

Conséquences sanitaires, sociales et légales des consommations

“

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

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



Point de vue

La notion de parcours en addictologie

Docteur Jacques ALLIX

Médecin généraliste, Réseau Addictions 35

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

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

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

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

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

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

”

Conséquences sanitaires des consommations

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

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

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

D'importantes disparités observées au niveau départemental

Chez les hommes comme chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable avec les taux les plus faibles et significativement comparables à la moyenne nationale. Dans les trois autres départements bretons, la situation par rapport à la moyenne nationale diffère selon le sexe. En effet, chez les hommes, les trois départements présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne française alors que chez les femmes, leur situation est statistiquement comparable.

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

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

Au-delà de cet âge, les taux s'accroissent brutalement chez les hommes et culminent à 192 nouveaux cas pour 100 000 bretons entre 65 et 69 ans avant de diminuer chez les plus âgés tandis que chez les femmes la progression est continue avec l'âge.

Ainsi, l'écart entre les deux sexes s'accroît à mesure que l'âge augmente jusqu'à 65-69 ans où il devient maximal. Par ailleurs, si les taux sont proches chez les femmes en Bretagne et en France, en revanche, chez les hommes, la situation bretonne est particulièrement défavorable et l'écart entre les deux populations s'accroît dès 50 ans.

En progression chez les femmes et en baisse chez les hommes

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

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

MÉTHODO

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

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

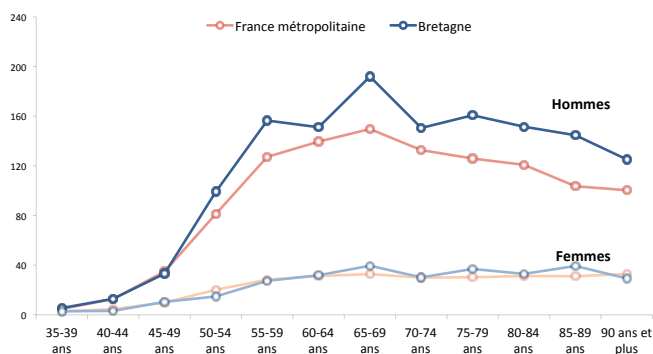
	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux standardisés*	Nombre	Taux standardisés*
Côtes-d'Armor	183	54,5	53	12,8
Finistère	305	65,0	71	12,0
Ille-et-Vilaine	189	42,3	46	8,8
Morbihan	221	56,1	59	12,5
Bretagne	899	54,6	229	11,5
France métropolitaine	14 032	45,8	4 107	11,4

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

Unité : taux pour 100 000 habitants

*Standardisation sur la population française (2006)

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

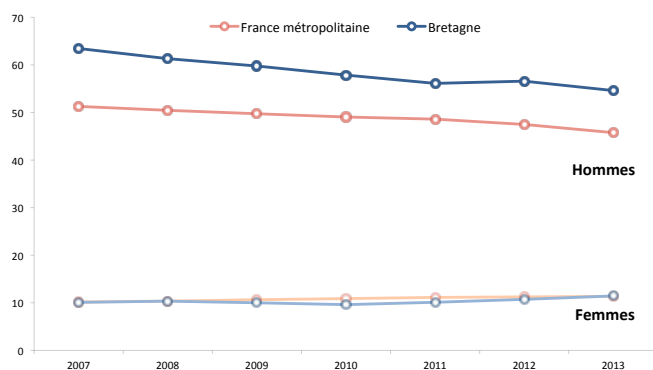


Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

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



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

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

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

Conséquences sanitaires des consommations

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

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

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

Des disparités sont observées au niveau départemental

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

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

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

En Bretagne comme en France, si les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon sont voisins pour les deux sexes jusqu'à 45 ans (figure 2). Ensuite à partir de cet âge, les taux augmentent régulièrement, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes creusant l'écart entre les deux sexes, pour culminer à 70-74 ans où les taux sont 3 fois plus élevés chez les bretons que chez les bretonnes.

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

Par ailleurs, si les taux sont proches chez les femmes en Bretagne et en France, en revanche, chez les hommes les taux bretons, à partir de 65 ans, sont inférieurs aux taux français et l'écart entre les deux populations s'accroît jusqu'à 80 ans.

