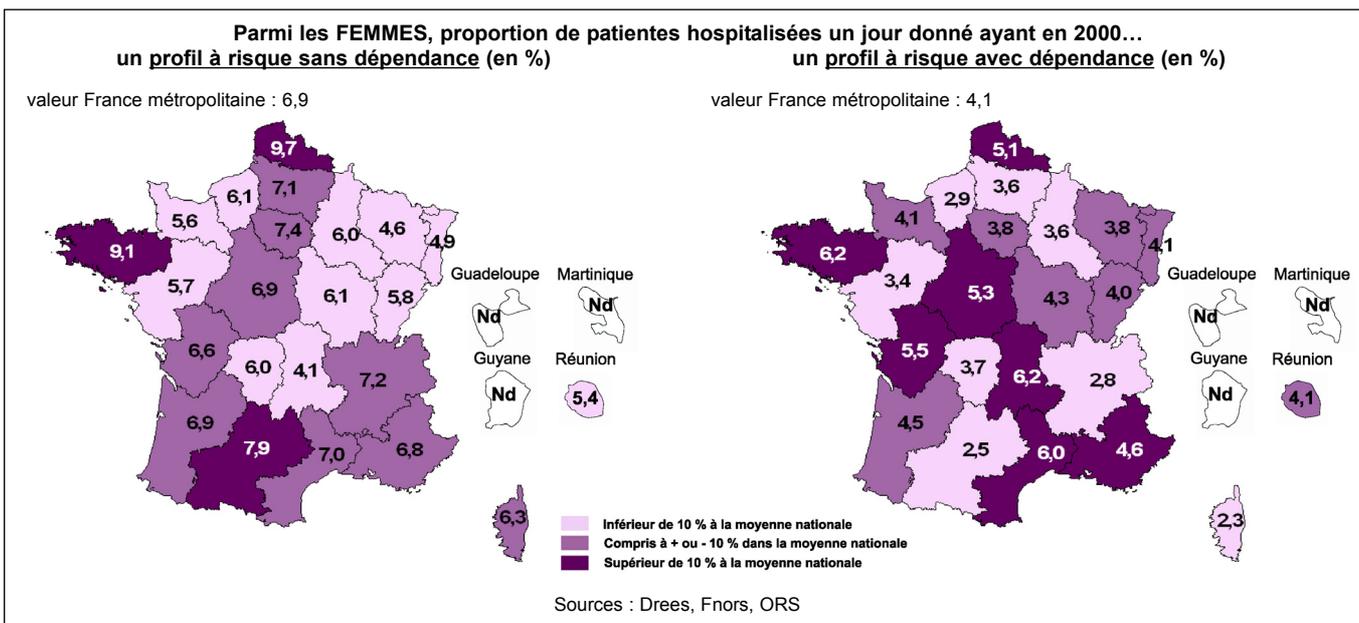
Le volet établissement de santé de cette enquête n'a pas pu être réalisé aux Antilles-Guyane. À la Réunion, il confirme le poids très élevé de la consommation excessive d'alcool dans le paysage sanitaire. Les résultats en milieu hospitalier placent la Réunion au premier rang de l'ensemble des régions françaises.



L'enquête en établissements de soins révèle également que la proportion de femmes présentant un profil à risque est la plus élevée en Bretagne (9,1 % sans dépendance et 6,2 % avec dépendance) et dans le Nord-Pas-de-Calais (respectivement 9,7 % et 5,1 %). Concernant les profils à risque avec

dépendance, tout comme en médecine de ville, de fortes proportions sont retrouvées dans les régions Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon. Cette enquête met également en évidence un problème de dépendance à l'alcool en région Auvergne, Centre et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. À l'inver-

se, le risque d'alcoolisation excessive avec ou sans dépendance est faible dans les régions Pays de la Loire, Haute-Normandie, constats identiques à ceux de l'enquête en médecine de ville.



Références bibliographiques

Mouquet M.-C., Villet H. "Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant eu recours aux soins un jour donné", Drees, Etudes et résultats n°192, septembre 2002

Usage régulier d'alcool chez les jeunes âgés de 17 ans

12,7 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent consommer régulièrement de l'alcool.

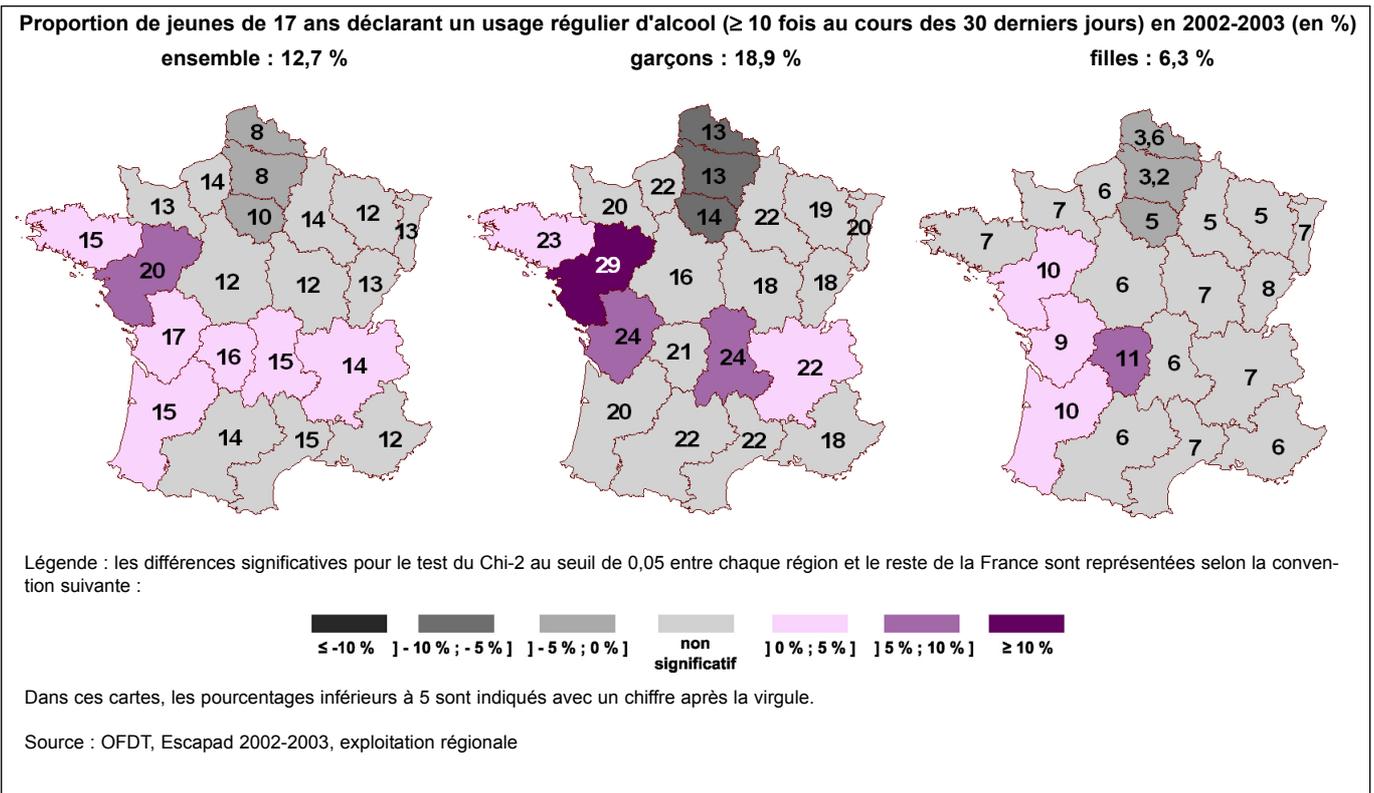
Parmi les jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003, 12,7 % déclarent consommer régulièrement (plus de 10 fois dans le mois) de l'alcool en France métropolitaine.

L'usage régulier est nettement plus fréquent chez les garçons que chez les filles (18,9 % versus 6,3 %).

Pour les garçons, l'usage régulier d'alcool est surtout observé dans des régions de l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes), et en région Auvergne et Rhône Alpes.

À l'inverse, c'est dans les régions du Nord (Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Île-de-France) que les consommations régulières d'alcool sont les plus faibles.

Les usages réguliers sont les plus fréquents chez les filles dans les régions de la façade atlantique (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Aquitaine) et en Limousin. Comme pour les garçons, ces usages sont les plus faibles dans les trois régions du Nord, précédemment citées.



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

L'OFDT vient de publier les résultats de l'enquête Escapad 2005.

En métropole, le niveau d'usage régulier d'alcool a légèrement diminué entre 2002/2003 et 2005, passant de 12,7 % à 12,0 %. Les niveaux sont restés stables dans la plupart des régions.

La hiérarchie des régions et la physionomie de la cartographie ont quelque peu changé. L'ouest et le sud ouest restent largement plus concernés que la moyenne, au contraire du nord du pays, mais certaines régions ont perdu leur spécificité, comme la Picardie ou la Corse (auparavant sous-consommatrices) ainsi que les régions du massif central et de la bordure des Alpes ou la Bretagne (auparavant surconsommatrices). Les régions Midi-Pyrénées, Basse-Normandie et Bourgogne deviennent des régions surconsommatrices.

www.ofdt.fr

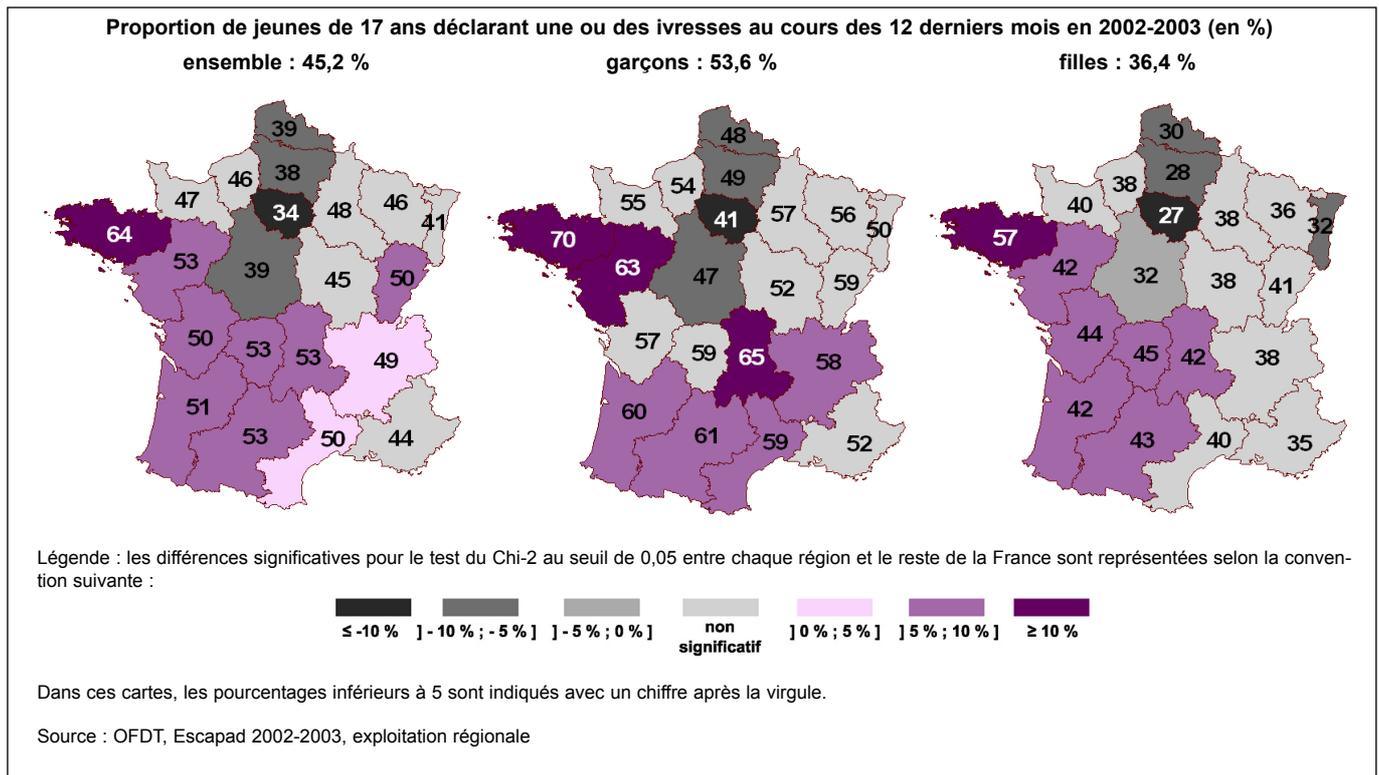
Fréquence d'ivresse au cours d'une année chez les jeunes âgés de 17 ans

45,2 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent au moins une ivresse dans l'année.

Près de la moitié (45,2 %) des jeunes interrogés dans l'enquête Escapad* en 2002-2003 déclarent au moins une ivresse au cours des douze derniers mois. Les régions Ouest et Sud Ouest présentent les fréquences les plus élevées. En effet, c'est en Bretagne (64 %) que les jeunes déclarent le plus

d'ivresses, puis en Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Limousin et Auvergne (53 % chacune). La région Île-de-France, est celle qui enregistre le moins d'ivresses pour les garçons comme pour les filles, mais plus d'un tiers des jeunes (34 %) ont cependant connu au moins une ivresse

dans l'année. Il s'agit d'un comportement plus fréquemment masculin : 53,6 % des garçons déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année contre 36,4 % des filles, et cette différence de 20 % se retrouve dans la quasi-totalité des régions.



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

Au moment de la finalisation du présent document, les résultats de l'enquête Escapad 2005 ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur.

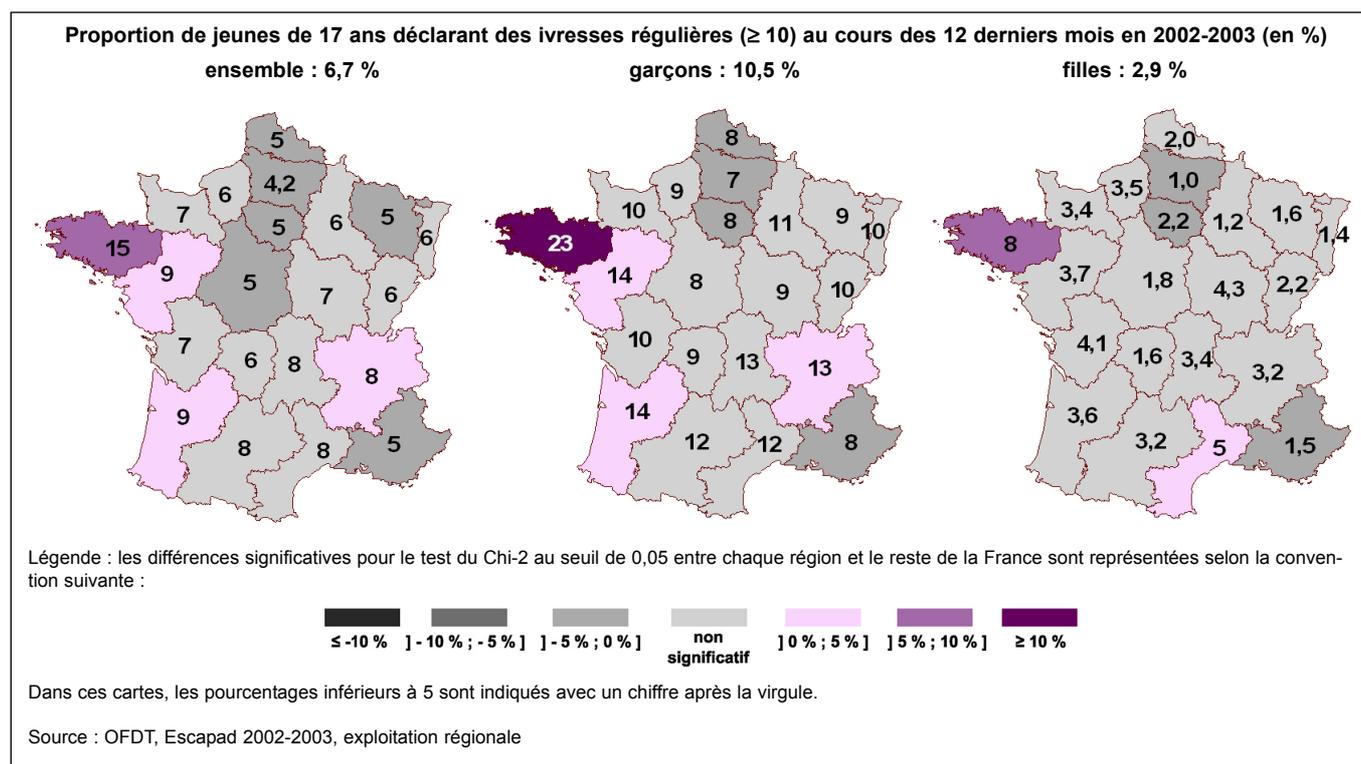
Ivresses régulières chez les jeunes âgés de 17 ans

Plus de 10 % des garçons de 17 ans déclarent au moins 10 ivresses dans l'année écoulée.

6,7 % des jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003 déclarent des ivresses régulières (plus de 10 fois) sur une durée d'un an, en France métropolitaine. Ce comportement concerne beaucoup plus les garçons (10,5 %) que les filles (2,9 %). La Bretagne est la région qui présente les plus fortes proportions d'ivresses régulières (15 %) soit 2 fois plus que la

moyenne nationale, que ce soit chez les garçons (23 %) ou chez les filles (8 %). Les régions Pays de la Loire, Aquitaine et Rhône Alpes présentent également des pourcentages supérieurs à la moyenne nationale. Les régions Picardie (4,2 %), Nord-Pas-de-Calais, Centre, Lorraine, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (5 % chacune) enregistrent les pour-

centages les plus faibles. Les autres régions, présentent des pourcentages d'ivresses régulières compris entre 6 % et 8 %, proches de la moyenne nationale. On relève une fréquence élevée pour les filles en région Languedoc-Roussillon (5 %).



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

L'OFDT vient de publier les résultats de l'enquête Escapad 2005.

En Métropole, l'enquête révèle une augmentation considérable des ivresses répétées (avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois). Elles passent de 19,0% à 26,0% entre 2002-2003 et 2005, évolution qui touche la majorité des régions, à l'exception de la Corse et de la Haute-Normandie, dont les niveaux sont restés stables.

En 2005, les ivresses répétées sont particulièrement fréquentes dans les régions situées à l'ouest et au sud ouest de la France, dans un croissant descendant de la Basse-Normandie à l'Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. L'Auvergne, la Bourgogne et la Franche-Comté sont également confrontées à des ivresses répétées plus fréquentes qu'en moyenne nationale. À l'inverse, les régions les moins concernées sont concentrées dans un ensemble qui remonte du Centre au Nord-Pas-de-Calais.

www.ofdt.fr

Consommation de drogues illicites

Les toxicomanies sont mal connues sur le plan épidémiologique en raison, entre autres, du caractère illicite de la consommation de stupéfiants et de la difficulté de fixer la limite entre consommation et dépendance.

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. En 2005, parmi les 18-75 ans, plus d'un quart des personnes (27 %) déclare l'avoir déjà expérimenté. Au total, près de 14 % des 18-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 9 % en sont usagers réguliers et 4 % usagers quotidiens (Baromètre santé 2005).

D'après l'enquête Escapad 2002/2003, sur l'ensemble du territoire, 53,0 % des jeunes de 17 ans interrogés déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (57,3 % des garçons et 48,5 % des filles). Le niveau d'expérimentation du cannabis a très fortement augmenté depuis le début des années 90. Il semble actuellement se stabiliser.

Comme tout produit psychoactif, sa consommation peut conduire à des usages problématiques et à la dépendance. On estime que 14 % des jeunes de 17-18 ans présenteraient ainsi des signes suggérant un risque élevé d'usage

problématique, tandis que 6 % seraient engagés dans une consommation présentant un risque plus modéré de dériver vers un usage problématique.

Différentes autres drogues illicites sont présentes sur le territoire français. Les plus connues sont les opiacés (morphine, héroïne...), la cocaïne, le crack, les amphétamines, l'ecstasy, les hallucinogènes et les inhalants/solvants. Leur consommation est beaucoup plus faible que celle du cannabis.

Les poppers sont les produits les plus consommés après le cannabis. Ils ont été expérimentés en France par 4,1 % des 18-64 ans. Utilisés dans les milieux homosexuels depuis les années 70, leur consommation s'est étendue secondairement à d'autres usagers, notamment dans l'espace festif.

Parmi les 18-64 ans, 2,6 % ont expérimenté la cocaïne, ainsi que les champignons hallucinogènes. Ecstasy et amphétamines sont des produits de synthèse recherchés pour leurs effets stimulants, particulièrement

dans les milieux festifs. L'ecstasy a déjà été expérimentée par 2 % des 15-64 ans, mais 3,7 % des 15-34 ans.

Pour les amphétamines, l'expérimentation concerne 1,5 % des 18-64 ans. On trouve aux États-Unis un dérivé puissant aux effets particulièrement dangereux, la métamphétamine, appelée encore crystal ou ice, mais sa consommation est encore marginale en France. Le LSD a été expérimenté par 1,1 % des 15-64 ans avec une plus forte consommation de 15 à 34 ans (3,7 %). Les colles et autres solvants, appelés aussi produits à inhaler, ont été consommés au moins une fois en France par 1,8 % des 18-64 ans. Enfin, moins de 1 % des 15-64 ans a déjà expérimenté de l'héroïne.

Entre 2000 et 2005, on constate une hausse significative de l'usage de cocaïne et d'ecstasy tandis que ceux de l'héroïne, du LSD et des amphétamines semblent en baisse. Les niveaux de consommation d'héroïne apparaissent relativement stables.

Le **cannabis** est une plante qui se présente sous 3 formes : l'herbe (marijuana), la résine (haschich) et l'huile (peu répandu en France).

La **cocaïne** est une substance obtenue à partir de la feuille de coca qui se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche. Elle peut être sniffée ("ligne de coke", le plus souvent), ou injectée par voie intraveineuse.

Le **crack** ("cocaïne base" ou "free base") est une forme dérivée de la cocaïne, obtenue à partir d'un mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque. Il se présente sous la forme de petits cailloux, dont la fumée est inhalée après chauffage.

Les **amphétamines** (ou "speed") sont des produits de synthèse, psychostimulants puissants (amphétamine, méthamphétamine), qui se présentent sous forme de poudre à sniffer, le plus souvent, mais aussi de comprimés.

L'**ecstasy** est un produit de synthèse se présentant généralement sous la forme de comprimés de couleur, ornés d'un motif ou d'un logo, mais aussi de poudre. Il est constitué d'une molécule particulière du groupe des amphétamines, la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine), responsable des effets psychoactifs.

Les **opiacés** sont des substances dérivées de l'opium, provenant de la culture du pavot. La morphine est un opiacé naturel, aux propriétés analgésiques mais fortement toxicomanogène. Elle est le précurseur de l'héroïne qui est, elle, un opiacé semi-synthétique se présentant le plus souvent sous la forme de poudre ou comprimés.

Les **substances hallucinogènes** sont soit naturelles (champignons hallucinogènes), soit synthétiques (LSD, kétamine).

Les **inhalants** les plus "consommés" sur le territoire français sont les **poppers** (des produits constitués à partir de nitrites dissous dans des solvants, aux effets aphrodisiaques et euphorisants) et les **solvants** contenus dans des produits d'usage courant (colle, vernis, détachants...).

Comparaisons européennes

Le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée en Europe. Sa consommation a augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'Union européenne au cours des années 90, notamment chez les jeunes.

Les chiffres nationaux concernant l'expérimentation au moins une fois dans la vie, varient considérablement, oscillant entre 2 et 31 %, les chiffres les plus bas étant enregistrés à Malte, en Bulgarie et en Roumanie, et les plus élevés au Danemark (31 %), en Espagne (29 %), en France (26 %) et au Royaume-Uni (30 %) (Source rapport OEDT 2006).

La consommation de cannabis des jeunes français est une des plus élevées d'Europe. Ainsi, avec 38 % de 15-16 ans scolarisés déclarant avoir déjà expérimenté le cannabis et 22 % qui déclarent une consommation au cours du mois, la France se situe parmi les tout premiers pays européens (respectivement à la 5^e et 1^{re} place pour les deux indicateurs) [3].

Références bibliographiques

1. Beck F., Legleye S., Spilka S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003. OFDT, 2004, 251 p.
2. Beck F., et al. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte Tendances, n°48, 6 p.
3. Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

Pour en savoir plus :

- Observatoire européen des drogues et toxicomanies. État du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel 2006.
- Beck F, Legleye S, Spilka S. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003. Saint Denis, OFDT, 2005, 224 p.

Consommation de drogues illicites

Entre 2000 et 2005, on relève une augmentation de l'expérimentation de l'usage de cannabis parmi la population âgée de 15 à 64 ans : cette proportion est passée de 24,9 à 30,6 % (source Baromètres santé Inpes).

La consommation régulière augmente également de manière significative dans cette population, passant de 1,7 % en 2000 à 2,8 % en 2005.

Usages de consommation de cannabis parmi les 15-64 ans en 2000 et 2005 (en %)

	2000	2005	2000 vs 2005
Abstinent	75,1	69,4	***
Expérimentateur	24,9	30,6	***
Consommateur dans l'année	8,8	8,6	Ns
Consommateur récent ¹	4,5	4,8	Ns
Consommateur régulier	1,7	2,8	***

¹ : au moins un usage au cours des 30 derniers jours

*** : p<0,001 ; ns : non significatif

Source : Baromètres santé, Inpes

Expérimentation du cannabis chez des jeunes âgés de 17 ans

53 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent avoir déjà expérimenté du cannabis au cours de leur vie.

Parmi les jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003, 53 % déclarent avoir déjà expérimenté du cannabis au cours de leur vie, en France métropolitaine.

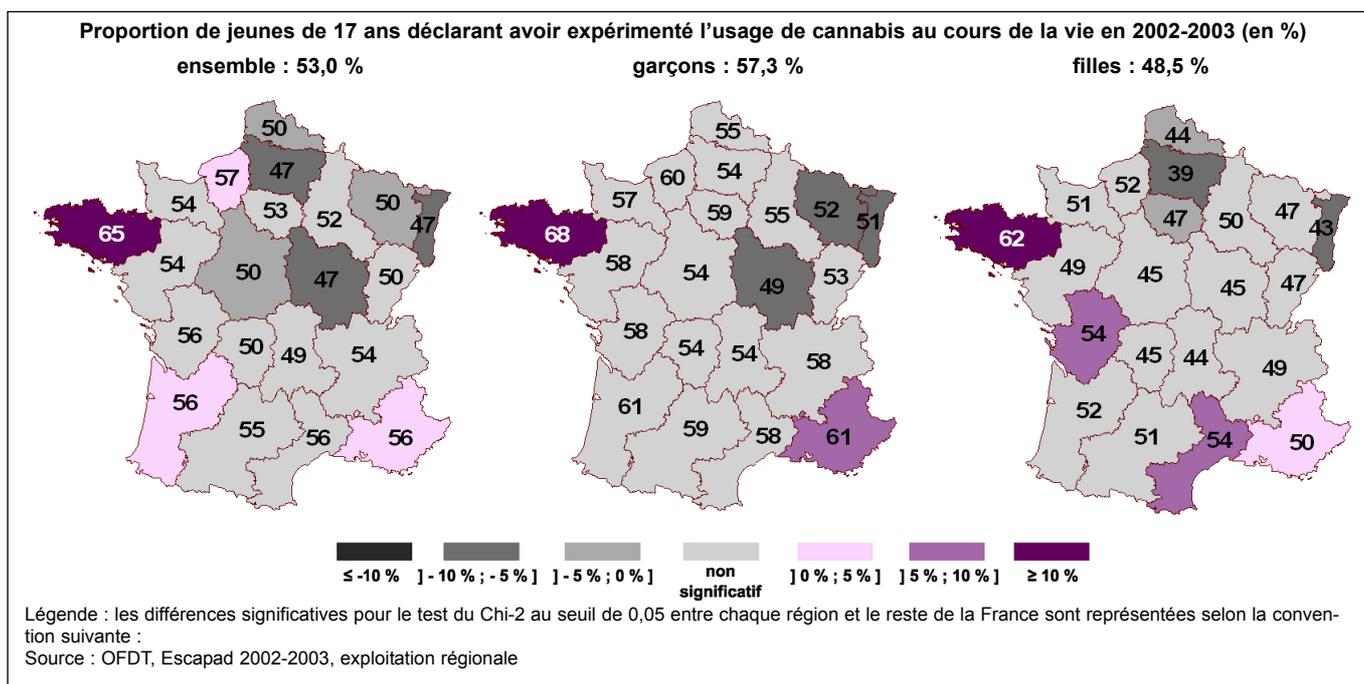
Cette expérimentation est la plus forte en Bretagne (65 %), suivie des régions Haute-Normandie, Aquitaine et

Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ces dernières étant toutefois plus proches de la moyenne nationale.

