

Addictions

Synthèse documentaire

• SYNTHÈSE

• POITOU-CHARENTES

ADDICTIONS

Addictions

Synthèse documentaire

Les auteurs

Stéphane ROBIN

Fanny MOREAU

Comité de pilotage

Maryse DEPESER – ARS

Stéphane ROBIN – ORS

Remerciements

L'équipe de l'ORS remercie pour leurs contributions et leurs relectures :

- La Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale de l'ARS Poitou-Charentes
- Brunot Clément de l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Vienne

Sommaire

I. CONTEXTE	5
II. OBJECTIF	5
III. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	5
IV. DEFINITION DES THEMES	6
V. LES DETERMINANTS	7
V.1. Les addictions avec produits :	7
V.2. Les addictions sans produit	7
V.2.1. La cyberdépendance	7
V.2.2. Les addictions aux jeux ou jeu pathologique	7
V.2.3. Addiction aux achats ou achats compulsifs	8
V.2.4. Addiction au travail	8
V.2.5. Addiction à l'activité physique	8
V.2.6. Les troubles des conduites alimentaires	8
VI. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN POITOU-CHARENTES	9
VI.1. Les prévalences des addictions	9
VI.1.1. Le tabac	9
VI.1.2. L'alcool	10
VI.1.3. Le cannabis	11
VI.1.4. Les autres drogues	11
VI.1.5. Les pratiques addictives en milieu de travail	13
VI.1.6. La cyberdépendance	13
VI.1.7. Les jeux d'argent et de hasard	13
VI.1.8. L'addiction aux achats ou achats compulsifs	14
VI.1.9. Les troubles du comportement alimentaire	14
VI.2. La mortalité liée aux addictions	14
VI.2.1. Le tabac	14
VI.2.2. L'alcool	16
VI.3. La morbidité liée aux addictions	18
VI.3.1. Le tabac	18
VI.3.2. L'alcool	20
VI.3.3. Le cannabis	21
VI.4. Les autres conséquences des addictions	21
VI.4.1. Les accidents	21
VI.4.2. Les violences	22
VI.4.3. Les pathologies psychiatriques	22
VI.4.4. Autres dommages	22
VI.5. Le fardeau global des consommations de produits psychoactifs en France	22

VII. LES POLITIQUES DE PREVENTION	24
VII.1. Au niveau national	24
VII.1.1. Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017	24
VII.1.2. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 de la Direction Générale de la Santé	25
VII.2. Au niveau régional	26
VII.2.1. Le Plan Régional de Santé : le Schéma de prévention de l'ARS (SRP)	26
VII.2.2. Le schéma régional de l'offre de soins en addictologie en Poitou-Charentes 2009-2013 (SROS)	26
VII.2.3. Le schéma régional médico-social d'addictologie en Poitou-Charentes 2009-2013	27
VII.2.4. Les crédits MILDT dans la région	27
VII.2.5. Les actions de promotion de la santé et de prévention des risques financées par la Direction de santé publique de l'ARS dans la région	27
VIII. LES DISPOSITIFS D'ECOUTE, DE REPERAGE ET D'ORIENTATION	29
VIII.1. Les Espaces Santé Jeunes	29
VIII.2. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)	30
VIII.3. Les Maisons de l'adolescent	30
VIII.4. Les missions locales	30
VIII.5. Les Points Accueil Ecoute Jeunes	30
IX. L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE (38) (36)	30
IX.1. Dispositifs nationaux de prise en charge	30
IX.1.1. Dispositif de soins sanitaires	30
IX.1.2. Le dispositif de soins médico-sociaux	32
IX.1.3. Le dispositif de Réduction des Risques (RDR)	34
IX.2. Offre de prise en charge des addictions dans la région	35
X. ECONOMIE DE LA SANTE	36
X.1. La dépense publique	36
X.1.1. Une estimation plus récente de la dépense publique par l'OFDT	37
X.2. Le coût social	38
XI. BIBLIOGRAPHIE	40

Tables des tableaux

Tableau 1. Evolution de la fréquence des Consommations Ponctuelles Importantes entre 2005 et 2010 en France, parmi les 18-75 ans et les 18-25 ans (%)	10
Tableau 2. Taux comparatif de mortalité liée au tabac sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	14
Tableau 3. Taux comparatif de mortalité prématurée liée au tabac sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	15
Tableau 4. Taux comparatif de mortalité liée à l'alcool sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	16
Tableau 5. Taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	17
Tableau 6. Priorités et objectifs du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011	25
Tableau 7. Nombre d'actions et financements par opérateur	29
Tableau 8. Dispositifs de prise en charge et de réduction des risques en Poitou-Charentes	35
Tableau 9. Dépense publique et coût social des drogues	36
Tableau 10. Coût social des drogues en France (millions d'euros)	38

Table des figures

Figure 1. Statut tabagique selon l'âge (%)	9
Figure 2. Consommateurs d'au moins six verres en une même occasion selon la fréquence et le sexe (%)	10
Figure 3. Niveaux de consommations déclarés par les lycéens en France et dans la région Poitou-Charentes (%)	12
Figure 4. Niveaux de consommations déclarés par les apprentis de la région Poitou-Charentes âgés entre de 15 à 16 ans, selon le sexe (%)	12
Figure 5. Evolution du taux comparatif de mortalité liée au tabac sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)	15
Figure 6. Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée liée au tabac sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)	16
Figure 7. Evolution du taux comparatif de mortalité liée à l'alcool sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)	17
Figure 8. Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée liée à l'alcool sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)	18
Figure 9. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD liées à la consommation de tabac sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)	19
Figure 10. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD prématurée liées à l'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)	19
Figure 11. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD liées à la consommation d'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)	20
Figure 12. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD prématurée liées à la consommation d'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)	21
Figure 13. Évolution des accidents mortels de la route, et des accidents mortels avec un conducteur présentant une alcoolémie positive en France depuis 1995	22
Figure 14. Poids des consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool et autres drogues) dans le Fardeau Global des Maladies par âge en France en 2010 (%)	23

Figure 15.	Répartition des financements en 2012 pour des actions Addiction (en milliers d'€) et nombre d'actions par territoire d'intervention	28
Figure 16.	Territoires couverts par des actions liées aux pratiques addictives financées dans le cadre du PRAPS en 2012	28
Figure 17.	La dépense publique réalisée entre 2008 et 2010 pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention et prise en charge des conduites addictives (crédits de l'Etat et de l'Assurance maladie)	37

I. Contexte

Dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes et de la création de plateformes thématiques, l'ORS est chargé de produire des synthèses documentaires sur différents thèmes. Après concertation interne à la DSP, la plateforme « Santé mentale, prévention du suicide, addictions » bénéficiera de deux synthèses : « Santé mentale et prévention du suicide » et « Addictions ».

Ces synthèses documentaires s'appuient sur une recherche bibliographique qui a fait l'objet d'une analyse, puis d'une mise en forme spécifique. La recherche bibliographique a ciblé la définition des thématiques, des enjeux (prévention, prise en charge et économie) et les sources et documents de référence. Enfin, ces synthèses documentaires feront l'objet d'une présentation aux membres des plateformes thématiques de l'ARS Poitou-Charentes.

II. Objectif

Objectif général :

Apporter une connaissance fiable et actualisée aux membres de la plateforme sur les thématiques qui y seront développées.

Objectifs spécifiques :

- Définir les termes
- Décrire l'état de la connaissance épidémiologique : prévalence nationale et régionale, facteurs de risques et facteurs de protection
- Décrire les orientations stratégiques nationales et régionales en matière de prévention et de prise en charge
- Décrire les enjeux économiques

III. Méthodologie de travail

- Recueillir et analyser la littérature internationale, nationale et régionale :

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en juin 2013. Cette recherche s'appuyait sur un mot clé principal : addiction, et des mots clés ont été associés : déterminants, mortalité, coût, prévalence, morbidité, prévention, plans nationaux et régionaux ... Le recueil bibliographique a principalement été fait sur internet à l'aide de différentes bases de données : Doc'CISMeF, Pub Med, INPES, INSEE, InVS, OMS, OFDT, Ministère de la santé, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.

- Rédiger la synthèse documentaire
- Faire des points réguliers sur l'avancée des travaux avec le responsable de la thématique au sein de la plate-forme pour validation par le DSP et les personnes compétentes sur les items
- Présenter les informations lors d'une réunion des membres de la plateforme

IV. Définition des thèmes

L'addiction peut être définie de plusieurs manières :

1. L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et par la poursuite de comportements en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Il peut s'agir d'addictions comportementales ou d'addictions à des produits (usage nocif ou dépendance)(1). L'OMS définit l'addiction comme "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements".

La notion d'addiction a permis de passer d'une conception qui mettait en avant le produit, à une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule. L'approche addictologique relativise la part et les effets du produit pour s'intéresser à l'installation et la pérennisation du comportement pathologique chez les individus. Elle prend en considération les facteurs de vulnérabilité et permet ainsi de mieux penser, et donc de traiter le début des troubles et les poly consommations. Elle fait également la place aux addictions comportementales (le jeu pathologique par exemple)(1).

Tout consommateur de produits psychoactifs n'est pas addict. L'addiction sous-entend la perte progressive de contrôle de la consommation, malgré l'existence de dommages personnels, sanitaires ou sociaux, ce qui traduit l'altération des mécanismes fondamentaux de contrôle du plaisir et des émotions. Ce qui était, à l'origine un plaisir contrôlable devient un besoin incoercible. L'existence de la perturbation des mécanismes neurobiologiques et neurophysiologiques met en évidence qu'il ne s'agit pas d'un « vice » ou de « manque de volonté » mais bien d'une maladie. Cette perte de contrôle est insidieuse, lente et progressive. Elle est également plus ou moins importante et plus ou moins réversible selon la gravité de l'addiction (1).

2. Le DSM-IV¹ définit l'addiction comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative (avec des signes physiques et psychiques). Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-dessous sur une période d'un an (2) :

- une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial,
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage,
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait,
- des efforts infructueux pour contrôler la consommation,
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit. Les activités sociales, culturelles ou de loisirs sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne,
- une poursuite de la consommation malgré la conscience (insight) des problèmes qu'elle engendre,

Tolérance et sevrage constituent la dépendance physique, et ne recouvrent que deux critères sur sept. Il est donc possible d'être dépendant au sens du DSM sans avoir développé de tolérance physique (2).

Les pathologies classées dans les champs des addictions sont :

- les addictions aux substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues, etc.)
- les addictions sans produits (l'anorexie-boulimie, l'addiction sexuelle, l'addiction au travail, le jeu pathologique ou les achats compulsifs) (2).

¹ Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, connu sous le titre de DSM-IV est un manuel publié par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) qui inclut les troubles reconnus de la santé mentale.

V. Les déterminants

V.1. Les addictions avec produits :

L'installation d'une pratique addictive née d'une « interaction entre la fragilisation personnelle, des situations déclenchantes et la rencontre avec un produit ». L'addiction « comporte elle-même des conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales susceptibles de renforcer les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation »(3). Les auteurs précisent que pour que la « rencontre » entre le produit et un individu ait lieu, il faut qu'il y ait à la fois un malaise et que le produit en question ait un effet sur le malaise.

Les facteurs de fragilisation identifiés sont :

- Les états affectifs : anxiété, difficultés interpersonnelles, dépression
- Les facteurs de personnalité : recherche de sensations, impulsivité, difficultés de communication, faible estime de soi, une asservité basse et/ou les traits de personnalité antisociale, dépendante, limite narcissique.

Les situations déclenchantes sont :

- Situations de vides affectifs ou motivationnels marqués par une absence d'options positives, par un faible soutien social
- Périodes critiques de l'existence (adolescence, divorce, isolement, stress ...)

L'installation d'une addiction se situe donc à la rencontre entre un produit (plus ou moins addictogène), un individu (plus ou moins vulnérable) et un environnement (plus ou moins incitatif)(1).

V.2. Les addictions sans produit

Les facteurs de risque des addictions sans produit présentés ci-après sont issus d'une étude bibliographique de l'ORS Franche-Comté (4).

V.2.1. La cyberdépendance

Les facteurs de risque de l'addiction à internet qui reviennent le plus souvent dans la littérature sont :

- La sensation de plaisir, de relâchement et de divertissement associé à l'utilisation de l'outil ;
- La recherche et la satisfaction de besoins relationnels et sexuels ;
- Le genre ;
- Les familles qui s'éloignent du schéma classique (familles monoparentales, familles recomposées...) ;
- Les catégories sociales des ouvriers et professions intermédiaires.

V.2.2. Les addictions aux jeux ou jeu pathologique

Les facteurs de risque de dépendance au jeu pathologique les plus rapportés dans la littérature sont :

- Le genre masculin ;
- L'âge ;
- La précocité du jeu ;
- Les caractéristiques propres du jeu (plus le délai entre la mise et le gain attendu est court, plus la possibilité de répétition de la séquence de jeu est élevée, et plus le risque d'addiction est grand) ;
- Un bas niveau socio-économique, et un niveau d'éducation faible ;

- Un gain financier important ou une perte significative lors des premières expériences de jeu ;
- La disponibilité de jeu (internet étant dans ce contexte un facteur favorisant).

