

# Schéma régional médico-social d'addictologie

## Région Aquitaine 2009 - 2014

Documents complémentaires  
Tableau de bord sur la santé  
Fiches alcool, tabac et autres drogues



## **Document complémentaire au Schéma régional médico-social d'addictologie d'Aquitaine 2009-2013**

*Les fiches suivantes Alcool (fiche 8-1), Tabac (fiche 8-2) et Autres drogues (fiche 8-3) du tableau de bord sur la santé ont été réalisées dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie pour la région aquitaine et pour chaque département aquitain : Dordogne, Gironde, Landes, Lot et Garonne, Pyrénées-Atlantiques.*

*Chaque fiche est structurée de la façon suivante : la première page comprend une synthèse situant le problème évoqué dans son contexte national, un résumé soulignant les faits marquants de la situation départementale (ou régionale) et un indicateur permettant de comparer les résultats du département (ou de la région) non seulement à la moyenne nationale, mais aussi aux valeurs départementales (ou régionales) extrêmes. Les deuxième et troisième pages fournissent ensuite des données plus détaillées, sous forme de tableaux et graphiques commentés. Des définitions et des informations méthodologiques précisent le cadre des indicateurs.*



## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION EN AQUITAINE : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de plus de 900 décès en Aquitaine.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

## Une mortalité liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 904 Aquitains sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. A structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, quel que soit le sexe. L'Aquitaine est l'une des régions métropolitaines présentant la mortalité liée à l'alcool la moins élevée, loin derrière le Nord-Pas-de-Calais où la mortalité est la plus forte.

### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Région ayant l'ICM le plus fort :** Nord-Pas-de-Calais pour les hommes et les femmes

**Région ayant l'ICM le plus faible :** Midi-Pyrénées pour les hommes et les femmes

### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

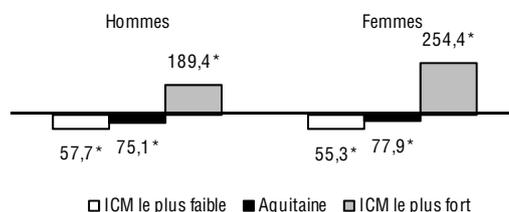
**Région ayant l'ICM le plus fort :** Nord-Pas-de-Calais pour les hommes et les femmes

**Région ayant l'ICM le plus faible :** Midi-Pyrénées pour les hommes et Limousin pour les femmes

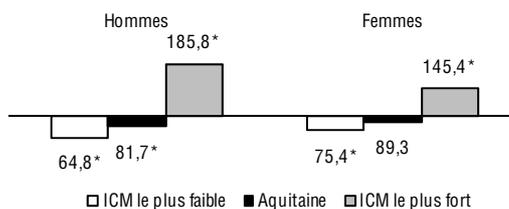
### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



Sources : Inserm CépiDC, Insee Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative (test du Chi2 au seuil de 5 %)

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

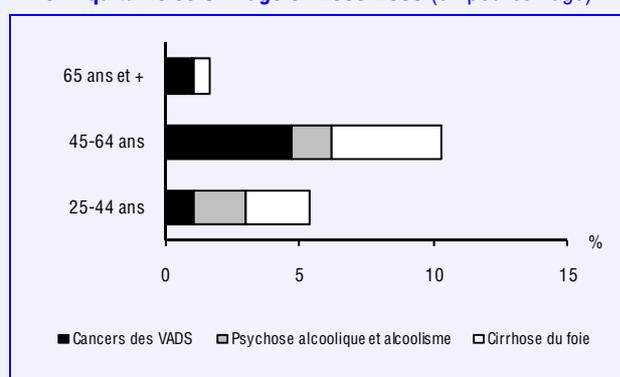
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe en Aquitaine en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	238	102	129	53
Psychose alcoolique et alcoolisme	88	23	62	16
Cancers des VADS	374	79	168	28
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>204</b>	<b>359</b>	<b>97</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes en Aquitaine selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Aquitaine		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Aquitaine	France métr.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie	16,3	13,6	- 16,6	- 17,5*
Psychose alcoolique et alcoolisme	5,4	5,3	- 1,9	5,8
Cancer des VADS	28,7	22,1	- 23,0*	- 25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie	5,3	5,0	- 5,7	- 19,5*
Psychose alcoolique et alcoolisme	1,5	1,1	- 26,7	6,2
Cancer des VADS	4,3	3,5	- 18,6	- 9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée en Aquitaine en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	31	17
45 – 64 ans	382	83
65 ans et plus	277	89
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>		
moins de 45 ans	227	109
45 – 64 ans	275	175
65 ans et plus	112	105

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Trois fois plus de décès liés à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 453 décès. Les cirrhoses du foie représentent la deuxième cause de mortalité liée à l'alcool, avec en moyenne 340 décès par an. Enfin, les psychoses alcooliques ont entraîné la mort de 111 personnes chaque année. Globalement, un décès lié à l'alcool sur deux survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés). Par ailleurs, les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.

## Entre 45 et 64 ans, 10 % des décès sont liés à l'alcool

Globalement, les décès liés à l'alcoolisme représentent 3,0 % de l'ensemble des décès survenus chez des personnes de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (4,7 %) que chez les femmes (1,3 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (10,3 %). Entre 25 et 44 ans, les cirrhoses du foie sont la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une baisse de la mortalité liée à l'alcool

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée à l'alcool a diminué, quel que soit le sexe. Chez les hommes, les baisses les plus fortes concernent les cancers des VADS (- 23,0 %) et les cirrhoses du foie (- 16,6 %). Chez les femmes, elles concernent les psychoses alcooliques (- 26,7 %) et les cancers des VADS (- 18,6 %). En France, la mortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme a légèrement progressé quel que soit le sexe.

## Environ 880 admissions en ALD chaque année pour cancers des VADS et plus de 1 000 pour maladies chroniques du foie et cirrhoses

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 879 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS. Elles concernent le plus souvent des hommes (78 %) et des personnes âgées d'au moins 45 ans (94 %).

Les nouvelles prises en charge pour maladies chroniques du foie et cirrhoses ont été plus nombreuses (1 003 par an). Elles concernent plus souvent des femmes (39 %) et des personnes de moins de 45 ans (53 %).

**Les affections de longue durée :** en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une fréquence des hospitalisations liées à l'alcool globalement inférieure à la moyenne nationale

En 2004, les cirrhoses et maladies chroniques du foie constituent le diagnostic principal de 1 882 séjours dans les établissements de santé aquitains. Les intoxications aiguës dues à l'alcool ont donné lieu à un nombre presque aussi important de séjours (1 721). En revanche, les hospitalisations pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool comme celles pour tumeurs malignes du foie ont été moins nombreuses (respectivement 918 et 857 séjours). Pour ces différentes pathologies, la fréquence des hospitalisations est moins élevée qu'en France, sauf pour les tumeurs malignes du foie chez les femmes.

## Près de 5 700 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social. En 2005, les sept CCAA aquitains ont accueilli 5 690 personnes, soit 22,2 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est proche de la moyenne nationale (24,3).

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, l'Aquitaine en regroupe 8 139, soit 332 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité est supérieure à la moyenne nationale (318, hors Corse). Entre 1999 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV est resté stable mais la densité a légèrement diminué.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM)**, appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**Le taux comparatif de mortalité**, ou *taux standardisé direct*, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Aquitaine en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	918	49,7*	49,0*
Intoxication aiguë due à l'alcool	1 721	56,5*	61,3*
Cirrhose et maladies chroniques du foie	1 882	73,6*	61,3*
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	857	78,7*	111,5

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en Aquitaine en 2005

	2005
Nombre de structures	7
Nombre de consultants	5 690
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	22,2

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV en Aquitaine en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	8 139
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	332

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

Exploitation Orsa

Les données des **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.

## La consommation d'alcool parmi la clientèle des médecins généralistes libéraux

L'enquête alcool auprès de la clientèle des médecins généralistes a été réalisée en octobre 2000 dans toutes les régions de France auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes libéraux. Elle traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous patients âgés de 16 ans ou plus. En Aquitaine, 1 810 patients ont été inclus dans l'étude régionale.

Trois profils de patients ont été définis : patients sans risque, patients à risque sans dépendance et patients à risque avec dépendance. Parmi l'ensemble des patients, 16 % présentent un profil alcool à risque. Ce pourcentage est cinq fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Les patients dont le profil alcool est estimé « à risque » sont essentiellement des personnes non dépendantes (« profil à risque sans dépendance »). Enfin, parmi les trois profils de patients définis, le plus représenté est le « profil sans risque » qui regroupe 78 % des personnes interrogées. Ce profil est particulièrement fréquent chez les femmes.

### « Profil alcool » des patients enquêtés selon le sexe

	hommes	femmes	ensemble
profil sans risque	64,2	88,3	78,3
profil à risque sans dépendance	25,4	4,5	13,2
profil à risque avec dépendance	5,9	1,2	3,1

Source : Enquête alcool auprès de la clientèle des médecins généralistes d'Aquitaine en 2000 – exploitation : Orsa

Les motifs de recours aux soins des patients diffèrent selon leur profil alcool. Près de 15 % des personnes présentant un « profil à risque avec dépendance » souffrent de syndrome anxio-dépressif. Parallèlement, l'abus ou la dépendance à l'alcool ainsi que les cirrhoses hépatiques apparaissent parmi les dix premiers motifs de consultation de ces patients (respectivement 8 % et 6 % des patients). En revanche, très peu de patients présentant un « profil à risque sans dépendance » consultent pour ce type de pathologies.

## La consommation d'alcool chez les jeunes, d'après l'enquête Escapad

Réalisée depuis 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en partenariat avec la DSN (Direction du service national), l'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) permet notamment de mesurer la consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans<sup>1</sup> dans toutes les régions de France.

En Aquitaine, la consommation de boissons alcoolisées est plus masculine que féminine : un garçon sur quatre déclare boire régulièrement de l'alcool, contre moins d'une fille sur dix. Les ivresses alcooliques sont également plus fréquentes chez les garçons. Globalement, les adolescents aquitains apparaissent plus consommateurs d'alcool que la moyenne des jeunes Français.

### Consommation d'alcool chez les jeunes Aquitains de 17 ans en 2005 (en %)

	Aquitaine			France métropolitaine		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Usage au cours du mois	89	79	84	82	75	79
Usage régulier*	25	8	16	18	6	12
Ivresse au cours de la vie	69	54	62	63	50	57
Ivresses répétées**	38	21	30	33	18	26

Source : Enquête Escapad 2005

exploitation : Orsa

\* au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours

\*\* au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois

(1) Age révolu, c'est-à-dire qui tient compte du mois de naissance

## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION EN DORDOGNE : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de plus de 165 décès en Dordogne.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont quatre fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme diminue en Dordogne.
- La fréquence des hospitalisations pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

### Une mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme plus faible qu'en France

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 165 habitants de Dordogne sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. La mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme est plus faible qu'en France quel que soit le sexe.