À l'inverse, dans un quart nord-est, les régions Nord-Pas-de-Calais, Lorraine (50 % chacune), Picardie, Bourgogne, Alsace ainsi que Centre (47 % chacune) présentent un pourcentage d'expé-

rimentateurs de cannabis inférieur à la moyenne nationale.

Dans toutes les régions, les garçons sont plus fréquemment expérimentateurs que les filles (57,3 % versus 48,5 % en France métropolitaine).



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

Au moment de la finalisation du présent document, les résultats de l'enquête Escapad 2005 ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur.

Usage de cannabis au cours des 30 derniers jours chez des jeunes âgés de 17 ans

Un tiers des jeunes interrogés en 2002-2003 déclare avoir consommé du cannabis dans le mois précédant l'enquête.

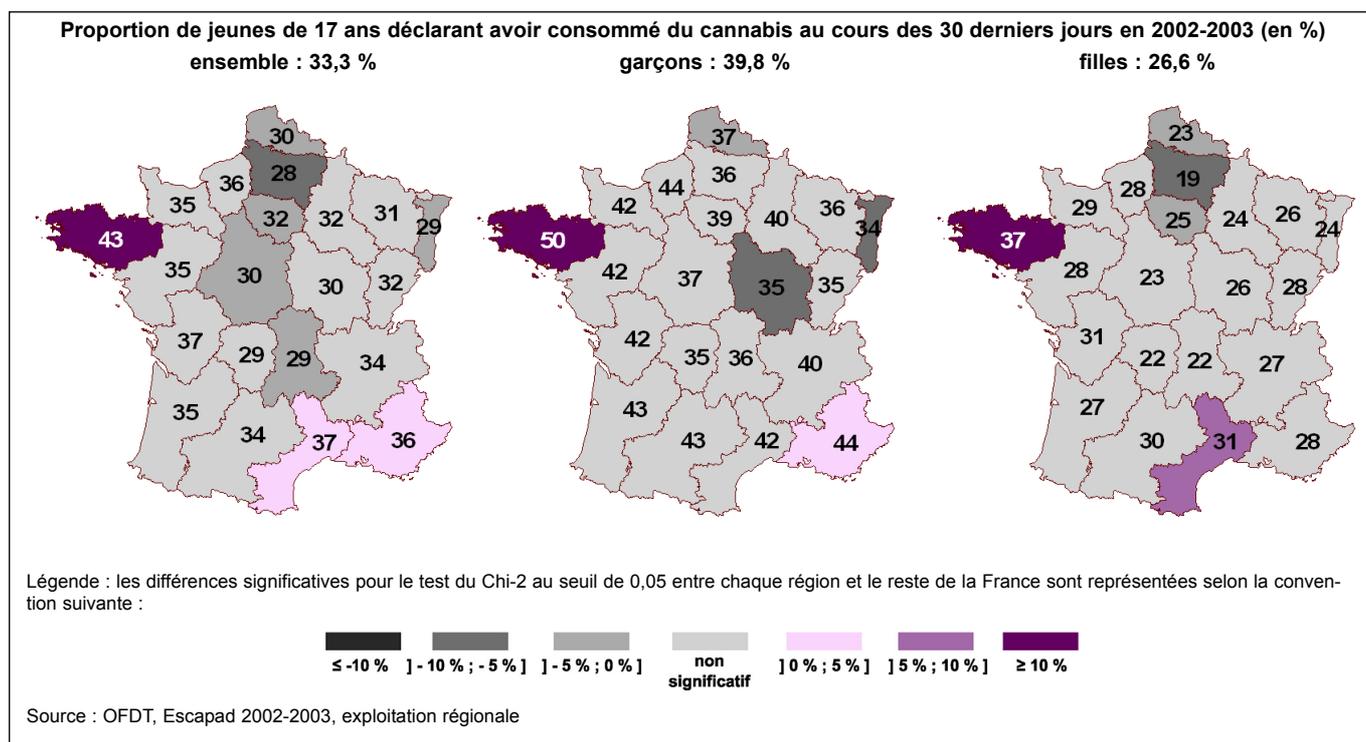
Un tiers des jeunes (33,3 %) interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003 déclare avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours (39,8 % pour les garçons et 23,6 % pour les filles) en France métropolitaine.

Le plus fort usage de cannabis dans le mois est relevé en Bretagne (43 %), ainsi que dans les régions Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte

d'Azur. Ce sont les régions du Nord (Picardie, Nord-Pas-de-Calais), l'Île de France, le Centre, l'Auvergne, et l'Alsace qui présentent les pourcentages les plus faibles, de l'ordre de 30 %.

C'est en Bretagne qu'est enregistré le plus grand usage de cannabis pour les garçons comme pour les filles (respectivement 50 % et 37 %) suivi pour les

garçons par Provence-Alpes-Côte d'Azur (44 %) et pour les filles par Languedoc-Roussillon (31 %). Les usages les plus faibles sont, quant à eux, enregistrés, pour les garçons, en Alsace (34 %), en Bourgogne et Nord-Pas-de-Calais, et pour les filles, en Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Centre et Île-de-France.



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

Au moment de la finalisation du présent document, les résultats de l'enquête Escapad 2005 ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur.

Usage régulier de cannabis chez des jeunes âgés de 17 ans

Près d'un jeune garçon sur cinq déclare avoir consommé régulièrement du cannabis pendant le mois précédant l'enquête.

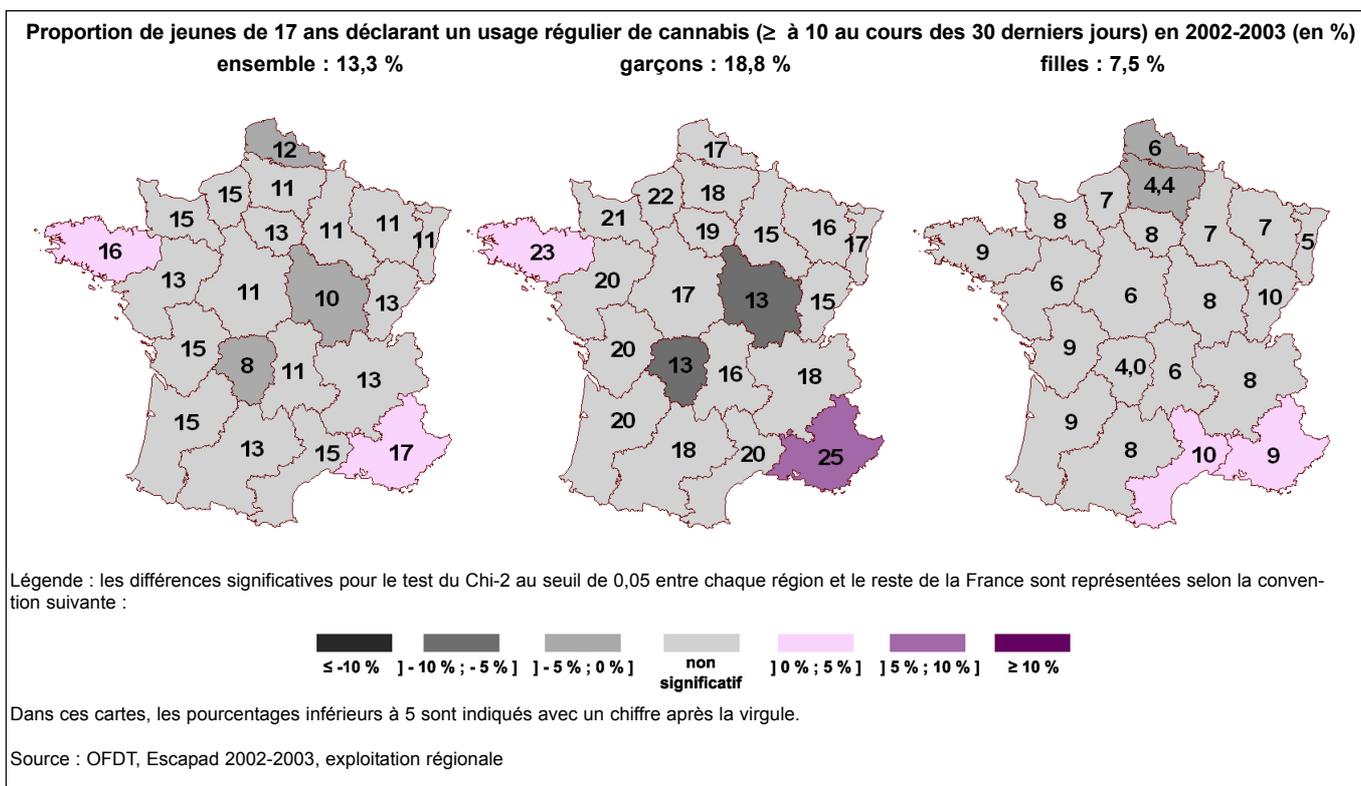
13,3 % des jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003 déclare consommer régulièrement (plus de 10 fois au cours du dernier mois) du cannabis (18,8 % pour les garçons et 7,5 % pour les filles).

C'est dans les régions Bretagne (16 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (17 %) qu'un usage régulier de cannabis est le plus souvent relevé, tandis que les

régions Limousin (8 %), Bourgogne (10 %) et Nord-Pas-de-Calais (12 %) présentent un usage régulier moins fréquent.

Les usages de cannabis diffèrent selon les sexes. Les garçons sont plus souvent consommateurs réguliers de cannabis en Provence-Alpes-Côte d'Azur (25 %) et Bretagne (23 %), tandis qu'on

trouve davantage de filles consommatrices régulières en Languedoc-Roussillon (10 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (9 %). À l'inverse, les pourcentages les plus faibles sont déclarés en Bourgogne (13 %) et Limousin (13 %) pour les garçons, en Nord-Pas-de-Calais (6 %) et Picardie (4 %) pour les filles.



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

L'OFDT vient de publier les résultats de l'enquête Escapad 2005.

Au plan national, la consommation régulière de cannabis redescend à 10,8% en 2005, entraînant la baisse ou la stagnation des niveaux dans la plupart des régions. La seule à faire exception est la Bourgogne, où le niveau semble s'être élevé entre les deux mesures.

En comparaison avec 2002/2003, la hiérarchie des régions s'est modifiée, faisant apparaître des contrastes plus nombreux qu'auparavant, même si l'écart entre les régions extrêmes s'est maintenu (environ 12 points séparent la Corse de la Bretagne). Le gradient nord-sud a cependant été accentué, de même qu'ont été préservées les spécificités des régions Limousin, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Corse, et qu'a été soulignée l'homogénéité du pourtour méditerranéen. La Bourgogne passe de relativement sous-consommatrice à relativement surconsommatrice.

www.ofdt.fr

Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis chez les jeunes âgés de 17 ans

15,6 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent avoir expérimenté un produit illicite autre que le cannabis au cours de leur vie.

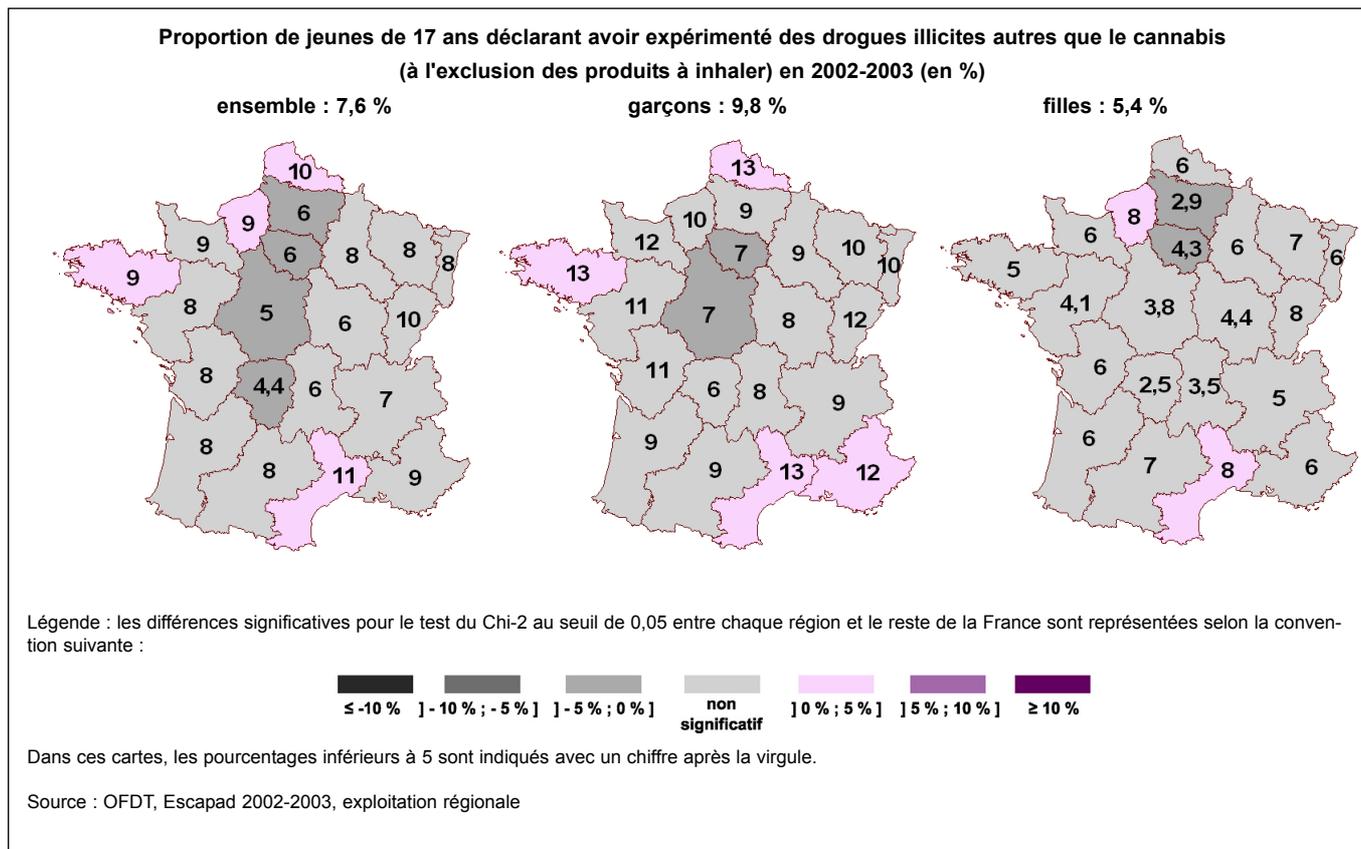
La proportion de jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003 ayant expérimenté d'autres produits illicites que le cannabis (à l'exclusion des produits à inhaler) est assez homogène en France métropolitaine. Au total, cette expérimentation concerne 7,6 % des jeunes de 17 ans. Les garçons

sont presque deux fois plus souvent expérimentateurs d'autres produits illicites (9,8 %) que les filles (5,4 %).

Chez les garçons, les régions les plus concernées sont la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais, et les régions du Sud-Est (Provence-Alpes Côte d'Azur et

Languedoc-Roussillon). Les régions Île-de-France et Centre présentent des fréquences inférieures à la moyenne nationale.

Pour les filles, les régions Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon ont les fréquences d'expérimentation les plus élevées.



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

Au moment de la finalisation du présent document, les résultats de l'enquête Escapad 2005 ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur.

Consommation d'autres produits

La consommation de médicaments psychotropes, qu'elle soit à visée thérapeutique ou non, est extrêmement fréquente en France, et contrairement aux autres produits, plutôt féminine.

Certains médicaments, comme les produits de substitution aux opiacés, sont parfois détournés de leur usage.

Les conduites dopantes touchent aussi bien les sportifs de haut niveau que le sport de masse ou de loisirs. Elles sont relativement mal connues.

Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent des produits agissant sur l'activité cérébrale. Il s'agit principalement des hypnotiques, des anxiolytiques et des antidépresseurs. Consommés pour l'essentiel dans un cadre thérapeutique, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques.

L'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes [Enquête EROPP 2002]. Contrairement à la plupart des autres produits, leur consommation est beaucoup plus féminine : 6 % des hommes et 12 % des femmes ont fait usage d'antidépresseurs au cours de l'année, ces chiffres étant respectivement de 12 % et 20 % pour la catégorie comprenant les tranquillisants (anxiolytiques) et les somnifères (hypnotiques). La prise de médicaments psychotropes au cours de l'année augmente avec l'âge, passant de 7 % entre 18 et 25 ans à 11 % chez les plus de 55 ans pour les antidépresseurs et de 9 % à 23 % pour les tranquillisants et somnifères. Chez les 55-75 ans, environ une femme sur trois a consommé des médicaments

psychotropes au cours des douze derniers mois, contre un homme sur cinq.

Certains médicaments psychoactifs (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) sont parfois détournés de leur usage thérapeutique. Il s'agit par exemple de médicaments opiacés à usage médical (ex : Néocodion®), de benzodiazépines (ex : Rohypnol®), ou encore de médicaments à usage neurologique (ex : Artane®). Les traitements de substitution aux opiacés (surtout la BHD -buprénorphine haut dosage- ou Subutex®), prescrits dans le cadre de la politique de réduction des risques, font également l'objet de détournements, dans des populations marginalisées.

Parmi les 15-75 ans, 5,9 % ont pris au moins un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles au cours des douze derniers mois. Ce sont principalement des produits de prescription courante, tels que des vitamines, et non pas à proprement parler des produits interdits, inscrits sur la liste. Peu d'enquêtes ont été menées directement auprès des sportifs, amateurs ou professionnels. Chez les

adultes amateurs, la consommation de produits dopants ne semble pas marginale : entre 3 % et 10 % selon les études.

Chez les jeunes, 11 % des scolarisés ont expérimenté au moins une fois au cours de leur vie un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles. Il s'agit là aussi plutôt de produits de prescription courante que de produits dopants. Ces consommations concernent plus les garçons que les filles. Elles sont liées à la pratique d'un sport et dépendent de la nature de cette activité sportive, les sports de force et de combat étant particulièrement concernés.

Comparaisons européennes

La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments au monde. Elle se situe également en tête pour les médicaments psychotropes. Chez les adolescents âgés de 16 ans, la consommation de tranquillisants et somnifères place la France parmi les tout premiers pays européens : avec 13 % des jeunes élèves français qui déclarent au moins un usage au cours de la vie de médicaments psychotropes sans ordonnance, elle occupe ainsi la troisième place du classement derrière la Pologne et la Lituanie [3].

Références bibliographiques

1. Beck F., Legleye S. Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes. Tendances n°30, 2003, 6 p.
2. Inpes, Baromètre santé 2005 - Premiers résultats. Éditions Inpes, mars 2006, 170 p.
3. Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. and Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2004, 450 p.

Pour en savoir plus :

- Septième rapport national du dispositif TREND Tendances n° 52, OFDT, 4 p. Décembre 2006.
- Aeberhard P., Bréchat PH. Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes. Éditions ENSP. Oct 2003. 303 p.
- Observatoire européen des drogues et toxicomanies. État du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel 2006.

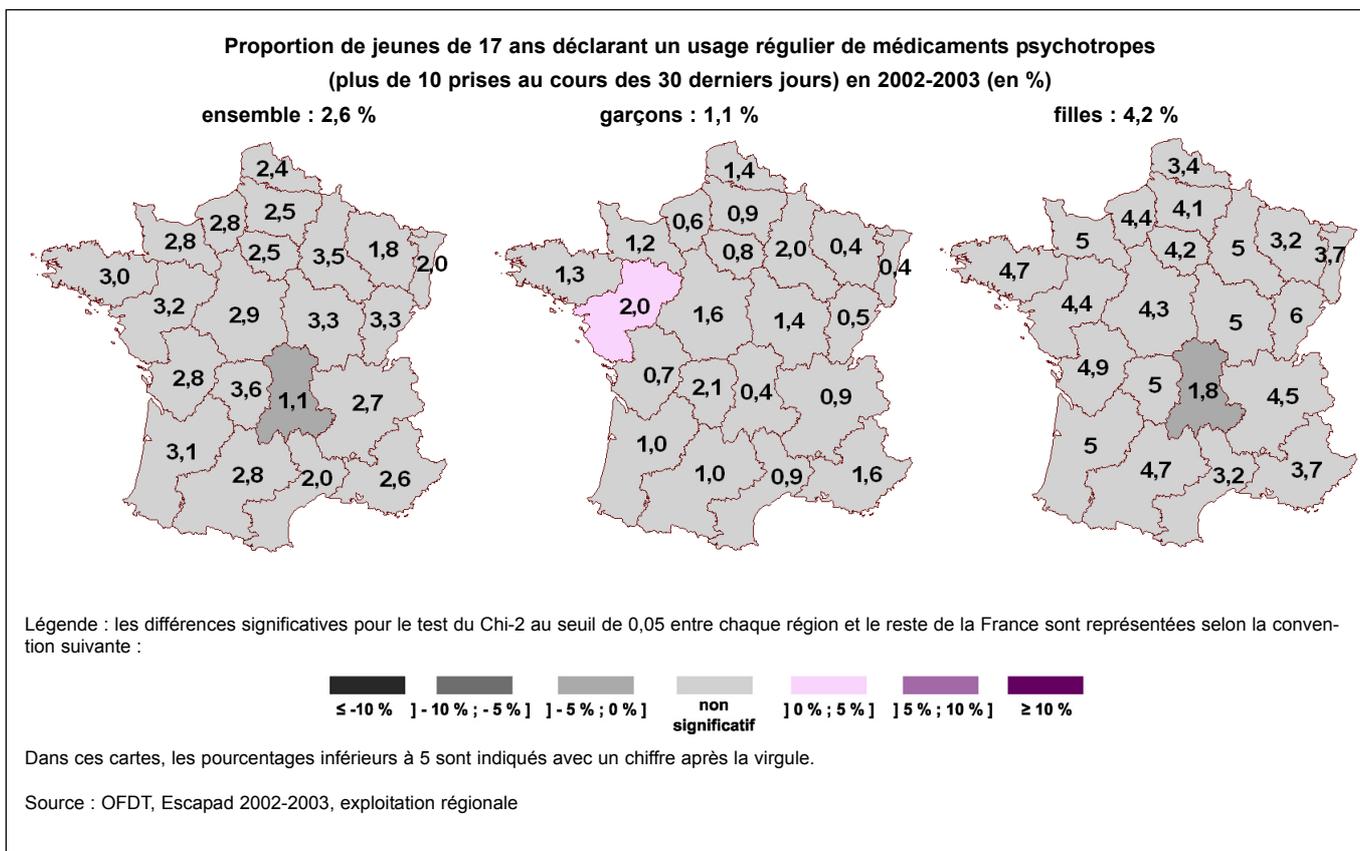
Usage régulier de médicaments psychotropes chez les jeunes âgés de 17 ans

2,6 % des jeunes interrogés en 2002-2003 déclarent un usage régulier de médicaments psychotropes dans le mois précédant l'enquête.

2,6 % des jeunes interrogés lors de l'enquête Escapad* 2002-2003 déclarent un usage régulier de psychotropes sur une durée d'un mois, en France métropolitaine. Cet usage est homogène sur l'ensemble du territoire. La région Auvergne présente une consommation nettement inférieure à la

moyenne nationale (1,1 %). Les filles présentent une consommation régulière nettement supérieure aux garçons (4,2 % versus 1,1 %). Si l'ensemble des régions montre une consommation homogène, en Pays de la Loire, les garçons consomment plus de psychotropes que la moyenne natio-

nale masculine (2 % versus 1,1 %). À l'inverse, en Auvergne, les filles consomment moins de psychotropes que la moyenne nationale féminine (1,8 % versus 4,2 %).



* Depuis l'an 2000, l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad) contribue à l'amélioration des connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes français. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Réalisée régulièrement, Escapad constitue un baromètre des usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites à un âge stratégique. Les résultats obtenus au cours des exercices 2002 et 2003 portent sur quelques 27 000 jeunes de 17 ans interrogés en France métropolitaine et fournissent des indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives dans 21 régions (les données pour la Corse ne sont pas présentées compte tenu de la faiblesse des effectifs) (cf. annexes).

Escapad 2005

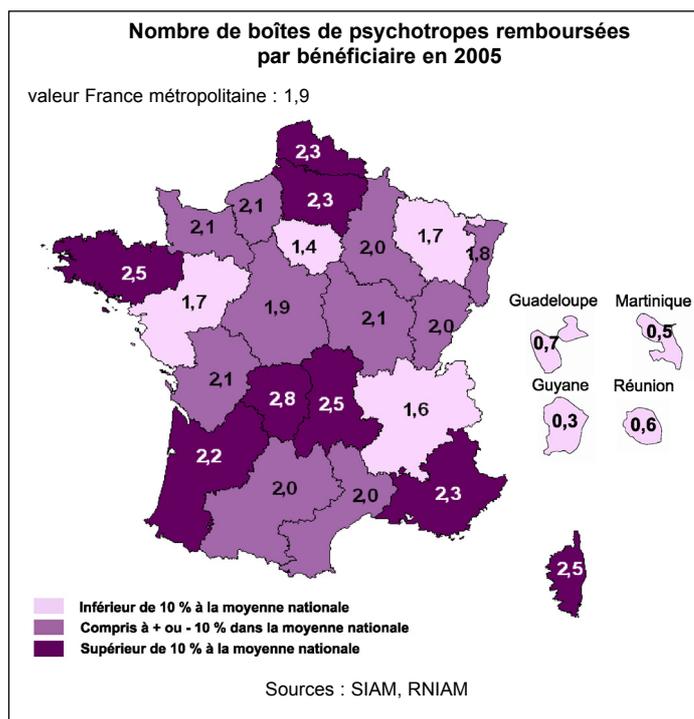
Au moment de la finalisation du présent document, les résultats de l'enquête Escapad 2005 ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur.

Psychotropes vendus

En moyenne, en France, 1,9 boîte de psychotropes a été vendue par personne en 2005.

Le nombre de boîtes vendues par assuré en 2005 est le plus élevé en Limousin (2,8 boîtes par personne), devant l'Auvergne, la Corse, la Bretagne (2,5 chacune). En France métropolitaine, les taux les plus faibles sont observés en région Île-de-France (1,4), Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Lorraine. Des taux bien plus faibles encore sont constatés dans les DOM avec 0,3 boîte par assuré en Guyane, 0,5 en Martinique, 0,6 à la Réunion et 0,7 en Guadeloupe. Il convient de souligner que ces données n'ont pas été standardisées sur l'âge.

La consommation de médicaments psychotropes augmentant avec l'âge, les taux de remboursement élevés de certaines régions pourraient s'expliquer par l'âge avancé de leur population et, à l'inverse, les faibles taux d'autres régions, par la relative jeunesse de leur population.



Les ventes correspondent à des prescriptions effectuées par :

- les omnipraticiens libéraux (généralistes et à modes d'exercice particulier) ;
- les spécialistes libéraux ;
- les médecins salariés d'un établissement (centres de santé, hôpitaux, etc.) ;
- les autres prescripteurs : dentistes et sages-femmes.

Ces ventes concernent les personnes protégées par le régime général, sections locales mutualistes incluses.