Des nouvelles admissions en ALD en progression chez les femmes

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

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

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

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

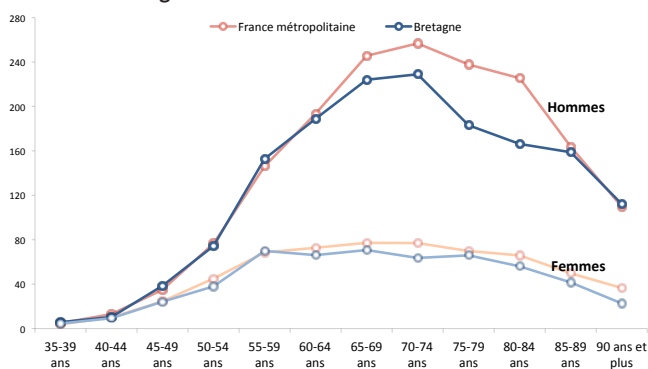
	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux standardisés*	Nombre	Taux standardisés*
Côtes-d'Armor	205	60,4	94	24,1
Finistère	336	71,0	149	27,7
Ille-et-Vilaine	225	50,7	111	21,1
Morbihan	233	58,5	91	19,8
Bretagne	998	60,0	446	23,0
France métropolitaine	19 986	66,0	9 038	25,0

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

Unité : taux pour 100 000 habitants

*Standardisation sur la population française (2006)

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

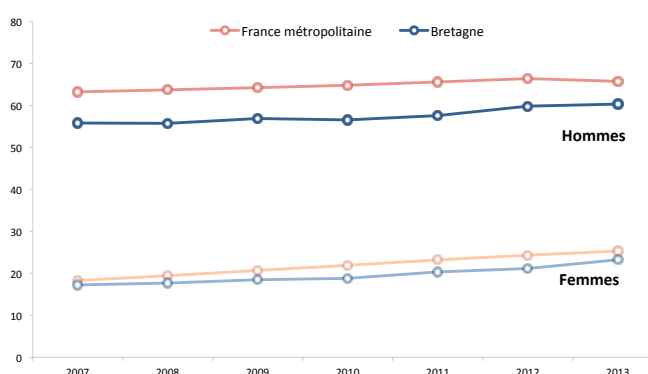


Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Bretagne

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

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



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

Unité : taux pour 100 000 habitants

Standardisation sur la population française (2006)

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

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

Les hospitalisations pour des intoxications aiguës

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une prise en charge essentiellement en établissement MCO

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

Des taux de recours standardisés très supérieurs aux taux nationaux

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

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

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

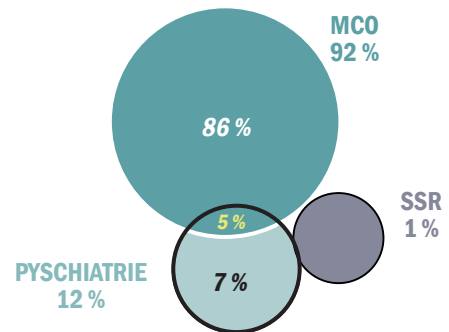
REPÈRES

ÉTUDE SUR LES « JEUNES ALCOOLISÉS AUX URGENCES EN BRETAGNE »

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

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

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



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

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

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

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

MÉTHODO

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

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

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

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

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

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

Conséquences sanitaires des consommations

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

Les hospitalisations pour des mésusages

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

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

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

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

Les trois quarts des patients concernés sont des hommes

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

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

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

6 patients sur 10 hospitalisés en psychiatrie

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

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

Des taux de recours nettement supérieurs aux taux nationaux

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

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

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

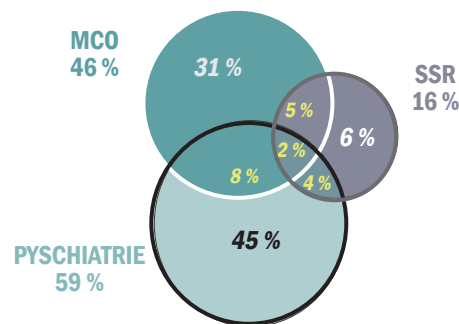
MÉTHODO

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

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

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

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



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

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

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

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

EN SAVOIR +

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

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

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

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

Bien que marginale, la part de ces contaminations apparaît légèrement supérieure dans la région par rapport à la France (3 % contre 2 %). En Bretagne comme en France, les contaminations au VIH sont rares chez les usagers de drogues, cette observation est cohérente avec la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

REPÈRES

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

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

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

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

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

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

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

Sources :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conséquences sanitaires des consommations