En revanche, la mortalité par cancer des VADS est proche de la moyenne nationale.

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et Gironde pour les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Pyrénées-Atlantiques pour les hommes et les femmes

#### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

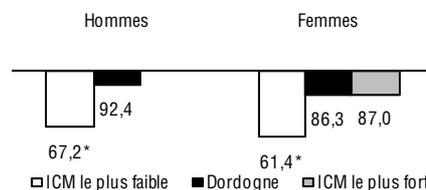
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Lot-et-Garonne pour les hommes et Gironde pour les femmes

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

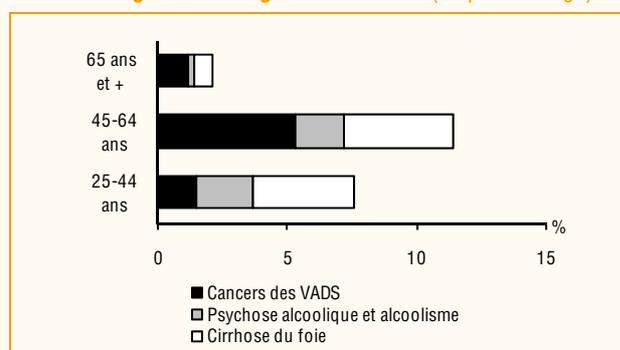
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe en Dordogne en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	44	15	22	8
Psychose alcoolique et alcoolisme	17	5	11	4
Cancers des VADS	70	14	29	4
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>34</b>	<b>62</b>	<b>16</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes en Dordogne selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Dordogne		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Dordogne	France métro.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	30,7	23,4	- 23,8	- 11,9*
Cancer des VADS	31,3	26,3	- 16,0	- 25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	7,3	6,5	- 11,0	- 16,1*
Cancer des VADS	3,9	4,1	5,1	- 9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée en Dordogne en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	1	2
45 – 64 ans	54	12
65 ans et plus	45	15
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>		
moins de 45 ans	23	11
45 – 64 ans	41	26
65 ans et plus	17	12

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Quatre fois plus de décès liés à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 84 décès. Les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques ont entraîné la mort de respectivement 59 et 22 personnes chaque année. Globalement, près d'un décès lié à l'alcool sur deux (47 %) survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés) et les décès masculins sont particulièrement nombreux.

## Entre 45 et 64 ans, 11 % des décès sont liés à l'alcool

Globalement, les décès liés à la consommation excessive d'alcool représentent 3,3 % de l'ensemble des décès survenus chez des personnes de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (5,1 %) que chez les femmes (1,4 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (11,4 %). Entre 25 et 44 ans, la cirrhose du foie est la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme en diminution chez les hommes comme chez les femmes

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme a diminué chez les hommes (- 23,8 %) comme chez les femmes (- 11,0 %).

La mortalité par cancer des VADS a également diminué chez les hommes (- 16,0 %) mais progressé chez les femmes (+ 5,1 %).

## Environ 130 admissions en ALD chaque année pour cancers des VADS et autant pour maladies chroniques du foie et cirrhoses

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 129 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et autant pour maladies chroniques du foie et cirrhoses.

Ces admissions en ALD ont concerné le plus souvent des hommes et des personnes âgées d'au moins 45 ans.

*Les affections de longue durée : en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

## Une fréquence des hospitalisations pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

En 2004, les intoxications aiguës dues à l'alcool constituent le diagnostic principal de 421 séjours dans les établissements de santé de Dordogne. La fréquence des séjours liés à ces pathologies semble plus élevée qu'en France mais la différence observée n'est pas statistiquement significative.

Les autres hospitalisations liées à l'alcool ont été moins nombreuses : 261 séjours ont été réalisés pour cirrhoses et maladies chroniques du foie, 167 pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool et 109 pour tumeurs malignes du foie. Ces motifs d'hospitalisation ont été moins fréquents qu'en France.

## Plus de 750 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social. En 2005, le CCAA de Dordogne a accueilli 756 personnes, soit 22,2 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est comparable à la moyenne nationale.

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV en Dordogne

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, la Dordogne en regroupe 1 343, soit 407 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité est supérieure aux moyennes régionale (332) et nationale (318, hors Corse). Entre 1999 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV est resté relativement stable mais la densité a légèrement diminué.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du chi<sup>2</sup> au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

*Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.*

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Dordogne en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	167	67,3*	65,1*
Intoxication aiguë due à l'alcool	421	111,8	102,5
Cirrhose et maladies chroniques du foie	261	67,2*	87,7
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	109	69,8*	68,1

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en Dordogne en 2005

	2005
Nombre de structures	1
Nombre de consultants	756
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	22,2

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV en Dordogne en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	1 343
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	407

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

Exploitation Orsa

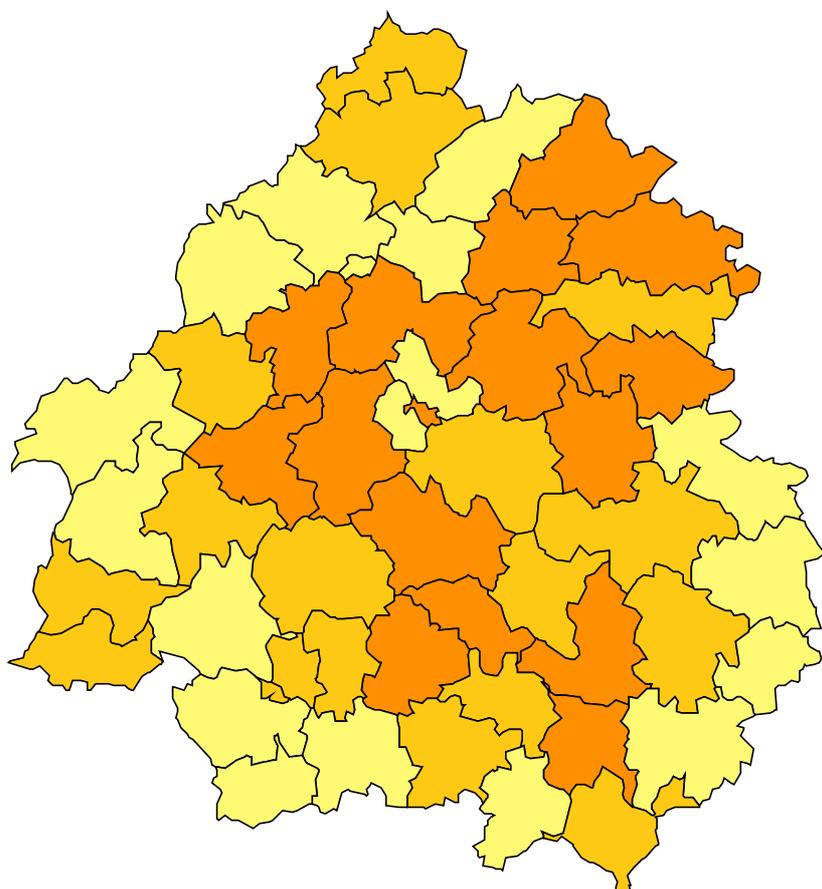
*Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 102,5 en Dordogne signifie que les séjours sont supérieurs de 2,5 % en Dordogne par rapport à la moyenne nationale.*

## La mortalité liée à l'alcool

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée à l'alcool égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 24 dans le canton de Monpazier à 189 dans celui de Hautefort.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Hautefort (189), Neuvic (165) et Jumilhac-le-Grand (161) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Monpazier (24), Mareuil (29) et Domme (43) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



ICM mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005)

	Moins de 99.9
	99.9 à 130.4
	130.5 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons de Bergerac et Périgueux englobent une partie des communes de Bergerac et Périgueux et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Bergerac et Périgueux et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Bergerac 2<sup>e</sup> canton, Périgueux Ouest et Nord-Est).

L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès liés à l'alcool sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de Dordogne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION EN GIRONDE : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de 376 décès en Gironde.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont près de six fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Chez les femmes, la fréquence des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie est supérieure à la moyenne nationale.

### Une mortalité liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 376 Girondins sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. Comme en Aquitaine, à structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, quel que soit le sexe.

Chez les femmes, la mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme est plus élevée en Gironde que dans les autres départements aquitains. A l'inverse, c'est en Gironde que la mortalité féminine par cancer des VADS est la plus faible.

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et Gironde pour les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Pyrénées-Atlantiques pour les hommes et les femmes

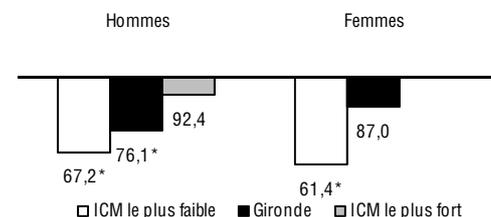
#### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et les femmes

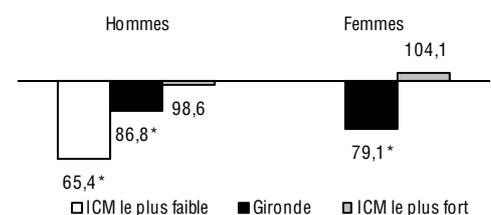
**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Lot-et-Garonne pour les hommes et Gironde pour les femmes

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

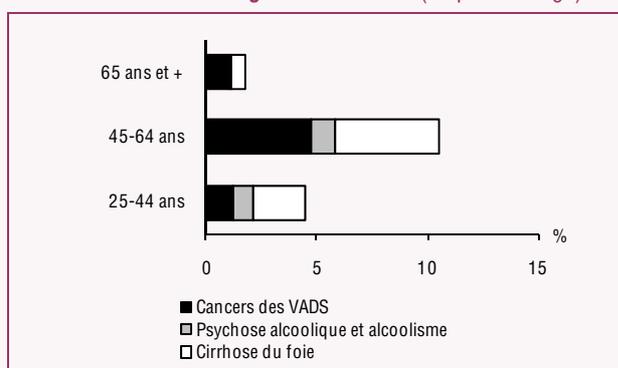
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe en Gironde en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	107	50	63	27
Psychose alcoolique et alcoolisme	27	7	18	4
Cancers des VADS	157	28	77	10
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>85</b>	<b>158</b>	<b>41</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes en Gironde selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Gironde		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Gironde	France métr.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	21,8	19,2	- 11,9	- 11,9*
Cancer des VADS	31,1	23,6	- 24,1*	- 25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	7,9	6,8	- 13,9	- 16,1*
Cancer des VADS	4,4	3,2	- 27,3	- 9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée en Gironde en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	18	7
45 – 64 ans	184	35
65 ans et plus	108	75
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrheses</b>		
moins de 45 ans	116	53
45 – 64 ans	117	88
65 ans et plus	45	53

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Presque six fois plus de décès dus à des pathologies liées à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 185 décès. Les cirrheses du foie et les psychoses alcooliques ont entraîné respectivement la mort de 157 et 34 personnes chaque année. Globalement, plus d'un décès lié à l'alcool sur deux (53 %) survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés) et les décès masculins sont particulièrement nombreux.