Les auteurs rapportent une association du jeu pathologique avec essentiellement un ou plusieurs troubles psychiatriques dont les plus fréquemment mentionnés sont :

- Les troubles dépressifs ou anxieux ;
- Les troubles de la personnalité ;
- Les troubles de panique ;
- Les troubles de l'humeur ;
- Les troubles liés à l'usage ou l'abus d'une substance (tabac, alcool...).

V.2.3. Addiction aux achats ou achats compulsifs

Les études indiquent que les achats compulsifs concernent essentiellement les femmes, de 30 à 40 ans d'âge moyen, et de bon niveau professionnel et scolaire.

A un moment de leur existence, les acheteurs compulsifs présentent au moins un trouble psychiatrique, dont les plus rapportés dans la littérature sont :

- Les troubles de l'humeur ;
- Les troubles anxieux.

V.2.4. Addiction au travail

Les personnes les plus exposées au travail pathologique présentent le plus souvent :

- Une hyperactivité ;
- Un esprit de compétition et de défi ;
- Une forte personnalité d'entreprise ;
- Un désir illimité de satisfaction professionnelle ;
- Un véritable culte de l'entreprise et du travail ;
- Une relation difficile avec les loisirs ;
- Une détente difficile pendant les vacances et les week-ends (amener du travail à continuer même sur le lieu des vacances) ;
- Une négligence de la vie familiale (conjoint(e) et enfants) ;
- Une existence de manifestations de stress au travail

V.2.5. Addiction à l'activité physique

Les comorbidités les plus retrouvées chez les sujets dépendants à l'exercice sont :

- Les troubles dysmorphophobiques ;
- Les troubles de la personnalité ;
- Les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie) ;
- Les autres addictions.

V.2.6. Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles alimentaires (anorexie et boulimie) se déclenchent le plus souvent à 13-14 ans ou 16-17 ans pour l'anorexie, et à 19-20 ans pour la boulimie. La prédominance féminine est nette : 8 à 9 cas sur 10.

Les facteurs de vulnérabilité relevés dans la littérature sont :

- L'hérédité génétique
- Les troubles de l'attachement et du développement parfois favorisé par des traumatismes et des événements de la vie aux conséquences négatives.

VI. La situation épidémiologique en Poitou-Charentes

VI.1. Les prévalences des addictions

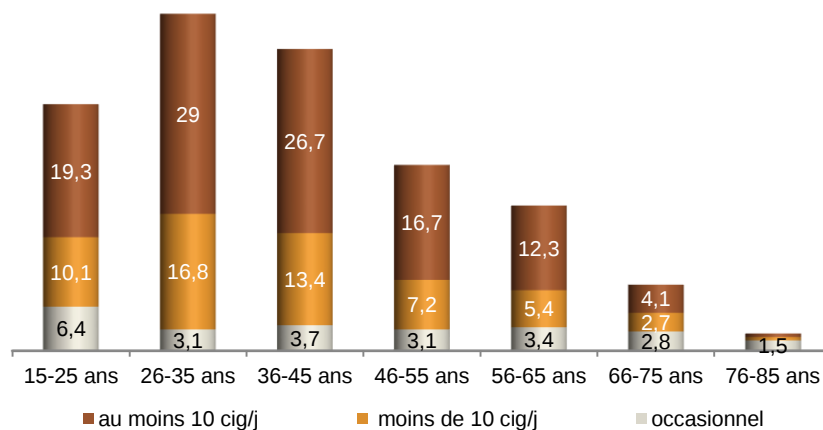
VI.1.1. Le tabac

En France, la consommation de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 chez les 18-75 ans. Cette augmentation serait liée à l'augmentation de la consommation chez les femmes(1).

Dans la région, cette augmentation n'a pas pu être mise en évidence sur cette période selon les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010. Un quart des picto-charentais ont déclaré être fumeur quotidien. Selon ces données, dans la région, les hommes de 15-85 ans sont toujours un peu plus fréquemment fumeurs que les femmes : un homme sur trois contre une femme sur quatre. C'est entre 26 et 35 ans que la proportion de fumeurs est la plus importante, puis entre 36 et 45 ans.

D'après les données de l'enquête ESCAPAD 2011, à 17 ans, la proportion de fumeurs réguliers est de 32 % dans la région ce qui est comparable au niveau national. (5)

Figure 1. Statut tabagique selon l'âge (%)



Source : Baromètre santé Poitou-Charentes 2010(6)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) met à disposition (en ligne sur Internet : <http://www.ofdt.fr>) un tableau de bord mensuel regroupant des indicateurs, tels que les ventes de tabac (7), de traitements d'aide à l'arrêt ainsi que les recours aux consultations de tabacologie, ou encore les nombres d'appels vers les lignes spécialisées pour l'arrêt du tabac (INPES et ADALIS).

D'après ces données, de septembre 2012 à septembre 2013, la vente de cigarettes en France a diminué de 13 % tandis que le prix de vente a augmenté de près de 10 %. La vente de tabac à rouler a également diminué mais à un niveau moindre (-6 %) tandis que son prix a augmenté plus fortement (+17 %).

Sur la même période, la vente de traitements d'aide à l'arrêt a diminué de 13 %. Si les timbres transdermiques (-10 %) et les formes orales (-14 %) ont diminué dans des proportions moyennes, la diminution observée sur le Zyban (-37 %) et le Champix (-43 %) est beaucoup plus forte.

VI.1.2. L'alcool

En France, globalement la consommation quotidienne d'alcool baisse depuis les cinquante dernières années et elle a baissé entre 2000 et 2005 chez les 15-75 ans, comme en Poitou-Charentes.

Dans la région, les 15-75 ans étaient 22 % à déclarer boire tous les jours en 2000 contre 13 % d'entre eux en 2010. Chez les 17 ans, cette proportion atteint 12 % dans la région (comparable au niveau national) et n'a pas évolué depuis 2008. (5)

L'INPES a réalisé des comparaisons entre les données régionales et nationales dans son atlas des usages de substances psychoactives 2010 (8). Seule la consommation hebdomadaire d'alcool fort apparaît plus importante dans la région qu'en France : 19,6 % contre 15,7 %.

Au niveau national, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 (indicateur non disponible auparavant) chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes (5). De même, selon l'INPES et les données du Baromètre santé 2010, les épisodes de consommation ponctuelle importante ont augmenté depuis 2005 chez les 18-75 ans et surtout chez les plus jeunes (18-25 ans). L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de cette tranche d'âge, même si cette pratique reste chez elles encore bien moins fréquente que chez les hommes(9).

Tableau 1. *Evolution de la fréquence des Consommations Ponctuelles Importantes² entre 2005 et 2010 en France, parmi les 18-75 ans et les 18-25 ans (%)*

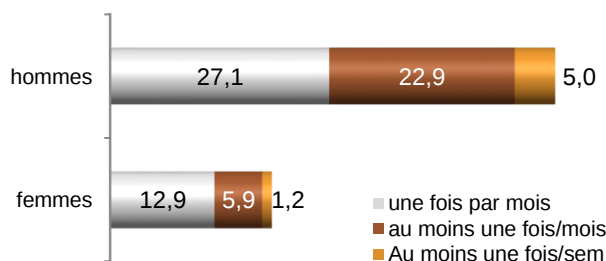
	2005	2010	Test significativité
18-75 ans	34,0	36,7	<0,001
18-25 ans	44,4	53,2	<0,001

Sources : Baromètre santé 2010(9)

Exploitation : INPES

Dans la région, plus d'un tiers des 15-85 ans déclare avoir bu six verres d'alcool ou plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois. Pour 20 % d'entre eux, cet usage a eu lieu moins d'une fois par mois, et pour 3 %, au moins une fois par semaine.

Figure 2. *Consommateurs d'au moins six verres en une même occasion selon la fréquence et le sexe (%)*



Source : Baromètre santé Poitou-Charentes 2010(6)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Dans l'enquête ESCAPAD 2011 menée auprès des jeunes de 17 ans, dans la région, 58 % déclarent avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion au moins une fois dans le mois. C'est plus important qu'au niveau national (53 %). De plus, 25 % déclarent avoir eu ce type de consommation au moins trois fois dans le mois (contre 23 % au niveau national). Enfin,

² CPI : au moins six verres d'alcool consommés en une même occasion dans les 12 derniers mois

31 % d'entre eux sont concernés par les ivresses répétées (au moins trois dans l'année) ce qui est plus important qu'au niveau national. (5)

VI.1.3. Le cannabis

En France comme dans la région, la proportion de consommateurs de cannabis dans l'année est restée stable depuis 2000. Chez les 15-64 ans, dans la région, elle se situe à 6 %. Cependant, la région enregistre une diminution de la consommation dans le mois avec une proportion des 15-64 ans concernée, qui atteignait 4 % en 2000 contre 2 % en 2010. Cette consommation touche presque exclusivement les 15-25 ans et les 26-35 ans : respectivement 6 % et 3 %. Parmi les consommateurs dans l'année, près de 20 % en ont consommé au moins de temps en temps quand ils étaient seuls, une proportion comparable en a consommé au moins rarement avant midi (6).

Chez les jeunes plus particulièrement, les données régionales disponibles comparées aux données nationales ne mettent pas évidence de différence significative. Ainsi, dans la région, ils sont 39 % à avoir expérimenté le cannabis et 5,8 % à déclarer un usage régulier (au moins dix fois dans le mois), soit une proportion en baisse par rapport à 2003 (5).

VI.1.4. Les autres drogues

Les connaissances sur les consommations d'autres drogues illicites sont moins fournies étant donné la moindre importance du phénomène en termes de fréquence dans la population. Aussi des données sont disponibles en ce qui concerne les expérimentations mais les données statistiques qui concernent les comportements addictifs sont peu disponibles.

Chez les 17 ans, exceptés pour les champignons hallucinogènes pour lesquels l'expérimentation est plus élevée en Poitou-Charentes, les niveaux observés dans la région sont comparables au niveau national. (5)

Les dispositifs TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) de l'OFDT permettent de documenter la question. Depuis 1999, ils permettent d'identifier et de décrire les phénomènes émergents liés aux produits psychoactifs. Les observations récentes mettent en évidence une augmentation de la visibilité de la kétamine, notamment dans l'espace festif alternatif et beaucoup plus rarement en milieu festif conventionnel, voire également dans l'espace urbain. Quatre autres phénomènes notables ont été mis au jour en 2010. Il s'agit de la poursuite de la diffusion de l'héroïne sur le territoire français, de la diffusion de la MDMA³ dans sa forme « cristal », de l'accroissement de la circulation de cannabis à forte teneur en THC (tétrahydrocannabinol) ainsi que de l'autoproduction d'herbe, et enfin de l'émergence et la diffusion de nouvelles substances de synthèse imitant les effets de certaines drogues et souvent vendues sur Internet (10).

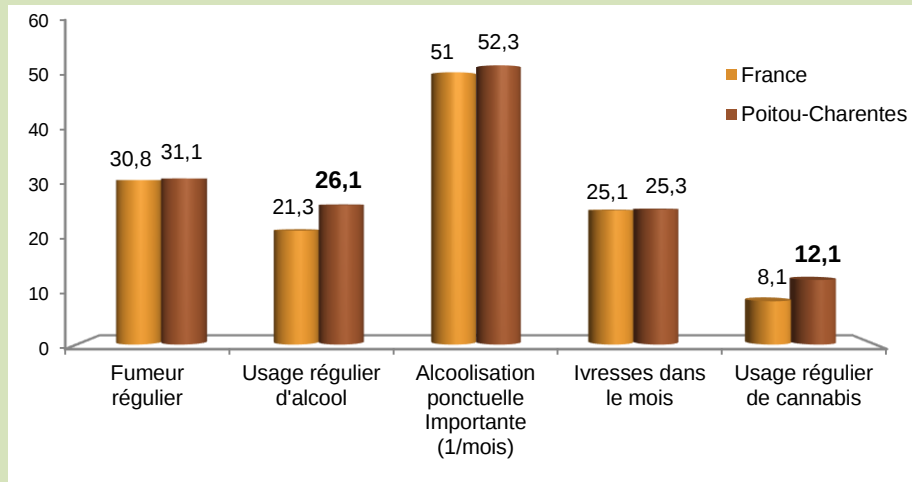
³ La méthylènedioxyméthamphétamine est le principe actif de l'ecstasy. C'est une molécule de la famille des amphétamines, mais aussi proche de l'hallucinogène mescaline.

Les consommations des lycéens

Enquête ESPAD Poitou-Charentes 2011 (11)

L'enquête ESPAD est une enquête européenne menée auprès des lycéens. Pour la première fois, des échantillons régionaux ont été constitués : Bretagne, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes. Les comparaisons réalisées par rapport au niveau national n'ont permis de mettre en évidence que peu de différences : les lycéens de la région ont plus fréquemment déclaré une consommation régulière d'alcool ainsi qu'une consommation régulière de cannabis (12) (Cf. figure 3).

