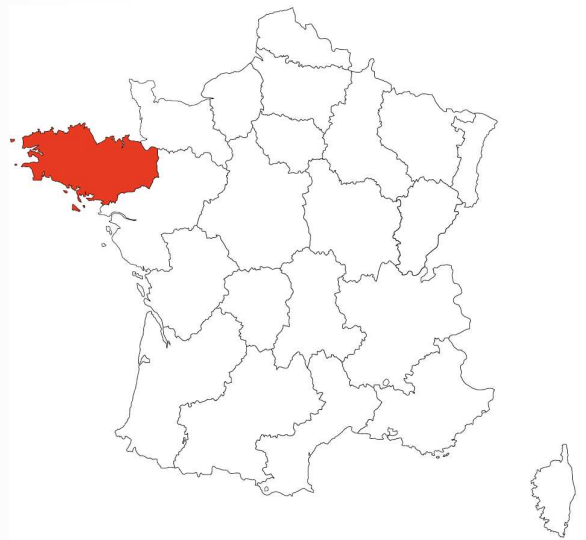


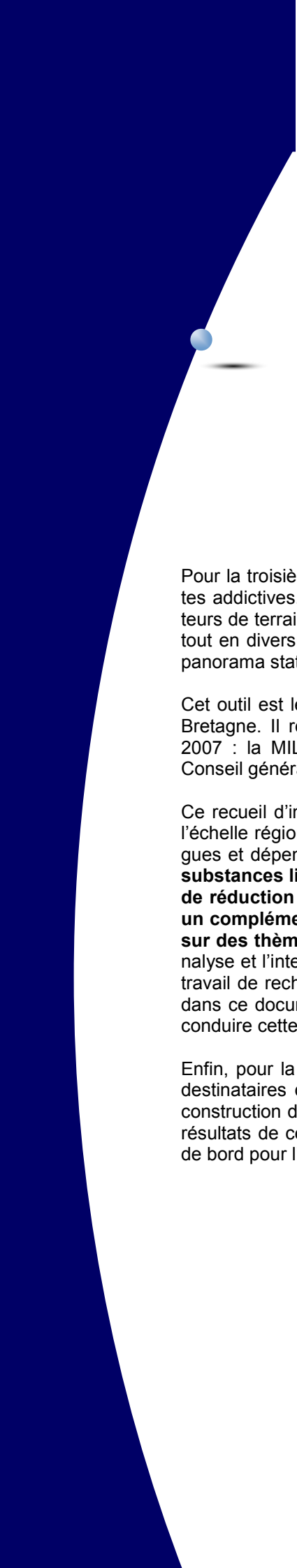
Tableau de Bord

Année 2007

ETAT DES LIEUX DES PHENOMENES LIES AUX DROGUES ET DEPENDANCES EN BRETAGNE



DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES
SANITAIRES
ET SOCIALES



Pour la troisième année consécutive, la **Bretagne se dote d'un tableau de bord** de suivi des conduites addictives. Il fait suite aux éditions 2005 et 2006 qui sont apparues particulièrement utiles aux acteurs de terrain ainsi qu'aux décideurs. Cette édition 2007 reprend le suivi des indicateurs de référence tout en diversifiant les champs explorés. Il prend en compte les données existantes qui complètent le panorama statistique des phénomènes liés aux usages de substances licites et illicites.

Cet outil est le **fruit d'une collaboration** entre la DRASS de Bretagne, le CIRDD Bretagne et l'ORS Bretagne. Il reçoit chaque année le concours de plusieurs partenaires financiers dont pour l'année 2007 : la MILDT, la DRASS de Bretagne, la Région Bretagne, le département D'Ille-et-Vilaine, le Conseil général des Côtes d'Armor, la ville de Rennes et l'URCAM.

Ce recueil d'indicateurs se veut être un outil d'aide à la décision à travers les données disponibles à l'échelle régionale et départementale, en facilitant le suivi de l'évolution des phénomènes liés aux drogues et dépendances. Il fournit au lecteur des indicateurs stabilisés relatifs aux **consommations des substances licites et illicites, aux infractions à la législation, aux recours aux soins, au dispositif de réduction des risques et aux conséquences sanitaires des usages de drogues. Par ailleurs, un complément d'informations est apporté via des synthèses d'études et travaux de recherches sur des thèmes spécifiques.** Toutefois, le rôle du tableau de bord ne peut prétendre aller jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données présentées. En effet, cet apport complémentaire nécessiterait un travail de recherche plus approfondi et diversifié, d'autant que les résultats d'étude dont il est fait état dans ce document sont très rarement comparables. Chacun dans son domaine respectif pourra donc conduire cette analyse au regard des informations dont il dispose.

Enfin, pour la première fois, **une évaluation du tableau de bord** sera menée en 2009. Chacun des destinataires de cet outil sera sollicité dans les prochains mois pour répondre à une enquête sur la construction du document, ses différentes rubriques, ses atouts et ses faiblesses, sa pertinence... Les résultats de cette étude permettront, le cas échéant, de profiler une nouvelle « maquette » du tableau de bord pour l'édition future.

Bonne lecture à tous.

Ce tableau de bord a bénéficié du soutien :

- de la **MILDT** (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie),
- de la **Préfecture de région**
- du **Conseil Régional de Bretagne**
- du **Conseil Général d'Ille et Vilaine**
- du **Conseil Général des Côtes d'Armor**
- de la **Ville de Rennes**
- de l'**URCAM**

Rédacteurs du tableau de bord :

Ce tableau de bord est le résultat d'une coopération entre la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD Bretagne) et l'Observatoire Régional de Santé (ORS Bretagne).

Le groupe de travail a réuni les personnes suivantes :

*Madame le Docteur Françoise Marquis, **DRASS de Bretagne**, Madame Odile Piquet, Monsieur Alain Tréhony, Madame Isabelle Tron, **ORS Bretagne**, Mesdames Gwénaëlle Boscher, Bénédicte Forêt **CIRDD Bretagne** et les membres de l'équipe du CIRDD Bretagne : Chantal Amar, Françoise Gualde, Marie-Lise Petit et Cécile Fourdan.*

CONTEXTE ET POPULATION EN BRETAGNE

Au 1^{er} janvier 2007, la population de la Bretagne est estimée à 3 103 000 habitants, avec un taux de croissance annuel moyen de 0.83% plaçant ainsi la Bretagne au 8^{ème} rang des régions métropolitaines.

Le dynamisme démographique de la région est principalement soutenu par l'excédent migratoire. En effet, les arrivées dépassent les départs de 19 000 par an. Par ailleurs, les naissances sont supérieures aux décès de 6 000 par an.

L'Ille-et-Vilaine (938 500 habitants au 1^{er} janvier 2006) et le Morbihan (693 500 habitants au 1^{er} janvier 2006) enregistrent les plus fortes croissances de population parmi les départements Bretons, ce qui situe ces départements au 14^{ème} et 18^{ème} rang du classement des départements de métropole par leur taux de croissance annuel moyen (respectivement +1.17% et +1.08%). Les Côtes d'Armor (569 500 habitants au 1^{er} janvier 2006) avec un taux de croissance moyen annuel de 0.70% place ce département en 40^{ème} position. Le Finistère quant à lui a un taux de croissance inférieur à la moyenne Française (0.45% par an). Sa population au 1^{er} janvier 2006 est estimée à 879 500 habitants.

La Bretagne, au 1^{er} janvier 2005, était en bonne place au classement des régions Françaises (7^{ème} rang) s'agissant du nombre de détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur ayant achevé leurs études. La part des diplômés du supérieur dans la région est plus élevée d'un point que celle de la moyenne des régions de province (19.4%). Parallèlement, la région se distingue par une proportion particulièrement faible de personne sans diplôme ou titulaire d'un seul CEP (Certificat d'étude primaire). Il semblerait enfin que les Bretons optent plus volontiers pour des filières professionnalisantes de type CAP, BEP, DUT...

Fin 2006, la Bretagne affichait une légère progression au niveau de l'emploi, progression soutenue depuis 2004. Le taux de croissance (+1%) est similaire à celui constaté au plan national. Toutefois, bien que compensé par le fort taux de croissance du secteur de la construction (+5.6%), la baisse de l'emploi industriel (-1%) conjuguée à celle de l'agriculture (-3.7%) limitent le mouvement de croissance générale.

Comme au niveau national, le chômage baisse dans la région. Fin 2006, le taux de chômage s'établit à 7,2% ; il recule ainsi de 0,7 point sur l'année et se situe largement au dessous du taux de chômage national (8,6%). La part des jeunes dans la demande d'emploi est de 20,3% (vs 20,8% un an plus tôt). Au 31 décembre 2006, 18 300 jeunes de moins de 25 ans sont à la recherche d'un emploi en Bretagne, soit 10,5% de moins qu'un an plus tôt.

Sources : INSEE et OCTANT

LES INDICATEURS

Les différents indicateurs retenus ont été classés selon les rubriques suivantes :

- les consommations déclarées
- les consommations estimées
- les infractions à la législation
- le recours aux soins
- les dispositifs de réduction des risques
- les conséquences sanitaires des usages de drogues
- les études et recherches

LE TRAITEMENT DES DONNÉES

La collecte et le traitement des données ont été effectués par l'ORS Bretagne et le CIRDD Bretagne.

Pour chaque indicateur présenté, vous trouverez en haut à gauche les logos suivants :



ou



Il s'agit du logo de la structure qui a traité les données et à laquelle vous pourrez vous adresser pour plus de renseignements.

SOMMAIRE

1. Consommations déclarées	
• <i>Consommations de produits psycho actifs des jeunes français : exploitation régionale et départementale de l'enquête ESCAPAD 2005</i>	P 7
• <i>La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007</i>	P 19
• <i>La santé des étudiants de première année d'université en Bretagne</i>	P 24
• <i>Consommation d'alcool, de tabac et autres drogues, enquête en population générale</i>	P 28
• <i>Tabac, alcool, psychotropes : consommations des consultants examinés dans les Centres d'examens de santé en 2005</i>	P 34
2. Consommations estimées	
• <i>Vente de cigarettes</i>	P 39
• <i>Vente d'alcool par habitant</i>	P 41
• <i>Anxiolytiques et hypnotiques : estimation de la consommation en Bretagne</i>	P 42
3. Infractions à la législation	
• <i>Interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants</i>	P 43
• <i>Le facteur alcool dans les accidents de la circulation</i>	P 46
• <i>Interpellations pour ivresse sur la voie publique</i>	P 49
• <i>Dépistages d'alcoolémie (nombre de contrôles et taux positifs)</i>	P 50
4. Recours aux soins	
• <i>Les Centres Spécialisés dans les Soins aux Toxicomanes (CSST)</i>	P 51
• <i>Rapports d'activité annuels des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)</i>	P 53
• <i>Consultations de tabacologie</i>	P 56
• <i>Consultations cannabis en Bretagne</i>	P 57
• <i>Traitements de substitution aux opiacés : Subutex® et Méthadone®</i>	P 59
5. Dispositifs de réduction des risques	
• <i>L'offre en outils de réduction des risques en Bretagne (Ventes de Stéribox®)</i>	P 61
• <i>Etat des lieux de la réduction des risques par automates en France : résultats de l'enquête SAFE 2007</i>	P 62
• <i>Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)</i>	P 63
6. Conséquences sanitaires des usages de drogues	
• <i>Mortalité tous âges liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac</i>	P 65
• <i>Mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac</i>	P 74
7. Etudes et recherches	
• <i>ReLion: Recensement Local d'Indicateurs pour l'Observation Nationale des actions de Prévention liées aux usages de drogues</i>	P 85
• <i>Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND) - Les faits marquants en 2007</i>	P 89
• <i>Substances psycho actives chez les amateurs de l'espace festif Electro : principaux résultats</i>	P 94
8. Références utiles	P 97



Consommations de produits psycho actifs des jeunes français

Exploitation régionale et départementale de l'enquête ESCAPAD 2005¹ (1/12)

Repères méthodologiques

Mise en œuvre depuis 2000 par l'OFDT en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD consiste en un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Elle renseigne notamment sur les niveaux d'usage en termes de produits psycho actifs ainsi que sur les modalités de consommation. ESCAPAD, par sa réitération tous les deux ans, permet un suivi très réactif des évolutions à un âge particulièrement concerné par ces usages. Elle présente, par ailleurs, l'avantage d'interroger un échantillon représentatif de tous les jeunes Français (garçons et filles), y compris ceux qui sont déscolarisés et/ou qui travaillent. Cette enquête a été étendue aux DOM en 2001 et aux COM (Polynésie Française et Nouvelle-Calédonie uniquement) en 2003.

En métropole, l'échantillon exploitable lors de l'enquête 2005 atteint 29 393 adolescents de 17 ans (en âge révolu, c'est-à-dire en tenant compte du mois de naissance), ce qui permet une exploitation des résultats dans les 26 régions françaises, Corse comprise. Les évolutions régionales sont présentées par rapport aux données agrégées 2002/2003 issues de Beck F, Legleye S, Spilka S, *Atlas régional des consommations de produits psycho actifs des jeunes français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, OFDT, 2006.

Pour cette nouvelle édition du tableau de bord, le choix a été fait de présenter succinctement les données régionales, en revanche **l'accent sera porté sur les données départementales**. En effet, une analyse des résultats sur trois des départements bretons a pu être réalisée compte tenu des effectifs de répondants. Ainsi,

- en Côtes d'Armor : 393 jeunes (181 garçons et 212 filles),
- en Ille-et-Vilaine : 747 jeunes (381 garçons et 366 filles)
- dans le Finistère : 1519 jeunes (dont 768 garçons et 751 filles), ont participé à l'enquête.

S'agissant du Morbihan, l'effectif d'enquête étant inférieur à 100 participants, il n'a pas été possible de faire d'analyse des résultats.

Les indicateurs utilisés

Concernant la fréquence de consommation :

- **l'expérimentation** désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations
- **l'usage récent** désigne l'usage au cours des 30 derniers jours
- **l'usage régulier** désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois un produit au cours des trente derniers jours
- **l'usage quotidien** désigne le fait d'avoir pris un produit quotidiennement au cours des trente derniers jours.

Concernant l'ivresse alcoolique :

- **l'ivresse au cours de l'année**
- **l'ivresse répétée**, qui désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois
- **l'ivresse régulière**, qui désigne le fait d'avoir été ivre au moins dix fois au cours des douze derniers mois.

Concernant les usages à risques :

- la consommation d'au moins cinq verres en une seule occasion au cours des trente derniers jours
- la conduite d'un deux-roues motorisé après l'ingestion de plus d'un verre d'alcool au cours des douze derniers mois.

Les tableaux présentés ci-après donnent les fréquences d'usage pour ces différents indicateurs, au niveau départemental et régional, pour l'ensemble de la métropole et rappellent les niveaux pour la région lors de l'enquête 2002/2003.

*Le test utilisé est celui du Chi-2. Les symboles *, ** et *** signifient que l'écart est significatif (test du Chi-2) respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la comparaison des sexes dans la région (colonne " sex ratio ") et la comparaison du niveau régional avec celui de l'enquête précédente et du reste des jeunes Français (dans les colonnes " Test " correspondantes). A contrario, "ns" indique des résultats statistiquement non significatifs.*

¹ BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S.; Analyses régionale et départementale ESCAPAD 2005, OFDT, 2007.

Le tabac

Synthèse régionale

Le profil tabagique en Bretagne s'avère supérieur à celui observé dans le reste du territoire métropolitain, que ce soit pour le niveau d'expérimentation ou pour l'usage quotidien¹. Pour autant depuis 2001, on observe une tendance à la baisse de l'usage de tabac chez les jeunes.

À 17 ans, quatre jeunes Bretons sur cinq disent avoir expérimenté le tabac et 39 % déclarent un tabagisme quotidien, sans différence significative entre les sexes.

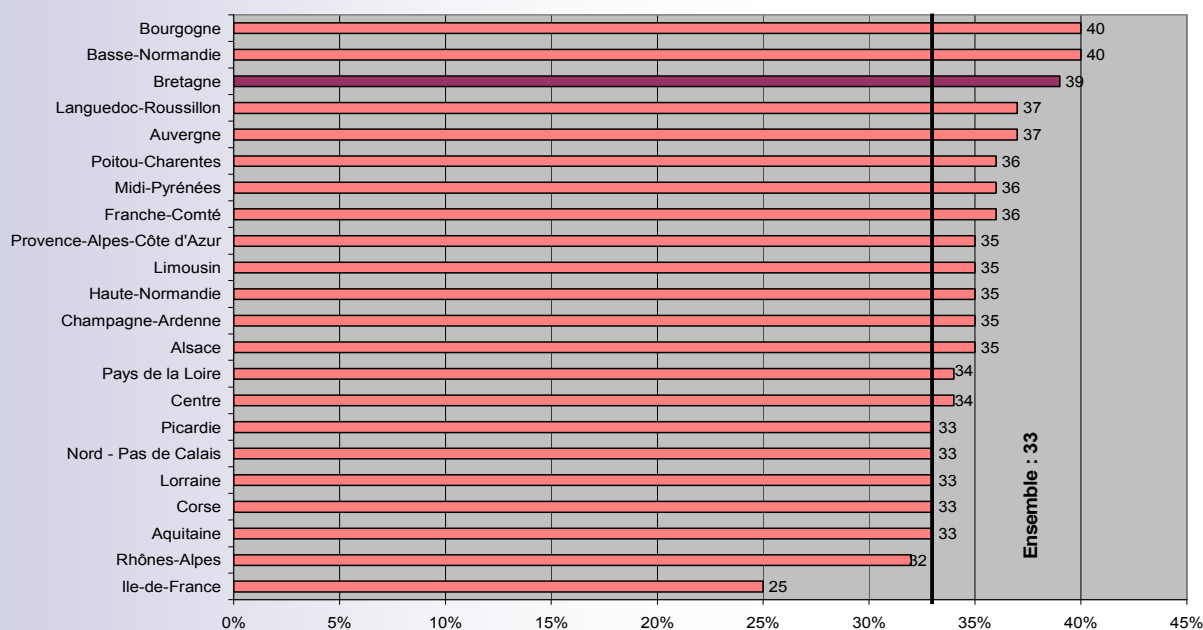
Usages de tabac à 17 ans (%)

	Bretagne 2005				Bretagne 2002/2003	Métropole 2005		
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	79	81	80	<i>ns</i>	83*	71,0	73,5	72,2***
Usage quotidien	40	39	39	<i>ns</i>	48**	33,6	32,3	33,0***

Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

En comparaison avec l'enquête ESCAPAD 2002/2003 le niveau d'usage quotidien du tabac en Bretagne a nettement diminué (39% en 2005 vs 48% sur la période 2002/2003, $p < 0.001$). Là où la Bretagne se situait au 1^{er} rang des régions françaises, elle se classe maintenant au troisième rang, les premières étant la Bourgogne et la Basse-Normandie. Cette amélioration ne doit toutefois, pas faire perdre de vue le fait que ce niveau de consommation demeure bien supérieur à la moyenne des autres régions de France (39% vs 33%).

Tagagisme quotidien à 17 ans (%) - Année 2005



Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

¹ L'usage quotidien désigne le fait d'avoir fumé quotidiennement au cours des trente derniers jours précédant l'enquête

Le tabac

Synthèse départementale

Une analyse des données par département (Côtes d'Armor, Ille-et-Vilaine et Finistère)¹ montre qu'hormis le taux d'expérimentation de tabac dans le Finistère (inférieur à la moyenne des jeunes bretons), aucune différence significative n'est apparue pour le reste des départements, qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de l'usage quotidien. En revanche, à l'image des données régionales, quel que soit le département considéré, les taux d'expérimentation et d'usage quotidien sont plus importants que sur le reste de la métropole.

Usages de tabac à 17 ans dans trois départements bretons (%)

		Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Comparaison Bretagne	Comparaison Métropole
Côtes d'Armor	Expérimentation	76	82	79	<i>ns</i>	80 <i>ns</i>	72.2**
	Usage quotidien	42	42	42	<i>ns</i>	39 <i>ns</i>	33.0***
Finistère	Expérimentation	73	77	75	<i>ns</i>	80***	72.2**
	Usage quotidien	39	41	40	<i>ns</i>	39 <i>ns</i>	33.0***
Ille et Vilaine	Expérimentation	78	78	78	<i>ns</i>	80 <i>ns</i>	72.2***
	Usage quotidien	40	36	38	<i>ns</i>	39 <i>ns</i>	33.0**

Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

¹ Les données départementales Morbihannaises sont non disponibles compte tenu de la faiblesse de l'échantillon des répondants (<100)

L'alcool

Synthèse régionale

Contrairement à l'usage régulier¹ et à l'usage quotidien² d'alcool, les usages au cours du mois apparaissent significativement supérieurs en Bretagne aux usages du reste des régions françaises. Mais, ce qui caractérise particulièrement la Bretagne, ce sont surtout les taux d'ivresses, très au dessus du reste du pays.

Usages d'alcool et ivresses à 17 ans (%)

	Bretagne 2005				Bretagne 2002/2003	Métropole 2005			
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio
Usage au cours du mois	90	85	87	1.1***	87 ns	82,0	75,3	78,7***	1.1***
Usage régulier	17	7	12	1.1***	15 **	17,7	6,1	12,0 ns	2.9***
Usage quotidien	2	1	1	2.1*	0 **	nd ³	nd	1.2 ns	6.8***
Ivresse au cours de la vie	79	69	74	1.1***	70 *	63,3	49,6	56,6***	1.3***
Ivresses au cours de l'année	74	64	69	1.2***	64 ***	nd	nd	49,3***	1.4***
Ivresses répétées	55	39	48	1.4***	36 ***	33,4	18,3	26,0***	1.8***
Ivresses régulières	31	15	23	2.1***	15 ***	nd	nd	9,7***	2.9***
1 ^{ère} ivresse (années)	14.8	15.0	14.9	***	15.1 ***	nd	nd	15.1***	***

Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

Un niveau d'usage au cours du mois plus important en Bretagne

Les comportements d'usages des jeunes bretons ne se distinguent globalement pas de ceux des autres jeunes français, hormis en ce qui concerne l'usage au cours du mois (87% en Bretagne vs 78.7% pour les autres jeunes français). Cette dernière donnée est stable par rapport à la période 2002/2003, date de la précédente enquête ESCAPAD. En revanche, s'agissant des **usagers réguliers**, ils apparaissent pour la période 2005 moins nombreux que sur la période 2002/2003 (12% vs 15%).

Des indicateurs de consommation similaires quelle que soit la tranche d'âge concernée

Globalement, les données d'usage et d'ivresse chez les jeunes sont corroborées par celles recueillies dans le cadre de l'enquête en population générale (15/75 ans)⁴. La Bretagne se caractérise par des niveaux d'ivresse inégalés en métropole quelle que soit la tranche d'âge. Ainsi, si la proportion de personnes déclarant avoir été ivre au cours de leur vie y est un peu supérieure à ce qu'on observe ailleurs, l'écart va du simple au double pour les ivresses régulières. Comparativement à 2000, les fréquences de ces comportements dans la population bretonne n'ont toutefois pas significativement varié comme cela est observé au plan national.

¹ L'usage régulier désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois un produit au cours des trente derniers jours.

² L'usage quotidien désigne le fait d'avoir pris un produit quotidiennement au cours des trente derniers jours.

³ Nd = données non disponibles

⁴ Source : Baromètre santé 2005, INPES

Consommations de produits psycho actifs des jeunes français

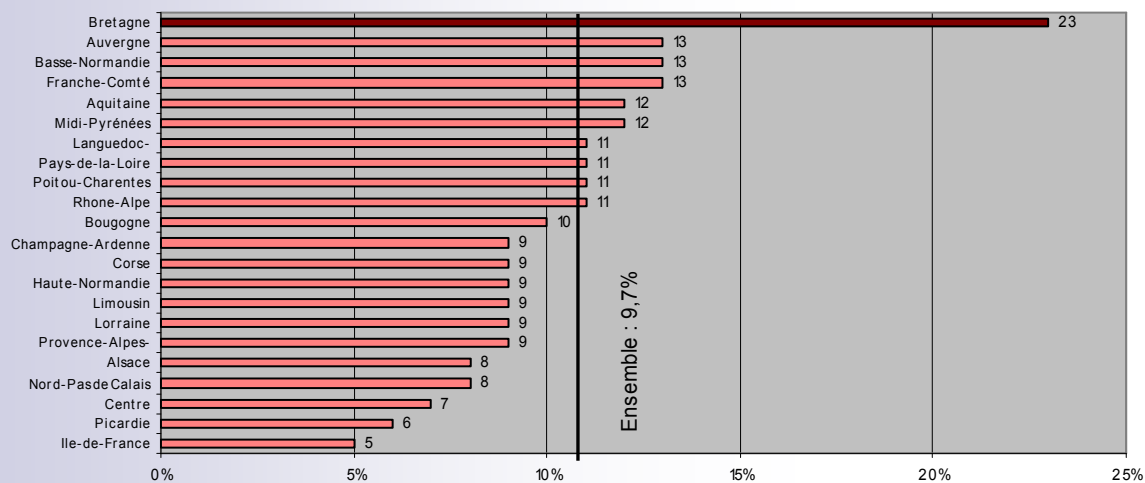
Exploitation régionale et départementale de l'enquête ESCAPAD 2005 (5/12)

Une pratique de l'ivresse plus importante en Bretagne que dans les autres régions de France

Que l'on considère les taux d'ivresse au cours de la vie, au cours de l'année, les ivresses répétées ou les ivresses régulières, les Bretons sont plus nombreux à déclarer ce type de pratiques que le reste des autres jeunes français. Il est important de noter par ailleurs, que l'âge moyen déclaré de la première ivresse est **plus précoce en Bretagne** (14.9 ans) **que dans le reste du pays** (15.1 ans) ($p < 0.001$).

Les ivresses concernent également plus souvent les garçons que les filles bien que ces comportements soient davantage paritaires en Bretagne.

Ivresses régulières à 17 ans (en %) - Année 2005



Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2005

23% des jeunes bretons déclarent une pratique **d'ivresses régulières**¹, donnée plus de deux fois supérieure à la moyenne française. Le même rapport existe entre les données **d'ivresses répétées**², lesquelles concernent 48% des jeunes interrogés, soit deux fois plus qu'au niveau national.

Des niveaux d'usages à risque très supérieurs

Il est une autre donnée qui caractérise particulièrement les jeunes bretons : les consommations à risque. Ces dernières s'avèrent beaucoup plus fréquentes en Bretagne, qu'il s'agisse des consommations ponctuelles importantes (au moins cinq verres en une même occasion), ou bien de la conduite d'un deux-roues après avoir bu plus d'un verre d'alcool (16% en Bretagne vs 12.2% sur les autres régions françaises). Ces comportements sont nettement plus paritaires en Bretagne que dans le reste du pays, particulièrement en ce qui concerne la conduite automobile. Ainsi, 23% des garçons (vs 8% des filles) déclarent une consommation de plus d'un verre d'alcool avant la conduite d'un deux-roues.

Des consommations très liées à la sociabilité

En Bretagne, plus qu'ailleurs les jeunes déclarent consommer soit à leur domicile ou chez des amis, soit dans des débits de boissons, les discothèques, ou encore dans des lieux publics ouverts. Une partie de ces usages est donc très liée à la sociabilité locale. En revanche, peu de Bretons déclarent consommer avec leurs parents (23%) contrairement aux autres jeunes français (30.8%).

Les jeunes affichent une nette attirance pour les prémix et les alcools forts, contrairement au vin

Les jeunes affichent une forte préférence pour les alcools forts, la bière et les prémix. Le champagne et le vin sont très nettement moins consommés par cette classe d'âge. Deux boissons semblent être l'apanage des filles : les prémix et le champagne. Ces dernières déclarent plus que les garçons en consommer (respectivement 36% vs 34% pour le champagne et 52% vs 48% pour les prémix).

¹ L'ivresse régulière désigne le fait d'avoir été ivre au moins dix fois au cours des douze derniers mois.

² L'ivresse répétée désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois

Synthèse départementale

Au niveau départemental, on observe globalement **des niveaux d'usage récent, ivresses au cours de la vie et ivresses répétées nettement supérieurs à la moyenne des autres régions de France**. En revanche, aucune différence n'est à noter en ce qui concerne les niveaux d'usage régulier. Il convient de rappeler ici qu'aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne le Morbihan, compte tenu de la faiblesse de l'échantillon pour ce département.

Les consommations d'alcool chez les jeunes dans les départements bretons (%)

		Garçons	Filles	Sex ratio pour les données départ ^t	Ensemble par départ ^t	Comparaison départ ^t / Bretagne	Comparaison départ ^t / Métropole
Côtes d'Armor	Usage récent d'alcool (%)	90	80	**	85	(87) ns	(78.7) **
	Usage régulier d'alcool (%)	19	7	***	13	(12) ns	(12.0) ns
	Ivresses au cours de la vie (%)	77	68	*	73	(74) ns	(56.6) ***
	Ivresses répétées (%)	56	35	***	46	(48) ns	(26.0) ***
Finistère	Usage récent d'alcool (%)	86	83	ns	85	(87) **	(78.7) ***
	Usage régulier d'alcool (%)	15	8	***	12	(12) ns	(12.0) ns
	Ivresses au cours de la vie (%)	77	71	**	74	(74) ns	(56.6) ***
	Ivresses répétées (%)	54	43	***	48	(48) ns	(26.0) ***
Ille et Vilaine	Usage récent d'alcool (%)	87	83	ns	85	(87) *	(78.7) ***
	Usage régulier d'alcool (%)	22	6	***	14	(12) *	(12.0) ns
	Ivresses au cours de la vie (%)	77	61	***	69	(74) ***	(56.6) ***
	Ivresses répétées (%)	49	31	***	40	(48) ***	(26.0) ***

Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

Des consommations plus importantes chez les garçons

Comme observé au niveau régional, globalement **les consommations déclarées des filles sont significativement plus faibles que celles des garçons**. Toutefois, il convient de souligner une absence de différence entre les deux sexes en ce qui concerne l'usage récent, dans le Finistère et en Ille-et-Vilaine.

Des consommations en Ille-et-Vilaine plus faibles qu'au niveau régional

Une comparaison des données départementales par rapport au niveau régional indique que **globalement les consommations dans le département d'Ille-et-Vilaine sont moins importantes qu'au niveau régional**. Dans les autres départements, les données ne sont significativement pas distinctes des données régionales (hormis en ce qui concerne l'usage récent dans le Finistère, plus faible qu'au niveau régional : 85% vs 87%).

Le cannabis

Synthèse régionale

Le cannabis s'avère très diffusé en Bretagne parmi les jeunes de 17 ans. Son expérimentation¹ y est fréquente et ses usages sont parmi les plus élevés, mesurés en France, notamment l'usage régulier². L'usage quotidien³ y est sensiblement plus élevé qu'ailleurs (6% vs 5.2%).

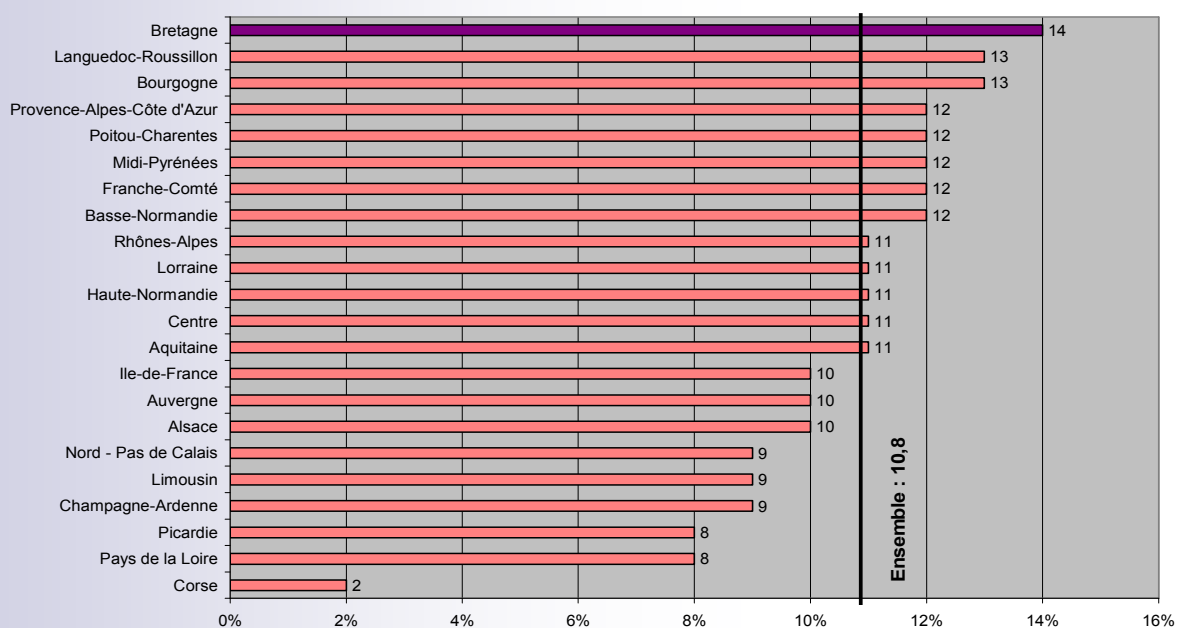
Dans la région, les niveaux d'usage du cannabis, bien que stables par rapport à 2002/2003, apparaissent supérieurs à ceux observés sur le reste du territoire métropolitain et diffèrent selon le sexe. Parmi les jeunes interrogés, 67 % des garçons et 61 % des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage régulier quant à lui concerne 14 % des jeunes Bretons, avec une nette prédominance masculine (18 % des garçons et 10 % des filles).

Usages de cannabis à 17 ans (%)

	Bretagne 2005				Bretagne 2002/2003	Métropole 2005		
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation ¹	67	61	64	***	65 ns	53,1	45,5	49,4***
Usage régulier ²	18	10	14	***	16 ns	15,0	4,1	10,8***
Usage quotidien ³	9	4	6	***	5.85 ns	7.3	3.0	5.2 *
Âge du premier joint	14.7	15	14.9	***	15.15 ns	15.0	15.2	15.1***

Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

Usage régulier de cannabis à 17 ans (%) - Année 2005



Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

¹ L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà pris un produit au cours de la vie quel que soit le nombre de consommation.

² L'usage régulier désigne le fait d'avoir consommé au moins dix fois du cannabis au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.

³ L'usage quotidien désigne une consommation quotidienne au cours des trente derniers jours.

Synthèse départementale¹

Usages de cannabis au niveau départemental à 17 ans (%)

		Garçons	Filles	Sex ratio pour les données départ ¹ .	Ensemble par département	Comparaison départ ¹ / Bretagne	Comparaison départ ¹ / Métropole
Côtes d'Armor	Expérimentation de cannabis	65	59	<i>ns</i>	62	64 <i>ns</i>	49.4***
	Usage régulier de cannabis	17	8	**	13	14 <i>ns</i>	10.8 <i>ns</i>
Finistère	Expérimentation de cannabis	62	59	<i>ns</i>	60	64**	49.4***
	Usage régulier de cannabis	18	9	***	13	14 <i>ns</i>	10.8***
Ille-et-Vilaine	Expérimentation de cannabis	64	56	*	60	64**	49.4***
	Usage régulier de cannabis	19	7	***	13	14 <i>ns</i>	10.8*

Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

Peu de différences sont à noter concernant l'expérimentation de cannabis entre les deux sexes contrairement à l'usage régulier qui apparaît quant à lui plus masculin.

S'agissant des données relatives à l'usage régulier, ces dernières font montre de peu de différences par rapport aux données régionales. Aucune différence n'est à noter entre les données des Côtes d'Armor et celles de la région à l'inverse des départements du Finistère et d'Ille-et-Vilaine. Enfin, hormis l'usage régulier de cannabis en Côtes d'Armor non significativement distinct de l'usage régulier au niveau national, que l'on considère l'expérimentation ou l'usage régulier, le pourcentage d'usagers est significativement plus important dans les départements qu'au niveau national.

¹ Aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne le Morbihan en raison de la faiblesse de l'échantillon d'enquête pour ce département

Autres produits psycho actifs

Synthèse régionale

Au niveau régional, une augmentation de l'expérimentation¹ de cocaïne, de poppers...

Bien que le niveau d'expérimentation des substances illicites soit faible, il se révèle systématiquement supérieur à celui mesuré sur le reste de la métropole. On peut également constater en Bretagne, une augmentation de l'expérimentation de l'ensemble des produits entre 2002/2003 et 2005, et plus particulièrement de la cocaïne qui a doublé sur cette période. Toutefois, l'absence d'indicateurs statistiques ne nous permet pas d'affirmer avec certitude que cette augmentation soit statistiquement significative.

Expérimentation de substances illicites autres que le cannabis à 17 ans (%)

	Bretagne 2005				Bretagne 2002/2003	Métropole 2005		
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Champignons hallucinogènes	9	2	6	***	5.8	5,2	2,1	3,7***
Poppers	6	7	7	ns	4.8	6,3	4,8	5,5**
Ecstasy	7	4	6	**	5	4,2	2,8	3,5***
Cocaïne	4	3	4	ns	2	3,0	2,0	2,5***
Héroïne	1	1	1	ns	0.9	0,8	0,6	0,7**

Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

¹ L'expérimentation désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations

Synthèse départementale¹

Expérimentation de substances illicites autres que le cannabis à 17 ans, dans trois départements bretons (%)

		Garçons	Filles	Sex Ratio	Ensemble par département	Comparaison départ ¹ ./ région	Comparaison départ ¹ ./ Métropole
Côtes d'Armor	Exp. Champignons hallu.	6	2	<i>ns</i>	4	6 <i>ns</i>	3.7 <i>ns</i>
	Exp. poppers	6	2	<i>ns</i>	4	7*	5.5 <i>ns</i>
	Exp. ecstasy	5	3	<i>ns</i>	4	6 <i>ns</i>	3.5 <i>ns</i>
	Exp.cocaïne	3	2	<i>ns</i>	3	4 <i>ns</i>	2.5 <i>ns</i>
	Exp. héroïne	3	0	<i>ns</i>	2	1 <i>ns</i>	0.7 <i>nd</i>
Ille-et-Vilaine	Exp. Champignons hallu.	8	2	***	5	6 <i>ns</i>	3.7*
	Exp. poppers	10	8	<i>ns</i>	9	7**	5.5***
	Exp. ecstasy	4	3	<i>ns</i>	4	6**	3.5 <i>ns</i>
	Exp.cocaïne	5	2	*	3	4 <i>ns</i>	2.5 <i>ns</i>
	Exp. héroïne	0	1	<i>nd</i>	0	1*	0.7 <i>ns</i>
Finistère	Exp. Champignons hallu.	6	2	***	4	6**	3.7 <i>ns</i>
	Exp. poppers	7	5	<i>ns</i>	6	7 <i>ns</i>	5.5 <i>ns</i>
	Exp. ecstasy	7	5	<i>ns</i>	6	6 <i>ns</i>	3.5 <i>ns</i>
	Exp.cocaïne	4	3	<i>ns</i>	3	4 <i>ns</i>	2.5*
	Exp. héroïne	1	2	<i>ns</i>	1	1 <i>ns</i>	0.7**

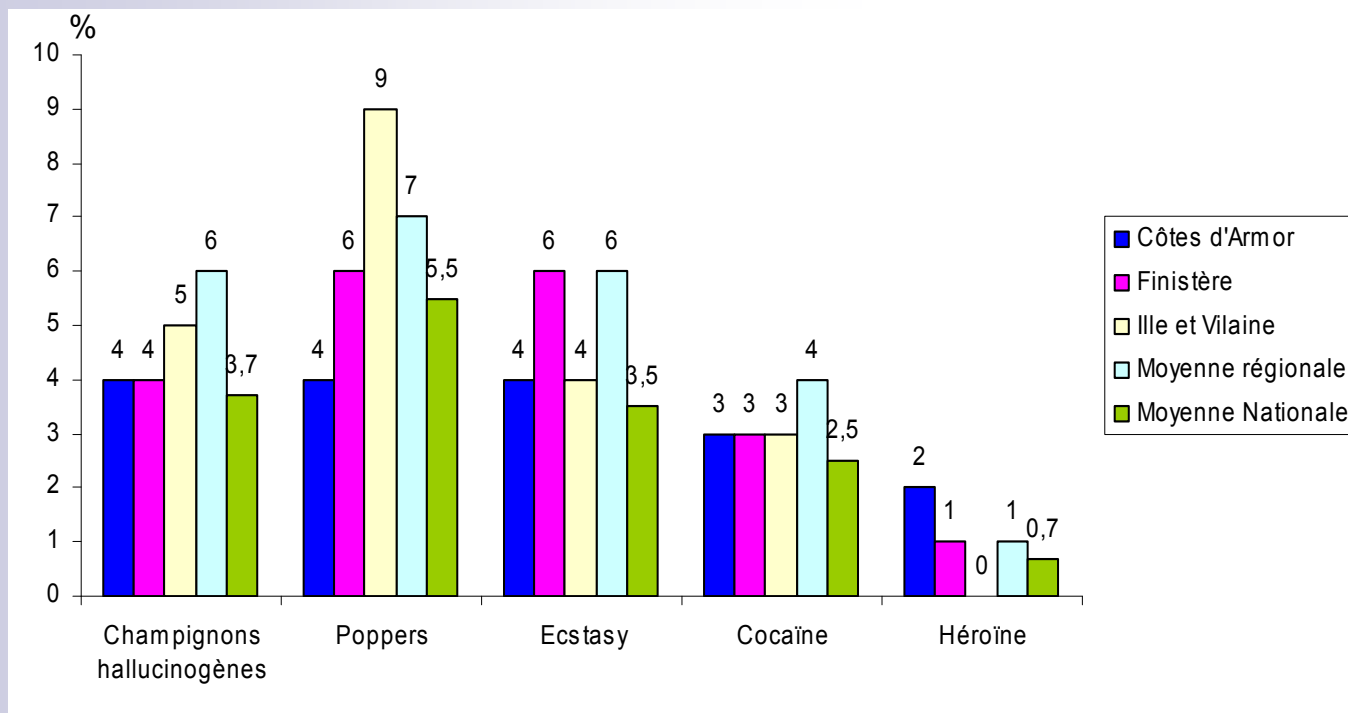
Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

Peu de différences entre les sexes au niveau des expérimentations

Une comparaison des expérimentations de substances psycho-actives chez les garçons et les filles, montre peu de différence entre les sexes, hormis en ce qui concerne l'expérimentation de champignons hallucinogènes et de cocaïne. En effet, dans les départements du Finistère et d'Ille-et-Vilaine, l'expérimentation de ces deux substances psycho-actives y est plus masculine.