## Entre 45 et 64 ans, 11 % des décès sont dus à des pathologies liées à l'alcool

Globalement, les décès liés à la consommation excessive d'alcool représentent 3,3 % de l'ensemble des décès survenus chez des personnes de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (5,0 %) que chez les femmes (1,5 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (10,6 %). Entre 25 et 44 ans, la cirrhose du foie est la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais, après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une mortalité liée à l'alcool en diminution chez les hommes comme chez les femmes

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité par cancers des VADS a diminué chez les hommes (- 24,1 %) comme chez les femmes (- 27,3 %).

La mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme a diminué de 11,9 % chez les hommes et de 13,9 % chez les femmes.

## Environ 470 admissions en ALD chaque année pour maladies chroniques du foie et cirrheses et 385 pour cancers des VADS

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 385 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et 472 pour maladies chroniques du foie et cirrheses. Les nouvelles prises en charge pour maladies chroniques du foie et cirrheses concernent souvent des personnes de moins de 45 ans.

*Les affections de longue durée : en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie fréquentes chez les femmes

En 2004, les cirrhoses et maladies chroniques du foie constituent le diagnostic principal de 913 séjours dans les établissements de santé de Gironde. La fréquence de ces séjours est inférieure à la moyenne nationale chez les hommes.

Les hospitalisations pour intoxications aiguës dues à l'alcool et pour alcoolisme chronique ont donné lieu à respectivement 593 et 428 séjours. Pour ces pathologies, la fréquence des séjours a été moins élevée qu'en France.

Enfin, 421 hospitalisations sont liées à des tumeurs malignes du foie. Chez les femmes, ce diagnostic est plus fréquent qu'en France.

## Plus de 2 400 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social. En 2005, le CCAA de Gironde a accueilli 2 404 personnes, soit 21,1 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est proche des moyennes régionale et nationale.

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV en Gironde

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, la Gironde en regroupe 2 661, soit 246 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité est inférieure aux moyennes régionale (332) et nationale (318, hors Corse). Entre 1999 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV est resté stable mais la densité a légèrement diminué.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM)**, appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**Le taux comparatif de mortalité**, ou *taux standardisé direct*, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Gironde en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	428	53,5*	50,0*
Intoxication aiguë due à l'alcool	593	42,0*	50,4*
Cirrhose et maladies chroniques du foie	913	90,1*	92,4
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	421	99,2	137,3*

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en Gironde en 2005

	2005
Nombre de structures	1
Nombre de consultants	2 404
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	21,1

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV en Gironde en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	2 661
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	246

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

Exploitation Orsa

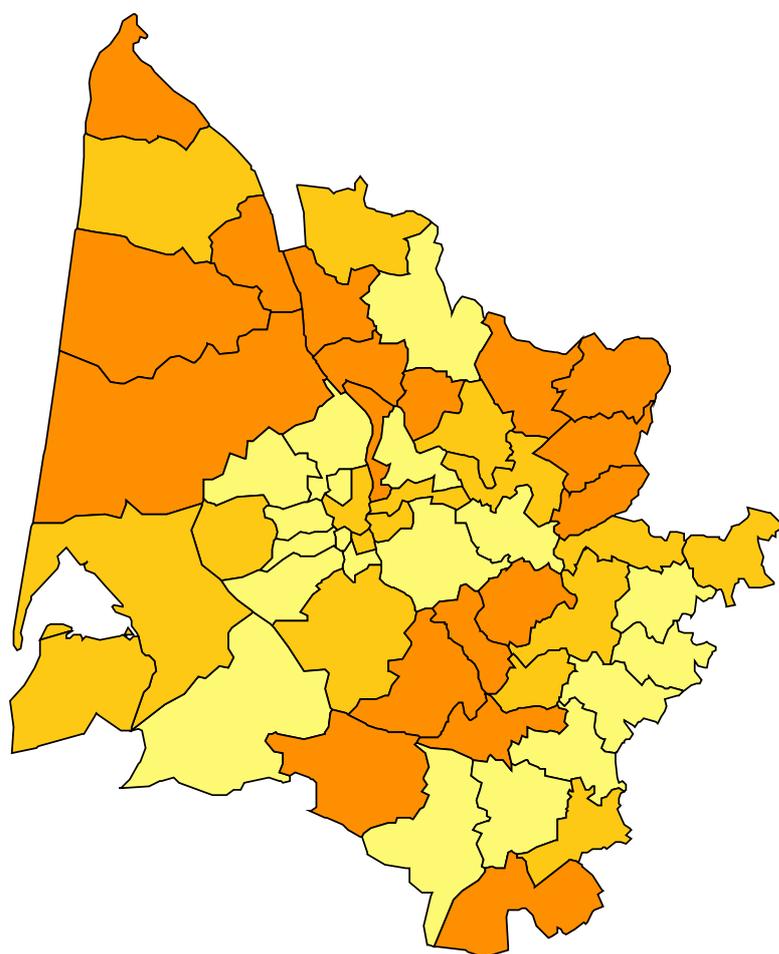
Les données des **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 137,3 en Gironde signifie que les séjours sont supérieurs de 37,3 % en Gironde par rapport à la moyenne nationale.

## La mortalité liée à l'alcool

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée à l'alcool égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 44 dans le canton de Pellegrue à 244 dans celui de Captieux.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Captieux (244), Saint-Symphorien (209), Blaye (179), Saint-Laurent-Médoc (154) et Cadillac (148) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Pellegrue (44), Auros (51), Monségur (62) et Pessac (65) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### ICM mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005)

- Moins de 93,3
- 93,3 à 120,1
- 120,2 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons de Bordeaux et Pessac englobent uniquement des parties de communes de Bordeaux et Pessac. Les cantons de Mérignac englobent quant à eux des parties de la commune de Mérignac et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Bordeaux et de Pessac, à la commune entière de Mérignac et au canton de Mérignac 2 amputé de la partie communale de Mérignac.

L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès liés à l'alcool sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de la Gironde et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION DANS LES LANDES : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année d'une centaine de décès dans les Landes.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont presque quatre fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

### Une mortalité par maladies liées à l'alcool plus faible qu'en France

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 107 Landais sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. Comme en Aquitaine, à structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et Gironde pour les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Pyrénées-Atlantiques pour les hommes et les femmes

#### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

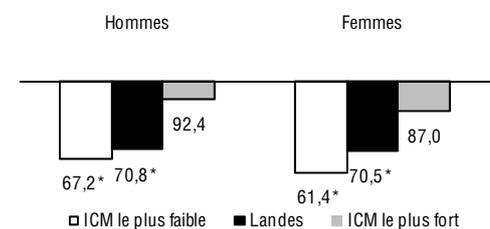
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Lot-et-Garonne pour les hommes et Gironde pour les femmes

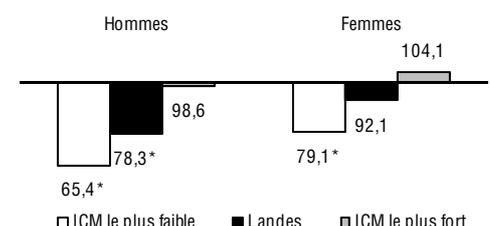
### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

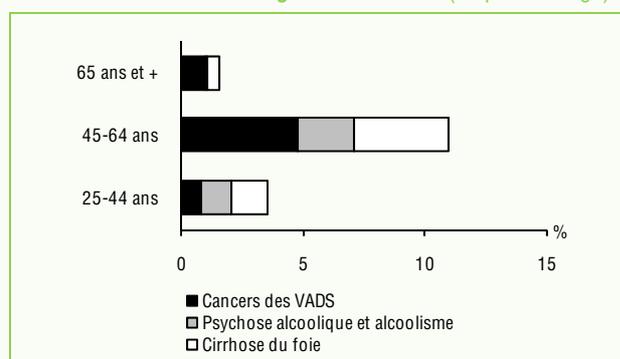
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe dans les Landes en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	26	10	12	7
Psychose alcoolique et alcoolisme	12	4	9	3
Cancers des VADS	45	10	21	2
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>12</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes dans les Landes selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Gironde		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Landes	France métro.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	18,7	18,1	- 3,2	- 11,9*
Cancer des VADS	32,0	20,9	- 34,7*	- 25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	6,2	5,6	- 9,7	- 16,1*
Cancer des VADS	4,1	3,5	- 14,6	- 9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée dans les Landes en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	3	3
45 - 64 ans	49	10
65 ans et plus	35	10
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>		
moins de 45 ans	23	12
45 - 64 ans	34	18
65 ans et plus	12	9

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Presque quatre fois plus de décès liés à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 55 décès. Les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques ont entraîné la mort de respectivement 36 et 16 personnes chaque année. Globalement, un décès lié à l'alcool sur deux survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés). Par ailleurs, les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.

## Entre 45 et 64 ans, 11 % des décès sont liés à l'alcool

Globalement, les décès liés à la consommation excessive d'alcool représentent 2,9 % de l'ensemble des décès survenus chez des Landais de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est trois fois plus élevé chez les hommes (4,5 %) que chez les femmes (1,4 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (11,0 %). Entre 25 et 44 ans, la cirrhose du foie est la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une mortalité par cancer des VADS en diminution chez les hommes comme chez les femmes

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée à l'alcool a diminué, chez les hommes comme chez les femmes. La baisse la plus forte concerne les cancers des VADS (- 34,7 % chez les hommes et - 14,6 % chez les femmes). Cette baisse est plus marquée que celle observée en France métropolitaine.

À l'inverse, la mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme a diminué moins fortement qu'en France.

## Environ 110 admissions en ALD chaque année pour cancers des VADS et autant pour maladies chroniques du foie et cirrhoses

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 110 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et autant pour maladies chroniques du foie et cirrhoses.

Ces admissions en ALD ont concerné les plus souvent des hommes et des personnes âgées d'au moins 45 ans.

*Les affections de longue durée : en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une fréquence des hospitalisations liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

En 2004, les intoxications aiguës dues à l'alcool constituent le diagnostic principal de 237 séjours dans les établissements de santé landais. Les autres hospitalisations liées à l'alcool ont été moins nombreuses.

Pour les différentes pathologies liées à l'alcool, les séjours ont été moins fréquents dans les Landes qu'en France, chez les hommes comme chez les femmes.

## Environ 1 080 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social.

En 2005, 1 079 personnes ont été reçues dans les deux centres d'alcoologie des Landes, soit 36,3 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux, le plus élevé d'Aquitaine, est supérieur à la moyenne nationale.