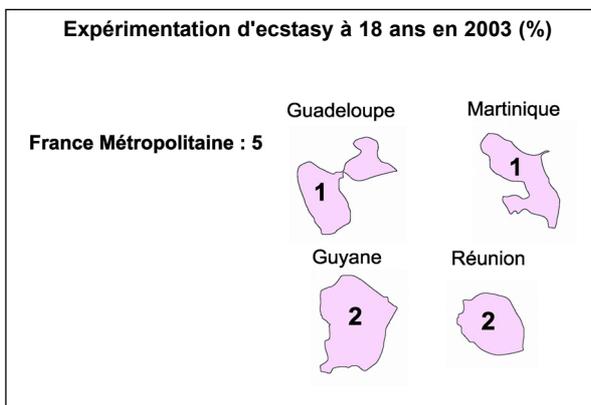
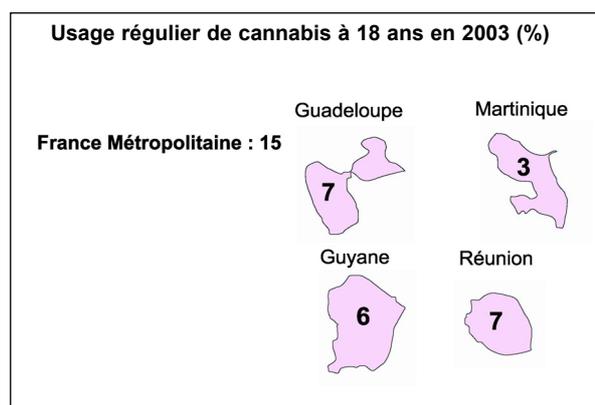
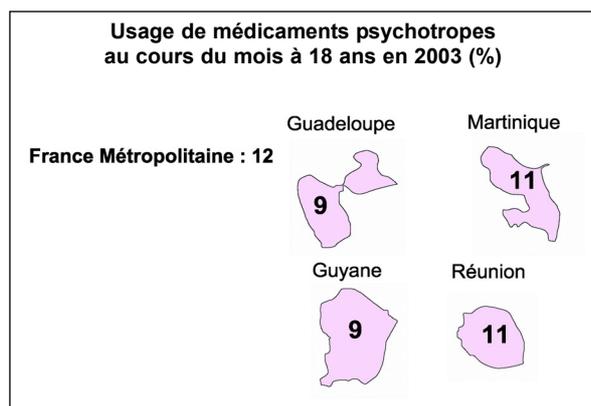
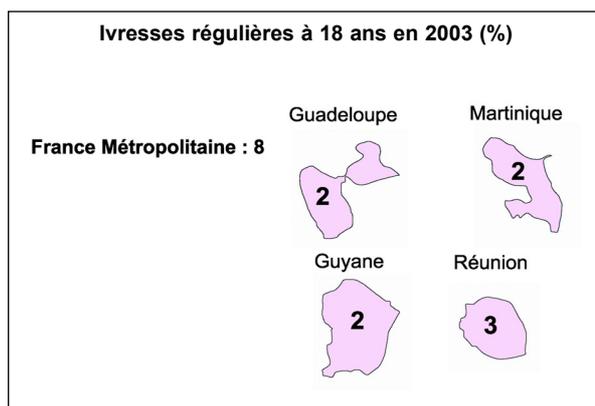
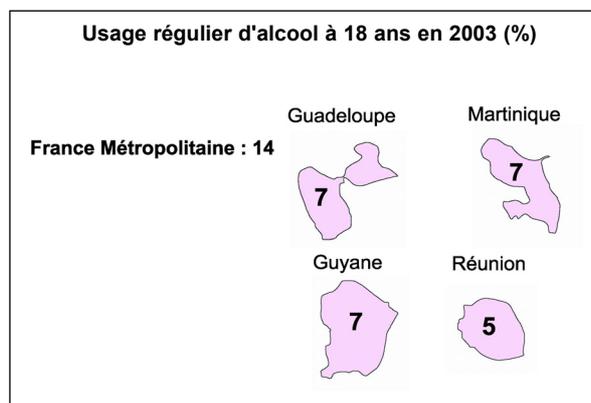
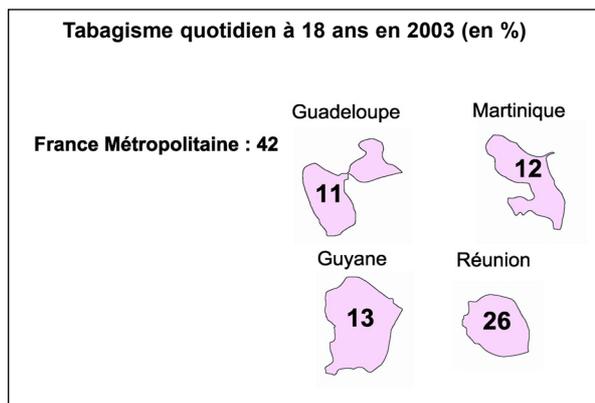
Les psychotropes concernés sont les hypnotiques, sédatifs et tranquillisants.

Les consommations de produits psychoactifs dans les départements d'Outre Mer

D'une manière générale, les usages de produits psychoactifs observés dans les DOM sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine à l'exception des médicaments psychotropes. En matière de tabagisme, l'usage régulier est particulièrement peu fréquent dans les départements d'Antilles-

Guyane alors que la Réunion se rapproche de la moyenne nationale. Les résultats des DOM pour l'usage d'alcool sont assez homogènes alors que pour le cannabis, l'usage régulier apparaît nettement moins répandu en Martinique que dans les trois autres départements. Pour tous les autres pro-

duits psychoactifs interdits par la loi, on constate que les expérimentations sont nettement plus rares qu'en Métropole, avec des niveaux inférieurs à 1 % aux Antilles-Guyane et à 2 % à la Réunion sauf pour les produits à inhaler (colles et solvants) un peu plus fréquents (3 - 4 %).



Source : OFDT, Escapad 2003, exploitation régionale

Les données de l'enquête Escapad concernant les DOM sont présentées à part car l'analyse a été réalisée différemment. Pour les régions de France, l'analyse porte sur les jeunes ayant 17 ans révolus au moment de la collecte 2002 et 2003. Dans les DOM, seules les données 2003 ont été utilisées et

les âges ne sont pas calculés en âge révolu mais en millésime (année d'enquête - année de naissance). Pour la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion, seuls les individus de 18 ans ont donc été retenus, mais en Guyane on a aussi gardé les jeunes de 17 ans pour pallier la faiblesse des effectifs. Il

faut également signaler que les résultats concernant la Guyane doivent être interprétés avec précaution car il semble qu'une part importante de la jeunesse guyanaise ne participe pas à la Journée d'appel et de préparation à la défense.

LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

La consommation de produits psychoactifs peut avoir de nombreux effets sanitaires et sociaux.

Les dommages pour la santé peuvent être directement liés au produit, par son action sur le système nerveux central (accident, passage à l'acte suicidaire), par ses effets (toxiques, cancérogènes...) ou par son mode d'administration (risques infectieux de l'injection et du sniff).

Les dommages peuvent aussi toucher les non-consommateurs, par exposition passive (tabagisme passif, consommations pendant la grossesse) ou du fait des conséquences comportementales (accidents, violences) et sociales (isolement, perte d'emploi, marginalisation).

Du fait du grand nombre de consommateurs, le tabac et l'alcool créent les dommages les plus importants sur la santé des Français.

Conséquences du tabac sur la santé

Les effets sur la santé de la consommation de tabac sont nombreux : cancers, maladies respiratoires et cardiovasculaires en sont les principaux. Des millions de personnes en souffrent, souvent de façon insidieuse, et 60 000 en meurent chaque année en France. On estime que 3 000 à 5 000 décès seraient liés au tabagisme passif.

Li n'y a pas de seuil en dessous duquel la consommation de tabac serait sans danger. Le risque est cumulatif avec l'ancienneté et l'intensité du tabagisme, mais réversible à l'arrêt.

Les cancers primitifs du poumon, des bronches et de la trachée sont dans leur grande majorité liés au tabagisme. Le risque est 10 fois plus élevé pour un fumeur que pour un non-fumeur. Plus de 80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme, la part étant plus faible chez les femmes (70 %). Le risque peut être multiplié en cas d'expositions associées à des facteurs professionnels et environnementaux (amiante, arsenic, chrome, nickel, composés organiques volatils, radon...).

Le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon est estimé à 27 700 en France en 2000 par le réseau français des registres du cancer (Francim) : 23 100 cas chez les hommes, pour qui il constitue le 2^e cancer le plus fréquent après celui de la prostate, et 4 600 chez les femmes. En 2003, 26 200 personnes sont décédées de cancer du poumon, dont 21 000 hommes, pour qui il s'agit de la première cause de mortalité par cancer, et 5 200 femmes, pour lesquelles c'est la 3^e cause de mortalité par cancer après ceux du sein et du côlon-rectum.

Le cancer de la vessie (10 800 nouveaux cas en 2000, et 4 500 décès en 2003) est aussi lié au tabagisme, avec un risque multiplié par 3 chez les fumeurs.

Le tabagisme est également une cause des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS :

lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage, en association avec l'alcool.

Le tabagisme serait aussi facteur de risque d'autres cancers : pancréas, estomac, foie, rein, col utérin.

Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont directement causées par le tabagisme : bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques, évoluant ensuite vers l'insuffisance respiratoire. Le risque de bronchite chronique est multiplié par 10 chez les fumeurs.

Les BPCO seraient pour 80 % attribuables au tabagisme. Les expositions professionnelles (mines, sidérurgie, industrie textile, agriculture, bâtiment...) sont également en cause, ainsi que la pollution aérienne et le cannabis. Ces maladies sont insidieuses et sous-diagnostiquées. Le ministère chargé de la santé estime leur prévalence entre 6 % et 8 % de la population adulte française en 2005, dont 100 000 personnes présentant des formes sévères nécessitant une assistance respiratoire à domicile.

Le tabagisme favorise aussi les infections respiratoires (grippe, pneumonies, bronchites aiguës...).

Le tabagisme est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires thrombosantes telles que les cardiopathies ischémiques (l'insuffisance coronarienne, évoluant ensuite vers l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux et l'artérite des membres inférieurs. Le risque cardiovasculaire est multiplié par

2 à 3 chez les fumeurs. Pour les femmes, le risque est accru en cas de contraception orale : l'association avec le tabac multiplie par 10 le risque d'accident vasculaire cérébral.

Le tabagisme diminue la fertilité masculine et féminine. Chez la femme enceinte, le tabac augmente les risques de grossesse extra-utérine, de fausse couche, d'anomalies du placenta et d'enfant mort-né. Il est responsable d'une hypotrophie fœtale et/ou d'un accouchement prématuré plus fréquent. Il est ainsi la première cause de petit poids de naissance.

Le tabagisme passif de l'enfant augmente le risque d'infection respiratoire basse (+72 % si la mère fume) et d'otite récidivante (+48 % si les deux parents fument). La fumée est un facteur déclenchant de crise d'asthme. Pour le nourrisson, il y a un risque doublé de mort subite. Les risques, quoique très inférieurs à ceux liés au fait de fumer soi-même, sont significatifs aussi chez l'adulte : le tabagisme dans l'entourage augmente d'un quart le risque de cancer du poumon ou d'accident coronarien. Le nombre de décès par tabagisme passif est estimé entre 3 000 et 5 000 décès en 2006, 1 million de personnes étant exposées.

L'Université d'Oxford a estimé que 60 600 décès étaient attribuables au tabagisme en France en 2000, dont 90 % chez les hommes. Cette estimation se base sur la fraction des décès attribuable à chaque pathologie. Le tabagisme serait responsable de 54 600 décès par an chez les hommes, soit un décès sur cinq et un décès par cancer sur trois. Chez les femmes, seuls 6 000 décès sont imputables au tabac, soit 2 % des décès et 4 % des décès par cancer.

Estimation du nombre de décès par tabagisme en France en 2000

	Hommes		Femmes		Total
	FA*	Nombre	FA	Nombre	Nombre
Cancers poumon, trachée, bronches	90 %	18 600	42 %	1 800	20 400
Cancers voies aérodigestives supérieures et œsophage	60 %	5 500	16 %	300	5 800
Autres cancers	12 %	6 600	1 %	300	6 900
Total cancers	35 %	30 700	4 %	2 400	33 100
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives	67 %	3 900	24 %	900	4 800
Autres maladies respiratoires	11 %	1 400	1 %	200	1 600
Maladies cardio-vasculaires	13 %	9 900	1 %	1 200	11 100
Autres	14 %	8 700	2 %	1 300	10 000
Total	20 %	54 600	2 %	6 000	60 600

* FA = fraction attribuable

Source : Insem-CépiDC, exploitation CTSU/University of Oxford

Pour calculer la mortalité par tabagisme présentée ci-dessus, il est nécessaire de connaître, pour chaque cause de décès, la fraction attribuable au tabagisme. Ces fractions ne sont pas stables dans le temps car elles dépendent de la fréquence de l'exposition au tabac et aux autres facteurs de risque en cause dans ces maladies. De ce fait, il est plus simple et plus stable de s'intéresser aux causes de mortalité les plus directement imputables au tabagisme : cancer du poumon, broncho-pneumopathies obstructives chroniques et cardiopathies ischémiques.

Comparaisons européennes

En Europe, on observe des proportions de décès liées au tabac très élevées (de 18 % à 21 % de l'ensemble des décès en 2000) en Hongrie, au Danemark, en Pologne, au Royaume-Uni, en Belgique, en Irlande et aux Pays-Bas. À l'inverse, ces proportions sont d'environ 10 % ou moins en Bulgarie, Finlande, Suède, à Malte en ou bien au Portugal. La situation est médiane en France avec 12 % de décès liés au tabac.

Les proportions sont souvent bien supérieures pour les décès masculins que féminins, mais cet écart tend à se réduire et est plus modéré dans certains pays. Ainsi l'écart est plus faible en Suède (respectivement 10 % et 7 % des décès), en Irlande (20 % et 16 %) ou au Danemark (22 % et 18 %), alors qu'il est maximal en Belgique (30 % versus 5 %) ou bien en Lituanie (23 et 0 %) et en Pologne (29 % et 7 %) selon l'OMS (<http://data.euro.who.int/tobacco>). En France, l'écart est relativement important (20 % chez les hommes versus 2 % chez les femmes).

Références bibliographiques

- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances. Données essentielles. La Découverte, Paris, 2005, 202 p.
- Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglia E, Estève J. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2002, 217 p.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Le cancer dans les régions de France. Fnors, Paris, 2006, 54 p. Document consultable en ligne sur le site www.fnors.fr
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France. Fnors, Paris, 2006, 83 p. Document consultable en ligne sur le site www.fnors.fr
- Ministère de la Santé. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 - 2010. "Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO". Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, 2005, 70 p. Document consultable en ligne sur le site Internet www.sante.gouv.fr
- Direction générale de la santé / GTNDO. Cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et insuffisance cardiaque. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, 2003, 16 p. Document consultable en ligne sur le site Internet www.sante.gouv.fr
- Collectif. Conférence de consensus grossesse et tabac, 7-8 octobre 2004 à Lille. Anaes, Paris, 2004, 37 p.
- Document consultable en ligne sur le site de la Haute Autorité de santé : www.has.fr
- Dautzenberg B. Le tabagisme passif. La Documentation Française, Paris, 2001, 200 p. Synthèse consultable en ligne sur le site Internet www.sante.gouv.fr
- Direction générale de la santé. La stratégie de lutte contre le tabagisme. Prévention du tabagisme passif. Le tabagisme passif et ses risques pour la santé. DGS, Paris, 2006, 1 p. [URL : www.sante.gouv.fr/html/dossiers/tabagismepassif_risques.htm]
- Académie Nationale de Médecine. Les causes du cancer en France. Nouvelles données scientifiques. 2007, 275 p.

Mortalité liée au tabagisme

Les trois causes de décès les plus directement liées au tabagisme (cancers du poumon, bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques) sont responsables de 80 200 décès par an, dont 16 600 décès prématurés (avant 65 ans), touchant en grande majorité des hommes. Ils représentent 15 % de l'ensemble des décès et des décès prématurés. Ils ont tendance à diminuer, à l'exception du cancer du poumon qui augmente chez les femmes.

La mortalité due au tabagisme est associée à trois causes principales : les cancers de la trachée, des bronches et des poumons ; les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives ; les cardiopathies ischémiques. Elles ont entraîné en moyenne 80 200 décès par an en France entre 2001 et 2003 (dernières années disponibles).

Deux décès sur trois (65 %) surviennent chez les hommes (51 900 décès).

Les cardiopathies ischémiques sont les plus fréquentes (44 100 décès), devant les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (25 900) et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (10 200).

Le taux de mortalité par ces trois causes est de 120 décès pour 100 000 habitants en France par an entre 2001 et 2003. Il est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 197 décès pour 100 000 hommes, contre 65 pour 100 000 femmes.

Les décès par ces trois causes principales liées au tabagisme représentent 15 % des décès, chez les hommes comme chez les femmes.

Le tabac n'est pas le seul facteur en cause dans ces décès. Les cardiopathies ischémiques en particulier comportent de nombreux autres facteurs de risques hypertension artérielle, hyperlipidémies, diabète, etc.) notamment après 65 ans.

La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) pour les trois causes principales liées au tabagisme est de 16 600 décès par an entre 2001 et 2003, dont plus de quatre sur cinq (82 %) chez les hommes. Le tabagisme est le plus directement imputable dans ces décès prématurés.

Le taux de mortalité prématurée par ces trois causes est de 30,3 décès pour 100 000 habitants en France par an entre 2001 et 2003. Il est cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 51,1 décès pour 100 000 hommes, contre 10,3 pour 100 000 femmes.

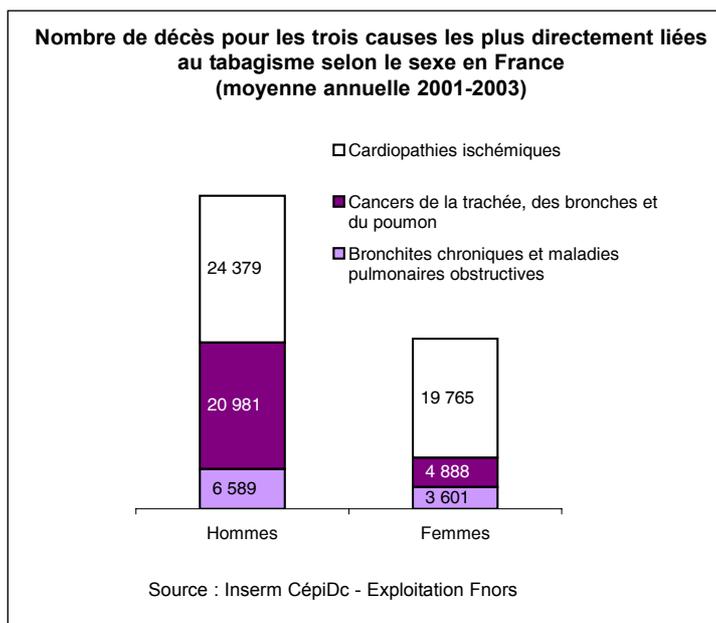
Tendance évolutive* :

Le nombre de décès par ces trois causes a baissé de 5 000 en dix ans, en dépit d'une hausse de 3 000 décès par cancer du poumon durant cette période.

Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué pour les trois causes. Le taux de mortalité global a baissé de 21 % en 10 ans, et le taux de mortalité prématurée de 17 %.

Chez les femmes, le taux de mortalité pour les trois causes a baissé de 22 % en 10 ans, malgré une augmentation du taux de mortalité par cancer du poumon de 38 %. Le taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) a augmenté de 14 % en 10 ans, ce qui s'explique par la très forte progression de la mortalité prématurée par cancer du poumon (+73 % en 10 ans). De ce fait, la part des décès prématurés liés au tabagisme est de 8,4 % chez les femmes, contre 6,4 % dix ans plus tôt.

* Évolution en moyenne annuelle entre 1991-93 et 2001-03 pour la France métropolitaine (données DOM non disponibles en 1991-93).



Taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées au tabagisme chez les hommes

La mortalité prématurée par tabagisme représente 18 % de l'ensemble des décès masculins avant 65 ans. Le taux comparatif de mortalité prématurée est de 51 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans en France. Les taux régionaux varient de 17 (Martinique) à 75 (Nord-Pas-de-Calais), soit 4,4 fois plus.

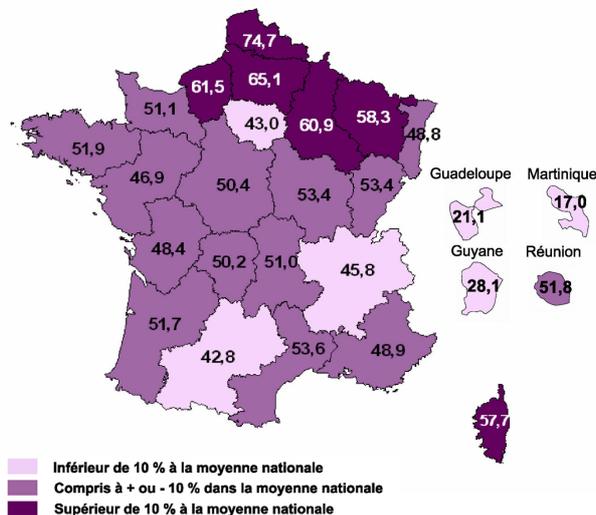
Cinq régions du nord de la France et la Corse sont en surmortalité ($\geq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale).

Les régions en sous-mortalité ($\leq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale) sont trois départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane) et trois régions métropolitaines (Midi-Pyrénées, Île-de-France et Rhône-Alpes).

Les régions métropolitaines en surmortalité prématurée sont souvent les mêmes selon la cause. Ainsi, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Champagne-Ardenne et la Lorraine sont en surmortalité pour les trois causes analysées. La convergence est moindre dans les régions en sous-mortalité prématurée, car seule la région Île-de-France est en sous-mortalité pour les trois causes.

Taux comparatif* de mortalité prématurée liée au tabac en 2001-2003 (nombre de décès / 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans) HOMMES

Valeur France métropolitaine : 50,7



* Standardisé sur la population française, pour les trois causes : cancer de la trachée des bronches et du poumon, BPCO, cardiopathies ischémiques
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

soit 3,2 fois plus.

Les taux de mortalité prématurée des départements d'Antilles-Guyane traduisent la moins forte prévalence du tabagisme dans ces régions alors que les consommateurs de tabac sont plus fréquents à la Réunion. Martinique, Guadeloupe et Guyane se placent en effet après toutes les autres régions de France pour la mortalité prématurée globale liée au tabagisme chez les hommes. La situation est différente à la Réunion, 11^e sur 26, qui se situe au-dessus de la moyenne nationale. Cette position s'explique notamment par des taux particulièrement élevés de mortalité prématurée par cardiopathie ischémique (1^{re} région sur 26) et par

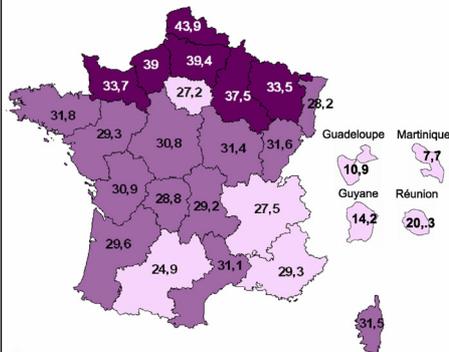
Le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon varie de 7,7 (Martinique) à 43,9 (Nord-Pas-de-Calais), soit 5,7 fois plus. Pour les BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives), le taux varie de 0,6 (Guyane) à 5,5 (Nord-Pas-de-Calais) soit 8,5 fois plus. Pour les cardiopathies ischémiques, le taux varie de 8,6 (Martinique) à 27,4 (la Réunion),

BPCO (3^e région sur 26) alors que le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon est nettement en dessous de la moyenne nationale). À l'opposé, quelle que soit la cause, les Antilles-Guyane sont toujours les trois régions où la mortalité prématurée est la plus basse.

Taux comparatif* de mortalité prématurée en 2001-2003 - HOMMES (nombre de décès / 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans)

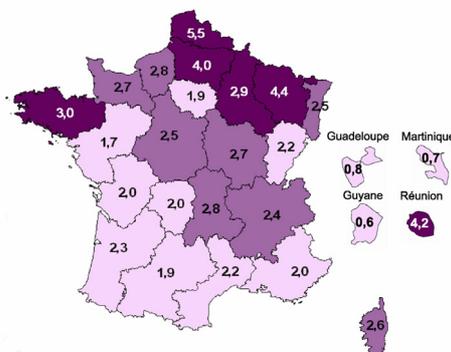
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

Valeur France métropolitaine : 30,5



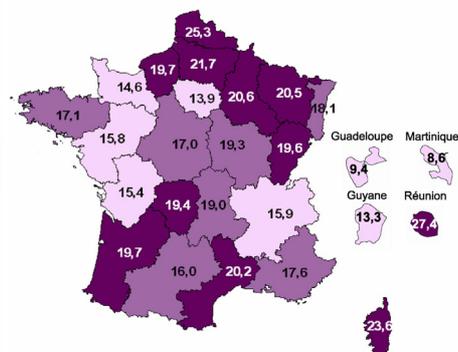
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Valeur France métropolitaine : 2,6



Cardiopathies ischémiques

Valeur France métropolitaine : 17,6



* Standardisé sur la population française
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées au tabagisme chez les femmes

La mortalité prématurée par tabagisme représente 8 % de l'ensemble des décès féminins avant 65 ans. Le taux comparatif de mortalité prématurée est de 10,3 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en France.

Les taux régionaux vont de 4,7 (Martinique) à 14,8 (Lorraine), soit 3,2 fois plus.

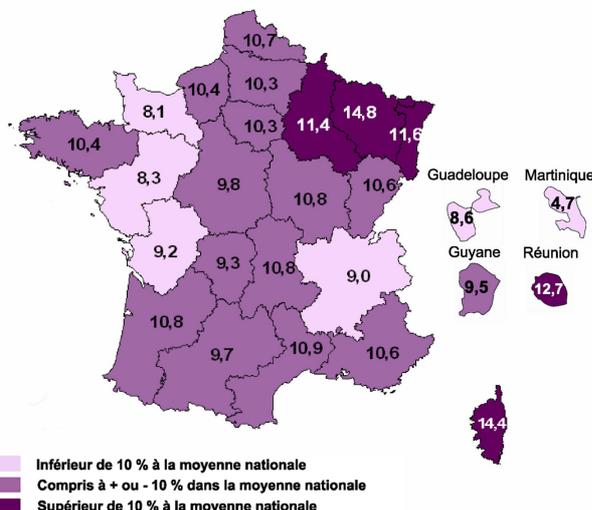
Les trois régions du nord-est (Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace), la Corse et la Réunion sont en surmortalité ($\geq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale).

Les régions en sous-mortalité ($\leq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale) sont les Antilles (Martinique, Guadeloupe) et 4 régions métropolitaines (Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes).

La mortalité prématurée étant relativement faible chez les femmes, les régions en sur- et sous-mortalité varient notablement d'une cause à l'autre. La Lorraine est la seule région métropolitaine en surmortalité pour les trois causes analysées. Les Pays de la Loire et Rhône-Alpes sont en sous-mortalité pour les trois causes.

Taux comparatif* de mortalité prématurée liée au tabac en 2001-2003
(nombre de décès / 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)
FEMMES

Valeur France métropolitaine : 10,3



* Standardisé sur la population française, pour les trois causes : cancer de la trachée des bronches et du poumon, BPCO, cardiopathies ischémiques
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

et va jusqu'à 1,3 en Lorraine. Pour les cardiopathies ischémiques, le taux varie de 2,1 (Basse-Normandie) à 8,5 (la Réunion), soit 4 fois plus.

Le constat est le même que pour les taux de mortalité prématurée des hommes dans les départements d'Outre-mer. Les départements d'Antilles-Guyane présentent une nette sous-mortalité alors que la Réunion arrive au 3^e rang des régions françaises pour la mortalité prématurée globale liée au tabagisme chez les femmes. Ce sont surtout les taux particulièrement élevés de mortalité prématurée par cardiopathies ischémiques (1^{re} région sur 26) et par

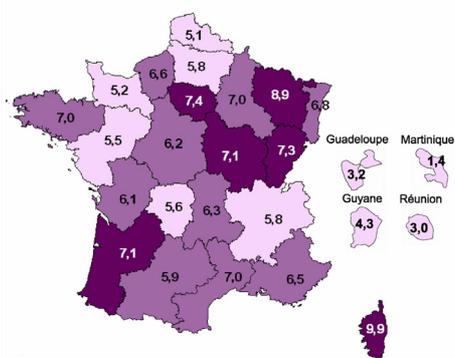
Le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon varie de 1,4 (Martinique) à 9,9 (Corse), soit 7 fois plus. Pour les BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives), le taux est nul (aucun décès enregistré) en Guadeloupe, Guyane et Martinique,

BPCO (2^e région sur 26) qui expliquent ce classement. Alors que pour le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon, les 4 DOM se positionnent après toutes les autres régions.

Taux comparatif* de mortalité prématurée en 2001-2003 - FEMMES
(nombre de décès / 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)

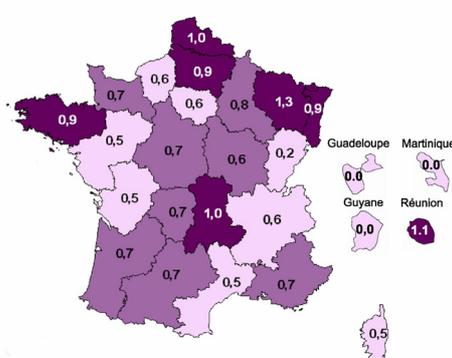
Cancer de la trachée des bronches et du poumon

Valeur France métropolitaine : 6,5



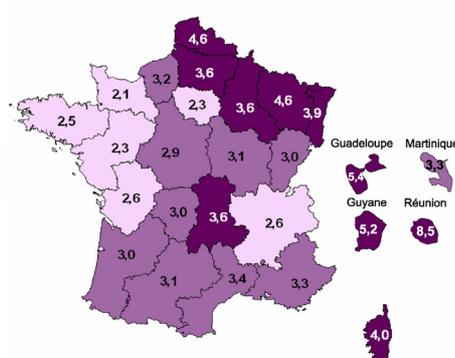
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Valeur France métropolitaine : 0,7



Cardiopathies ischémiques

Valeur France métropolitaine : 3,1



Inférieur de 10 % à la moyenne nationale
Compris à + ou - 10 % dans la moyenne nationale
Supérieur de 10 % à la moyenne nationale

* Standardisé sur la population française
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Évolution des taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées au tabagisme

Pour les hommes, les trois causes de mortalité sont en baisse, si bien que le taux de mortalité prématurée a diminué de 17 % en 10 ans, passant de 61,6 décès prématurés pour 100 000 hommes par an en 1991-93 à 51,1 en 2001-03 en France métropolitaine*.