¹ Pas de donnée disponible s'agissant du Morbihan

Expérimentation de substances illicites autre que le cannabis dans les départements bretons à 17 ans (%)



Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

L'Ille-et-Vilaine, un département qui se distingue des niveaux d'expérimentation de la région

Peu de différences sont à noter entre les niveaux d'expérimentation en Côtes d'Armor et en Finistère comparés aux données régionales. Pour ces deux départements, seule l'expérimentation de poppers et de champignons hallucinogènes y est plus faible qu'au niveau régional (i.e. 4% d'expérimentateurs de poppers en Côtes d'Armor contre 7% en région et 4% d'expérimentateurs de champignons dans le Finistère vs 6% au niveau régional). S'agissant de l'Ille-et-Vilaine, les niveaux d'expérimentation d'ecstasy et d'héroïne y sont plus faibles que dans la région (respectivement 4% vs 6% en région et 0% vs 1%), tandis que le nombre d'expérimentateurs de poppers y est plus élevé (9% contre 7% au niveau régional).

Des niveaux d'expérimentation départementaux proches du niveau national

Peu de différence émerge quant aux niveaux d'expérimentation des substances illicites autre que le cannabis entre les données départementales et nationales. Seuls les niveaux d'expérimentation des champignons hallucinogènes et de poppers sont significativement plus élevés en Ille-et-Vilaine qu'au niveau national. Il en est de même pour les niveaux d'expérimentation de cocaïne et d'héroïne dans le Finistère.

Médicaments Psychotropes

Synthèse régionale

Les niveaux d'expérimentation¹ et l'usage au cours du mois² de médicaments psychotropes sont proches de la moyenne nationale

À l'inverse de la plupart des autres produits, ce sont les jeunes adolescentes qui se révèlent les plus expérimentatrices de médicaments psychotropes (28.6% vs 11.8% dans la région), qu'ils soient consommés dans le cadre d'une prescription ou non.

Usage de médicaments psychotropes à 17 ans (%)^a

	Bretagne 2005				Bretagne 2002/2003	Métropole 2005		
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble Comparaison Bretagne/ Métropole
Expérimentation ¹	11	30	21	***	23	11.3	28.6	19.9 ns
Usage au cours du mois ²	4	12	8	***	9.5	3.7	11.8	7.7 ns

^a Ces consommations peuvent être prescrites ou non

Source : OFDT, Analyse régionale ESCAPAD 2002/2003 et 2005

Synthèse départementale³

Expérimentation de médicaments psychotropes dans les départements bretons

	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble par département	Comparaison départ./ Bretagne	Comparaison départ./ Métropole
Côtes d'Armor	12	27	***	19	21 ns	19.9 ns
Finistère	11	23	***	17	21 ***	19.9**
Ille-et-Vilaine	12	32	***	22	21 ns	19.9% ns

Source : OFDT, Analyse départementale ESCAPAD 2005

Des niveaux d'expérimentation plus importants chez les filles

Pour chaque département breton, les niveaux d'expérimentation des filles sont près de deux fois plus élevés que ceux des garçons.

S'agissant des comparaisons entre les niveaux départementaux, régionaux et nationaux, seul le **Finistère se distingue avec des niveaux d'expérimentation plus faibles**. Les autres départements affichent des résultats très proches des moyennes bretonne et nationale.

¹ Désigne le fait d'avoir déjà pris un médicament psychotrope au cours de sa vie quelque soit le nombre de consommation.

² Désigne tout type de consommation sur le mois précédant l'enquête.

³ Pas de donnée disponible s'agissant du Morbihan

La consommation de substances psycho-actives par les jeunes fait partie des thèmes de l'enquête menée en Bretagne en 2007 auprès d'un échantillon représentatif de jeunes scolarisés en collèges et lycées (à partir de la classe de 4^{ème}). Cette enquête est identique à celle réalisée en 2001, elle permet d'analyser les évolutions survenues entre les deux périodes. Le présent texte s'appuie sur les indicateurs de consommations déclarées (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments) présentés dans la publication suivante :

La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007. Principaux constats. Juillet 2008.

Enquête mise en œuvre par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne sous la direction du Dr Isabelle Tron. Rennes : ORS Bretagne, juillet 2008, 24 pages

http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11310502004.pdf

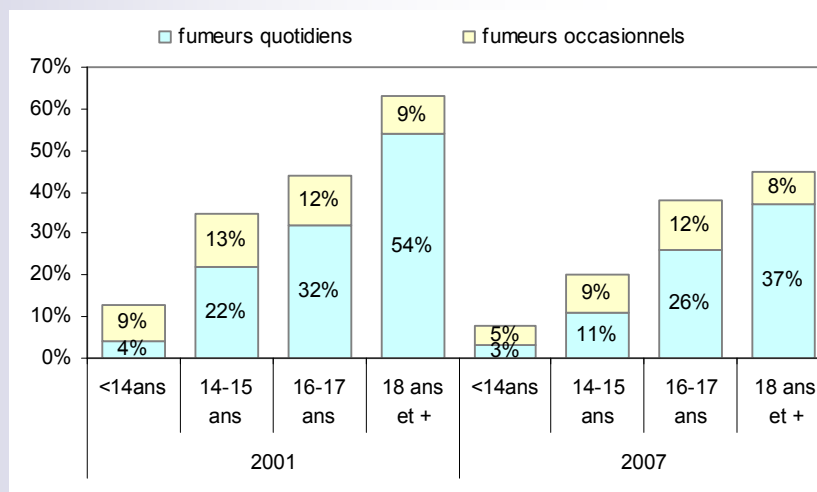
Tabac

La proportion de fumeurs quotidiens a diminué mais la consommation journalière moyenne de ces derniers n'a pas varié

19% des jeunes bretons déclarent une consommation quotidienne de tabac en 2007, alors qu'ils étaient 27% en 2001

Dans chaque tranche d'âge, la part des fumeurs quotidiens a régressé. La plus forte diminution est enregistrée chez les 14-15 ans : la proportion de fumeurs quotidiens passe de 22% des jeunes à 11%. La part des fumeurs occasionnels a diminué chez les moins de 15 ans, mais n'a pas varié chez les autres jeunes.

Usage de tabac déclaré par les jeunes selon l'âge. Comparaison des résultats 2007 aux résultats 2001



Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

8 cigarettes par jour

C'est la consommation moyenne des fumeurs quotidiens, sans distinction selon le sexe. Ce nombre moyen n'a pas varié entre 2001 et 2007.

L'âge moyen à l'expérimentation est de 13 ans et le passage à la consommation quotidienne se fait avant 14 ans et demi. Ces indicateurs sont constants, par contre l'expérimentation du tabac par les jeunes a diminué : 70% des jeunes déclarent avoir expérimenté le tabac en 2001, contre 61% en 2007.

Par ailleurs, la part des fumeurs quotidiens déclarant qu'ils souhaitent arrêter de fumer est plus faible en 2007 qu'en 2001 : 40% contre 49%.

Usage de tabac déclaré par les jeunes. (Comparaison des résultats 2007 aux résultats 2001)

	2001	2007	Test
Age moyen à l'expérimentation	13 ans	13 ans	ns
Age moyen d'installation dans la consommation quotidienne	14,3 ans	14,4 ans	ns
% de jeunes ayant expérimenté le tabac	70%	61%	*
% de fumeurs quotidiens	27%	19%	*
Nombre moyen de cigarettes par jour (chez les fumeurs quotidiens)	8 cigarettes	8 cigarettes	ns
% de fumeurs occasionnels	11%	9%	*
% de fumeurs quotidiens souhaitant arrêter de fumer	49%	40%	*

* : différence significative ($p < 0.05$)
ns : différence non significative

Source : ORS Bretagne – La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

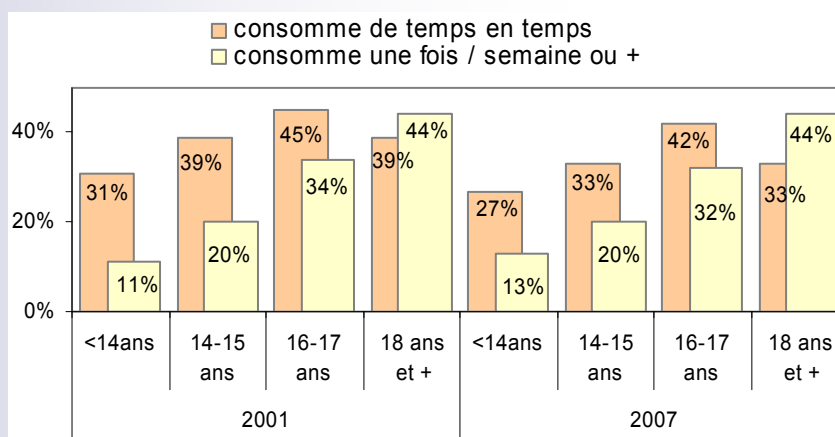
Alcool

Stabilité de la proportion de jeunes déclarant une consommation régulière d'alcool

La proportion de jeunes déclarant une consommation régulière d'alcool (une fois par semaine ou plus) n'a pas évolué entre 2001 et 2007 : elle concerne 27% des jeunes.

La part des jeunes qui consomment de temps en temps a un peu baissé : elle est passée de 39% en 2001 à 34% en 2007. Cette diminution est observée dans chaque tranche d'âge.

Consommation d'alcool déclarée par les jeunes selon l'âge (comparaison des résultats 2001-2007)

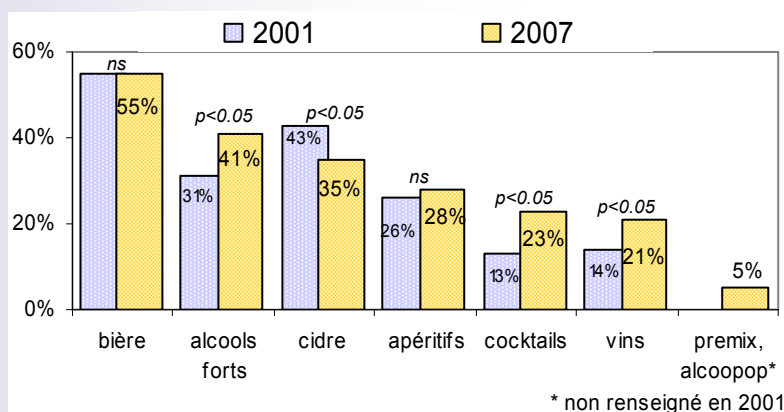


Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

Augmentation des alcools forts et cocktails chez les consommateurs réguliers

Chez les consommateurs réguliers d'alcool (ceux qui en consomment au moins une fois par semaine), le cidre est en diminution (35% des consommateurs réguliers en boivent en 2007 contre 43% en 2001) et la consommation de bière ne varie pas (55% des consommateurs réguliers d'alcool déclarent boire de la bière en 2007 comme en 2001). La consommation d'alcools forts des consommateurs réguliers est passée de 31% à 41%, celle des cocktails est passée de 13% à 23%, et celle de vin de 14% à 21%. Il n'est pas observé de différence significative concernant les apéritifs chez les consommateurs réguliers d'alcool.

Répartition des consommateurs réguliers selon le type de boisson alcoolisée (consommation régulière d'alcool : au moins une fois par semaine)



ns : différence non significative
p<0.05 : différence significative

Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

Accroissement de l'expérimentation de l'ivresse

L'expérimentation de l'ivresse concerne 59% des jeunes en 2007 contre 51% en 2001. La part des ivresses répétées, comme celle des ivresses récentes, ne varie pas de façon significative, respectivement 24% et 28% (contre 21% et 26% en 2001).

Etat d'ivresse alcoolique déclaré par les jeunes. Comparaison des résultats de l'enquête 2007 aux résultats de l'enquête 2001

	2001	2007	Test
% de jeunes déclarant avoir expérimenté l'ivresse	51%	59%	*
% de jeunes déclarant des ivresses répétées (au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois)	21%	24%	ns
% de jeunes déclarant des ivresses récentes (au moins 1 ivresses au cours des 30 derniers jours)	26%	28%	ns

ns : différence non significative
* : différence significative au seuil p<0.05

Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

Cannabis et autres drogues illicites

Baisse de l'expérimentation du cannabis

L'âge moyen à l'expérimentation du cannabis est moins précoce : 14,9 ans en 2007 contre 14,5 ans en 2001. La proportion de jeunes ayant expérimenté le cannabis est moins élevée : de 43% en 2001, elle est passée à 34% en 2007.

La part des jeunes déclarant consommer actuellement du cannabis a diminué : elle est de 19% en 2007, alors qu'elle était de 30% en 2001. Parmi les jeunes qui déclarent consommer actuellement du cannabis, 9% consomment « *de façon exceptionnelle* » en 2007 comme en 2001, alors que la proportion varie pour ceux qui consomment « *de temps en temps* » soit 5% en 2007 contre 11% en 2001, et ceux qui consomment « *au moins une fois par semaine* » soit 5% en 2007 contre 10% en 2001.

La consommation actuelle quotidienne de cannabis, comprise dans « *au moins une fois par semaine* », est déclarée par 1% des jeunes « *consommant actuellement du cannabis* » en 2007 alors que cette proportion était de 2% en 2001.

Usage de cannabis déclaré par les jeunes.

(Comparaison des résultats de l'enquête 2007 aux résultats de l'enquête 2001)

	2001	2007	Test
Age moyen à l'expérimentation	14,5 ans	14,9 ans	*
% de jeunes déclarant avoir expérimenté le cannabis	43%	34%	*
% de jeunes déclarant consommer actuellement du cannabis	30%	19%	*
" <i>Exceptionnellement</i>	9%	9%	ns
" <i>De temps en temps</i>	11%	5%	*
" <i>Au moins une fois par semaine</i>	10%	5%	*

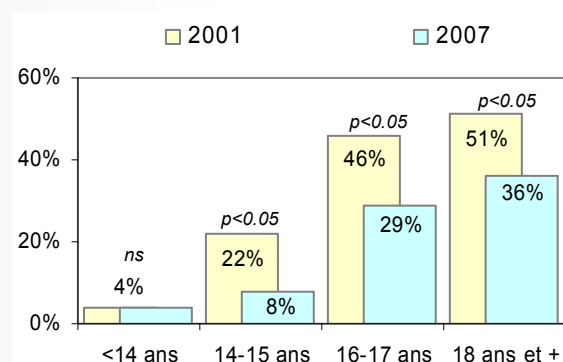
ns : différence non significative
* : différence significative ($p < 0.05$)

Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

La répartition selon l'âge, des jeunes « *déclarant consommer actuellement du cannabis* », ne montre pas de changement chez les moins de 14 ans, chez qui la part des usagers est de 4%. Chez les autres jeunes, la proportion est plus faible en 2007 qu'en 2001 :

- chez les 14-15 ans, elle est passée de 22% à 8%,
- chez les 16-17 ans, elle est passée de 46% à 29%,
- chez les jeunes de 18 ans et plus, elle est passée de 51% à 36%.

Proportion de jeunes déclarant consommer actuellement du cannabis, selon l'âge



ns : différence non significative
 $p < 0.05$: différence significative

Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne.

Progression de l'expérimentation de la cocaïne chez les 18 ans et plus

Ils sont 7% à avoir expérimenté la cocaïne ou le crack en 2007 contre 1% en 2001.

Les produits à inhaler représentent la drogue illicite se plaçant au 2^{ème} rang après le cannabis : ils sont expérimentés par 7% des jeunes. Ce niveau d'expérimentation est nettement plus faible que celui du cannabis (34%).

Usage d'autres drogues déclaré par les jeunes.

(Comparaison des résultats de l'enquête 2007 aux résultats de l'enquête 2001)

	2001	2007	Test
% de jeunes déclarant avoir expérimenté la cocaïne ou le crack	2%	3%	*
% de jeunes de 18 ans ou plus déclarant avoir expérimenté la cocaïne ou le crack	1%	7%	*
% de jeunes déclarant avoir expérimenté des produits à inhaler	6%	7%	ns

ns : différence non significative
p<0.05 : différence significative

Source : ORS Bretagne - La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Enquêtes 2001 et 2007

Médicaments

En 2007, la proportion de jeunes déclarant une consommation de médicaments (pour dormir, contre la nervosité ou l'anxiété) est restée identique à celle de 2001 et concerne un jeune sur 10. Cette consommation est en majorité féminine : elle est observée chez 13% des filles, et 7% des garçons.

Attitude des parents sur l'usage de tabac, alcool, cannabis

L'interdit parental s'est accentué entre 2001 et 2007 pour le tabac et le cannabis, mais pas pour l'alcool

Quel que soit le sexe, l'interdiction parentale est plus importante en 2007 qu'en 2001 concernant la consommation de tabac (33% vs 24%) comme celle de cannabis (75% vs 63%). Ce constat se vérifie à tous les âges à l'exception des 16-17 ans pour le tabac et des plus jeunes (moins de 14 ans) pour le cannabis. En revanche, en 2007, la tolérance des parents vis-à-vis de l'alcool est plus importante qu'en 2001 (38% vs 33%). Quel que soit le produit consommé, les parents sont d'autant plus indulgents qu'ils sont eux-mêmes consommateurs et que les jeunes avancent en âge.

Un premier aperçu des résultats de cette enquête concernant l'usage de produits psycho-actifs, est paru dans le rapport de novembre 2007 « *Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne* »¹. Des résultats détaillés sont parus en janvier 2008, dans trois publications :

- *la consommation de tabac,*
- *la consommation d'alcool,*
- *la consommation de produits illicites.*

Les informations ci-dessous sont d'une part, un rappel de l'apport de cette enquête (description de la méthode d'enquête, principaux indicateurs) et d'autre part, des résultats complémentaires sur la poly consommation, extraits des trois nouvelles publications.

Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été réalisée avec les services de médecine préventive universitaire, auprès d'un échantillon de 2 500 étudiants inscrits en première année dans les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. Les résultats portent sur 1117 étudiants vus en visite médicale. L'enquête aborde les caractéristiques socio-démographiques, les conditions de vie des étudiants, leur santé physique et psychique, leurs comportements et consommations. Le recueil des données s'est déroulé, de janvier à mai 2006, à l'aide d'un questionnaire en deux parties :

- un questionnaire « étudiant » remis à l'étudiant participant à l'enquête lors de son rendez-vous de visite médicale,
- un questionnaire « médical » renseigné par l'infirmière et le médecin du service pour les données de l'examen clinique, et pour les questions sur les habitudes de vie et l'état de santé (entretien en face à face avec l'étudiant).

La moyenne d'âge des étudiants enquêtés est de 19.6 ans

Tabac

La consommation de tabac

La majorité des étudiants de 1^{ère} année d'université (70%) ont testé la cigarette, 30% n'ont jamais fumé.

L'âge moyen à l'expérimentation chez les étudiants fumeurs (quotidiens ou occasionnels) est de 14,8 ans sans distinction selon le sexe, et l'âge moyen de passage à l'usage quotidien est de 16,5 ans.

Un étudiant sur quatre est fumeur quotidien, sans distinction selon le sexe, et sa consommation moyenne est de 8,4 cigarettes par jour. 46% de ces fumeurs quotidiens souhaitent arrêter de fumer.

Indicateurs d'usage de tabac

Age moyen à l'expérimentation	14,8 ans
Age moyen d'installation dans la consommation quotidienne	16,5 ans
% d'étudiants ayant expérimenté le tabac	70%
% de fumeurs quotidiens	26%
Nombre moyen de cigarettes/jour (chez les fumeurs quotidiens)	8,4 cigarettes
% de fumeurs occasionnels	12%
% de fumeurs quotidiens souhaitant arrêter de fumer	46%

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université de Bretagne (enquête 2006)

¹ TRON Isabelle, PENNOGNON Léna, Observatoire Régional de Santé de Bretagne, (ORS Bretagne) La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. **Synthèse des premiers résultats.** ORS Bretagne, juin 2007 – 16 pages http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11271302004.PDF
 TRON Isabelle, PENNOGNON Léna, Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2.
La consommation de tabac. ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd21293102004.pdf
La consommation d'alcool. ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11293102004.pdf
La consommation de produits illicites. ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd31293102004.pdf

Alcool

La consommation d'alcool

- L'usage d'alcool au cours du mois est déclaré par 9 étudiants sur 10 sans différence selon le sexe. L'âge moyen d'entrée dans la consommation mensuelle est de 17 ans.
- L'usage régulier d'alcool (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) concerne 10% des étudiants. Cet usage régulier est à prédominance masculine : il est multiplié par 3 chez les garçons.
- Les occasions de consommation sont concentrées le week-end et lors des soirées étudiantes.
- La fréquence de consommation varie selon le type de boisson alcoolisée consommée. S'agissant de la consommation d'alcool hebdomadaire, la bière est citée par 25% des étudiants, elle est suivie des alcools forts (18%), puis du vin et/ou du champagne (16%). Cidre et premix sont cités par 5 à 6% des étudiants.

Usage des boissons alcoolisées déclaré par les étudiants

% d'étudiants déclarant un usage d'alcool au cours du mois	93%
Age moyen d'entrée dans la consommation mensuelle	17 ans
% d'étudiants déclarant consommer régulièrement de l'alcool (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours)	10%
Boissons consommées, au moins une fois par semaine au cours du dernier mois :	
% d'étudiants déclarant les premix	5%
% d'étudiants déclarant le cidre	6%
% d'étudiants déclarant le vin et/ou champagne	16%
% d'étudiants déclarant les alcools forts	18%
% d'étudiants déclarant la bière	25%

Près de 3 étudiants sur 4 ont expérimenté l'ivresse. L'âge moyen de cette expérimentation est de 16,6 ans. 35% des étudiants déclarent un épisode d'ivresse récent (avoir été ivre au moins une fois au cours du mois précédent), la fréquence de ce phénomène est multipliée par 2 chez les garçons par rapport aux filles. Les ivresses répétées (au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois) sont déclarées par 38% des étudiants.

Etat d'ivresse alcoolique déclaré par les étudiants

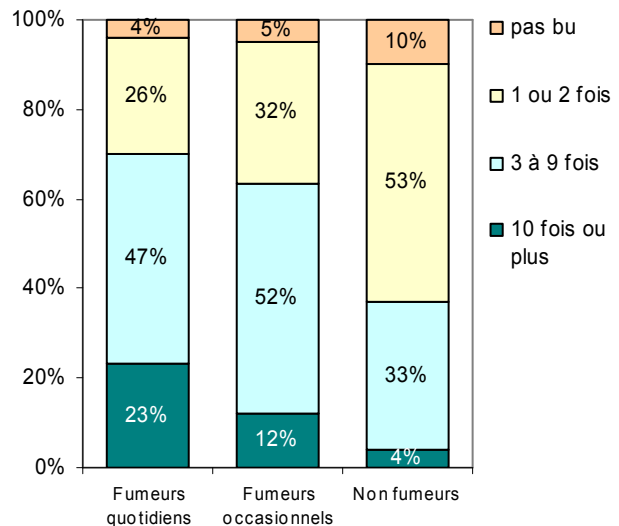
% d'étudiants déclarant avoir expérimenté l'ivresse	72%
Age moyen de l'expérimentation de l'ivresse	16,6 ans
% d'étudiants déclarant des ivresses répétées (au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois)	38%
% d'étudiants déclarant des ivresses récentes (au moins 1 ivresse au cours des 30 derniers jours)	35%

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1ère année d'université de Bretagne (enquête 2006)

Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon le statut tabagique

Consommation d'alcool selon l'usage du tabac

Les fumeurs quotidiens sont plus fréquemment des consommateurs réguliers d'alcool (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours) que les non fumeurs : 23% des étudiants fumeurs quotidiens déclarent cet usage régulier d'alcool, ils ne sont que 12% chez les étudiants fumeurs occasionnels et seulement 4% chez les étudiants non fumeurs.



Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1ère année d'université de Bretagne (enquête 2006)

Cannabis et autres drogues

La consommation de produits illicites

L'expérimentation du cannabis est déclarée par la moitié des étudiants, ce comportement est plus fréquent chez les garçons (62% d'entre eux contre 44% chez les filles). L'âge moyen à l'expérimentation est identique chez les filles et les garçons : 16,1 ans. La consommation au cours du mois précédant l'enquête touche 17% des étudiants de 1^{ère} année. Cette consommation est exceptionnelle (1 ou 2 fois dans le mois) pour 9% d'entre eux, les autres déclarent en proportion égale (4%), un usage occasionnel (entre 3 et 9 fois au cours du mois), ou plus fréquent (10 usages ou plus au cours du mois).

La consommation quotidienne, comprise dans « 10 fois ou plus » est déclarée par 1% des étudiants consommateurs de cannabis au cours du dernier mois.

Usage du cannabis déclaré par les étudiants

âge moyen à l'expérimentation		16,1 ans
% d'étudiants déclarant avoir expérimenté le cannabis		51%
% d'étudiants déclarant avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois		17%
	1 ou 2 fois	9%
	3 à 9 fois	4%
	10 fois ou plus	4%

Source : ORS Bretagne - la santé des étudiants de 1ère année d'université de Bretagne (enquête 2006)

La consommation d'autres drogues illicites, au cours du dernier mois, concerne 1% des étudiants. Il s'agit d'ecstasy, de champignons hallucinogènes, de produits à inhaler.

Au cours des 12 derniers mois, la consommation d'autres drogues illicites est déclarée par 8% des garçons et 3% des filles. Les produits cités sont les champignons hallucinogènes, la cocaïne, les produits à inhaler, l'ecstasy (LSD, héroïne, poppers sont plus rarement cités).

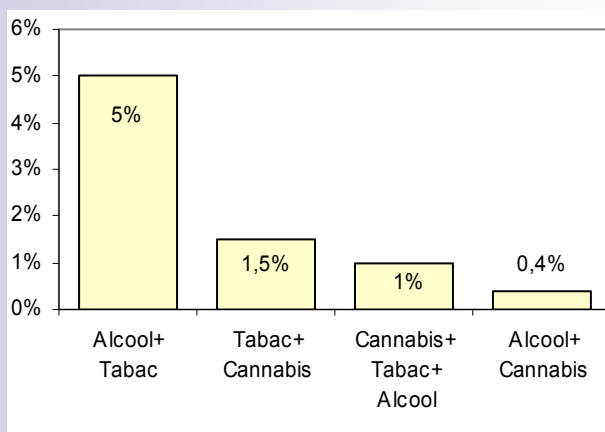
La poly consommation

La poly consommation régulière

Définition

La poly consommation régulière est définie comme l'usage régulier au cours des trente derniers jours d'au moins deux produits parmi trois cités - alcool / tabac / cannabis - (ex. : au moins 10 usages de cannabis et consommation quotidienne de cigarettes déclarés au cours du dernier mois). Cette définition n'implique pas que les usages soient concomitants (au même moment).

Près de 8% des étudiants déclarent un comportement de poly consommation régulière. Ce comportement est en majorité masculin : 12% sont poly consommateurs chez les garçons, contre 5% chez les filles. Le duo alcool / tabac est le plus répandu (5% des étudiants le déclarent en poly consommation régulière). Le poly usage régulier tabac / cannabis est déclaré par 1.5% des étudiants. La proportion des étudiants faisant un usage régulier des trois produits (tabac, cannabis, alcool) représente 1%. Chez les poly consommateurs réguliers, le cannabis est plus nettement associé au tabac (1.5%) qu'à l'alcool (0.4%).



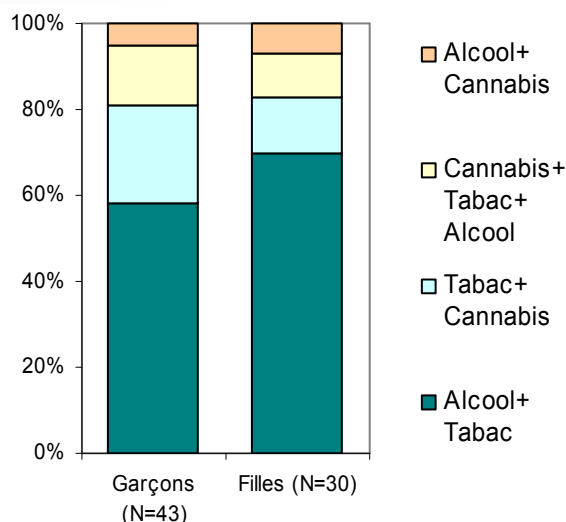
Consommation régulière selon les associations de produits

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1ère année d'université

Des différences selon le sexe sont observées chez les poly consommateurs réguliers

- 70% des poly consommatrices régulières déclarent l'association tabac / alcool, contre 58% de garçons poly consommateurs réguliers,
- inversement, 23% déclarent la poly consommation régulière tabac / cannabis chez les garçons contre 13 % des filles.

Structure de la poly consommation régulière selon le sexe



Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1ère année d'université

Le baromètre santé 2005

Depuis plusieurs années, les *Baromètres santé*, visent à suivre les principaux comportements, attitude et perception liés aux prises de risques et à l'état de santé des populations résidant en France, notamment sur les thématiques de consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues. Les données suivantes sont issues d'une enquête déclarative réalisée en population générale (15-75 ans).

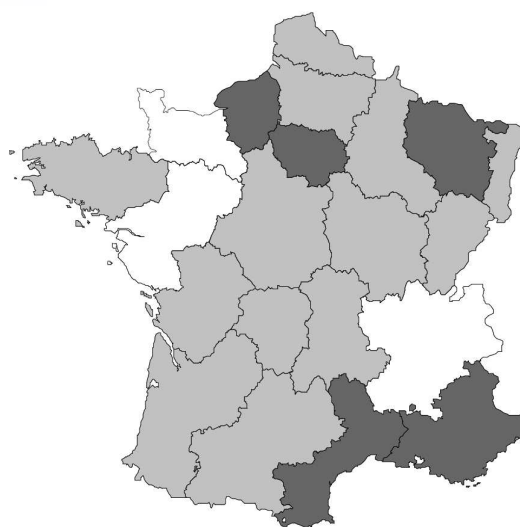
La consommation de tabac

Le tabagisme : une pratique en recul au niveau national

En 2005, 24.9% des français de 15-75 ans déclarent consommer du tabac régulièrement¹. **La Bretagne apparaît pour cette donnée dans la moyenne française.** Par ailleurs, on note au niveau national, une proportion de 27.3% d'anciens fumeurs. Pour la première fois depuis près de 30 ans on compte autant de fumeurs que d'anciens fumeurs. Cette pratique est davantage masculine puisque près d'un tiers des hommes fume contre un quart des femmes.

Une analyse de l'âge de la première cigarette montre qu'en l'espace d'un demi siècle, l'âge de la première consommation a baissé de 7 ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes. En outre, l'écart entre la consommation de la première cigarette et l'entrée dans la dépendance tend à diminuer : de 5 à 6 ans pour la cohorte née entre 1930-1940 à 2 ans pour celle née entre 1980 et 1985.

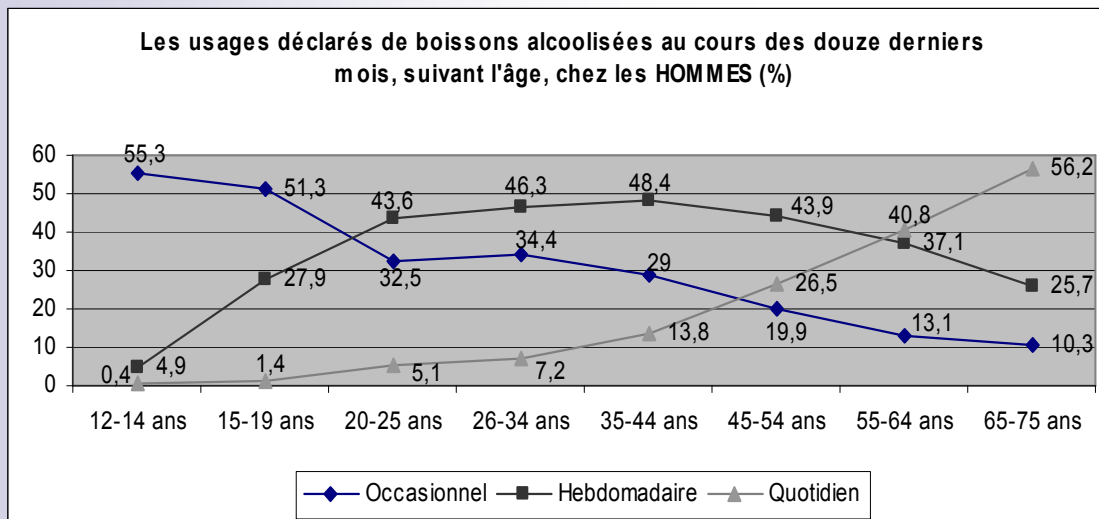
% de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans selon la région de résidence



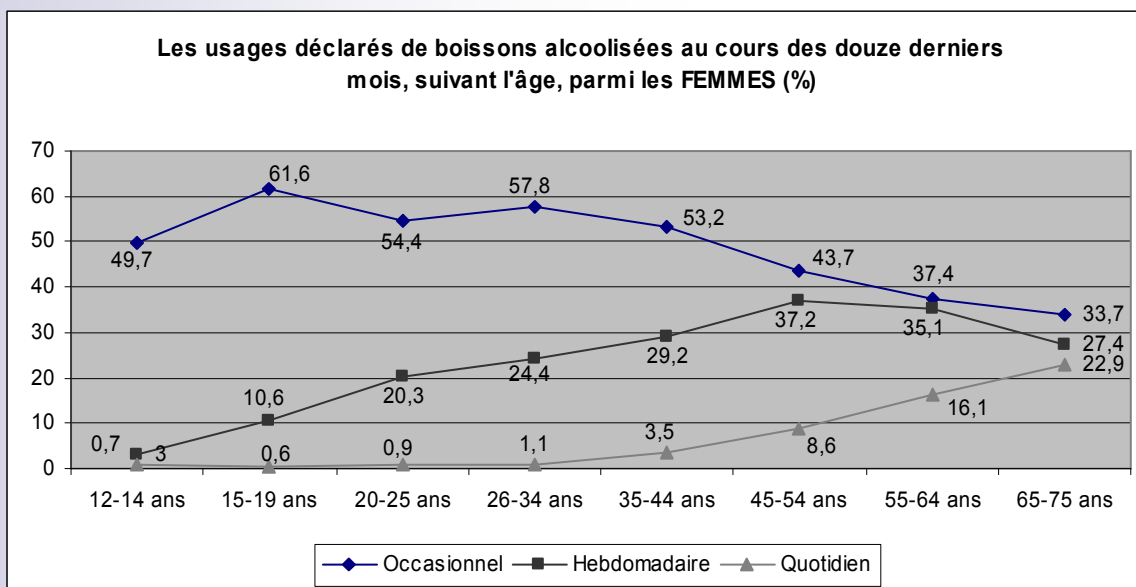
Légende de la carte

- Significativement inférieur à la moyenne nationale
 - Non significatif
 - Significativement supérieur à la moyenne nationale
- Seuil : * : p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001

La consommation d'alcool



¹ Est considéré comme **fumeur régulier** toute personne qui fume actuellement au moins une cigarette par jour.



Des consommations occasionnelles¹ qui diminuent au cours de la vie, au profit de consommations plus régulières

15,2% des français de 12-75 ans déclarent n'avoir jamais consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois. Globalement, qu'il s'agisse des hommes et des femmes, c'est la consommation occasionnelle qui apparaît comme mode de consommation le plus répandu quel que soit l'âge.

De plus grandes quantités consommées chez les hommes que chez les femmes

Concernant les quantités bues lors de la dernière occasion de consommation, il apparaît en moyenne chez les hommes (12-75 ans) des quantités égales 2,6 verres tandis que chez les femmes ces quantités sont égales à 1,8 verres ($p < 0.001$).

Le vin, la boisson la plus prisée des Français

77,2% des Français interrogés déclarent avoir consommé du vin au moins une fois au cours des douze derniers mois. 28,8% en déclarent une consommation hebdomadaire et 12,7% en déclarent une consommation quotidienne. Viennent ensuite les alcools forts, eux aussi fortement consommés par les Français : près de la moitié de l'échantillon interrogé en déclare une consommation (56,2%) au cours de l'année. Toutefois, la consommation des alcools forts apparaît moins régulière que celle du vin, puisque seulement 15,7% de l'échantillon en déclarent une consommation hebdomadaire et 0,8% une consommation quotidienne. S'agissant de la bière, il semble que sa consommation soit tr-s proche de celle des alcools forts, avec toutefois une proportion de consommateurs quotidiens plus importante : 2,0%.

Des consommations à risque chez les jeunes hommes

La consommation de 6 verres et plus au cours d'une même occasion est qualifiée dans cette enquête de *consommation intensive*. Près d'un tiers des personnes interrogées déclare ce type de pratique au moins une fois au cours de l'année qui a précédé l'enquête et 14% en déclarent au moins un épisode au cours du mois. Ce sont surtout les hommes qui apparaissent concernés par ce mode de consommation. Ainsi 48,1% d'entre eux en déclarent au moins un au cours de l'année et 22,3% au cours du mois et respectivement 19,2% et 5,9% chez les femmes. Ces proportions sont plus marquées pour les 20-25 ans, où 34,7% des hommes indiquent une consommation intensive, tandis que chez les jeunes femmes : 10,4% déclarent une consommation intensive au cours du mois.