Figure 3. Niveaux de consommations déclarés par les lycéens en France et dans la région Poitou-Charentes (%)



Sources : ESPAD Poitou-Charentes 2011 / ESPAD France 2011

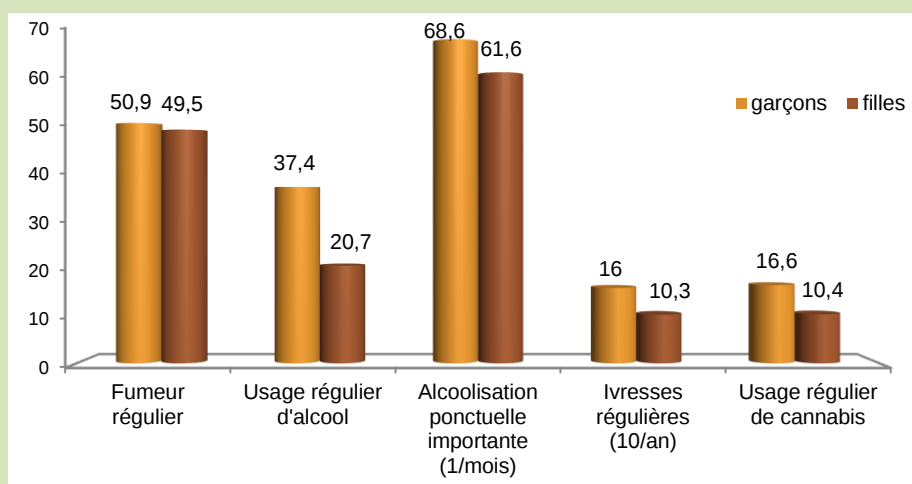
En **gras** : différences statistiquement significatives

Les consommations des apprentis

La santé des apprentis de Poitou-Charentes. Diagnostic santé 2013 (13)

Les niveaux de consommation observés chez les apprentis de 15-16 ans sont élevés, comparativement aux niveaux observés chez les lycéens du même âge (Cf. Les consommations des lycéens).

Figure 4. Niveaux de consommations déclarés par les apprentis de la région Poitou-Charentes âgés entre de 15 à 16 ans, selon le sexe (%)



Sources : Santé des apprentis de Poitou-Charentes 2013

En **gras** : différences statistiquement significatives

Le diagnostic santé sur les apprentis de la région Poitou-Charentes a été cofinancé par la Région Poitou-Charentes et l'Agence Régionale de Formation Tout au Long de la Vie. Ce diagnostic repose à la fois sur une étude des accidents du travail chez les apprentis, et sur une enquête quantitative et qualitative menée auprès d'un échantillon représentatif des apprentis de la région constitué de plus de 3 700 personnes, âgés entre 15 et 26 ans. Le rapport d'étude et la synthèse sont téléchargeables sur le site de l'ORS Poitou-Charentes.

VI.1.5. Les pratiques addictives en milieu de travail

Tous les secteurs d'activité sont concernés par les pratiques addictives. Les produits les plus fréquemment consommés sont l'alcool, puis les médicaments psychotropes, suivis du cannabis.

Selon le Baromètre santé 2010, 16 % des actifs occupés déclarent consommer de l'alcool sur le lieu du travail en dehors des repas et des pots des collègues. D'après une enquête de prévalence par questionnaires menée auprès de 1 406 salariés de la Loire (2007), 16,6 % des salariés ont recours à des médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs)(14).

VI.1.6. La cyberdépendance

Les données de la littérature indiquent chez les jeunes, les prévalences suivantes (4):

- **Dans la population des élèves :**
 - 0,9 % à 13,8 % d'addiction à Internet ; ses chiffres passent de 4,6 % à 11 % d'addicts dans la sous-population des utilisateurs journaliers d'Internet ;
 - 8,7 % à 37,9 % sont classés comme à risque de développer une addiction.
- **Dans la population des jeunes et / ou des adolescents :**
 - La prévalence de personnes addicts varie de 2 % à 37,9 % ;
 - Chez les utilisateurs journaliers d'Internet, la prévalence est d'au moins 4,6 %, et 4 % pour les joueurs jouant au moins une fois par semaine.

- **Dans la population des étudiants :**

Le nombre d'addicts est estimé entre 5,9 % et 20,7 % selon les études.

- **Dans la population générale :**

Les études réalisées en population générale indiquent des prévalences de 1,0 % à 56 % de personnes addicts chez les adultes.

VI.1.7. Les jeux d'argent et de hasard

VI.1.7.1. Jeux d'argent et de hasard et joueurs problématiques (15)

Près de un Français sur deux déclare avoir joué de l'argent au cours de l'année écoulée. Un joueur sur cinq a joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros. Il s'agit six fois sur dix d'hommes. Les jeux de tirage et de grattage, c'est-à-dire ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage, sont les plus pratiqués.

La prévalence du jeu excessif en France a pu être estimée pour la première fois en 2010 : elle s'établit à 0,4 % de la population des 18-75 ans, soit environ 200 000 personnes. Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9 % (soit approximativement 400 000 personnes), pour un total de 1,3 % de joueurs problématiques. Ces joueurs sont en moyenne plus jeunes, plus précaires et moins diplômés que la moyenne.

VI.1.7.2. Les jeux d'argent et de hasard sur Internet

Deux enquêtes(16), mises en place en 2012 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) et l'Observatoire des jeux (ODJ), ont permis d'approcher le phénomène des jeux d'argent et de hasard chez les internautes français jouant en ligne. Cette pratique est partagée par 3,7 % de la population française. Si elle est majoritairement régulée, la frontière entre l'offre légale et l'offre non régulée est mouvante et incertaine, à l'image de la perception que peuvent en avoir les joueurs. Les activités de jeux en ligne ont une dimension ludique non problématique pour la majorité des joueurs mais 10,4 % d'entre eux ont des pratiques à risque modéré et 6,6 % sont des « joueurs excessifs » qui ont des problèmes avérés nécessitant sans doute une prise en charge sanitaire et sociale. Ces

données confirment que ces activités sur Internet sont plus à risque que sur l'offre de jeu traditionnelle. Ce risque est encore majoré pour certaines catégories de jeu, notamment celles qui ne font pas partie du champ ouvert et régulé de la loi.

VI.1.8. L'addiction aux achats ou achats compulsifs

Dans l'étude de l'ORS Franche-Comté, les prévalences mentionnées font état d'une proportion de personnes concernées par les achats compulsifs variant de 1,1 % à 5,9 %. Chez les étudiants, la dépendance aux achats est identifiée chez 16 % des étudiants (4).

VI.1.9. Les troubles du comportement alimentaire

Dans la même étude (4), selon les prévalences présentées, l'anorexie concernerait 0,6 % à 4 % de la population en France, tandis que la boulimie concernerait 1,1 % des filles et 0,2 % des garçons.

VI.2. La mortalité liée aux addictions

VI.2.1. Le tabac

En France, environ 70 000 décès (plus d'un décès sur neuf) peuvent être attribués au tabagisme⁴, essentiellement du fait de cancers des bronches et des poumons, des cancers des voies aérodigestives supérieures, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires(1).

VI.2.1.1. Mortalité liée à la consommation de tabac

En France sur la période 2008-2010, sur 100 000 hommes, 208 sont décédés pour une cause liée à la consommation de tabac. Ils sont significativement moins dans la région avec 193 décès. C'est sur le territoire de santé des Deux-Sèvres, puis sur celui de Charente-Maritime Sud Est que les taux comparatifs de mortalité chez les hommes sont les moins importants avec une différence significative par rapport aux taux observés en France.

Les taux observés chez les femmes sont moindres que chez les hommes. Ils sont également moins importants dans la région qu'en France, dans les Deux-Sèvres et dans la Vienne par rapport aux valeurs nationales.

Tableau 2. *Taux comparatif de mortalité liée au tabac sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)*

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord Ouest	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	208	193	193	209	187	176	201
Femmes	67	61	64	66	63	55	58
Ensemble	125	117	118	125	117	107	118

Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

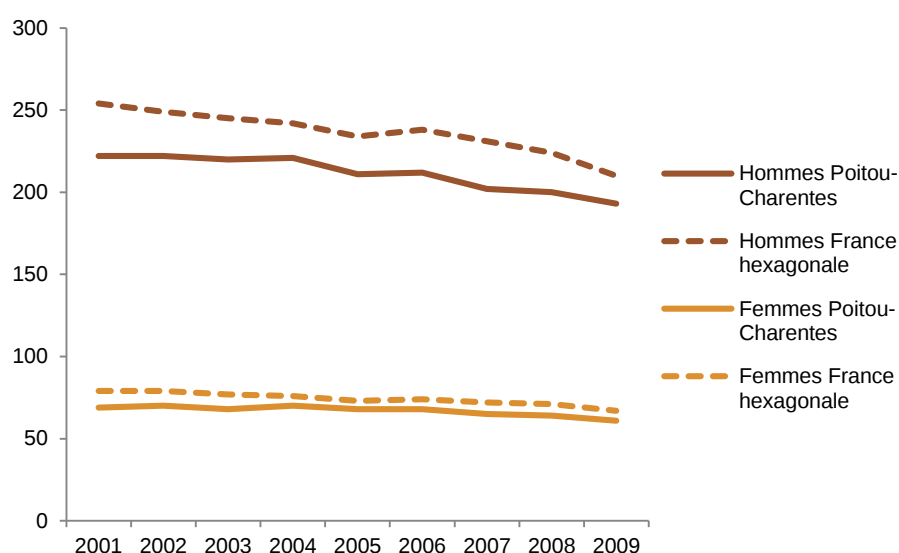
⁴ Les décès liés au tabac regroupent les décès par : - Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34) - Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité) - Cardiopathies ischémiques (CIM10 = I20-I25)

Evolution de la mortalité liée à la consommation de tabac

Pour les hommes comme pour les femmes, les taux comparatifs de mortalité liée à la consommation de tabac sont moindres dans la région par rapport au niveau national, et ce quelle que soit la période.

Ces taux en France comme dans la région, ont tendance à diminuer notamment chez les hommes. L'évolution observée est comparable à ce qui est observé au niveau national.

Figure 5. Evolution du taux comparatif de mortalité liée au tabac sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.2.1.2. Mortalité prématurée (moins de 65 ans) liée à la consommation de tabac

Aucune différence n'est mise en évidence entre les taux comparatifs de mortalité prématurée liée à la consommation de tabac observée dans la région et les taux nationaux, pour les hommes comme pour les femmes.

Tableau 3. Taux comparatif de mortalité prématurée liée au tabac sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente -Maritime Nord Ouest	Charente -Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	53,8	52,5	50,9	63,4	50,5	48,1	51,3
Femmes	14,8	14,6	14,7	19,4	15,6	13,1	11,2
Ensemble	33,8	33,1	32,5	40,5	32,5	30,4	31,0

Source : Score Santé

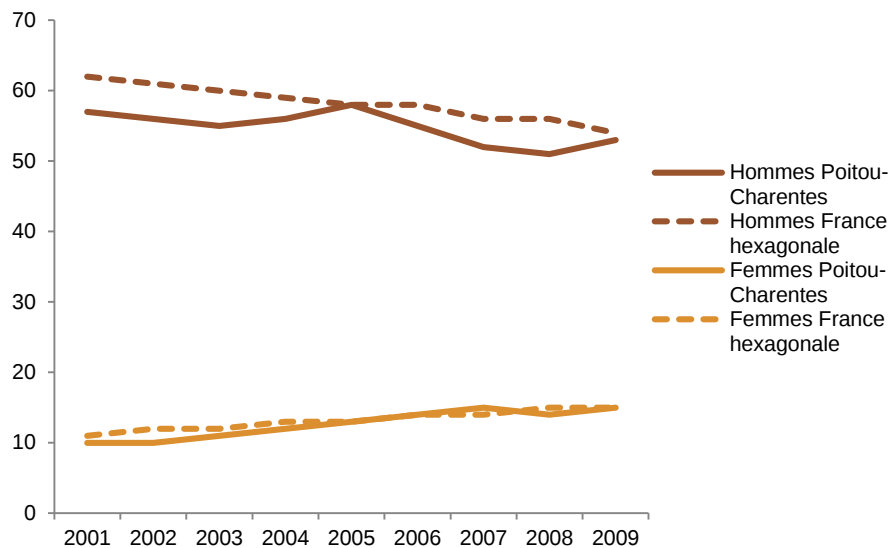
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

Evolution de la mortalité prématurée liée à la consommation de tabac

Si les taux comparatifs de mortalité prématurée ont tendance à diminuer chez les hommes en France comme dans la région, ils augmentent chez les femmes. Les différences entre le niveau national et le niveau régional ne sont pas significatifs, chez les hommes comme chez les femmes.

Figure 6. Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée liée au tabac sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.2.2. L'alcool

En France, en 2009, la mortalité attribuable à l'alcool⁵ était de 49 000 morts chez les adultes, ce qui correspond à 13 % de la mortalité annuelle. Chez les plus de 15 ans, cela représente 15 000 morts par cancers, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par pathologie digestive, 8 000 par causes externes (accidents, suicides, chutes, homicides), et 3 000 par pathologie mentale et comportementale. L'alcool représente la première cause de mortalité prématurée, la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac et la troisième cause de mortalité.