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

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

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

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

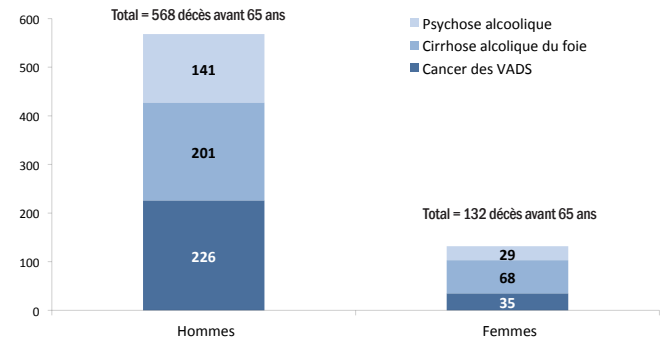
Un tiers des décès masculins de la région enregistrés dans le Finistère

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

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

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

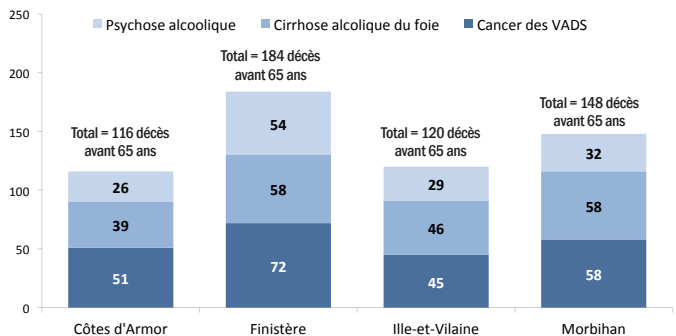
1 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool en Bretagne en 2011-2013



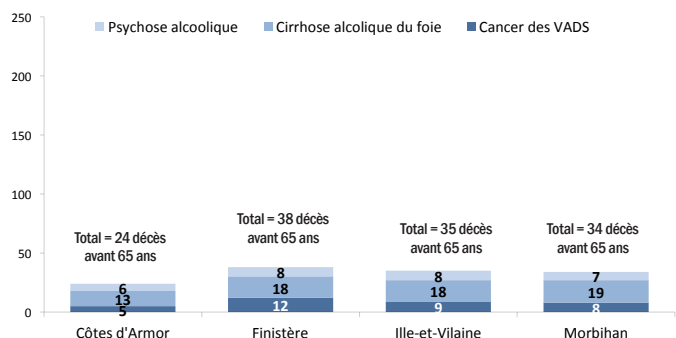
Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

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

Hommes



Femmes



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

ALCOOL ET GROSSESSE

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

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

MÉTHODO

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

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

Trois pathologies liées à l'alcool sont généralement étudiées :

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

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

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

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

Une situation régionale défavorable surtout pour les hommes...

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

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

...sauf en Ille-et-Vilaine

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

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

La mortalité prématurée baisse moins vite chez les Bretonnes

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

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

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

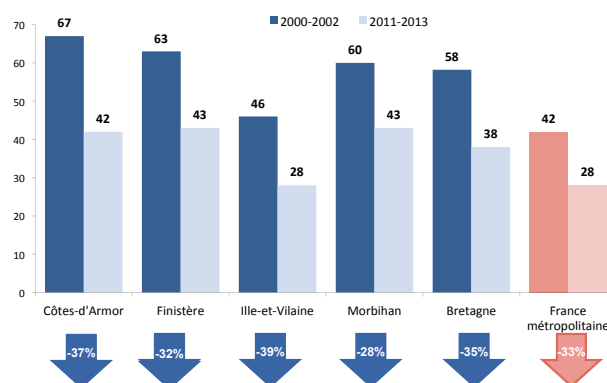
Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine présente la baisse la plus faible sur la dernière décennie (-11 %), alors que dans les Côtes-d'Armor la diminution est la plus marquée (-40 %). Le Finistère et le Morbihan suivent la tendance métropolitaine.

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

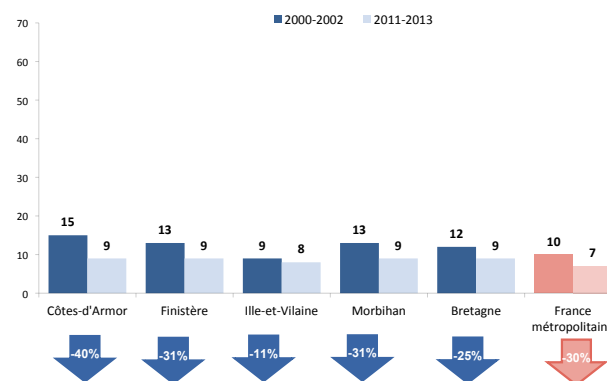
La représentation cartographique met en évidence une forte surmortalité dans la majorité des EPCI (figure 2). Seules celles de Liffré, du Pays de Châteaugiron, du Val d'Ille et de Rennes Métropole présentent une sous-mortalité vis-à-vis de la moyenne nationale.