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV dans les Landes

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, les Landes en regroupent 1 327, soit 473 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité est supérieure à celles observées dans les autres départements aquitains et à la moyenne nationale (318, hors Corse). Entre 1999 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV est resté stable mais la densité a légèrement diminué.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM)**, appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**Le taux comparatif de mortalité**, ou *taux standardisé direct*, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) dans les Landes en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	116	53,5*	50,7*
Intoxication aiguë due à l'alcool	237	65,8*	76,4*
Cirrhose et maladies chroniques du foie	185	59,2*	68,9*
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	101	87,2	53,7*

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) dans les Landes en 2005

	2005
Nombre de structures	2
Nombre de consultants	1 079
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	36,3

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV dans les Landes en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	1 327
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	476

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

Exploitation Orsa

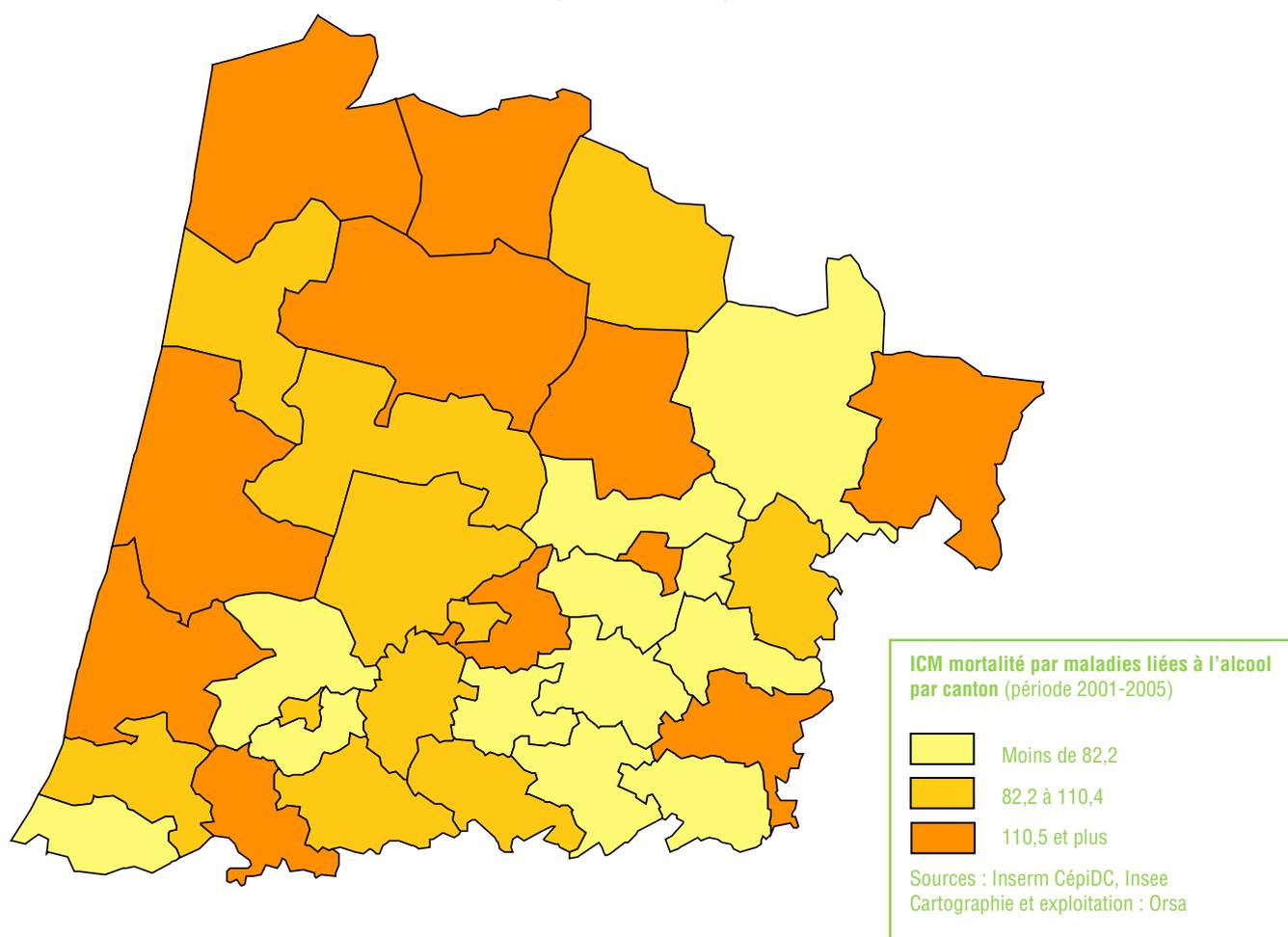
Les données des **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 87,2 dans les Landes signifie que les séjours sont inférieurs de 12,8 % dans les Landes par rapport à la moyenne nationale.

## La mortalité liée à l'alcool

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée à l'alcool égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 57 dans le canton de Mont-de-Marsan Nord à 220 dans celui de Labrit.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Labrit (220) et Sabres (210) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Mont-de-Marsan Nord (57), Dax Nord (61), Mugron (62) et Saint-Martin-de-Seignanx (64) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas englobent une partie des communes de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Mont-de-Marsan Nord et Sud, Dax Nord et Sud, Tartas Ouest et Est). L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès liés à l'alcool sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Directions régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général des Landes et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION DANS LE LOT-ET-GARONNE : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de 90 décès en Lot-et-Garonne.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie est supérieure à la moyenne nationale chez les femmes.

### Une mortalité liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 90 habitants du Lot-et-Garonne sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. Comme en Aquitaine, à structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, quel que soit le sexe.

Chez les hommes, la mortalité par cancer des VADS est moins élevée dans le Lot-et-Garonne que dans les autres départements aquitains.

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et Gironde pour les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Pyrénées-Atlantiques pour les hommes et les femmes

#### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

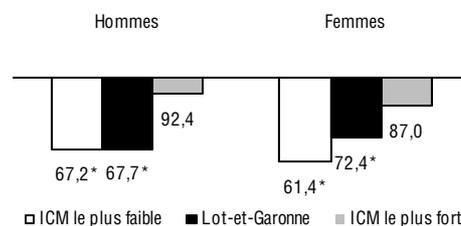
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Lot-et-Garonne pour les hommes et Gironde pour les femmes

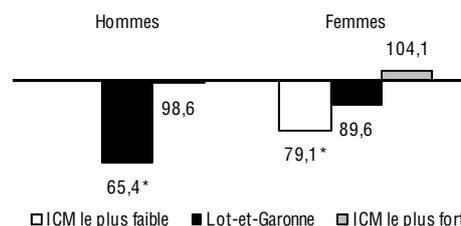
### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

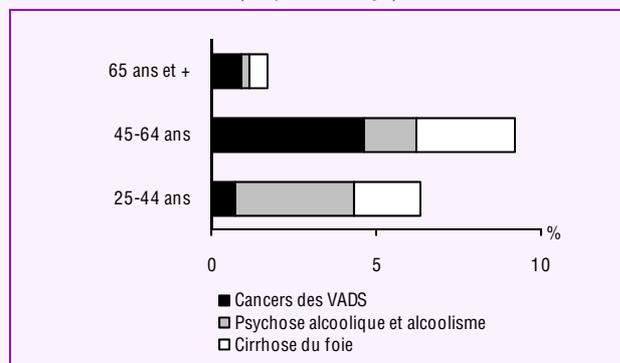
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe dans le Lot-et-Garonne en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	22	9	10	4
Psychose alcoolique et alcoolisme	11	4	7	3
Cancers des VADS	35	9	15	5
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>12</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes dans le Lot-et-Garonne selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Gironde		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Lot-et-Garonne	France métro.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	20,6	17,7	- 14,1	- 11,9*
Cancer des VADS	22,9	17,5	- 23,6	- 25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	6,0	5,9	- 1,7	- 16,1*
Cancer des VADS	4,4	3,6	- 18,2	- 9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée dans le Lot-et-Garonne en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	2	2
45 – 64 ans	27	9
65 ans et plus	30	8
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>		
moins de 45 ans	21	15
45 – 64 ans	28	17
65 ans et plus	17	10

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Trois fois plus de décès liés à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 44 décès. Les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques ont entraîné la mort de respectivement 31 et 15 personnes chaque année. Globalement, près d'un décès lié à l'alcool sur deux (49 %) survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés). Par ailleurs, les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.

## Entre 45 et 64 ans, 11 % des décès sont liés à l'alcool

Globalement, les décès liés à la consommation excessive d'alcool représentent 3,3 % de l'ensemble des décès survenus chez des personnes de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (5,0 %) que chez les femmes (1,5 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (10,6 %). Entre 25 et 44 ans, la cirrhose du foie est la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une mortalité liée à l'alcool en diminution chez les hommes comme chez les femmes

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée à l'alcool a diminué, quel que soit le sexe. La baisse la plus forte concerne les cancers des VADS (- 23,6 % chez les hommes et - 18,2 % chez les femmes). Chez les femmes, cette baisse est plus marquée que celle observée en France métropolitaine. La mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme a diminué de 14,1 % chez les hommes et de 1,7 % chez les femmes.

## Près de 80 admissions en ALD chaque année pour cancers des VADS et 110 pour maladies chroniques du foie et cirrhoses

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 78 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et 108 pour maladies chroniques du foie et cirrhoses. Ces admissions en ALD ont le plus souvent concerné des hommes et des personnes âgées d'au moins 45 ans.

*Les affections de longue durée : en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une fréquence des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie supérieure à la moyenne nationale chez les femmes

En 2004, les intoxications aiguës dues à l'alcool constituent le diagnostic principal de 184 séjours dans les établissements de santé du Lot-et-Garonne. Les hospitalisations pour cirrhoses et maladies chroniques du foie ont été presque aussi nombreuses mais les autres hospitalisations liées à l'alcool ont été moins fréquentes.

Les différents motifs d'hospitalisation liés à l'alcool ont été moins fréquents dans le Lot-et-Garonne qu'en France, sauf les tumeurs malignes du foie chez les femmes.

## Plus de 450 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social. En 2005, le CCAA du Lot-et-Garonne a accueilli 452 personnes, soit 17,0 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux, le plus faible d'Aquitaine, est inférieur à la moyenne nationale.