Toutes les régions ont vu leur taux diminuer, mais la baisse varie de 4 % (Poitou-Charentes) à 29 % (Alsace). Les quatre régions avec la plus forte baisse voient leur rang évoluer. La Lorraine reste cependant dans le groupe en surmortalité, alors que l'Alsace est désormais en dessous de la moyenne française, l'Île-de-France et Rhône-Alpes restant en sous-mortalité. En 10 ans, on relève une légère tendance à la convergence des taux de mortalité prématurée entre régions. Alors que toutes les régions (sauf Nord-Pas-de-Calais) se situaient entre 79 et 50 pour 100 000 en 1991-93, la

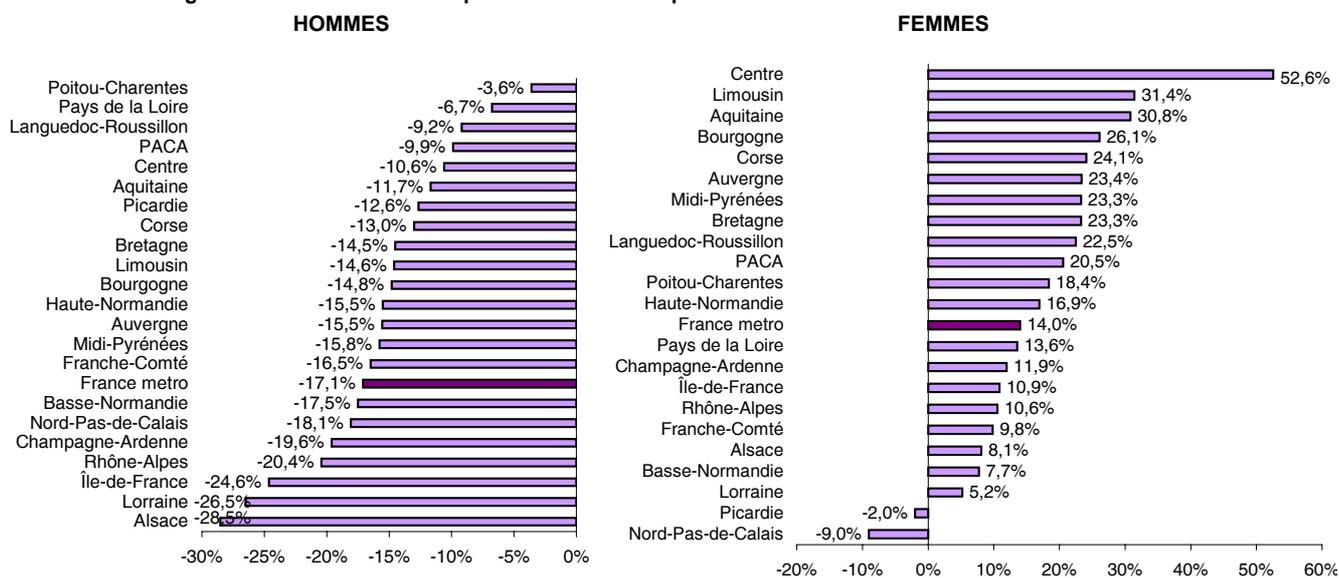
fourchette s'est rétrécie entre 65 et 43 pour 100 000 en 2001-03.

Le taux de mortalité prématurée liée au tabagisme a augmenté de 14 % en 10 ans chez les femmes, passant de 9,0 à 10,3 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en France métropolitaine* entre 1991-93 et 2001-03. La très forte augmentation du taux de mortalité prématurée par cancer du poumon (+73 % en 10 ans, de 3,8 à 6,6 pour 100 000 femmes) n'est pas compensée par la baisse des deux autres causes (-28 % en 10 ans). Seules deux régions voient leur taux diminuer, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie. Elles étaient parmi les régions les plus touchées en 1991-93. La Lorraine et la Corse, qui étaient déjà parmi les régions à la plus forte mortalité, voient leur taux augmenter encore. Les quatre régions avec une hausse de 25 % et plus modifient leur rang. Le

Centre, qui était en sous-mortalité, est maintenant proche de la moyenne nationale, alors que le Limousin reste en sous-mortalité. L'Aquitaine et la Bourgogne restent proches de la moyenne nationale mais elles sont désormais au-dessus de celle-ci. L'évolution en 10 ans montre une plus grande convergence des taux de mortalité prématurée entre régions. Alors que presque toutes les régions se situaient entre 12 et 6 décès pour 100 000 en 1991-93, la fourchette s'est rétrécie entre 12 et 9 pour 100 000 en 2001-03. La Basse-Normandie et les Pays de la Loire, qui étaient déjà en sous-mortalité en 1991-93, sont désormais les deux régions où le taux de mortalité est le plus faible.

*Les données pour les DOM pour la période 1991-1993 ne sont pas disponibles.

Pourcentage d'évolution du taux comparatif* de mortalité prématurée liée au tabac entre 1991-1993 et 2001-2003



* standardisé sur la population française
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Conséquences de l'alcool sur la santé

Les effets sanitaires et sociaux de la consommation d'alcool concernent la consommation ponctuelle comme la consommation habituelle.

L'alcool symbolise le plaisir, l'intégration sociale, l'identité culturelle et parfois la bonne santé.

Mais on estime entre 40 000 et 45 000 le nombre annuel de décès attribuables à l'alcool, ce qui en fait la 2^e cause de décès évitables en France (après le tabac). Il est aussi associé à de nombreuses pathologies, aux accidents, aux violences et à l'exclusion sociale.

Des millions de personnes souffrent des dommages liés à leur alcoolisation, et 40 000 à 45 000 en meurent chaque année.

L'alcool entraîne des erreurs dans la réalisation des tâches de la vie courante et professionnelle et son effet désinhibiteur favorise la prise de risques. Il serait en cause dans les accidents de la route pour 28,8 % des tués, 17,3 % des blessés hospitalisés et 8,7 % des blessés légers. En supprimant le sur-risque d'accident dû à l'alcool, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) estime qu'un quart des accidents mortels et des tués aurait été évité en 2005, soit 1 059 accidents et 1 197 tués.

Il serait en cause dans 10 % à 20 % des accidents du travail et 3 % à 20 % des accidents de la vie courante (domestiques, du sport et des loisirs). L'alcool favorise la violence. Il serait impliqué dans la moitié des rixes et des actes criminels, et un délit sur cinq serait commis sous l'emprise de l'alcool. Il serait un facteur favorisant dans 5 % à 25 % des suicides.

Les maladies alcooliques du foie regroupent la stéatose hépatique, l'hépatite alcoolique et la cirrhose alcoolique du foie. La cirrhose peut évoluer vers l'insuffisance hépatique ou le cancer primitif du foie. Le risque de cirrhose alcoolique est déjà augmenté pour une consommation de 20 à 40 grammes par jour chez les

hommes (2 à 4 verres standard) et 10 à 20 g/j (1 à 2 verres standard) pour les femmes. En 2003, cette maladie a causé 7 800 décès.

L'alcoolisation chronique est également responsable de gastrites et de pancréatites aiguës ou chroniques.

L'alcoolisme chronique entraîne des troubles neurologiques par lésion du système nerveux central et/ou périphérique, dont la réversibilité n'est souvent que partielle à l'arrêt de l'alcool : syndrome cérébelleux, encéphalopathies, polynévrites, névrite optique.

La surdose peut aboutir à un coma éthylique.

De manière générale, les lésions cérébrales dues à l'alcool entraînent des troubles cognitifs qui ont des conséquences sociales graves du fait de l'inaptitude au travail qu'elles entraînent.

Enfin, le syndrome de sevrage alcoolique (dont la forme majeure est le delirium tremens) non ou mal traité pourrait entraîner des lésions cérébrales. Une évolution progressive peut se faire vers la démence. Ces lésions cérébrales sont enregistrées dans les causes de décès sous le nom de "psychose alcoolique et alcoolisme" et ont causé 3 000 décès en 2003.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage sont liés à l'alcoolisation

chronique. Près de 60 % des cas de ces cancers sont imputables à l'alcool. Le tabac joue le rôle de cofacteur, si bien que le risque est très élevé pour les personnes qui boivent et fument beaucoup. Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage est estimé à 24 600 cas, en France en 2000 par le réseau français des registres du cancer (Francim). En 2003, ils ont causé 9 900 décès.

Le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs du foie en France est estimé à 6 000 en 2000, dont 28 % sont imputables à l'alcool. En 2003, ce cancer a causé 5 100 décès.

L'alcoolisation chronique favoriserait également d'autres cancers : sein et côlon-rectum. Pour le cancer du sein, une augmentation de risque de 10 % apparaîtrait dès la consommation de 10 g/j et chaque consommation supplémentaire de 10 g/j augmenterait le risque de 10 %.

L'alcool a plusieurs effets pathogènes sur le système cardiovasculaire. Une consommation d'alcool dépassant les 30 g/j entraîne une augmentation du risque de mort par maladie cardiovasculaire par rapport aux consommateurs modérés. Il entraîne une hypertension artérielle au-delà de 20 g/j.

Une forte consommation d'alcool, régulière ou ponctuelle, favorise les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. C'est aussi un facteur de risque des myocardopathies,

responsables d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme cardiaque, facteurs de risque de mort subite.

Al'inverse, l'alcool a un effet protecteur des maladies cardiovasculaires ischémiques du fait de ses propriétés antithrombotiques. Cet effet est avéré pour des consommations faibles et régulières (10 à 20 g/j). Le risque de cardiopathie ischémique est diminué de 10 % à 50 % par rapport aux non consommateurs. La mortalité cardiovasculaire globale diminue de 17 % à 40 %. Le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est diminué.

L'alcool pourrait aussi protéger les personnes âgées des démences et notamment de la maladie d'Alzheimer. Selon une étude de cohorte française

chez les plus de 65 ans, le risque était moindre pour le groupe consommant 30 à 40 g/j par rapport aux abstinentes ou aux consommateurs jusqu'à 20 g/j.

Les dommages sociaux sont liés aux accidents, aux disputes, aux violences (physiques, sexuelles) et aux délits commis sous l'emprise de l'alcool. Ils touchent d'abord les proches, le conjoint, les enfants, le cercle amical, le milieu de travail. Les conséquences sociales de l'alcoolisation répétée sont la désagrégation familiale, la rupture des liens sociaux, l'absentéisme, le licenciement pour faute professionnelle, la perte de revenus due à la maladie ou à la mort prématurée, la perte du logement, la marginalisation et l'exclusion.

Les effets de l'exposition prénatale à l'alcool sont les plus récemment connus. Le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive associe des modifications de la tête et de la face, un retard de croissance, et des handicaps chez l'enfant entraînant des problèmes d'apprentissage. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

À un moindre degré d'alcoolisation, les risques de mortalité périnatale, de petit poids de naissance, de déficit intellectuel et de troubles du comportement de l'enfant sont avérés dès la consommation de 20 g/j. Dans les premières semaines de grossesse, toute consommation d'alcool, même ponctuelle, peut avoir un impact sur le développement de l'embryon.

Comparaisons européennes

Dans la région européenne de l'OMS, il existe une grande hétérogénéité des effets sanitaires de l'alcool parmi les 51 pays qui la composent.

Les taux de mortalité liés à l'alcool les plus élevés sont observés dans les pays de la partie orientale en particulier, la Lituanie, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Lettonie, l'Ukraine, la Hongrie... Des taux 3 à 4 fois plus faibles sont constatés à Malte, aux Pays-Bas, en Grèce, Albanie, Norvège ou au Royaume-Uni. La France se situe dans une position médiane.

Références bibliographiques

- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances. Données essentielles. La Découverte, Paris, 2005, 202 p.
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT, Paris, 2002, 368 p.
- Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglia E, Estève J. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2002, 217 p.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Le cancer dans les régions de France. Fnors, Paris, 2006, 54 p. Document consultable en ligne sur le site www.fnors.fr
- Inserm. Expertise collective. Alcool, effets sur la santé. Inserm, Paris, 2001, 358 p.
- Inserm. Expertise collective. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Inserm, Paris, 2003, 536 p.
- Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. BEH, 2006, 34-35, 252-255. Numéro consultable en ligne sur le site Internet www.invs.sante.fr/BEH
- Reynaud M, Parquet PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions. CFES, Vanves, 1999, 293 p.
- Danel T, Karila L. Exposition prénatale à l'alcool : expression clinique à l'âge adulte. ADSP, septembre 2004, n°48, 14-17. Article consultable en ligne sur le site Internet www.hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-48/ad481417.pdf
- Observatoire national interministériel de la sécurité routière. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2005. La Documentation Française, Paris, 2006, 266 p. Des informations sont en ligne sur le site Internet de l'ONISR : www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire
- Hill C. Alcool et risque de cancer. ADSP, mars 2000, n°48, 14-17. Article consultable en ligne sur le site Internet www.hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-30/ad301417.pdf
- Académie Nationale de Médecine. Les causes du cancer en France. Nouvelles données scientifiques. 2007, 275 p.

Mortalité liée à l'alcool

Les trois causes principales de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhose du foie, psychose alcoolique et cancers des VADS) sont responsables de 22 000 décès par an, dont 12 400 décès prématurés (avant 65 ans), en grande majorité masculins.

Elles représentent 4 % des décès et 11 % des décès prématurés. Leur tendance est à la baisse, sauf pour les psychoses alcooliques qui restent stables.

L'alcool est également impliqué dans les morts violentes (accidents, suicides...), qui sont au nombre de 52 600 par an, dont 27 700 avant 65 ans.

La mortalité due à l'alcoolisation chronique est mesurée par trois causes principales : les cirrhoses alcooliques du foie, les psychoses alcooliques (démences) et l'alcoolisme, les cancers des VADS (voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage. Elles ont entraîné en moyenne 22 000 décès par an en France entre 2001 et 2003. Quatre décès sur cinq (79 %) surviennent chez les hommes.

Les cancers des VADS sont au premier rang avec 10 300 décès (47 % des décès liés à l'alcoolisation chronique), devant les cirrhoses du foie (8 500 décès) et les psychoses alcooliques (3 200).

Le taux de mortalité par ces trois causes est de 33 décès pour 100 000 habitants en France par an entre 2001 et 2003. Il est 4,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 57 décès pour 100 000 hommes contre 13 pour 100 000 femmes.

Les décès par ces trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique représentent 4 % des décès, 6 % chez les hommes et 2 % chez les femmes.

On compte 12 400 décès prématurés (avant l'âge de 65 ans) pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique (moyenne 2001-2003), dont quatre sur cinq (80 %) chez les hommes (9 900 décès). Ils représentent la part la plus évitable des décès par alcoolisme.

Le taux de mortalité prématurée pour ces trois causes est de 21,7 décès pour 100 000 habitants en France par an entre 2001 et 2003. Il est près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 35,4 décès pour 100 000 hommes contre 8,5 pour 100 000 femmes.

Le nombre de décès par ces trois causes a baissé de 3 000 en dix ans*, en dépit d'une hausse de 400 décès

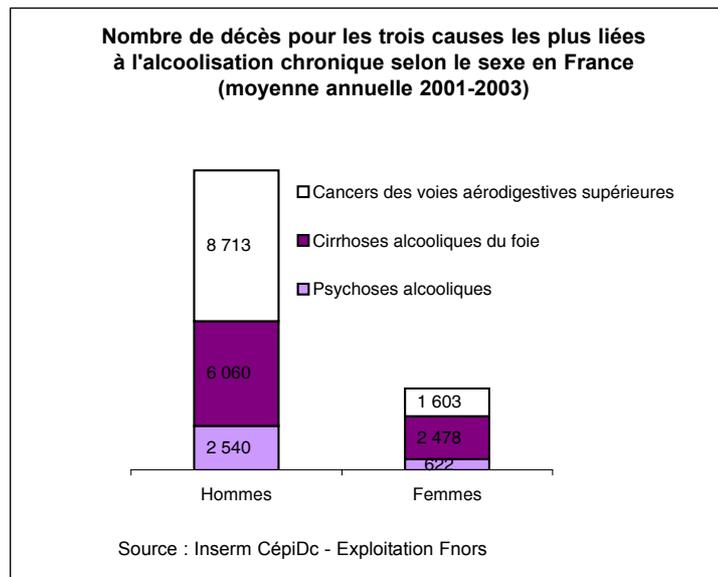
par psychose alcoolique durant la même période.

Chez les hommes, le taux de mortalité pour les trois causes a baissé de 27 % en 10 ans, et de 26 % pour la mortalité prématurée (avant 65 ans).

Chez les femmes, le taux de mortalité pour les trois causes a baissé de 15 % en 10 ans, et de 16 % pour la mortalité prématurée (avant 65 ans).

La différence d'évolution entre les hommes et les femmes s'explique par l'association alcool - tabac à l'origine des cancers VADS : la réduction conjointe des deux entraîne une réduction de mortalité chez les hommes, alors que l'augmentation du tabagisme annule en partie le bénéfice de la baisse de consommation d'alcool pour les femmes.

* Évolution en moyenne annuelle entre 1991-93 et 2001-03 pour la France métropolitaine (données DOM non disponibles en 1991-93).



Taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique chez les hommes

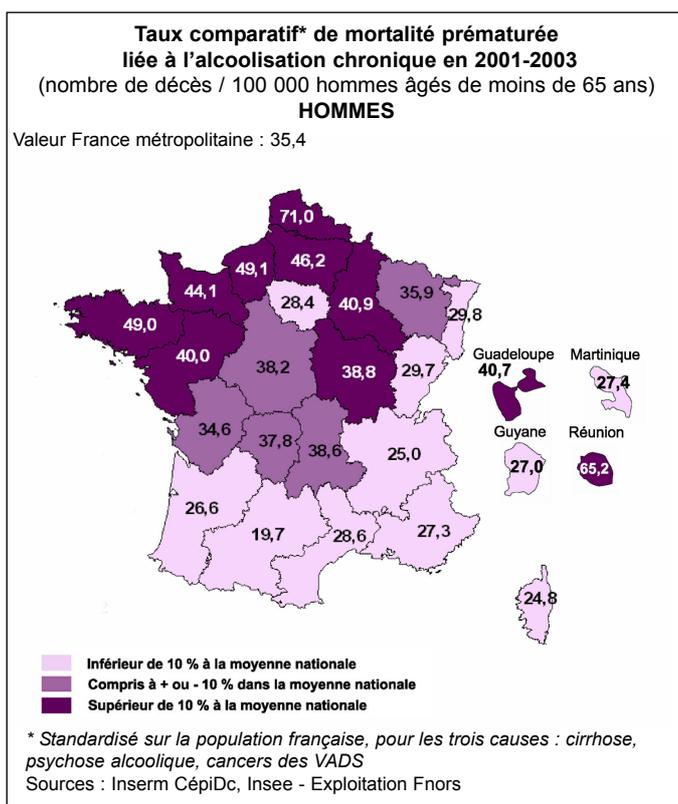
La mortalité prématurée par alcoolisation chronique représente 13 % de l'ensemble des décès masculins avant 65 ans. Le taux comparatif de mortalité prématurée est de 35 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans en France.

Les taux vont de 20 (Midi-Pyrénées) à 71 (Nord-Pas-de-Calais), soit 3,6 fois plus.

8 régions du nord de la France, des Pays de la Loire à la Bourgogne, ainsi que la Réunion et la Guadeloupe, sont en surmortalité ($\geq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale).

Les régions en sous-mortalité ($\leq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale) sont les 8 régions les plus à l'est et au sud de la métropole (de l'Alsace à l'Aquitaine, Corse incluse), l'Île-de-France, ainsi que la Martinique et la Guyane.

Les régions en sur et sous-mortalité prématurée varient peu selon la cause. Ainsi, les 7 régions métropolitaines du croissant nord de la France (des Pays de la Loire à Champagne-Ardenne) sont en surmortalité pour les trois causes analysées. Les 8 régions du croissant est et sud de la métropole (de l'Alsace à l'Aquitaine, Corse incluse) et l'Île-de-France sont en sous-mortalité pour les trois causes.



(Midi-Pyrénées) à 31,7 (Nord-Pas-de-Calais), soit 3,5 fois plus.

Pour les départements d'Outre-mer, la Réunion se caractérise par une très nette surmortalité qui la place parmi les régions les plus touchées.

Toutes causes confondues, elle se situe après le Nord-Pas-de-Calais comme dans le classement des régions présentant la plus forte proportion de personnes alcoolodépendantes (chapitre consommation). Dans les départements Antilles-Guyane, la situation est plus contrastée. Le taux de mortalité prématurée est particulièrement élevé pour les psychoses alcooliques et alcoolisme (Guadeloupe en 2^e position après la Réunion, suivie de la Guyane, 3^e sur 26 et de la Martinique 6^e sur 26)

alors qu'on observe une sous-mortalité pour la cirrhose alcoolique du foie et les cancers des VADS.

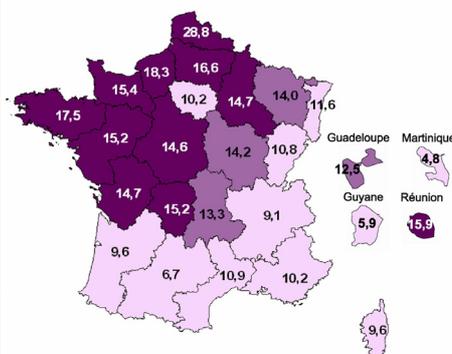
Le rôle de l'association alcool-tabac peut expliquer la sous-mortalité par cancers des VADS dans des régions moins consommatrices de tabac. La sous-mortalité par cirrhose pourrait s'expliquer par les produits consommés, le rhum ayant plus d'effets neurotoxiques qu'hépatotoxiques.

Le taux comparatif de mortalité prématurée par cirrhose alcoolique du foie varie de 4,8 (Martinique) à 28,8 (Nord-Pas-de-Calais), soit 6 fois plus. Pour les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, le taux varie de 3,8 (Midi-Pyrénées) à 26,0 (la Réunion), soit 6,8 fois plus. Pour les cancers des VADS (voies aérodigestives supérieures) et de l'œsophage, le taux varie de 9,2

Taux comparatif* de mortalité prématurée en 2001-2003 - HOMMES
(nombre de décès / 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans)

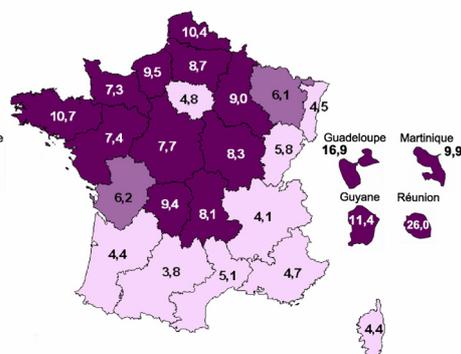
Cirrhoses alcooliques du foie

Valeur France métropolitaine : 13,1



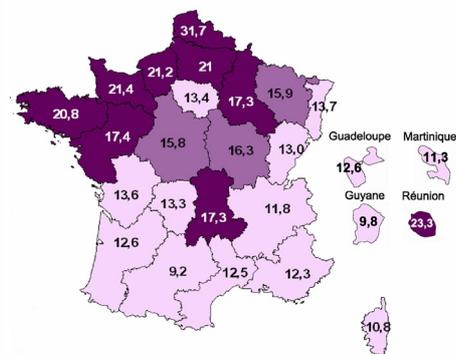
Psychoses alcooliques

Valeur France métropolitaine : 6,6



Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Valeur France métropolitaine : 15,7



Inférieur de 10 % à la moyenne nationale
 Compris à + ou - 10 % dans la moyenne nationale
 Supérieur de 10 % à la moyenne nationale

* Standardisé sur la population française
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique chez les femmes

La mortalité prématurée par alcoolisation chronique représente 7 % de l'ensemble des décès féminins avant 65 ans. Le taux de mortalité prématurée est de 8,5 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en France.

Les taux vont de 3,0 pour 100 000 (Martinique) à 20,9 (Nord-Pas de Calais), soit 7 fois plus.

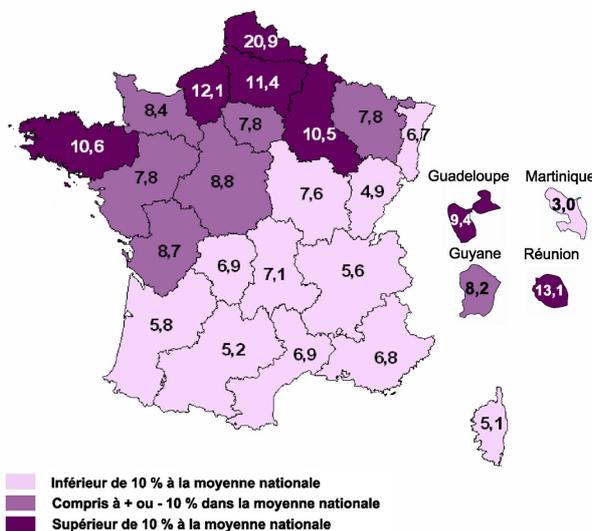
Les 4 régions du nord (de la Haute-Normandie à la Champagne-Ardenne), la Bretagne, la Réunion et la Guadeloupe sont en surmortalité ($\geq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale).

Les régions en sous-mortalité ($\leq 10\%$ par rapport à la moyenne nationale) sont la Martinique et 11 régions du sud et de l'est (de l'Alsace à l'Aquitaine, Corse incluse).

Les régions en surmortalité varient peu d'une cause à l'autre : les 3 régions du nord de la métropole (Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Champagne-Ardenne) sont en surmortalité pour chacune des trois causes analysées. La variation est plus importante pour les régions en sous-

Taux comparatif* de mortalité prématurée liée à l'alcoolisation chronique en 2001-2003
(nombre de décès / 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)
FEMMES

Valeur France métropolitaine : 8,5



* Standardisé sur la population française, pour les trois causes : cirrhose, psychose alcoolique, cancers des VADS
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

(Martinique) à 14,8 (Nord-Pas-de-Calais), soit plus de 9 fois plus. Pour les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, le taux varie de 0,6 (Martinique) à 3,7 (la Réunion), soit plus de 6 fois plus. Pour les cancers des VADS (voies aérodigestives supérieures) et de l'œsophage, le taux varie de 0,8 (Martinique) à 3,6 (Nord-Pas-de-Calais), soit 4,5 fois plus.

Pour les départements d'Outre-mer, on retrouve pour les femmes certaines des caractéristiques observées chez les hommes. La Réunion, et dans une moindre mesure la Guadeloupe, se situent dans les régions en surmortalité, particulièrement pour la mortalité prématurée par psychoses alcooliques et alcoolisme. La Guyane est dans une situation intermédiaire alors que la

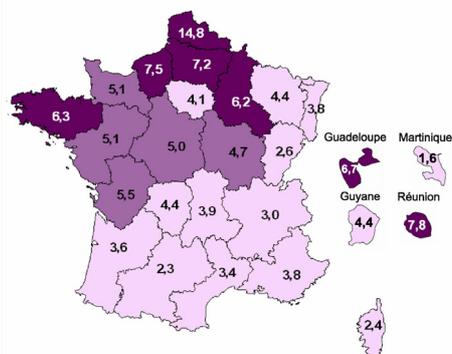
Martinique arrive toujours au dernier rang des régions françaises pour les taux de mortalité prématurée liée à l'alcoolisation chronique, que ce soit globalement ou par cause.

mortalité. Seules 5 régions métropolitaines (Franche-Comté, Limousin, Aquitaine, Rhône-Alpes et Corse) sont en sous-mortalité pour les trois causes. Le taux de mortalité prématurée par cirrhose alcoolique du foie varie de 1,6

Taux comparatif* de mortalité prématurée en 2001-2003 - FEMMES
(nombre de décès / 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)

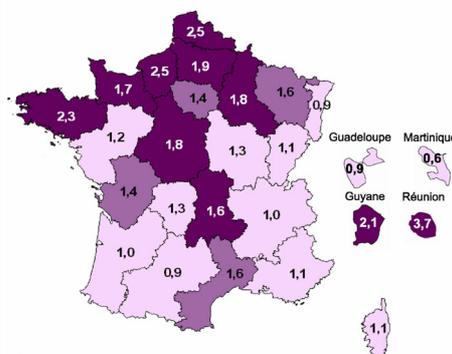
Cirrhoses alcooliques du foie

Valeur France métropolitaine : 5,0



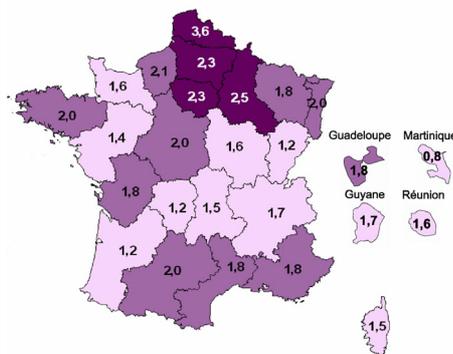
Psychoses alcooliques

Valeur France métropolitaine : 1,5



Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Valeur France métropolitaine : 2,0



* Standardisé sur la population française
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Évolution des taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique

En dix ans, le taux de mortalité prématurée a diminué de 26 % chez les hommes, passant de 47,7 à 35,1 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans en France métropolitaine*.

Toutes les régions ont vu leur taux diminuer, mais la baisse varie de 6 % (Corse) à 45 % (Alsace).