S'agissant de la pratique de l'ivresse, ce sont surtout les hommes qui sont concernés, puisque 67% d'entre eux déclarent avoir été ivres au cours de leur vie contre 35,3% des femmes ($p < 0,001$). Mais l'ivresse alcoolique concerne surtout les plus jeunes. Ainsi 48,3% des jeunes hommes de 20-25 ans et 20,1% des femmes (20-25 ans) déclarent avoir été ivres au cours des douze derniers mois. Ce type de pratique tend à décroître au fil de la vie.

¹ Consommation occasionnelle : fait d'avoir consommé de l'alcool 1 fois par mois ou plus rarement au cours des douze derniers mois
Consommation hebdomadaire : fait d'avoir consommé au moins une fois par semaine

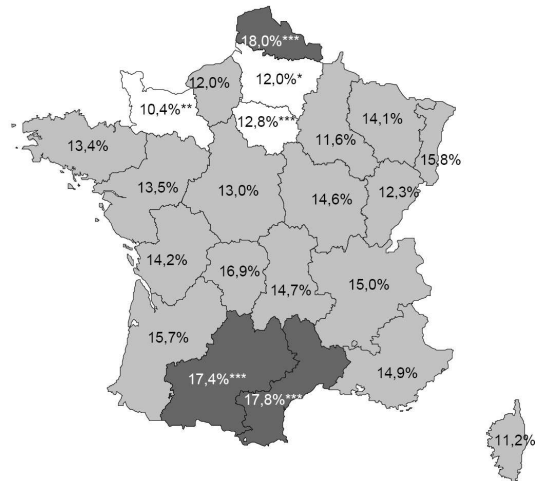
Consommation d'alcool, de tabac et autres drogues, enquête en population générale

Baromètre santé 2005 (3/6)

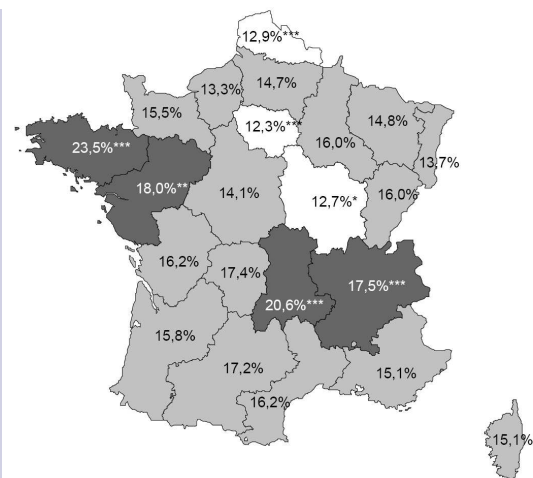
Une consommation quotidienne en Bretagne dans la moyenne française

La Bretagne avec 13,4% de consommateurs réguliers (15-75 ans), ne se distingue pas de la moyenne française. Seules trois régions : le Nord-Pas-de-Calais, le Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées affichent des moyennes de consommation plus importantes qu'en moyenne française. Trois régions affichent quant à elles, des usages réguliers, plus faibles qu'en moyenne française : l'Île-de-France, la Picardie et la Basse-Normandie.

Usage quotidien d'alcool au cours de l'année parmi les 15-75 ans (%)



Au moins une ivresse alcoolique au cours des douze mois parmi les 15-75 ans (%)



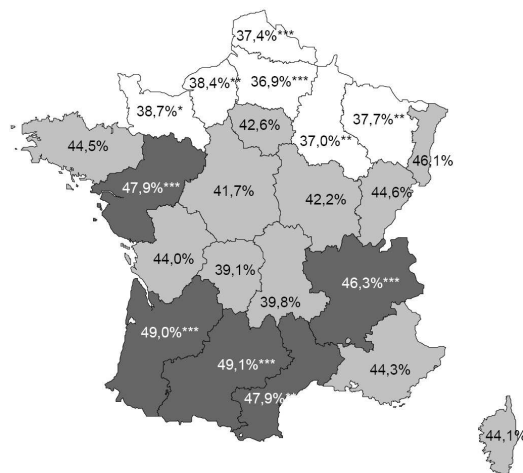
Une pratique de l'ivresse en Bretagne, plus importante qu'en moyenne française

C'est notamment en Bretagne, que la pratique de l'ivresse au cours des douze derniers mois apparaît comme étant la plus importante de France avec 23,5% des 15-75 ans qui déclarent ce mode de consommation ($p < 0,001$). Une analyse des déclarations de pratiques de l'ivresse au moins trois fois au cours des douze derniers mois va dans le même sens, puisque 10,5% des 15-75 ans sont concernés et cette moyenne est significativement plus importante que la moyenne française ($p < 0,001$).

Une consommation de vin dans la moyenne française

Avec 44,5% d'utilisateurs hebdomadaires de vin au cours de l'année, chez les 15-75 ans, la Bretagne ne se distingue pas des autres régions de France. Ce sont surtout les régions viticoles du sud et de l'Ouest qui déclarent consommer ce type de boisson dans des proportions plus importantes que la moyenne française.

Usage hebdomadaire de vin au cours de l'année parmi les 15-75 ans (%)



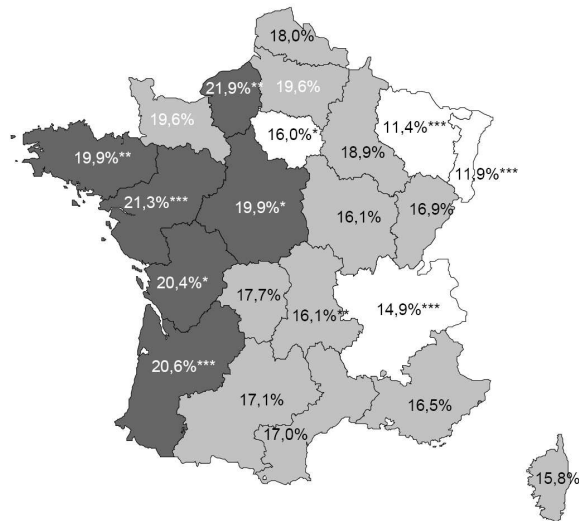
Légende des cartes

- Significativement inférieur à la moyenne nationale
 - Non significatif
 - Significativement supérieur à la moyenne nationale
- Seuil : * : $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

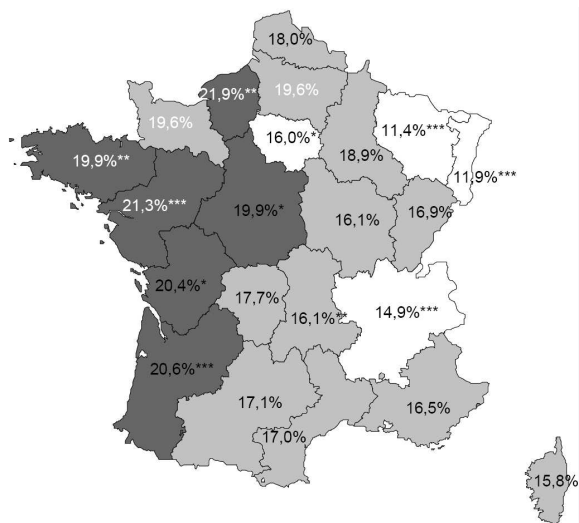
Une proportion d'usagers réguliers de bière dans la moyenne française

Comme pour le vin, la Bretagne n'affiche pas un nombre d'usagers réguliers de bière plus important qu'en moyenne française. 20,9% des 15-75 ans déclarent consommer cette boisson au moins une fois au cours de la semaine. Les régions où la consommation apparaît comme relativement élevée sont le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace.

Usage hebdomadaire de bière au cours de l'année parmi les 15-75 ans (%)



Usage hebdomadaire de spiritueux au cours de l'année parmi les 15-75 ans (%)



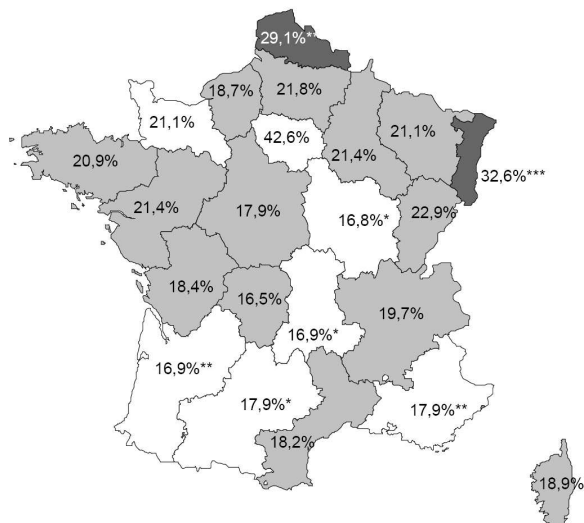
Des consommations de spiritueux plus importantes dans les régions de la façade Atlantique

La Bretagne, avec 19,9% d'usagers réguliers de spiritueux apparaît parmi les régions où la consommation de ce type de boisson est la plus élevée, avec une moyenne significativement plus importante que la moyenne française ($p < 0,01$).

Une préférence pour les autres alcools en Bretagne

Le cidre, le champagne, les mousses et les boissons en autoproduction dénommés dans cette enquête comme *autres alcools* apparaissent en Bretagne davantage consommés que dans la moyenne des régions de France avec 13,9% d'usagers réguliers chez les 15-75 ans.

Usage hebdomadaire d'autres alcools au cours de l'année parmi les 15-75 ans (%)



Légende des cartes

- Significativement inférieur à la moyenne nationale
 - Non significatif
 - Significativement supérieur à la moyenne nationale
- Seuil : * : $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Les autres substances psycho-actives

Le cannabis, la drogue illicite la plus consommée en France

Parmi les 15-64 ans, le cannabis apparait comme étant la drogue illicite la plus consommée de France : 30,6% l'ont déjà expérimenté, 8,6% sont des consommateurs actuels. Viennent ensuite d'autres substances nettement moins consommées comme les poppers (3,9% d'expérimentateurs), Les champignons hallucinogènes (2,7%), la cocaïne (2,6%) et les autres substances dans des proportions inférieures ou égales à 2% d'expérimentateurs. Ce type de pratique concerne surtout les hommes.

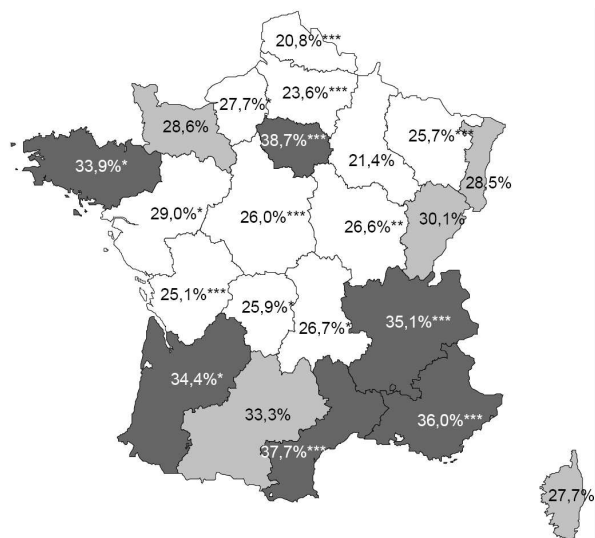
% d'expérimentateurs et d'usagers actuels de substances illicites

	Expérimentation	Usage actuel
Cannabis	30,60%	8,60%
Poppers	3,90%	0,60%
Champignons hallucinogènes	2,70%	0,30%
Cocaïne	2,60%	0,60%
Ecstasy	2,00%	0,50%
Produits à inhaler	1,70%	0,20%
LSD	1,50%	0,10%
Amphétamines	1,40%	0,20%
Héroïne	0,80%	0,10%
Crack	0,30%	0,10%

Source : Baromètre santé 2005, INPES

Pour chacune de ces substances, le nombre d'expérimentateurs est à son apogée sur la tranche des 35-44 ans, hormis en ce qui concerne le cannabis, où le plus grand nombre d'expérimentateurs est à son maximum chez les 25-34 ans.

Expérimentation de cannabis parmi les 15-75 ans (%)



Une forte proportion d'usagers de cannabis en Bretagne

33,9% des 15-64 ans déclarent une expérimentation de cannabis en Bretagne. Cette proportion est nettement plus importante qu'en moyenne française.

Légende de la carte

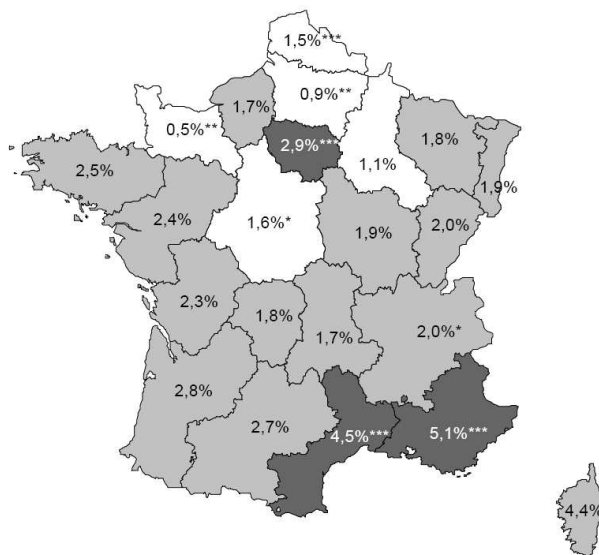
- Significativement inférieur à la moyenne nationale
 - Non significatif
 - Significativement supérieur à la moyenne nationale
- Seuil : * : p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001

Un usage de cocaïne en Bretagne dans la moyenne française

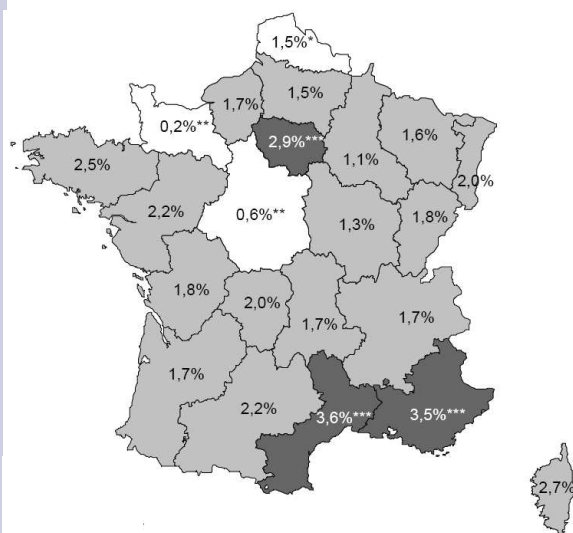
Parmi les 15-64 ans, moins de 3% de Français déclarent une expérimentation de cocaïne. Cette substance apparaît par ailleurs, davantage consommée par les hommes que par les femmes.

La Bretagne ne se distingue pas pour cet indicateur de la moyenne des autres régions françaises, puisque 2,5% des Bretons déclarent une expérimentation de cette substance.

Expérimentation de cocaïne parmi les 15-75 ans (%)



Expérimentation d'ecstasy parmi les 15-75 ans (%)



Des niveaux d'expérimentation d'ecstasy dans la moyenne française

En France, 2,0% des 15-64 ans déclarent une expérimentation d'ecstasy et ce sont surtout les hommes qui sont concernés par ce type d'usage. En Bretagne, comme pour la cocaïne, le nombre d'expérimentateurs de cette substance (2,5%) est dans la moyenne française.

Légende des cartes

- Significativement inférieur à la moyenne nationale
 - Non significatif
 - Significativement supérieur à la moyenne nationale
- Seuil : * : p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001

Tabac, alcool, psychotropes : consommations des consultants examinés dans les centres d'examens de santé en 2005 (1/5)

Le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé (Cetaf) est la source des données régionalisées de l'Assurance Maladie sur l'usage de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes, recueillies auprès des personnes examinées dans les Centres d'Examens de Santé (CES).

Pour plus d'information, voir la publication :

DAUPHINOT Virginie, DUPRE Caroline, GUEGUEN René, NAUDIN Florence, Réseau des Centres d'examens de santé. Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2005, Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé, juin 2008, 88 pages.

Le lecteur y trouvera la description des données recueillies dans les CES, la méthodologie statistique, les indicateurs de santé régionaux dont ceux relatifs à la consommation de produits psycho-actifs.

Cette publication est disponible à la demande au Cetaf : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé, 67-69 avenue de Rochetaillée BP 167 - 42012 Saint-Etienne cedex 02.

Population étudiée

En 2005, les CES ont réalisé 569 415 examens de santé au profit de personnes relevant du régime général de l'Assurance maladie dans les 22 régions de France et dans un département d'outre-mer, la Guadeloupe. A des fins statistiques, certaines régions ont été réunies pour des raisons d'effectifs de population : Basse et Haute-Normandie, Auvergne et Limousin, Corse et Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

En Bretagne, le nombre d'examens de santé réalisés en 2005 sur des personnes de plus de 16 ans s'élève à 26 822. Leur répartition selon le sexe et selon cinq tranches d'âge est précisée dans le tableau ci-dessous.

Nombre d'examens de santé réalisés en Bretagne en 2005

	16-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
Hommes	1 702	5 595	4 097	1 419	196	13 009
Femmes	2 337	5 442	4 352	1 470	212	13 813
Ensemble	4 039	11 037	8 449	2 889	408	26 822

Source : CETAF, géographie de la santé, données 2005

Méthodologie et présentation des résultats

Le traitement des données des CES, de l'année 2005, comporte des différences par rapport aux données des années précédentes, dont :

- une pondération établie, d'une part, au niveau de chaque région pour estimer les prévalences régionales et, d'autre part, au niveau national pour agréger les résultats « *France entière* » (pondération basée sur le sexe, l'âge, la PCS, le statut vis-à-vis du chômage et de la CMU). L'objectif est de corriger les différences structurelles existant entre la population examinée dans les CES et la population française (autrement dit, de présenter des taux comparatifs).
- les résultats régionaux sont présentés par sexe et selon cinq classes d'âge au lieu de trois précédemment.
- un nouvel indicateur alcool, définissant une consommation à risque.

Dans la présentation qui suit, la Bretagne est comparée à la France et aux autres régions métropolitaines (19 entités géographiques du fait de regroupements).

Tabac

Définition de l'indicateur

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

Tendances générales en France

Le tabagisme augmente entre 16 et 20 ans, pour atteindre son maximum vers 20-24 ans. A partir de 25 ans, il diminue régulièrement.

La proportion de fumeurs chez les hommes dépasse celle des femmes. Au-delà de 65 ans, le pourcentage de fumeurs est au moins deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (il est de 4% chez les femmes de 65-74 ans, et de 9% chez les hommes de cette tranche d'âge).

Tendances en Bretagne

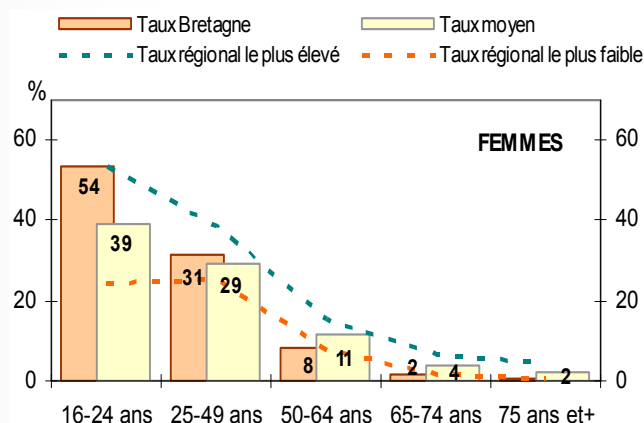
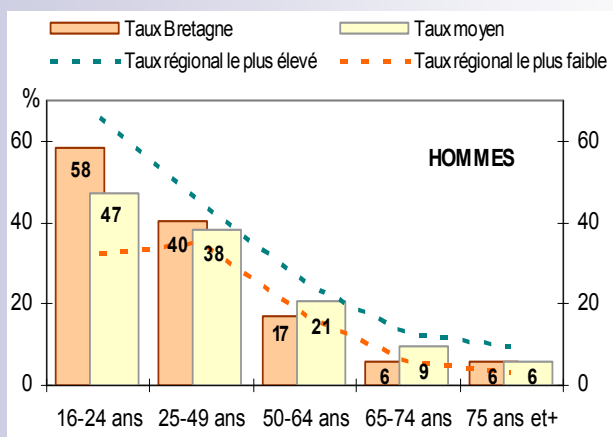
Comparée à la moyenne française, la proportion de fumeurs en Bretagne, diffère nettement selon le groupe d'âge :

- avant 50 ans : la proportion de fumeurs est supérieure en Bretagne,
- au-delà de 50 ans : la proportion de fumeurs est plus faible en Bretagne.

Comparée aux autres régions de France, la Bretagne affiche des extrêmes concernant la répartition des fumeurs selon la tranche d'âge :

- chez les 16-24 ans, la Bretagne présente la proportion la plus élevée de fumeurs chez les filles (54%) et se situe au 4^{ème} rang chez les garçons avec 58% de jeunes fumeurs (derrière Franche Comté : 66%, Auvergne-Limousin : 60% et Midi-Pyrénées : 59%) ;
- à partir de la tranche d'âge 50-64 ans, la Bretagne se situe parmi les régions aux proportions les moins élevées de fumeurs (proportion la plus faible chez les hommes de 50 à 74 ans, et chez les femmes à partir de 65 ans).

Tabac : taux comparatifs de fumeurs (en %), selon la tranche d'âge, en 2005



Source : Cetaf, Géographie de la santé – données 2005

Alcool

Définition de l'indicateur

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

Tendances générales en France

La proportion de consommateurs à risque est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, excepté dans la tranche d'âge 16-24 ans où l'écart est plus faible.

La plus forte proportion de consommateurs à risque est enregistrée de 50 à 74 ans (autour de 20% chez les hommes et de 10% chez les femmes).

Tendances en Bretagne

- **Comparaison à la moyenne française**

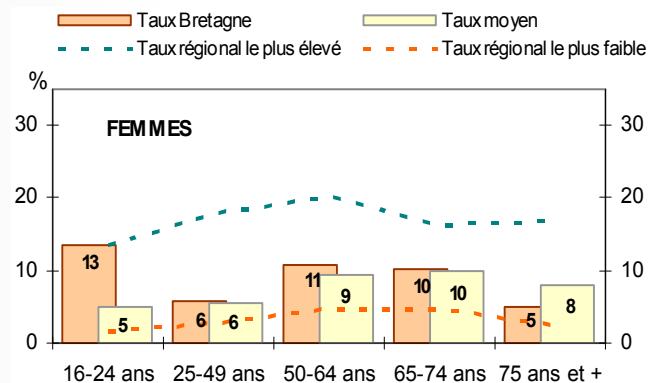
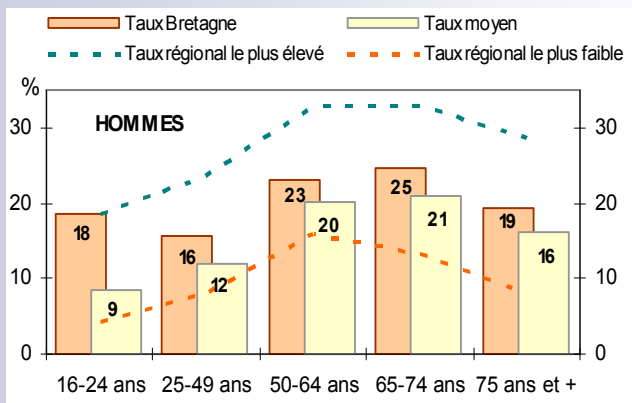
Chez les hommes, en Bretagne, les proportions de consommateurs à risque sont toujours supérieures à celles de la moyenne française. L'écart le plus important est observé dans la tranche d'âge 16-24 ans : 18% de consommateurs à risque en Bretagne, c'est-à-dire le double du taux moyen : 9%.

Chez les femmes, le maximum est atteint dans la tranche d'âge 16-24 ans avec 13% de consommatrices à risque, contre 5% en moyenne française. Les autres tranches d'âge se situent au-dessous de 11% et affichent des proportions proches de la moyenne française.

- **Comparaison aux autres régions de France**

La Bretagne présente la proportion la plus élevée de consommateurs à risque chez les 16-24 ans, garçons et filles. Dans les autres tranches d'âge, seule la région Languedoc Roussillon présente des proportions plus élevées, chez les hommes et les femmes, sauf chez les femmes de 75 ans et plus (région Nord-Pas-de-Calais).

Alcool : taux comparatifs de consommateurs à risque (en %), selon la tranche d'âge en 2005



Source : Cetaf, Géographie de la santé – données 2005



Tabac, alcool, psychotropes : consommations des consultants examinés dans les centres d'examens de santé en 2005 (4/5)

Médicaments psychotropes

Définition de l'indicateur

La consommation de médicaments est recueillie et codifiée par le médecin qui effectue l'examen clinique du patient. Les médicaments psychotropes figurent parmi les plus consommés avec les médicaments à visée cardiovasculaire. La classe des psychotropes inclut les hypnotiques, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs.

Tendances générales en France

La proportion de consommateurs de psychotropes est plus élevée chez les femmes. Elle augmente avec l'âge : entre les plus jeunes (16-24 ans) et les plus âgés (75 ans et plus), le taux moyen passe de 2% à 12% chez les hommes, et de 3% à 23% chez les femmes.

Dans les tranches d'âge allant de 16 à 64 ans, la proportion de consommateurs de psychotropes la plus élevée est observée en Auvergne – Limousin.

Tendances en Bretagne

- **Comparaison à la moyenne française**

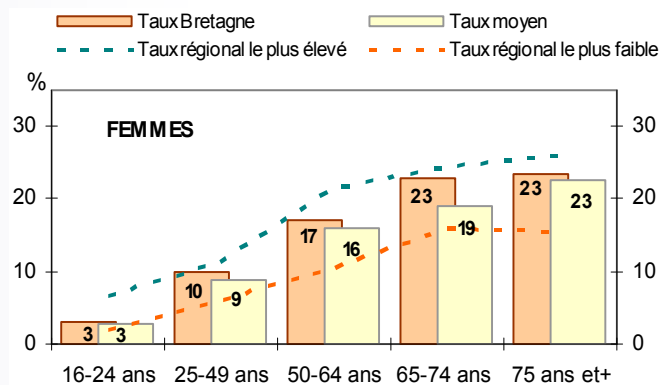
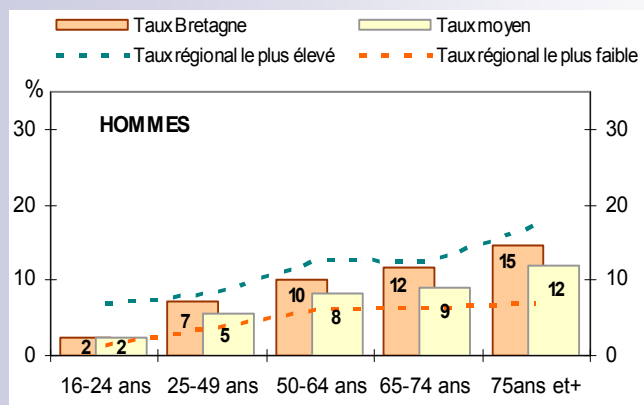
En Bretagne, en dehors de la tranche d'âge 16-24 ans, le taux de consommateurs de psychotropes est plus élevé qu'en moyenne française.

- **Comparaison aux autres régions de France**

Après 25 ans, la Bretagne se situe parmi les régions aux taux les plus élevés avec les régions Aquitaine, Poitou-Charentes, Centre, chez les hommes. Elle passe derrière les régions Aquitaine, Poitou-Charentes et Pays de la Loire, chez les femmes.

Les taux bretons sont proches des taux les plus élevés, chez les hommes comme chez les femmes.

Médicaments psychotropes : taux comparatifs de consommateurs (en %), selon la tranche d'âge en 2005



Source : Cetaf, Géographie de la santé – données 2005

Conclusion

Comparaison à la moyenne française

La Bretagne présente des taux comparatifs de consommateurs de produits psycho-actifs plus élevés :

- avant 50 ans pour **les fumeurs** (chez les hommes comme chez les femmes),
- chez les femmes de 16-24 ans et de 50-64 ans, et chez les hommes dans toutes les tranches d'âge, pour **la consommation d'alcool à risque**,
- dans les tranches d'âge au-delà de 25 ans pour **les médicaments psychotropes** chez les hommes et les femmes.

La Bretagne présente des taux moins élevés qu'en moyenne française pour :

- **les fumeurs** à partir de 50 ans, chez les femmes et chez les hommes excepté ceux de 75 ans et plus,
- **la consommation d'alcool à risque** chez les femmes de 75 ans et plus.

La Bretagne est au niveau de la moyenne française pour :

- **les fumeurs** chez les hommes de 75 ans et plus,
- **la consommation d'alcool à risque** chez les femmes de 25-49 ans et de 65-74 ans,
- **les médicaments psychotropes** chez les 16-24 ans (hommes et femmes), et chez les femmes de 75 ans et plus.

Comparaison aux autres régions de France

En Bretagne, les plus jeunes (tranche d'âge 16-24 ans), présentent les taux régionaux les plus élevés de consommateurs d'alcool à risque (chez les hommes et les femmes), et de fumeurs chez les femmes (les hommes de 16-24 ans figurent cependant parmi les 4 régions aux taux de fumeurs les plus élevés).

Après 25 ans, la Bretagne se situe parmi les régions aux taux les plus élevés pour :

- **la consommation de médicaments psychotropes** (sauf chez les femmes de 75 ans et plus),
- **la consommation d'alcool à risque** chez les hommes.

La Bretagne se situe parmi les régions aux taux les moins élevés, à partir de la tranche d'âge 50-64 ans, concernant les fumeurs (hommes et femmes).

Une stagnation des ventes de cigarettes observée depuis 2004

En Bretagne comme en France, les ventes de cigarettes sont stables depuis 2004. Si une légère baisse générale est notée dans les ventes de tabac en 2007 par rapport à 2006, la tendance sur la période 2004-2007 est une stagnation autour de 55 milliards de cigarettes en France métropolitaine (sans la Corse). En Bretagne, la quantité de cigarettes vendues en 2007, dépasse 3 milliards (soit 3,055 milliards) mais elle est moins élevée qu'en 2006 (3,101 milliards).

Vente de cigarettes (en milliers)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Côtes-d'Armor	757739	673000	577 364	582855	589248	574907
Finistère	1322225	1166000	988 075	993373	993349	983346
Ille-et-Vilaine	1048183	914000	772 620	786100	792850	783617
Morbihan	934140	827000	704 419	719168	725734	713776
France*	80533035	69646000	54924346	54801454	56602779	54945000

France métropolitaine sans la Corse (données manquantes)

Sources : Centre de documentation et d'information sur le tabac, INSEE, OFDT

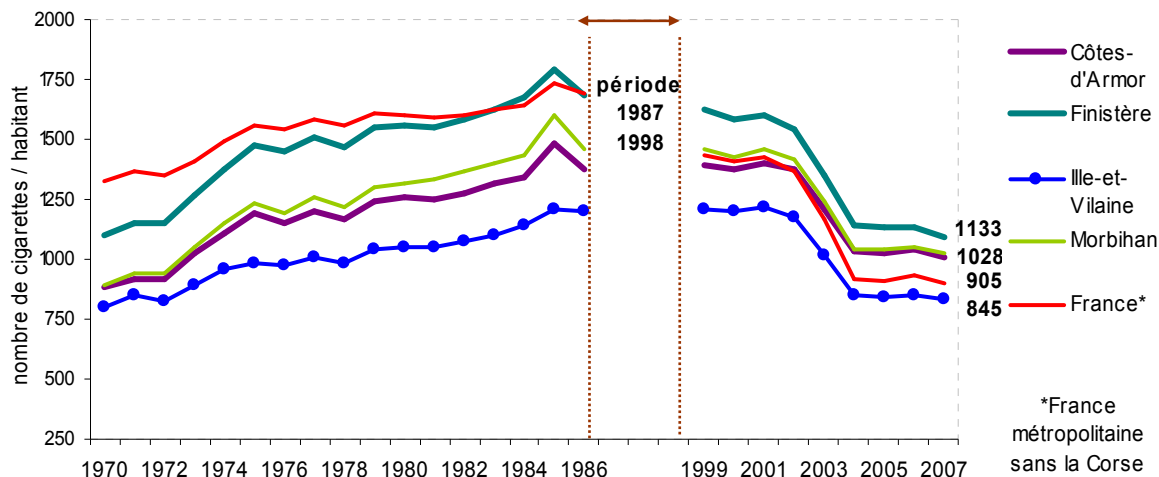
Depuis 2002, trois départements bretons dépassent la moyenne française de vente de cigarettes par habitant

En répartissant le nombre de cigarettes vendues sur une zone géographique donnée entre tous les habitants de cette zone, on obtient un indicateur théorique de « vente moyenne par habitant ». Cet indicateur permet de comparer les départements par rapport à la moyenne française, mais il ne permet pas une estimation de la consommation des hommes et des femmes, ni de la consommation selon l'âge.

Compte tenu du temps de latence important entre la consommation de tabac et ses effets carcinogènes (cancer du poumon, du larynx), les données de vente de tabac depuis les années soixante dix sont un indicateur pertinent concernant l'augmentation des cancers du poumon dans la population bretonne. Cette période de latence donne la possibilité de développer des mesures de prévention ainsi que des interventions de détection précoces.

La connaissance sur l'évolution de la consommation de tabac en Bretagne sur la période 1970-1986 provient d'une recherche menée par le docteur Christian Lassalle¹ avec le concours de l'Observatoire régional de santé de Bretagne.

Nombre de cigarettes vendues par habitant (données manquantes pour la période 1987-1998)



Sources : SEITA, INSEE, pour la période 1970-1986 ; Centre de documentation et d'information sur le tabac, INSEE, OFDT, pour la période 1999-2007

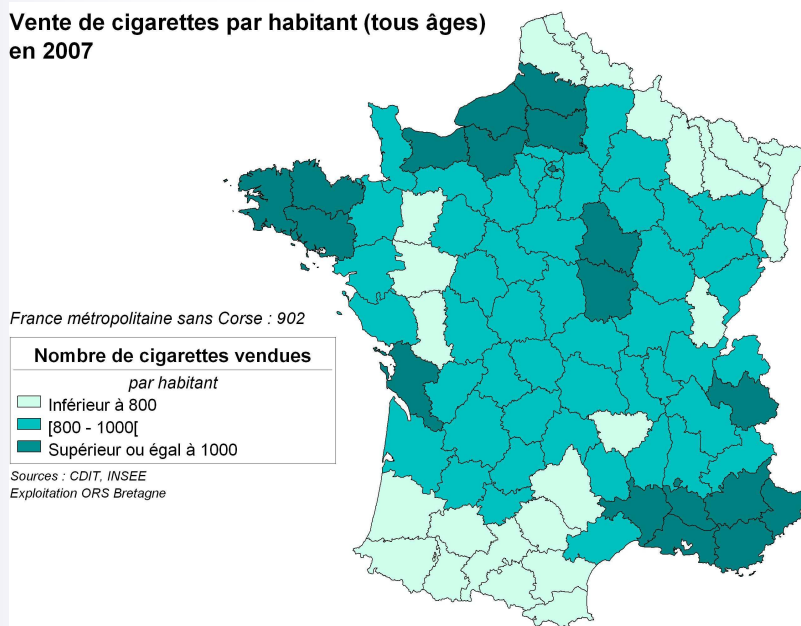
¹ Le risque tabac en Bretagne. Etude de la consommation et des pathologies liées. Mémoire, promotion 1987 de formation des médecins inspecteurs de la santé à l'École Nationale de la Santé Publique.

Finistère, Morbihan et Côtes d'Armor font partie du groupe de départements dont la vente moyenne est supérieure à 1 000 cigarettes par habitant

Parmi les dix neuf départements dépassant le seuil de 1 000 cigarettes vendues par habitant en 2007, le Finistère se classe au 7^{ème} rang par ordre décroissant (1 095 cigarettes/hab.), le Morbihan au 14^{ème} rang (1 029 cigarettes/hab.) et les Côtes d'Armor au 18^{ème} rang (1 009 cigarettes/hab.).

Le département d'Ille-et-Vilaine se maintient à un niveau inférieur à la moyenne française : 835 cigarettes par habitant en Ille-et-Vilaine contre 902 en moyenne française, en 2007.

Vente de cigarettes par habitant (tous âges) en 2007



Evolution des ventes de cigarettes en France depuis 1970

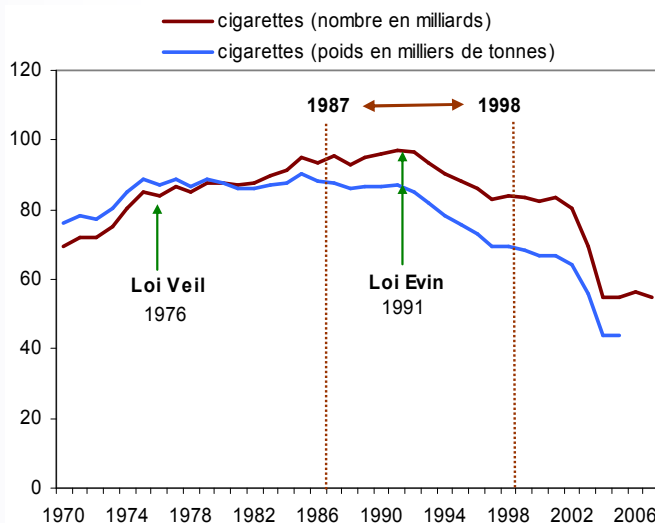
L'histoire de la consommation de tabac en France est décrite dans le rapport présenté par C. Hill et A. Laplanche¹, à la Direction générale de la santé (ministère de la santé et de la protection sociale), en 2004. Le graphique ci-contre en reprend les données depuis 1970 concernant les ventes de cigarettes. Ces ventes sont exprimées en nombre de cigarettes d'une part, et en tonnes de tabac (conditionné en cigarettes), d'autre part. Les ventes de cigarettes (en milliards d'unités) ont augmenté jusqu'en 1991, date de la loi Evin, et ont ensuite chuté sur les années 1992-1997 et 2003-2004.

Dans la période allant de la loi Veil (1976) à la loi Evin (1991), les ventes ont augmenté en nombre de cigarettes mais elles n'ont pas augmenté selon leur poids de tabac (exprimé en milliers de tonnes), elles sont restées stables. En effet, le poids moyen de tabac par cigarette a diminué progressivement au cours du temps en France. Pour en rendre compte, C. Hill et A. Laplanche (1), ont supposé un poids moyen de 1,2 gramme de tabac par cigarette jusqu'en 1958, passant progressivement à 1 gramme par cigarette en 1980, puis à 0,8 gramme en 2001.

Sur la période 1987-1998, les données de vente de cigarettes ne sont pas disponibles concernant les départements bretons mais les ventes totales en France indiquent une tendance moyenne :

- augmentation jusqu'en 1991 suivie d'une chute de 1992 à 1997, concernant le nombre de cigarettes vendues,
- stabilité jusqu'en 1991 suivie d'une chute de 1992 à 1997, concernant le poids en tabac des cigarettes vendues.