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, le Lot-et-Garonne en regroupe 641, soit 250 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité, l'une des moins élevée d'Aquitaine, est inférieure aux moyennes régionale (332) et nationale (318, hors Corse). Entre 1999 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV est resté stable mais la densité a légèrement diminué.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM)**, appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**Le taux comparatif de mortalité**, ou *taux standardisé direct*, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) dans le Lot-et-Garonne en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	91	38,7*	73,6*
Intoxication aiguë due à l'alcool	184	61,4*	60,1*
Cirrhose et maladies chroniques du foie	159	54,5*	70,8*
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	103	58,0*	203,8*

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) dans le Lot-et-Garonne en 2005

	2005
Nombre de structures	1
Nombre de consultants	452
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	17,0

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV dans le Lot-et-Garonne en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	641
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	250

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

Exploitation Orsa

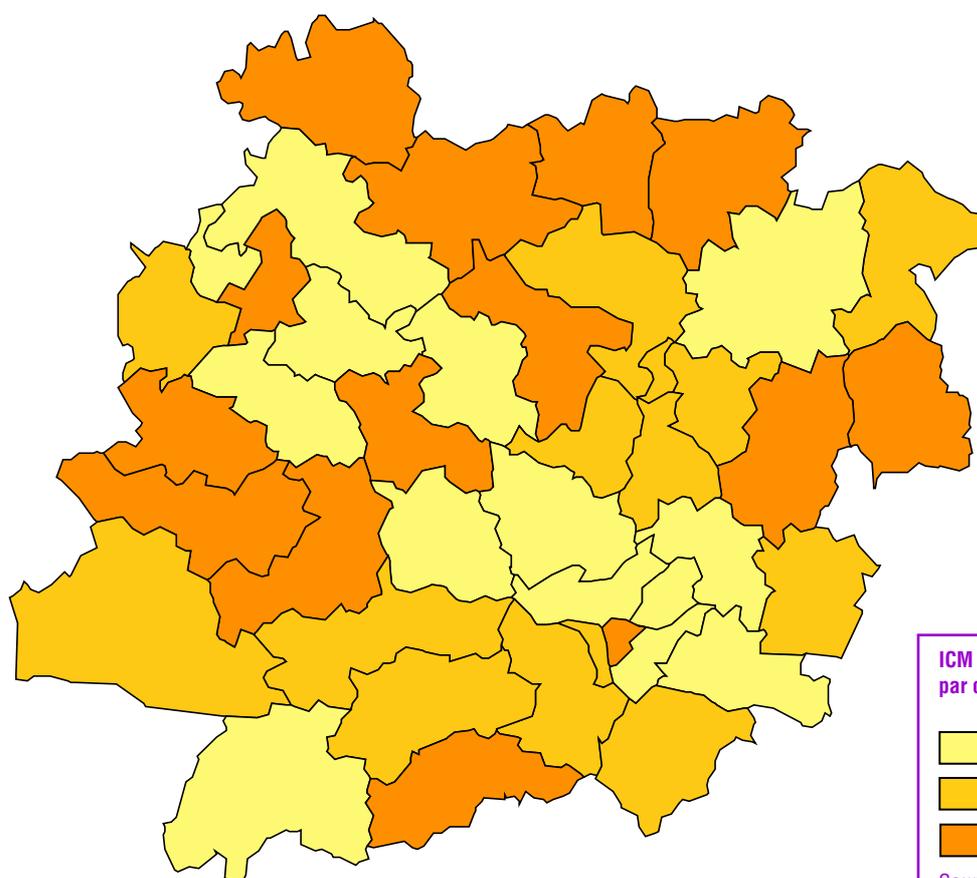
Les données des **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 203,8 en Lot-et-Garonne signifie que les séjours sont supérieurs de 103,8 % en Lot-et-Garonne par rapport à la moyenne nationale.

## La mortalité liée à l'alcool

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée à l'alcool égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 21 dans le canton de Mas-d'Agenais à 170 dans celui de Penne-d'Agenais.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Penne-d'Agenais (170), Agen (165) et Casteljaloux (155) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Mas-d'Agenais (21), Castelmoron-sur-Lot (32), Port-Sainte-Marie (34) et Laroque-Timbaut (35) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



ICM mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005)

	Moins de 73,3
	73,3 à 103,0
	103,1 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen englobent une partie des communes de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Villeneuve-sur-Lot Nord et Sud, Marmande Ouest et Est, Agen Nord-Est, Nord, Ouest et Sud-Est).

L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès liés à l'alcool sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de Lot-et-Garonne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Elle est passée de 26,0 litres d'alcool pur par an et par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 1961 à 12,7 litres en 2005. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs (4<sup>e</sup> de l'Union européenne et 6<sup>e</sup> au rang mondial). Elle est la plus grande consommatrice de vin en Europe (53,9 litres par an et par habitant en 2001) mais l'avant dernière consommatrice pour les bières (35,9 litres par an et par habitant). Le vin est l'alcool le plus consommé par les adultes alors que les jeunes privilégient les bières, les premix (mélanges de sodas ou jus de fruits avec des alcools forts) ou les alcopops (mélanges de boissons alcoolisées ou alcool fort aromatisé). Entre 2000 et 2005, la consommation régulière d'alcool a progressé chez les jeunes de 17 ans. Parmi les adultes de 18 à 75 ans, 15 % ont déclaré une consommation quotidienne en 2005 (23 % des hommes et 8 % des femmes). Seuls 7 % disent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée au cours de leur vie. Par ailleurs, 37 % des adultes présenteraient une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique.

L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux. Par ailleurs, en 2005, l'alcool a été en cause dans 10 % des accidents de la route corporels et 28 % des accidents mortels. Il serait également responsable de 10 à 20 % des accidents du travail et 3 à 20 % des accidents de la vie courante et serait un facteur favorisant dans 5 à 25 % des suicides. Enfin, le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive, entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des retards psychomoteurs, des dysmorphies faciales, mais aussi d'autres malformations. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

Au cours de la période 2003-2005, les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures) ont été responsables d'environ 20 500 décès par an, 11 400 survenant avant 65 ans. Dans huit cas sur dix, les décès prématurés concernent des hommes. Les trois principales causes de décès liées à l'alcool représentent 4 % de l'ensemble des décès et 11 % des décès prématurés.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les objectifs généraux consistent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » des jeunes et modifier les représentations par rapport à l'alcool. D'autres objectifs de ce Plan visent de manière générale à prévenir les abus d'alcool, notamment en réduisant les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool.

## SITUATION DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES : FAITS MARQUANTS

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de près de 170 décès dans les Pyrénées-Atlantiques.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité par cancers des VADS a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

### Une mortalité liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, en moyenne 166 habitants des Pyrénées-Atlantiques sont décédés chaque année d'une maladie liée à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou psychose alcoolique. Comme en Aquitaine, à structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, quel que soit le sexe.

Chez les hommes comme chez les femmes, la mortalité par cirrhose du foie ou psychose alcoolique et alcoolisme est moins élevée dans les Pyrénées-Atlantiques que dans les autres départements aquitains.

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme :

**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et Gironde pour les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Pyrénées-Atlantiques pour les hommes et les femmes

#### Cancer des voies aérodigestives supérieures :

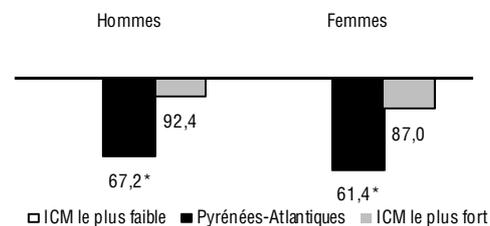
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Dordogne pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Lot-et-Garonne pour les hommes et Gironde pour les femmes

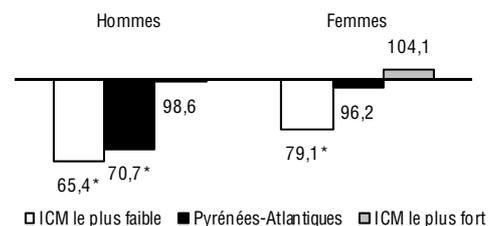
### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)

#### Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme



#### Cancer des voies aérodigestives supérieures



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

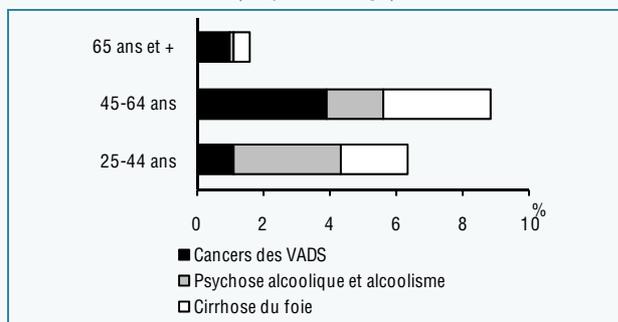
## Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool par sexe en Pyrénées-Atlantiques en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	39	18	22	7
Psychose alcoolique et alcoolisme	21	3	17	2
Cancers des VADS	67	18	26	7
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>16</b>

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes en Pyrénées-Atlantiques selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

## Évolution de la mortalité entre 1997-1999 et 2003-2005 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Gironde		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Pyrénées-Atlantiques	France métro.
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	16,9	16,9	0,0	-11,9*
Cancer des VADS	23,6	19,5	-17,4	-25,3*
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme	5,1	4,7	-7,8	-16,1*
Cancer des VADS	4,3	3,7	-14,0	-9,1*

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

\* Évolution statistiquement significative au seuil de 5 %

## Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée en Pyrénées-Atlantiques en 2004-2005

	Hommes	Femmes
<b>Cancers des VADS</b>		
moins de 45 ans	7	3
45 – 64 ans	68	17
65 ans et plus	59	23
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>		
moins de 45 ans	44	18
45 – 64 ans	55	26
65 ans et plus	21	21

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

Exploitation Orsa

## Trois fois plus de décès liés à l'alcool chez les hommes que chez les femmes

Durant la période 2003-2005, les cancers des VADS ont été responsables chaque année de 85 décès. Les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques ont entraîné la mort de respectivement 57 et 24 personnes chaque année. Globalement, près d'un décès lié à l'alcool sur deux (49 %) survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans (décès prématurés). Par ailleurs, les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.

## Entre 45 et 64 ans, 9 % des décès sont liés à l'alcool

Globalement, les décès liés à la consommation excessive d'alcool représentent 2,6 % de l'ensemble des décès survenus chez des personnes de 25 ans ou plus. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (4,0 %) que chez les femmes (1,3 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés à l'alcool est la plus forte (8,8 %). Entre 25 et 44 ans, les psychoses alcooliques sont la première cause de décès par maladies liées à l'alcool mais après cet âge, les cancers des VADS sont les plus représentés.

## Une mortalité par cancers des VADS en diminution chez les hommes comme chez les femmes

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité par cancers des VADS a diminué chez les hommes (-17,4 %) comme chez les femmes (-14,0 %). La baisse de la mortalité féminine est plus marquée que celle observée en France métropolitaine.

La mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme est restée stable chez les hommes et a diminué chez les femmes (-7,8 %). Cette baisse est toutefois moins marquée que celle observée en France.