Les six régions présentant une baisse supérieure à 30 % voient leur rang évoluer. La Bretagne et la Champagne-Ardenne restent en surmortalité ; la Lorraine rejoint la moyenne nationale ; l'Alsace est passée de la sur à la sous-mortalité ; l'Île-de-France et Rhône-Alpes restent en sous-mortalité.

À l'inverse, le Poitou-Charentes se trouve proche de la moyenne nationale du fait de la faible évolution du taux, alors qu'il était en sous-mortalité dix

ans plus tôt.

En 10 ans, les taux de mortalité prématurée des régions se sont rapprochés. Alors que toutes les régions (sauf Nord-Pas-de-Calais) se situaient entre 71 et 23 pour 100 000 en 1991-93, la fourchette s'est rétrécie entre 49 et 20 pour 100 000 en 2001-03.

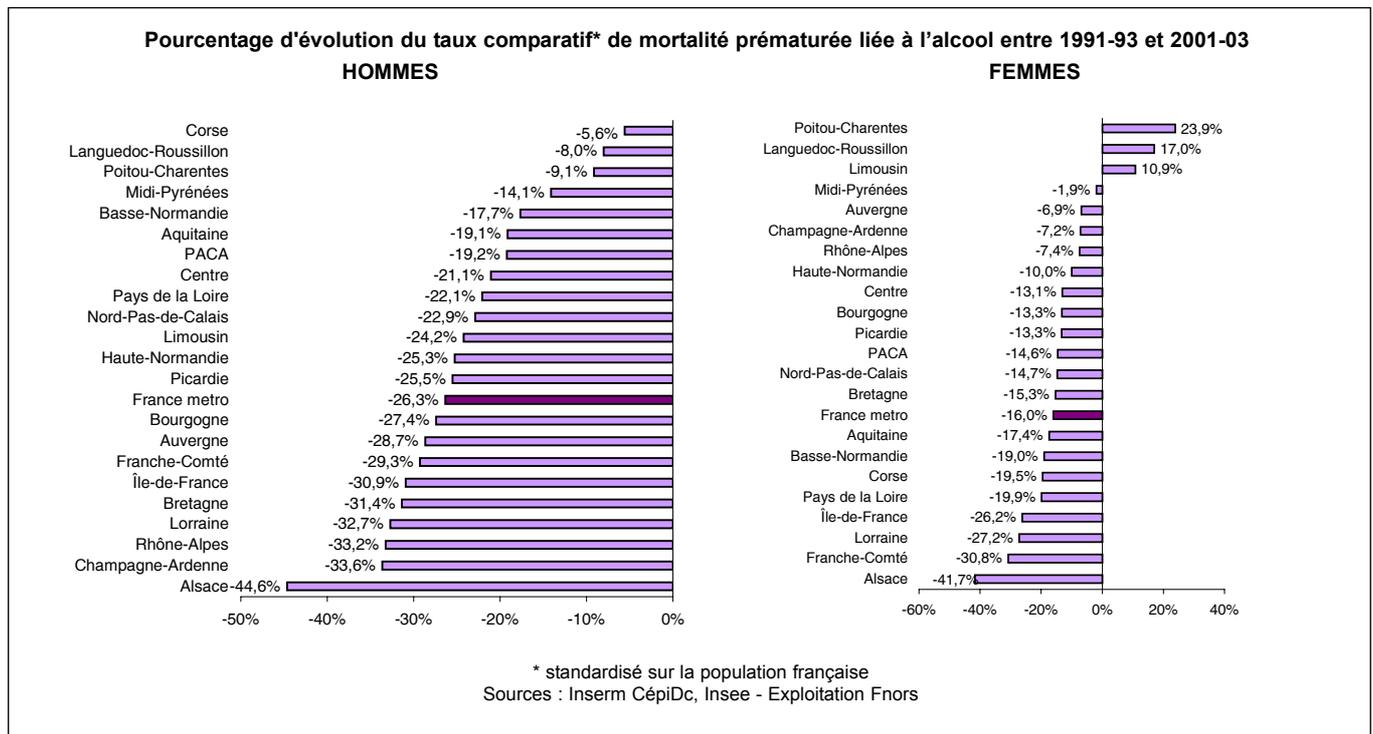
En dix ans, le taux de mortalité prématurée a baissé de 16 % chez les femmes, passant de 10,1 à 8,4 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en France métropolitaine*.

Trois régions, qui étaient en sous-mortalité en 1991-93, voient cependant leur taux augmenter. Le Limousin et le Languedoc-Roussillon restent en sous-mortalité, mais Poitou-Charentes rejoint désormais la moyenne nationale.

Quatre régions ont connu une baisse de plus de 20 %. L'Île-de-France, la Lorraine et surtout l'Alsace, qui étaient au-dessus de la moyenne française, sont désormais en dessous. La Franche-Comté, déjà en sous-mortalité il y a dix ans, présente désormais le plus faible taux de mortalité.

En 10 ans, les écarts entre les taux de mortalité prématurée des régions extrêmes se sont à peine réduits hormis le Nord-Pas-de-Calais, les taux variant entre 13 et 5 pour 100 000 en 1991-93, et entre 12 et 5 pour 100 000 en 2001-03.

*Les données pour les DOM pour la période 1991-1993 ne sont pas disponibles.



Conséquences des drogues illicites sur la santé

Les effets sanitaires et sociaux de la consommation de drogues illicites sont très différents selon les produits concernés et leur mode de consommation. Le nombre de consommateurs étant bien plus faible que pour l'alcool et le tabac, l'importance des dommages dans la population est moins apparente. Les risques sanitaires et sociaux sont les surdoses, les effets toxiques, les troubles du comportement, les risques infectieux liés à l'injection ou au sniff, ainsi que les situations de précarité et d'exclusion sociale.

La mortalité des toxicomanes est plus élevée que celle des personnes du même âge pour la quasi-totalité des causes de décès. Selon une étude de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque de décès multiplié par 5,2 et les femmes un risque multiplié par 9,5. La mortalité due à la consommation de drogues est estimée à quelques centaines de décès par an. Elle baisse depuis 10 ans du fait de la réduction des décès par surdose et par sida. L'effet de l'épidémie d'hépatites virales B et C est cependant mal connu.

Les décès par surdose étaient au nombre de 69 en 2004. Ils ont très fortement diminué depuis 1994, année où ils étaient les plus nombreux avec 564 décès, selon les constats de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS). Cette baisse est attribuée à la baisse de la consommation d'héroïne et la mise en place des programmes de substitution par la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD).

Les troubles de l'humeur ou du comportement affecteraient la majorité des usagers de drogue. Il est difficile de différencier les troubles psychiatriques liés aux produits des troubles préexistants qui accompagnent l'usage de drogues.

L'enquête Coquelicot réalisée par l'Institut de veille sanitaire en 2004 auprès d'usagers de drogue ayant utilisé l'injection ou le sniff montre que

11 % d'entre eux sont infectés par le VIH, principalement les plus de 35 ans (les usagers ont été recrutés dans les structures d'accueil ou chez les médecins généralistes, les usagers "cachés" ne sont pas représentés dans cette étude).

Selon l'Institut de veille sanitaire, parmi les 6 700 personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2005, 2 % auraient été contaminés par usage de drogues injectables, soit 140 personnes. Le nombre de cas de sida chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) baisse régulièrement, en lien avec la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH chez les UDI.

Les hépatites virales B et C sont liées également aux injections avec du matériel non stérile, ainsi qu'aux pailles utilisées pour le sniff. L'enquête Coquelicot en 2004 auprès d'usagers de drogue ayant utilisé l'injection ou le sniff montre que 60 % sont infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Selon une étude de l'InVS en population générale, l'usage de drogues injectables (au moins une fois dans la vie) multiplie le risque de séropositivité au virus de l'hépatite B par 20 et à celui de l'hépatite C par 94 par rapport aux non-consommateurs. L'usage de drogues par voie nasale multiplie le risque par 8 pour l'hépatite C.

Enfin, les injections faites avec du matériel non stérile peuvent se traduire par des infections locales (abcès, phlébites) ou générales (septicémies, endocardites...).

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. Il est facteur de risque d'accidents car il entraîne une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination. L'étude stupéfiants et accidents mortels (SAM) a montré que le cannabis augmente de 80 % le risque d'accident de la route mortel. Environ 220 décès par an lui seraient imputables.

Des symptômes psychiatriques peuvent apparaître même pour une seule prise (hallucinations, anxiété, voire psychose).

La consommation chronique de cannabis peut conduire à une humeur dépressive et des troubles intellectuels (désintérêt pour les activités habituelles, fatigue, difficultés de concentration et de mémorisation) et à la désocialisation. Elle peut aggraver toutes les pathologies psychiatriques. Le cannabis a des conséquences respiratoires et cardiovasculaires, indépendantes mais voisines de celles du tabac avec lequel il est souvent fumé : bronchite chronique, athérosclérose, artériopathie inflammatoire, cancer du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures.

L'héroïne et les autres opiacés (incluant les produits de substitution détournés, méthadone et BHD) provoquent un sentiment d'apaisement, d'extase et d'euphorie qui se mue en anxiété et agitation lors de la "descente" ou du syndrome de manque, qui contribue à la forte dépendance à ces produits. L'usage

régulier cause fréquemment des troubles psychiatriques.

La surdose est un risque important, car la dépendance induit la nécessité d'augmenter les doses.

Les dommages sociaux sont fréquents du fait de la forte dépendance que crée l'usage de l'héroïne : délinquance, désocialisation, marginalisation.

La **cocaïne** et sa forme fumable le **crack** sont des psychostimulants. Le sentiment de performance et de puissance peut entraîner de l'agressivité et des passages à l'acte, mais aussi de l'anxiété et un état dépressif lors de la "descente". L'usage régulier cause fréquemment des troubles psychiatriques.

La cocaïne peut causer des maladies cardiovasculaires, même chez des sujets jeunes sans autre facteur de risque.

Les **amphétamines** et leur dérivé **l'ecstasy** (méthylènedioxy-méthamphétamine ou MDMA) sont des psychostimulants qui créent un sentiment d'euphorie, d'exacerbation des sens et de plaisir. Une seule prise peut cependant être à l'origine de troubles neuropsychiatriques. La "descente" entraîne une sensation d'épuisement, de passage à vide et un état dépressif. L'usage régulier peut entraîner des troubles psychiatriques sévères.

La consommation peut entraîner une hyperthermie ou des troubles cardiovasculaires potentiellement mortels.

Les **hallucinogènes** naturels (champignons, plantes) ou synthétiques (LSD, kétamine...) n'entraînent pas de dépendance, mais les troubles cognitifs qu'ils créent favorisent les accidents. Une seule prise, comme une consommation

chronique, peut créer des symptômes psychiatriques.

Les **poppers, colles et solvants** ont en commun le fait d'être inhalés. Leur risque immédiat est celui de la perte de connaissance et de l'asphyxie lors de l'inhalation prolongée dans un sac en plastique, avec arrêt cardiaque. Il y a également risque de brûlures par incendie ou explosion en raison du caractère inflammable des produits. Les risques de l'usage régulier sont multiples car leur toxicité est importante (neurologiques, respiratoires, digestifs..).

Les **médicaments psychotropes** concernés ici sont les anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs. Qu'ils soient consommés sur ordonnance ou détournés, les dommages qu'ils créent sur la santé sont peu documentés.

Analyse régionale

Compte tenu de l'absence de pathologie spécifique des dommages des drogues illicites et de la faible proportion des consommateurs à risque dans la population générale, il n'y a pas d'indicateurs de mortalité pouvant faire l'objet d'une analyse régionale.

Comparaisons européennes

Les systèmes d'information sur les conséquences sanitaires des drogues sont très disparates, avec des systèmes d'enregistrement qui ne sont pas toujours fiables. D'après les données disponibles, la plupart des pays observent, comme en France, de faibles pourcentages de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH dus à l'usage de drogue par voie intraveineuse. La prévalence du VHC est souvent très élevée dans tous les pays même s'il existe des différences importantes.

Références bibliographiques

- Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et dépendances. Données essentielles. La Découverte, Paris, 2005, 202 p.
- Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT, Paris, 2002, 368 p.
- Lopez D, Martineau H, Palle C. Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. OFDT, Saint-Denis, 2004, 158 p. Document consultable en ligne sur le site Internet www.ofdt.fr
- Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. BEH, 2006, 48, 371-378. Numéro consultable en ligne sur le site Internet www.invs.sante.fr/BEH
- Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogue en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 2006, 33, 244-247. Numéro consultable en ligne sur le site Internet www.invs.sante.fr/BEH
- Invs, Cnamts, Cetaf. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. InVS, Saint-Maurice, 2006, 176 p. Rapport consultable en ligne sur le site Internet www.invs.sante.fr
- Inserm. Expertise collective. Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ? Inserm, Paris, 2001, 429 p. (et mise à jour 2004, 13 p., consultable en ligne sur le site Internet www.inserm.fr)

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

Prévention

La prévention tient une grande place dans la lutte contre les dépendances. Les orientations actuelles des plans gouvernementaux tendent à diriger les actions en direction des jeunes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différents produits, mais également en direction des milieux sportifs et du travail. Les associations constituent la majorité des structures à l'initiative d'actions de prévention, devant les services de l'État. La plupart de ces actions concerne l'ensemble des produits psychoactifs, et lorsqu'elles sont spécifiques à un produit, la plus grande partie vise l'alcool et le tabac.

La grande majorité des actions de prévention se déroule en milieu scolaire, en milieu associatif culturel et dans le milieu professionnel. En revanche, selon le rapport "Drogues et dépendances 2002", les actions menées lors des manifestations festives sont encore à développer notamment en ce qui concerne la réduction des risques. La plupart des actions vise l'ensemble des substances psychoactives (environ les trois quarts en 1999). Lorsqu'elles sont axées sur des thématiques de "produits" spécifiques, elles abordent le plus fréquemment le thème de l'alcool (80 %), du tabac (20 %) et du cannabis (11 %), sachant qu'une action peut porter sur plusieurs produits.

Les principaux financeurs des actions de prévention sont l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie (plus de 60 % du volume budgétaire alloué en 1999), puis les collectivités territoriales, en particulier les conseils généraux (plus de 10 %), suivis des communes (un peu moins de 10 %).

Certains acteurs (structures, réseaux de structures, institutions nationales) interviennent sur l'ensemble du territoire national sans centrer leurs actions sur un produit spécifique. C'est en particulier le cas du réseau des points Écoute Jeunes et des points Écoute Parents qui rassemblent un ensemble de lieux d'accueil, d'écoute et de parole s'adressant aux jeunes et à leurs parents. Ils abordent non seulement les problèmes liés à l'addiction, quel que soit le produit, mais également tous les autres problèmes liés à l'adolescence.

L'Éducation nationale est aussi un acteur de prévention important. Elle a créé en 1990 les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui ont pour mission de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la vie en collectivité. Ils sont principalement orientés sur la prévention des addictions et proposent des programmes de prévention des comportements à risque.

La mise en œuvre d'actions de prévention est également assurée par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), chargé d'appliquer des programmes de santé de l'État. Il a de plus pour mission, d'expertiser, de conseiller en matière de prévention et de promotion de la santé ainsi que de développer l'éducation pour la santé. Au niveau local, les comités régionaux d'éducation à la santé (Cres) et les comités départementaux d'éducation à la santé (Codes) relayent les programmes nationaux et régionaux dont, en particulier, ceux de l'Inpes.

Les professionnels de santé libéraux qui interviennent de façon plus individuelle, jouent également un rôle de prévention. Les médecins se considèrent en majorité efficaces pour le dépistage de l'abus de psychotropes et, dans une moindre mesure, en ce qui concerne l'usage abusif d'alcool ou l'usage de drogues illicites. Par ailleurs, la presque totalité des pharmaciens d'officine déclare que la prévention fait partie de leur rôle. Neuf pharmaciens sur dix disent parler spontanément de tabac avec leurs patients, un sur deux d'alcool.

La loi Evin sur la lutte contre le tabagisme place la prévention et l'éducation pour la santé au centre des politiques de santé publique. La lutte contre le tabagisme relève de la direction générale de la santé et de son bureau "Pratiques addictives". La lutte contre le tabagisme est pris en compte par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) depuis 1999, par le Plan cancer 2003, par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues Tabac-alcool (Mildt 2004-2008), ainsi que dans les plans régionaux de santé publique. Les objectifs de ces politiques sont de retarder l'initiation au tabagisme, d'aider les fumeurs à s'arrêter et de diminuer les ventes par l'augmentation des prix. La prévention du tabagisme a été renforcée sous l'influence de l'Office français de prévention du tabagisme (édition de documents d'information, adresses des consultations de tabacologie, d'aide à l'arrêt), de l'Inpes, des Cres et Codes (regroupés au sein de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé) ainsi que des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (Cirdd) relevant de la Mildt.

Les comités départementaux de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie ont, d'une part, des missions de prévention de l'alcoolisme et, d'autre part, des missions de suivi médico-psycho-social assurées par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ils ont également pour rôle de fédérer tous les acteurs impliqués localement dans la prévention de l'alcoolisme. Le nombre de personnes touchées par les actions de prévention est estimé à

environ 500 000 par an et le nombre de personnes suivies chaque année par les CCAA est d'environ 115 000 personnes.

Des associations nationales d'entraide agissent en matière de prévention de l'alcoolisme au niveau local notamment les Alcooliques Anonymes, Alcool assistance-Croix d'Or, la Vie Libre, la Croix bleue, Joie et santé, la Fédération interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisation au travail (Fitpat).

Enfin, des États généraux de l'alcool ont été organisés dans toutes les régions de France fin 2006, à la demande du ministère chargé de la santé. Ils avaient pour objectifs de fournir des informations claires, précises et validées scientifiquement, d'ouvrir un débat citoyen et un dialogue avec les producteurs. Des jurys citoyens ont transmis leurs recommandations régionales qui doivent contribuer à la refonte de la politique de santé publique. Ces débats régionaux ont été suivis d'une journée de synthèse nationale.

La prévention et la lutte contre la toxicomanie sont menées au niveau local par des associations qui interviennent auprès des jeunes en milieu scolaire et pré-professionnel, et auprès des parents et adultes encadrant ces jeunes. Elles jouent un rôle de premier recours des consommateurs de drogues illicites, qui y trouvent un lieu d'accueil et d'écoute dans lequel ils peuvent rencontrer des personnes spécialisées. Ces dernières peuvent faire un premier diagnostic et les orienter vers les structures appropriées.

À côté de leur rôle répressif qui demeure leur principale mission en matière de lutte contre la toxicomanie, la police, la gendarmerie et les douanes

Le Dispositif européen

Dans le cadre de l'objectif de réduction de la demande de la stratégie antidrogue 2005-2012, l'Union européenne (UE) vise à obtenir "une réduction mesurable de la consommation de drogues, par le développement et l'amélioration, au sein des États membres de l'UE, d'un système global de réduction de la demande, recourant notamment à des mesures de prévention, d'intervention précoce, de traitement, de réduction des effets nocifs de la drogue, de rééducation et de réinsertion sociale, qui soit efficace, intégré et basé sur la connaissance."

Cet objectif implique la prise de mesures :

- empêcher les personnes de commencer à consommer de la drogue ;
- faire en sorte qu'un usage expérimental ne se transforme pas en usage régulier ;
- assurer une intervention rapide pour des schémas de consommation à risque ;
- prévoir des programmes de traitement ;
- prévoir des programmes de rééducation et de réinsertion sociale ;
- réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé et la société.

Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012). Conseil de l'Union européenne. Note du secrétariat général. Le 22 novembre 2004.

Le Dispositif national

La Milt met en œuvre les décisions du comité interministériel de lutte contre la drogue et les dépendances. Elle anime et coordonne les actions, et est relayée par des Chefs de Projet désignés au niveau départemental par les préfets et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

La direction générale de la Santé (DGS) a pour mission d'analyser les besoins de santé de la population, de concevoir, mettre en œuvre, coordonner et évaluer la politique nationale de santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a notamment pour objectif de développer la politique de prévention. Elle a créé les groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui ont pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans les plans régionaux de santé publique (PRSP), en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région. Cette loi élargit les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui a entre autres pour mission la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique.

apportent également une contribution à la prévention par le biais du réseau des policiers formateurs-relais anti-drogues (FRAD) et des correspondants "Drogues et prévention" des douanes.

La prévention concernant l'usage de produits stimulants dans le cadre d'activités sportives est assurée par l'Agence française de lutte contre le dopage qui est chargée de définir et mettre en œuvre les actions appropriées. Elle participe entre autres

aux actions de prévention, d'éducation et de recherche mises en œuvre dans ce domaine. Notons également le rôle des fédérations sportives et celui des médecins.

Il n'existe malheureusement pas de données régionales sur la prévention, disponibles pour l'ensemble des régions.

Références bibliographiques

1. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT 2002.
2. Drogues et dépendances, données essentielles. Editions La Découverte, Paris, 2005.
3. La Prise en charge et la Prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006.

4. Prévenir les consommations à risque chez les jeunes. La Santé de l'homme. N° 386, novembre-décembre 2006. Inpes.
5. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Sous la direction d'Arnaud Gautier. Editions Inpes, avril 2005.

Pour en savoir plus :

- www.ofdt.fr
- www.drogue.gouv.fr
- www.etatsgenerauxalcohol.fr
- www.fnors.fr
- www.sante.gouv.fr

Prise en charge médicale et psycho-sociale

En France, la prise en charge des addictions est assurée à la fois par le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il s'agit d'accompagnement global de la personne, depuis son accueil, l'évaluation de sa situation, son encadrement thérapeutique, jusqu'à l'insertion sociale. La connaissance, même partielle, de l'activité de ces structures montre de grandes disparités régionales des dispositifs de prise en charge en fonction des produits.

La prise en charge de la dépendance au tabac est assurée par des consultations spécialisées ouvertes dans les hôpitaux, dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et également, en médecine de ville. Plusieurs outils pour favoriser le sevrage tabagique sont proposés : les substituts nicotiques et des psychotropes, différentes formes de psychothérapies, de l'accompagnement de groupe, des conseils diététiques... Depuis le décret du 15 novembre 2006, le sevrage tabagique est partiellement remboursé par l'Assurance maladie. Sur le plan national, selon le Gers (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques), la vente des substituts nicotiques aurait concerné plus de 1,6 million de fumeurs au cours de l'année 2006. Pour 53 % de ces fumeurs traités, il s'agit de timbres transdermiques, pour 41 % de substituts sous formes orales et pour 6 % de Zyban®.

Depuis 2000, deux enquêtes annuelles sont mises en œuvre par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) avec la collaboration de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos). Leur objectif est d'évaluer l'activité des consultations d'aide à l'arrêt du tabac. Le nombre de sites de consultations hospitalières ainsi que les amplitudes des plages horaires d'accueil et le nombre de vacations ont augmenté depuis 2000, l'utilisation de tests d'évaluation du tabagisme s'est développée : test de dépendance Fagerström et analyseur de monoxyde de carbone. Le nombre de fumeurs nouvellement pris en charge, estimé par extrapolation de l'activité mesurée, oscille entre 45 000 et 55 000, soit environ 2 % à 3 % de l'ensemble des fumeurs en tentative d'arrêt, eux-mêmes estimés à 2 millions chaque année. Pour 2005, les résultats de l'enquête ne sont disponibles que

pour les consultations hospitalières mais montrent d'ores et déjà une réduction significative du délai d'attente pour une première consultation, et une baisse du nombre de patients entre 2004 et 2005 (-20 %). Cette baisse est en partie explicable par l'afflux important de demandes en 2004, lié à l'importante hausse des prix du tabac cette année-là. Enfin, le suivi de sevrage représente la majorité de l'activité des consultations hospitalières (57 %) et les premières consultations près d'un tiers (31 %). D'une année sur l'autre, les données varient fortement, en fonction notamment des nouvelles dispositions réglementaires : hausse des prix du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics...

Les médecins généralistes interviennent également dans la lutte contre le tabagisme. Presque 70 % d'entre eux déclarent avoir vu un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours d'une semaine d'activité. Le recours aux substituts nicotiques transdermiques constitue la mesure d'aide au sevrage la plus fréquente (plus de la moitié). La moitié des médecins a le sentiment d'aider efficacement les patients à changer leurs comportements tabagiques.

La prise en charge en matière d'alcool est assurée en partie par le dispositif médico-social en alcoologie, constitué par les CCAA. Ils proposent un accueil, une évaluation de la situation de la personne, une orientation, ainsi que des soins et un accompagnement médico-social aux personnes qui présentent une consommation à risque, une consommation nocive ou une dépendance à l'alcool. Les CCAA proposent de plus un soutien à l'entourage de ces personnes. Il s'agit de centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics ou privés ou par des associations, sous

condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère chargé de la santé. La prise en charge peut également être assurée par les unités hospitalières d'alcoologie qui répondent aux besoins des personnes ayant une dépendance plus sévère ou présentant des dommages sanitaires importants en proposant des sevrages en milieu hospitalier. Enfin, les centres post-cures et certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) assurent un soutien complémentaire en proposant un suivi psychologique et social et en préparant au retour à la vie normale.

De nombreuses associations jouent également un rôle dans le dispositif de lutte contre l'alcoolisme, en particulier l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), qui gère de nombreux CCAA et les associations d'entraide (mouvements d'anciens buveurs). Par ailleurs, dans le milieu du travail, certains organismes interviennent dans les entreprises pour assurer l'accompagnement psychologique des personnes qui en font la demande. Enfin, les médecins généralistes occupent une place dans le repérage, l'orientation et le suivi des personnes ayant un problème avec l'alcool. Plus de la moitié d'entre eux dit avoir été consultée pour un sevrage alcoolique au cours d'une semaine d'activité. Parmi ces médecins, près de 23 % ont effectué cette prise en charge seul et 77 % l'ont fait en liaison avec une structure. Près de 40 % des médecins généralistes se sentent efficaces dans ce rôle.

La prise en charge de la toxicomanie est assurée par différents types de services qui tentent de répondre à la diversité des besoins des consommateurs de drogues illicites qui vont de l'usage à risque jusqu'aux dépendances : - les "consultations jeunes consomma-

teurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur entourage", créées en 2005, proposent une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif pour chaque consommateur. En outre, elles offrent une information, une orientation et un conseil personnalisés. En un an de fonctionnement, selon le Système d'information mensuel sur les consultations cannabis (Simcca), environ 15 200 consommateurs ayant le plus souvent un usage régulier ou quotidien ont été reçus dans les consultations,

- les 214 centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en ambulatoire, assurent l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage, l'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques, le diagnostic et des prestations de soins (prise en charge médicale et psychologique dont le sevrage), la prescription et le suivi de traitements de substitution et la prise en charge sociale et éducative. Il s'agit de centres médico-sociaux qui peuvent être gérés par des établissements publics ou privés ou par des associations, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère chargé de la santé,

- les 68 CSST avec hébergement collectif (CSSTH) sont des centres résidentiels qui accueillent des personnes sevrées ou sous traitement de substitution pour une période de trois mois à un an. La file active moyenne déclarée par structure est d'environ 32 patients et la file active totale de 2 171 patients hébergés. La majorité d'entre eux sont des hommes de 30 ans ou plus. Les produits les plus fréquemment en cause sont les opiacés (53 % des patients), la cocaïne (15 %) et l'alcool (10 %).

- les 10 CSST en milieu pénitentiaire ont une file active moyenne par structure de 446 patients. Il s'agit le plus souvent d'hommes (91 %), et majoritairement âgés d'au moins 30 ans. L'alcool est le produit cité comme "posant le plus de problème" (29 % des cas), suivi par le cannabis (22 %) et les opiacés (21 %).

- les réseaux d'appartements thérapeutiques sont destinés aux personnes sevrées ou sous traitement de substitution. Ils permettent à ces personnes de retrouver une plus grande autonomie sanitaire et sociale. Ces personnes sont suivies par du personnel spécialisé. De plus, des réseaux de famille d'accueil qui s'adressent à des anciens consommateurs dépendants ayant besoin d'une rupture avec leur environnement se sont créés, ainsi que des structures d'hébergement de transition ou d'urgences qui s'adressent aux consommateurs dépendants en attente de place en sevrage ou sortis de période de post-cure.

Enfin il est prévu de développer les centres thérapeutiques résidentiels et les communautés thérapeutiques.

A ces dispositifs, s'ajoute le dispositif hospitalier de droit commun. Les unités d'hospitalisation spécifiques pour consommateurs de drogues illicites assurent une prise en charge globale des usagers et coordonnent l'action des différents services. L'hôpital joue un rôle notamment dans la prise en charge des usagers des drogues présentant des consommations nocives et/ou une dépendance pour assurer leur sevrage, la réduction des risques, et la prise en charge des co-morbidités psychiatriques.

Les médecins généralistes assurent également la prise en charge des héroïnomanes : plus d'un tiers d'entre eux déclare en rencontrer au moins un par mois. Parmi ces médecins, 90 % prescrivent un traitement de substitution.