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

Hommes



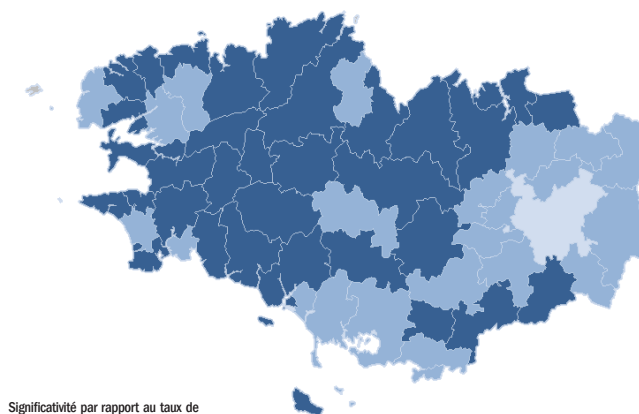
Femmes



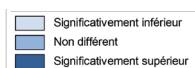
Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

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

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



Significativité par rapport au taux de France métropolitaine :



Source : Insem CépiDc, Insee Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sanitaires des consommations

MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE TABAC EN BRETAGNE

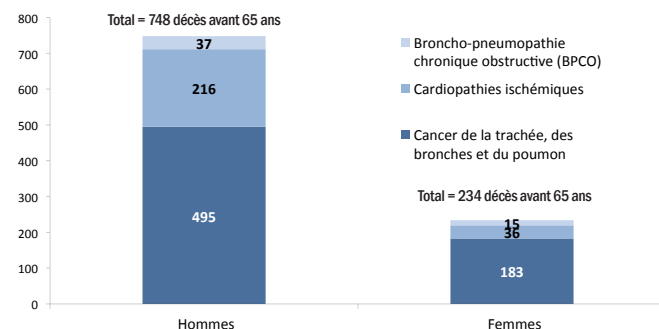
Près d'un décès sur 4 pour des pathologies liées au tabac survient prématurément en Bretagne

En 2011-2013, en moyenne annuelle, 748 hommes et 234 femmes sont décédés avant l'âge de 65 ans de l'une des trois pathologies principalement liées au tabac, ce qui représente 22 % de l'ensemble de la mortalité liée au tabagisme (figure 1). Chez les hommes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est responsable de 67 % des décès prématurés liés au tabac, devant les cardiopathies ischémiques (29 %) et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (5 %). Chez les femmes, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont responsables de plus des trois quarts des décès prématurés liés au tabac (78 %), viennent ensuite les cardiopathies ischémiques (15 %) et enfin, les BPCO (6 %).

Un tiers des décès de la région enregistrés dans le Finistère

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

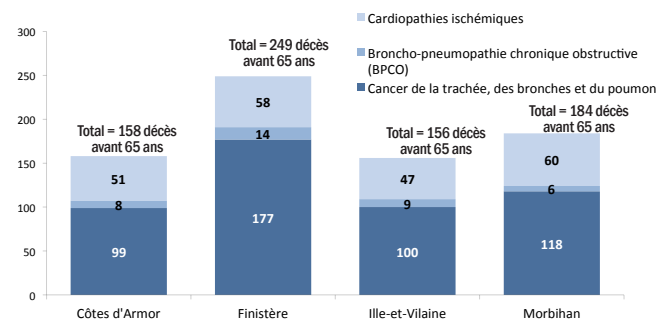
1 Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac en Bretagne en 2011-2013



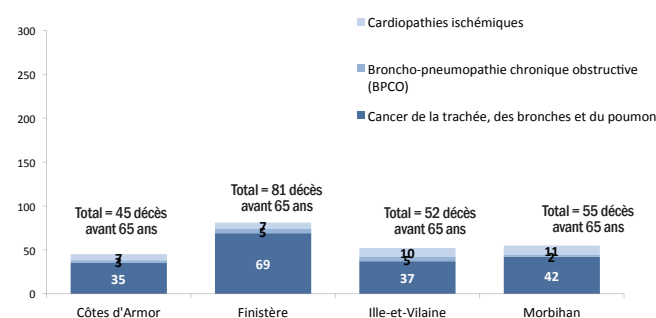
Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