VI.2.2.1. Mortalité liée à la consommation d'alcool

Dans la région, en 2009, la mortalité liée à la consommation d'alcool est comparable à ce qui est observé au niveau national.

Tableau 4. Taux comparatif de mortalité liée à l'alcool sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente -Maritime Nord Ouest	Charente -Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	50,9	51,2	57,0	53,0	47,9	43,4	54,4
Femmes	12,1	12,6	10,4	17,4	13,6	11,5	10,6
Ensemble	29,7	30,4	32,0	33,2	29,7	26,3	30,9

Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

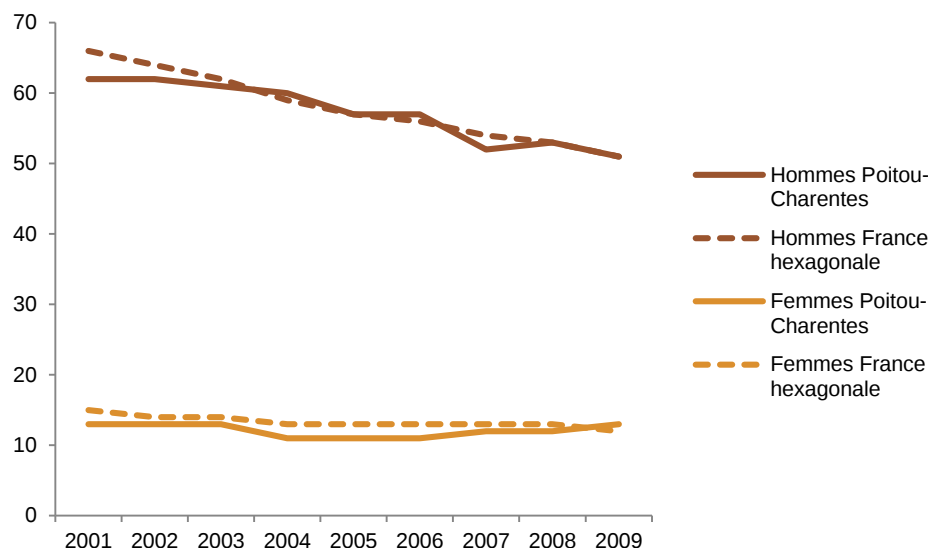
⁵ Les décès liés à l'alcool regroupent les décès par: -cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6) -psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10) -cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

Evolution de la mortalité liée à la consommation d'alcool

Chez les hommes, les taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool ont baissé entre 2000-2002 et 2008-2010, en France comme dans la région.

Chez les femmes, la courbe est plutôt plate, en France comme dans la région.

Figure 7. Evolution du taux comparatif de mortalité liée à l'alcool sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.2.2.2. Mortalité prématurée (moins de 65 ans) liée à la consommation d'alcool

La mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool est comparable à ce qui est observé au niveau national. Seul le territoire de santé Charente-Maritime Nord Ouest est en surmortalité significative chez les femmes avec un taux comparatif deux fois plus important qu'au niveau national.

Tableau 5. Taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord Ouest	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	32,2	34,4	39,0	35,7	33,6	26,8	36,6
Femmes	7,8	9,3	7,1	15,3	9,5	7,2	8,2
Ensemble	19,7	21,6	22,8	25,1	21,2	16,9	22,2

Sources : Score-santé

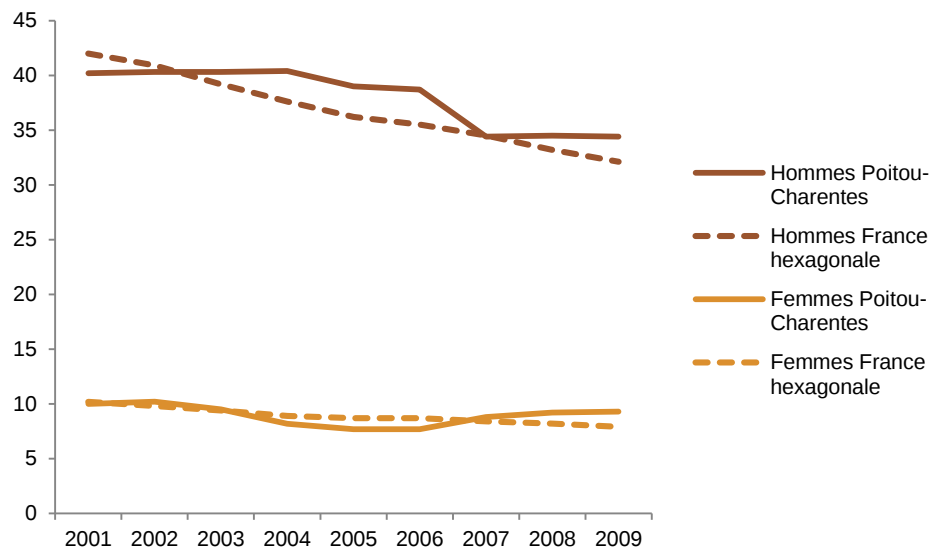
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

Chez les hommes, les taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool ont baissé entre 2000-2002 et 2008-2010, en France comme dans la région.

Chez les femmes, la courbe est plutôt plate, en France comme dans la région.

Figure 8. Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée liée à l'alcool sur la période 2000-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.3. La morbidité liée aux addictions

VI.3.1. Le tabac

La morbidité liée aux consommations de tabac est étudiée par le biais des ALD. Plusieurs ALD sont prises en compte : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, bronchite chronique, et cardiopathie ischémique⁶, même si toutes ces ALD ne sont pas liées exclusivement à la consommation de tabac.

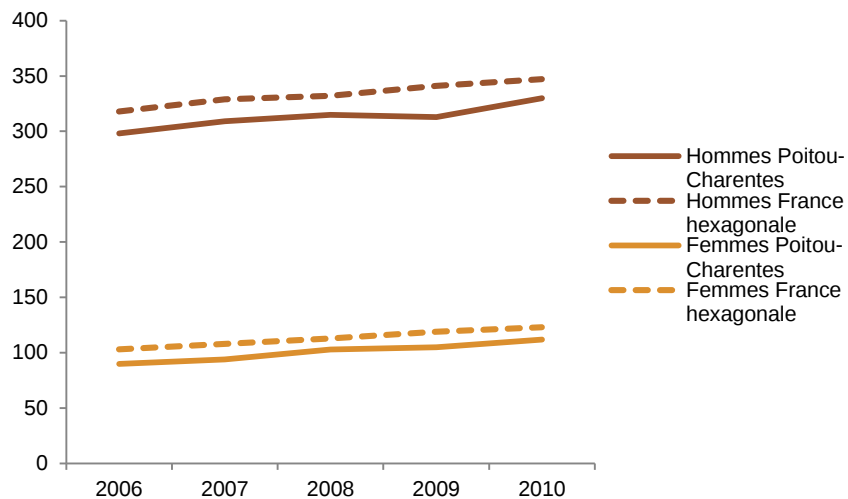
VI.3.1.1. Morbidité liée à la consommation de tabac

Dans la région, 3 516 hommes et 1 476 femmes ont été admises en affection de longue durée en 2011 dans la région Poitou-Charentes. Les taux comparatifs d'admission en ALD observés sont moins importants dans la région qu'en France, chez les hommes comme chez les femmes.

Comme au niveau national, les taux observés ont augmenté entre 2005-2007 et 2009-2011, notamment chez les hommes : les nouvelles admissions en ALD concernaient 90 hommes pour 100 000 en 2005-2007 contre 112 en 2009-2011.

⁶ Les ALD liées au tabac regroupent les ALD suivantes : - Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-C34 et au code ALD n°30) - Bronchite chronique (CIM10 = J42-J44 et au code ALD n°14) - Cardiopathie ischémique (code ALD n°13) Les tests de significativité permettent de comparer les taux régionaux au taux national.

Figure 9. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD liées à la consommation de tabac sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)



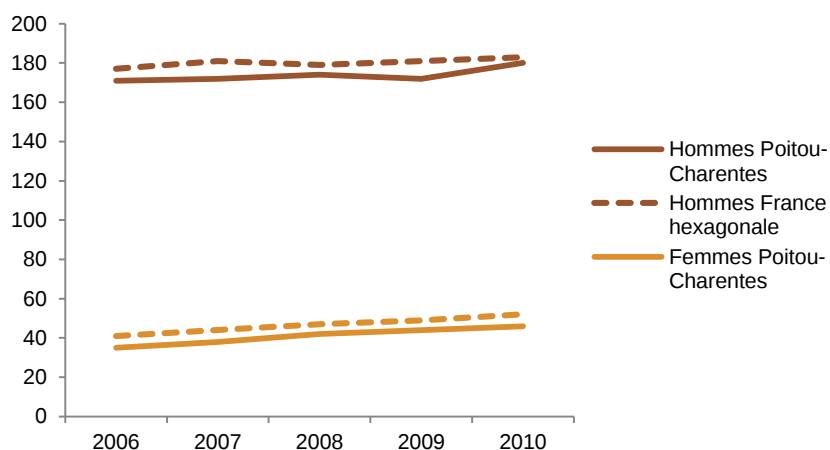
Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.3.1.2. Morbidité prématurée (moins de 65 ans) liée à la consommation de tabac

Dans la région en 2011, 1 559 personnes ont été admises en ALD prématurée pour une pathologie liée à la consommation de tabac. Dans la région, les taux comparatifs d'admission en ALD prématurée liées à la consommation de tabac sont comparables avec la France chez les hommes et moindre chez les femmes. Ils ont peu évolué entre les deux périodes extrêmes, passant de 171 admissions en ALD prématurée liées au tabac pour 100 000 hommes à 180 en 2009-2011. Chez les femmes le nombre passe de 35 à 46.

Figure 10. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD prématurée liées à l'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

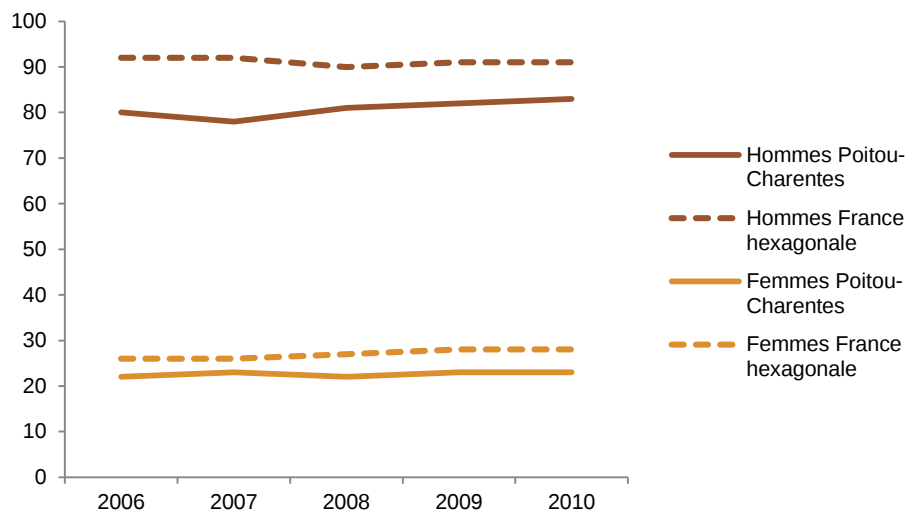
VI.3.2. L'alcool

La morbidité liée aux consommations d'alcool est étudiée par le biais des ALD. Plusieurs ALD sont prises en compte : cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)⁷.

VI.3.2.1. Morbidité liée à la consommation d'alcool

Dans la région, 789 hommes et 253 femmes ont été admis en ALD pour une pathologie en lien avec la consommation d'alcool. Les taux comparatifs d'admissions en ALD liées à l'alcool sont moindres dans la région qu'en France, pour les hommes comme pour les femmes : 83 admissions pour 100 000 hommes contre 91 en France, et 23 admissions pour 100 000 femmes contre 28 au niveau national. Il n'est pas observé d'évolution importante entre 2005-2007 et 2009-2011.