Evolution des ventes de cigarettes en France



Sources : INSEE PREMIERE 2006

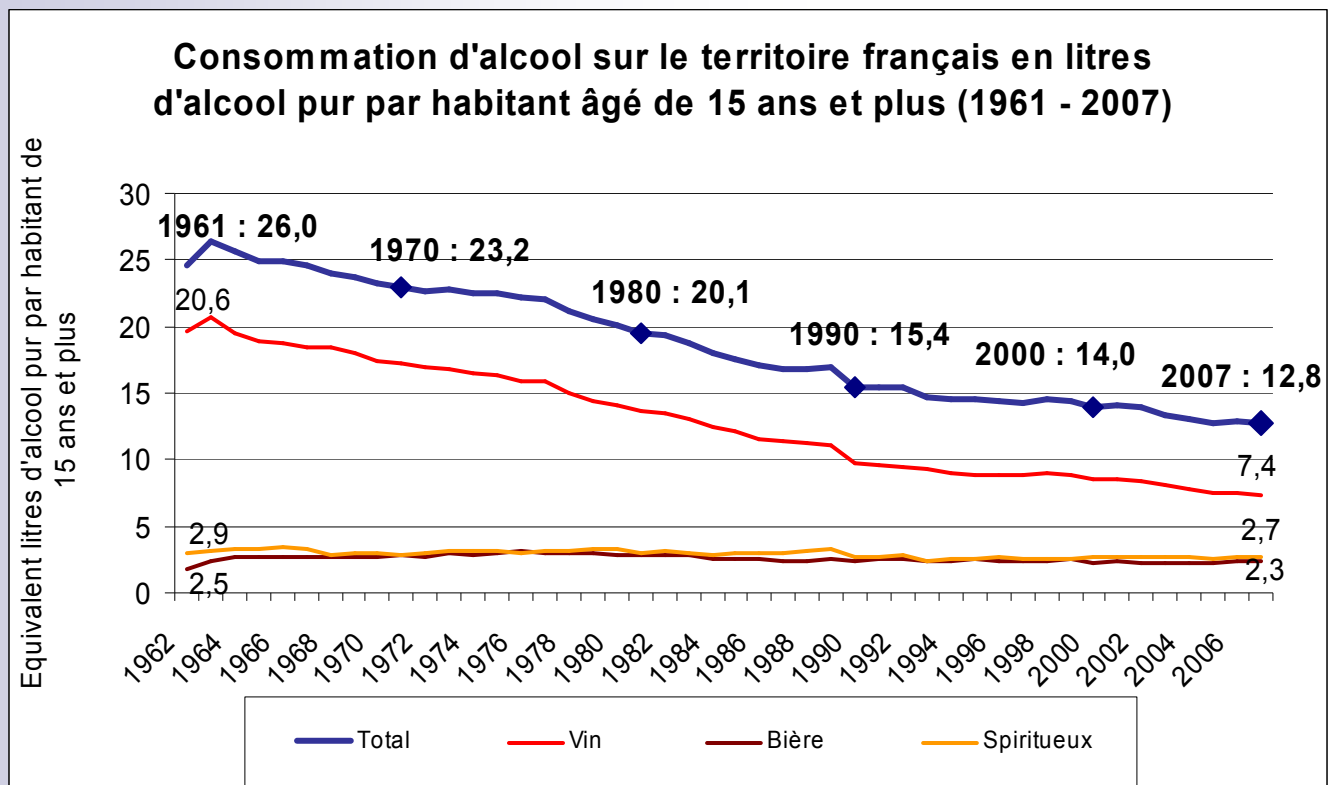
¹ Catherine Hill, Agnès Laplanche : Le tabac en France, les vrais chiffres. La Documentation française, 2004

Vente d'alcool pur par habitant

Selon l'INPES et l'OFDT, la France observe depuis 40 ans une diminution régulière de la consommation d'alcool en population générale :

- Tendance à la baisse de la consommation annuelle d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans depuis 1961 :
 - 26,1 litres en 1961
 - 12,5 litres en 2005 (source : OFDT)
 - 12,9 litres en 2006 (source : INSEE)
 - 12,8 litres en 2007 (source : INSEE)

Cette baisse des ventes d'alcool concerne plus particulièrement les ventes de vin, car s'agissant des ventes de bière et spiritueux la tendance est davantage à la stabilité.



Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA de 1990 à 1999, groupe IDA et Insee de 2000 à 2007

- Baisse de la proportion d'adultes déclarant une consommation « un jour donné » :
 - 44,7% en 1996
 - 39,4% en 2002 (source : Baromètre nutrition santé 2002, INPES)
- Baisse de quantité consommée (déclarée) :
 - 3,2 verres en 1996
 - 2,9 en 2002 (source : Baromètre nutrition santé 2002, INPES)
 - 1,9 en 2005 (source : Baromètre nutrition santé 2005, INPES)

Selon les seuils fixés par l'OMS, les consommateurs réguliers excessifs représente 1 homme sur 5 et 1 femme sur 15 en France (source : Baromètre santé nutrition 2002).

Si le vin reste la boisson la plus consommée en France (60% de la consommation totale d'alcool), on assiste à un glissement de la consommation vers des boissons fortement alcoolisées (whisky, vodka) et les vins fins (champagne, mousseux) (source : INSEE première, 2004).

Anxiolytiques et hypnotiques : estimation de la consommation en Bretagne en 2007

L'URCAM Bretagne (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) est la source de ces données : il s'agit du regroupement des remboursements des 3 principaux régimes (régime général, Mutualité Sociale Agricole, Régime Social des Indépendants), concernant anxiolytiques et hypnotiques, sur l'année 2007.

Le nombre de boîtes d'anxiolytiques et d'hypnotiques remboursées en Bretagne, par ces 3 régimes en 2007, atteint 7 051 464. L'estimation de la consommation par personne protégée (soit le nombre de boîtes délivrées rapporté au nombre de personnes protégées) a pour résultat 2.4 boîtes en Bretagne, versus 1.7 en France.

Remboursements d'anxiolytiques et d'hypnotiques : estimation du nombre de boîtes remboursées par personne protégée

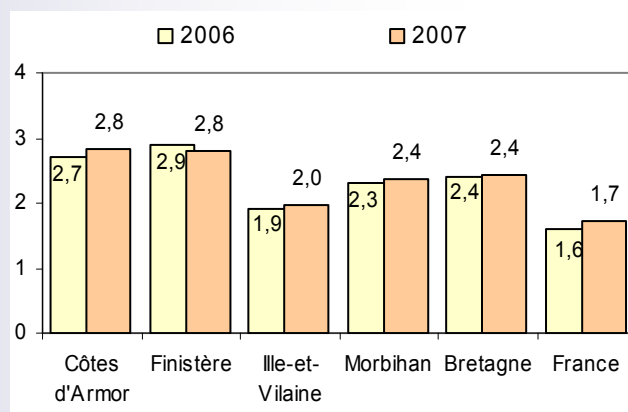
	Nombre de boîtes délivrées	Nombre de personnes protégées au 31/12/06	Nb de boîtes par personne protégée
Côtes d'Armor	1 514 762	536 390	2,8
Finistère	2 224 413	792 681	2,8
Ille-et-Vilaine	1 790 743	916 160	2,0
Morbihan	1 519 830	645 271	2,4
Bretagne	7 051 464	2 890 502	2,4
France	106 324 690	61 336 985	1,7

Source : URCAM Bretagne (remboursements et population protégée, Régime général, MSA, RSI)

Cette moyenne bretonne ne reflète pas une homogénéité entre les départements dont les écarts vont de 2.8 dans le Finistère et les Côtes d'Armor à 2 en Ille-et-Vilaine.

Les résultats de l'année 2007 sont très proches de ceux de l'année 2006.

Remboursements d'anxiolytiques et hypnotiques : nombre de boîtes par personnes protégées



Source : URCAM Bretagne (remboursement et population protégée, Régime général, MSA, RSI)

Cet indicateur a été renseigné sur l'année 2005 dans le rapport paru en 2007¹ sur les addictions dans les régions de France. Par rapport aux autres régions, la Bretagne se classe au second rang, à égalité avec l'Auvergne et derrière le Limousin.

Limites de l'exploitation de ces données

Ces données ne tiennent pas compte des différences de structure d'âge entre la population bretonne et la population française et des différences de comportement selon le sexe et l'âge. Cependant, le suivi de ce type de données est un indicateur indispensable permettant d'observer l'évolution dans le temps.

¹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.) Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires

Etude réalisée dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

- Direction Générale de la Santé. (D.G.S.) et la FNORS ; FNORS, septembre 2007 – 101 pages - (Collection : Les études du réseau des ORS)

Interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (1/3)

Les infractions à la législation sur les stupéfiants concernent principalement l'usage simple

D'après le rapport O.S.I.R.I.S.¹, on comptabilise en 2007, en Bretagne, 3 020 interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (usage, usage-revente, trafic). Parmi ces infractions, 77.5% concernent un usage simple de stupéfiants (vs 84.1% au niveau national) et 14.1% concernent un usage-revente (8.6% au niveau national).

Répartition des interpellations par type d'infraction en 2007

	Trafic international		Trafic local		Usage-revente		Usage simple		Total	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Côtes d'Armor	0	0	10	28	36	83	390	458	436	569
Finistère	5	3	57	95	79	103	463	630	604	831
Ille-et-Vilaine	5	1	85	92	147	157	858	767	1 095	1 017
Morbihan	0	2	81	31	64	84	604	486	749	603
Bretagne	10	6	233	246	326	427	2 315	2 341	2 884	3 020
France	1 516	1 651	5 777	8 198	9 376	11 548	93 817	112 923	110 486	134 320

Source : OCRTIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants), Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

Le cannabis est la principale cause des interpellations quel que soit le type d'infraction

Le premier produit concerné, sur l'ensemble des infractions, est de loin le cannabis. Ainsi, 90.6% des interpellations pour usage et 68.6% des interpellations pour trafic ou usage-revente concernent ce produit.

Interpellations des trafiquants et des usagers-revendeurs par produit en 2007

	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy	Autres	Total	Part du cannabis
Côtes d'Armor	62	19	20	4	6	111	55,90%
Finistère	162	18	17	0	4	201	80,60%
Ille-et-Vilaine	152	20	56	8	14	250	60,80%
Morbihan	90	13	12	1	1	117	76,90%
Bretagne	466	70	105	13	25	679	68,60%
France	13 154	2 952	3 116	388	1 787	21 397	61,50%

Source : OCRTIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants), Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

Répartition des interpellations d'usagers par produit et par département en 2007

	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy	Autres	Total	Part du cannabis
Côtes d'Armor	416	9	31	0	2	458	90,80%
Finistère	576	18	26	3	7	630	91,40%
Ille-et-Vilaine	680	44	32	4	7	767	88,60%
Morbihan	449	16	10	2	9	486	92,40%
Bretagne	2 121	87	99	9	25	2 341	90,60%
France	97 460	6 438	4 043	751	4 231	112 923	86,30%

Source : OCRTIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants), Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

¹ Rapport O.S.I.R.I.S. (Outil et Système d'Informations Relatives aux Infractions sur les Stupéfiants) réalisé par l'OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants

Interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (2/3)

Les interpellations pour usage concernent principalement le cannabis : 90.6% en Bretagne vs 86.3% au niveau national.

En France, les usagers de cannabis interpellés sont très majoritairement des hommes (92.57% avec 90 218 interpellations, au niveau national). L'âge moyen est de 23.47 ans (22.85 ans en 2006).

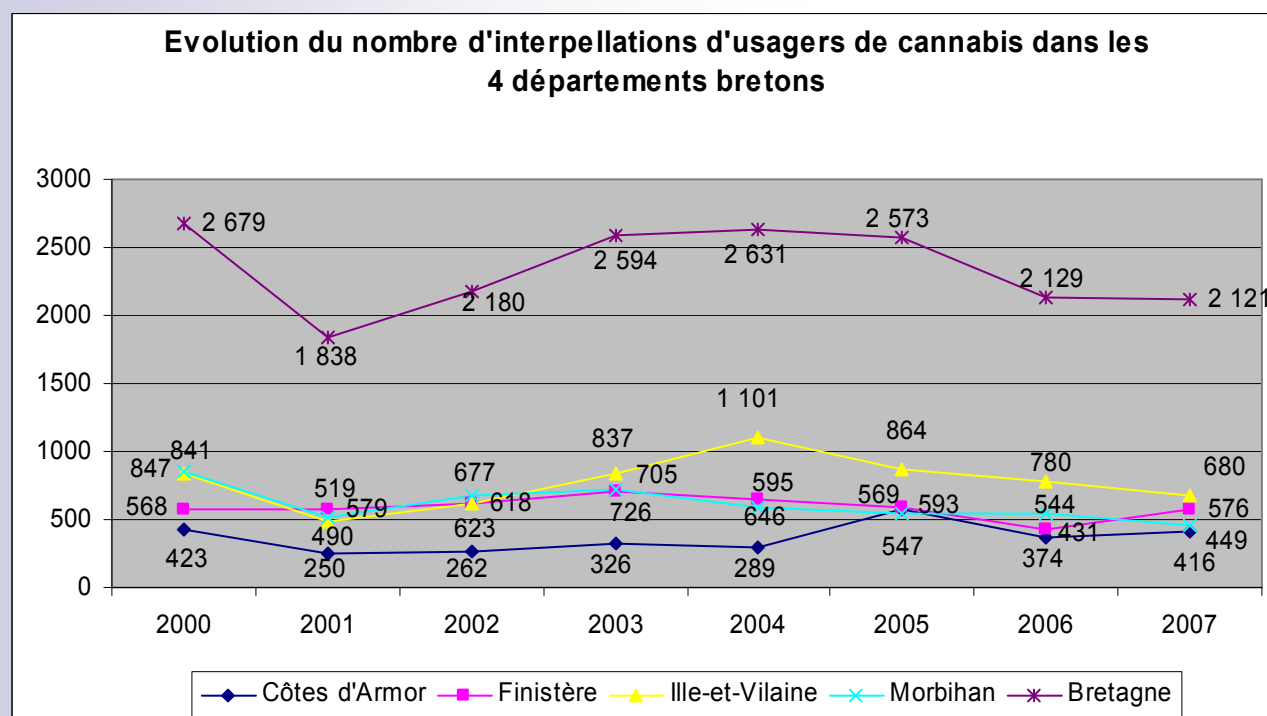
Interpellations pour usage de cannabis dans les 4 départements bretons

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2000/2007	Evolution 2006/2007
Côtes d'Armor	423	250	262	326	289	569	374	416	-1,60%	+11,20%
Finistère	568	579	618	705	646	593	431	576	1,40%	+33,60%
Ille-et-Vilaine	841	490	623	837	1 101	864	780	680	-19,10%	-12,80%
Morbihan	847	519	677	726	595	547	544	449	-47,00%	-17,40%
Bretagne	2 679	1 838	2 180	2 594	2 631	2 573	2 129	2 121	-20,8%	-0,4%
France	80 714	67 774	71 536	79 964	101 278	90 905	83 980	97 460	20,70%	16,00%

Source : OCRIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants), Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire

Une baisse du nombre d'interpellations d'usagers de cannabis

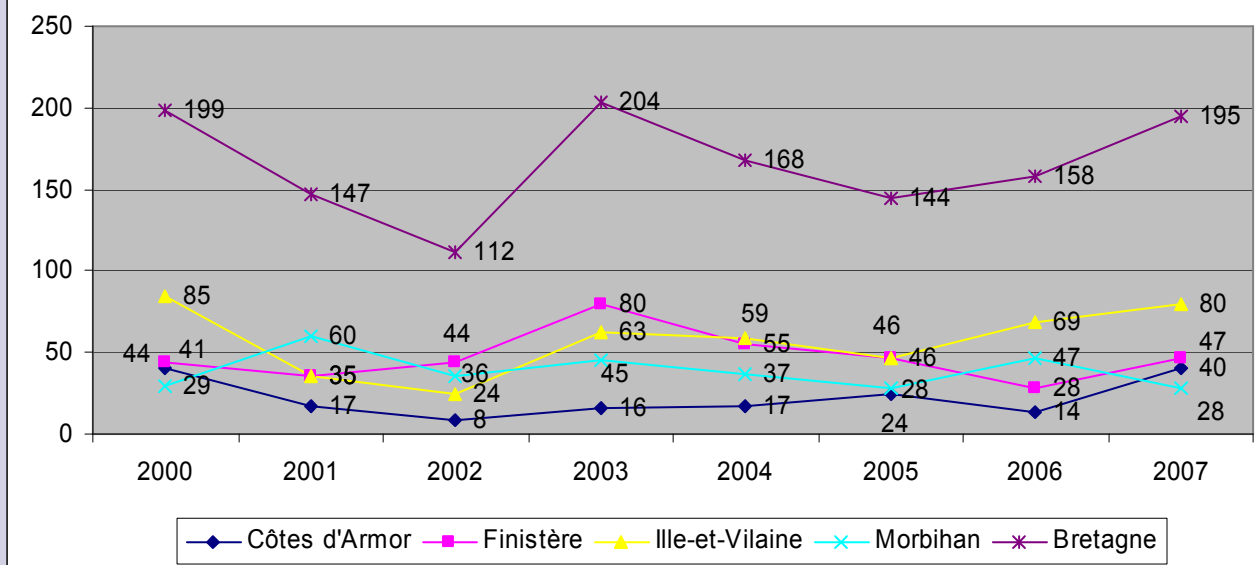
En Bretagne comme à l'échelon national, le nombre d'interpellations pour usage de cannabis n'a cessé d'augmenter de 2001 à 2004. En 2005, cette augmentation s'est interrompue et a continué à baisser jusqu'en 2006. Sur la période suivante 2006-2007, peu d'évolution est à noter au niveau régional (-0.4%). En 2007, à l'échelle départementale, on note pour les départements des Côtes d'Armor et du Finistère un retour vers le nombre d'interpellations réalisées en 2000 (respectivement 423 et 568 interpellations). Pour les deux autres départements, le nombre d'interpellations en 2007 reste bien en deçà des chiffres réalisés en 2000.



Source : OCRIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants), Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire

Interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (3/3)

Evolution du nombre d'interpellations d'usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy



INFRACTIONS A LA LEGISLATION

Une augmentation du nombre d'interpellations d'usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy

En 2007, le nombre d'interpellations d'usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy a continué à augmenter (+ 23.4% par rapport à 2006) alors que la tendance était à la baisse depuis 2003 jusqu'en 2005. Cette augmentation concerne tous les départements (Côtes d'Armor : +185.7%, Finistère : + 67.9% et Ille-et-Vilaine : +15.9%) hormis le Morbihan (-40.4%).

Saisies par département et par produit

Les quantités saisies diffèrent de manière importante d'un produit à l'autre, d'une année à l'autre et d'un département à l'autre. Le cannabis demeure le produit le plus couramment saisi au fil du temps. Toutefois en 2007, une très forte baisse des saisies est à noter par rapport à 2006 : - 61%. Parallèlement, une forte augmentation des saisies de cocaïne et d'ecstasy est à souligner : respectivement + 1 044% et + 75%.

	Cannabis*			Héroïne*			Cocaïne*			Ecstasy**		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Côtes d'Armor	32 497	17 427	16 259	197	341	2 870	40	125	1 069	125	7	8 437
Finistère	58 772	170 169	36 521	314	2 356	1 411	2 821	182	688	1 539	1 032	96
Ille-et-Vilaine	382 309	284 778	39 006	4 332	589	1 279	5 448	2 799	4 098	1 194	3 210	1 435
Morbihan	54 302	15 967	97 583	1 554	3 963	1 928	316	1 547	47 391	28	1 467	79
Bretagne	527 880	488 341	189 369	6 397	7 249	7 488	8 625	4 653	53 246	2 886	5 716	10 047

* en grammes
** en doses

Les données publiées annuellement par l'Observatoire interministériel de sécurité routière comportent un chapitre sur *Alcool et accidents de la route*¹. Elles sont extraites du fichier national des accidents corporels de la circulation routière, et sont analysées à l'échelon départemental.

Le fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent. Ces fiches alimentent le fichier national des accidents corporels de la circulation routière géré par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR).

Pour l'alcool, lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués et le cas échéant des piétons (dépistage et mesure du taux d'alcoolémie par prise de sang pour les usagers décédés ou grièvement blessés, éthylotest pour les indemnes et les blessés légers). Ces informations sont consignées dans le BAAC. Cependant, il arrive que cette donnée concernant la mesure de l'alcoolémie ne soit pas renseignée, ainsi une certaine proportion d'accidents corporels présente « un taux d'alcoolémie inconnu ou indéterminé ».

Ce fichier des accidents enregistre les tués selon un délai de 30 jours après l'accident corporel, à partir de 2005. Les données sur les tués à 6 jours de l'année 2004, ont été converties en tués à 30 jours, par application du coefficient de 1,069.

Accidents mortels à taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu

En Bretagne, la proportion d'accidents mortels au taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu varie selon les départements. La proportion la plus élevée est observée dans le Finistère (33,4%) et la plus faible dans les Côtes d'Armor (13,5%).

La proportion d'accidents mortels au taux d'alcoolémie inconnu ou indéterminé est plus faible en Bretagne (22,6%) qu'en moyenne française (25,8%).

Pourcentage d'accidents mortels à taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu, cumul 2003-2007

	accidents mortels	accidents mortels au taux d'alcoolémie connu	accidents mortels au taux d'alcoolémie inconnu	% indéterminés
Côtes d'Armor	208	180	28	13,5
Finistère	290	193	97	33,4
Ille-et-Vilaine	325	261	64	19,7
Morbihan	282	221	61	21,6
Bretagne	1105	855	250	22,6
France	22281	16540	5741	25,8

Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2007

Accidents mortels avec alcool, période 2004-2007

Les résultats départementaux de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière¹ sont présentés en cumulant cinq années, 2003 à 2007 (tableaux et carte ci-après). La proportion d'accidents mortels avec alcool (calculée sur le nombre d'accidents mortels dont le taux d'alcoolémie est connu) est de 29% en moyenne française. Elle varie de 42% en Haute Savoie à 9% en Seine-Saint-Denis, département le moins touché.

Les départements bretons prennent place parmi les proportions les plus élevées d'accidents mortels avec alcool :

- 36,7% dans Morbihan (11^{ème} rang),
- 33,3% en Côtes d'Armor (19^{ème} rang),
- 32,6 % en Ille-et-Vilaine (23^{ème} rang),
- 32,1 % dans le Finistère (27^{ème} rang),

Cependant, un seul département breton, le Morbihan, se situe au dessus de 35%. Les départements de la bordure atlantique, de la Gironde au Morbihan, affichent une proportion d'accidents mortels avec alcool, supérieure à 35%.

¹ Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) « La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2007 : éléments essentiels » <http://www2.securiteroutiere.gouv.fr>

Le facteur alcool dans les accidents de la circulation (2/3)

Classement des départements français ayant une proportion élevée d'accidents mortels avec alcool (par ordre décroissant)

Cumul sur la période : 2000-2004

Rang	Département	%
1	CHARENTE-MARITIME	45
2	NIEVRE	44
3	PYRENEES-ORIENTALES	42
4	CREUSE	42
5	GARD	40
6	HAUTE PYRENEES	40
7	COTES D ARMOR	40
8	VENDEE	39
9	MORBIHAN	39
10	LOIRE-ATLANTIQUE	38
11	HAUTE MARNE	38
1	NORD	37
2	CANTAL	37
13	DEUX SEVRES	37
14	HERAULT	37
15	SAVOIE	36
16	MAINE ET LOIRE	36
17	HAUTE GARONNE	36
18	AUBE	35
19	GIRONDE	35
20	DOUBS	35
21	ARIEGE	34
22	AUDE	34
23	ALPES HT PROVENCE	34
24	VIENNE	34
25	FINISTERE	33
26	ILLE ET VILAINE	33
***	***	***
Moyenne nationale		31

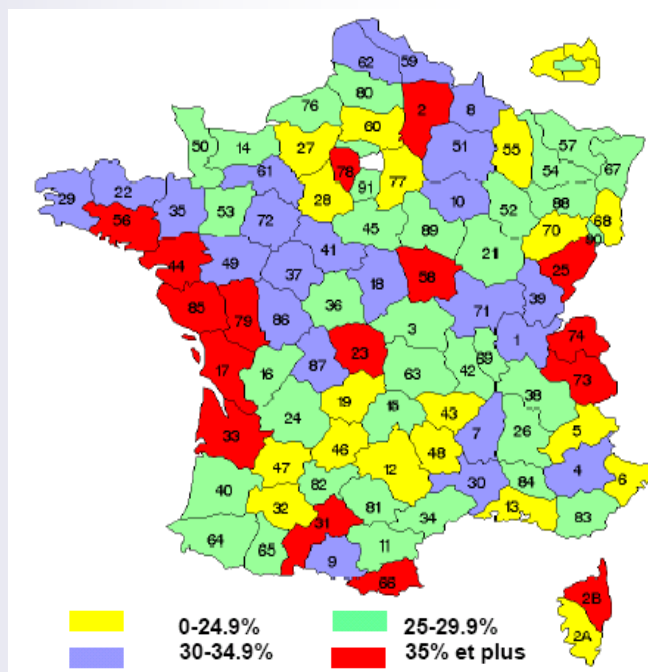
Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2004

Cumul sur cinq années : 2003-2007

Rang	Département	%
1	HAUTE SAVOIE	42,2
2	LOIRE ATLANTIQUE	41,3
3	CREUSE	40,9
4	NIEVRE	39,8
5	HAUTE GARONNE	39,6
6	CHARENTE MARITIME	39,6
7	HAUTE CORSE	37,2
8	PYRENEES ORIENTALE	37,0
9	DEUX SEVRES	37,0
10	VENDEE	36,8
11	MORBIHAN	36,7
12	SAVOIE	36,4
13	DOUBS	36,3
14	GIRONDE	36,2
15	YVELINES	35,5
16	AISNE	35,1
17	ORNE	34,6
18	INDRE ET LOIRE	34,0
19	COTES D'ARMOR	33,3
20	CHER	32,9
21	JURA	32,8
22	PAS DE CALAIS	32,6
23	ILLE ET VILAINE	32,6
24	AUBE	32,6
25	ARDECHE	32,4
26	AIN	32,2
27	FINISTERE	32,1
***	***	***
Moyenne nationale		29,2

Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2007

Cumul 2003–2007 : proportion d'accidents mortels avec alcool par département



(22, 29, 56, 35...) Le numéro figurant dans chaque département représente l'indicateur de ce dernier

Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2007

Un léger changement favorable du classement des départements bretons

En prenant pour seuil 35% d'accidents mortels avec alcool, la place des départements bretons par rapport à ce seuil connaît des changements :

- sur la période 2000-2004, Côtes d'Armor et Morbihan se situent au-dessus de 35% d'accidents mortels avec alcool et occupent les 7^{ème} et 9^{ème} rang des 21 départements dépassant ce seuil,
- sur la période 2003-2007, un seul département breton, le Morbihan, placé au 11^{ème} rang, est représenté dans le groupe de seize départements dépassant le seuil de 35% d'accidents mortels avec alcool.

Cette observation sur la période 2000-2007, devra être réexaminée au vu des résultats sur les prochaines années

En Bretagne comme en France, le facteur alcool est stable dans les accidents mortels de la circulation, sur la période 2003-2007

Les effectifs d'accidents mortels avec alcool survenus en Bretagne sur la période 2003-2007, atteignent un total de 288. Par rapport à l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu, soit 855, le pourcentage d'accidents mortels avec alcool est de 33,6% sur cette période. En moyenne française, ce pourcentage est plus faible : 29,2%.

Nombre d'accidents mortels avec alcool en Bretagne, cumul sur cinq années

	2003	2004	2005	2006	2007	Cumul 2003-2007
Côtes d'Armor	17	16	9	9	9	60
Finistère	9	7	17	14	15	62
Ille-et-Vilaine	17	19	13	21	15	85
Morbihan	17	14	21	14	15	81
Bretagne	60	56	60	58	54	288
France	929	827	1 203	933	945	4 837

Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2007

Calcul de la proportion d'accidents mortels avec alcool

La proportion d'accidents mortels dans lesquels la consommation d'alcool est en cause ne peut pas être calculée sur l'ensemble des accidents mortels. Elle est calculée sur le sous-ensemble des accidents mortels dont on connaît l'alcoolémie.

Exemple en Côtes d'Armor sur les années 2003 à 2007

Nombre total d'accidents mortels : 208

Nombre d'accidents mortels au taux d'alcoolémie connu (taux positif ou négatif) : 180

Nombre d'accidents mortels avec alcool : 60

(taux d'alcoolémie supérieur au taux légal)

La proportion d'accidents mortels avec alcool est : $\frac{60}{180} \times 100 = 33,3\%$

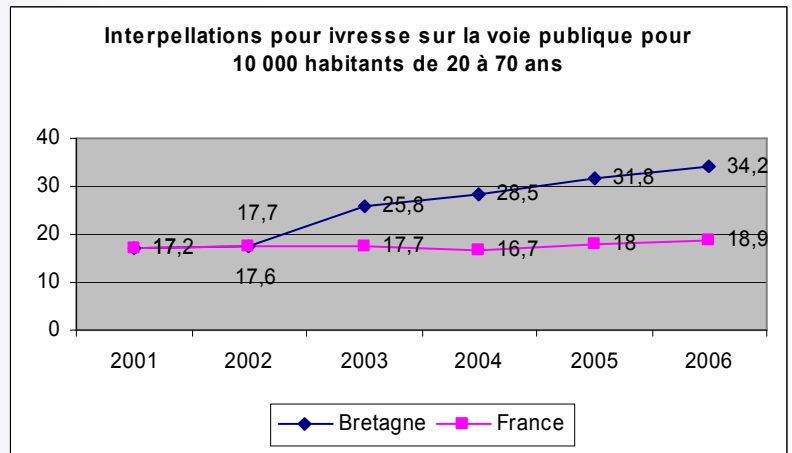
Il se peut que ce résultat statistique surestime ou sous-estime le facteur alcool, mais le suivi dans le temps de cet indicateur est une donnée pertinente.

Interpellations pour ivresse sur la voie publique

Après une relative stabilité des interpellations pour ivresse sur la voie publique en Bretagne, on note une augmentation significative de celles-ci depuis 2002 : + 93.2%. Au niveau français en revanche, peu d'évolution est à noter sur cette même période : +7.4%.

Le nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans est supérieur à la moyenne française. Ainsi, en 2001 et 2002, la Bretagne se situait respectivement au 11^{ème} et 10^{ème} rang des régions françaises. En 2006, la Bretagne se classe au 1^{er} rang des régions françaises (34.2 en Bretagne vs 18.9 en France). Il convient de préciser toutefois, qu'il est difficile de déterminer exactement quels sont les facteurs explicatifs de ce constat :

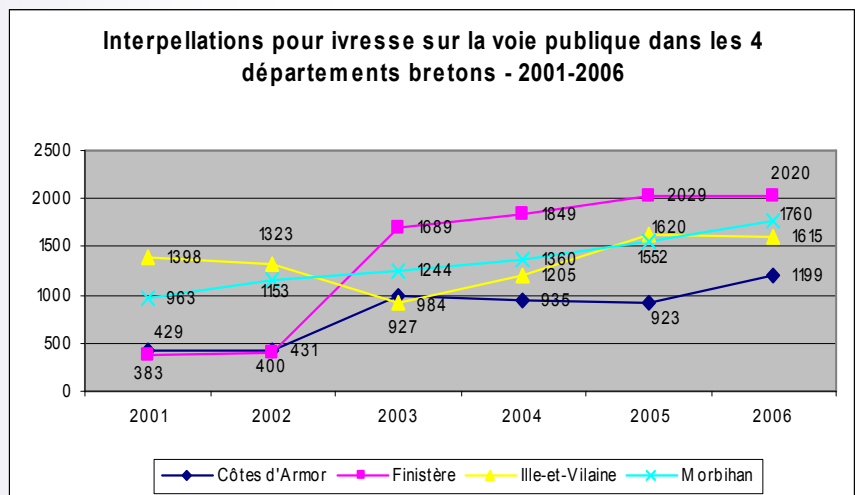
- changement de comportement des individus ?
- augmentation du nombre d'actes des services de police et gendarmerie ?
- une conjonction de ces deux facteurs ainsi que d'autres ?



Source : DGPN/DGGN, OFDT-ILIID

L'augmentation des interpellations pour ivresse sur la voie publique est observée sur l'ensemble des départements bretons pour la période 2001-2005. Depuis lors une relative stabilité est à noter dans le Finistère et en Ile-et-Vilaine.

Pour autant on constate des disparités départementales puisque le Finistère comptabilise presque 2 fois plus d'interpellations que le département des Côtes d'Armor (2 020 vs 1 199). C'est dans le Morbihan que le nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique est le plus élevé (40.5% vs 18.9% au niveau national).



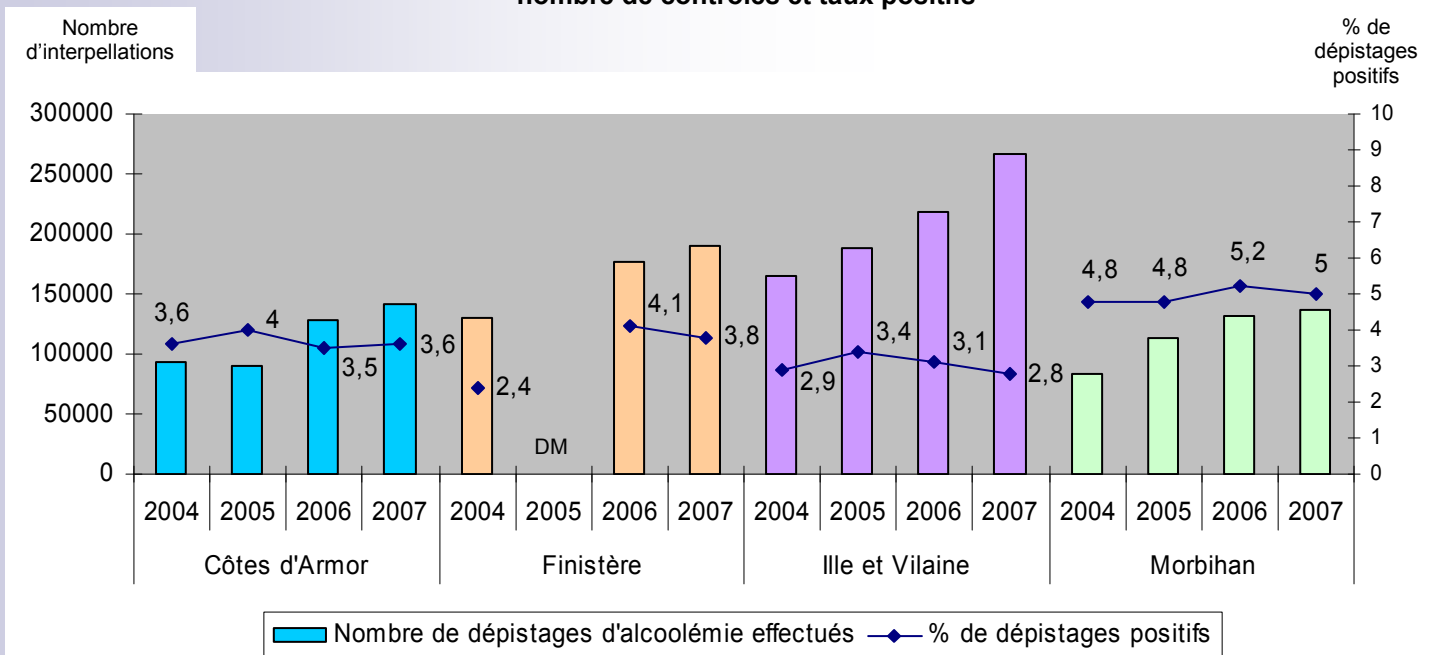
Source : DGPN/DGGN, OFDT-ILIID

Dépistages d'alcoolémie (nombre de contrôles et taux de dépistages positifs)

Globalement, concernant les dépistages d'alcoolémie en Bretagne, on observe une tendance à la hausse au fil des années (2004-2007) du nombre de dépistages réalisés, ce quel que soit le département (plus 50% environ pour chacun des départements).

Les pourcentages de dépistages positifs sont quant à eux relativement stables sur cette même période (compris entre 2.5 et 5% selon les départements). C'est dans le Morbihan que le taux de dépistages positifs est le plus élevé (compris entre 4.8 et 5.2% entre 2004 et 2007), tandis que l'Ille-et-Vilaine aurait les taux les plus faibles (entre 2.8 et 3.4%).

Dépistages d'alcoolémie au volant de 2004 à 2007
nombre de contrôles et taux positifs



DM = Donnée manquante

Source : Préfectures des départements bretons, années 2004 à 2007

Les centres spécialisés dans les soins aux toxicomanes - CSST (1/2)

Les Centres spécialisés dans les soins aux toxicomanes (CSST) ont pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues, mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial.

En Bretagne en 2007 sont recensés cinq CSST en ambulatoire. Ils sont situés à Rennes, Brest, Quimper, Lorient (dont 3 implantations à Vannes, Pontivy, Ploërmel) et St Brieuc. Le nombre de personnes vues dans ces cinq CSST est estimée à 4 267 dont 4 072 patients.

Les patients vus dans les CSST en Bretagne en 2006 et 2007

Nombre de personnes vues par l'équipe au moins une fois au cours de l'année

Sur l'année 2007, le nombre de personnes vues dans les CSST des Côtes d'Armor et du Finistère est en augmentation par rapport à 2006 (respectivement +30% et +15%). Par ailleurs, ce sont les départements d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan qui accueillent le plus grand nombre de personnes dans leur structure, les Côtes d'Armor étant le département le moins sollicité.

	2006	2007	Taux de croissance entre 2006 et 2007
Côtes d'Armor	210	273	+ 30,00%
Finistère	743	855	+ 15.10%
Ille et Vilaine	nd	1 896	nd
Morbihan	nd	1 243	nd

Nombre de patients vus au moins une fois au cours de l'année

	2006	2007	Taux de croissance entre 2006 et 2007
Côtes d'Armor	196	273	+ 39,29%
Finistère	667	792	+ 18.74%
Ille et Vilaine	1 815	1 856	+ 2,26%
Morbihan	904	1 151	+ 27,32%

S'agissant de la file active des patients vus au moins une fois sur l'année dans les CSST pour la période 2006 et 2007, celle-ci est en augmentation. Les plus forts taux d'accroissement constatés notamment dans le département du Morbihan correspondent à une augmentation de l'offre de service de soin.

Nombre de nouveaux patients en 2007 par rapport à 2006

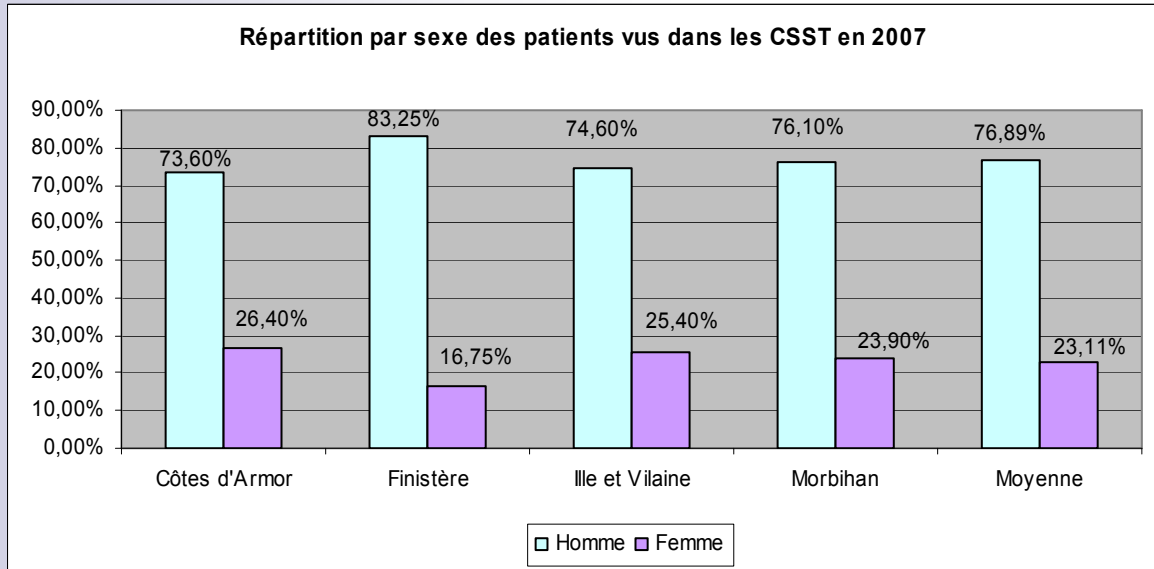
Côtes d'Armor	188
Finistère	471
Ille et Vilaine	1049
Morbihan	662

Le nombre de nouveaux patients pour l'année 2007 est relativement important pour chacun des départements puisqu'il représente environ 60% des effectifs.