## Près de 180 admissions en ALD chaque année pour cancers des VADS et 185 pour maladies chroniques du foie et cirrhoses

Au cours de la période 2004-2005, les trois régimes d'assurance maladie ont enregistré chaque année 177 nouvelles prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et 185 pour maladies chroniques du foie et cirrhoses. Ces admissions ont concerné le plus souvent des hommes et des personnes âgées d'au moins 45 ans.

**Les affections de longue durée :** en cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées correspondent aux premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

## Une fréquence des hospitalisations liée à l'alcool inférieure à la moyenne nationale

En 2004, les cirrhoses et maladies chroniques du foie constituent le diagnostic principal de 364 séjours dans les établissements de santé des Pyrénées-Atlantiques. Les hospitalisations pour intoxications aiguës dues à l'alcool ont également été nombreuses (286) alors que les autres séjours liés à l'alcool ont été un peu moins fréquents : 123 séjours ont été réalisés pour tumeurs malignes du foie et 116 pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool.

Ces différents motifs d'hospitalisation ont été moins fréquents dans les Pyrénées-Atlantiques qu'en France, chez les hommes comme chez les femmes.

## Près de 1 000 consultants dans les centres d'alcoologie en 2005

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont chargés de la prise en charge thérapeutique des personnes et de leur accompagnement social. En 2005, les deux CCAA des Pyrénées-Atlantiques ont accueilli 999 personnes, soit 19,1 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est inférieur aux moyennes régionale et nationale.

Depuis février 2008, et jusqu'en décembre 2009, les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) prennent progressivement le relais des CCAA pour prendre en charge les malades alcoolo-dépendants. Ces structures ont le statut d'institution sociale et médico-sociale et relèvent d'un financement par l'assurance-maladie.

## Une diminution de la densité de débits de boissons de licence IV

Les débits de boissons possédant une licence IV sont autorisés à proposer aux consommateurs âgés de 16 ans ou plus toutes les boissons alcoolisées. En 2002, les Pyrénées-Atlantiques en regroupent 2 167, soit 430 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus. Cette densité, l'une des plus élevées d'Aquitaine, est nettement supérieure aux moyennes régionale (332) et nationale (318, hors Corse), même si elle a diminué de 5 % entre 1999 et 2002.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM)**, appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**Le taux comparatif de mortalité**, ou *taux standardisé direct*, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Pyrénées-Atlantiques en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool	116	33,1*	22,7*
Intoxication aiguë due à l'alcool	286	45,1*	51,6*
Cirrhose et maladies chroniques du foie	364	63,8*	90,9
Tumeurs malignes du foie et des biliaires intra hépatiques	123	53,7*	78,5

Sources : Drees (PMSI), Insee

Exploitation Orsa

\* différence avec la moyenne nationale significative

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en Pyrénées-Atlantiques en 2005

	2005
Nombre de structures	2
Nombre de consultants	999
Nombre de consultants pour 10 000 habitants*	19,1

Sources : DGS, Insee

Exploitation Orsa

\* taux pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus

## Les débits de boissons de licence IV en Pyrénées-Atlantiques en 2002

	2002
Nombre de débits de boissons de licence IV	2 167
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	430

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, Insee

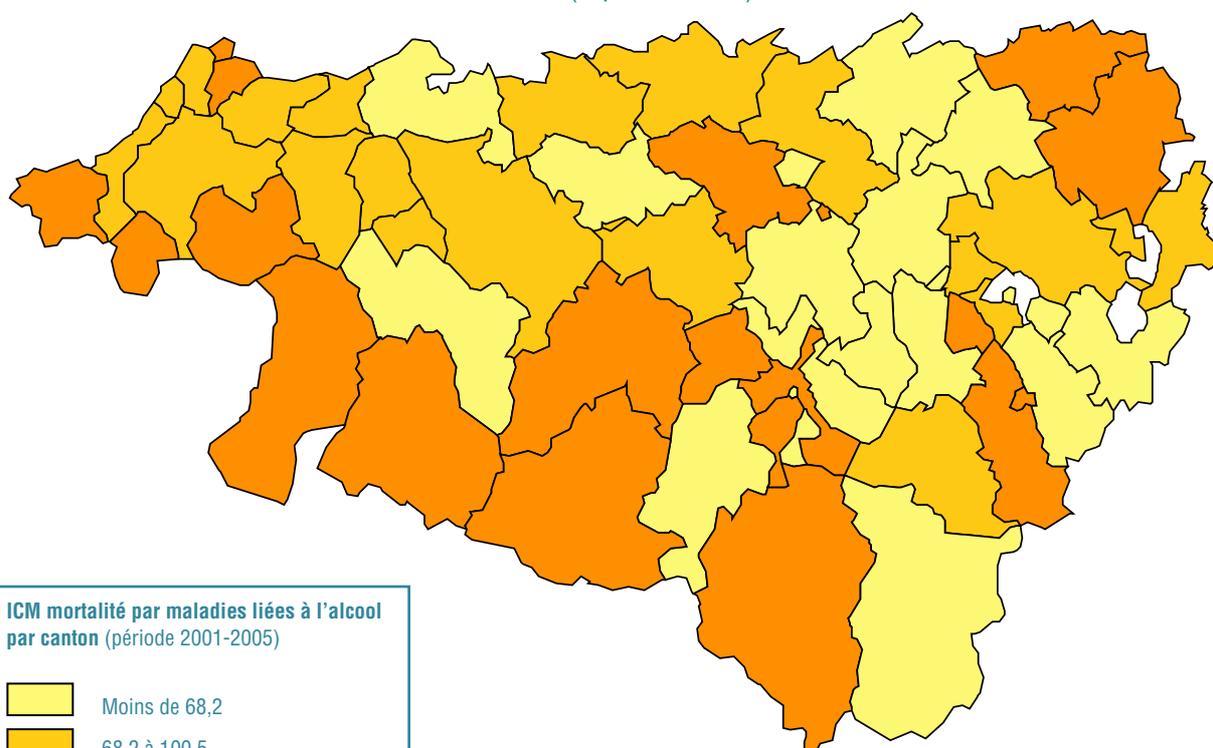
Exploitation Orsa

Les données des **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'**indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 53,7 en Pyrénées-Atlantiques signifie que les séjours sont inférieurs de 46,3 % en Pyrénées-Atlantiques par rapport à la moyenne nationale.

## La mortalité liée à l'alcool

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée à l'alcool égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 0 dans le canton de Lacq (aucun décès lié à l'alcool) à 198 dans celui de Saint-Jean-Pied-de-Port. Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Saint-Jean-Pied-de-Port (198), Espelette (144), Pau-Ouest (142) et Bayonne (141) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux d'Aramits (19), Bidache (41), Pau Est (45) et Iholdy (46) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### ICM mortalité par maladies liées à l'alcool par canton (période 2001-2005)

- Moins de 68,2
- 68,2 à 100,5
- 100,6 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons d'Anglet et Biarritz englobent uniquement des parties de communes d'Anglet et Biarritz. Les cantons d'Arthez de Béarn, Lagor, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie, Jurançon et Pau englobent quant à eux une partie des communes de Lacq, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie et Pau et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières d'Anglet, Biarritz, Lacq, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie et Pau et inversement aux cantons amputés de la partie de la commune qui n'a pu être divisée (Arthez-de-Béarn, Lagor, Bayonne Nord, Nay Est et Ouest, Oloron-Sainte-Marie Est et Ouest, Pau Est, Ouest et Sud, Jurançon). L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès liés à l'alcool sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et-Garonne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

## SITUATION EN AQUITAINE : FAITS MARQUANTS

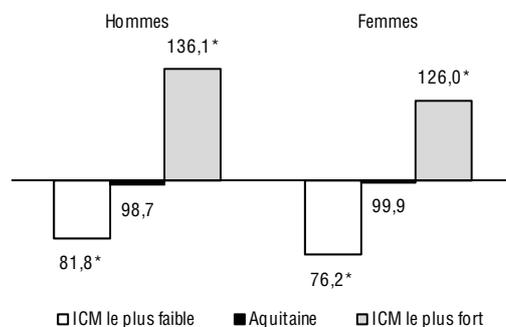
- À structure par âge comparable, la mortalité par cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives est inférieure à la moyenne nationale.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- La mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues en Aquitaine est en diminution.

### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires équivalente à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 1 523 décès par an en Aquitaine. A structure par âge comparable, cette mortalité est équivalente à la moyenne nationale. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM de la région est de 98,7 chez les hommes et 99,9 chez les femmes.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

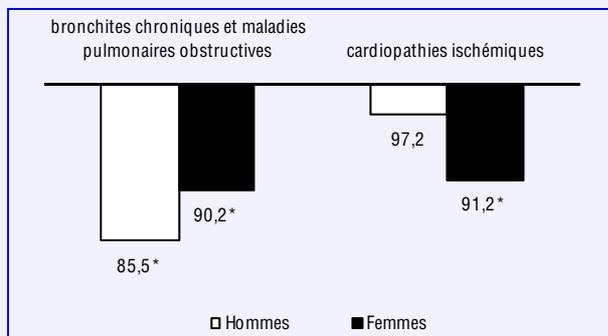
Indice comparatif de mortalité  
par cancers de la trachée, des bronches et du poumon  
en 2003-2005  
(France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, Insee Exploitation Orsea  
Région de France métropolitaine ayant l'ICM le plus fort : Nord-Pas de Calais pour les hommes et Lorraine pour les femmes  
Région de France métropolitaine ayant l'ICM le plus faible : Pays de la Loire pour les hommes et Nord-Pas de Calais pour les femmes  
\* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques en Aquitaine en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe en Aquitaine en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	340	200	33	14
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	1 209	314	461	126
Cardiopathies ischémiques	1 337	996	252	36

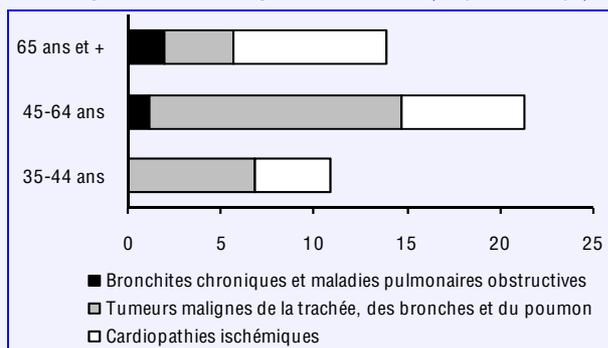
Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Incidence estimée du cancer du poumon en Aquitaine de 1985 à 2005

	1985	1990	1995	2000	2005
<b>Nombre de nouveaux cas</b>					
Hommes	964	1 059	1 145	1 232	1 322
Femmes	112	144	195	268	380
% de femmes	10,4	12,0	14,6	17,9	22,3
<b>Taux standardisés sur la population européenne (pour 100 000)</b>					
Hommes	68,1	70,7	71,9	71,8	70,6
Femmes	6,3	7,7	10,1	13,2	17,8

Sources : InVS, Francim Exploitation Orsa

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes en Aquitaine selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Une mortalité par cardiopathies ischémiques ou par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives moins élevée qu'en France

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. En Aquitaine, ces pathologies sont responsables d'une mortalité inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes.