Figure 11. Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD liées à la consommation d'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)



Source : Score Santé

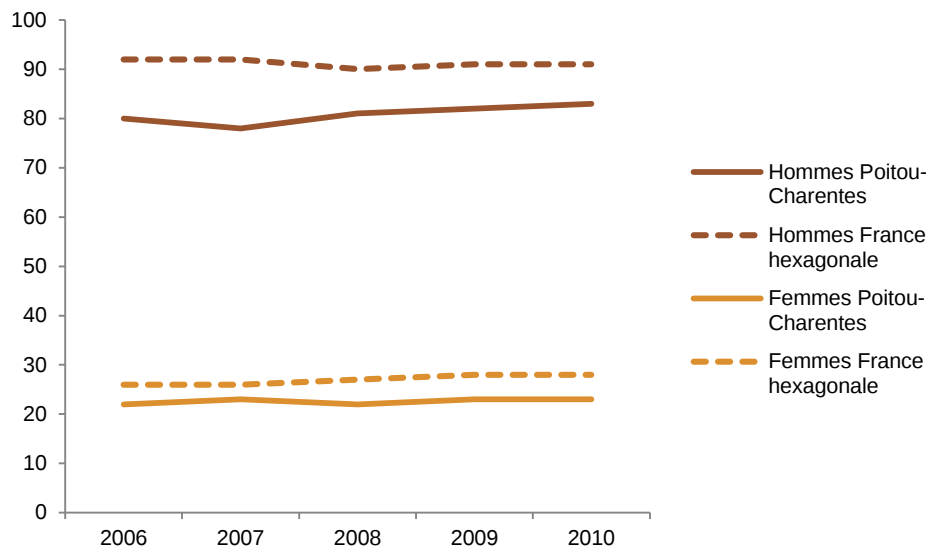
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.3.2.2. Morbidité prématurée (moins de 65 ans) liée à la consommation d'alcool

Dans la région, 682 ALD prématurées liées à la consommation d'alcool ont été enregistrées en 2011, dont 502 hommes. Les taux comparatifs sont moins importants dans la région qu'en France avec 65 admissions pour 100 000 hommes dans la région contre 72 au niveau national, et 20 admissions pour 100 000 femmes dans la région contre 23 au niveau national. Les évolutions observées dans la région entre 2005-2007 et 2009-2010 sont faibles : de 63 admissions pour 100 000 hommes à 65, et de 19 admissions pour 100 000 femmes à 20.

⁷ Les ALD liées à l'alcool regroupent les ALD suivantes : - Cirrhose du foie (CIM10 = K70, K74 et au code ALD n°6) - Psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10 et au code ALD n°23) - Cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du larynx (CIM10 = C00-C14 et au code ALD n°30), de l'œsophage (CIM10 = C15 et au code ALD n°30) et du larynx (CIM10 = C32 et au code ALD n°30).

Figure 12. *Evolution des taux comparatifs d'admissions en ALD prématurée liées à la consommation d'alcool sur la période 2005-2010 (pour 100 000 habitants)*



Source : Score Santé

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VI.3.3. Le cannabis

Dans certains cas, l'usage régulier de cannabis peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique. L'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires, est également avérée(1).

VI.4. Les autres conséquences des addictions

VI.4.1. Les accidents

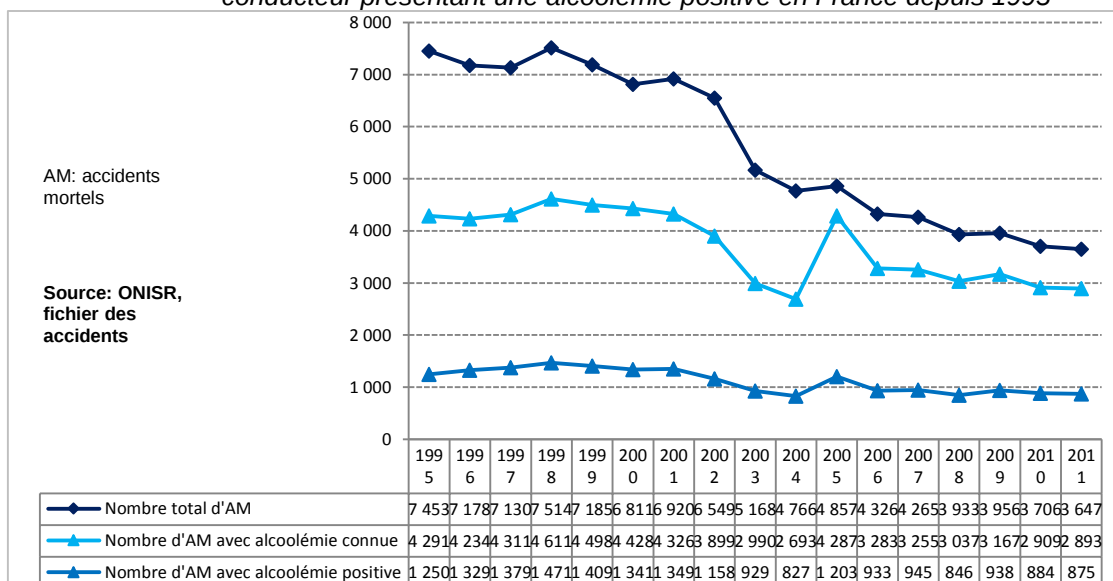
Après être resté stable entre 1995 et 2001, le nombre total d'accidents mortels de la route s'oriente nettement à la baisse, passant de 6 920 en 2001 à 3 647 en 2011 (- 47 %). Le nombre d'accidents mortels en 2011 a légèrement baissé par rapport à 2010 (- 1,6 %).

Le nombre d'accidents mortels impliquant au moins un conducteur à alcoolémie positive a également diminué sur la même période mais à un rythme plus faible (- 35,1 %) : on en dénombre 875 en 2011 contre 1 349 en 2001. L'alcoolémie des conducteurs impliqués n'étant connue que pour environ 80 % des accidents mortels, ce nombre est très probablement sous-estimé.

La part de ces accidents dans les accidents mortels avec alcoolémie connue a peu varié sur la période, oscillant entre 28 % et 31 % des accidents à taux d'alcoolémie connue.

La limite de cet indicateur tient au fait que l'alcoolémie n'est connue que dans 80 % des cas. Cela est notamment lié au fait que pour les conducteurs décédés, seule une prise de sang permet d'établir le taux d'alcoolémie. Compte tenu des délais d'obtention des résultats de l'analyse, il n'est pas possible de renseigner cette information dans le bulletin d'analyse d'accident corporel (BAAC) (18).

Figure 13. Évolution des accidents mortels de la route, et des accidents mortels avec un conducteur présentant une alcoolémie positive en France depuis 1995



Source : OFDT, séries statistiques(18)

Selon une autre source(1), en 2011, ont été observées 1 828 condamnations pour blessures involontaires par un conducteur en état alcoolique, et 187 condamnations pour homicide involontaire par un conducteur alcoolique.

En outre, entre 175 et 190 décès annuels seraient imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis (7 à 8 fois moins que pour l'alcool). (1)

VI.4.2. Les violences

De nombreux délits sont commis par des personnes sous emprise de l'alcool, et notamment les délits impliquant des violences : 40 % des violences familiales et/ou conjugales (environ 400 000 personnes par an), 25 % des faits de maltraitance à enfants, 30 % des viols et agressions sexuelles (environ 50 000 personnes par an), 30 % des faits de violences générales (environ 200 000 personnes par an).(1)

VI.4.3. Les pathologies psychiatriques

L'addiction est une comorbidité fréquente associée à d'autres pathologies psychiatriques. Des travaux ont permis d'étudier les troubles de la personnalité et les conduites addictives. Ces études ont été menées suivant différentes méthodes, soit sous l'angle psychopathologique, soit sous l'angle de la recherche de traits spécifiques de personnalité, soit en accord avec les personnalités définies par la DSM-IV (2).

VI.4.4. Autres dommages

Une consommation chronique de cannabis peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation et un déclin des capacités d'apprentissage, particulièrement dommageable à l'adolescence.

VI.5. Le fardeau global des consommations de produits psychoactifs en France

Le fardeau global de la maladie (FGM) est une méthode qui permet d'estimer et de hiérarchiser les répercussions des maladies ou des risques sur la santé des populations. Il permet d'estimer le poids de la maladie ou d'un risque sur l'état de santé en prenant en compte à la fois la mortalité en nombre d'années de vie perdue et la morbidité en nombre d'années de vie avec incapacité. Le poids d'une maladie ou d'un risque dans le FGM est exprimé en daly's qui est l'addition de ces deux éléments.

En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), les addictions (consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues) seraient, en 2010, responsables de 16,3 % du fardeau global des maladies (25,8 % du nombre d'années de vie perdues du fait de la mortalité et 7,4 % du nombre d'années de vie perdues en bonne santé) avec des différences importantes observées selon le sexe et l'âge.

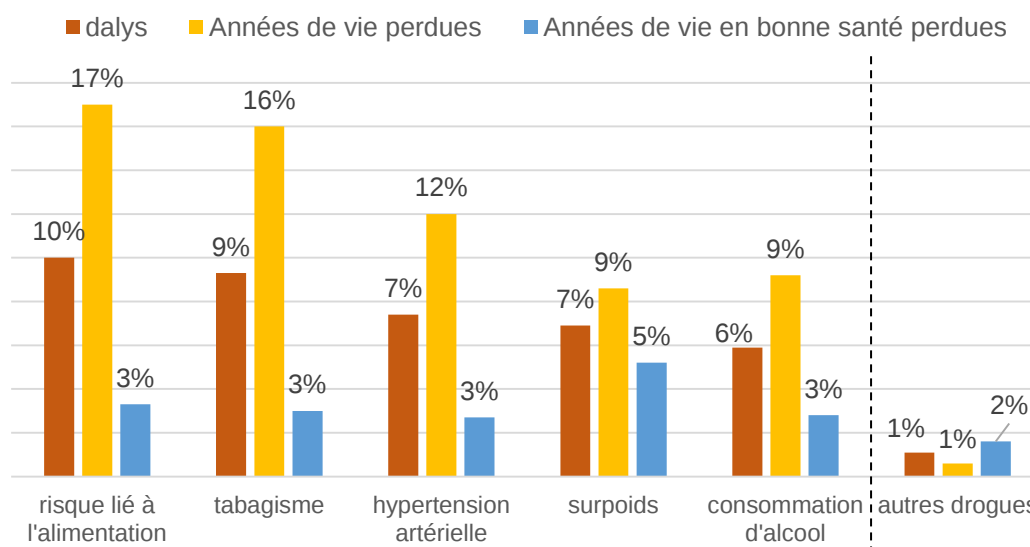
Globalement c'est le tabac avec 9,3 %, puis l'alcool avec 5,9 % qui semblent avoir le plus gros poids.

L'usage de produits psychoactifs (alcool, tabac et autres drogues) serait responsable de 7,6 % du fardeau global des maladies chez les femmes contre 23,3 % chez les hommes.

La part du fardeau global de la maladie liée aux consommations de produits psychoactifs augmente avec l'âge dès la classe d'âge 5-9 ans (0,1 %) et jusqu'à 50-54 ans pour atteindre plus de 26 %. Parmi les produits, c'est la consommation de tabac qui représente le poids le plus important (de 2,5 % chez les 30-34 ans jusqu'à 16 % entre 55 et 59 ans).

Le poids de l'alcool augmente avec l'âge mais dans des proportions moindres que le tabac : il représente 1,2 % du fardeau global chez les 10-14 ans, et déjà 6,3 % chez les 15-19 ans et peut atteindre 11 % chez les 45-54 ans. Le poids des drogues est relativement important aux âges plus jeunes, entre 20 et 29 ans (6,5 % du fardeau global de la maladie).

Figure 14. Poids des consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool et autres drogues) dans le Fardeau Global des Maladies par âge en France en 2010 (%)



Source : IHME (GBD 2010) Exploitation ORS Poitou-Charentes

* **Les risques liés à l'alimentation pris en compte sont les suivants** : alimentation pauvre en fruits, régime pauvre en légumes, régime alimentaire faible en grains entiers, régime alimentaire faible en noix et les graines, régime alimentaire faible en lait, alimentation riche en viande rouge, alimentation riche en viandes transformées, alimentation riche en boissons sucrées, alimentation faible en fibres, régime alimentaire faible en calcium, régime alimentaire faible en fruits de mer oméga-3 les acides gras, régime à faible teneur en acides gras polyinsaturés, alimentation riche en acides gras trans, alimentation riche en sodium.

Les pathologies retenues comme étant liées au moins en partie aux risques liés à l'alimentation sont les suivantes : les maladies non transmissibles, le cancer de l'œsophage, le cancer de l'estomac, le cancer du larynx, de la trachée, des bronches, et les cancers du poumon, cancer du sein, cancer de l'utérus, le cancer de la prostate, les cancers du côlon et du rectum, le cancer de la bouche, le cancer du rhinopharynx, du cancer de l'autre partie du pharynx et de l'oropharynx, de la vésicule biliaire et le cancer des voies biliaires, cancer du pancréas, du rein et d'autres cancers des organes urinaires, maladies cardiovasculaires et circulatoires, les maladies cardiaques rhumatismales, les maladies cardiaques ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, accident vasculaire cérébral ischémique, hémorragique et d'autres accidents vasculaires cérébraux non ischémique, une maladie cardiaque hypertensive, cardiomyopathie et la myocardite, fibrillation auriculaire et du flutter, anévrisme aortique, maladie vasculaire périphérique, l'endocardite, autres maladies cardio-vasculaires et circulatoires, diabète, maladies génito-urinaires, sanguins et le système endocrinien, diabète sucré, les maladies rénales chroniques, la maladie rénale chronique due au diabète sucré, chronique maladie rénale due à l'hypertension, la maladie rénale chronique non précisée, les troubles musculo-squelettiques, Cancers rénaux et d'autres organes urinaires

Ces indicateurs sont issus du Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010) publié par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington. Les résultats présentés concernent la France et combinent les années de vie perdues du fait de la mortalité et les années de vie perdues en bonne santé du fait des maladies. L'ORS travaille actuellement sur des estimations régionales des poids des facteurs de risques liés aux troubles mentaux et du comportement à partir de ces résultats.