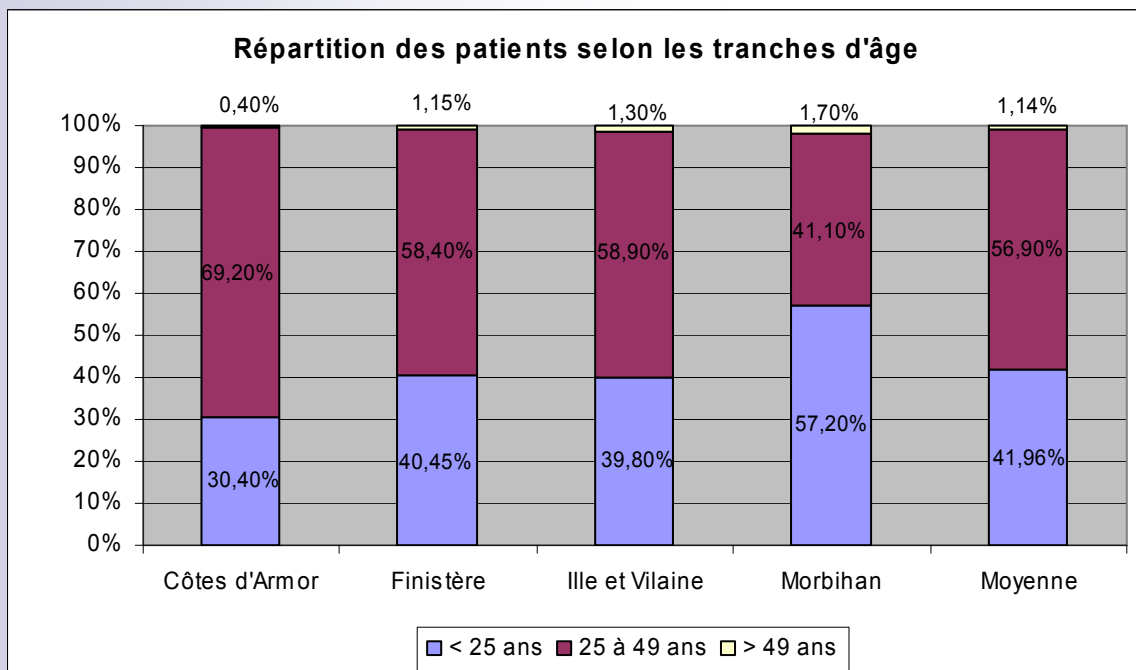
Source : Rapport d'activité des structures ambulatoires (CSST),
année 2007

Les centres spécialisés dans les soins aux toxicomanes - CSST (2/2)

Caractéristiques des patients



La plupart des patients qui fréquentent les CSST est de sexe masculin (>73%) et a entre 25 et 49 ans, hormis dans le Morbihan où la part des moins de 25 ans est plus importante que dans les autres départements (57.2%). Ce constat s'explique notamment par l'implantation des consultations cannabis au sein du CSST du Morbihan.



Origine de la demande

S'agissant de l'origine de la demande, le plus souvent (dans environ 36% des cas) elle est faite à l'initiative du patient ou de ses proches. Toutefois, il convient de souligner quelques particularismes départementaux. Ainsi, dans le Finistère environ 35% des demandes sont issues du domaine de la justice (qu'elles répondent à une obligation de soins, une injonction thérapeutique ou un classement avec orientation). En Ille-et-Vilaine, ce sont les équipes de liaison qui se distinguent avec 7.70% des demandes renvoyées vers le CSST.

Rapports d'activité annuels des Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie - CCAA (1/3)

En Bretagne, treize centres de cure ambulatoire en alcoologie et addictologie (CCAA) sont référencés. Ils se répartissent de la façon suivante selon les départements :

- **Côtes d'Armor**, trois CCAA à Lannion (dont deux antennes Guingamp et Paimpol), Saint Briec et Dinan,
- **Finistère**, quatre centres à Quimper (avec des antennes au Centre Hospitalier de Douarnenez, de Pont l'Abbé), Quimperlé, Brest et Morlaix.
- **Ille et Vilaine**, cinq centres à Fougères, Rennes, Vitré, Saint Malo et Redon.
- **Morbihan**, un centre de soins en addictologie (Douar Nevez) qui comporte 4 antennes à Lorient, Van-nes, Pontivy et Ploërmel.

NOMBRE DE PATIENTS VENUS DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS EN ALCOOLOGIE

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution sur la période 2005-2007
Côtes d'Armor	1 091	1 074	858	1 289	1 421	2 059	nd	2 280	+ 10.7%
Finistère	1 956	2 194	2 194	1 928	1 801	1 891	nd	2 292	+ 21.2%
Ille et Vilaine	1 245	1 320	2 100	2 396	2 312	2 388	nd	2 650	+ 11%
Morbihan	1 619	1 172	1 685	1 449	1 664	1 225	nd	1 417	+ 15.7%
Bretagne	5 911	5 760	6 837	7 062	7 198	7 563	nd	8 942	+ 18.2%
France	98 185	100 162	95 519	97 906	104 746	121 409	125 955	nd	-

Source : Données ILIAD, OFDT et rapports d'activité des CCAA pour 2007

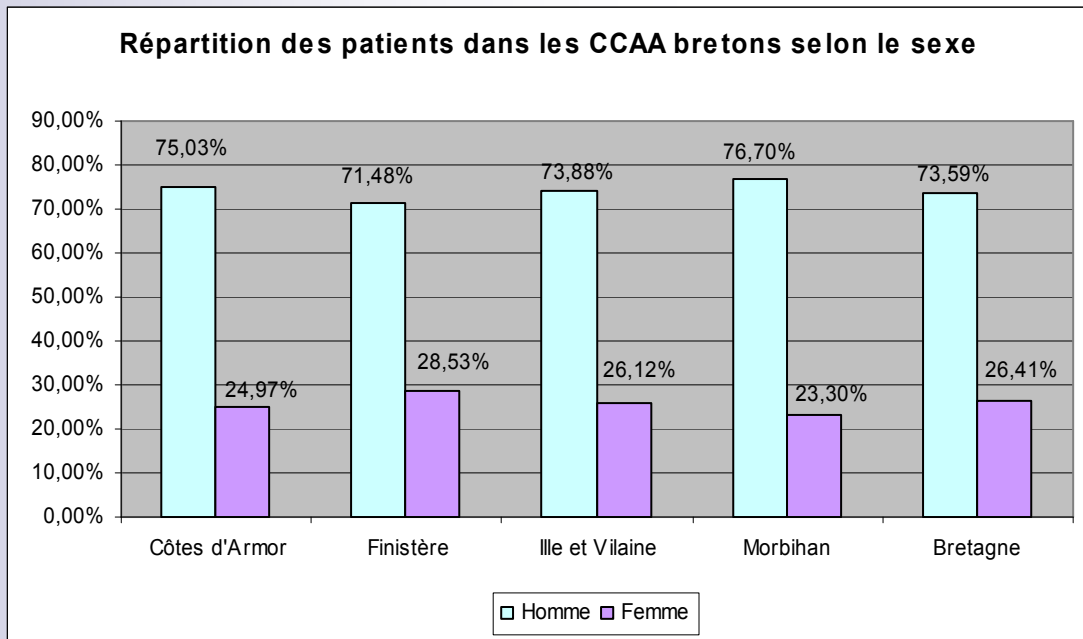
Globalement, il apparaît sur la période 2005-2007 une augmentation du nombre de consultants buveurs dans les CCAA en Bretagne allant de + 10.7% à + 21.2%.

Caractéristiques des patients

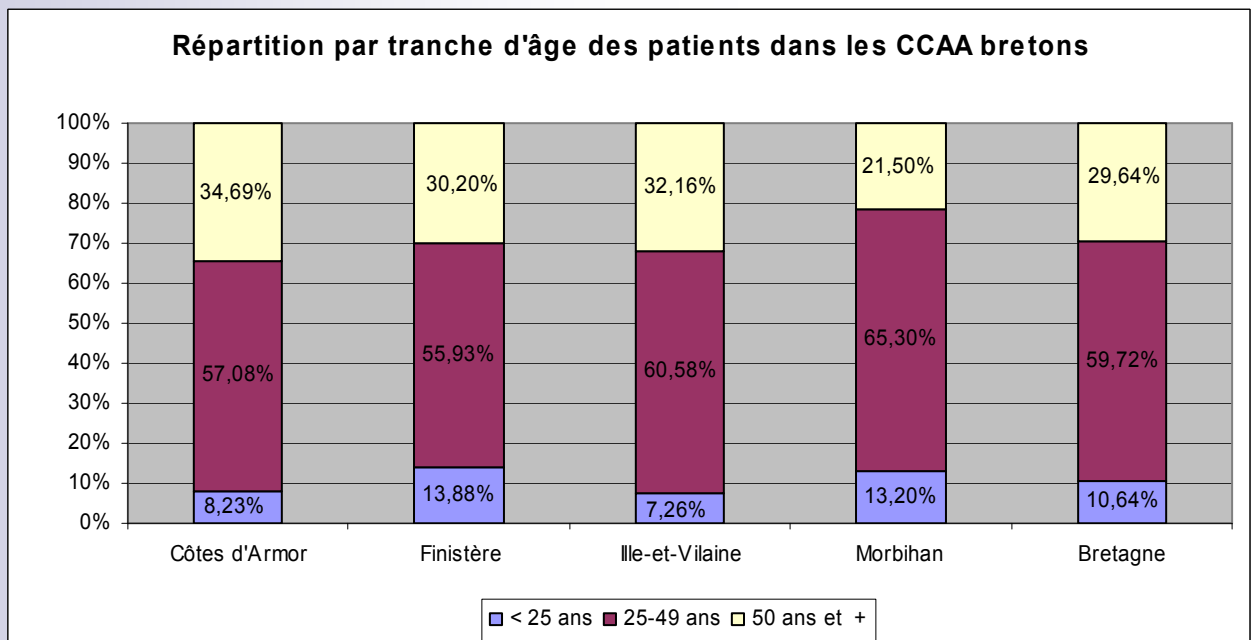
	Nombre de personnes vues par l'équipe	Taux de personnes vues dans les CCAA pour 1 000 hab. de 20-74 ans	Nombre de patients vus au moins une fois	Taux de patients vus dans les CCAA pour 1 000 hab. de 20-74 ans	Nombre de nouveaux patients	Taux de nouveaux patients vus dans les CCAA pour 1 000 hab. de 20-74 ans
Côtes d'Armor	2 396	6.4	2 280	6.1	1 098	2.9
Finistère	2 528	4.3	2 292	3.9	1 302	2.2
Ille et Vilaine	3 000	4.8	2 650	4.2	1 277	2.0
Morbihan	1 571	3.4	1 417	3.0	873	1.9
TOTAL	9 495	-	8 639	-	4 550	-

Sur l'année 2007, 8 639 patients ont été vus dans les CCAA en Bretagne. 4 550 étaient de nouveaux consultants. En Bretagne, c'est dans les Côtes d'Armor que le taux de personnes et de patients vus dans les CCAA est le plus important (respectivement 6.4 et 6.1/1000). A l'inverse, c'est dans le Morbihan que ce taux est le plus faible (respectivement 3.4 et 3.0/1000).

Rapports d'activité annuels des Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie - CCAA (2/3)

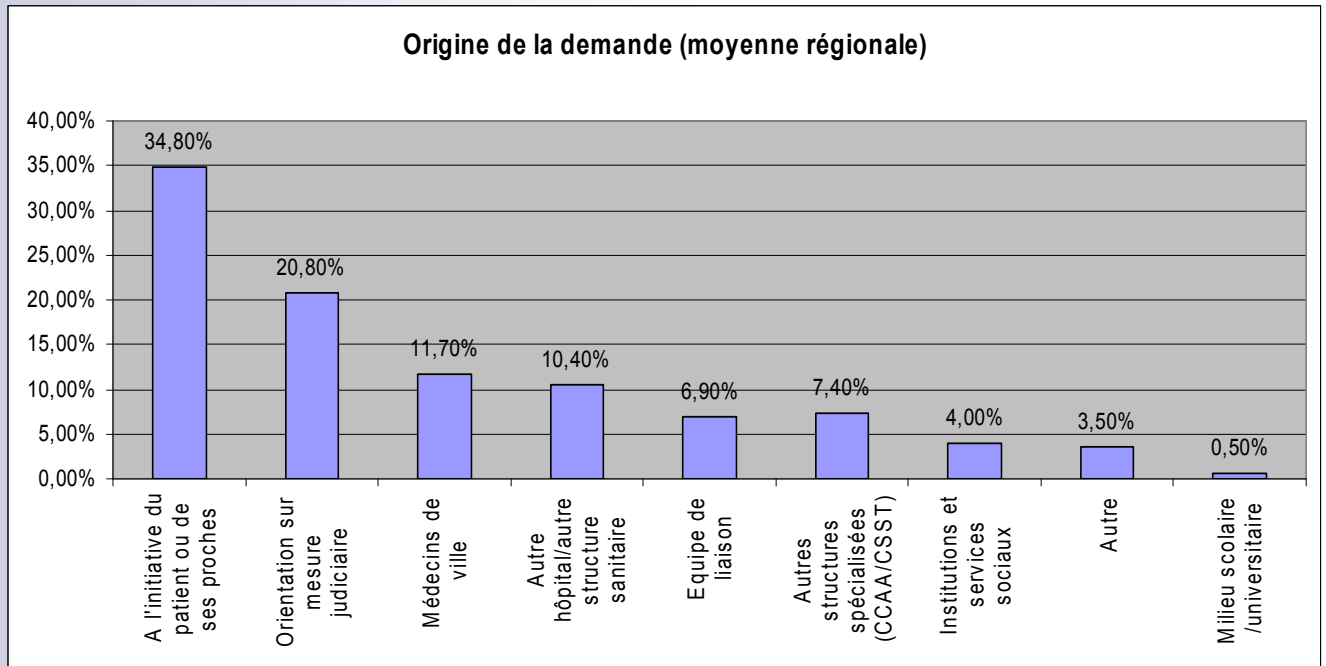


La répartition par sexe dans les CCAA en Bretagne est d'environ 1 femme pour 3 hommes. Une analyse par structure révèle toutefois quelques spécificités. C'est dans le département du Finistère et plus particulièrement dans le Finistère Sud que la proportion de femmes qui fréquentent les CCAA est la plus importante.



Globalement, pour l'ensemble des départements, la part des 25-49 ans est la tranche d'âge la plus représentée (comprise entre 55.93% dans le Finistère et 65.30% dans le Morbihan).

Rapports d'activité annuels des Centres de Cures Ambulatoires en Alcoolologie - CCAA (3/3)



Dans la plupart des situations (34.80%), l'origine de la demande provient du patient lui-même ou de sa famille. Viennent ensuite les orientations dans le cadre d'une mesure judiciaire pour 20.8% des demandes, les demandes à l'initiative de la médecine de ville (11.7%) et d'une autre structure sanitaire ou d'un hôpital (10.4%).

* : la dénomination « orientation sur mesure judiciaire » regroupe plusieurs items de la question *Origine de la demande* : obligation de soin + injonction thérapeutique + classement avec orientation + autres mesures administratives ou judiciaires

La Coordination Bretonne de Tabacologie (CBT), association créée en 2003, dont la mission est de « *faciliter la diffusion des connaissances en tabacologie et leurs applications et de participer à la recherche scientifique sur le tabac, son usage et ses conséquences, la dépendance tabagique et les conduites apparentées* » participe à l'état des lieux de la tabacologie en Bretagne, en recensant les consultations de tabacologie, en évaluant leurs activités, en incitant à la saisie centralisée nationale (CDTnet).

Le projet CDT, **Consultation de Dépendance Tabagique**, est né de la volonté du Ministère de la Santé d'évaluer l'activité des consultations de tabacologie au sein des établissements hospitaliers français. Cette volonté d'évaluation fait suite à la circulaire [DH/EO2/DGS/2000/182](#) du 3 Avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme.

L'évaluation des centres est basée sur l'informatisation du [dossier de prise en charge du fumeur](#) élaboré selon les avis conjoints d'un comité d'experts et de l'[INPES](#).

Données recueillies

Sur la base statistique de CDTnet en 2007 pour la Bretagne :

- 1 849 dossiers de patients ont été renseignés dont 51.9% de femmes.
- la moyenne d'âge chez les femmes est de 41 ans (ES = 12.1) et de 44.3 ans (ES=11.4) chez les hommes.
- en moyenne, les femmes venant consulter fument 17.4 cigarettes par jour (ES=9.6) et les hommes : 21.4 cigarettes (ES=12.6).
- 5.3% des femmes ont une grossesse en cours et 10.9% prennent une contraception orale.

Dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, les consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives (dites *consultations cannabis*) se sont mises en place en février 2005 dans chaque département. Ces consultations, destinées aux usagers de cannabis et à leur entourage, ont pour objectifs d'offrir :

- l'évaluation de la consommation et le diagnostic de l'usage nocif,
- l'information et le conseil personnalisé pour les usagers « à risques »,
- la prise en charge brève des jeunes ayant un usage nocif,
- l'accompagnement ou l'orientation lorsque la situation le justifie,
- l'accueil des parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants et, le cas échéant, l'accueil conjoint parents-enfants.

On dénombre actuellement 19 lieux de consultations cannabis en Bretagne

- **Dans les Côtes d'Armor** : CCAA de Saint Briec, CCAA de Lannion, CCAA de Dinan, CMP de Lou-déac, CMP de Rostrenen
- **Dans le Finistère** : CCAA de Morlaix, CSST de Quimper, CSST de Brest
- **Dans l'Ille et Vilaine** : CSST de Rennes , CCAA de Vitré, Centre de consultation d'addictologie de Redon, CCAA de Fougères, CMP de Saint Malo, CMP de Dol de Bretagne, CMP de Dinard
- **Dans le Morbihan** : un centre de soins en addictologie Douar Nevez et ses différents centres : Lorient, Vannes, Ploërmel et Pontivy

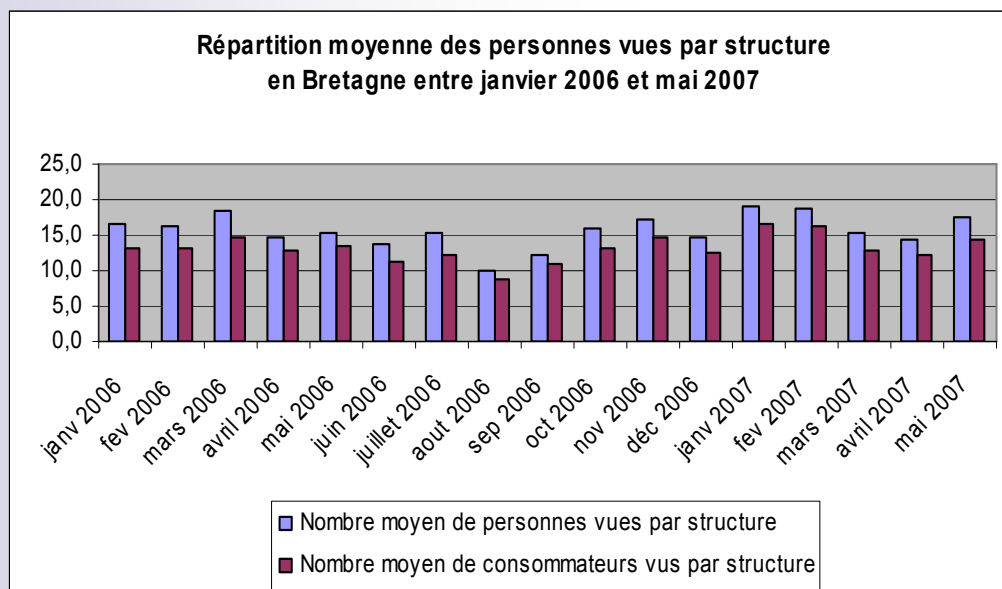
Afin de pouvoir rendre compte de leur activité, un système de recueil mensuel de la file active a été mis en place par l'OFDT (SIMCCA). Ce système a pour objectif de suivre l'effectivité des consultations cannabis, d'analyser l'évolution de leur activité et de transmettre aux décideurs et professionnels des éléments d'appréciation sur ce dispositif de prise en charge des jeunes, dans des délais relativement courts.

Ainsi, de mars 2005 à mai 2007, chaque mois, ont été reçues 16 personnes en moyenne par structure en Bretagne (vs 17.6 au niveau national), soit environ 430 personnes chaque mois.

Parmi les personnes reçues dans les consultations cannabis en Bretagne, on constate une forte proportion de consommateurs (en moyenne 13.4 individus par mois, vs 13.2 en moyenne française), en particulier de consommateurs vus pour la 1^{ère} fois.

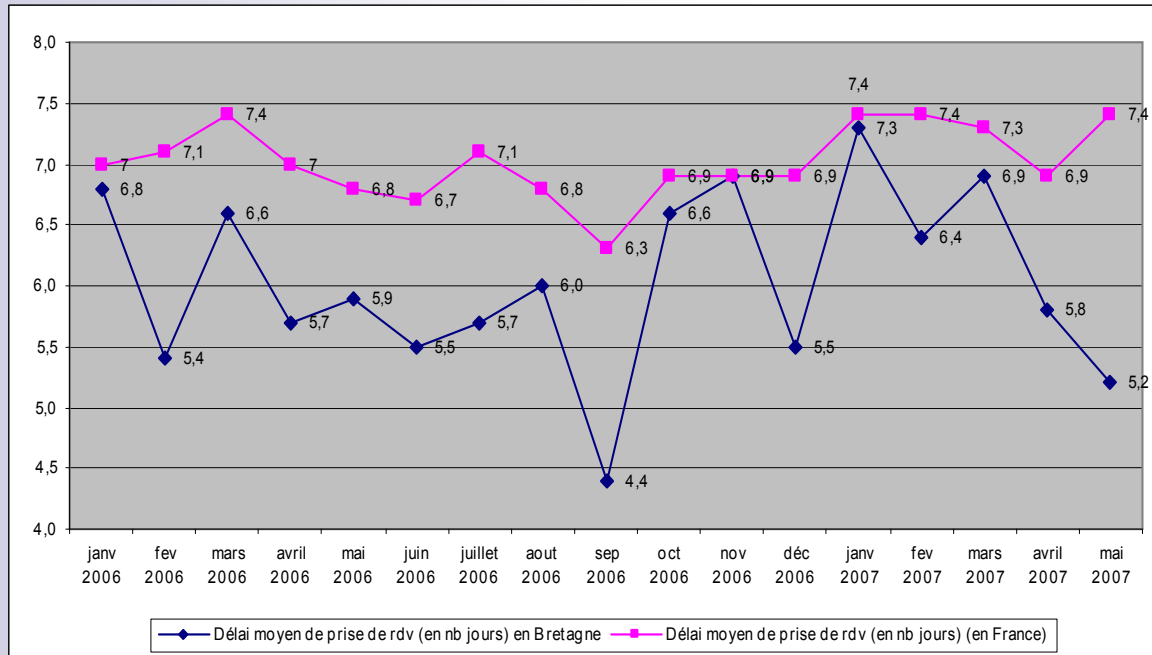
Ainsi, de mars 2005 à mai 2007, on comptabilise en moyenne :

- 83.8% de consommateurs, dont 52.2 % de consommateurs vus pour la première fois (vs au niveau national, respectivement 75.2% de consommateurs dont 42.3% vus pour la première fois)
- 15.6% de parents (vs 19.1 au niveau national).



Source : enquête SIMCCA, OFDT

Délais moyen de rendez-vous dans les consultations cannabis en Bretagne et au niveau national (période janvier 2006 - mai 2007)



Source : enquête SIMCCA, OFDT

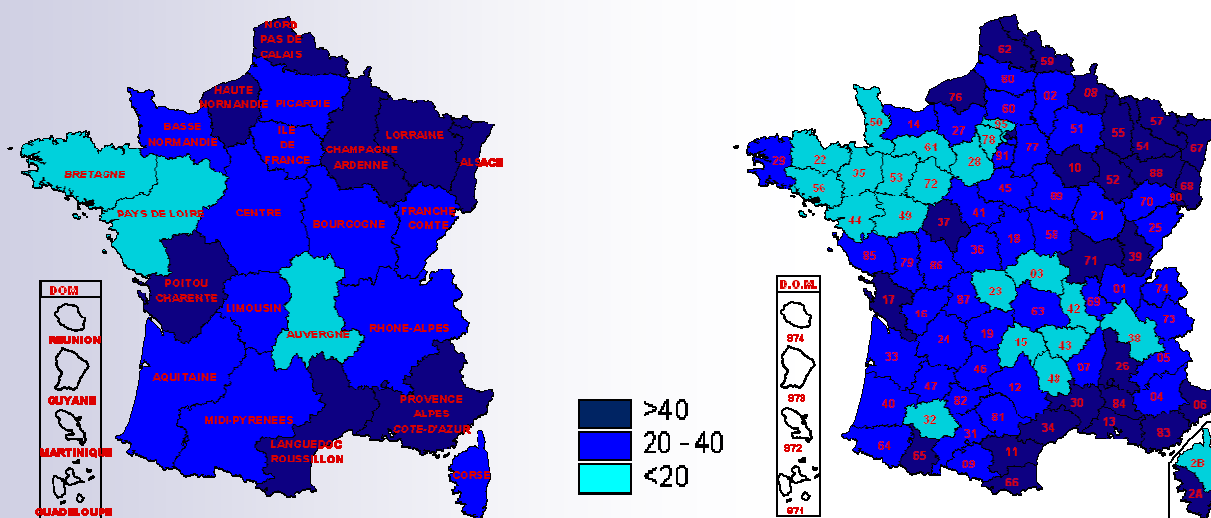
Le délai moyen de prise de rendez-vous sur la période de janvier 2006 à mai 2007 en Bretagne est de 6 jours contre 7 au niveau national. Depuis l'ouverture des consultations cannabis, il est apparu au fil des mois, que le temps de délai tendait à diminuer. Ainsi sur la période de mars à décembre 2005, ce délai était de 6.2 jours. Pour l'année 2006, il était de 5.5 jours et enfin entre janvier et mai 2007 : 5.2 jours. Au niveau national, ces données sont davantage stables : 6.9 jours en moyenne sur les deux premières années.

Subutex®

En France, les quantités vendues de traitements de substitution aux opiacés correspondent environ à 100 000 patients traités pendant un an (estimation OFDT d'après la source SIAMOIS). Le traitement par la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® ou générique) est prescrit à un nombre compris entre 75 000 et 87 000 personnes, alors que le traitement par la Méthadone® concerne de 14 000 à 17 000 personnes.

La Bretagne est avec les régions Limousin et Pays de la Loire, une région où les ventes de Subutex® sont les plus faibles (au-dessous de 20 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans). A l'échelon départemental, la situation n'est pas homogène dans les quatre départements bretons : le Finistère se distingue par un taux de vente de Subutex® plus élevé qu'en moyenne bretonne en 2007, mais inférieur à la moyenne française.

Ventes de Subutex® en 2006.
Nombre de boîtes de Subutex® vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans



Moyenne nationale : 36,3 boîtes par 100 habitants de 20 à 39 ans

Source : SIAMOIS / Institut de Veille Sanitaire, INSEE, OFDT -ILIAJ

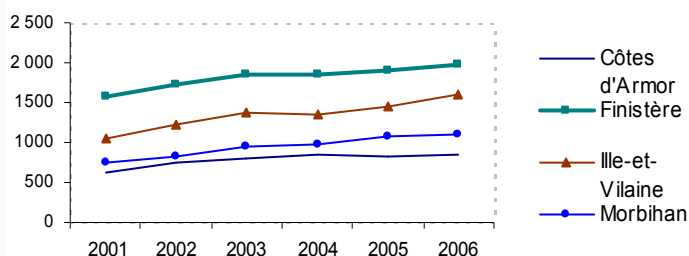
Ventes de boîtes de Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Côtes d'Armor	13.7	16.7	17.7	18.5	18.4	18.9
Finistère	19.6	21.5	23.3	23.3	24.1	25
Ille-et-Vilaine	11.1	12.9	14.5	14.2	15.0	16.6
Morbihan	12.8	14.2	16.3	16.5	18.3	18.4
Bretagne	14.3	16.3	17.9	18.0	18.8	19.7
France	31.6	33.7	36.0	36.7	35.6	36.3

Source : SIAMOIS / Institut de Veille Sanitaire, INSEE, OFDT ILIAJ

L'estimation du nombre moyen d'utilisateurs sous Subutex® à partir des ventes, montre une progression au fil des ans.

Estimation du nombre d'utilisateurs sous Subutex®
(8, 10 ou 12 mg/jour)



Traitements de substitution aux opiacés : Subutex® et Méthadone® (2/2)

MÉTHADONE®

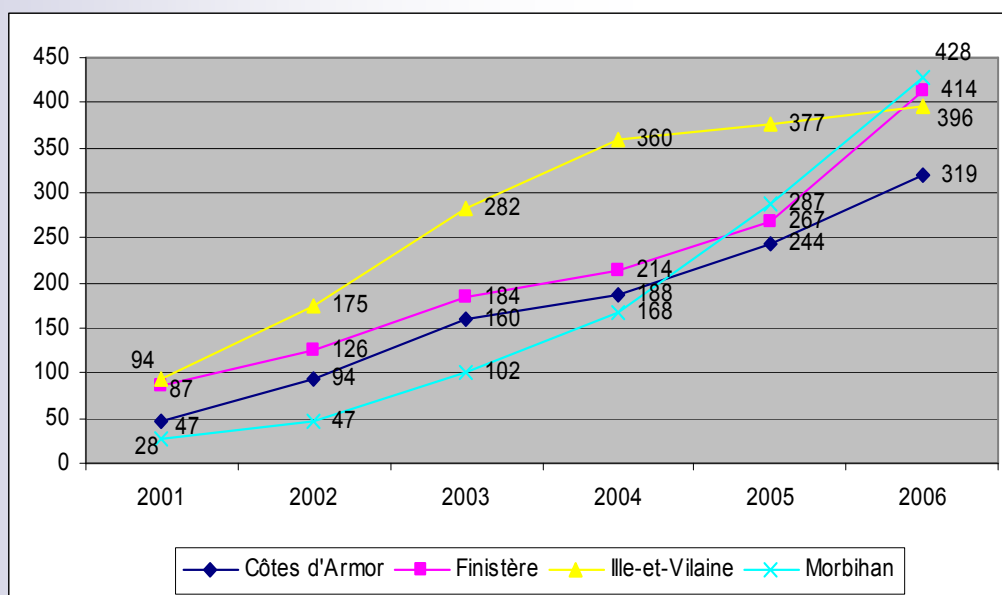
2002 marque une augmentation importante du nombre estimé d'usagers sous Méthadone® dans l'ensemble des départements bretons jusque là situés bien en-deçà de la moyenne nationale. Cette tendance à la hausse est également observée sur le territoire national.

**Estimation du nombre d'usagers sous méthadone®
(60, 80 ou 100 mgJ de Méthadone®)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Progression 2005-2006
Côtes d'Armor	47	94	160	188	244	319	30.7%
Finistère	87	126	184	214	267	414	55.1%
Ille-et-Vilaine	94	175	282	360	377	396	5.0%
Morbihan	28	47	102	168	287	428	49.1%
Bretagne	256	442	728	930	1175	1 557	32.5%
France	13 928	17 724	22 149	25 766	30 186	36 259	20.1%

L'effectif le plus important était situé dans le Finistère jusqu'en 2000. Désormais, dans trois des départements bretons (Ille-et-Vilaine, Finistère et Morbihan) le nombre d'usagers sous Méthadone® approche voire dépasse les 400, tandis que les Côtes d'Armor ont le nombre le plus faible de Bretagne (319 en 2006).

**Estimation du nombre d'usagers sous Méthadone®
(60, 80 ou 100 mgJ de Méthadone®)**



Source : INVS, SIAMOIS

L'offre en outils de Réduction des risques en Bretagne (Vente de Stéribox®)

Malgré une augmentation des ventes de matériel d'injection, la Bretagne se situe toujours en-dessous de la moyenne française, mais tend à la rattraper

En 2006, la Bretagne se classait au 10^{ème} rang des régions françaises (par ordre décroissant) concernant le nombre d'unités de Stéribox® vendues. Ainsi, 88 578 boîtes ont été vendues en Bretagne sur l'année (2 572 632 en France), la première région française étant l'Île-de-France avec 382 312 boîtes vendues. Le taux annuel de Stéribox® vendu pour 100 habitants de 20 à 39 ans est de 11.3 (vs 15.2 pour la France). Il convient de noter une augmentation de ce nombre par rapport à 2005 (+10%).

Les ventes, en 2006, ont progressé dans les 4 départements bretons (augmentations comprises entre 3,5% et 19,3%) alors qu'au niveau national c'est une tendance à la stabilité qui semble se dessiner.

En moyenne, les ventes de Stéribox® sont plus élevées dans les Côtes d'Armor et le Finistère : respectivement 11.8 et 13.1 Stéribox® vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans (11.1 pour l'Ille-et-Vilaine et 9.2 pour le Morbihan).

Ventes annuelle de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Taux de croissance entre 2005 et 2006
Côtes d'Armor	7,5	8	9,1	10,3	11,4	11,8	+ 3,5%
Finistère	7,9	8,7	9,3	11,5	12,6	13,1	+ 3,9%
Ille-et-Vilaine	8,4	8,6	9,8	9,3	9,3	11,1	+ 19,3%
Morbihan	7,6	8,4	8,1	7,1	8,1	9,2	+ 13,6%
Bretagne	7,9	8,5	9,2	9,6	10,3	11,3	+ 9,7%
France	16,1	15,9	16,2	15,8	15,2	15,2	0

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE, OFDT-ILIAD

Ventes de Stéribox® en Bretagne en 2005 et 2006

	Nombre d'unités vendues en 2005	Nombre d'unités vendue en 2006	Taux de croissance
Côtes d'Armor	14 425	14 966	+3.7%
Finistère	27 680	28 787	+4%
Ille-et-Vilaine	25 023	29 639	+18.4%
Morbihan	13 425	15 186	+13.1%
Bretagne	80 553	88 578	+9.9%

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE, OFDT-ILIAD

Etat des lieux de la réduction des risques par automates en France

Résultats de l'enquête SAFE 2007

Chaque année, l'association nationale SAFE¹ réalise, pour la DGS et la MILDT, une enquête destinée à répertorier l'ensemble des automates implantés en France ainsi que l'activité de ce dispositif. Les données suivantes sont issues de cette enquête.

C'est en 1994, que les usagers de drogues, par voie intraveineuse, ont pu avoir un accès au matériel d'injection 24 heures sur 24, avec la mise en place, de manière expérimentale, des premiers automates distributeurs de matériels d'injection. Ce dispositif permet ainsi d'assurer la permanence de l'offre en matériel d'injection stérile, de préserver l'anonymat des usagers et de toucher les publics précaires ayant des difficultés à rencontrer des professionnels.

En 2006, étaient installés sur le territoire français 276 distributeurs de trousse de prévention (255 en 2005), 194 échangeurs et 68 collecteurs de seringues usagées. Ces dispositifs sont situés sur 266 lieux de distribution (certains étant pourvus de 2 distributeurs) et 225 points de collecte (certains étant pourvus d'un échangeur et d'un collecteur sans contrepartie). En Bretagne, cinq automates sont implantés. Deux sont gérés par l'Association en Addictologie, de prévention et de formation (AAPF) et sont situés en Ile-et-Vilaine (Rennes). Deux automates, gérés par AIDES 29, se situent dans le Finistère (Brest) et un autre est géré par le Centre de Soins Douar Nevez et est implanté dans le Morbihan (Lorient).

Évolution de la diffusion et de la récupération des seringues en France sur la période 2003-2006

	Nombre de seringues distribuées 2004	Nombre de seringues distribuées 2005	Nombre de seringues récupérées 2005	Nombre de seringues distribuées 2006	Nombre de seringues récupérées 2006	Evolution du nombre de seringues distribuées 2005-2006 (%)
Bretagne	24 204	24 228	4 464 ²	62 146	35 000 ²	+ 156%
France	847 482	906 360	302 668	973 150	675 261	+ 7.3%

L'évolution du nombre de matériel distribué en Bretagne est très au-dessus de la moyenne française

En 2006, la distribution de seringues par automates connaît une augmentation dans la majorité des régions françaises (augmentation de 7.3%). En Bretagne, cette augmentation est très importante puisqu'elle est de 156% (la plus forte de France). Cette forte augmentation par rapport aux données des années précédentes (+0.1% entre 2004 et 2005) correspond probablement à une meilleure connaissance du phénomène ainsi qu'à un alignement des pratiques sur le niveau national.

¹ SAFE est une association nationale de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Elle est notamment spécialisée dans la mise en place du dispositif d'automates distributeurs et collecteurs de trousse de prévention.

² Les données présentées dans le tableau sont incomplètes, l'ensemble des structures n'ayant pas renseigné cet item.

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues - CAARUD (1/2)

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article L.3121-5 du code de la santé publique) a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaire.

Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'Etat dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.

Cette réforme s'inscrit dans la volonté de donner un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le référentiel national des actions de réduction des risques, publié par décret du 14 avril 2005.

Ce dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments...) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Elle s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc.

Les missions des CAARUD

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle,
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers,
- le développement d'actions de médiation sociale.

Les CAARUD ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

En Bretagne, il existe actuellement un CAARUD sur chaque département (Rennes, Saint Brieuc, Lorient (permanences sur Ploërmel et Pontivy) et Brest). Chaque CAARUD a rempli en 2007, un recueil de données relatives aux usagers (enquête ASA CAARUD, OFDT¹), afin de disposer d'indicateurs de suivi de la file active et des caractéristiques des consommateurs de drogues pris en charge. Voici présentées ci-après quelques données issues de cette enquête pour la région Bretagne.

Caractéristiques des CAARUD bretons

Le temps de personnel « salarié » dans chacune de ces structures est compris entre 2.25 et 2.93 équivalent temps plein, avec la plupart du temps un directeur, (ou coordinateur, chef de service), du personnel administratif, et un chargé de mission autrement appelé un délégué d'action. Certaines structures bénéficient de temps infirmier, éducateur, assistant social.

	Lieu fixe du CAARUD	Unités mobiles	Equipe de Rue	Equipe en milieu festif	Intervention en prison	Intervention en squat
Côtes d'Armor	1 lieu fixe	1	2	3 et +	Oui	Oui
Finistère	2 lieux fixes	nd	1	1	nd	Oui
Ille-et-Vilaine	1 lieu fixe	Aucune	1	1	Non	Non
Morbihan	1 lieu fixe	1	Aucune	1	Non	Non

* Données non disponibles

Deux points communs caractérisent l'ensemble des CAARUD : l'accueil des usagers dans un lieu fixe et les interventions en milieu festif. En revanche, plusieurs spécificités les caractérisent. Ainsi, seuls deux CAARUD semblent bénéficier d'unités mobiles. Deux font des interventions dans les squats, un en prison et trois ont des équipes de rue.