Enfin, afin de lutter contre la séropositivité au VIH et l'hépatite C des toxicomanes, des mesures de réduction des risques sanitaires ont été mises en place à la fin des années 80. En 1987, la mise en vente libre des seringues est autorisée. En 1993, un plan sur la réduction des risques et de substitution est adopté. Il préconise l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues dans le dispositif spécialisé et dans le dispositif général, le développement des mesures de réduction des risques, et la mise en place de traitements de substitution. Des dispensaires de vie (ou "boutiques"), lieux d'accueil ouverts qui prennent en charge des consommateurs de drogues illicites marginalisés ont été créés. Ce sont des lieux de soins, d'information et d'écoute. De plus, ils fournissent des soins infirmiers, un service de restauration, des douches et laveries. Enfin les "sleep-in", lieux d'hébergement d'urgence de nuit pour les sans domicile fixe, assurent une consultation sanitaire et sociale pour les consommateurs de drogues illicites.

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions

Le ministre chargé de la santé et des solidarités a fixé des priorités développées dans le plan 2007-2011 concernant " la Prise en charge et la Prévention des addictions " et articulés autour de trois axes :

- organiser la prise en charge hospitalière pour placer le patient au cœur du dispositif, en apportant à la fois une réponse médicale et médico-sociale (consultations d'addictologie, équipes hospitalières de liaison, services d'addictologie, pôles d'addictologie dans les CHU),
- accompagner la personne ayant une conduite addictive afin d'apporter une aide médico-sociale adaptée (création des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie regroupant les CSST et les CCAA, augmentation des places d'accueil en hébergement, implication de la médecine de ville),
- mobiliser la communauté scientifique et médicale autour de l'addictologie (former les professionnels à mieux repérer les conduites addictives, développer la recherche en addictologie).

Références bibliographiques

1. A. Morel. " Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement ", *Alcoologie et Addictologie* vol. 24, n° 4. 2002.
2. La Prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006.
3. Journée mondiale sans tabac. Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°22-23. InVS, 2003.
4. Lutte contre le tabagisme. Revue *Toxibase* n°19. 3^e trimestre 2005.
5. Premier bilan des " consultations cannabis ". *Tendances* n° 50. OFDT, septembre 2006.
6. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Sous la direction de A. Gautier. Editions Inpes, avril 2005.
7. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT 2002.

Pour en savoir plus :

www.ofdt.fr

www.drogue.gouv.fr

www.fnors.fr

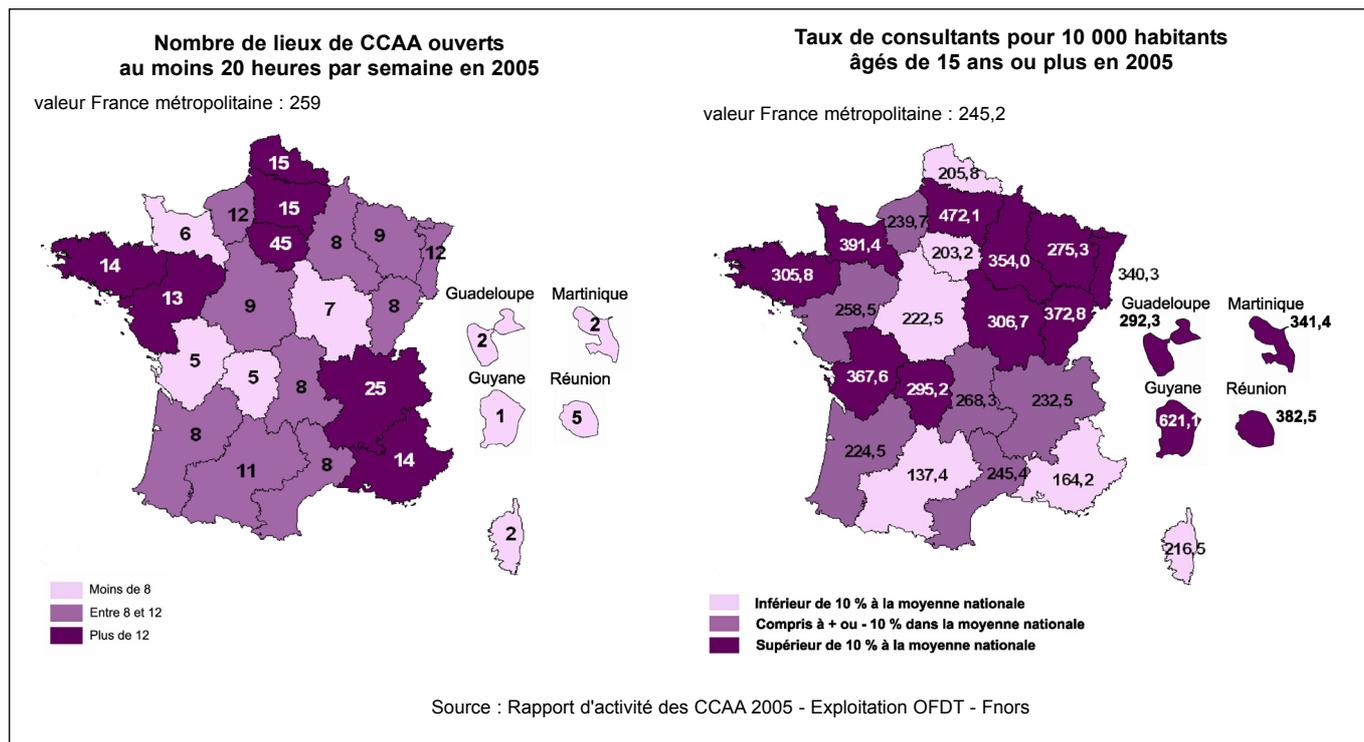
www.sante.gouv.fr

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et leurs antennes

En 2005, 268 CCAA et antennes sont ouverts au moins 20 heures par semaine. Ils ont accueilli un peu plus de 125 000 consultants.

Le nombre de centres ou antennes de CCAA ouverts au moins 20 heures par semaine varie selon les régions, en partie en fonction de la taille de leurs populations. On relève un nombre important de ces structures dans les régions fortement urbanisées comme l'Île-de-France, Rhône-Alpes ou encore Provence-Alpes-Côte d'Azur et également, dans une moindre mesure, les régions du nord (Nord-Pas-de-Calais et Picardie) ou de l'ouest (Bretagne et Pays de la Loire). À l'inverse, la Guyane et la Corse sont les territoires les moins dotés en terme de nombre de structures ouvertes au moins 20 heures par semaine. Cependant, ces chiffres ne reflètent pas l'ensemble du tissu associatif existant en matière de prise en charge dans toutes les régions.

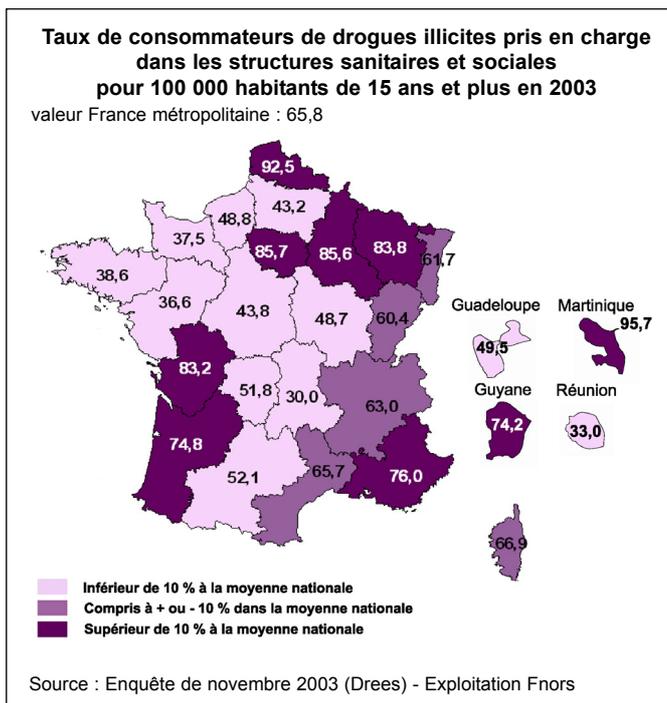
Les taux régionaux de recours aux CCAA montrent de fortes disparités. Ils varient de 136 consultants pour 10 000 habitants âgés de 15 ans ou plus en Midi-Pyrénées à 620 en Guyane. De manière globale, ces taux sont moins importants dans les régions du sud de la France. Au nord d'une ligne partant de l'Aquitaine jusqu'à la région Rhône-Alpes, seuls l'Île-de-France, le Centre, la Haute-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais ont des taux de recours inférieurs à la moyenne nationale. Cependant, les sources statistiques ne permettent pas d'obtenir l'exhaustivité des données.



La prise en charge des consommateurs de produits illicites dans le système sanitaire et social

En 2003, en France, environ 33 000 personnes ont été prises en charge dans le système sanitaire et social, soit un taux de 65,8 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus.

Les nombres de consommateurs de produits illicites pris en charge rapportés à la population (65,8 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus pour la France entière) varie fortement selon les régions : de 30,0 en Auvergne ou 33,0 à la Réunion jusqu'à 92,5 dans le Nord-Pas-de-Calais et 95,7 en Martinique. Les taux les plus faibles sont observés dans les régions du centre et du nord ouest. Neuf régions ont à l'inverse un taux supérieur à la moyenne nationale : deux DOM (Martinique et Guyane), l'Île-de-France, trois régions du quart nord-est de la métropole (Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine), deux régions du sud-ouest (Poitou-Charentes et Aquitaine) ainsi que Provence-Alpes-Côte-d'Azur.



Répartition des produits consommés par les consommateurs de drogues illicites pris en charge dans les centres spécialisés selon la région (%)

	Héroïne et autres opiacés	Cannabis	Cocaïne et crack	Buprénorphine	Autres produits
France entière	61	17	6	6	11
France métro.	63	16	5	6	11
Alsace	74	8	3	9	7
Aquitaine	45	22	6	10	18
Auvergne	53	29	2	10	6
Basse-Normandie	57	20	2	10	11
Bourgogne	54	37	2	3	4
Bretagne	55	25	4	5	11
Centre	58	18	3	13	9
Champagne-Ardenne	74	16	3	2	6
Corse	51	14	1	28	7
Franche-Comté	58	24	2	4	12
Guadeloupe	26	40	33	0	2
Guyane	8	8	79	4	1
Haute-Normandie	76	8	2	6	9
Île-de-France	66	11	7	4	11
Languedoc-Roussillon	58	7	5	7	23
Limousin	54	37	1	2	6
Lorraine	79	9	5	4	4
Martinique	3	36	47	0	14
Midi-Pyrénées	52	16	7	10	15
Nord-Pas-de-Calais	70	15	3	4	9
PACA	67	12	5	5	10
Pays de la Loire	45	30	5	8	12
Picardie	67	18	4	5	6
Poitou-Charentes	55	31	2	6	7
Réunion	14	48	0	13	26
Rhône-Alpes	57	25	3	3	12

Source : Enquête de novembre 2003 (Drees) - Exploitation Fnors

Remarque : Les pourcentages présentés dans ce tableau étant au plus proche, les sommes en ligne peuvent être légèrement supérieures ou inférieures à 100.

En France, l'héroïne est le produit le plus souvent consommé par les personnes prises en charge dans les centres spécialisés (61 %). Viennent ensuite en moindres proportions, le cannabis (17 %), la cocaïne ou le crack (6 %) et la buprénorphine (6 %).

Selon les régions, cette répartition diffère. Dans la plupart d'entre elles, l'héroïne est le produit majoritaire, à l'exception des DOM dans lesquels, le cannabis (Réunion et Guadeloupe) et la cocaïne ou le crack (Guyane et Martinique) sont les produits les plus fréquemment consommés.

Enquête sur les "toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social"

Une enquête de la Drees sur la prise en charge des consommateurs de drogues illicites dans le système sanitaire et social est menée tous les 2 ou 3 ans.

Elle fournit des informations sur les usagers de drogues ayant recours au système sanitaire et social au cours du mois de novembre. Est incluse dans l'enquête "toute personne ayant eu une consommation régulière et prolongée de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal au cours des derniers mois". Les usagers occasionnels et ponctuels sont exclus de l'enquête. Trois grands groupes d'établissements sont inclus dans l'enquête : les établissements spécialisés (CSST, les antennes toxicomanes des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)), les établissements sanitaires (hôpitaux publics, les hôpitaux psychiatriques privés participant au service public et les maisons de santé pour maladies mentales), les établissements sociaux (CHRS, et les clubs ou équipes de prévention).

Les résultats de l'enquête concernent donc uniquement les usagers de drogues ayant eu recours au système médico-social et ne permettent pas une estimation de la prévalence de la consommation régulière et prolongée de produits illicites ou licites détournés de leur usage. De plus, un consommateur peut avoir été suivi par plusieurs établissements enquêtés d'où la possibilité de doubles-comptes. L'enquête est destinée à fournir des données de cadrage national et régional sur le recours aux soins des usagers de drogues illicites.

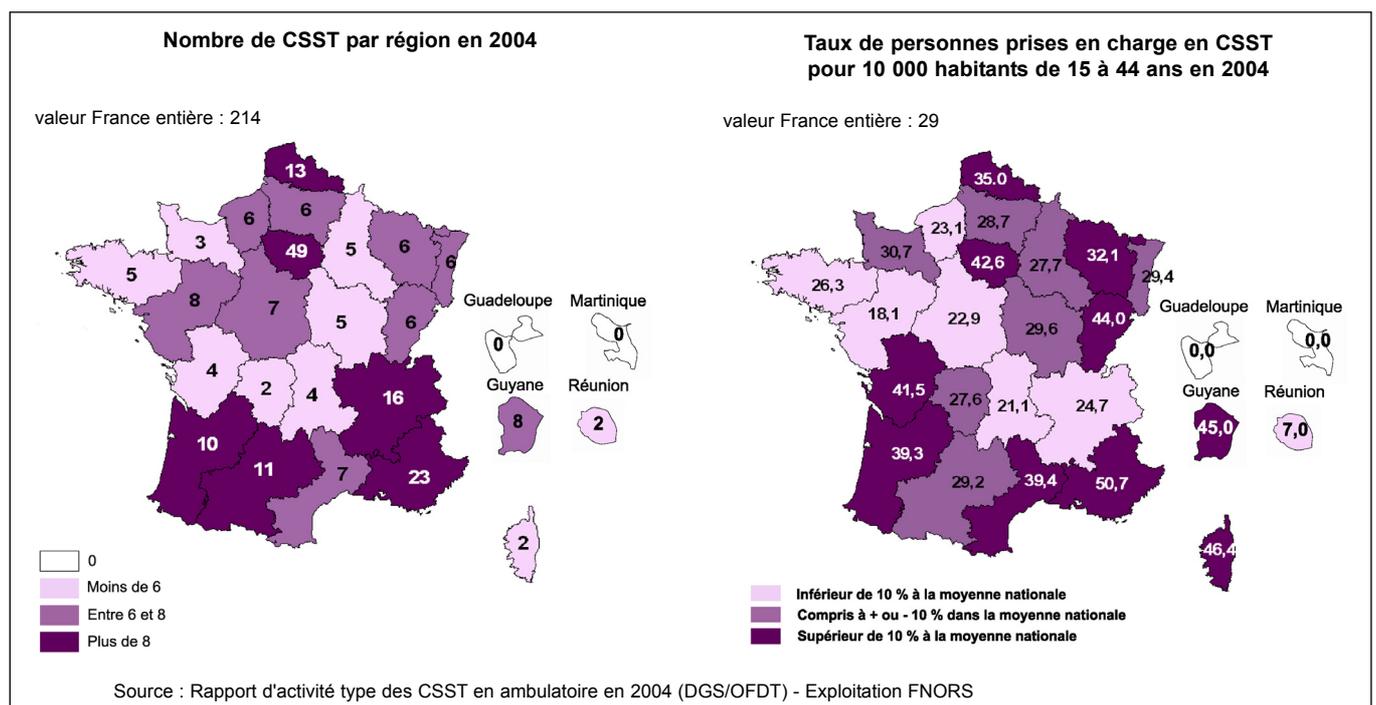
Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes en ambulatoire

En 2004, entre 85 000 et 90 000 personnes ont été prises en charge dans les 214 centres de soins spécialisés aux toxicomanes en ambulatoire en France.

En moyenne, chaque établissement de soins spécialisés aux toxicomanes en ambulatoire déclare avoir pris en charge environ 438 patients différents dans l'année (file active). La file active totale des CSST peut être estimée entre 85 000 et 90 000 personnes, dont la moitié est constituée de nouveaux patients (48 %). La grande majorité (77 %) est constituée d'hommes et la moitié est âgée de 30 ans ou plus (51 %). Mais les CSST accueillent éga-

lement des mineurs qui représentent 6 % des consultants. La presque totalité des patients consulte dans un CSST de leur département de résidence (84 %) ou d'un autre département de la région (11 %). Pour la moitié d'entre eux, la décision de venir consulter vient d'eux-mêmes ou du conseil d'un proche. Moins d'un patient sur cinq (18 %) est venu suite à une mesure judiciaire ou administrative et 22 % suite à l'orientation d'un profes-

sionnel du secteur sanitaire. Parmi l'ensemble des consultants, 6 % n'ont pas de logement et 19 % sont logés dans des conditions précaires. Seuls 36 % ont des ressources liées à une activité professionnelle, 37 % vivent du RMI, d'indemnités de chômage des ASSÉDIC, ou de l'AAH et 13 % sont à la charge d'un tiers.



Les régions qui comptent le plus de CSST sont l'Île-de-France (49) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (23). Le nombre de lieux ouverts au moins 20 heures par semaine n'est pas disponible par région mais on estime que globalement au niveau national 84 % des centres le sont.

La file active pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans est supérieure à la moyenne en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en

Corse, en Guyane, en Franche-Comté, en Île-de-France et en Poitou-Charentes. Ce taux est en revanche très inférieur à la moyenne nationale à la Réunion, puis en métropole, dans les Pays de la Loire et en Auvergne.

Pour l'année 2004, 163 CSST en ambulatoire sur 214 ont fourni des rapports d'activité exploitables, soit un taux de réponses de 80 %.

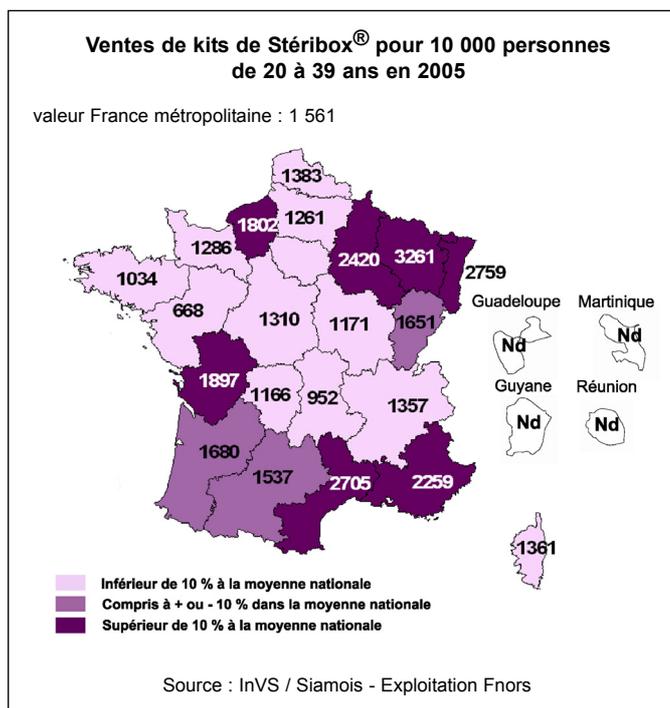
Les ventes de kits de prévention

En 2005, plus de 2,5 millions de kits de prévention ont été vendus en France métropolitaine, soit 1 561 boîtes pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans.

Dans l'ensemble du territoire métropolitain, plus de 2,5 millions de kits de protection pour les usagers de drogues ont été vendus en 2005. Cela représente 1 561 boîtes pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans. Dans 7 régions, les taux de kits vendus sont supérieurs à la moyenne (écart à la moyenne nationale > 10 %) : dans le nord-est (Lorraine, Alsace, et Champagne-Ardenne) et le sud-est (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon), ainsi qu'en Poitou-Charentes et Haute-Normandie.

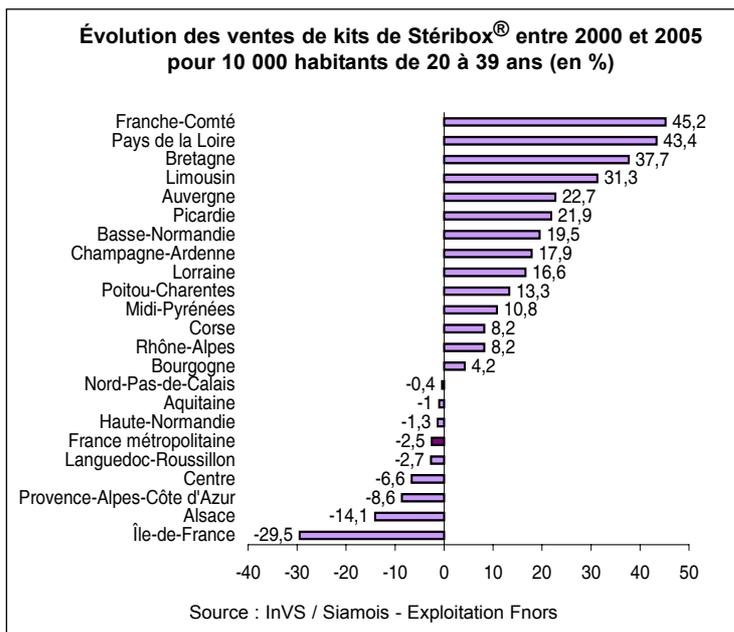
Appelé Stéribox[®], ce kit de prévention contient 2 seringues (1 ml), 2 tampons d'alcool, un stérilisateur, 2 flacons d'eau stérile, un préservatif, 1 mode d'emploi et des conseils. L'utilisation de Stéribox prévient la contamination des virus du VIH, des hépatites et autres agents infectieux. Il est disponible à la vente depuis 1994.

Les données concernant les ventes de Stéribox[®] dans les DOM ne sont pas disponibles dans la base Siamois.



Globalement, sur le plan national, on observe une légère diminution des ventes de kits de prévention entre 2000 et 2005 (- 2,5 %). Toutefois, cette moyenne nationale masque de très fortes disparités régionales.

Plusieurs régions ont vu une progression importante des ventes de Stéribox[®] entre 2000 et 2005 : la Franche-Comté a connu la plus forte augmentation (plus de 45 %). La région Pays de la Loire a connu une augmentation du même ordre (+ 40 %) mais reste la région dans laquelle les ventes sont les moins importantes. La Bretagne et le Limousin, voient également leur taux augmenter fortement (+ 30 %) mais restent parmi les régions avec des taux de ventes les plus faibles. Les deux plus fortes baisses ont été observées dans les régions Île-de-France (- 30 %) et Alsace (- 14 %). Cette dernière fait néanmoins, malgré cette baisse, toujours partie des régions enregistrant un fort taux de vente (le deuxième plus fort taux derrière la Lorraine).



Les ventes de Méthadone

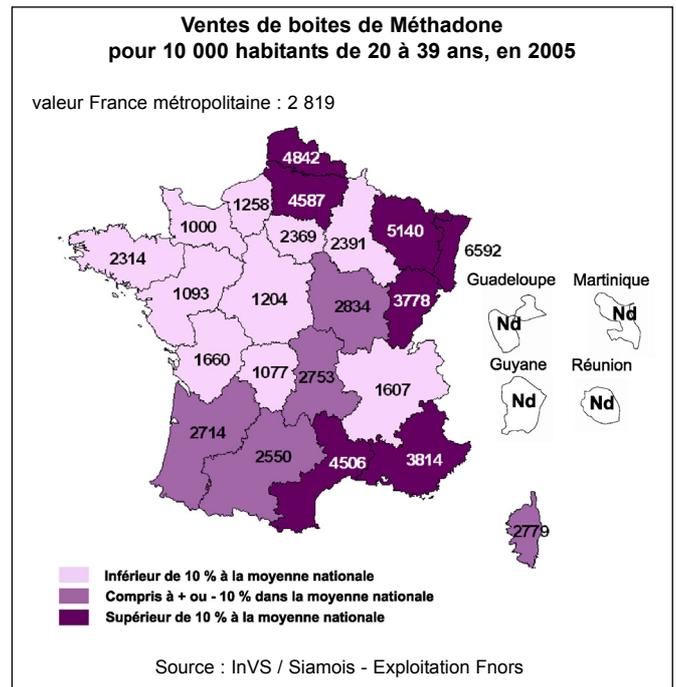
En 2005, plus de 4,6 millions de boîtes de méthadone ont été vendues en France métropolitaine, soit 2 819 boîtes pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans.

Pour 7 régions, le taux de boîtes de méthadone vendues est supérieur à la moyenne nationale (écart à cette moyenne > 10 %) : il est plus de deux fois supérieur à cette moyenne en Alsace. Les autres régions où les ventes de méthadone sont élevées sont les régions limitrophes de l'Alsace (Lorraine et Franche-Comté) ainsi que les régions du nord (Nord-Pas-de-Calais et Picardie) et du sud-est (Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

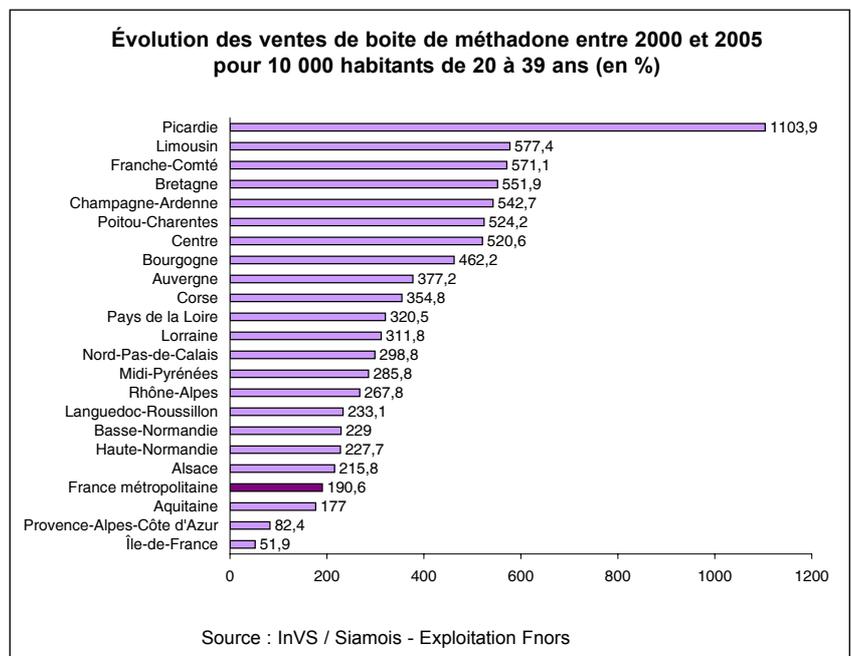
Quatre régions présentent simultanément des taux de ventes de Stéribox®, de Subutex®, et de méthadone très supérieurs à la moyenne française : le Languedoc-Roussillon, l'Alsace, la Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La méthadone est une molécule utilisée comme traitement de substitution dans les dépendances aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge globale. Elle peut entraîner une dépendance et n'est distribuée que par les centres spécialisés.

Les données concernant les ventes de méthadone dans les DOM ne sont pas disponibles dans la base Siamois.



La progression des ventes de méthadone rapportée à la population depuis 2000 est très importante (+ 191 %). Les régions ayant connu la plus forte augmentation sont la Picardie (+ 1 100 %), le Limousin (+ 577 %) ou encore la Franche-Comté (+ 571 %). Il s'agit de régions pour lesquelles étaient observés en 2000 des taux de ventes inférieurs à la moyenne nationale. Seules trois régions ont connu une hausse moins importante qu'au niveau national : l'Aquitaine (+ 177 %), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (+ 83 %) et l'Île-de-France (+ 52 %). Dans ces deux dernières régions, en 2000, les ventes rapportées à la population étaient supérieures à la moyenne nationale.

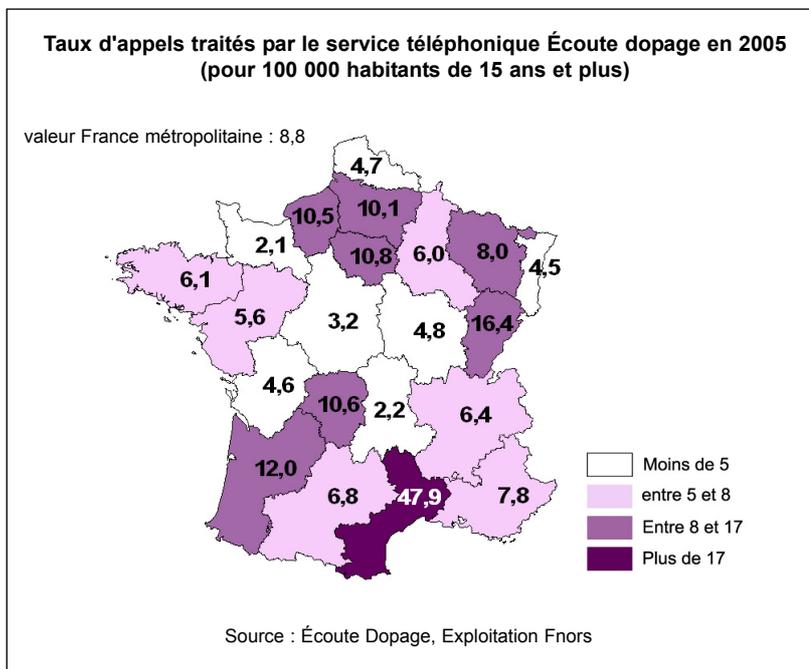


Les appels Écoute dopage

En 2005, le numéro vert Écoute dopage a enregistré 4 037 appels en France métropolitaine.