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (site visité le 2 décembre 2013)

VII. Les politiques de prévention

La prévention des addictions en France passe par des campagnes d'information et la diffusion des connaissances sur les effets des drogues. Elle s'accompagne aussi de mesures limitant la publicité pour les drogues licites. La législation française vise aussi à contrôler l'accès aux drogues en réglementant la production et la commercialisation des drogues licites et en sanctionnant pénalement la contrebande de drogues licites et le trafic de drogues illicites. Enfin, la législation française interdit l'usage et le commerce des produits classés stupéfiants conformément aux conventions internationales. Elle interdit également certaines boissons ayant une très forte teneur en alcool. Cette prohibition s'accompagne d'une politique de soins aux usagers dépendants, d'une politique de réduction des risques et de programmes de soins anonymes et gratuits pour les toxicomanes.

Les principaux acteurs de la politique française de lutte contre les drogues sont :

- La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), chargée de coordonner l'action du Gouvernement dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux
- Le Ministère de la santé, et plus particulièrement la Direction générale de la santé (DGS) qui prépare et met en œuvre la politique de santé publique en matière d'addictions
- L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé.

VII.1. Au niveau national

VII.1.1. Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017

Le plan 2013-2017, validé par le gouvernement en septembre 2013, repose sur trois grandes priorités : (15)

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation : en progressant dans la compréhension des conduites addictives ; en soutenant la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes ainsi que les recherches en sciences sociales ; en faisant de la recherche un outil d'aide à la décision.
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes ; en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogue ; en rapprochant les dispositifs des populations les plus éloignées (que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales) ; par la prévention des addictions dans le monde du travail.
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique en veillant à l'application des lois qui protègent (interdiction de la vente d'alcool et de tabac aux mineurs et celles qui punissent (sanction de l'usage de stupéfiants), en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives : en favorisant l'acceptabilité sociale des usagers et des dispositifs de soins et de réduction des risques notamment par les actions de médiation sociale ; en améliorant l'articulation entre les champs judiciaire et sanitaire ; en luttant contre le trafic au niveau local et international ; en prenant en compte les phénomènes émergents en matière de trafic.

Au niveau régional et départemental, la mise en œuvre des orientations est confiée aux chefs de projets toxicomanie placés auprès des préfetures.

VII.1.2. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 de la Direction Générale de la Santé

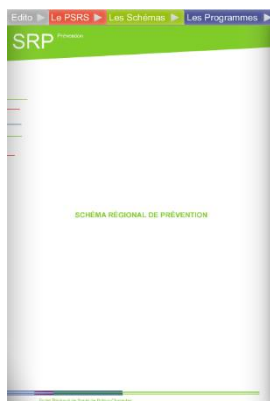
Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (19) définit six priorités et 14 objectifs, avec des mesures pour y répondre.

Tableau 6. *Priorités et objectifs du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011*

Priorités		Objectifs	
1	Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé	1	Améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé
		2	Valoriser la prise en charge sanitaire des addictions
2	Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux	3	Créer des structures pouvant offrir des soins et un accompagnement à tous les patients souffrant d'addiction, quelle que soit cette addiction
		4	Poursuivre la politique de réduction des risques
3	Articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social	5	Mieux impliquer la médecine la médecine de ville dans la prise en charge des addictions
		6	Coordonner le parcours de soins du patient consommateur
		7	Développer une meilleure articulation justice-santé
4	Développer la prévention	8	Favoriser le repérage précoce et interventions brèves destinées à modifier les comportements
		9	Renforcer l'éducation à la santé en matière d'addictions
		10	Renforcer le rôle des associations
5	Renforcer la formation des professionnels en addictologie	11	Mettre en place d'une filière pérenne d'enseignement en addictologie
		12	Intégrer l'addictologie à la formation continue
6	Coordonner davantage la recherche en addictologie	13	Renforcer la recherche clinique
		14	Mieux coordonner la recherche fondamentale

VII.2. Au niveau régional

VII.2.1. Le Plan Régional de Santé : le Schéma de prévention de l'ARS (SRP)



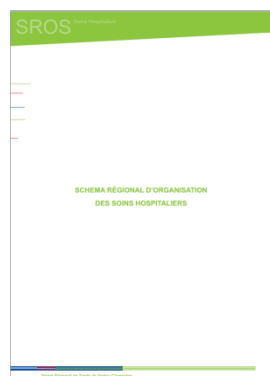
Dans le PRS(20), le schéma de prévention de l'ARS aborde les conduites addictives et à risque dans la fiche 18.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Se donner les moyens de repérer les comportements propices aux addictions.
- Repérer précocement et prévenir les conduites à risque et notamment l'alcoolisation massive des jeunes et les consommations de substances illicites.
- Informer de la nature et de l'étendue des risques liés aux pratiques addictives, pour les parents et les adolescents (actions dans les collèges et les lycées avec différents acteurs, gendarmes et associations, campagne de prévention routière, coordination de différents acteurs, forum de santé, mise en place de campagnes ponctuelles).
- Développer des programmes de promotion de la santé et de prévention des comportements à risque des adolescents, notamment des conduites de consommation de produits licites et/ou illicites.

Ce schéma régional de prévention présente des zones de chevauchement avec d'autres schémas du PRS : schéma régional des soins ambulatoires, schéma médico-social, coordination des politiques publiques et le PRAPS.

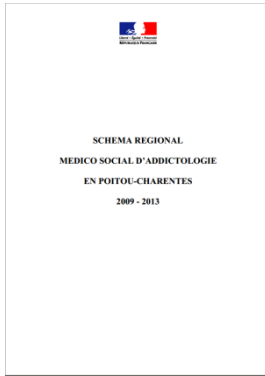
VII.2.2. Le schéma régional de l'offre de soins en addictologie en Poitou-Charentes 2009-2013 (SROS)



Les objectifs généraux de ce plan sont les suivants :

- Définir et améliorer les conditions d'organisation au niveau des territoires de santé de la réponse pour les patients souffrant d'addictions en améliorant l'accès aux soins et continuité des prises en charges ;
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseaux et filières ;
- Décloisonner les différents processus de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire, hospitalier et médico-social, gérer les interfaces et transmettre l'information au médecin traitant dans l'attente de la généralisation du DMP (dossier médical partagé) ;
- Améliorer l'efficacité ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

VII.2.3. Le schéma régional médico-social d'addictologie en Poitou-Charentes 2009-2013



En application de l'article L. 312-4 du code l'action sociale, le schéma (21) doit :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services,
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services afin de satisfaire tout ou partie des besoins,
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas

VII.2.4. Les crédits MILDT dans la région

La dotation MILDT 2012(22) s'élève à près de 240 000 Euros, soit une baisse de 20 % sur la période 2010-2012. Cette baisse diffère selon le département avec une baisse plus importante pour la Charente (-37 %) et une baisse moins importante pour la Charente-Maritime (-15 %).

En 2012, 71 % de l'enveloppe étaient consacrés à la prévention, 19 % pour le champ « Application de la loi/lutte contre les trafics ». Enfin, 10 % des crédits alloués étaient dévolus à des actions ou dispositifs relevant du soin.

D'après l'analyse de la Mission d'Appui Drogues et Toxicomanies Poitou-Charentes, étant donné la prépondérance des crédits alloués à la prévention, ce sont les publics jeunes qui constituent la cible principale des programmes et actions financés par les crédits MILDT.

VII.2.5. Les actions de promotion de la santé et de prévention des risques financées par la Direction de santé publique de l'ARS dans la région⁸

En 2012, la Direction de la Santé Publique de l'ARS a octroyé 262 938 € à des actions de promotion de la santé sur la thématique « pratiques addictives », soit 6 % des crédits d'intervention de la Direction de Santé Publique. Cette enveloppe a contribué à la mise en œuvre de 22 actions au total.

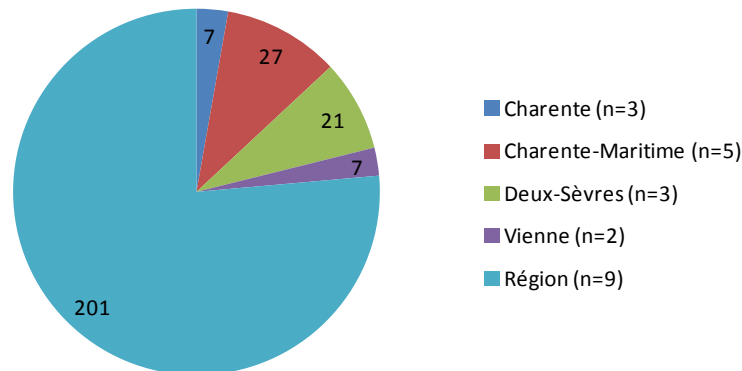
Les actions liées aux pratiques addictives sont en réalité plus nombreuses. En effet, une même action peut concerner plusieurs thèmes (nutrition, addiction, santé mentale, etc.) et ne sera affectée pour des raisons budgétaires qu'à un seul d'entre eux. L'outil OSCARS®, base de données en ligne, permet de recenser l'ensemble des actions mises en œuvre sur les différentes thématiques de santé publique. Ainsi, en 2012, 34 actions au total concernent cette thématique.

⁸ Cette partie n'exploite que les actions qui font l'objet d'un financement par l'ARS. Or de nombreux autres acteurs peuvent intervenir : CPAM, MSA, Conseil généraux, établissements scolaires sur leurs financements propres, etc.

Une description de toutes les actions liées aux pratiques addictives est disponible sur l'outil OSCARS© (www.oscarsante.org).

VII.2.5.1. Répartition des financements par territoire d'action

Figure 15. Répartition des financements en 2012 pour des actions Addiction (en milliers d'€) et nombre d'actions par territoire d'intervention



Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

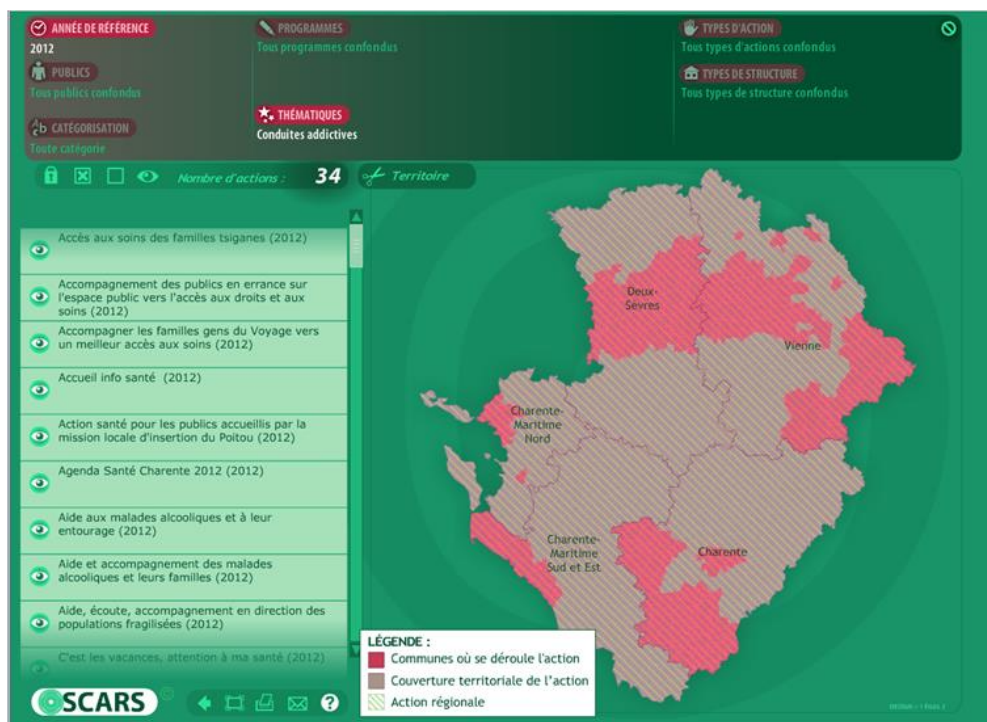
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En 2012, les trois quarts du budget ont été affectés à des actions de dimension régionale. La Charente-Maritime et les Deux-Sèvres mobilisent respectivement 10 % et 8 % de ce budget tandis que 3 % et 2 % du budget concernent des actions réalisées en Charente et dans la Vienne.

VII.2.5.2. Territoires couverts

Les Deux-Sèvres et la Vienne sont les territoires où le plus grand nombre de communes sont couvertes par des actions de prévention liées aux pratiques addictives.

Figure 16. Territoires couverts par des actions liées aux pratiques addictives financées dans le cadre du PRAPS en 2012



Source : OSCARS© (www.oscarsante.org)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

VII.2.5.3. Les opérateurs

Tableau 7. *Nombre d'actions et financements par opérateur*

Type de structures	Nombre d'actions	Financement total	Financement moyen	% du financement total
Associations néphalistes	3	11 000 €	3 667 €	4,2 %
ANPAA	6	125 129 €	20 855 €	47,6 %
CCAS / Ville	2	5 800 €	2 900 €	2,2 %
Associations spécialisée en prévention autre qu'ANPAA et IREPS	4	24 217 €	6 054 €	9,2 %
CSC / MJC / Lycée / CIJ	4	19 000 €	4 750 €	7,2 %
Synergie 17	1	12 000 €	12 000 €	4,6 %
IREPS	2	65 792 €	32 896 €	25,0 %
Total	22	262 938 €	11 952 €	100 %

Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les actions liées aux pratiques addictives sont majoritairement mises en œuvre par l'ANPAA, l'IREPS, et les autres associations spécialisées en prévention (Prév'Alcool...). Les autres acteurs sont les structures intervenant auprès des jeunes (centres socioculturels, Maisons des jeunes et de la culture, Lycée, Centre d'information jeunesse), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie Synergie 17, les associations néphalistes, la ville de La Rochelle et le CCAS d'Angoulême.