¹ Rapport d'Activités Standardisé Annuel

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues - CAARUD (2/2)

Les services proposés au sein des lieux d'accueil des usagers

L'ensemble des CAARUD propose aux usagers un espace d'accueil et de repos, la mise à disposition de boissons et de nourriture, un point téléphone/internet. Trois d'entre eux disposent d'un espace laverie (lave linge, sèche linge, et d'un espace sanitaire (douche par exemple).

Caractéristiques de la file active

	File active	dont nouveaux usagers accueillis	% de femmes
Côtes d'Armor ¹	700	150	42,8%
Finistère	332	165	34,3%
Ille-et-Vilaine	210	113	22,4%
Morbihan	50	50	nd*
Total	1292	478	-

* Données non disponibles

Globalement, 1 292 usagers ont été accueillis dans les CAARUD en Bretagne en 2007. 478 étaient des usagers nouvellement accueillis. L'ouverture courant 2007 du CAARUD dans le Morbihan explique les plus faibles effectifs (file active...) par rapport aux autres CCAARUD.

Environ 33% des usagers sont des femmes. Tous sexes confondus, les tranches d'âge les plus représentées sont les 18-25 ans (42,3% des usagers) et les 25-35 ans (37,8%), les 35 ans et plus représentant une minorité. S'agissant des modes d'usage, la plupart sont des injecteurs (environ 57%), avec cependant, une plus forte représentation de ces derniers dans les Côtes d'Armor et en Ille-et-Vilaine. Il est à noter une très forte présence d'usagers inhaleurs/fumeurs dans le Morbihan (98%). Les produits le plus souvent consommés semblent être le cannabis (87%), l'héroïne (69%), la cocaïne (63%) et dans des proportions similaires l'ecstasy et le LSD (environ 51%).

Mise à disposition de matériel de prévention

Dans le cadre de leurs actions, les CAARUD mettent à disposition des usagers du matériel de prévention : préservatifs (5 231 préservatifs féminins et 101 698 préservatifs masculins ont été diffusés en 2007), Trousse d'injection (5 206 distribuées en 2007), seringues à l'unité (92 959 seringues de 1 cc et 15 959 seringues de 2 cc), filtres (35 803), cupules stériles (60 939), tampons, mais aussi des jetons d'accès aux automates et des brochures et du matériel d'information.

	Trousses d'injection	Seringues à l'unité 1 cc	Seringues à l'unité 2 cc	Préservatifs féminins	Préservatifs masculins	Filtres stériles	Cupules
Côtes d'Armor ¹	200	26 000	1 100	5 000	96 120	7 600	19 500
Finistère	129	23 230	-	178	2 058	9 145	6 899
Ille-et-Vilaine	3 232	42 619	13 846	50	3 232	17 673	34 018
Morbihan	1 645	1 110	111	3	288	1 385	522
Total	5 206	92 959	15 057	5 231	101 698	35 803	60 939

Les importantes disparités observées entre le département du Morbihan et les autres départements tiennent du fait de l'ouverture récente du CAARUD sur ce département. Un temps est nécessaire pour que les usagers prennent connaissance de l'existence de la structure et des services qui leur sont proposés.

Enfin, parmi les services proposés par les CAARUD, il y a la récupération de seringues souillées et le prêt des récupérateurs. Sur l'année en Bretagne, 1 959 containers ont été prêtés aux usagers par les CAARUD.

¹ : Données intégrant pour le département des Côtes d'Armor, l'activité en « lieu fixe » et en milieu festif

Les données de mortalité liées aux usages de tabac et d'alcool, sont traitées selon deux concepts : mortalité tous âges, mortalité prématurée. La mortalité tous âges rend compte globalement des conséquences de ces usages, alors que la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans) en précise la précocité. La partie « mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac » est présentée à la suite de la mortalité tous âges, pages 74 à 84.

Les données sur les causes médicales de décès

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (INSERM CépiDc) produit les statistiques annuelles et les rend disponibles sur le site <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

Les composantes de la mortalité, qui servent à analyser les disparités géographiques, à l'échelon national et international, sont des pathologies sélectionnées en tant que causes directes, dont les intitulés et codes sont définis dans la Classification Internationale des Maladies dixième révision (CIM10).

Cancers, maladies respiratoires et cardiovasculaires sont les principaux effets à long terme, de la consommation de tabac sur la santé. Le tabagisme est aussi responsable des cancers des voies aérodigestives supérieures en association avec l'alcool ; cette cause de décès est cependant classée dans les pathologies directement liée à l'alcoolisation chronique.

Les trois causes de décès directement liées au tabagisme sont :

- les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (codes CIM10 = C33-C34),
- les cardiopathies ischémiques (Codes CIM10=I20-I25)
- les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (Codes CIM10=J40-J44, J47, J961)

Les pathologies directement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool sont :

- les cirrhoses du foie (codes CIM10 = K70, K74.6)
- les psychoses alcooliques et l'alcoolisme (codes CIM10=F10)
- les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (codes CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (codes CIM10 = C15), du larynx (codes CIM10 = C32). Ces localisations cancéreuses sont aussi désignées par : cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et de l'œsophage.

Le cancer du poumon ne suffit-il pas à rendre compte de la mortalité liée au tabagisme ?

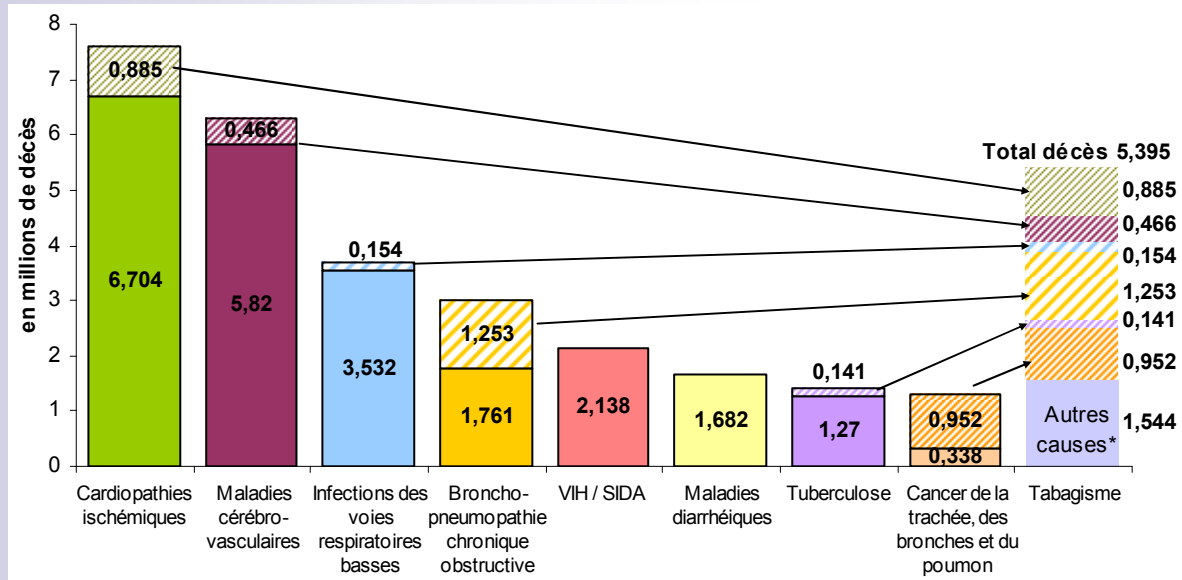
Le suivi de pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque parmi d'autres, est pertinent pour estimer la totalité des décès dus au tabac. Ainsi, à l'échelon mondial, plus de cinq millions de décès ont un lien avec la consommation de tabac. Ce constat est établi dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé, intitulé « WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package » <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>

Le tabac est un facteur de risque présent dans six des huit causes majeures de mortalité dans le monde. Le plus important effectif de décès résultant de l'usage du tabac se situe dans les maladies pulmonaires chroniques obstructives (1 253 000 décès liés au tabac), suivi par les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (952 000 décès) et par les cardiopathies ischémiques (885 000 décès dus au tabac).

Ces trois causes de décès sont retenues, dans la présente étude, pour le suivi des conséquences sanitaires de l'usage du tabac.

Mortalité tous âges liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (2/9)

Le tabagisme, facteur de risque de six des huit premières causes de décès dans le monde



Source : World Health Organization WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008

*Autres causes de décès liées au tabac : cancers de la bouche et de l'oropharynx, cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac, cancer du foie, autres maladies cardiovasculaires, diabète sucré, maladies digestives.

Le tabagisme est parmi les facteurs de risque reconnus de maladies cardiovasculaires et notamment de cardiopathies ischémiques, à côté de l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'alimentation. Il est important de préciser que la diminution de la mortalité par cardiopathie ischémique est le résultat des mesures préventives concernant tous ces facteurs de risque (modification des comportements de santé) ainsi que de l'efficacité des soins. Les différents facteurs de risque de cardiopathie ischémique ne sont pas stables dans le temps, c'est pourquoi le suivi de la fraction attribuable au tabac serait complexe et qu'il est plus simple de retenir cette cause de décès dans sa globalité.

De même, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives n'ont pas pour seul facteur de risque le tabagisme, et le suivi de cette cause de décès est fait en l'intégrant entièrement. La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge en France. Pour y remédier, un plan BPCO 2005-2010 a été mis en œuvre pour promouvoir le dépistage, et pour mieux prévenir et traiter cette pathologie.

A l'échelon de la France, une publication récente de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, « *Les addictions dans les régions de France, septembre 2007* »¹, apporte des explications sur les causes de décès retenues pour décrire la mortalité liée à l'usage du tabac et de l'alcool. Le lecteur peut s'y reporter pour un complément d'information, en particulier concernant la mortalité prématurée.

¹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.)

Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires

Étude réalisée dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports - Direction Générale de la Santé. (D.G.S.) et la FNORS ;

Collection : Les études du réseau des ORS

Mortalité tous âges liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (3/9)

La mortalité tous âges est d'abord présentée d'un point de vue général, en comparant la Bretagne aux autres régions de France, pour l'ensemble de la population (hommes + femmes). Ensuite, les données bretonnes sont développées sur la période triennale la plus récente, 2003-2005, puis l'évolution est décrite sur une décennie. Le contenu du texte est structuré selon les titres suivants :

- la Bretagne et les autres régions
- la Bretagne : période 2003-2005
- évolution de la mortalité (tous âges) en Bretagne
- synthèse : mortalité (tous âges)

La Bretagne et les autres régions

Les trois principales causes de décès les plus directement liées au tabagisme ont entraîné 4651 décès en 2005, en Bretagne. Ce nombre représente 15,5% de l'ensemble des décès survenus en Bretagne, en 2005, soit une proportion très proche de celle observée en France métropolitaine (15%).

Les trois principales causes de décès les plus directement liées à l'alcoolisation chronique ont entraîné 1439 décès, en 2005, en Bretagne. Ce nombre de décès représente 4,8% de l'ensemble des décès bretons, soit une proportion plus élevée que celle observée en France métropolitaine (3,8%).

Mortalité liée au tabagisme et à l'alcoolisation chronique selon les principales causes

Mortalité tous âges (hommes+femmes). Nombre de décès et taux comparatifs pour 100 000 habitants

	Bretagne			Taux France métropolitaine 2003-2005
	Nombre décès 2005	Taux 2003-2005	Rang*	
Cardiopathies ischémiques	4651	2586	73	4ème
Cancer trachée bronches poumon		1368	36	18ème
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives		697	19	3ème
Cancer des VADS et de l'œsophage	1439	674	18	2ème
Cirrhose alcoolique du foie		509	15	3ème
Psychose alcoolique		256	7,2	1er

*classement de la Bretagne parmi les 22 régions (selon les taux comparatifs de mortalité par ordre décroissant)

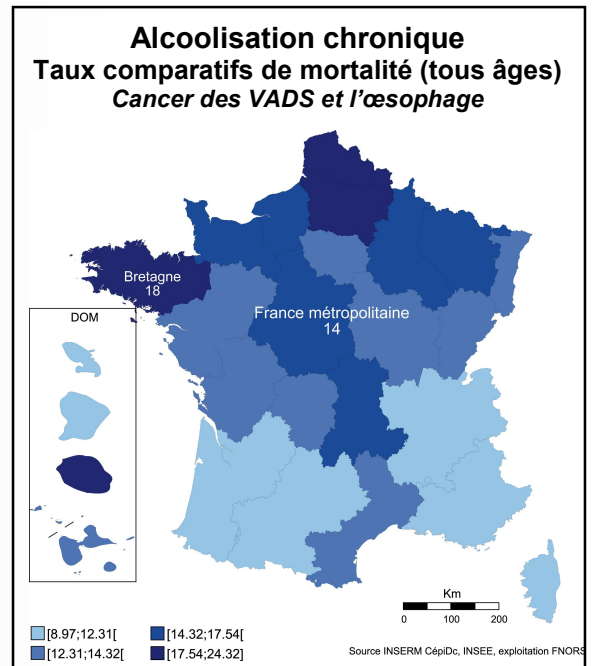
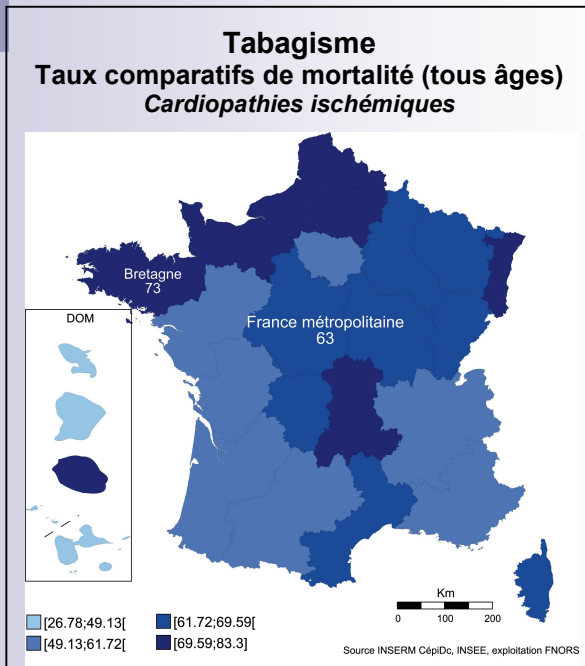
Les valeurs soulignées (et en caractère gras) sont statistiquement différentes de la valeur « France métropolitaine »
La valeur surlignée en vert est en sous-mortalité par rapport à la valeur « France métropolitaine »

Sources : CépiDc INSERM, INSEE, FNORS Score santé

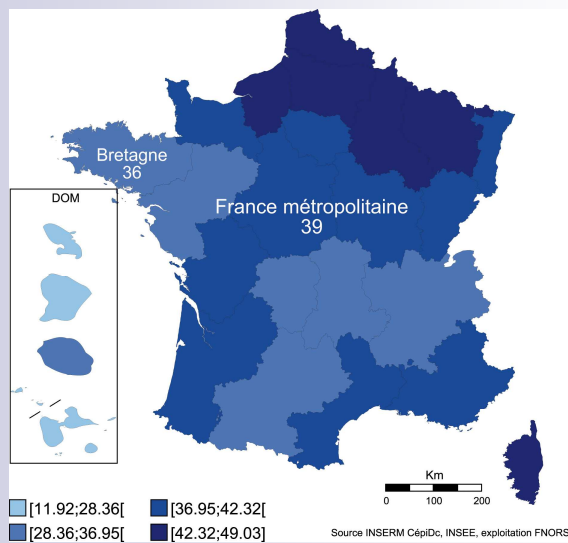
La comparaison de la Bretagne aux autres régions de France est illustrée par les cartes utilisant les taux comparatifs de mortalité régionaux (période triennale 2003-2005) en référence au taux de la France métropolitaine, sans distinction selon le sexe.

Les taux comparatifs de mortalité tous âges concernant la Bretagne, sont par ordre décroissant :

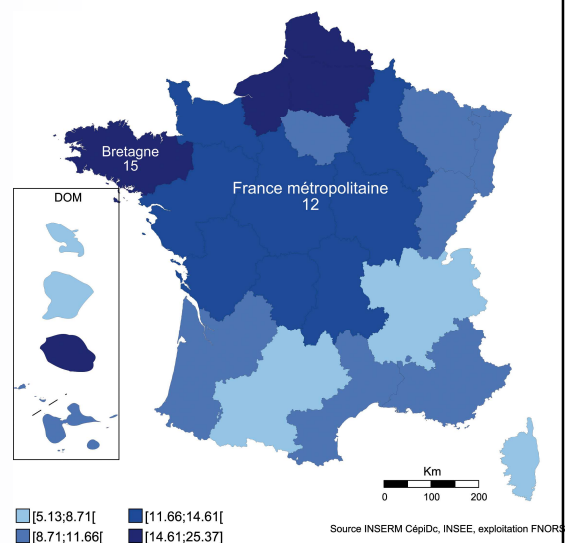
- 73 décès pour 100 000 habitants par cardiopathies ischémiques. La Bretagne est comprise dans le groupe de régions de la bordure nord ouest de l'hexagone, en surmortalité par cardiopathie ischémique, et se place au 4^{ème} rang.
- 36 décès pour 100 000 habitants par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, La Bretagne affiche une sous-mortalité par rapport à la moyenne française pour le cancer de la trachée des bronches et du poumon, et se classe au 18^{ème} rang des 22 régions françaises.
- 19 décès pour 100 000 habitants par Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives. La Bretagne fait partie des quatre régions les plus touchées et se situe en 3^{ème} position après Lorraine et Nord-Pas-de-Calais.
- 18 décès pour 100 000 habitants par cancer des VADS et de l'œsophage. La Bretagne se classe au 2^{ème} rang des régions de France.
- 15 décès pour 100 000 habitants par cirrhose alcoolique du foie. La Bretagne se classe au 3^{ème} rang des régions de France.
- 7 décès pour 100 000 habitants par psychose alcoolique. La Bretagne se classe au 1^{er} rang des régions de France.



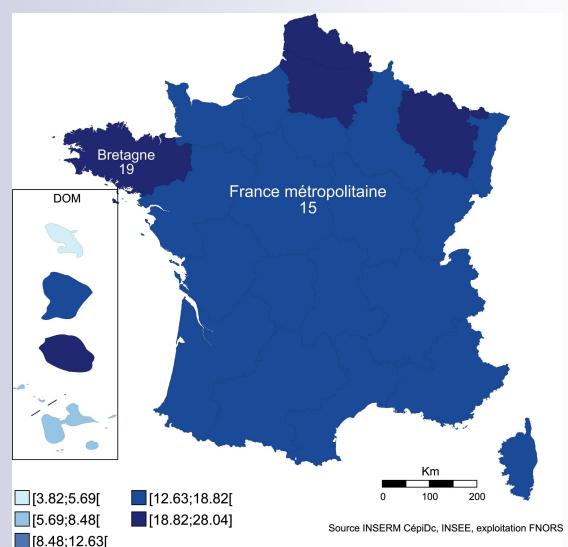
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon



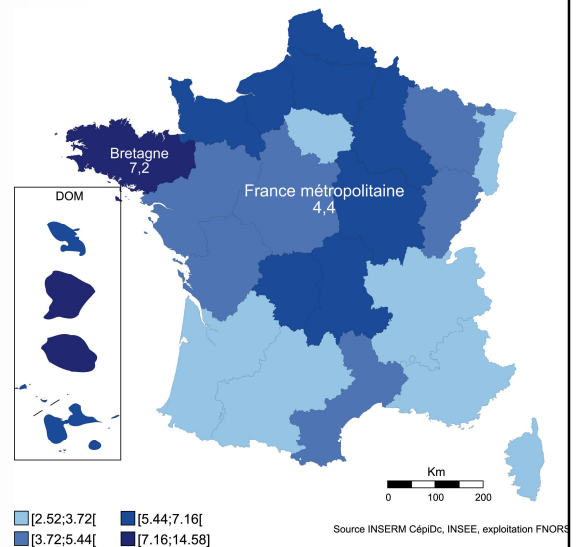
Cirrhose alcoolique du foie



Bronchites chronique et maladies pulmonaires obstructives



Psychose alcoolique



La Bretagne : période 2003-2005

Décès survenus en 2005

Les trois causes de décès les plus directement liées au tabagisme ont entraîné 4651 décès en Bretagne en 2005 (hommes : 2883 décès, femmes : 1768). Ces décès liés au tabagisme représentent 18.5% de l'ensemble des décès masculins et 12 % de l'ensemble des décès féminins alors qu'en France métropolitaine la proportion est respectivement de 19% chez les hommes et de 10% chez les femmes.

Les trois causes de décès liées à l'alcoolisation chronique ont entraîné 1439 décès en 2005. Les 1173 décès masculins représentent 7.5% de l'ensemble des décès masculins

Les 266 décès féminins représentent 1.8% des décès féminins. En France métropolitaine, ces trois pathologies liées à l'alcoolisation chronique représentent 5.8% des décès masculins en 2005, et 1.7% des décès féminins.

Nombre de décès en 2005

Nombre de décès (tous âges) - année 2005

	Cardiopathie ischémique	Cancer trachée bronches poumons	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Cirrhose alcoolique	Psychose alcoolique	Cancer des VADS et de l'œsophage	
HOMMES	Côtes d'Armor	300	224	90	77	46	124
	Finistère	380	410	126	128	68	193
	Ille-et-Vilaine	360	215	77	92	36	128
	Morbihan	353	247	101	90	46	145
	Bretagne	1393	1096	394	387	196	590
	France Métropolitaine	22985	21901	6701	5384	2387	7943
FEMMES	Côtes d'Armor	273	50	75	28	13	18
	Finistère	339	98	97	29	22	27
	Ille-et-Vilaine	259	57	64	30	8	17
	Morbihan	322	67	67	35	17	22
	Bretagne	1193	272	303	122	60	84
	France Métropolitaine	17612	5933	3900	2213	622	1539

Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Remarque : en raison du faible nombre de décès par psychose alcoolique, à l'échelon départemental, psychose et cirrhose alcooliques sont regroupées pour le calcul des taux comparatifs de mortalité.

Taux comparatifs de mortalité tous âges

• Cardiopathie ischémique

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur au taux observé en France métropolitaine :

- o 108 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 92 en moyenne française,
- o 52 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 42 en moyenne française.

Tous les départements bretons participent à la surmortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes, et trois sur quatre chez les femmes car l'Ille-et-Vilaine n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale.

Les taux masculins sont multipliés par 2 par rapport aux taux féminins

• Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur au taux observé en France métropolitaine :

- o 34 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 27 en moyenne française,
- o 12 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 9 en moyenne française.

Trois départements sur quatre présentent une surmortalité chez les hommes (le taux de l'Ille-et-Vilaine n'est pas statistiquement différent du taux moyen national). Chez les femmes, le niveau de surmortalité est homogène dans les quatre départements (de 11 à 13 décès pour 100000 femmes).

Les taux masculins sont multipliés par 3 par rapport aux taux féminins

Mortalité tous âges liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (6/9)

• Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est plus faible qu'en moyenne française, chez les hommes comme chez les femmes :

- o 66 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 72 en France métropolitaine.
- o 13 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 14 en France.
- o l'écart entre les départements est important :
- o le Finistère est en surmortalité, par rapport à la moyenne nationale avec 85 décès pour 100 000 hommes, et 16 décès pour 100 000 femmes
- o chez les hommes, les trois autres départements sont en sous-mortalité, et l'Ille-et-Vilaine présente le taux le plus faible (48 décès pour 100 000 hommes)
- o chez les femmes, Côtes d'Armor et Ille-et-Vilaine sont en sous-mortalité (respectivement 11 décès, et 9 décès pour 100 000 femmes). Le Morbihan n'est pas statistiquement différent de la moyenne française.

En Bretagne, les taux comparatifs masculins sont 5 fois plus élevés que les taux féminins.

• Cirrhose et psychose alcoolique

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur au taux observé en France métropolitaine :

- o 37 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 25 en moyenne française,
- o 10 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 8 en moyenne française.

Les quatre départements bretons sont en surmortalité chez les hommes, et trois sur quatre chez les femmes car l'Ille-et-Vilaine est à égalité avec la moyenne française.

Les taux masculins sont multipliés par 3 par rapport au taux féminins.

• Cancer des VADS (bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur à la moyenne française, chez les hommes seulement : 37 décès pour 100 000 hommes contre 27 en France métropolitaine.

Chez les femmes, le taux de mortalité en Bretagne (3,8 décès pour 100 000 femmes) est au niveau de la moyenne nationale.

Les quatre départements bretons sont en surmortalité chez les hommes. Chez les femmes, le taux de mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage est au niveau de la moyenne française dans les quatre départements.

En Bretagne, le taux masculin est presque 10 fois supérieur au taux féminin.

Taux comparatifs de mortalité (standardisés sur l'âge) - période 2003-2005

		Cardiopathie ischémique	Cancer trachée bronches poumons	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Cirrhose et psychose alcoolique	Cancer des VADS et de l'œsophage
Unité : pour 100 000 hommes (tous âges)						
H O M M E S	Côtes d'Armor	108	65	35	37	36
	Finistère	113	85	39	40	42
	Ille-et-Vilaine	99	48	29	31	31
	Morbihan	113	64	34	41	32
	Bretagne	108	66	34	37	37
	France Métropolitaine	92	72	27	25	27
Unité : pour 100 000 femmes (tous âges)						
F E M M E S	Côtes d'Armor	52	11	12	12	4,5
	Finistère	51	16	13	9	3,7
	Ille-et-Vilaine	46	9	11	8	3,3
	Morbihan	59	15	12	10	3,8
	Bretagne	52	13	12	10	3,8
	France Métropolitaine	42	14	9	8	4

Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé
 Les valeurs soulignées (et en caractère gras) sont statistiquement différentes de la valeur « France métropolitaine »
 Les valeurs surlignées en vert sont en sous-mortalité par rapport à la valeur « France métropolitaine »

Evolution de la mortalité (tous âges) en Bretagne

Globalement, la surmortalité existante par rapport à la moyenne française se maintient dans le temps.

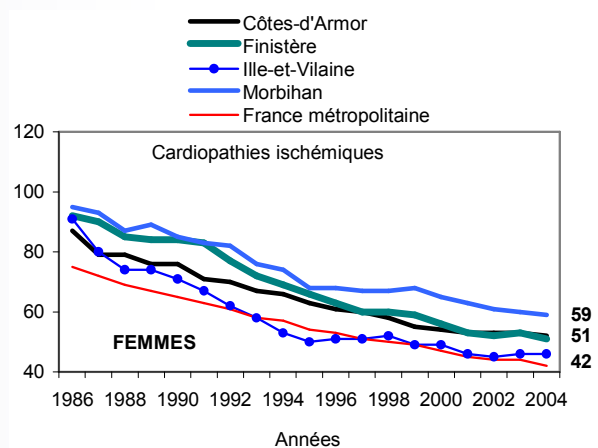
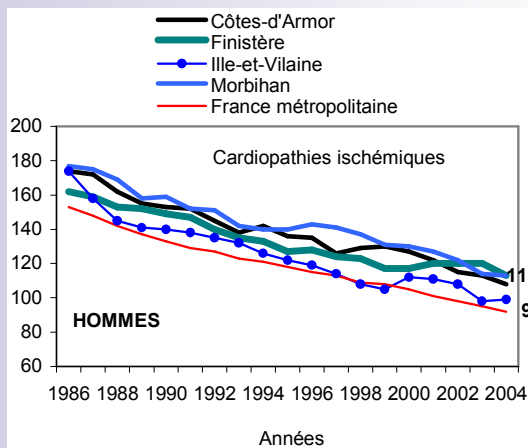
• Cardiopathies ischémiques

Chez les hommes, comme chez les femmes, les taux départementaux bretons se situent au-dessus de la moyenne française et affichent une diminution équivalente.

Evolution des taux comparatifs de mortalité

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale. 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score santé

• Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

En France métropolitaine, la tendance actuelle de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, est une diminution chez les hommes et une augmentation chez les femmes.

Chez les hommes, un seul département breton, l'Ille-et-Vilaine, suit la tendance de la moyenne française, et de plus conserve un écart très important en sous-mortalité : 48 décès pour 100 000 hommes contre 72 pour 100 000 en moyenne française. A l'inverse, le Finistère se distingue par sa position en surmortalité (85 décès pour 100 000 hommes). Les deux autres départements, Morbihan et Côtes d'Armor, montrent une stabilité de leur niveau de mortalité et maintiennent leur position en sous-mortalité.

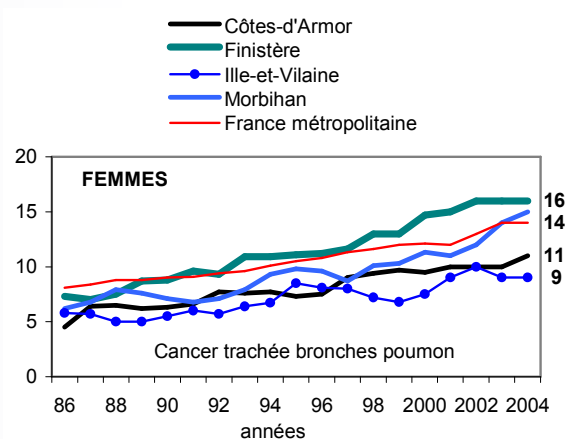
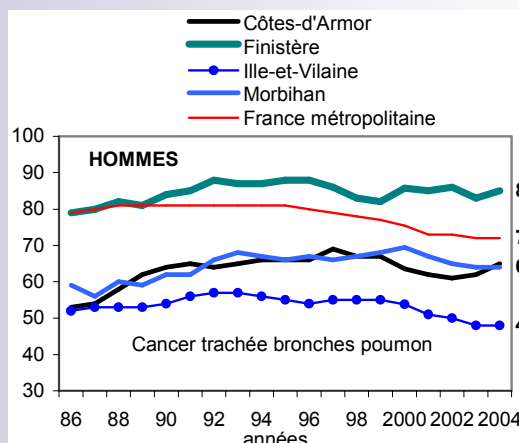
Chez les femmes, l'augmentation de la mortalité se traduit précisément dans le Morbihan qui rejoint la moyenne française et la dépasse, et dans les Côtes d'Armor.

Les résultats sont stables dans le Finistère (en surmortalité) et en Ille-et-Vilaine (en sous-mortalité).

Evolution des taux comparatifs de mortalité

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale. 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score santé

Mortalité tous âges liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (8/9)

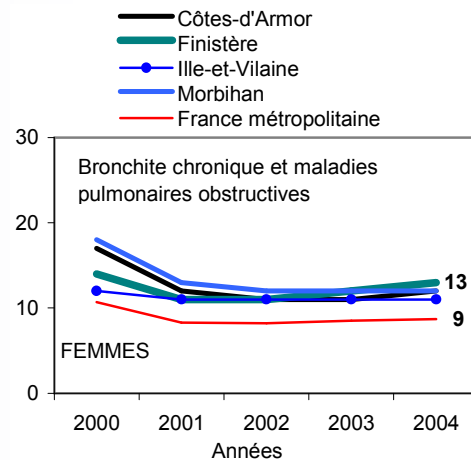
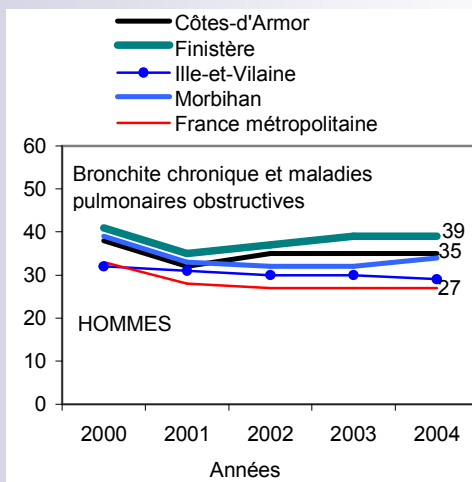
- **Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives**

L'année 2000 a été retenue comme point de départ pour l'étude de cette cause de décès, du fait d'une discontinuité à partir du passage à la codification en CIM 10 (10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies). Les quatre départements bretons affichent des valeurs rapprochées en maintenant un écart constant en

Evolution des taux comparatifs de mortalité

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale. 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score santé

- **Cancer des VADS (bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage**

Les taux masculins bretons, sont multipliés par huit par rapport aux taux féminins.

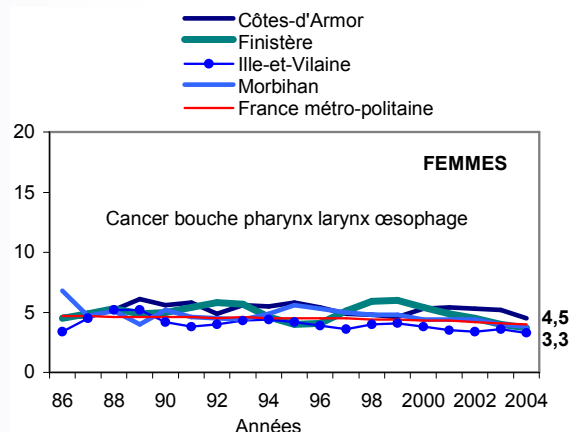
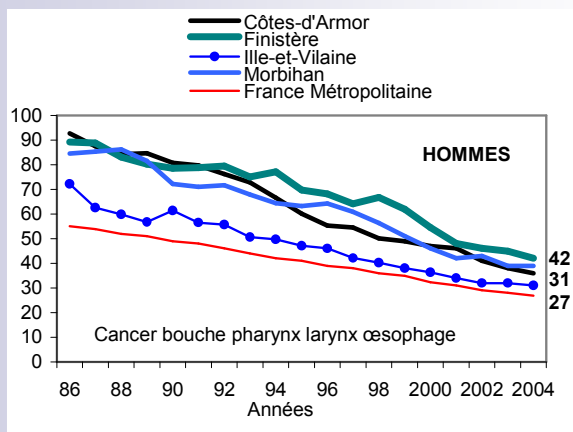
Les taux bretons en surmortalité, ont réduit l'écart à la moyenne française au cours de la période 1986-2004. Le département d'Ille-et-Vilaine est en position intermédiaire entre le taux moyen français et les trois autres départements bretons.

Chez les femmes, les taux de mortalité par cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, ne se distinguent pas de la moyenne française qui demeure stable (autour de 4 décès pour 100 000 femmes).

Evolution des taux comparatifs de mortalité

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale. 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

- **Cirrhose et psychose alcoolique**

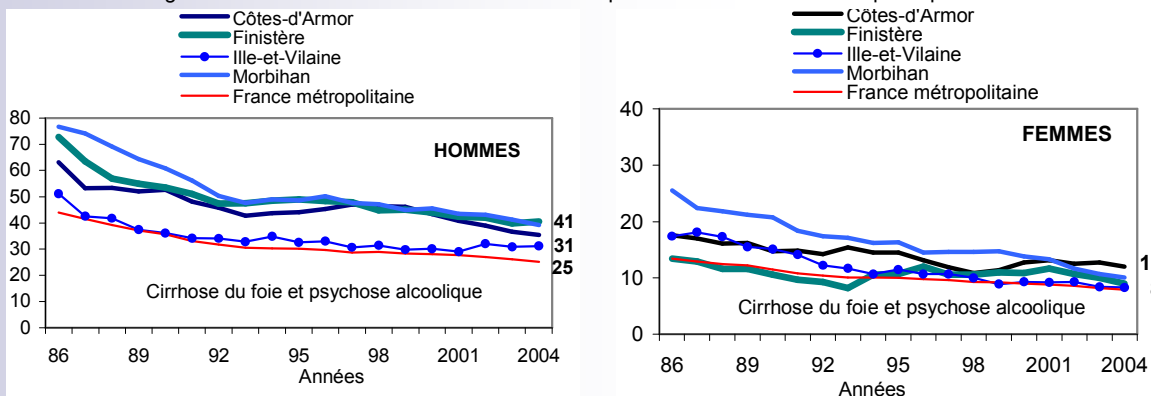
Les taux masculins bretons sont multipliés par trois par rapport aux taux féminins.

La baisse de la mortalité par cirrhose du foie et psychose alcoolique a été plus importante dans les départements bretons qu'en moyenne française, cependant la surmortalité est encore marquée en 2003-2005, sauf dans le département d'Ille-et-Vilaine chez les femmes.

Evolution des taux comparatifs de mortalité

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale. 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Synthèse : mortalité tous âges

- **Mortalité liée à l'usage du tabac**

Le tabac est un facteur de risque de mortalité dans trois grandes causes de décès qui montrent des éléments de gravité en Bretagne :

- o surmortalité par rapport à la moyenne française par cardiopathie ischémique et par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives,
- o progression continue de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes, stabilité chez les hommes,
- o sous-estimation de la mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives compte tenu du nombre élevé de malades non diagnostiqués.

- **Mortalité liée à l'alcoolisation chronique**

L'écart entre la mortalité en moyenne française et la Bretagne s'est réduit mais la surmortalité liée à l'alcoolisation chronique demeure marquée chez les hommes. Chez les femmes, actuellement (période triennale 2003-2005), deux départements sur quatre affichent encore une surmortalité par cirrhose du foie et psychose alcoolique.

- **La Bretagne se classe en tête des régions**

Sans distinction selon le sexe, la région Bretagne se classe en tête des régions de France pour sa surmortalité et ne fait exception que pour la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en se classant au 18^{ème} rang en raison d'une sous-mortalité.

Les données de mortalité liées aux usages de tabac et d'alcool, sont traitées selon deux concepts : mortalité tous âges, mortalité prématurée. La mortalité tous âges rend compte globalement des conséquences de ces usages, alors que la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans) en précise la précocité. La partie « mortalité (tous âges) liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac » est présentée précédemment, pages 65 à 73.

Les données sur les causes médicales de décès avant 65 ans

Les causes de décès retenues pour la mortalité prématurée sont les mêmes que celles présentées pour la mortalité tous âges (voir pages ..)

Les décès prématurés sont ceux survenus avant l'âge de 65 ans. Les principales causes de mortalité prématurée comprennent les causes directement liées au tabagisme et à l'alcoolisation chronique, en particulier les cancers (de la trachée, des bronches et du poumon ; des VADS et de l'œsophage). Ainsi la mortalité prématurée est un concept tout à fait pertinent pour rendre compte des conséquences sanitaires des usages de tabac et d'alcool.

La mortalité prématurée est présentée d'un point de vue général, en comparant la Bretagne aux autres régions de France, pour l'ensemble de la population (hommes + femmes). Ensuite, les données bretonnes sont développées sur la période triennale la plus récente, 2003-2005, puis l'évolution est décrite sur une décennie.

Le contenu du texte est structuré selon les titres suivants :

- la Bretagne et les autres régions
- la Bretagne : période 2003-2005
- évolution de la mortalité prématurée en Bretagne
- synthèse : mortalité prématurée

La Bretagne et les autres régions

Les trois principales causes de décès les plus directement liées au tabagisme ont entraîné 938 décès prématurés en 2005, en Bretagne. Ce nombre représente 16% du total des décès prématurés. Cette proportion est égale à celle observée en France métropolitaine.

Les trois principales causes de décès liés à l'alcoolisme ont entraîné 756 décès prématurés, en 2005, en Bretagne. Ce nombre de décès représente 12,8% du total des décès prématurés. Cette proportion est différente de celle observée en France métropolitaine : 10,5%.

Mortalité prématurée liée au tabagisme et à l'alcoolisation chronique (hommes+femmes)

Mortalité prématurée (hommes+femmes). Nombre de décès avant 65 ans et taux comparatifs pour 100 000 hab.