Une grande majorité des appels concerne des demandes d'informations. Les trois disciplines sportives les plus concernées sont la musculation, le cyclisme et l'athlétisme. Les questions les plus fréquentes concernent la consommation de compléments alimentaires.

La région Languedoc-Roussillon présente le taux d'appels (48 appels pour 100 000 habitants de 15 ans et plus) le plus élevé. Ce niveau exceptionnel est lié à une politique de communication très active dans cette région. Dans les autres régions, les taux varient de façon importante de 2,1 pour 100 000 habitants en Basse-Normandie à 16,4 en Franche-Comté.



Le numéro vert écoute Dopage (0 800 15 2000) est un service d'aide téléphonique spécialisé mis gratuitement à disposition des sportifs et de toute personne concernée de près ou de loin par les questions concernant le dopage. L'appel est anonyme et confidentiel. Son fonctionnement est financé par le ministère de la Santé, de la Jeunesse, et des Sports.

L'appel est reçu par un écoutant psychologue qui oriente si nécessaire vers une permanence médicale. Beaucoup sont orientés ensuite vers les antennes médicales de lutte contre le dopage (AMPLD) régionales.

Les principales institutions de l'État

Le principal acteur institutionnel dans le champ des addictions est la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Placée sous l'autorité du Premier ministre, elle coordonne l'action du Gouvernement dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et des échanges internationaux sur les questions de drogues et de conduites addictives.

Elle anime et coordonne l'action des ministères concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances. Elle anime et soutient également les efforts des autres partenaires publics et privés que sont les collectivités locales, les institutions spécialisées, les organismes professionnels, les associations et acteurs de la société civile. Par son action, elle favorise une meilleure cohérence des interventions respectives de chacun de ces acteurs. Au niveau local, elle s'appuie sur des chefs de projets désignés par les préfets pour coordonner l'action interministérielle de l'État et susciter des partenariats avec les élus locaux et les associations.

Depuis 1999 les compétences de la Mildt ont été étendues à l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes. Elle prépare régulièrement des plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et veille à leur application. Le dernier plan, validé le 24 juillet 2004 par le Premier ministre, vise à donner une nouvelle dynamique à la prévention, à mettre en place un système de soins plus accessible et plus diversifié, à redonner à la loi sa valeur dissuasive, à adapter le système répressif aux nouvelles formes de trafic et à tendre à l'harmonisation des politiques européennes et internationales. La Mildt assure également le financement de plusieurs groupements d'intérêt public : l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues alcool tabac info service (Datis) et le Centre interministériel de formation anti drogue (Cifad) situé à Fort-de-France.

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) recueille, analyse, synthétise, et diffuse les données concernant les drogues licites comme illicites, les toxicomanies et les dépendances. Il participe à la recherche et à l'évaluation, renseigne et documente de multiples questions dans le domaine des substances psychoactives et des dépendances. Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels sont les dommages sanitaires et sociaux occasionnés par l'usage de ces produits ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ? Par son travail, l'OFDT permet aux pouvoirs publics de mieux anticiper les évolutions et les éclaire dans leurs prises de décision. Les informations produites sont également mises à la disposition des professionnels et des citoyens. L'OFDT est enfin l'un des relais nationaux de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences.

Drogues alcool tabac info service (Datis) est le service national d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention sur les drogues et les dépendances. Il comprend désormais quatre numéros distincts : Drogues info service (0 800 23 13 13), Tabac info service (0 825 309 310), Écoute alcool (0 811 91 30 30) et Écoute cannabis (0 811 91 20 20). Ce service assure une mission d'aide et d'information, 7 jours sur 7, confidentielle et anonyme pour tous ceux qui souhaitent s'informer, demander conseil, connaître les risques, les dangers, comprendre les effets et savoir où demander de l'aide, consulter des professionnels compétents.

Le centre interministériel de formation antidrogue (Cifad), de par son intervention dans les départements Antilles-Guyane, permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans une zone géographique prioritaire, les Caraïbes.

On peut également souligner le rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui est le maître d'œuvre des campagnes nationales de communication sur la prévention de l'usage, de l'abus et de la dépendance dans le cadre plus large des campagnes d'éducation à la santé. Il édite et diffuse les outils de prévention déclinés de ses campagnes. De plus, l'Inpes réalise régulièrement des enquêtes (Baromètre santé) qui renseigne sur les comportements de la population générale en matière d'usages de substances psychoactives.

CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

Conséquences judiciaires

En France, la législation distingue, d'une part, les drogues licites (tabac et alcool) dont la consommation, la production et la vente sont réglementées et, d'autre part, les stupéfiants ou drogues illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, LSD, ecstasy...) dont la détention, la consommation, la vente et la production sont prohibées.

Depuis une trentaine d'années, tout un arsenal juridique a été adopté en France pour lutter contre le tabagisme. La première loi, votée le 9 juillet 1976 (dite loi Veil), instaurait une limitation de la publicité pour le tabac, notamment en direction des jeunes, et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. Actuellement, la loi prévoit également l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (loi du 31 juillet 2003), l'interdiction de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes (loi du 26 juillet 2005) ou encore l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur moyenne en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone ainsi que l'un des deux avertissements généraux suivants : "Fumer tue" ou "Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage".

La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibait toute publicité directe ou indirecte et introduisait l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts (lieux de travail, de restauration, transports...) en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs devant répondre à des normes de ventilation et être signalés de manière apparente. Cette loi a été renforcée par le décret du 15 novembre 2006 qui interdit toute consommation de tabac au sein des établissements d'enseignement et autres lieux accueillant régulièrement des mineurs ainsi que des établissements de santé. Concernant les autres lieux publics, ce décret laisse toujours la possibilité d'installer des emplacements à la disposition des fumeurs, mais dans des conditions beaucoup plus strictes que précédemment. Il doit s'agir de salles closes, non accessibles aux mineurs, de 35 m² (ou 20 % de la superficie totale de l'établissement) au maximum,

disposant d'un dispositif de ventilation permettant de renouveler dix fois l'air par heure, dans lesquelles aucune prestation de service ne peut être délivrée. La date d'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} février 2007, sauf pour les débits de boissons, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants, qui devront appliquer la loi le 1^{er} janvier 2008.

Concernant l'alcool, la loi du 10 janvier 1991 (Loi Evin) a renforcé le dispositif juridique préexistant en matière de mesures contre l'alcoolisme : limitation de la publicité, du parrainage et interdiction de vente dans les enceintes sportives (ces mesures ont été fortement restreintes par des amendements successifs), amélioration de l'information du consommateur (mention "l'abus d'alcool est dangereux pour la santé" sur les contenants), interdiction de vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans.

En matière de sécurité routière, il faut souligner l'abaissement du seuil d'alcoolémie au volant. Depuis septembre 1995, une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5 g/l, (0,2 g/l pour les conducteurs de transports en commun) constitue une infraction passible d'une amende forfaitaire de 135 euros et d'un retrait de six points du permis de conduire. Dès 0,8 g/l, il s'agit d'un délit passible de deux ans de prison, d'une amende de 4 500 euros et d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire. Les peines sont alourdies en cas d'accident mortel ou avec blessé grave.

En 2005, 11,4 millions de tests d'alcoolémie ont été réalisés, dont 9,0 millions à titre préventif et 1,4 million à la suite d'une infraction ou d'un accident corporel. Ces tests se sont révélés positifs pour 234 000 individus et ont donné lieu à près de 150 000

condamnations (taux supérieur ou égal à 0,8 g/l de sang) et 81 000 contraventions (taux inférieur à 0,8 g/l de sang). Le volume des contrôles a fortement progressé depuis 2001 (8,3 millions), comme le volume des infractions (112 000 délits et 44 000 contraventions). En 2005, 10 % des accidents corporels et 28 % des accidents mortels impliquaient un conducteur à l'alcoolémie positive (sachant que l'alcoolémie est inconnue pour 21 % des accidents corporels et 12 % des accidents mortels). Au total, ces "accidents avec alcool" ont fait 1 355 tués et 8 800 blessés (dont 4 100 hospitalisés). L'alcool était donc en cause, comme indiqué précédemment, pour 28 % des accidents mortels, 29 % des tués, 17 % des blessés hospitalisés et 9 % des blessés légers. C'est la première fois en 10 ans que le taux d' "accidents avec alcool" et que le taux des tués avec alcool est inférieur à 30 %. En supprimant le sur-risque d'accident dû à l'alcool, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) estime qu'un quart des accidents mortels et des tués auraient été évités, soit près de 1 200 tués évitables en 2005.

La politique française de lutte contre les toxicomanies relative aux drogues illicites, établie à partir de la loi du 31 décembre 1970, présente un double aspect : réprimer le trafic et l'usage des stupéfiants et proposer une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins. Depuis cette date, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment).

La liste des substances classées comme stupéfiants, qui relèvent de la loi de 1970, est arrêtée par le ministère chargé de la Santé (arrêté du

22 février 1990, J.O. du 07/06/1990). L'usage de stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros, le trafic d'une peine maximale de 20 ans de réclusion criminelle et d'une amende de 7,5 millions d'euros.

La vente ou l'offre de produits stupéfiants, même à des amis, même en petite quantité, est assimilé par la loi à du trafic ; tout comme la production ou fabrication de stupéfiants (par exemple, le fait de cultiver chez soi un ou plusieurs plants de cannabis). La loi réprime également la provocation à l'usage ou au trafic de ces substances. Par exemple, le port d'un tee-shirt où figure une feuille de cannabis est considéré comme un délit.

En 2005, les forces de l'ordre ont procédé en France à 101 047 interpellations pour usage de stupéfiant et 83 932 saisies. Ces chiffres sont stables par rapport à l'année précédente, voire en légère baisse pour ce qui concerne les saisies, alors que la tendance était à la hausse depuis le milieu des années 90. Les évolutions sont néanmoins très variables selon le produit considéré. Entre 1992 et 2005, le nombre d'interpellations pour usage de cocaïne a triplé et celui des interpellations pour usage de cannabis a été multiplié par 2,8. À l'inverse, les interpellations pour usage d'héroïne ont été divisées par trois durant la même période, baisse liée à l'extension de l'usage des traitements de substitution, une désaffection des plus jeunes pour ce produit... Néanmoins, une reprise est observée depuis deux ans.

L'évolution des interpellations pour usage d'ecstasy et des autres produits est moins marquée. Elles semblent néanmoins progresser lentement.

Qu'il s'agisse de saisies ou d'interpellations, la très grande majorité des affaires concerne le cannabis : 87 tonnes de cannabis ont été saisies en 2005 en France, contre 5,2 tonnes de cocaïne et crack, 749 kg d'héroïne et 111 kg d'amphétamines et 834 000 comprimés d'ecstasy.

Depuis la loi du 3 février 2003, l'usage de stupéfiants au volant est réprimé. La conduite sous l'influence de stupéfiant est passible d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende, peine qui peut être aggravée au cas où la personne serait également sous l'emprise de

l'alcool. La loi donne la possibilité aux services de police et de gendarmerie d'effectuer des contrôles avec dépistage, qui sont obligatoirement réalisés en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. La mise en œuvre de ces contrôles nécessite une prise de sang, précédée par une analyse d'urine réalisée en cabinet médical ou à l'hôpital. En 2005, 21 035 dépistages ont été effectués, chiffre en hausse de 32 % par rapport à l'année précédente. Au total, 5 603 délits liés à l'usage de stupéfiants et 922 délits pour lesquels l'usage de stupéfiants était associé à une imprégnation alcoolique (supérieure à 0,5 g/l de sang) ont été relevés au cours de l'année.

Comparaisons européennes

De nombreuses lois renforçant l'interdiction ou la limitation du droit de fumer ont été votées dans les pays européens au cours des dernières années. L'Irlande a été pionnière en adoptant en mars 2004 une loi prohibant la consommation de tabac dans tous les lieux publics et de travail, y compris les restaurants et pubs. Elle a été suivie par la Norvège (juin 2004), l'Italie (janvier 2005), le Royaume Uni (février 2006), la Suède (juin 2005), la Belgique (janvier 2006), et l'Espagne (janvier 2006). Si l'interdiction de fumer dans les lieux publics est pratiquement généralisée en Europe, certains pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche sont moins strictes et autorisent toujours la consommation de tabac dans les restaurants et cafés.

Concernant les stupéfiants, la France s'est engagée à appliquer les conventions internationales ratifiées dès 1961. La convention de 1988 impose notamment aux pays signataires de réprimer la possession ou l'achat de drogue pour usage personnel. Ainsi, la quasi-totalité des pays européens sanctionne au moins indirectement l'usage de stupéfiants par le biais de la possession de drogue. Certains pays font des distinctions selon le produit et selon le contexte d'usage (en public ou en privé), ce qui n'est pas le cas de la France. En effet, l'usager encourt un an d'emprisonnement quel que soit le produit (article L.34.21.1 du code de la Santé publique). Dans la plupart des pays de l'Union européenne, le cannabis est le stupéfiant le plus fréquemment en cause dans les infractions à la législation.

Références bibliographiques

Fnors, "Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France", Collection : Les études du réseau des ORS, mars 2006.

Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire. Bilan du comportement des usagers de la route, Année 2005, 2005.

Mildt, Inpes. Drogue Savoir Plus, Livret juridique, Avril 2004.

Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et dépendances.

Données essentielles. La Découverte, Paris, 2005.

Assemblée nationale. Études de législation comparée : la publicité pour l'alcool en Europe. Page [http \[http://www.assembleenationale.org/europe/comparaisons/alcool.asp\]](http://www.assembleenationale.org/europe/comparaisons/alcool.asp).

Assemblée nationale. Études de législation comparée : la publicité pour l'alcool en Europe. Page [http \[http://www.assembleenationale.org/europe/comparaisons/2006_legislations_europeennes_drogue.asp\]](http://www.assembleenationale.org/europe/comparaisons/2006_legislations_europeennes_drogue.asp).

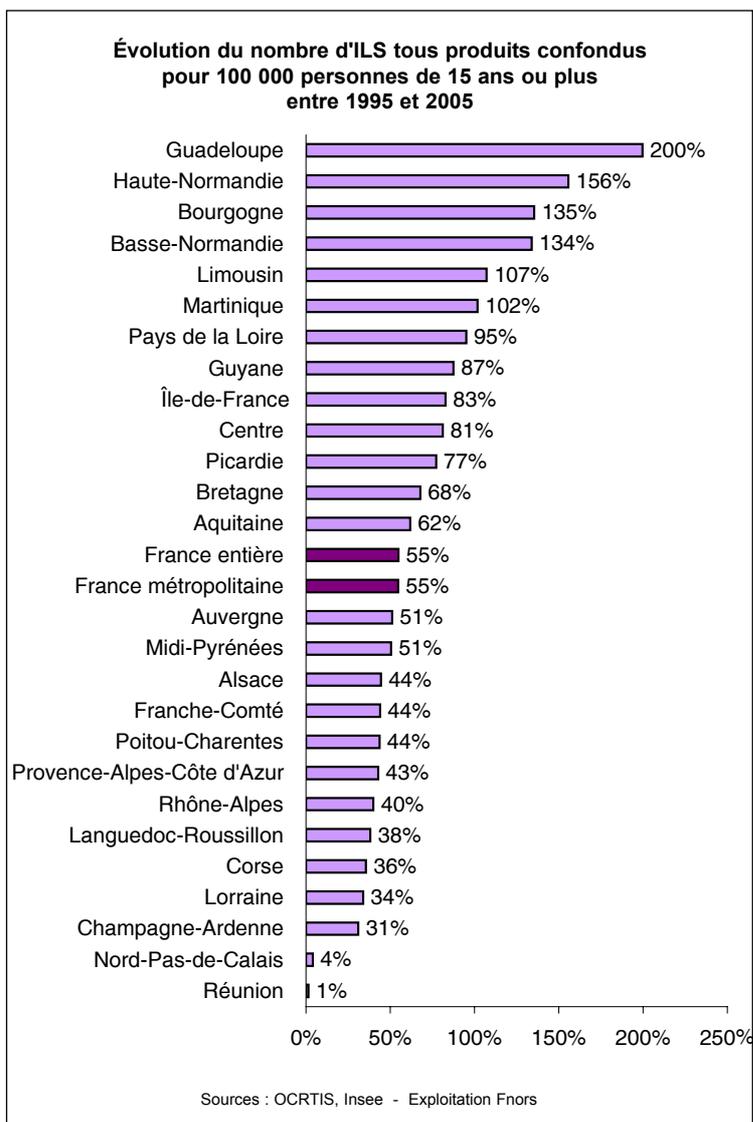
Pour en savoir plus :

www.ofdt.fr
<http://www.emcdda.europa.eu/>
www.drogue.gouv.fr
<http://www.fnors.fr>

Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) a augmenté de 55 % entre 1995 et 2005 en France. Toutes les régions sont concernées, à l'exception de la Réunion et du Nord-Pas-de-Calais où les ILS sont restées stables au cours de ces dix années. Concernant les autres régions, les hausses les plus fortes, supérieures à + 100 %, s'observent en Guadeloupe, Haute-Normandie, Bourgogne et Basse-Normandie. À l'inverse, quatre régions, Languedoc-Roussillon, Corse, Lorraine et Champagne-Ardenne, enregistrent des hausses inférieures à 40 %. D'une manière générale, l'augmentation est particulièrement forte dans des régions qui se situaient en 1995 sous la moyenne nationale, et plus modérée dans les régions qui enregistraient à cette époque des taux d'interpellation élevés. Deux exceptions peuvent être soulignées, l'Île-de-France, région dont le taux d'interpellation a augmenté rapidement (+ 83 %) alors qu'il était déjà nettement supérieur à la moyenne française en 1995 et, à l'inverse, la Réunion, dont le taux d'interpellation, déjà très faible en 1995, n'a presque pas évolué.

Dans les DOM, la Réunion se distingue sur ce point des Antilles où le taux d'ILS a été multiplié par 2 (Guyane, Martinique) ou 3 (Guadeloupe). Avec le développement du trafic de crack et de cocaïne dans la zone caraïbe, la coopération internationale a été renforcée et une antenne de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (Ocrtis) a été mise en place en Martinique début 2004.

Le classement des régions, en fonction de leur taux d'ILS, a été modifié entre 1995 et 2005, sans être toutefois bouleversé ; les régions dans lesquelles les interpellations sont particulièrement fréquentes en 2005 se situaient déjà au-dessus de la moyenne nationale dix ans plus tôt (Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Champagne-Ardenne et Île-de-France). Inversement, la Réunion, la Guadeloupe, le Limousin et les Pays de la Loire se caractérisent en 2005 comme en 1995 par des taux d'ILS particulièrement faibles.

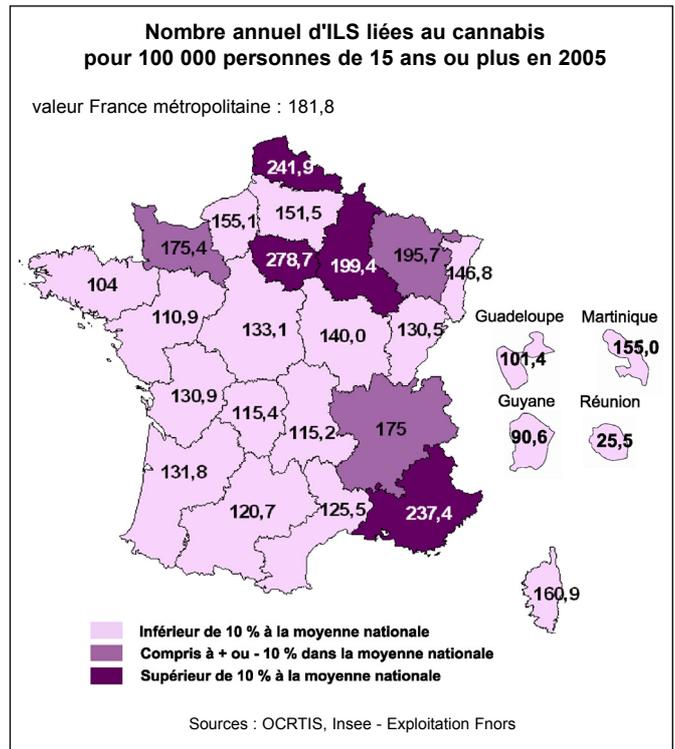


Les infractions à la législation sur les stupéfiants liées à l'usage de cannabis

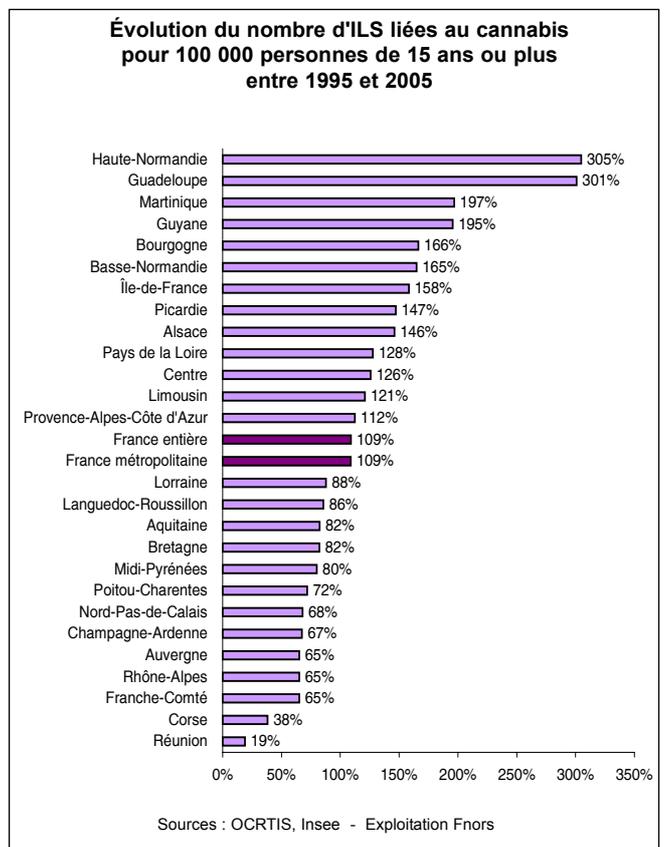
En 2005, l'usage de cannabis est à l'origine de près de 90 000 ILS, soit 90 % des infractions enregistrées en France

Avec 89 341 infractions constatées sur l'ensemble du territoire (hors TOM), le taux d'ILS liés à l'usage de cannabis s'élève à 182 infractions pour 100 000 habitants. En métropole, les taux régionaux s'échelonnent de 104 infractions pour 100 000 habitants en Bretagne à 279 en Île-de-France. Dans les DOM, les interpellations pour usage de cannabis sont en moyenne moins fréquentes qu'en métropole, avec une situation tout à fait atypique pour la Réunion, qui enregistre un taux d'ILS pour usage de cannabis sept fois plus faible qu'en moyenne nationale.

En raison de la place prépondérante du cannabis dans les statistiques d'interpellation, la carte des ILS liées à cette substance est pratiquement identique à celle de l'ensemble des ILS, avec des taux particulièrement élevés en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais également en Lorraine, Champagne-Ardenne et Rhône-Alpes. Quelle que soit la région considérée, le cannabis représente plus de 80 % des ILS, exception faite de la Lorraine (79 %) et de l'Alsace (71 %), régions où l'héroïne est fortement présente (Cf. ci-après).



Entre 1995 et 2005, les taux d'ILS liées au cannabis ont plus que doublé (+ 109 %) en France. En comparaison des autres produits, le cannabis présente la plus forte augmentation observée au cours de ces dix années. Si ce taux a augmenté sur l'ensemble du territoire, les évolutions sont très variables selon les régions de + 38 % en Corse à + 305 % en Haute-Normandie. Comme pour l'ensemble des ILS, les hausses les plus marquées concernent des régions qui se situaient sous la moyenne nationale en 1995, alors que les hausses les plus modérées s'observent pour des régions qui se situaient à la même date au dessus de la moyenne. Seules exceptions : l'Île-de-France, dont le taux d'ILS, déjà élevé en 1995, a fortement progressé et la Réunion, faiblement touchée il y a 10 ans, où les ILS pour consommation de cannabis ont relativement peu progressé.



Les infractions à la législation sur les stupéfiants liées à l'usage de cocaïne, ecstasy et autres produits illicites

La cocaïne, l'ecstasy et les autres produits illicites étaient à l'origine de plus de 5 600 ILS en 2005, soit 6 % de l'ensemble des ILS

L'usage de cocaïne est à l'origine de 2 798 interpellations en 2005, celui d'ecstasy de 1 270 interpellations et celui d'autres produits illicites de 1 570 interpellations, ce qui rapporté à la population représente au total 11,1 ILS pour 100 000 habitants.

Le nombre d'interpellations étant relativement faible pour ces différents produits, il peut varier de façon sensible d'année en année au niveau régional. Pour cette raison, l'analyse des disparités régionales est difficilement réalisable. Certains éléments méritent cependant d'être soulignés.

Au niveau national, une faible tendance à l'augmentation du nombre d'infractions pour usages d'ecstasy semble se dessiner depuis 1997, date à partir de laquelle cette donnée est disponible (auparavant, ces ILS étaient comptabilisées avec les "autres" substances). La même tendance peut être également notée pour les "autres" substances. Le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine sont les deux seules régions pour lesquelles les taux d'interpellation pour usage d'ecstasy sont, de façon régulière, nettement plus élevés qu'en

moyenne nationale. À l'inverse, les ILS liées à ce produit sont pratiquement inexistantes dans les Départements d'Outre-Mer.

Le nombre d'interpellations pour usage de cocaïne, après avoir fortement augmenté dans la seconde moitié des années 90, a chuté en 2001 et 2002, pour augmenter à nouveau de façon très rapide par la suite. Selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, la forte baisse des interpellations réalisées en 2001 et 2002 serait due à une baisse d'activité des forces de l'ordre, en l'absence de directives claires en matière de lutte contre la drogue. En métropole, depuis le milieu des années 90, les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans une moindre mesure Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais et Lorraine se distinguent par les taux d'ILS les plus élevés (en moyenne annuelle de 5 à 8 ILS pour 10 000 habitants dans ces régions entre 1995 et 2005).

Au milieu des années 90, la Martinique, la Guyane et dans une moindre mesure la Guadeloupe, se distinguaient des

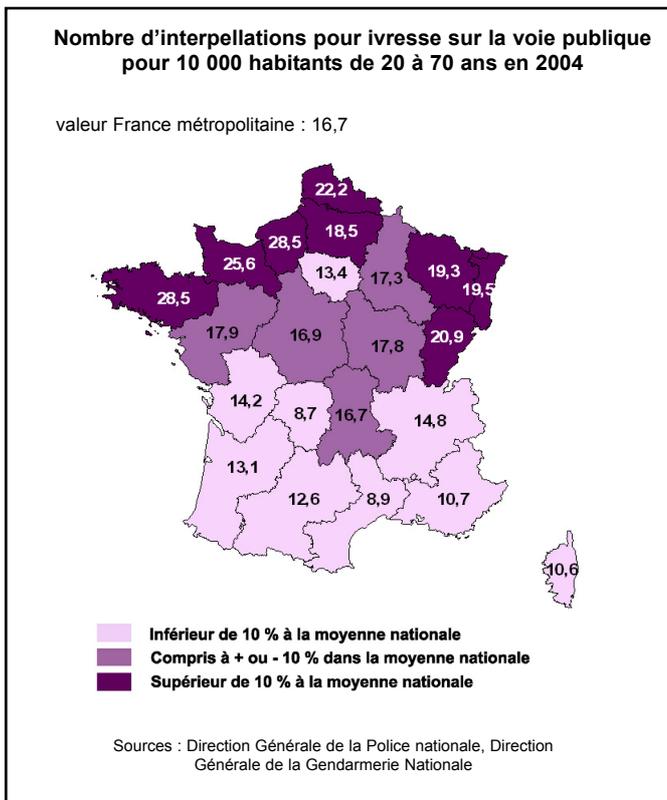
autres régions françaises par des taux d'interpellation pour usage de cocaïne particulièrement élevés. En 1995, les forces de gendarmerie, police et douanes y enregistraient respectivement 35, 34 et 14 ILS pour usage de cocaïne pour 100 000 personnes de 15 ans ou plus contre seulement 3 en moyenne nationale. Les statistiques de 2005 peuvent donner l'impression que les interpellations pour usage de cocaïne ont très fortement diminué depuis 10 ans, alors que celles pour usage d'autres produits ont augmenté d'autant. Ces évolutions correspondent en fait à une modification des modes de présentation des données. En 1995, les interpellations pour cocaïne ou crack étaient regroupées alors qu'en 2005, le crack est comptabilisé séparément et apparaît avec les ILS pour usage d'autres produits. On compte ainsi en 2005 en Martinique, Guyane et Guadeloupe respectivement 28, 27 et 15 interpellations pour 100 000 habitants, qui correspondent quasi-exclusivement à des ILS pour usage de crack, contre seulement 4 en moyenne nationale.