La plupart des actions sont de type « Animation de partenariat / travail en réseaux », « Sensibilisation », « Accueil / Ecoute / Orientation » et « Education pour la santé ».

En 2012, le financement moyen par action⁹ était de 11 952 €, avec un financement minimum de 800 € et un financement maximum de 22 792 €.

VIII. Les dispositifs d'écoute, de repérage et d'orientation

Un certain nombre d'acteurs et de structures sont à même de repérer, d'accompagner, d'orienter et de proposer une prise en charge plus ou moins spécialisée aux adultes et aux jeunes consommateurs de substances psychoactives ainsi que d'assurer un accueil et un soutien à leurs proches.

Les acteurs de premières lignes permettent d'être en contact avec les jeunes en difficulté, ils travaillent à une meilleure prise en compte des problèmes de santé et des facteurs de risque y compris en lien avec la consommation de produits psychoactifs.

VIII.1. Les Espaces Santé Jeunes

Les ESJ sont des lieux de proximité anonymes et gratuits ouverts aux adolescents et aux jeunes de 11 à 25 ans. Leur mission principale est une mission de prévention de la santé globale au sens de l'OMS (état de bien-être physique, mental et social).

Ce sont des lieux d'Accueil, d'Ecoute, de Prévention et d'Orientation.

Ils s'efforcent de favoriser l'éducation à la santé par des actions collectives et individuelles, le bien-être des adolescents et jeunes adultes et la prévention des troubles psychiques.

⁹ Il s'agit du financement par l'ARS et non du financement global des actions qui bénéficient souvent de cofinancements.

VIII.2. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont des centres de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires, non sectorisés, recevant des enfants et adolescents, ainsi que leur famille. Créés à partir de 1946 sous l'impulsion d'enseignants et de soignants, les CMPP se situent à la frontière du secteur médico-social et de la psychiatrie. Ces structures s'adressent aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Elles ont pour fonction de pratiquer le dépistage précoce par des bilans, le diagnostic d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement d'au maximum quelques heures par semaine. L'enfant est donc maintenu autant que possible dans son milieu familial. Au 1^{er} décembre 2013, on recensait 22 CMPP sur l'ensemble du territoire régional.

VIII.3. Les Maisons de l'adolescent

Ce sont des lieux d'accueil, d'information, de prévention, de prise en charge médicale et de suivi, de recherche sur les difficultés rencontrées durant l'adolescence. Ce sont donc des lieux où pourront être reçus, informés, écoutés et éventuellement suivis, des jeunes adolescents ayant des problèmes de consommation de produits psychoactifs. Il existe aujourd'hui une dizaine de maisons des adolescents en France.

VIII.4. Les missions locales

Ouvertes aux 16-25 ans et plutôt tournées vers l'insertion professionnelle et sociale, les missions locales peuvent proposer également une aide médicale aux personnes qui n'ont aucune couverture sociale et qui ne peuvent prétendre à la CMU et la possibilité d'effectuer un bilan de santé gratuit.

VIII.5. Les Points Accueil Ecoute Jeunes

Ces structures sont destinées à réduire les comportements à risque adoptés par un certain nombre de jeunes. Ils visent à éviter les ruptures, rétablir la communication et le lien de confiance avec les adultes. Dans ces lieux le jeune doit pouvoir formuler ses attentes, exprimer son mal-être, réinvestir son parcours scolaire ou d'insertion, restaurer une image de soi et des autres positive. Il peut également prendre conscience des problèmes liés à ses consommations de produits psychoactifs

IX. L'offre de prise en charge (38) (36)

IX.1. Dispositifs nationaux de prise en charge

Plusieurs dispositifs concourent à la prise en charge des consommateurs de substances psycho actives :

- le dispositif de soins sanitaires ;
- le dispositif de soins médico-sociaux ;
- le dispositif de réduction des risques.

IX.1.1. Dispositif de soins sanitaires

Le développement du système de soins spécialisés ne permet pas de faire face à l'ensemble des besoins en traitement des consommateurs de drogues illicites. L'accent a été mis au cours des années 1990 sur l'amélioration de l'accueil des patients présentant des

problèmes d'addictions dans le système généraliste de soins (hôpitaux et médecins généralistes).

IX.1.1.1. Les structures hospitalières

Plus récemment, les structures hospitalières tendent à mettre en place une offre de soins graduée sur trois niveaux.

Le **niveau 1** comprend une consultation hospitalière d'addictologie sans hébergement qui regroupe notamment les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance et une équipe hospitalière de liaison entre les différents services et pour l'accueil des usagers de drogue aux urgences.

Le **niveau 2** est constitué des services d'hospitalisation bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Elles accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison du niveau 1, un hôpital de jour, des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).

Le **niveau 3** est constitué des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie. Il est destiné à mener des recherches et à coordonner l'enseignement.

Cette organisation des structures sanitaires en 3 niveaux a pour objectif de proposer une offre de soins au plus près de la population et ajustée à la complexité des soins parfois requis avec un meilleur maillage territorial.

D'autres services hospitaliers non spécialisés en addictologie participent aux soins délivrés aux personnes toxicomanes. Notamment, les conduites addictives étant des pathologies chroniques, les soins aux toxicomanes relèvent des spécialistes en santé mentale, dont les services de psychiatriques qui font ensuite appel autant que de besoin aux autres spécialités : les services de médecine interne ou d'infectiologie (patients séropositifs pour le VIH ou le VHC), les services d'hépto-gastroentérologie...

« Les données sur les prises en charge dans les hôpitaux ne portent que sur le nombre de séjours en hospitalisation. En 2011, la statistique hospitalière (hors hôpitaux psychiatriques et hors soins de suite et de réadaptation) a enregistré un peu plus de 200 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool. Le nombre de séjours atteint 470 000 lorsqu'on prend également en compte l'alcool en diagnostic associé. Pour l'ensemble des hôpitaux (y compris hôpitaux psychiatriques et soins de suite et de réadaptation), on compte en 2011 environ 1 millions de séjours pour 400 000 patients distincts. Les hospitalisations pour un problème d'addiction aux drogues illicites sont incomparablement moins nombreuses : le nombre de ces séjours est de 6 000 en 2011 (diagnostic principal uniquement). Il existe également un dispositif spécifique comprenant 660 consultations de tabacologie, fonctionnant pour la plupart dans le cadre d'un hôpital. Le nombre de patients accueillis dans ces structures n'est pas connu. Les équipes de liaison en addictologie (ELSA) et les consultations hospitalières en addictologie ont vu leurs moyens renforcés dans le cadre du plan Addiction adopté en 2007 et se sont développés depuis. Il manque actuellement un système d'information national permettant de faire état de l'activité de ces structures. Il existe également des lacunes dans le recensement des patients pris en charge pour un problème d'addiction vus dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et dans les hôpitaux psychiatriques. » (15)

IX.1.1.2. Les réseaux ville-hôpital

Ils sont animés par les médecins généralistes, les praticiens hospitaliers et les intervenants en toxicomanie d'une même région et sont chargés d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes. Les pharmaciens libéraux sont également de plus en plus associés à cette démarche.

IX.1.1.3. Les médecins généralistes

Ils occupent aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire en première intention de la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®, buprénorphine Arrow et buprénorphine Mylan) aux patients dépendants aux opiacés. Ils peuvent également prolonger la prescription de méthadone après initiation du traitement dans un centre spécialisé (CSAPA), à l'hôpital ou en milieu pénitentiaire.

Les médecins généralistes ont en outre, souvent, une position de recours auprès de patients qui débutent leur consommation de drogues illicites.

« Pour de nombreux patients, le recours de première ligne reste les médecins généralistes de ville. Ceux-ci ont accueilli en 2009 environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique, 90 000 patients par semaine pour un sevrage tabagique et 110 000 patients dans le mois pour une prescription de traitement de substitution aux opiacés. Les prescriptions pour ces traitements, qui se sont fortement développés en France dans la seconde moitié de ces années 1990, ont continué d'augmenter dans les années 2000, et ont concerné 171 000 personnes en 2010 (hors prescription en milieu carcéral), dont les deux tiers de buprénorphine haut dosage et un tiers de méthadone. Bien que toujours minoritaires, les prescriptions de méthadone se sont fortement développées dans la seconde moitié des années 2000. » (15)

IX.1.2. Le dispositif de soins médico-sociaux

IX.1.2.1. Les CSAPA

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sont la réunion des CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) avec ou sans hébergement et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoolologie) sous une même dénomination d'addictologie. Chaque CSAPA assure la prise en charge et la réduction des risques soit pour toutes les addictions, de façon plus spécialisée pour l'alcool, ou pour les drogues illicites. Lorsqu'une spécialisation est retenue par un CSAPA, celui-ci doit cependant prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients (polyconsommation fréquente), y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure. Ils ont pour mission :

- L'accueil, qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes.
- L'information, au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale du patient et/ou de l'entourage afin de proposer la prise en charge et l'accompagnement les plus adaptés à leurs besoins.

- L'orientation, toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).
- La prise en charge médicale en assurant notamment la prescription de l'ensemble des traitements de substitution
- La prise en charge psychologique vient compléter l'évaluation médicale et comprend un suivi psychologique et un soutien adaptés à la situation et aux besoins de l'utilisateur.
- La prise en charge sociale et éducative vise, pour le patient, à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre de conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément, elle comprend les aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux et les actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.
- La mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

Deux types de CSAPA peuvent être distingués :

- les centres de soins sans hébergement ;
- les centres thérapeutiques résidentiels ou « post-cure » ; ils constituent une modalité de prise en charge thérapeutique avec hébergement collectif de moyen séjour, adaptée à des personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psychoactives qui nécessitent pour un temps donné un suivi médico-social intensif dans un environnement protecteur et contenant.

« Ces établissements médico-sociaux, au nombre de 419 en 2010, ont accueilli environ 133 000 patients pour un problème principal d'alcool et 104 000 pour un problème principal avec les drogues illicites, dont 52 000 avec les opiacés, 38 000 avec le cannabis et près de 7 000 avec la cocaïne. Au cours de la seconde moitié des années 2000, le nombre de patients accueillis a surtout augmenté pour ceux ayant un problème avec l'alcool, les opiacés et le cannabis. » (15)

IX.1.2.2. Les consultations jeunes consommateurs

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques a été mis en place dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter. Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations,
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille,
- d'aider, si possible, en quelques consultations à arrêter la consommation,
- de proposer lorsque la situation le justifie, une prise en charge à long terme,
- d'orienter vers d'autres services spécialisés si nécessaire.

« Au milieu des années 2000, un effort particulier a été fourni pour renforcer l'accueil des jeunes consommateurs, souvent de cannabis, dans le cadre de consultations jeunes consommateurs (CJC), gérées pour la plupart par des CSAPA. Le nombre de jeunes accueillis dans ce dispositif n'est pas connu avec précision, mais pourrait se situer entre 23 000 et 25 000 personnes en 2010. » (15)

IX.1.3. Le dispositif de Réduction des Risques (RDR)

La RDR fait partie intégrante des politiques de santé publique dans le domaine des addictions depuis 2004, et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ont vu le jour à partir de 2005 apportant ainsi un cadre juridique aux équipes de terrain. Les missions des CAARUD sont l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections (en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection), l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers et le développement d'actions de médiation sociale.

IX.2. Offre de prise en charge des addictions dans la région

Elle est inscrite dans les schémas de l'offre sanitaire et médico-sociale du Projet Régional de Santé qui sera actualisé en 2014.