	Bretagne			Taux France métropolitaine 2003-2005
	Nombre décès 2005	Taux 2003-2005	Rang*	
Cancer trachée bronches poumon	612	19,7	10ème	18,9
Cirrhose alcoolique du foie	282	10,6	2ème	8,0
Cancer des VADS et de l'œsophage	290	10,3	3ème	8,0
Cardiopathies ischémiques	272	9,2	14ème	9,3
Psychose alcoolique	184	6,5	1er	3,8
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	54	2,1	3ème	1,5

*classement de la Bretagne parmi les 22 régions (selon les taux comparatifs de mortalité par ordre décroissant)

Les valeurs soulignées (et en caractère gras) sont statistiquement différentes de la valeur « France métropolitaine »

Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

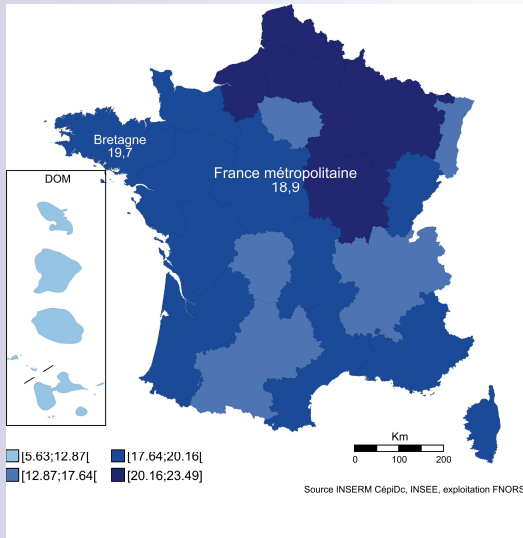
La comparaison de la Bretagne aux autres régions de France est illustrée par les cartes utilisant les taux comparatifs de mortalité prématurée en référence au taux de la France métropolitaine, sans distinction selon le sexe.

Parmi les six causes de décès liées directement au tabagisme et à l'alcoolisation chronique, les taux de mortalité prématurée les plus élevés en Bretagne proviennent des cancers et de la cirrhose alcoolique du foie :

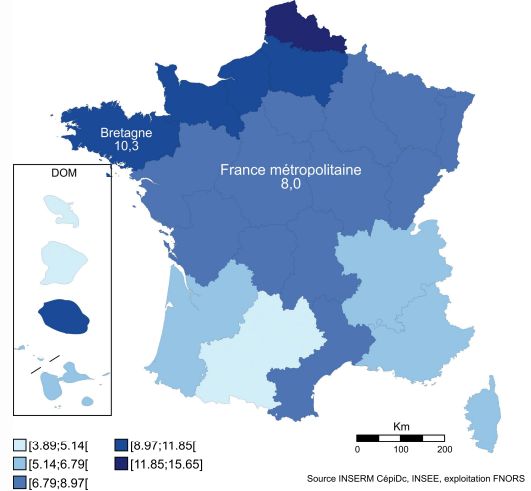
- 19,7 décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. La Bretagne se classe au 10^{ème} rang des régions de France.
- 10,6 décès par cirrhose alcoolique du foie, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. La Bretagne se classe au 2^{ème} rang des régions de France.
- 10,3 décès par cancer des VADS et de l'œsophage, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. La Bretagne se classe au 3^{ème} rang des régions de France.
- 9,2 décès par cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. Pour cette pathologie, la Bretagne occupe une position meilleure que la moyenne des 22 régions de France en se classant au 14^{ème} rang.
- 6,5 décès par psychose alcoolique pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. La Bretagne occupe le 1^{er} rang.
- 2,1 décès par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans. La Bretagne se classe au 3^{ème} rang des régions de France.

Voir tableau page 84 : taux de mortalité prématurée des 22 régions et des départements d'outre mer.

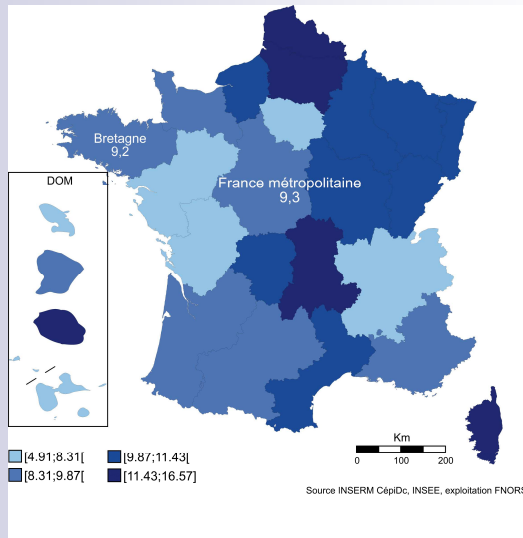
Tabagisme Taux comparatifs de mortalité prématurée *Cancer de la trachée, des bronches et du poumon*



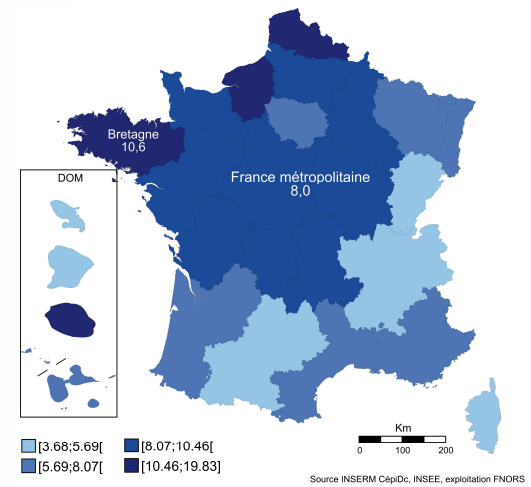
Alcoolisme chronique Taux comparatifs de mortalité prématurée *Cirrhose alcoolique du foie*



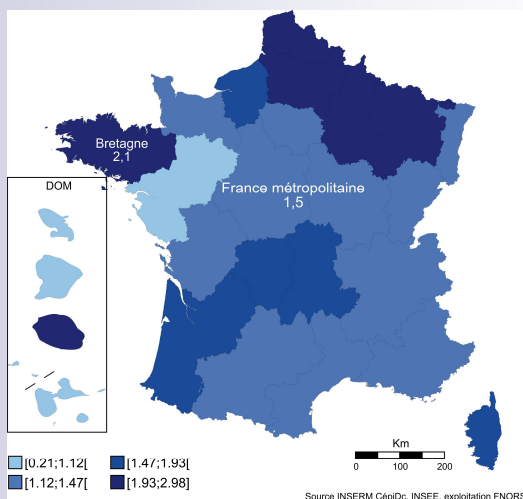
Cardiopathies ischémiques



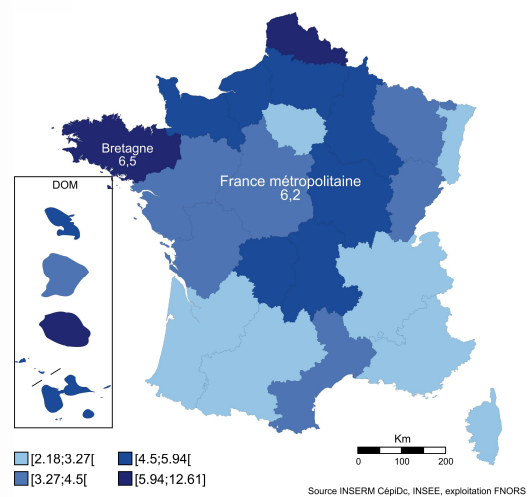
Cancer des VADS et de l'œsophage



Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives



Psychose alcoolique



La Bretagne : période 2003-2005

Décès survenus avant 65 ans en 2005

Les trois principales causes de décès liées au tabagisme ont entraîné 938 décès prématurés en 2005 dont plus de 4 décès sur 5 (82%) chez les hommes. Cette proportion des décès prématurés masculins est très proche de celle observée en France métropolitaine en 2005 (81%).

Les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique ont entraîné 756 décès prématurés, en Bretagne, en 2005. Les décès masculins représentent 82,5%. En France métropolitaine, cette proportion des décès masculins est de 80%.

Nombre de décès (avant 65 ans) - année 2005

		Cardiopathie ischémique	Cancer trachée bronches poumons	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Cirrhose alcoolique	Psychose alcoolique	Cancer des VADS et de l'œsophage
H O M M E S	Côtes d'Armor	48	99	8	44	35	53
	Finistère	57	190	11	74	50	83
	Ille-et-Vilaine	67	101	8	49	27	68
	Morbihan	60	110	14	49	33	59
	Bretagne	232	500	41	216	145	263
	France Métropolitaine	4505	8871	621	3194	1823	3998
F E M M E S	Côtes d'Armor	3	23	5	15	8	5
	Finistère	9	37	3	19	14	9
	Ille-et-Vilaine	12	23	3	21	6	6
	Morbihan	16	29	2	11	11	7
	Bretagne	40	112	13	66	39	27
	France Métropolitaine	735	2319	211	1267	434	549

Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Remarques

Cirrhose et psychose alcoolique sont réunis pour le calcul des taux comparatifs.

En raison de faibles effectifs de décès à l'échelon départemental, les taux comparatifs de mortalité ne sont présentés qu'à l'échelon régional concernant :

- o bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (hommes et femmes)
- o cardiopathie ischémique (femmes)
- o cancer des VADS et de l'œsophage (femmes)

Taux comparatifs de mortalités prématurées

• Cardiopathie ischémique

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est au même niveau que le taux observé en France métropolitaine :

- o 16 décès pour 100 000 hommes en Bretagne comme en France,
- o 2,6 décès pour 100 000 femmes en Bretagne (2,7 en France métropolitaine)

Les taux comparatifs des quatre départements bretons, chez les hommes, ne sont pas statistiquement différents de la moyenne française. Chez les femmes, les effectifs sont trop faibles à l'échelon départemental pour permettre le calcul des taux comparatifs de mortalité.

En Bretagne, les taux masculins sont multipliés par 6 par rapport aux taux féminins.

- **Cancer de la trachée, des bronches et du poumon**

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est plus élevé qu'en moyenne française, chez les hommes, identique chez les femmes :

- o 33 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 31 en France métropolitaine.
- o 7,3 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 7.5 en France.

Les taux des quatre départements présentent un ordre de classement identique quel que soit le sexe, par rapport à la moyenne française :

- o surmortalité dans le Finistère avec 44 décès pour 100 000 hommes et 9,9 décès pour 100 000 femmes,
- o taux au même niveau qu'en moyenne française en Côtes d'Armor et Morbihan,
- o sous-mortalité en Ille-et-Vilaine avec 22 décès pour 100 000 hommes et 4,6 décès pour 100 000 femmes.

En Bretagne, les taux comparatifs masculins sont 5 fois plus élevés que les taux féminins.

- **Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives**

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur au taux observé en France métropolitaine :

- o 3,1 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 2,4 en moyenne française,
- o 1,2 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 0,7 en moyenne française.

Les effectifs sont trop faibles à l'échelon départemental pour permettre le calcul des taux comparatifs de mortalité.

- **Cirrhose et psychose alcoolique**

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur au taux observé en France métropolitaine :

- o 27 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 18 en moyenne française,
- o 7,4 décès pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 5,7 en moyenne française.

Les quatre départements bretons sont en surmortalité chez les hommes, et deux sur quatre chez les femmes (Côtes d'Armor et Finistère).

Les taux masculins sont multipliés par 3 par rapport au taux féminins.

- **Cancer des VADS (bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage**

En Bretagne, le taux comparatif de mortalité est supérieur à la moyenne française, chez les hommes seulement : 19 décès pour 100 000 hommes contre 15 en France métropolitaine.

Chez les femmes, le taux de mortalité en Bretagne (1,7 décès pour 100 000 femmes) n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (1,9).

Les quatre départements bretons sont en surmortalité chez les hommes. Chez les femmes, les effectifs sont trop faibles à l'échelon départemental pour permettre le calcul des taux comparatifs de mortalité.

En Bretagne, le taux masculin est multiplié par 10 par rapport au taux féminin.

Mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (6/11)

Taux comparatifs de mortalité prématurée (standardisés sur l'âge)

	Cardiopathie ischémique	Cancer trachée bronches poumons	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Cirrhose et psychose alcoolique	Cancer des VADS et de l'œsophage
Unité : pour 100 000 hommes de moins de 65 ans					
H O M M E S	Côtes d'Armor	15	33	28	18
	Finistère	18	44	30	23
	Ille-et-Vilaine	15	22	NR	23
	Morbihan	15	31		28
	Bretagne	16	33	3,1	27
	France Métropolitaine	16	31	2,4	18
Unité : pour 100 000 femmes de moins de 65 ans					
F E M M E S	Côtes d'Armor		6,2	9,7	
	Finistère		<u>9,9</u>	7,1	
	Ille-et-Vilaine	NR	4,6	6,1	NR
	Morbihan		8,3	7,5	
	Bretagne	2,6	7,3	1,2	7,4
	France Métropolitaine	2,7	7,5	0,7	5,7

Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

NR : taux non renseigné en raison d'un effectif insuffisant à l'échelon départemental
 Les valeurs soulignées (et en caractère gras) sont statistiquement différentes de la valeur « France métropolitaine »
 Les valeurs surlignées en vert sont en sous-mortalité par rapport à la valeur « France métropolitaine »

Evolution de la mortalité prématurée en Bretagne

L'étude sur les addictions dans les régions de France¹ de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé, présente une synthèse de l'évolution de la mortalité prématurée en calculant le taux comparatif de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées au tabagisme, d'une part, et les trois causes principales liées à l'alcoolisme d'autre part. L'évolution est observée sur une période de dix années, de 1991-1993 à 2001-2003.

En Bretagne, chez les hommes, le taux comparatif de mortalité prématurée associant les trois pathologies liées au tabagisme, a baissé de 14,5% au cours de ces dix années, c'est-à-dire moins qu'en moyenne française où la baisse a été de 17,1%.

A l'inverse chez les femmes, le taux comparatif de mortalité associant ces trois pathologies liées au tabagisme, a augmenté de 22,3%, en Bretagne, au cours de ces dix années. Ce pourcentage d'augmentation est supérieur à celui de la France métropolitaine : 14%.

Les taux comparatifs de mortalité prématurée associant les trois principales causes liées à l'alcoolisation chronique, ont baissé de 31,4% chez les hommes et de 15,3% chez les femmes, au cours des dix années allant de 1991-1993 à 2001-2003. Par rapport à la moyenne française, cette baisse des taux bretons est plus élevée chez les hommes (baisse moyenne de 26,3%) et identique chez les femmes (baisse moyenne de 16%).

L'évolution de la mortalité survenue avant 65 ans pour chaque cause de décès directement liée au tabagisme et à l'alcoolisation chronique, est présentée ci-dessous. Les résultats départementaux bretons sont fournis quand cet échelon s'avère pertinent.

- **Cancer trachée bronches poumon**

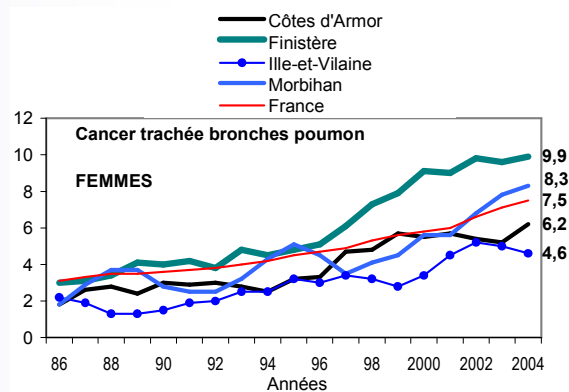
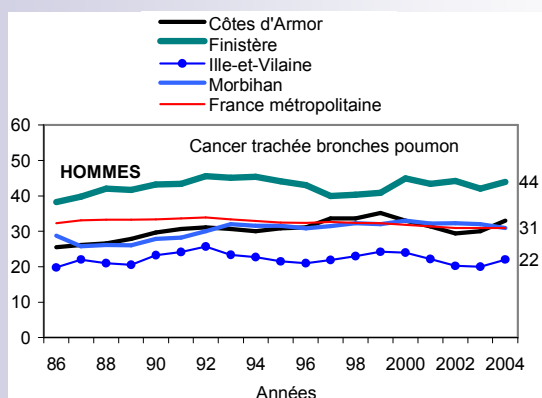
Chez les hommes, les écarts entre les départements bretons se maintiennent. Le taux du Finistère en 2004 (période triennale 2003-2005) est le double de celui d'Ille-et-Vilaine : 44 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans contre 22 pour 100 000.

Chez les femmes, les taux augmentent. Récemment, les Côtes d'Armor ont dépassé la moyenne française et la Bretagne compte désormais deux départements en surmortalité.

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale, 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

¹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.)

Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires

Etude réalisée dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports - Direction Générale de la Santé. (D.G.S.) et la FNORS ;

Les études du réseau des ORS

Mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (8/11)

- **Cardiopathies ischémiques**

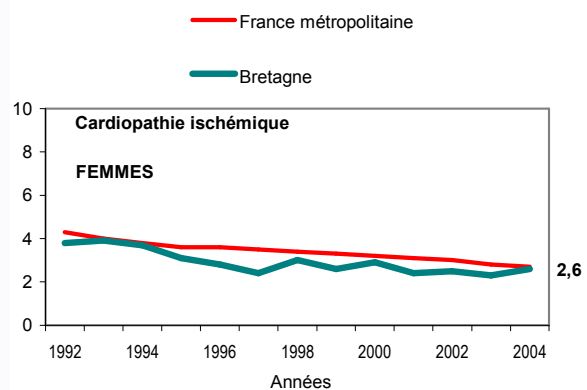
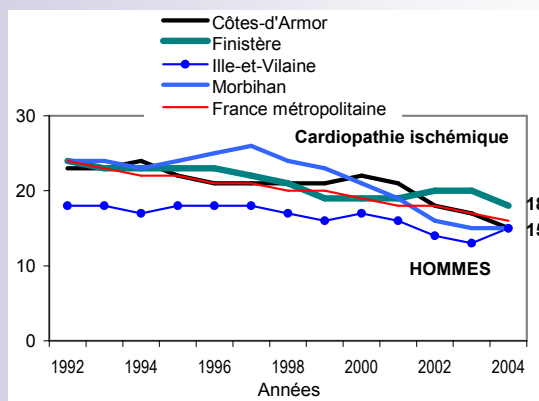
En Bretagne, chez les hommes, la diminution des taux comparatifs de mortalité a été plus importante qu'en moyenne française.

Chez les femmes, en Bretagne, la mortalité prématurée par cardiopathie ischémique est proche de la moyenne française sur la période allant de 1992 à 2004.

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale, 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

- **Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives**

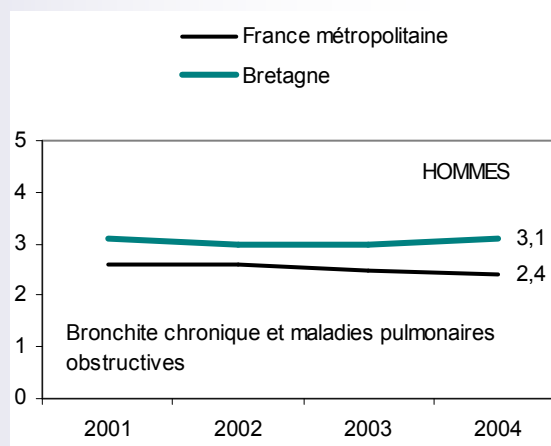
Les taux comparatifs sont présentés sur une période récente car une discontinuité due au passage de la codification des maladies en CIM10 (en 2000) est à prendre en compte.

La mortalité prématurée par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives est tout particulièrement imputable au tabagisme, en conséquence, l'évolution de la surmortalité bretonne concernant cette pathologie est à surveiller avec précision.

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale, 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (9/11)

• Cirrhose et psychose alcoolique

La mortalité prématurée liée à l'alcoolisation chronique classe la mortalité par cirrhose et psychose alcoolique avant la mortalité prématurée par cancer des VADS et de l'œsophage.

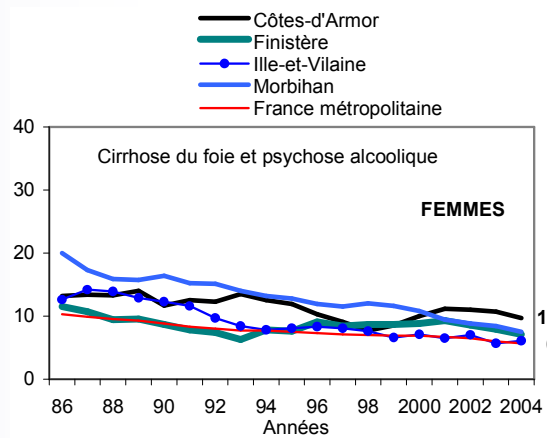
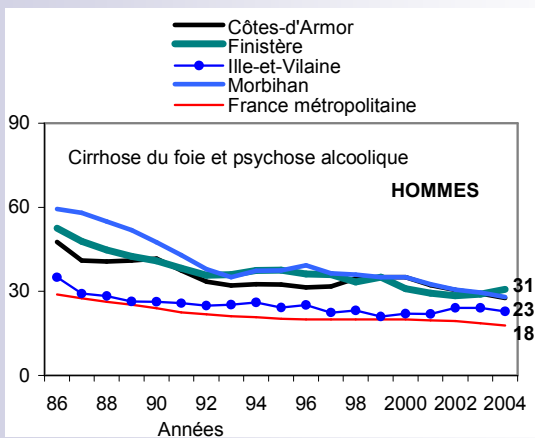
Dans la période triennale 2003-2005, la surmortalité masculine existe dans les quatre départements bretons alors qu'à la fin des années quatre-vingt dix, l'Ille-et-Vilaine était au niveau de la moyenne nationale.

Les taux féminins sont deux à trois fois moins élevés que les taux masculins. Dans la période triennale 2003-2005, deux départements, Côtes d'Armor et Finistère sont en surmortalité

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale, 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

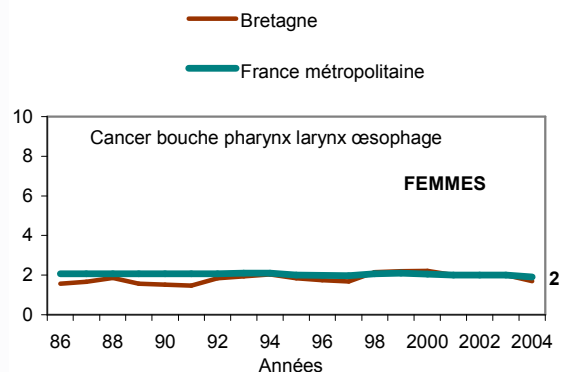
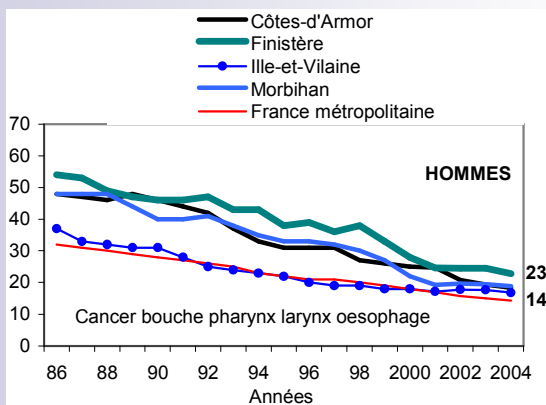
• Cancer des VADS (bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage

Chez les hommes, la diminution des taux comparatifs de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage, en Bretagne, est supérieure à la diminution observée en moyenne française, au cours des vingt années antérieures à 2005. Cependant, dans la période triennale 2003-2005, les quatre départements bretons affichent une surmortalité par rapport à la moyenne française. Le niveau de mortalité prématurée par cancer des VADS et de l'œsophage, s'est détérioré en Ille-et-Vilaine : ce département n'était pas différent de la moyenne française jusqu'en 2002.

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

Unité : pour 100 000 personnes.

L'année figurant sur l'abscisse est l'année centrale de la période triennale, 2004 indique la période 2003-2005.



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

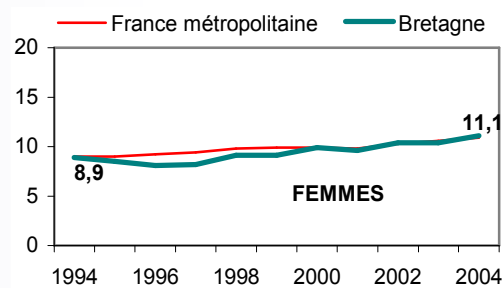
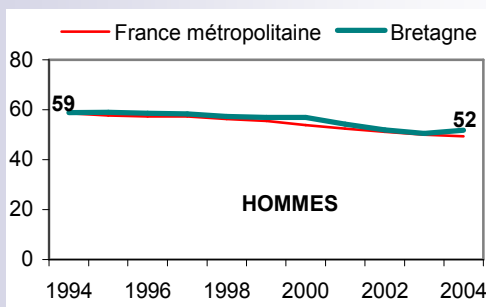
Synthèse : mortalité prématurée

La mortalité prématurée pour les trois causes principales liées au tabagisme, a évolué en Bretagne comme en France, à partir d'un niveau de mortalité prématurée identique :

- chez les hommes, une diminution est observée sur la période allant de 1994 à 2004, de 59 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans à 52 décès pour 100 000.
- chez les femmes, le taux de mortalité prématurée augmente : il est passé de 8,9 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans à 11,1 pour 100 000.

Taux comparatif* de mortalité prématurée liée au tabac. Evolution 1994-2004

*standardisé sur la population française, pour les trois causes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon ; bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives ; cardiopathie ischémique.



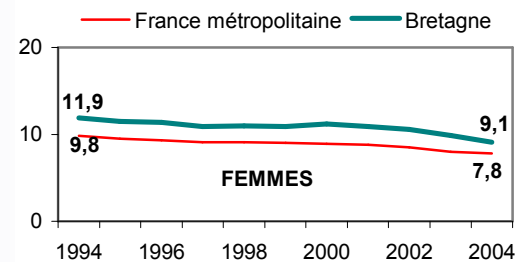
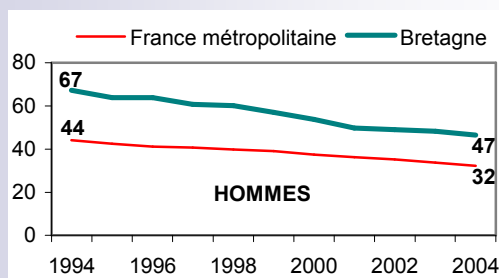
Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

La mortalité prématurée pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique a évolué en diminuant à partir de niveaux différents de la Bretagne par rapport à la France. Malgré une baisse plus marquée en Bretagne au cours de la période 1994-2004, le résultat est une surmortalité bretonne :

- 47 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans en Bretagne, contre 32 pour 100 000 en moyenne française,
- 9,1 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en Bretagne, contre 7,8 en moyenne française.

Taux comparatif* de mortalité prématurée liée à l'alcoolisation chronique. Evolution 1994-2004

*standardisé sur la population française, pour les trois causes : cirrhose, psychose alcoolique, cancers des VADS



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Mortalité prématurée liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (11/11)

Taux comparatifs de mortalité des 22 régions et des départements d'outre-mer (classement par ordre décroissant)

TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE (période 2003-2005). ENSEMBLE (hommes+femmes)

TOUS AGES

Cancer des VADS et de l'œsophage		Cancer de la trachée des bronches et du poumon		Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)		Cardiopathie ischémique		Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives		Cirrhose alcoolique du foie	
Ensemble	2004	Tous âges - ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004
Nord-Pas-de-Calais	24,3	Corse	49,0	Réunion	14,6	Réunion	83,3	Réunion	28,0	Nord-Pas-de-Calais	25,4
Réunion	20,9	Lorraine	48,8	Guyane	10,9	Nord-Pas-de-Calais	77,1	Lorraine	22,5	Réunion	18,7
Bretagne	18,5	Nord-Pas-de-Calais	46,8	Bretagne	7,2	Alsace	75,1	Nord-Pas-de-Calais	20,7	Picardie	15,2
Picardie	18,1	Champagne-Ardenne	45,0	Guadeloupe	7,0	Basse-Normandie	74,9	Bretagne	19,4	Bretagne	15,0
Haute-Normandie	17,4	Picardie	44,8	Nord-Pas-de-Calais	6,9	Bretagne	73,3	Picardie	19,1	Haute-Normandie	15,0
Basse-Normandie	17,1	Haute-Normandie	44,4	Champagne-Ardenne	6,6	Picardie	71,8	Champagne-Ardenne	16,7	Basse-Normandie	13,2
Lorraine	15,2	Franche-Comté	42,3	Martinique	6,0	Haute-Normandie	70,2	Alsace	16,3	Bourgogne	13,1
Centre	15,0	Alsace	40,9	Haute-Normandie	5,9	Auvergne	70,1	Haute-Normandie	15,8	Champagne-Ardenne	13,1
Auvergne	14,5	Languedoc-Roussillon	40,8	Limousin	5,8	Champagne-Ardenne	67,9	Midi-Pyrénées	15,8	Pays de la Loire	13,0
Champagne-Ardenne	14,4	Bourgogne	40,7	Auvergne	5,7	Bourgogne	66,6	France entière	15,4	Centre	12,8
Pays de la Loire	14,3	PACA	40,4	Basse-Normandie	5,6	Lorraine	65,3	France métropolitaine	15,4	Auvergne	12,1
France métropolitaine	14,2	Ile-de-France	39,7	Bourgogne	5,5	Centre	64,9	Basse-Normandie	15,2	Limousin	11,7
France entière	14,2	France métropolitaine	39,5	Picardie	5,4	Corse	64,6	Limousin	15,2	Poitou-Charentes	11,7
Franchise-Comté	14,1	Aquitaine	39,3	Centre	5,0	Franchise-Comté	64,1	Languedoc-Roussillon	15,0	Lorraine	11,6
Bourgogne	14,0	France entière	39,1	Poitou-Charentes	4,8	France métropolitaine	62,4	Pays de la Loire	15,0	France entière	11,5
Alsace	13,8	Basse-Normandie	38,7	Lorraine	4,6	Languedoc-Roussillon	62,3	Franchise-Comté	14,9	France métropolitaine	11,5
Guadeloupe	13,3	Poitou-Charentes	38,6	France entière	4,5	France entière	62,2	Poitou-Charentes	14,8	Alsace	10,9
Poitou-Charentes	13,1	Centre	37,1	France métropolitaine	4,4	Limousin	62,0	Rhône-Alpes	14,8	Guadeloupe	10,8
Limousin	13,0	Rhône-Alpes	36,6	Pays de la Loire	4,4	Pays de la Loire	61,7	Centre	14,3	Centre	9,2
Ile-de-France	12,6	Bretagne	35,8	Franchise-Comté	3,8	Midi-Pyrénées	61,0	Bourgogne	14,2	Ile-de-France	9,1
Languedoc-Roussillon	12,4	Auvergne	35,5	Alsace	3,7	Aquitaine	59,2	Auvergne	14,0	Franchise-Comté	9,0
Rhône-Alpes	11,9	Midi-Pyrénées	34,8	Languedoc-Roussillon	3,7	Poitou-Charentes	58,2	PACA	13,6	Aquitaine	8,9
Corse	11,9	Limousin	33,6	PACA	3,6	Rhône-Alpes	57,3	Aquitaine	13,5	Languedoc-Roussillon	8,9
Aquitaine	11,7	Pays de la Loire	32,7	Ile-de-France	3,3	PACA	55,1	Ile-de-France	13,0	Rhône-Alpes	8,5
PACA	11,6	Réunion	31,2	Aquitaine	3,0	Ile-de-France	52,1	Guyane	12,9	Corse	8,3
Guyane	10,4	Guyane	18,3	Rhône-Alpes	3,0	Guadeloupe	31,2	Corse	12,7	Midi-Pyrénées	6,5
Midi-Pyrénées	10,0	Guadeloupe	13,2	Midi-Pyrénées	2,7	Guyane	28,8	Guadeloupe	6,0	Martinique	6,4
Martinique	9,0	Martinique	11,9	Corse	2,5	Martinique	26,8	Martinique	3,8	Guyane	5,1

Taux comparatifs de mortalité prématurée des 22 régions et des départements d'outre-mer (classement par ordre décroissant)

TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE PREMATUREE (période 2003-2005). ENSEMBLE (hommes+femmes)

DECES AVANT 65 ANS

Cancer des VADS et de l'œsophage		Cancer de la trachée des bronches et du poumon		Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)		Cardiopathie ischémique		Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives		Cirrhose alcoolique du foie	
Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004	Ensemble	2004
Nord-Pas-de-Calais	15,7	Nord-Pas-de-Calais	23,5	Réunion	12,6	Réunion	16,6	Nord-Pas-de-Calais	3,0	Nord-Pas-de-Calais	19,8
Réunion	11,4	Picardie	22,5	Bretagne	6,5	Nord-Pas-de-Calais	13,5	Lorraine	2,5	Réunion	12,8
Haute-Normandie	10,6	Haute-Normandie	22,4	Nord-Pas-de-Calais	6,5	Picardie	11,8	Bretagne	2,1	Bretagne	10,6
Bretagne	10,3	Lorraine	22,3	Champagne-Ardenne	5,7	Corse	11,7	Champagne-Ardenne	2,0	Haute-Normandie	10,6
Picardie	10,3	Champagne-Ardenne	21,5	Haute-Normandie	5,4	Auvergne	11,5	Picardie	2,0	Picardie	10,3
Basse-Normandie	9,9	Bourgogne	21,0	Haute-Normandie	5,3	Champagne-Ardenne	11,3	Réunion	2,0	Basse-Normandie	10,0
Centre	8,3	Basse-Normandie	20,2	Guadeloupe	5,2	Franchise-Comté	11	Auvergne	1,6	Centre	9,3
Lorraine	8,3	Franchise-Comté	20,0	Auvergne	5,1	Haute-Normandie	10,4	Corse	1,6	Auvergne	9,1
Pays de la Loire	8,3	Poitou-Charentes	19,9	Basse-Normandie	5,0	Lorraine	10,3	France entière	1,5	Bourgogne	9,1
Bourgogne	8,2	Bretagne	19,7	Martinique	4,8	Languedoc-Roussillon	10,2	France métropolitaine	1,5	Poitou-Charentes	8,9
France entière	8,0	Aquitaine	19,5	Picardie	4,6	Alsace	10,1	Aquitaine	1,5	Pays de la Loire	8,7
France métropolitaine	8,0	Centre	19,3	Bourgogne	4,5	Bourgogne	10,1	Centre	1,5	Champagne-Ardenne	8,4
Languedoc-Roussillon	7,8	Languedoc-Roussillon	19,3	Guyane	4,4	Limousin	10,1	Haute-Normandie	1,5	Limousin	8,4
Poitou-Charentes	7,4	France métropolitaine	18,9	Poitou-Charentes	4,3	Aquitaine	9,7	Limousin	1,5	France entière	8,0
Auvergne	7,3	France entière	18,7	Centre	4,1	France entière	9,4	PACA	1,5	France métropolitaine	8,0
Champagne-Ardenne	7,3	Corse	18,2	Pays de la Loire	4,0	Guyane	9,4	Alsace	1,4	Lorraine	7,8
Alsace	7,2	Auvergne	17,9	France entière	3,9	France métropolitaine	9,3	Basse-Normandie	1,4	Guadeloupe	7,4
Franchise-Comté	7,1	Pays de la Loire	17,8	Lorraine	3,9	Bretagne	9,2	Languedoc-Roussillon	1,4	Alsace	6,4
Limousin	7,0	PACA	17,7	France métropolitaine	3,8	PACA	9,2	Franchise-Comté	1,3	Languedoc-Roussillon	6,3
Ile-de-France	6,9	Ile-de-France	17,4	Languedoc-Roussillon	3,6	Centre	9,1	Rhône-Alpes	1,3	Ile-de-France	6,1
Corse	6,6	Alsace	17,2	Franchise-Comté	3,3	Midi-Pyrénées	9,1	Bourgogne	1,2	PACA	6,1
PACA	6,5	Rhône-Alpes	16,8	PACA	3,2	Midi-Pyrénées	8,7	Ile-de-France	1,2	Aquitaine	5,9
Rhône-Alpes	6,5	Limousin	16,7	Alsace	2,7	Guadeloupe	8,0	Midi-Pyrénées	1,2	Franchise-Comté	5,4
Aquitaine	6,3	Midi-Pyrénées	16,2	Ile-de-France	2,7	Pays de la Loire	7,9	Poitou-Charentes	1,2	Corse	5,1
Guadeloupe	5,2	Réunion	11,0	Aquitaine	2,6	Rhône-Alpes	7,8	Pays de la Loire	1,1	Rhône-Alpes	5,0
Midi-Pyrénées	5,1	Guyane	7,9	Corse	2,4	Ile-de-France	7,7	Guadeloupe	0,6	Midi-Pyrénées	4,3
Martinique	4,1	Guadeloupe	7,0	Rhône-Alpes	2,4	Poitou-Charentes	7,5	Guyane	0,4	Guyane	4,2
Guyane	3,9	Martinique	5,6	Midi-Pyrénées	2,2	Martinique	4,9	Martinique	0,2	Martinique	3,7

L'enquête

Dans le cadre de l'étude Relion¹, un recensement des actions de prévention menées courant 2006 et sur l'année scolaire 2005-2006 a été réalisé. Ces actions devaient avoir trait aux produits licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), illicites et aux produits dopants.

Cette enquête visait à :

- documenter les principales caractéristiques des actions locales de prévention,
- repérer les évolutions des pratiques de prévention, à différentes échelles du territoire,

le tout à travers des repères simples sur ce qui se fait dans le domaine, auprès de qui, grâce à qui, quand, où et comment.

Cette étude porte sur toutes les actions subventionnées ou non, adressées directement aux publics chez qui l'on souhaite empêcher la survenue ou la répétition des consommations dommageables, menées sur un site et sur une durée déterminés. Il ne s'agit pas ici, en revanche, de recenser les actions de prise en charge individuelle, la sensibilisation ou la formation d'acteurs relais, la réduction des risques, le soin, ni la réduction de l'accessibilité aux produits.

Cette enquête était anonyme et volontaire. Elle s'appuyait sur un questionnaire électronique auto-administré. Y répondaient :

- les établissements d'enseignement secondaire et supérieur
- les centres éducatifs ou de placement relevant de la PJJ
- les services de police et de gendarmerie
- les structures (dont les associations) connues pour avoir mené des actions.

Caractéristiques des répondants

En Bretagne, en 2007, **1 174 structures** ont été interrogées. **67** d'entre elles ont indiqué ne pas avoir mené d'actions de prévention sur la période concernée par l'enquête. **134** ont en revanche, **rempli au moins une fiche d'action**. Les résultats présentés ci-après sont le fruit de leur production. Ainsi, **287 types d'actions ont été documentés** via l'enquête. Elles **ont été menées sur 2 472 sites différents** (une même action a pu être déclinée de manière similaire à plusieurs reprises sur différents sites).

Contexte politique des actions

	Région	National*
Aucune politique concernée	28.6%	28.4%
PRSP	16%	18.5%
Sreps	5.9%	9.1%
Programme départemental MILDT de luttres contre les drogues	9.1%	10.8%
CDO-justice-santé	2.1%	1.3%
CLS	3.8%	3.5%
CEL	0.7%	2.6%
Non-réponse	41.8%	35.2%

* pour l'ensemble des données présentées ici, le niveau « national » renvoie aux actions de l'ensemble des territoires couverts par l'enquête (9 régions, soit 13 académies)

Cadre politique des actions

¹ Enquête coordonnées par l'OFDT. Auteurs des fiches de synthèse : Carine Mutatayi (OFDT), Cécile Fourdan (CIRDD Bretagne)

ReLION : Recensement Local d'Indicateurs pour l'Observation Nationale des actions de Prévention liées aux usages de drogues (2/4)

A la question relative au contexte politique dans lequel se sont inscrites les actions de prévention renseignées dans l'enquête, il apparaît pour 28,6% d'entre elles, qu'elles ne s'inscrivent dans aucune politique (28,4% au niveau national). 16% entrent dans le cadre du PRSP (18,5% au niveau national) et 9,1% dans les programmes départementaux MILDT (10,8% au niveau national). Un fort taux de non-réponses est toutefois à relever. Il est possible qu'un certain nombre de personnes n'ait pas connaissance des programmes dans lesquels s'inscrivent les actions mises en œuvre dans leur structure.