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

Hommes



Femmes



Source : Insem CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

REPÈRES

L'IMPACT DU TABAGISME EST CONSIDÉRABLE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

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

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

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

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

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

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

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

EN SAVOIR +

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

MÉTHODO

Le tabac, même s'il n'est pas le seul, apparaît comme le principal facteur de risque associé à trois causes médicales de décès :

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

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

Une prédominance masculine marquée

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

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

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

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

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

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

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

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

... alors qu'elle baisse chez les hommes

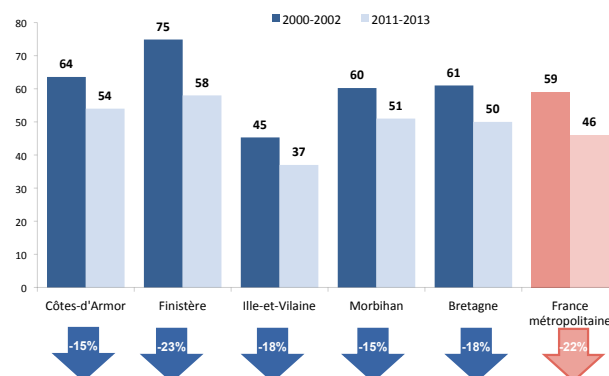
Chez les hommes, le Finistère est le département où la diminution est la plus importante (-23 %), alors qu'elle se situe à un niveau équivalent dans les trois autres départements bretons. Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine affiche l'augmentation la plus marquée (+64 %), suivi des Côtes-d'Armor (+57%),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

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

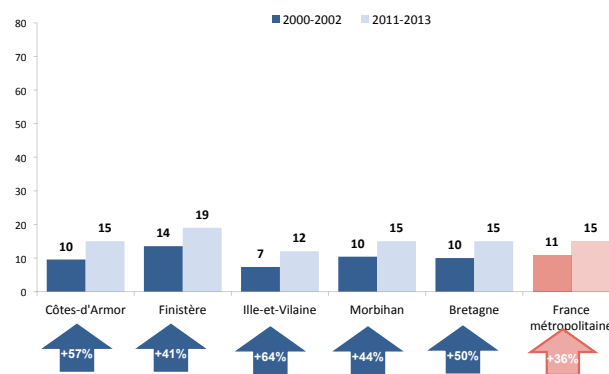
La représentation cartographique met en évidence les plus forts niveaux de mortalité dans les EPCI de Concarneau-Cornouaille Agglomération, du Pays de Landerneau-Daoulas, du Pays de Lesneven et Côte des Légendes, du Haut Pays Bigouden, du Pays de Landivisiau, de Morlaix Communauté, de la Région de Pleyben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

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

Hommes



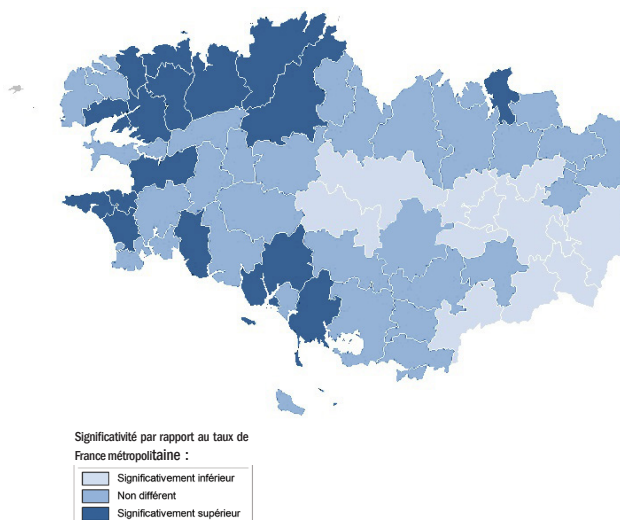
Femmes



Source : Insem CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

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

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



Source : Insem CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sanitaires des consommations

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

22 décès par surdose en Bretagne en 2013

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

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

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

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

Selon les données du CépiDc, la principale cause de décès par surdose (plus d'un cas sur deux) est à mettre en lien avec une polyconsommation. L'héroïne est un produit largement présent dans ce type de décès.

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

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

Source : OFDT, Exploitation ORS Bretagne

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

58

REPÈRES

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

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

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

EN SAVOIR +

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

MÉTHODO

Depuis 2007, les chiffres des décès par surdoses proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc).