Tableau 8. *Dispositifs de prise en charge et de réduction des risques en Poitou-Charentes*

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Réseau Ambulatoire	Réseau Addictions Poitou-Charentes (RAP)			
Filière hospitalière de soins en addictologie	En cours de réalisation			
Court séjour addictologie ou service de PEC patients en difficulté avec l'alcool	- CH C. Claudel - CH Angoulême - CH Cognac - CH Barbezieux - CH Ruffec	- CH Rochefort (opiacés) - CH La Rochelle (SHALE), - CH Jonzac (DISPA)	- CH Nord Deux-Sèvres (alcool) - CH Niort (alcool)	CH H. Laborit (alcool)
Equipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA)	CH Angoulême	- CH Rochefort (avec intervention sur la Rochelle) - CH St Jean d'Angely (avec intervention sur Saintes)	CH Niort	-
Consultation hospitalière d'addictologie et tabacologie)	- CH Angoulême - CH Cognac - CH Sud-Charente - CH Ruffec	- CH Rochefort - CH St J. d'Angely - CH La Rochelle - CH Saintes - Centre Atlantique Puilboreau	- CH Nord Deux-Sèvres - CH Niort	- CH Montmorillon - CH Chatellerauld - CHU Poitiers
Hôpital de jour en addictologie				CH H. Laborit (alcool)
Structures de soins de suite et de réadaptation	-	Centre Alpha (Royan)	CH Nord Deux-sèvres	«La Gandillonnerie» (Payroux)
CSAPA	- ANPAA 16 (alcool) - CH C Claudel (drogues illicites)	- CH Jonzac - CH St J-d'Angely - CH Rochefort (alcool) - CH Saintes (alcool) - CH La Rochelle (alcool) - Synergie 17 (drogues illicites)	- CH de Niort - CH Nord Deux-Sèvres	CH H Laborit (alcool, drogues illicites)
CAARUD	Angoulême	La Rochelle	Niort	Poitiers

Source : (20)

X. Economie de la santé

Si la consommation de drogues (alcool, tabac et stupéfiants) est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque, celle-ci est également synonyme de coûts supportés par la collectivité. Ces coûts sont en fait associés à la répression des trafics de drogues, au traitement des pathologies qui leurs sont imputables, à la prévention, etc. Cette notion de coût imputable aux drogues a été précisée. Premièrement, la **dépense publique** mesure le coût de la politique publique engagée par l'État pour traiter la question des drogues. Cette dépense est essentiellement composée des dépenses publiques consacrées à la répression, aux soins et à la prévention. Deuxièmement, le **coût social** des drogues mesure le coût total infligé par les drogues à la collectivité. Le coût social des drogues est égal à la somme du montant de la « dépense publique », des « coûts externes » et des « dépenses privées » engagées par les consommateurs de drogues (hors coût d'achat des drogues) (23).

Tableau 9. *Dépense publique et coût social des drogues*

Dépenses privées (hors achat de drogues)	+ dépenses publique	+ coûts externes	= coût social
Dépenses supportées par les consommateurs de drogues et non pris en charge par la collectivité (part des médicaments non-remboursée, frais d'avocats, etc.)	Ensemble des dépenses engagées par l'État et les collectivités locales afin de lutter contre la consommation et le trafic de drogues. Ces dépenses sont regroupées au sein de trois chapitres principaux : la répression, les soins et la prévention	Ensemble des dépenses infligées directement ou indirectement à la collectivité par le trafic et la consommation de drogues (perte de productivité, pertes de revenus, remboursement des frais de soins, destructions engendrées par la délinquance, etc.).	Coût total infligé à la collectivité

X.1. La dépense publique

Au total, ce sont environ 1 130,43 millions d'euros que les administrations publiques ont consacré en 2003 à la lutte contre les drogues, hors crédits attribués à la MILDT. Les drogues illicites représentent 80,2 % des dépenses soit 907,03 millions d'euros, l'alcool 15,1 % soit 170,42 millions d'euros, et le tabac 4,7 % soit 52,98 millions d'euros. Le coût imputable à l'activité de la MILDT atteint 28,69 millions d'euros.(23)

Les dépenses ainsi calculés comprennent les dépenses :

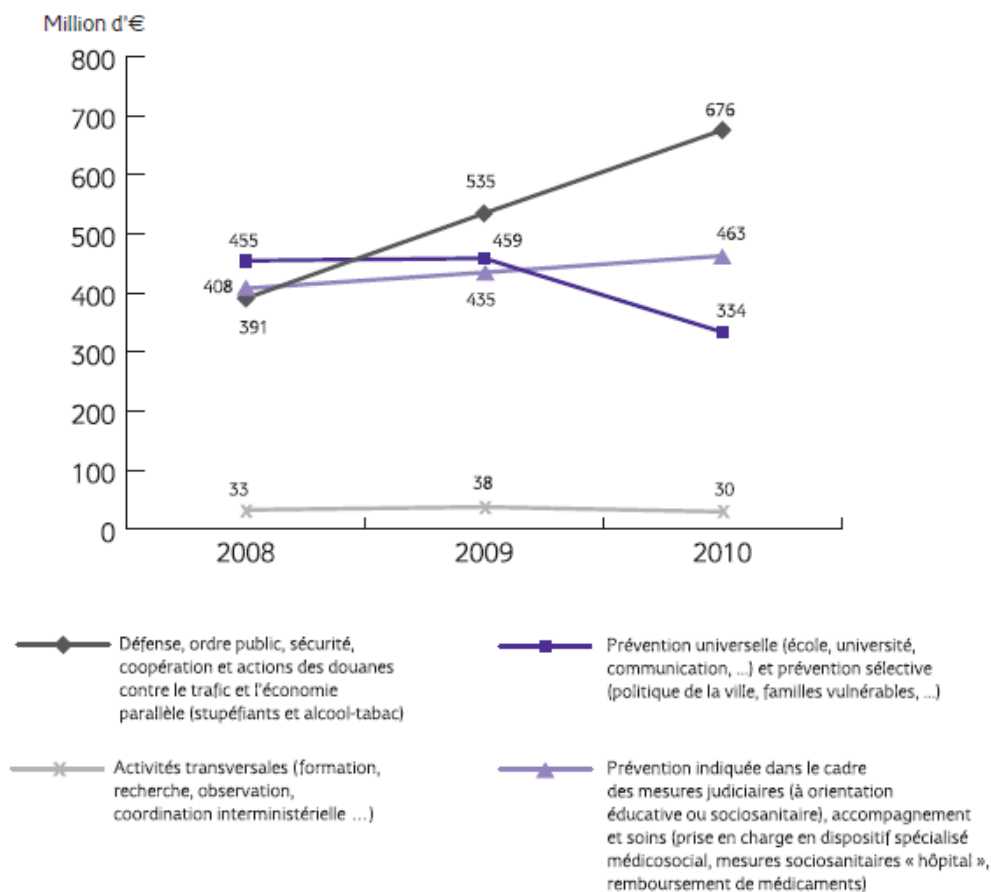
- du Ministère de la Justice (319,21 millions d'euros),
- de la Douane (76,62 millions d'euros),
- de la Gendarmerie nationale (132,62 millions d'euros),
- de la Police nationale (295,27 millions d'euros)
- du Ministère de la santé (324,89 millions d'euros)
- du Ministère des affaires étrangères et de la coopération (3,9 millions d'euros)
- du Ministère de l'éducation nationale (1,2 millions d'euros)
- du Ministère de la jeunesse et des sports (1,5 millions d'euros)
- du Ministère de l'agriculture (83,47 millions d'euros).

X.1.1. Une estimation plus récente de la dépense publique par l'OFDT

Selon cette étude (24), « la dépense publique engagée par l'Etat et l'Assurance maladie pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et la prévention des conduites addictives peut être estimée à 1,5 milliards d'euros en 2010, contre 1,47 milliards d'euros en 2009 et 1,29 milliards d'euros en 2008 ».

La figure ci-dessous tirée de l'étude montre les différentes composantes de la dépense publique engagée et son évolution. Elle montre que la dépense additionnée de la prévention (463 millions d'euros), de l'accompagnement et soins (334 millions d'euros), et des activités transversales (30 millions d'euros) sont supérieures aux seules dépenses des ministères chargés de l'application de la loi et de la lutte contre le trafic (676 millions d'euros), sachant que les dépenses d'incarcération ne sont pas comptabilisées. Elle montre également que ce sont ces dernières qui ont le plus augmenté depuis 2008 tandis que les dépenses de prévention ont baissé.

Figure 17. La dépense publique réalisée entre 2008 et 2010 pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention et prise en charge des conduites addictives (crédits de l'Etat et de l'Assurance maladie)



Note : Ces données n'incluent pas les dépenses de l'administration pénitentiaire au titre de la détention de personnes incarcérées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ou des délits commis sous l'emprise de drogues ou d'alcool. Cette composante n'apparaît en effet pas dans le DPT. Rappelons que seules les dépenses fléchées pour la prise en charge des addictions sont directement traçables à partir des documents budgétaires annuels (financement du dispositif médico-social en addictologie, coûts supportés par les établissements de santé pour financer les mesures nouvelles dans le champ des addictions, remboursement des médicaments de substitution).

Source : OFDT. Élaboré à partir des documents budgétaires sur la base des crédits consommés (Documents de politique transversale « drogues et toxicomanies » pour 2010, 2011 et 2012). Pour les crédits de l'Assurance maladie, les montants ont été retracés grâce aux circulaires budgétaires DSS/DQS et DGOS et au fichier MEDIC'AM – AMELI.

X.2. Le coût social

Selon les données disponibles, le coût social des drogues en France serait de 47 739,62 millions d'euros pour le tabac, de 37 030,90 millions d'euros pour l'alcool, et de 2 824,44 millions d'euros pour les drogues illicites. Le tableau ci-dessous précise la répartition des dépenses. (23)

Tableau 10. *Coût social des drogues en France (millions d'euros)*

	Tabac	Alcool	Drogues illicites
Sphère publique	21 996,62	10 254,62	1 643,17
Dépenses de santé	18 254,22	6 155,88	723,32
<i>Dont soins hospitaliers</i>	8 731,72	4 345,59	280,26
<i>Dont médecine de ville</i>	9 522,50	1 255,05	443,06
Dépense des administrations	-	87,00	740,15
Dépenses de prévention	2,82	-	-
CNAM	-	522,95	-
Fiscalité	3 737,80	3 488,79	179,70
Incendies	1,78	-	-
Sphère privée	25 743,00	26 776,28	1 181,27
Particuliers	7 657,84	7 147,71	368,17
Entreprises	18 085,16	16 097,57	812,29
Associations privées	?	0,87	?
Autres coûts privés	-	5,52	0,80
TOTAL	47 739,62	37 030,90	2 824,44

Source : le coût social des drogues en 2003 (23)

A partir de ces données, le coût par habitant a été estimé à 772,49 euros pour le tabac, 599,21 euros pour l'alcool, et 45,7 euros pour les drogues illicites. Rapportés au PIB, le poids du coût social des drogues dans l'économie représente 3,05 % du PIB pour le tabac, 2,37 % pour l'alcool, et 0,18 % pour les drogues illicites.

XI. Bibliographie

1. REYNAUD M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. 2013. 109 p.
2. JAAFARI N. Proposition du projet de structuration d'addictologie de recours et de référence pour la région Poitou-Charentes. 2013. 20 pages.
3. REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. Les pratiques addictives. Usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Juillet 1999. 171 p.
4. BALAMOU C. Addiction sans produit : synthèse bibliographique. ORS Franche-Comté. Novembre 2012. 79 p.
5. ODICER - Drogues en régions – Cartographies, évolutions statistiques. OFDT. <http://odicer.ofdt.fr>.
6. ROBIN S., PUBERT M. Baromètre santé Poitou-Charentes 2010. Consommations d'alcool, de tabac, cannabis et autres drogues. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 6 p.
7. OFDT. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac 2013. <http://www.ofdt.fr>.
8. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.-B., LEON C. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'INPES. INPES. Septembre 2013. 101 p.
9. BECK F. Les usages de substances psychoactives en population adulte. 1ers résultats du Baromètre santé 2010. INPES, OFDT. Paris. 29 juin 2011. 15 p.
10. CADET-TAIROU A., GANDILHON M., LAHALE E. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances. Février 2012. N° 78. 6 p.
11. ROBIN S. ESPAD Poitou-Charentes 2011. European school Survey Project on Alcohol and other Drugs. ORS Poitou-Charentes. Juillet 2013. Rapport n° 150. 85 p.
12. SPILKA S., LE NEZET O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». OFDT. Novembre 2013. Rapport n° 89. 8 p.
13. ROBIN S., BOUNAUD V. La santé des apprentis de Poitou-Charentes. Diagnostic santé. ORS Poitou-Charentes. Novembre 2013. 12 p.
14. HACHE P. Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. INRS. Mars 2013. 36 p.
15. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. 82 p.
16. TOVAR M.-L., COSTES J.-M., EROUKMANOFF V. Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012. Tendances. Juin 2013. N° 85. 6 p.

18. OFDT. Données nationales - Séries statistiques. <http://www.ofdt.fr/>
19. Ministère de la santé et des solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011. 19 p.
20. ARS Poitou-Charentes. Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes. Décembre 2012. 326 p.
21. DRASS Poitou-Charentes. Schéma régional médico social d'addictologie en Poitou-Charentes 2009-2013. 2009. 26 p.
22. CLEMENT B. Les crédits MILDT en Poitou-Charentes : Orientations, acteurs et territoires. Note de synthèse à l'attention du chef de projet régional. Mission d'Appui Drogues et Toxicomanies Poitou-Charentes. Octobre 2013. 7 p.
23. KOPP P., FENOGLIO P. Coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. OFDT. Avril 2006. 60 p.
24. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. 2013. 399 p.

ROBIN S., MOREAU F. **Addictions – Synthèse documentaire**. ORS Poitou-Charentes. Mars 2014. 42 p.



17, rue Salvador Allende ● 86000 Poitiers ● Tél. 05 49 38 33 12 ● ors@ors-poitou-charentes.org ● www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com ● www.indisante.org