Concernant les modes de financement de ces actions, 30% sont financées sur des ressources propres aux structures et plus de 30% ont reçu des subventions publiques. Ces actions reposent sur un budget relativement réduit puisque dans 42,2% des cas, ceux-ci n'excèdent pas 500 euros.

Publics destinataires des actions

	% d'actions concernées	
	Région	National
Personnes de tous âges	6.6%	5.5%
Enfants (- de 11 ans)	4.2%	6.4%
Préadolescents (11-14 ans)	40.8%	42.3%
Adolescents (15-18 ans)	63.4%	60.1%
Jeunes adultes (19-25 ans)	40.4%	29.3%
Adultes (26-65 ans)	25.4%	20.9%
Personnes de plus de 65 ans)	2.1%	1.5%

* Une action peut s'adresser à différent public, c'est pourquoi les totaux en colonne excède 100%

Age des publics cibles

Près de 160 000 personnes ont été touchées par les actions de prévention mises en œuvre. Cela représente une moyenne de 58 personnes touchées par action.

La plupart de ces actions s'adresse à un public d'âge scolaire ou étudiant de 11 à 25 ans. Plus précisément les 15-18 ans semblent les plus visés puisque 63.4% des actions leur sont adressées. Par ailleurs, en Bretagne le public destinataire des actions est plus âgé qu'au niveau national. Ainsi, 65.8% s'adressent à un public d'adultes contre 50.2% au niveau national.

Plus de 14% des actions s'adressent à un public relevant d'une prise en charge sociale ou judiciaire, en particulier d'un public sous main de justice : 5,2% vs 1,9% au niveau national. Ce constat renvoie probablement à une volonté ferme de toucher des publics moins « captifs » évoluant en dehors du cadre scolaire.

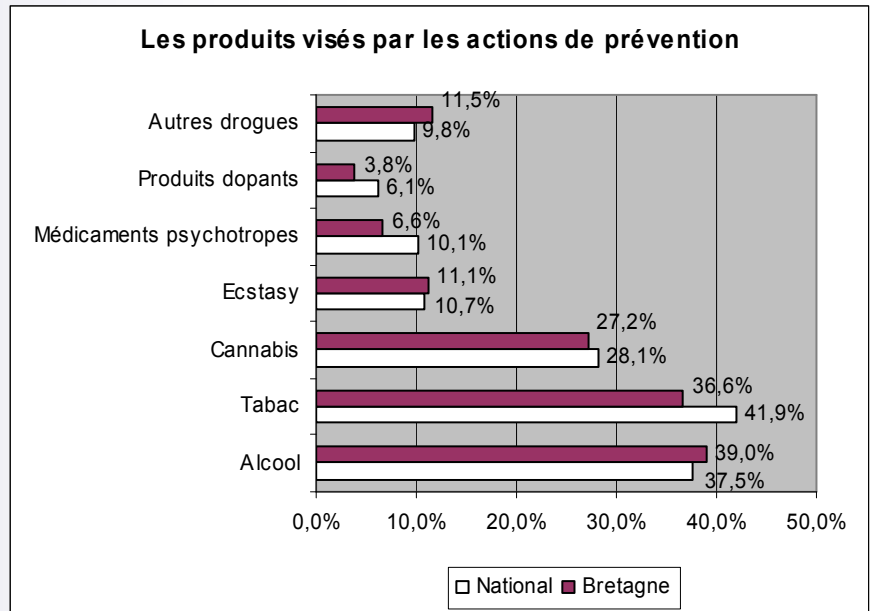
	% d'actions concernées	
	Région	National
Public relevant d'une prise en charge institutionnelle sociale ou judiciaire	14.6%	10.8%
Public bénéficiaire de l'aide sociale à l'enfance	0.3%	1%
Public sous mesure d'assistance éducative	2.4%	2.2%
Autre public sous main de justice	5.2%	1.9%
Jeunes en insertion	2.8%	2.4%
Adultes en insertion	2.4%	2.4%
Autres	4.2%	4.5%

Publics relevant d'une institution sociale ou judiciaire

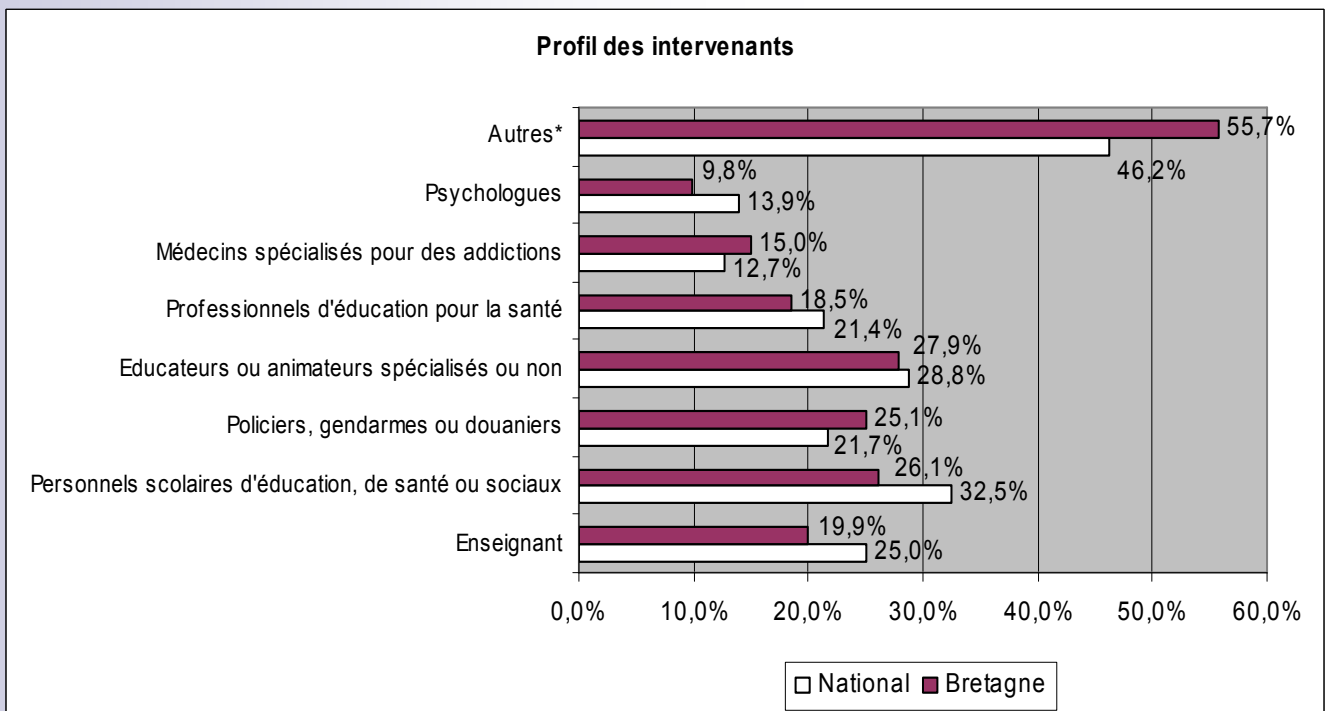
Les produits visés

Près de la moitié des actions est centrée sur une approche globale « *tous les produits* ». De même, alcool, tabac et cannabis se distinguent comme les trois produits les plus fréquemment abordés, soit seuls, soit parmi d'autres.

Cependant, la hiérarchie des produits abordés diffère entre niveau régional et niveau national. Ainsi, en Bretagne, l'alcool arrive en tête des produits abordés, seuls ou parmi d'autres (39%) alors qu'au niveau national, l'alcool se classe au 2nd rang, bien loin derrière le tabac (respectivement 37.6% et 46.6%).



Les acteurs impliqués



* Autres = Médecins généralistes (4.9%), médecins du travail (1.7%), médecins d'autres spécialités (3.1%), professionnels soignants (39%), travailleurs sociaux (9.1%), personnels de justice (4.2%), animateurs culturels (5.6%), comédiens (3.5%), aucune des professions citées (2.8%)

Ce sont principalement les personnels internes aux établissements scolaires (enseignants ou autres personnels scolaires d'éducation, de santé ou sociaux) qui interviennent lors des actions. Quant aux intervenants extérieurs, ce sont les professionnels soignants qui sont le plus représentés (39%). Les structures de soin sont particulièrement actives dans le domaine de la prévention. La hiérarchie des intervenants s'établit comme suit : professionnels soignant (39%), animateurs spécialisés ou non dans le domaine de la prévention (27.3%), personnels scolaires d'éducation, de santé ou sociaux (26.1%), policiers, gendarmes ou douaniers (25.1%).

Regard sur les pratiques de prévention au plan régional

Les principes développés répondent aux orientations définies à travers les différents plans et programmes : développement des compétences et méthodes participatives sont des objectifs et méthodes privilégiés. Toutefois, les actions décrites restent isolées et ponctuelles.

Les objectifs principaux visés à travers les actions sont :

- stimuler la perception de la nocivité de certains produits (70% des cas),
- améliorer les connaissances des publics (68,6% des cas),
- rappeler la loi ou la réglementation (52,9% des cas).

Le fait de faciliter les résolutions collectives et de développer des mesures dissuasives sont les objectifs les moins fréquemment cités (respectivement 16,7% et 14,6% des cas).

L'évaluation des actions s'inscrit clairement dans les pratiques de prévention : 80% des actions réalisées ont fait l'objet d'une évaluation ; il s'agit en particulier d'évaluation de type « évaluation de satisfaction ». Ces évaluations s'appuient presque en totalité sur des ressources internes aux structures.

Préambule

L'objectif de l'observation des tendances récentes et nouvelles drogues est de fournir des éléments de connaissance sur les usagers et les usages de drogues illicites ainsi que sur des phénomènes émergents qui leurs sont liés.

Deux espaces sont explorés : l'espace urbain qui concerne principalement RENNES et l'espace festif qui recouvre majoritairement les événements festifs techno de la BRETAGNE mais également d'autres lieux de festivités telles des soirées privées ou des festivals.

Le recueil d'informations effectué dans le cadre du dispositif TREND s'appuie sur des observations ethnographiques et sur trois groupes focaux spécifiques réunissant d'un côté des professionnels du secteur sanitaire, d'un autre des professionnels du secteur répressif et enfin des usagers de produits psycho actifs. Ce recueil se base aussi sur des entretiens réalisés auprès d'usagers de drogues du milieu festif et urbain et de professionnels qui connaissent bien le public cible. La méthode de travail est fondée sur le croisement de données afin d'éviter la simple juxtaposition des faits.

Le rapport de site est le fruit d'un processus de confrontation des données disponibles aboutissant à un résumé des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés.

Enfin, une thématique approfondie a été réalisée en 2007 sur le site. Elle concerne les pratiques d'injection au sein du milieu festif qualifié "d'alternatif", qui regroupe les soirées techno, de type free party et technival, le milieu punk comme celui des squats à vocation artistique. Cette thématique fait l'objet d'un chapitre spécifique à la fin du rapport TREND.

Les faits marquants

Les substances psycho actives

L'héroïne

L'héroïne a été en 2007, un produit très présent sur le site breton, que ce soit au sein du milieu urbain, où le produit semble avoir été davantage rencontré qu'en 2006 ; ou sur le milieu festif. En revanche cette année, contrairement à 2006, il semble que les usagers n'aient pas été très satisfaits de la qualité de l'héroïne vendue. Ces derniers indiquent qu'elle se serait détériorée. Par conséquent, ils disent avoir dû augmenter les quantités consommées pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant. D'ailleurs, il a été souligné lors d'un groupe focal, des mélanges faits par les usagers de Skénan LP® et d'héroïne afin de potentialiser les effets de cette dernière.

L'héroïne a fait l'objet d'une attention plus soutenue du dispositif SINTES en 2007. Bien que le recueil et l'analyse d'échantillons ne soient pas complètement terminés, les premières analyses démontrent assez clairement que la teneur d'héroïne dans la composition des produits vendus sous cette appellation est assez faible. En effet, sur les 43 analyses toxicologiques réalisées, la teneur en héroïne est comprise entre 0% et 26%. Il est à noter que la grande majorité des échantillons collectés contient moins de 10% d'héroïne. Les adjuvants les plus rencontrés sont le paracétamol et la caféine. La faible qualité de l'héroïne, soulignée par les usagers, se vérifie au travers des analyses d'échantillons réalisées.

S'agissant des modes de consommation, ils semblent identiques aux années précédentes, à savoir une préférence pour le sniff, vient ensuite l'inhalation à chaud et enfin l'injection.

Un des faits marquants concerne le trafic d'héroïne. En effet, le réseau des « cailles », anciennement revendeur exclusif de cannabis, qui depuis quelques années a délaissé en partie ce produit au profit de la cocaïne, aurait étendu son activité à la revente d'héroïne. Ces revendeurs, non consommateurs d'héroïne, pratiquent le deal de rue.

La Buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Comme les deux années précédentes, le Subutex® ; qu'il soit prescrit ou disponible sur le marché de rue, est toujours présent sur le milieu urbain rennais. Son prix sur le marché de rue est similaire à 2006, puisse qu'il se situe entre 2 et 5 euros le comprimé, avec un prix moyen de 3 euros. Les dommages sanitaires associés à l'injection du Subutex®, tels que le syndrome de Popeye (gonflement des avant-bras) et les abcès semblent avoir été moins fréquents en 2007 qu'en 2006. Une des raisons associée à cette diminution est l'utilisation du Stérifilt®, outil de réduction de risques distribué depuis l'année 2006 en Bretagne, qui assure un meilleur filtrage que les cotons ou les filtres de cigarette, traditionnellement utilisés par les usagers injecteurs. Par ailleurs, l'utilisation de cet outil reste, dans les représentations des usagers du milieu urbain, cantonnée au mésusage de Subutex®. Alors qu'il a aussi été conçu pour les autres produits injectables.

Quant à la Buprénorphine Arrow®, générique du Subutex®, sa mise sur le marché l'année dernière n'a pas suscité un grand engouement tant chez les prescripteurs que chez les usagers. Ce constat est réitéré pour 2007.

Le sulfate de Morphine (Skénan LP®)

La tendance, observée en 2005 et 2006, à la restriction de l'accessibilité et de la disponibilité du sulfate de morphine sur le milieu urbain s'est prolongée et accentuée en 2007. Même si le marché de rue perdure, tout comme les prescriptions de ce produit, la baisse de sa disponibilité ou du moins la plus grande discrétion autour du sulfate de morphine a engendré une augmentation des prix sur le marché de rue. La gélule se négocie entre 5 et 15 euros, (contre 5 euros en 2006) et la boîte aux alentours des 120 euros (contre 40 euros en 2006).

Les stimulants

La cocaïne

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate semble être relativement disponible et accessible au sein des deux milieux observés en 2007. Les modalités d'approvisionnement sont restées similaires à 2006, tout comme les prix et les modes de consommation. A l'instar des années précédentes, les usagers des deux milieux se plaignent de la qualité des produits vendus sous l'appellation cocaïne, ces derniers reprochent le peu d'effet associé à une consommation de ce produit.

Enfin, s'agissant des caractéristiques des usagers de cocaïne, il a été soulevé par les professionnels du groupe focal sanitaire, une baisse dans l'âge de la primo-consommation. Cette tendance, déjà relevée les années précédentes, semble se confirmer en 2007. Ainsi, l'âge de la primo consommation de cocaïne semble s'être avancé à 18-20 ans contre 25 ans il y a 4-5 ans.

Le Crack - Free Base

Concernant le free base-Crack, le fait marquant concerne la représentation de la pureté associée au processus de basage de la cocaïne. En effet, certains usagers du milieu urbain estiment que si le chlorhydrate de cocaïne (poudre) disponible est de piètre qualité, le caillou retiré de la base sera aussi de mauvaise qualité. Auparavant ces mêmes usagers estimaient que le fait de baser purifiait le produit.

L'autre fait marquant concerne la distribution du « kit base », outils de prévention du VIH et des hépatites destinés aux fumeurs de cocaïne base, sur le milieu urbain par le CAARRUD. Sa distribution aurait suscité de nombreux échanges entre les professionnels de la structure et les usagers.

Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues (TREND)

Les faits marquants en 2006 (3/5)

L'ecstasy

L'ecstasy semble relativement absente sur le marché des comprimés, que ce soit au sein des événements festifs ou sur le milieu urbain. Cette importante baisse de la disponibilité a été confirmée par l'ensemble des acteurs interrogés (usagers des deux milieux, professionnels de santé, acteurs de RDR en milieu festifs, professionnels du répressif). Une des explications mentionnées est un certain désengouement des usagers, déjà repéré les années précédentes, à l'égard de ce produit. Ces derniers reprochent le manque d'effet occasionné par une consommation d'ecstasy.

A contrario la MDMA, (la forme cristalline de l'ecstasy), s'est davantage rencontrée en 2007 qu'en 2006, avec une prépondérance du milieu festif sur le milieu urbain. Le prix du gramme se négocie entre 50 et 80 euros. Concernant les poly consommations, une association peu courante ecstasy-amphétamines a pu être observée cette année. L'utilisateur a ingéré les deux produits en même temps, les effets recherchés sont l'euphorie, l'empathie occasionnée par la MDMA et la stimulation propre aux amphétamines.

Les amphétamines-speed

Par rapport à 2006, où les amphétamines ont été relativement absentes des discours des usagers, il semble qu'en 2007 le « speed » ait été davantage présent sur les deux milieux observés. Paradoxalement, cette augmentation de la disponibilité des amphétamines s'est accompagnée d'une hausse des prix. Le gramme d'amphétamines se négocie entre 15 euros et 30 euros en fonction de la quantité disponible sur le marché et de la qualité du produit vendu, avec un prix moyen de 25 euros, contre 20 euros en 2006. D'autre part, il est à noter, au cours de l'année l'apparition anecdotique d'amphétamines liquides sur le site de Rennes, et les témoignages par deux usagers de consommation de méthamphétamine.

Les hallucinogènes

Le cannabis

Le cannabis est comme les années précédentes un produit très répandu chez les usagers, bien que sa disponibilité soit aléatoire et en diminution par rapport à 2006. En revanche, plusieurs sources ont souligné la très bonne qualité du cannabis. S'agissant des modes d'usage, l'utilisation du bang semble toujours présente sur le site breton. Il a d'ailleurs été rapporté en 2007, des pneumopathies induites par des utilisations répétées de ce mode d'administration.

L'autre fait marquant concerne une décision de la cour d'appel de Rennes, qui a relaxé les gérants d'une enseigne d'auto-culture, qui vendaient des graines de cannabis en lieu et place de graines pour oiseaux (faits remontant à 2004). Les magistrats ont considéré que « *le terme graines ne se retrouve pas dans l'article du code de la santé publique qui fixe la liste des substances classées comme stupéfiants* ». Cette décision est une première en France.

Le LSD

En 2007, la disponibilité du LSD a semblé aléatoire et réservée à certains milieux spécifiques (ex : le milieu techno).

Les médicaments

Le Diazépam (Valium®)

Le Valium® sous sa forme injectable se rencontrerait moins sur le milieu urbain cette année. Plusieurs explications ont été émises pour justifier cet état de fait parmi lesquelles la prise de conscience par les usagers des risques liés à l'injection de Valium® ou encore la restriction de l'offre de Valium® sous forme injectable.

Le Flunitrazépam (Rivotril®)

Le mésusage de Rivotril® demeure en 2007 marginal sur le Site de Rennes.

Les autres produits

Le Khat

Mi octobre, la police judiciaire a saisi 50kg de Khat à Rennes. C'est la première fois en Bretagne qu'une quantité aussi importante de ce produit a été saisie. Plusieurs personnes originaires de la corne de l'Afrique (Somalie et Djibouti) alimentaient le réseau breton. Ce réseau de consommateurs bretons appartenait dans son ensemble à la communauté africaine

Deux des personnes impliqués dans le trafic ont été jugées à Rennes, elles ont écopé d'un et trois mois de prison avec sursis et de 3 500 euros d'amende douanière.

Le biosmoke

Courant 2007, différents témoignages d'usagers faisaient état d'une consommation de biosmoke. La disponibilité aléatoire de cannabis semble avoir influé sur le relatif succès de ces produits. En effet, les périodes de creux semblent avoir incité certains consommateurs à commander du biosmoke par Internet. Sous cette appellation est rassemblé un certain nombre de produits constitué de mélanges d'épices à fumer. Ils sont librement en vente sur Internet. Une société, basée en Angleterre, commercialise 4 produits différents sous la dénomination générique biosmoke : green tiger, gorilla, spice et spice gold. Tous ces produits sont constitués d'un mélange "*de plantes rares et d'extraits de plantes naturelles*". Ces différents produits se fument avec ou sans tabac, dans un joint, avec une pipe, un bang... et "*sont reconnus pour leurs vertus relaxantes, sédatives et euphorisantes*".

Les conséquences sanitaires

La diminution du nombre d'abcès

La tendance à la diminution du nombre d'abcès, déjà observé en 2006, semble s'être prolongée en 2007. Il reste encore des infections mais leur nombre est en net recul par rapport à l'année 2006. Différents facteurs sont avancés par les professionnels de santé des structures d'accès facilité pour justifier ce constat : une harmonisation des discours et des pratiques entre les différentes structures, la réalisation d'un travail de sensibilisation autour des abcès, une meilleure utilisation du matériel d'injection avec notamment l'emploi du Stériflit®, une amélioration des conditions d'hygiène pour prodiguer une injection et enfin une réceptivité accrue des messages de prévention de la part des usagers. De manière plus anecdotique, la diminution du Valium® sous sa forme injectable a pu elle-aussi contribuer à améliorer l'état de santé des usagers.

Des prises de risques massives chez les jeunes femmes en errance

Des mises en danger et des prises de risques massives chez des jeunes filles mineures sont recensées par les professionnels des structures de premières lignes. Le constat est commun à l'ensemble des professionnels : les prises de risques majeures du public féminin sont sans commune mesure avec les prises de risques de la communauté masculine. Elles ne semblent pas plus nombreuses qu'auparavant mais leur situation interpelle de plus en plus les professionnels de santé. Ces femmes ont toutes moins de 21 ans, parfois mineures, elles s'ancrent dans des circuits de désocialisation et de consommations importantes. Le groupe focal sanitaire dresse un tableau de ce public : « *injectrices, vivant à la rue, risque sexuel majeur. Elles mettent toute leur vie en danger, vraiment !* ». En outre, les professionnels éprouvent d'importantes difficultés à développer un travail éducatif avec ces jeunes femmes. « *Dès qu'elles sentent qu'il y'a de l'ordre du contrôle social, si faible soit-il,*

Contextes d'observation

L'offre de produits psycho actifs illicites en diminution sur les événements festifs

Il semble que l'offre de produits psycho actifs se soit globalement restreinte au sein des festivals et des concerts organisés en Bretagne, notamment sur la période estivale. Différentes explications peuvent être soulignées. Il semble que le public fréquentant les événements festifs et la nature même de ces événements évoluent vers des rassemblements de plus petites envergures, à dimension locale. Le public est de plus en plus familial. En outre, les dispositifs répressifs mis en œuvre autour de ces événements, tels que des contrôles routiers à l'entrée et à la sortie, des interpellations des forces de l'ordre directement sur le site ont, en partie, dissuadé les dealers de vendre. Ce qui est observé, néanmoins, et dans des proportions importantes ce sont des consommations massives d'alcool. Sur les technivals, bien que l'offre de produit soit bien supérieure à celles des concerts et des festivals, cette offre semble s'amenuiser ou du moins sa visibilité se restreint. Des interpellations des forces de l'ordre à l'encontre des dealers sur le site du rassemblement semblent être la principale cause de cette évolution.

Substances psycho actives chez les amateurs de l'espace festif Electro : principaux résultats

(1/3)

Caractéristiques des usagers observés dans le milieu festif

Une enquête sur les pratiques et opinions liées aux usages des substances psycho-actives dans l'espace festif « musiques électroniques » a été réalisée sur la période 2004, 2005 auprès d'une population d'amateurs de musique dite "Electro". Ceux-ci ont été recrutés dans différents types de soirées, appartenant toutes à l'espace festif « musiques électroniques » dans le but d'étudier plus spécifiquement les groupes de sujets appartenant à des milieux festifs spécifiques, ceux-ci ont été repartis en groupe d'affinité¹ : le groupe alternatif, les amateurs de soirées urbaines, de clubbing et le groupe select.

Caractéristiques des répondants **génériques**

Sur le site de Rennes, 300 participants ont répondu à l'enquête dont 63.3% sont des hommes (N=190). Les sujets ont été recrutés pour 29.3% d'entre eux en clubbing (N=88), 23% en Free parties (ou rave) (N=69) et 47.6% dans des soirées dites urbaines (N=143). L'âge moyen des répondants est de 23.92 ans (ES = 4.46).

Les pratiques festives

Les lieux privilégiés pour faire la fête

Les soirées qui semblent être le plus prisées par les répondants pour faire la fête sont les concerts et les festivals. En effet, la plupart déclare y être allé plus de 10 fois au cours de leur vie. Il apparaît par ailleurs, une moindre fréquentation des femmes par rapport aux hommes en rave parties, en Free parties et en teknival.

Rythme de sortie

En moyenne, les participants ont indiqué être sortis 3 week-ends au cours du mois qui a précédé l'enquête. Aucune différence n'a pu être mise en évidence entre les garçons et les filles. La très large majorité soit 69.66% des répondants indiquent être rentrés de ces soirées avant 7 heures du matin (N=209). A ces sorties du week-end, il faut ajouter pour 43% des répondants (N=129) des sorties en semaine, occasionnelles voire fréquentes.

¹ Groupe alternatif : il regroupe les amateurs de free parties et rave parties, le plus souvent organisées à l'extérieur, les free regroupent entre 200 et 2 000 personnes environ. Elles sont gratuites ou sur donation. Les amateurs de free revendiquent une image décalée et de « contre-culture ». Les compositions musicales appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille Electro : Hard-core, Hard-teck, Tribe.

Les rave parties à entrée payante regroupent jusqu'à 6 000 personnes dans des lieux couverts loués pour l'occasion (période d'hiver). Les amateurs de rave se perçoivent également comme porteurs d'une contre culture mais teintée d'une composante plus hédoniste. Les styles de musique écoutés sont différenciés le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres : Trance, jungle, Drum'n'bass, mais aussi Hard-core et Hard Teck.

Groupe Soirées urbaines : défini comme plus mélomane que les autres, se retrouve dans des bars musicaux et parfois en festival Electro. Ses membres choisissent avant tout un lieu pour sa programmation musicale. La proportion d'étudiants est plus importante que dans les autres groupes. Les courants musicaux appréciés dans ce groupe sont variés et couvrent pratiquement le panel de ce qui s'écoute par ailleurs dans l'espace alternatif : Hard-core et Hard Teck, Tribe, Drum'n'bass, Jungle, Trance, Electro Dub... Les principaux recoupements de population relèvent de la porosité observée avec le groupe alternatif.

Groupe Clubbing : est amateur d'établissement étiqueté « club Electro » (boîte de nuit et lieux de « before ») dont certains sont labellisés « Gay Friendly ». Ce groupe est essentiellement constitué d'une population hédoniste, qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Les musiques diffusées sont généralement la House, la Dance, courants musicaux rarement ou jamais entendus en soirées urbaines ou alternatives. Cependant des styles plus appréciés par les esthètes du son électronique peuvent être diffusés : Trance, Jungle, Electro Dub, Drum'n'bass.

Groupe Select : fréquente des lieux on accède le plus souvent par cooptation et cultive l'entre soi et une image chic et branchée. Les autres groupes d'affinité qualifient les lieux de prédilection Select de « bourgeois », et décrivent leur programmation musicale composée essentiellement de House et de Dance. Le groupe Select ne se recoupe que peu ou pas avec les autres.

Substances psycho actives chez les amateurs de l'espace festif Electro : principaux résultats

(2/3)

Les déplacements

51% des répondants indiquent se déplacer par leur propre véhicule motorisé pour se rendre sur le lieu de leur sortie (N=153). 14% y vont à pied (N=42) et 2.3% en vélo (N=7). Les autres sujets indiquent se déplacer soit en véhicule privé motorisé qu'ils ne conduisent pas (N=79) ou en taxi (N=17). Le choix du mode de déplacement est dépendant du fait que les individus conduisent ou pas dans la vie de tous les jours.

S'agissant de la conduite sous l'empire d'une substance psycho active, 32.2% des répondants déclarent avoir conduit en ayant un taux d'alcoolémie supérieur à 0.5g par litre de sang (sur la période allant de janvier 2003 à janvier 2005). 67.8% déclarent ne pas avoir conduit sous l'empire de l'alcool sur cette période. 46.8% déclarent avoir déjà conduit sous l'emprise du cannabis sur cette même période 2003-2005. Enfin, 18.3% des individus déclarent avoir déjà conduit sous l'emprise d'une autre drogue ou de médicaments lesquels pouvaient altérer leur conduite (les substances consommées dans ce cas sont soit de la cocaïne, de l'ecstasy, des amphétamines ou de l'héroïne).

Les raisons qui amènent à sortir le soir

Globalement, ce qui pousse les répondants à sortir le soir, c'est principalement le souhait d'écouter de la musique et de rencontrer des amis et/ou de nouvelles personnes. Toutefois, selon les groupes d'affinité, les motivations recherchées lors des sorties ne sont pas les mêmes. Ainsi, les sujets issus des soirées urbaines et des Free-parties recherchent davantage lors de leurs sorties la possibilité de pouvoir se procurer des drogues ou de pouvoir écouter un certain type de musique contrairement aux sujets issus des soirées clubbing.

Les consommations

L'alcool et le tabac

Le tabac

85.3% des répondants indiquent fumer du tabac (N=255). Parmi les fumeurs, 8.6% indiquent avoir fumé moins d'une cigarette par jour au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=22), 45.9% déclarent en avoir fumé entre 1 et 10 par jour (N=117), 33.3% en ont fumé entre 11 et 20 (N=85) et enfin, 12.2% avoir fumé plus de 20 cigarettes par jour (N=31).

L'alcool

96.3% des sujets déclarent avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédent l'enquête (N=289). Pour la plupart d'entre eux (44.3%), la consommation a eu lieu durant un ou deux jours au cours de la semaine (N=128).

24% des individus déclarent une consommation de un ou deux verres par occasion de consommation, 21.9% déclarent en consommer entre trois et quatre, 22.6% déclarent en consommer entre 5 et 6 et enfin, 31.6% déclarent une consommation supérieure à sept verres.

Le nombre moyen d'ivresses au cours des 30 derniers est de 2.50 (ES=3.27). Globalement, les filles en déclarent moins (M2=1.28 ; ES=1.83) que les garçons (M1=3.19 ; ES=3.68).

Substances psycho actives chez les amateurs de l'espace festif Electro : principaux résultats

(3/3)

Les substances illicites

S'agissant des substances psycho-actives illicites, le cannabis, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, le LSD et la cocaïne sont les produits les plus consommés par les individus. Poppers, speed, benzodiazépine, Freebase, Rachacha, Kétamine et héroïne sont des substances pour lesquelles la plupart des sujets déclare n'en avoir jamais consommé et ne s'en être d'ailleurs jamais vu proposé.

Une analyse par corrélation indique que la plupart des produits hormis les poppers sont plus fréquemment expérimentés par les sujets qui fréquentent les fêtes urbaines et les free-parties que par ceux fréquentant les clubs. Cette donnée est cohérente au regard du choix manifesté par ces individus de recherche de produits lors de leurs sorties.

Enfin, une analyse de l'âge moyen des premières prises de substances psycho actives met en évidence une chronologie de première consommation relativement dépendante de la facilité d'accès au produit. Ainsi, cannabis, champignons hallucinogènes, ecstasy, poppers et LSD ont été consommés avant 18.5 ans. Ces produits sont généralement plus faciles d'accès que les autres substances psycho-actives, lesquelles sont généralement consommées après l'âge de 19 ans.

Les poly consommations

16.3% des répondants ont indiqué avoir consommé au moins une fois au cours d'une même soirée, différentes substances psycho actives (N=49), et 17% indiquent l'avoir fait plusieurs fois (N=51). En moyenne 3.24 produits (ES= 0.49) ont été consommés lors de ces occasions. Aucune différence significative n'est à noter entre les garçons et les filles. Les produits associés le plus souvent sont, l'alcool, le cannabis pour 77% des « poly consommateurs » (N=77), la troisième substance étant la cocaïne dans 37.7% des cas (N= 29), ou l'ecstasy pour 27.3% des répondants (N=21), ou encore l'héroïne pour 16.9% des sujets (N=13). De façon plus marginale, on retrouve en association les poppers, les champignons, le speed, le LSD ou encore le crack.

Les modes de consommation

51.2% des sujets déclarent avoir déjà pratiqué le sniff (N=152). Parmi eux, 52.0% déclarent l'avoir fait au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=79). 60.8% indiquent ne jamais partager leur paille (N=48), 13.9% disent l'avoir fait une fois (N=11) et 25.3% l'ont fait plusieurs fois (N=20).

S'agissant des administrations par injection, 97.0% des sujets déclarent n'avoir jamais utilisé ce mode d'usage (N=287), 2.4% l'ont fait, mais pas au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=7), et 0.7% l'ont fait au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=2). Dans ces deux situations les usagers déclarent ne pas avoir partagé leur matériel qu'il s'agisse de la seringue, du coton, de la cuillère, des filtres ou de l'eau de rinçage.

Les dépistages (VIH, VHC) au cours de la vie

Le VIH

56.3% des répondants indiquent avoir déjà pratiqué un dépistage au VIH au cours de leur vie. Ce dépistage s'est avéré être positif pour un individu. Il est à noter toutefois, que la très grande majorité des dépistages date de plus de six mois (82.3%).

L'hépatite C

S'agissant du dépistage au VHC, 39% des répondants indiquent l'avoir réalisé. Le résultat a été positif pour 4 répondants. Le dépistage a été réalisé dans la plupart des cas plus de six mois avant l'enquête (86%).

Références utiles (1/2)

BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S., **Drogues à l'adolescence en 2005 : Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD**. OFDT, 2007, 77 p. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsln5.pdf>

BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S., **Analyse régionale ESCAPAD 2005 : les consommations de produits psycho actifs à 17 ans en Bretagne**. St Denis, OFDT, 2007. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html>

DAUPHINOT V., DUPRE C., GUEGUEN R., NAUDIN F., Réseau des Centres d'examens de santé. **Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2005**, Saint-Etienne : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé, juin 2008, 88 pages.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS) D'ILLE ET VILAINE, **Prévention des usages de drogues en Ille et Vilaine. Cadre de référence et guide pratique**, 2004, 75 pages. http://www.ille-et-vilaine.pref.gouv.fr/sections/documents/actualite/prevention_des_usage/downloadFile/file/prev_usages_drogues_35.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE, DIRECTION CENTRALE DE LA POLICE JUDICIAIRE, OFFICE CENTRAL POUR LA REPRESSION DU TRAFIC ILLICITE DES STUPEFIANTS (OCRTIS). **Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007**. OCRTIS, 2008, 119 p.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DRASS) DE BRETAGNE, **Plan Régional de Santé Publique (PRSP) Bretagne 2006-2010 : « La Bretagne en santé »**, Préfecture de Région Bretagne, 2006, 187 pages. <http://bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2006/octobre/em07.pdf>

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE (F.N.O.R.S.), **Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires**, *Etude réalisée dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports - Direction Générale de la Santé. (D.G.S.) et la FNORS ; FNORS, septembre 2007 – 101 pages - (Collection : Les études du réseau des ORS)*

GIRARD G., BOSCHER G., AMAR C., **TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues : Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 (site de Rennes)**.

HILL C., LAPLANCHE A., **Le tabac en France, les vrais chiffres**. La Documentation française, 2004. INSEE PREMIERE 2006 n° 1110

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES (OFDT), **Drogues et dépendances : données essentielles**. Paris, Editions La Découverte, 2005, 202 p. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05comp.pdf>

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT), CENTRE D'INFORMATION REGIONAL SUR LES DROGUES ET LES DEPENDANCES (CIRDD BRETAGNE), **Enquête ReLION, recensement Local d'Indicateurs pour l'Observation Nationale des actions de Prévention Liées aux Usages de Drogues (Tabac, Alcool, Médicaments Psychotropes, Drogues illicites et produits dopants)**. OFDT, 2007.

OBSERVATOIRE NATIONAL INTERMINISTRIEL DE SECURITE ROUTIERE (ONISR), **La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2007 : éléments essentiels** http://www2.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/0-00_donnees-essentielles.pdf

PREFECTURE DES COTES D'ARMOR, DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS) DES CÔTES D'ARMOR, **Plan départemental de lutte contre les drogues, l'alcool et le tabac**. Préfecture des Côtes d'Armor, 2005, 5 pages.

Références utiles (2/2)

PREFECTURE DU FINISTERE, DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS) DU FINISTERE, **Programme départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l' alcool -2005-2008**. Préfecture du Finistère, 2005, 49 pages.

PREFECTURE D'ILLE ET VILAINE, DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS) D'ILLE ET VILAINE, **Programme départemental de prévention des usages de drogues - 2005-2008**. Préfecture d'Ille-et-Vilaine, 2005, 64 pages.

PREFECTURE DU MORBIHAN, DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS) DU MORBIHAN, **Programme de prévention des addictions dans le Morbihan- drogues illicites, tabac, alcool -2005-2008**. Préfecture du Morbihan, 2005, 56 pages.
http://www.morbihan.pref.gouv.fr/prefecture/Informations_generales/Securite/securite_publicue/MILDT_2005-2008/Programme_complet_au_07-10-2005.pdf

TRON I., PENNOGNON L., QUEGUINER E., MOREL S., CAMPILLO B., **La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007. Principaux constats**. Juillet 2008. Enquête mise en œuvre par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne sous la direction du Dr Isabelle Tron, Rennes : ORS Bretagne, juillet 2008, 24 pages
http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11310502004.pdf

TRON I., PENNOGNON L., Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), **La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. Synthèse des premiers résultats**. ORS Bretagne, juin 2007 – 16 pages
http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11271302004.PDF

TRON I., PENNOGNON L., Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), **La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. La consommation de tabac**, ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages
http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd21293102004.pdf
La consommation d'alcool, ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages
http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11293102004.pdf
La consommation de produits illicites. ORS Bretagne, janvier 2008 - 8 pages
http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd31293102004.pdf

WHO **Report on the Global Tobacco Epidemic**, 2008 : The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 (342 pages)
<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>



CIRDD Bretagne
9, Place du Général Koenig
35000 RENNES
02.23.20.14.60
cirdd@cirdd-bretagne.fr



ORS Bretagne
Centre d'Affaires Patton
8 D rue Franz Heller
CS 70625
35706 RENNES CEDEX 7
02.99.14.24.24
www.orsbretagne.fr

Ce Tableau de bord faisant un « Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne », rassemble les indicateurs disponibles selon les rubriques suivantes :

- les consommations déclarées
- les consommations estimées
- les infractions à la législation
- le recours aux soins
- les dispositifs de réduction des risques
- les conséquences sanitaires des usages de drogues
- les études et recherches



DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES
SANITAIRES
ET SOCIALES
DE BRETAGNE



Parution :

Novembre 2008

ISBN 978-2-905796-53-0