## Un décès dû à une pathologie liée au tabac sur cinq survient avant l'âge de 65 ans

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de près de 4 400 Aquitains. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (2 333). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (1 523) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (540). Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes et surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés).

## Une nette progression de l'incidence du cancer broncho-pulmonaire chez les femmes

En Aquitaine, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon est passé de 1 076 en 1985 à 1 702 en 2005, soit une augmentation de 58 %. La progression a été particulièrement marquée chez les femmes, l'incidence féminine ayant plus que triplé en vingt ans. Désormais, 22 % des nouveaux cas de cancers du poumon concernent des femmes, contre 10 % en 1985. En 2005, le taux d'incidence des cancers du poumon est proche de la valeur nationale, chez les hommes comme chez les femmes.

## Près d'un décès masculin sur cinq dû à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 14 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (18,8 %) que chez les femmes (10,1 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (21,3 %).

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (13,6 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire.

*Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn, et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.*

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une augmentation de la mortalité féminine par cancer broncho-pulmonaire

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes. La baisse la plus marquée concerne les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (- 43,9 %). Les taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont diminué moins fortement (respectivement - 13,6 % et - 7,4 %). Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est semblable à celle des hommes pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé (+ 24,8 %). Cette augmentation est comparable à celle observée en France.

## Une fréquence des hospitalisations pour cardiopathies ischémiques chroniques supérieure à la moyenne nationale

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal de 17 515 séjours dans les établissements de santé aquitains. La fréquence des séjours liés à ces pathologies est moins élevée qu'en France pour les angines de poitrine et les infarctus aigus du myocarde. A l'inverse, chez les hommes, les hospitalisations pour autres cardiopathies ischémiques aiguës sont plus fréquentes qu'en France. De même, les séjours pour cardiopathies ischémiques chroniques sont plus nombreux en Aquitaine, quel que soit le sexe. Enfin, la fréquence des hospitalisations pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives est moins élevée qu'en France alors que la fréquence des séjours pour cancers du poumon est comparable à la moyenne nationale.

## Une diminution du nombre de cigarettes vendues entre 2001 et 2006

En 2005, l'Aquitaine compte 1 819 débits de tabac, soit 11 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans la région a diminué de 41 % entre 2001 et 2006, passant de 4 105 100 000 à environ 2 415 900 000. Rapportés à la population régionale, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 4,6 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 2,6 cigarettes en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-régionaux...

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 en Aquitaine (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Aquitaine		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Aquitaine	France métr.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	41,5	23,3	- 43,9*	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	77,4	71,7	- 7,4	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	102,8	88,8	- 13,6*	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	13,8	7,9	- 42,8*	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	11,7	14,6	+ 24,8	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	44,9	38,6	- 14,0*	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Aquitaine en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>3 316</b>	<b>97,1</b>	<b>104,3</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>3 914</b>	<b>80,7*</b>	<b>82,4*</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>17 515</b>	-	-
angine de poitrine	6 481	86,9*	87,2*
infarctus aigu du myocarde	4 071	96,9	90,3*
autres cardiopathies ischémiques aiguës	939	116,9*	99,9
cardiopathies ischémiques chroniques	6 024	117,1*	119,3*

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes en Aquitaine en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	4 105 100 000	2 415 901 312
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	4,6	2,6

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

*Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.*

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Le tabagisme d'après l'enquête alcool en médecine libérale

Réalisée en octobre 2000 dans toutes les régions de France auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes libéraux, cette enquête traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes de 16 ans ou plus ayant eu recours au système de soins en médecine libérale. Ce questionnaire abordait notamment les habitudes tabagiques des patients. L'enquête donne ainsi une mesure de la prévalence du tabagisme dans la population de patients.

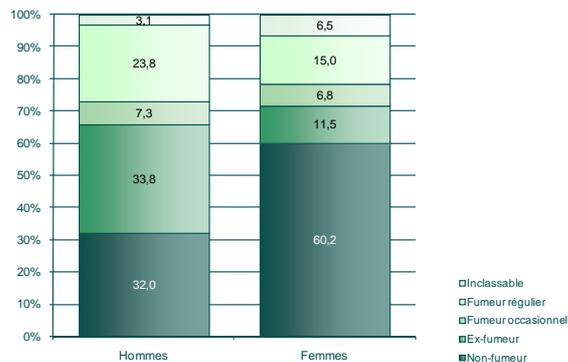
### Près d'un patient sur cinq est un fumeur régulier

Parmi les 1 810 patients interrogés, 31 % des hommes et 22 % des femmes sont fumeurs. Les fumeurs réguliers sont proportionnellement plus nombreux chez les hommes (24 % contre 15 % chez les femmes) alors que la part des fumeurs occasionnels varie peu selon le sexe.

La consommation de tabac varie également selon l'âge. Ainsi, la proportion de fumeurs réguliers diminue progressivement avec l'âge, tout en restant toujours supérieure chez les hommes.

Le Baromètre santé environnement, réalisé en 2007 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), fournit une mesure plus récente de la prévalence du tabagisme, dans la population aquitaine de 18 à 75 ans. Ainsi, 35 % des hommes et 24 % des femmes interrogés déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps. Ces pourcentages sont proches des valeurs nationales.

### Consommation de tabac des patients enquêtés en Aquitaine, en 2000



Source : Enquête alcool auprès de la clientèle des médecins généralistes d'Aquitaine en 2000

exploitation Orsa

## Le tabagisme chez les jeunes, d'après l'enquête ESCAPAD

Réalisée depuis 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en partenariat avec la DSN (Direction du service national), l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) permet notamment de mesurer la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 17 ans dans toutes les régions de France. Par sa répétition régulière, elle apporte un suivi précieux des évolutions à un âge particulièrement concerné par l'expérimentation et la consommation de tabac.

Parmi les 966 jeunes Aquitains interrogés en 2005 (481 garçons et 485 filles), près de trois sur quatre déclarent avoir expérimenté le tabac et un sur trois déclare fumer quotidiennement. Ces proportions ne varient pas significativement selon le sexe et sont comparables aux moyennes nationales.

Par rapport à l'enquête 2002-2003, l'expérimentation et l'usage quotidien du tabac ont diminué en Aquitaine.

### Consommation de tabac chez les jeunes Aquitains de 17 ans en 2005 (en %)

	Garçons	2005		2002/2003
		Filles	Ensemble	Ensemble
Expérimentation	71	73	72	78
Usage quotidien	33	32	33	39

Source : Enquête ESCAPAD 2005

exploitation Orsa

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

## SITUATION EN DORDOGNE : FAITS MARQUANTS

- À structure par âge comparable, la mortalité par cancer du poumon ou bronchite et maladies pulmonaires obstructives est plus faible en Dordogne qu'en France et en Aquitaine, quel que soit le sexe.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur six et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues en Dordogne est en diminution. Cependant, comme en Gironde, les ventes moyennes sont plus fortes que dans les autres départements aquitains.

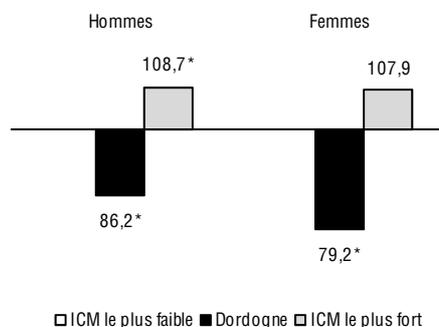
### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires inférieure à la moyenne nationale et plus faible que dans les autres départements aquitains

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 205 décès par an en Dordogne. À structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, chez les hommes comme les femmes. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du département est de 86,2 chez les hommes et 79,2 chez les femmes. Quel que soit le sexe, la Dordogne est le département aquitain présentant la mortalité la plus faible.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

### Indice comparatif de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

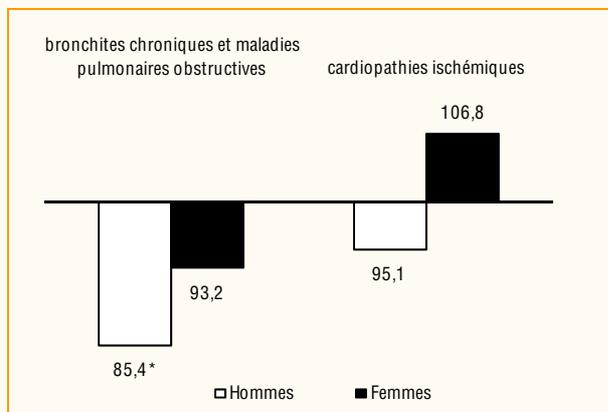
Département aquitain ayant l'ICM le plus fort : Gironde pour les hommes et les femmes

Département aquitain ayant l'ICM le plus faible : Dordogne pour les hommes et les femmes

\* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques en Dordogne en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Une mortalité féminine par cardiopathies ischémiques plus élevée qu'en France

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. En Dordogne, les bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives sont responsables d'une mortalité plus faible qu'en France métropolitaine, en particulier chez les hommes. En revanche, la mortalité par cardiopathies ischémiques est inférieure à la moyenne nationale chez les hommes et supérieure chez les femmes.

## Près de 700 décès dus à une pathologie liée au tabac chaque année

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de 695 personnes en Dordogne. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (400). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (205) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (90).

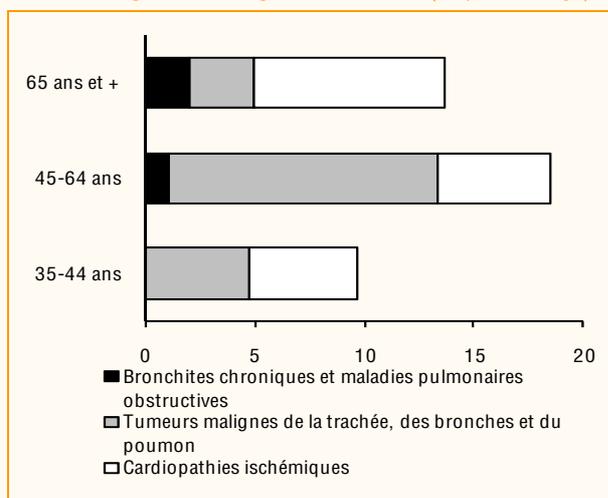
Près des deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas des décès par cancers broncho-pulmonaires (81 %). Par ailleurs, 17 % des décès liés au tabac surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés). Cette proportion est plus élevée pour les cancers du poumon (38 %).