Les critères de sélection des décès par surdose sont ceux de l'Observatoire Européen des Drogues de la Toxicomanie (OEDT). Pour être pris en compte, il doit y avoir mention dans le certificat de décès comme cause initiale de décès de certains codes de la CIM10 : Troubles du comportement liés à la consommation d'opiacés, de cannabis, de cocaïne, de stimulants, d'hallucinogènes ou de drogues multiples (F11, F12, F14, F15, F16, F19) ; intoxication accidentelle par héroïne, cannabis, cocaïne... (X42) ; auto intoxication, suicide par héroïne, cannabis, cocaïne... (X62) ; intoxication non classée ailleurs, avec intention non déterminée par héroïne, cannabis, cocaïne... (Y12).

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

“

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



Point de vue

La sécurité routière

Docteur Patrick SERRE

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

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

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

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

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

Les addictions représentent un problème important, responsables de 20% des causes de mortalité et de 50% des faits de délinquance. Les comportements addictifs reflètent différents aspects : les addictions avec produit et sans produit.

La question est de savoir, en terme de santé publique, comment nous allons pouvoir enrayer, avec encore plus d'efficacité, tous ces comportements addictifs, tant sur le plan de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, que sur le plan de la prévention des dommages et des risques, en particulier pour le risque routier.

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

”

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

MÉTHODO

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

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

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

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

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

... particulièrement dans les Côtes-d'Armor

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

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

Le Morbihan se situe dans la moyenne nationale.

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

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

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

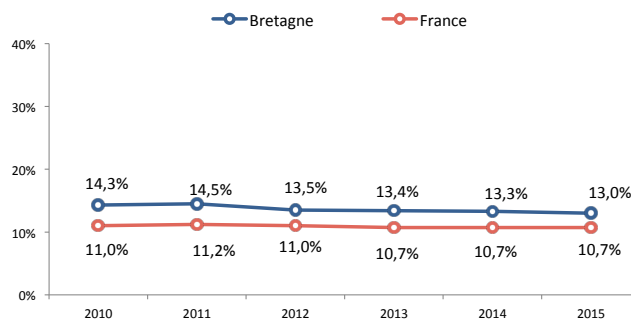
Parmi les automobilistes impliqués dans un accident corporel avec présence du facteur alcool, les jeunes de 18 à 24 ans sont plus fréquemment concernés.

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

EN SAVOIR +

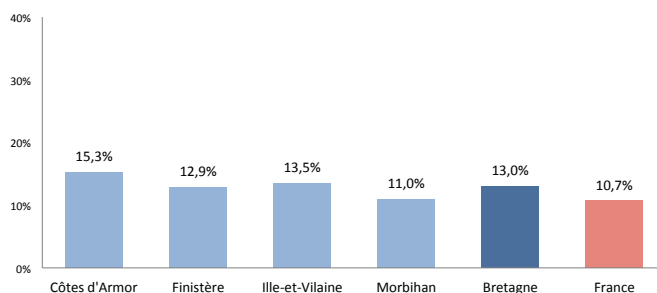
■ Le bilan 2016 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere/accidentalite-routiere/bilans-annuels/>

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



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

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



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

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

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

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

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

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

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

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

Sans se situer parmi les régions où la proportion d'accidents mortels avec un taux d'alcool positif est la plus élevée, la Bretagne dépasse la moyenne nationale (30,7 % pour l'ensemble de la métropole).

Le Finistère est le plus concerné

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

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

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

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

LA MORTALITÉ ROUTIÈRE AVEC PRÉSENCE DU FACTEUR CANNABIS EN FRANCE

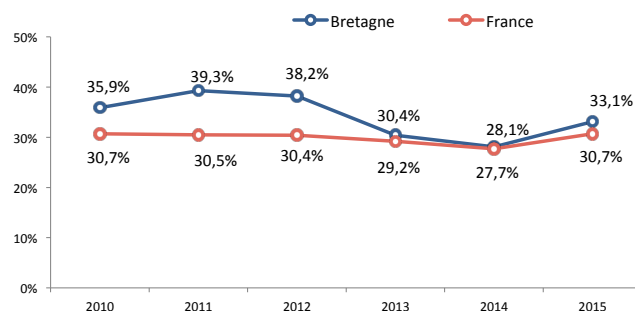
Le cannabis multiplie le risque d'accident mortel de la route par 1,8