Interpellations pour ivresse sur la voie publique

Plus de 64 000 interpellations pour ivresses publiques et manifestes ont été enregistrées en 2004 en métropole

En 2004, les services de gendarmerie et de police ont procédé à 64 191 interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM) en France métropolitaine, ce qui représente 16,7 IPM pour 10 000 habitants âgés de 20 à 70 ans.

Au cours de cette même année, les taux régionaux varient de 8,7 IPM pour 10 000 habitants âgés de 20 à 70 ans en Limousin à 28,5 IPM pour 10 000 en Bretagne. La carte de France fait apparaître un très net contraste entre le nord et le sud de la France métropolitaine. Les taux les plus élevés se situent dans des régions de la moitié nord de la France, qui forment un "croissant" allant de la Bretagne à la Franche-Comté. À l'inverse, exception faite de l'Île-de-France, toutes les régions qui présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale se situent dans la moitié sud de la France.



Définition :

"Les ivresses publiques et manifestes sont relatives aux personnes trouvées en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, conduites, par mesure de police, à leurs frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenues jusqu'à ce qu'elles aient recouvré la raison (punies de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^e classe)."

Les données, centralisées et compilées par l'OFDT, proviennent de la Gendarmerie nationale (DGGN), des services de police (DGPN) et de la préfecture de police de Paris. Seuls sont comptabilisés les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction, sauf pour les services de sécurité publique (Police Nationale) qui ne tiennent pas compte du nombre d'infractions, mais du nombre d'interventions de police-secours, pouvant ou non aboutir à l'établissement d'un procès-verbal.

Source : OFDT

Accidents avec alcool

En 2005, un accident corporel sur dix et plus d'un accident mortel sur quatre impliquait un conducteur à l'alcoolémie positive

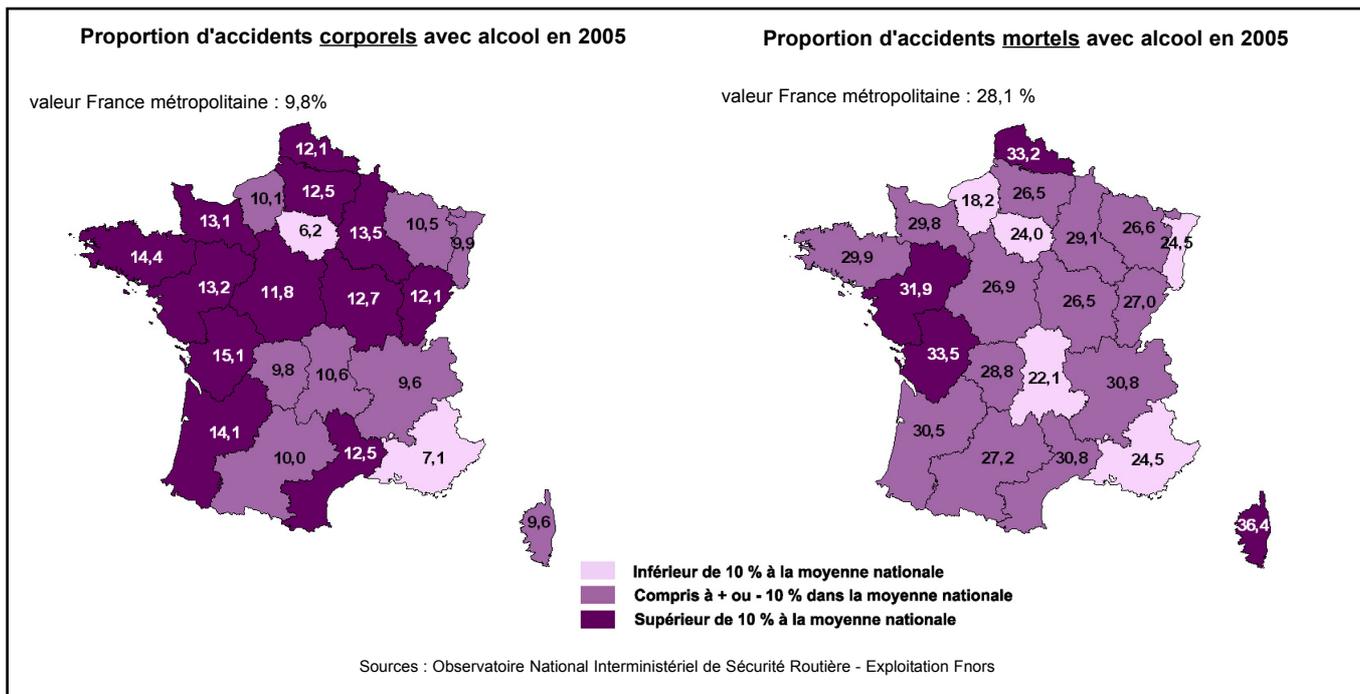
En 2005, 84 525 accidents corporels et 4 857 accidents mortels ont eu lieu en France métropolitaine. Les forces de l'ordre doivent en principe contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués dans ces accidents. Cependant, pour diverses raisons (refus du conducteur, résultats des tests non connus au moment de l'enregistrement de l'accident, gravité de l'accident), l'alcoolémie n'est pas connue pour 21 % des accidents corporels et 12 % des accidents mortels. Sur ce point, la situation s'améliore cependant très sensiblement dans la mesure où l'année précédente, l'alcoolémie était indéterminée dans 23 % des accidents corporels et 43 % des accidents mortels.

Durant l'année 2005, 6 641 des 66 503 accidents corporels pour lesquels l'alcoolémie était connue, soit 10,0 %, impliquaient au moins un conducteur avec une alcoolémie supérieure au seuil autorisé. Le rôle de l'alcool est encore plus marqué dans les accidents mortels : en 2005, 28,1 % des accidents mortels sont des "accidents avec alcool".

La proportion d'accidents corporels avec alcool varie de 6,2 % en Île-de-France à 15,1 % en Poitou-Charentes, celle des accidents mortels avec alcool de 18,2 % en Haute-Normandie à 33,5 % en Poitou-Charentes. Ce dernier taux est encore plus élevé en Corse, mais doit être examiné avec

prudence dans la mesure où il porte dans cette région sur un nombre d'accidents très réduit (22 accidents mortels avec alcoolémie renseignée).

Deux régions, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, se distinguent par le fait que l'alcool est peu présent tant dans les accidents mortels que dans les accidents corporels. À l'inverse dans le Nord-Pas-de-Calais comme dans deux régions de la façade ouest, les Pays de la Loire et le Poitou-Charentes, la proportion d'accidents dans lesquels un conducteur alcoolisé est impliqué est élevée aussi bien pour les accidents corporels que mortels.



Synthèse

Synthèse

Ce document permet de faire la synthèse des indicateurs concernant les conduites addictives sur le plan national mais surtout régional. Il permet de dresser un état des lieux comparatif des régions françaises dans le domaine des addictions. Il montre des contrastes entre les régions de France métropolitaine, entre la Métropole et l'Outre-mer et aussi entre les Antilles-Guyane et la Réunion. Les données proviennent de plusieurs sources, les informations sur les drogues licites étant évidemment plus faciles à recueillir que celles sur les produits interdits par la loi.

L'analyse de ces différentes données permet de dégager les tendances nationales et les caractéristiques propres à certaines régions françaises.

Le tabac est en général la substance psycho-active dont l'expérimentation est la plus précoce, vers 13 ans en moyenne, alors que l'ivresse et la consommation de cannabis sont en moyenne expérimentées au cours de la 15^e année. Chez les jeunes, le tabac est autant consommé par les filles que les garçons alors que cette consommation est plus marquée chez les hommes pour les adultes. Entre 2000 et 2005, on observe une nette tendance à la baisse de la consommation chez les jeunes qui s'accompagne cependant d'une expérimentation de plus en plus précoce. Il est encore trop tôt pour savoir si les nouvelles dispositions concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics auront un impact marqué sur la consommation. Les régions les plus concernées par la consommation de tabac sont plutôt situées dans la moitié nord du pays chez les hommes alors que les femmes du Nord-Pas-de-Calais fument peu. Chez les jeunes, on retrouve également plus de fumeurs dans le Nord-Pas-de-Calais mais aussi dans les régions du grand ouest. L'analyse régionale ne montre pas une concordance parfaite entre consommation des adultes et mortalité liées à ces comportements, probablement parce que la consommation constitue une photogra-

phie des comportements à un moment donné, alors que la mortalité est la résultante d'un comportement à moyen ou long terme. Néanmoins, on observe que certaines régions, comme le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Lorraine et la Haute-Normandie, cumulent à la fois une mortalité élevée et une consommation de tabac importante chez les adultes. Enfin il faut souligner qu'une homogénéisation des comportements vis-à-vis du tabac entre les deux sexes se traduit par une hausse de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes alors qu'elle diminue chez les hommes.

La consommation d'alcool est beaucoup plus masculine que féminine. Elle touche essentiellement les régions de l'ouest et du centre de la France que ce soit pour les consommations à risque ou pour la dépendance. Le Nord-Pas-de-Calais pour les adultes et l'Auvergne pour les adultes et les jeunes font également partie des régions les plus exposées. Comme pour le tabac, on n'observe pas de concordance parfaite entre consommation et mortalité mais quatre régions, Bretagne, Basse Normandie, Haute Normandie et Nord-Pas-de-Calais, présentent à la fois une consommation et une mortalité élevées. Si sur un plan national, la consommation moyenne par habitant est à la baisse, on observe cependant des changements dans la manière de consommer les boissons alcoolisées. Ainsi le phénomène d'alcoolisation massive ponctuelle ("binge drinking") se développe chez les jeunes.

Il existe peu d'indicateurs permettant de comparer régionalement l'usage de drogues illicites en population adulte mais le cannabis est de loin le produit interdit par la loi dont l'expérimentation et l'usage sont les plus répandus. Chez les jeunes, c'est un produit très accessible puisqu'un jeune de 17 ans sur deux l'a déjà expérimenté. Après une phase de diffusion très nette sur les quinze dernières années, il semble que l'on assiste maintenant à une certaine stabilisation à la fois de l'expérimenta-

tion et de l'usage régulier. L'enquête Escapad montre que les plus fortes proportions de consommateurs de cannabis chez les jeunes (usage dans la vie ou durant le mois écoulé) s'observent en Bretagne. À l'opposé, le Nord de la France particulièrement touché par la consommation de tabac et d'alcool, fait partie des régions les moins consommatrices de cannabis. Le trafic et les interpellations pour usage de produits illicites sont plus développés dans les régions frontalières du Nord, de l'Est et du Sud-Est. Il s'agit notamment d'interpellations pour usage d'héroïne. Les prescriptions de traitement de substitution aux opiacés sont également, dans ces régions, nettement supérieures à la moyenne nationale. Même si sur le plan national, l'attention se porte actuellement sur l'augmentation de l'usage de stimulants et particulièrement de cocaïne, les conséquences de la consommation d'opiacés demeurent préoccupantes. Il semble même qu'une reprise des infractions à la législation sur les stupéfiants pour héroïne soit amorcée depuis 2004, et ce de manière plus marquée en Alsace et Lorraine.

Chaque région présente des caractéristiques propres et pourrait faire l'objet d'un commentaire particulier. Cependant, une lecture transversale des résultats présentés dans ce document amène à mettre plus particulièrement l'accent sur la situation de certaines d'entre elles : la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et les départements d'outre-mer (DOM). La Bretagne cumule à la fois des consommations d'alcool élevées chez les jeunes et les adultes, une consommation de tabac élevée (jeunes et adultes), une consommation de cannabis record et une mortalité liée à l'alcool supérieure à la moyenne nationale. Le Nord-Pas-de-Calais présente une situation contrastée avec des indicateurs dans le rouge pour le tabac et plus encore pour l'alcool (mortalité et consommations des adultes) alors que la consommation d'alcool des jeunes est une des plus faibles de France. Comment expliquer ce constat, qui dans une moindre mesure s'observe

également en Picardie : changement radical de tendance, effets de politiques de prévention, autre phénomène ? L'Alsace quant à elle, connaît une évolution remarquable de ses indicateurs de mortalité prématurée. En 10 ans, la région a quitté le croissant de surmortalité du nord de la France et se retrouve à présent dans une situation de sous-mortalité pour les causes liées à la consommation de tabac pour les hommes et d'alcool pour les deux sexes. Soulignons qu'il s'agit pour cette région d'une évolution qui ne concerne pas uniquement les indicateurs de mortalité liée à la consommation de tabac et d'alcool, mais plus généralement la plupart des causes de décès. Les DOM se caractérisent le plus sou-

vent par des indicateurs différents de ceux des régions de Métropole. Par ailleurs, il existe en général une homogénéité au sein des départements Antilles-Guyane alors que la Réunion se rapproche plus souvent de la moyenne nationale. Si la consommation de tabac est une des plus faibles de France (Martinique et Guadeloupe essentiellement), à l'opposé la consommation d'alcool et notamment la dépendance à l'alcool en population adulte masculine est particulièrement élevée. Les conséquences sanitaires découlent de ces comportements puisque la mortalité liée au tabac est basse alors que celle liée à l'alcool est très élevée, surtout à la Réunion, et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans le champ des produits interdits par la loi, on observe que le trafic ou la consommation d'opiacés touche très peu les DOM alors que les produits qui se fument ont la préférence des consommateurs locaux. Le cannabis, consommé essentiellement sous forme d'herbe ("zeb") aux Antilles-Guyane et de zamal à la Réunion occupe le devant de la scène. Alors que le marché des drogues réunionnais se caractérise par la présence de certains médicaments détournés de leur usage (Artane®, Rohypnol®, Rivotril®), les Antilles-Guyane sont avec Paris les 4 sites où le marché du crack est développé.

Annexes

1-Cartographie

Les cartes de ce document présentent des indicateurs par région dont les sources ou les méthodes de calcul sont précisées ci-après.

La grande majorité des cartes comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne. Cet écart autour de la moyenne a parfois été adapté en fonction des valeurs observées.

Dans un souci d'homogénéité des publications, pour les cartes de l'enquête Escapad, la représentation utilisée par l'OFDT a été retenue. Elle comprend sept seuils : une classe centrale pour les régions qui ne diffèrent pas de façon significative par rapport à la moyenne nationale et des bornes à plus ou moins 0-5 %, 5-10 % et 10 % ou plus autour de cette moyenne. De plus, dans ces cartes les valeurs régionales sont indiquées sans chiffres après la virgule à l'exception des valeurs régionales inférieures à 5 % qui sont mentionnées avec un chiffre après la virgule.

2-Taux comparatif de mortalité

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population France métropolitaine estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2000, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Le taux est calculé sur une période triennale : 2001-2003. Le taux standardisé de mortalité prématurée concerne les décès survenus avant 65 ans.

Sources

- Inserm CépiDc pour le nombre de décès

C'est le service CépiDc de l'Inserm qui fournit les statistiques de décès en France par causes (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et de données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM 10).

CAUSE DE DECES	CIM 10
Décès liés au tabac :	
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-34
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	J40-J44, J47, J96
Cardiopathies ischémiques	I20-25, I51
Décès liés à l'alcoolisation chronique :	
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	K70, K74.6
Psychose alcoolique et alcoolisme	F10
Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage	C00-C14, C15 et C32

Les résultats présentés sur ce document se rapportent à la cause principale de décès. Les pathologies retenues sont les suivantes :

- Insee pour la population de référence : estimation de la population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au 1^{er} janvier 2000

- Insee pour le calcul des taux par âge : estimations de population au 1^{er} janvier 2002.

3- Enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, patients hospitalisés et consultants de praticiens libéraux.

Il s'agit d'une enquête transversale, à visée descriptive. L'enquête a été réalisée à la fin de l'année 2000, par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) pour la partie hospitalière et les observatoires régionaux de la santé (ORS) pour la partie ambulatoire, le tout en collaboration avec la Drees. Elle poursuivait trois objectifs :

- mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans des populations ayant recours au système de soins ;
- étudier le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool ;
- estimer les niveaux et les modalités de prise en charge de ces patients ayant une consommation excessive d'alcool.

La consommation de tabac a également été recueillie lors de cette enquête.

Concernant le volet ambulatoire, les médecins sollicités pour l'enquête ont été tirés au sort en fonction de trois critères : la zone d'implantation, l'ancienneté d'installation locale et le sexe du médecin. Ces trois critères de sondage combinés ont permis de définir 24 strates. Le tirage au sort des médecins a été réalisé au niveau central par la Drees de la manière suivante : le service informatique de la Drees a procédé à la répartition dans chaque strate des médecins à partir d'un fichier Adeli puis a effectué un tirage au sort en fonction de cette répartition par strate à hauteur de 90 médecins par région. Ceux-ci ont tous été contactés par les ORS d'une façon personnalisée par téléphone. Si un nombre de médecins dans une strate était inférieur à l'effectif prévu, une liste complémentaire de médecins tirés au sort par la Drees était fournie aux ORS.

L'enquête incluait les patients âgés de 16 ans ou plus vus pendant deux jours d'activité du médecin, en consultation ou en visite. Afin que les deux jours d'enquête ne soient pas choisis par le médecin, ceux-ci ont été déterminés suivant son mois de naissance (dimanche et jours de garde exclus) du lundi au samedi au cours de la troisième semaine du mois d'octobre 2000. Plus de 49 000 patients ont été inclus dans l'étude.

Les informations collectées pour l'enquête ont été recueillies à partir d'un questionnaire rempli par le médecin, il ne s'agissait pas d'un auto-questionnaire laissé en salle d'attente. Ce questionnaire comportait trois parties principales : des données sociodémographiques, des questions posées au patient par l'intermédiaire du médecin, des renseignements médicaux donnés par le médecin et l'avis clinique du médecin sur le patient.

Les résultats ont été redressés afin de fournir des résultats représentatifs d'une semaine complète d'activité de tous les médecins généralistes de la région.

Plusieurs éléments ont pu représenter des sources de biais, notamment les difficultés d'inclure tous les patients en cas de forte activité et de faire l'enquête en visite. Aussi, un dernier coefficient de redressement a été effectué en fonction des données fournies par la Cnamts sur l'activité moyenne des médecins dans chaque région durant le mois d'octobre 2000.

L'échantillon constitué en milieu hospitalier totalise 916 établissements et 33 795 patients. En dépit de leur participation à l'enquête en milieu libéral, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane n'ont pas réalisé le volet hospitalier. Le champ de l'enquête couvre l'hospitalisation en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation, à l'exclusion des urgences, des services réservés aux enfants et des soins de longue durée.

Les diagnostics d'alcoolisation excessive et de dépendance sont établis à partir de trois sources différentes : le questionnaire DETA, trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT et l'avis du médecin traitant. Le questionnaire DETA a pour but d'évaluer la conscience qu'a le patient de sa consommation de boissons alcoolisées et de son excès éventuel à partir de quatre questions libellées, dans l'enquête, de la manière suivante :

Au cours de votre vie :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Le patient est considéré, dans le DETA, comme étant à risque d'alcoolisation excessive s'il donne au moins deux réponses positives.

Enfin, concernant le tabac, quatre profils de fumeurs ont été définis : non-fumeurs, ex-fumeurs, fumeurs occasionnels (fument une cigarette de temps en temps), fumeurs réguliers.

4- Enquête Escapad

Depuis 2000, l'OFDT réalise, avec le soutien logistique de la Direction du service national, l'enquête lors de la journée de préparation à la défense, nommée Escapad. Cette enquête interroge, une fois par an, tous les jeunes Français qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) deux jours d'une semaine donnée dans 250 à 300 centres civils ou militaires distribués sur tout le territoire national (métropole, départements d'outre-mer depuis 2001 et Collectivités d'outre-mer depuis 2003).

Le recueil de données s'effectue par un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes), portant sur les consommations de produits psychoactifs, ainsi que sur la santé, les activités et les comportements de loisirs des jeunes. Ce questionnaire est soumis à l'ensemble des présents afin que l'échantillon soit représentatif des jeunes français. Les données représentées sont celles de l'enquête 2002-2003. Au moment de la publication de ce rapport, des données 2005 ont été diffusées par l'OFDT et des encadrés présentant une rapide synthèse de ces résultats ont été ajoutés dans le chapitre consommation. L'échantillon exploitable atteint 27 532 adolescents en métropole en 2002-2003. Sur cette base, une pondération a été appliquée afin de donner à chaque région son poids démographique véritable en métropole (calculé à partir des données Insee 2001 estimées à partir du recensement de la population 1999), et ce pour chaque sexe à 17 ans. La très petite taille de l'échantillon corse (93 garçons et 107 filles) empêche toute analyse statistique fiable de ces données, mais les individus de cet échantillon sont pris en compte dans le total national.

Le sondage qui consiste à interroger l'ensemble des jeunes présents deux journées données peut être assimilé à un tirage exhaustif au sein d'une grappe déterminée. Le choix des journées n'a pas été complètement aléatoire dans la mesure où il faut éviter les périodes particulières telles que celles suivant les fêtes, les périodes d'examen ou de vacances scolaires. Néanmoins, il est peu probable que les individus ainsi sélectionnés aient un profil particulier et aucun biais de sélection n'a pu être mis en évidence.

L'enquête Escapad est reconduite tous les ans, permettant à terme de saisir des évolutions dans les usages des adolescents. Un des intérêts de l'enquête est d'offrir un cadre de comparabilité plus rigoureux que lorsque des enquêtes sont menées indépendamment d'une région à l'autre, avec des méthodes, des populations et des questionnements différents.

5 Données sur les ventes de tabac

Les données sur les ventes de tabac sont publiées par le Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT). Elles mesurent, par l'intermédiaire d'Altadis Distribution (ex-Seita distribution), l'approvisionnement des buralistes en produits du tabac et, de manière indirecte, les ventes de tabac en France.

Il s'agit d'un enregistrement continu et exhaustif depuis 1960. Il faut cependant préciser que l'indicateur ne mesure pas les ventes aux consommateurs mais l'approvisionnement des buralistes (les stocks ne sont pas pris en compte) et Altadis-distribution n'approvisionne pas les buralistes des DOM, de Corse et n'est pas l'unique distributeur en Lorraine. Cependant, ces données restent malgré tout représentatives du marché puisque Altadis distribue environ 98 % des volumes de cigarettes en France. Enfin, ces données ne rendent pas compte du tabac circulant sur le marché noir, des achats transfrontaliers, des produits de contrefaçons et des produits de contrebande. Le développement d'un marché parallèle à celui des buralistes réduit la pertinence de cet indicateur dans la mesure de la consommation de tabac.

L'indicateur cartographié est le nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus en 2006.

6 Rapport d'activité des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies réalise annuellement une analyse des rapports d'activité des CCAA et des CSST. Depuis 2004, ces rapports sont construits selon un modèle type commun, qui doit permettre de décrire de façon homogène, la nature, le fonctionnement, l'activité de ce dispositif et les caractéristiques des personnes accueillies par les CCAA et CSST.

Le rapport d'activité type est adressé aux entités juridiques gérant une ou plusieurs activités de soins, par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Celles-ci reçoivent en retour les rapports d'activité complétés et valident les données qui y figurent. Les documents sont ensuite centralisés à la DGS. Les rapports d'activité sont expédiés à l'OFDT qui se charge de la saisie et de l'exploitation des données.

Le dispositif ne permet pas de recueillir des informations sur l'ensemble des centres et les unités répondantes ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre. La présence ou l'absence de quelques centres ayant des files actives importantes est susceptible de faire varier certains résultats de façon importante, en particulier au niveau régional.

Par ailleurs, certaines entités juridiques disposent d'une structure centrale et de nombreuses antennes, qui peuvent être comptabilisées comme autant de centres, même si l'activité et l'amplitude horaire d'ouverture de certaines de ces antennes sont faibles. Pour cette raison, dans le décompte régional des CCAA et CSST, seuls les lieux ouverts au moins 20h par semaine ont été présentés.

7- Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution (SIAMOIS)

Depuis 1996, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution (Siamois).

Ce système, qui est alimenté par les informations transmises par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (Gers), permet de disposer d'indicateurs sur les ventes pharmaceutiques de médicaments de substitution et des seringues stériles (kits de prévention Steribox®) par zone d'activité des répartiteurs pharmaceutiques.

Le système ne permet pas de disposer de données pour les DOM et seules les ventes en pharmacie sont prises en compte. Ainsi par exemple les seringues distribuées dans le cadre des programmes d'échange de seringues (10 % à 20 % des seringues stériles selon des estimations réalisées en 1996) ne sont pas comptabilisées.

8- Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants

L'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (Ocrtis) du ministère de l'Intérieur gère le Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Dans ce fichier sont enregistrées toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées sur le territoire national, que ce soit par les forces de police, de gendarmerie ou par la douane.

L'Ocrtis n'enregistre pas l'ensemble des affaires de stupéfiants, mais uniquement celles qui font l'objet d'une procédure et d'un message d'information judiciaire. Les faits les moins graves et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas enregistrés dans le fichier.

Le fichier comprend des données sur l'origine des affaires (service interpellateur, cadre de l'interpellation), les caractéristiques des personnes interpellées, le lieu de l'infraction ou encore la drogue saisie (nature, quantité).

Les statistiques d'ILS ne constituent pas un indicateur direct du nombre de consommateurs de stupéfiants ou de l'importance du trafic, dans la mesure elles dépendent en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes.

9- Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Lors de chaque accident corporel de la circulation, les forces de police ou de gendarmerie remplissent une fiche BAAC (Bulletin d'analyse d'accidents corporels de la circulation). Ces fiches alimentent le fichier national des accidents corporels de la circulation routière géré par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (Onisr).

Les fiches comprennent des informations sur les caractéristiques de l'accident (lieu, heure, type de collision), le lieu de l'accident, les véhicules impliqués et les usagers (âge, sexe, alcoolémie, gravité de l'accident...).

La présence d'alcool chez les conducteurs ne peut pas être systématiquement renseignée, en raison de la difficulté de procéder dans certains cas à une prise de sang (accident grave, refus) ou de l'absence des résultats de la prise de sang. En 2005, dans 20 % des accidents corporels et 11 % des accidents mortels, l'alcoolémie n'est pas connue.

10- Direction générale des douanes et droits indirects (débits de tabac et de boissons licence IV)

Depuis 2003, suite à un changement de fiscalité, le droit de licence n'est plus perçu sur les débits de boisson. La Direction générale des douanes et droits indirects qui percevait ce droit a donc cessé d'effectuer un suivi statistique centralisé du nombre d'établissements. Il reste toutefois possible d'obtenir localement ces informations auprès des préfectures.

Les régions de France métropolitaine et les départements d'Outre-mer



Glossaire des abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
ALD	Affection de longue durée
AMPLD	Antenne médicale de prévention et de lutte contre le dopage
Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
AOC	Appellation d'origine contrôlée
Assedic	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
BCPO	Broncho-pneumopathies chroniques obstructives
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDIT	Centre d'information et de documentation sur le tabac
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
Cifad	Centre interministériel de formation antidrogue
Cirdd	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
Codes	Comité départemental d'éducation pour la santé
Cres	Comité régional d'éducation pour la santé
CSST	Centres spécialisés de soins aux toxicomanes
Datis	Drogues alcool tabac info service
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGS	Direction générale de la santé
Dhos	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Dom	Département d'outre-mer
Escapad	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Espad	European school survey project on alcohol and other drugs
Eropp	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Fitpat	Fédération interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisation au travail
Frad	Formateurs relais antidrogue
Francim	France - cancer - incidence et mortalité
Gers	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GRSP	Groupement régional de santé publique
Iliad	Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
Ireb	Institut de recherches scientifiques sur les boissons
LSD	Acide lysergique diéthylamine
Mildt	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Ocrtis	Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMS	Organisation mondiale de la santé
Onisr	Observatoire national interministériel de sécurité routière
ORS	Observatoires régionaux de la santé
PRSP	Plan régional de santé publique
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Répertoire national inter régimes de l'assurance maladie
Siam	Système Informationnel de l'assurance maladie
Siamois	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et des produits de substitution
Simcca	Système d'information mensuel sur les consultations cannabis
SMPR	Service médico-psychologique régional
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union européenne
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VDQS	Vin de qualité supérieure

FNORS

62 boulevard Garibaldi
75015 PARIS

Tél. : 01 56 58 52 40 Fax : 01 56 58 52 41
www.fnors.org

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Direction générale de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

Tél. : 01 40 56 60 00 Fax : 01 40 56 40 56
www.sante.gouv.fr

Septembre 2007