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

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

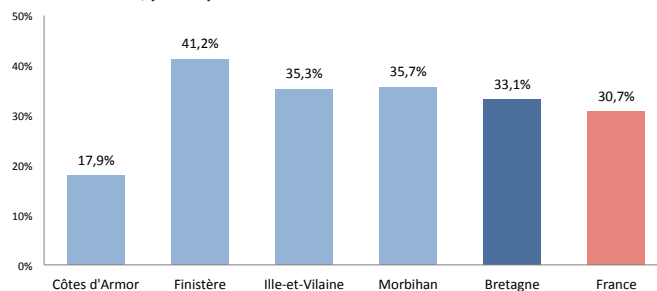
Source : *Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse épidémiologique, OFDT, Mai 2011, 166 pages*

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



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

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



Sources : ODICER, ONISR, Exploitation ORS Bretagne

“

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

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

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

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

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

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

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



Point de vue

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

Monsieur Luc-Etienne MOLLIERE.

Directeur de la Prévention des risques et tranquillité urbaine.

Brest métropole / Ville de Brest.

”

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

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

MÉTHODO

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

Les ivresses publiques et manifestes sont comptabilisées annuellement respectivement par la Direction Générale de la Police Nationale (Ministère de l'Intérieur) et par la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale (Ministère de la Défense).

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

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

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

Une situation contrastée entre les départements

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

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

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

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

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

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

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

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

EN SAVOIR +

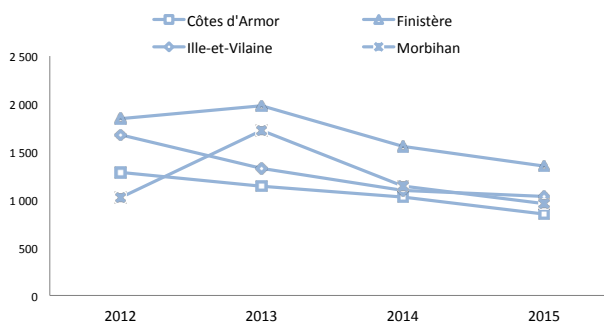
■ Bertrand Y., Le Gallou J.Y., Roussille B., Thomas F., Riou P., Marion M. & Podevin H. (2008). *Evaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM)*, Paris : Inspection générale des affaires sociales.

1 Les interpellations pour IPM en 2015

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

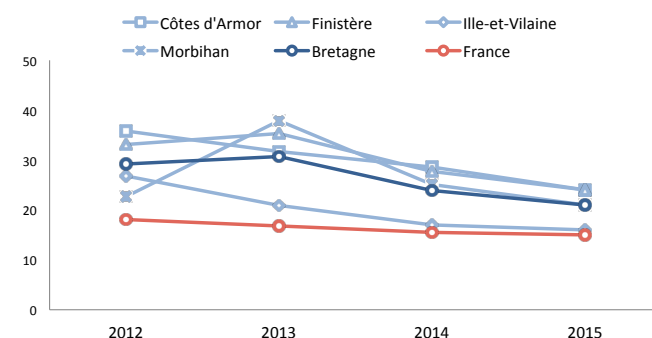
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

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



Source : OFDT-Odicer, exploitation ORS Bretagne

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



Source : OFDT-Odicer, exploitation ORS Bretagne

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

MÉTHODO

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

Les statistiques distinguent les mineurs des majeurs.

Ce type de données est largement révélateur de l'activité des services répressifs. En effet, cette activité peut varier considérablement d'un département à l'autre et d'une année sur l'autre, notamment en fonction des priorités d'actions ou bien encore de l'opportunité de certaines prises. De plus, les affaires ne sont pas comparables l'une à l'autre. En effet, il y a nécessité à prendre également en compte les quantités saisies. Cette donnée n'est pas disponible au niveau des sources de données exploitées.

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

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

Une situation contrastée entre les départements

La situation entre les départements bretons est relativement contrastée, avec un nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pouvant varier du simple au double en fonction des départements. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine se situent au-dessus du niveau des autres départements chez les majeurs comme chez les mineurs (*figure 2*).

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

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

... mais une intensification des interpellations chez les mineurs

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

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

EN SAVOIR +

■ Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants, I. Obradovic, Tendances n°103, OFDT, octobre 2015.

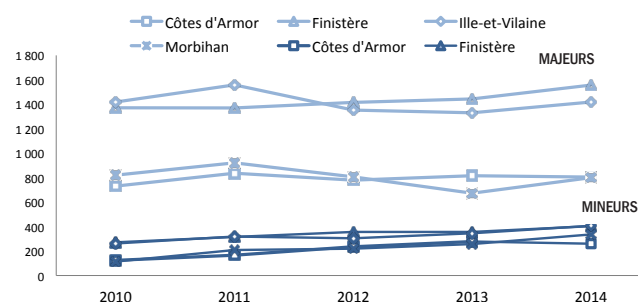
■ Le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants en 2015 - Infostat Justice n° 150 de mars 2017.

1 Les interpellations pour ILS en 2014

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

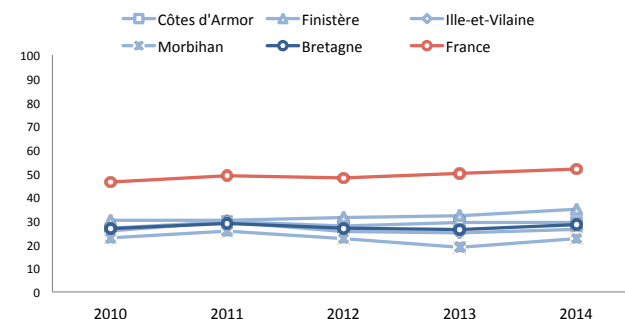
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

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



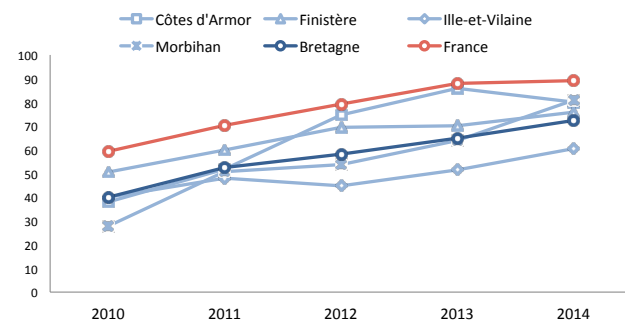
Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

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



Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

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



Source : OFDT, Odicer, Exploitation ORS Bretagne

Conséquences sociales et légales

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

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

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

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

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

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

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

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques en 2010, proche de 120 milliards d'euros

Le « coût social des drogues en France » mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Il est composé :

- du coût externe de ressources gaspillées (valeur des vies humaines perdues, dégradation de la qualité de vie, pertes de production)
- et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac).

Globalement, le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proche de 120 milliards d'euros chacun, suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros). Pour les seules finances publiques, l'État dépense 20 milliards d'euros (figure 1). Ces chiffres sont à rapprocher des 13,4 millions de fumeurs et des 3,8 millions « d'usagers à risques d'alcool ». Les usagers problématiques de drogues illicites sont quant à eux estimés à 300 000.

Les « coûts des soins » des maladies engendrées par l'alcool et le tabac (respectivement 7,7 et 25,9 milliards d'euros) sont inférieurs aux « recettes de taxation » de l'alcool et du tabac (respectivement 3 milliards d'euros et 10,4 milliards d'euros).

Les dépenses du budget de l'État se sont élevées à 380 milliards d'euros en 2010. Les dépenses nettes liées à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites représentent près de 20 milliards d'euros, soit 5 % des dépenses publiques.

Source : « Le coût social des drogues en France », résultats de l'étude de Pierre Kopp publiée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), septembre 2015

1 Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France en 2010

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problème »	3 800 000	13 400 000	300 000
Coût externe (perte de vies humaines, perte de qualité de vie, pertes de production) en milliards d'euros	- 114 399	- 105 391	- 5 909
Coût pour les finances publiques (coût de soins, économie des retraites, prévention, répression, taxation) en milliards d'euros	- 3 049	- 13 881	- 2 327
Coût social en milliards d'euros	- 118 057	- 122 049	- 8 701

Source : « Le coût social des drogues en France », résultats de l'étude de Pierre Kopp publiée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), septembre 2015

MÉTHODO

« Il n'est pas possible de calculer un « coût social total » des drogues car les fractions attribuables qui déterminent la valeur des vies perdues – donc l'essentiel du coût social – ne prennent pas en compte les comorbidités. Certaines personnes décédées du fait de l'alcool sont également des fumeurs, et inversement. Il en va de même avec les drogues illicites. Face à l'impossibilité de traiter les doubles comptes, le total arithmétique surestime largement le coût social des drogues et ne doit donc pas être utilisé ».