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe en Dordogne en 2003-2005

	Tous âges		Avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	57	33	5	2
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	167	38	62	15
Cardiopathies ischémiques	216	184	30	5

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes en Dordogne selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Un décès masculin sur six peut être attribué à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 14 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (17,0 %) que chez les femmes (10,5 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (18,4 %). Elle est de 9,7 % entre 35 et 44 ans et de 13,5 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (12,2 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire. Enfin, le poids des décès par bronchites et maladies pulmonaires obstructives passe de 0 % entre 35 et 44 ans à 2,0 % chez les personnes de 65 ans ou plus.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une nette diminution de la mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes. La baisse la plus marquée concerne les décès par bronchite chronique et maladie pulmonaire obstructive (- 36,3 %). Les taux comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique ont diminué moins fortement (- 15,0 %) et ceux liés au cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont très peu baissé (- 2,6%). Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est semblable à celle des hommes pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé (+ 22,9 %). Cette augmentation est comparable à celle observée en France.

## Une fréquence des hospitalisations pour cancer du poumon ou bronchite chronique et maladie pulmonaire obstructive moins élevée qu'en France

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal de près de 2 380 séjours dans les établissements de santé de Dordogne. La fréquence des séjours liés à ces pathologies est moins élevée qu'en France pour les angines de poitrine et pour les cardiopathies ischémiques chroniques chez les hommes. A l'inverse, les séjours pour autres cardiopathies ischémiques aiguës sont plus fréquents qu'en France. Enfin, les séjours pour cancers du poumon ou pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont moins fréquents qu'en France, chez les hommes comme chez les femmes.

## La vente moyenne de cigarettes par habitant la plus élevée d'Aquitaine

En 2005, la Dordogne compte 366 débits de tabac, soit 15 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans le département a diminué de 30 % entre 2001 et 2006, passant de 526 900 000 à environ 371 334 000. Rapportés à la population du département, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 4,4 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 3,0 cigarettes en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-départementaux... La Dordogne est, avec la Gironde, le département aquitain où la vente moyenne journalière de cigarettes a été la plus élevée en 2006. À l'inverse, les ventes moyennes les plus faibles ont été réalisées dans les Pyrénées-Atlantiques (1,6 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus) et les Landes (2,1), départements les plus proches de la frontière espagnole.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 en Dordogne (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Dordogne		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Dordogne	France métr.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	37,7	24,0	- 36,3*	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	64,3	62,6	- 2,6	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	102,6	87,2	- 15,0	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	12,9	8,1	- 37,2	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	9,6	11,8	+ 22,9	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	49,8	44,8	- 10,0	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Dordogne en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>422</b>	<b>81,7*</b>	<b>79,8*</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>675</b>	<b>89,0*</b>	<b>91,4</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>2 377</b>	-	-
angine de poitrine	798	67,0*	72,7*
infarctus aigu du myocarde	669	100,8	98,3
autres cardiopathies ischémiques aiguës	186	124,2*	190,2*
cardiopathies ischémiques chroniques	724	86,3*	103,8

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes en Dordogne en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	526 900 000	371 333 814
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	4,4	3,0

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

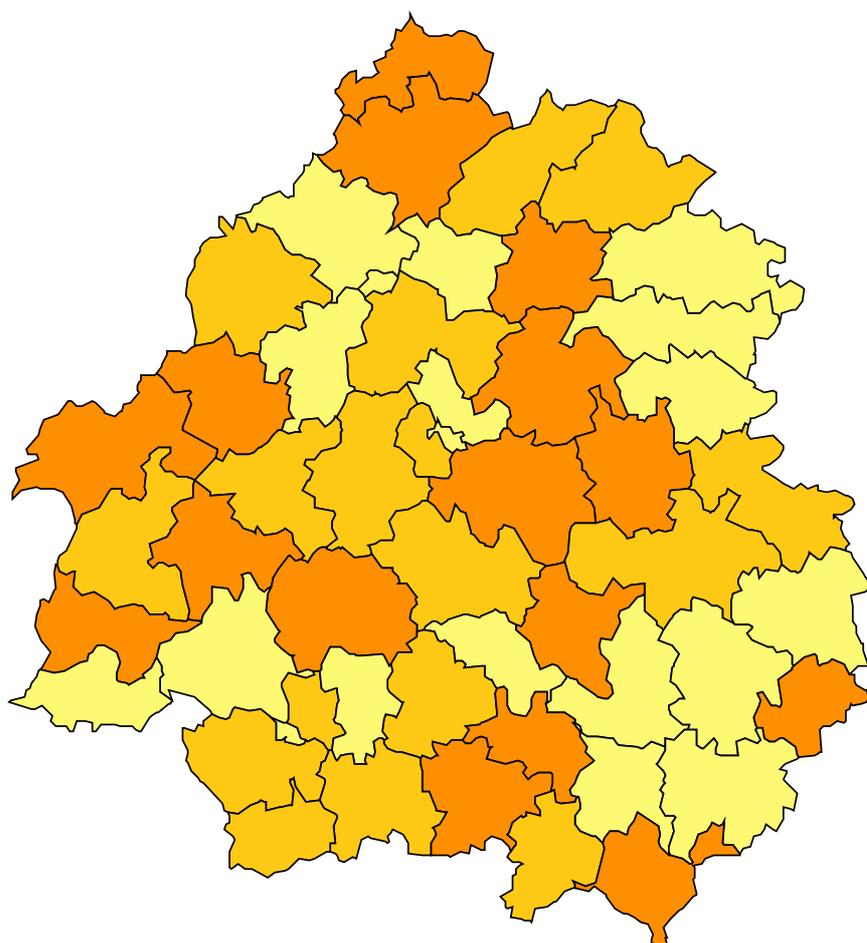
Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## La mortalité liée au tabac

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée au tabac égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 56 dans le canton de Champagne-de-Belair à 145 dans celui de Villefranche-de-Lonchat. Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Villefranche-de-Lonchat (145), Beaumont-du-Périgord (137), Le Bugue (133), Carlux (128) et Savignac-les-Eglises (126) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Champagne-de-Belair (56), Excideuil (58) et Sainte-Alvère (62) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### ICM mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005)

	Moins de 89.6
	89.6 à 102.7
	102.8 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

#### Note méthodologique sur les cantons

Dans leur définition territoriale, les cantons de Bergerac et Périgueux englobent une partie des communes de Bergerac et Périgueux et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Bergerac et Périgueux et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Bergerac 2<sup>e</sup> canton, Périgueux Ouest et Nord-Est).

L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès dus à une pathologie liée au tabac sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de Dordogne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

## SITUATION EN GIRONDE : FAITS MARQUANTS

- À structure par âge comparable, la mortalité liée aux cancers de la trachée, des bronches et du poumon est plus élevée qu'en France et la plus forte en Aquitaine.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues en Gironde est en diminution, mais reste le plus élevé d'Aquitaine.

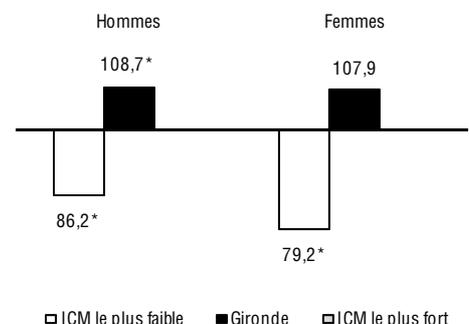
### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires supérieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 654 décès par an en Gironde. A structure par âge comparable, cette mortalité est plus élevée qu'en France, chez les hommes comme chez les femmes. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du département est de 108,7 chez les hommes et 107,9 chez les femmes. La Gironde est le département aquitain présentant la mortalité la plus élevée, quel que soit le sexe.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

### Indice comparatif de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon en 2003-2005

(France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

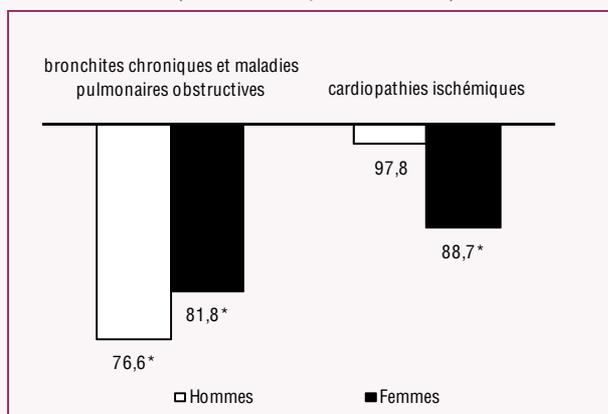
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Gironde pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Dordogne pour les hommes et les femmes

\* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques en Gironde en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Une mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives moins élevée qu'en France

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. En Gironde, ces pathologies sont responsables d'une mortalité plus faible qu'en France métropolitaine pour les femmes et seule la première est supérieure pour les hommes.

## Un quart des décès dû à une pathologie liée au tabac survient avant l'âge de 65 ans

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès d'environ 1 720 Girondins. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (883). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (654) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (184).

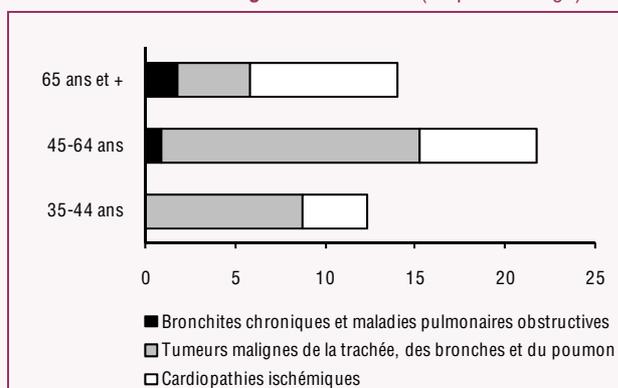
Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas des décès par cancers broncho-pulmonaires (79 %). Par ailleurs, un quart des décès liés au tabac survient avant l'âge de 65 ans (décès prématurés). Cette proportion est plus élevée pour les cancers du poumon (41 %).

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe en Gironde en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	114	70	12	6
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	518	136	212	59
Cardiopathies ischémiques	509	374	110	14

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes en Gironde selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Près d'un décès masculin sur cinq peut être attribué à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 15 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (19,3 %) que chez les femmes (10,0 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (21,8 %). Elle est de 12,3 % entre 35 et 44 ans et de 13,9 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (14,2 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire. Enfin, le poids des décès par bronchites et maladies pulmonaires obstructives passe de 0,1 % entre 35 et 44 ans à 1,8 % chez les personnes de 65 ans ou plus.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une nette diminution de la mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes. La baisse la plus marquée concerne les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (- 51,3 %). Les taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques ont diminué moins fortement (- 19,2 %), tout comme ceux liés au cancer de la trachée, des bronches et du poumon (- 10,4 %). Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est semblable à celle des hommes pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé (+ 33,3 %). Cette augmentation est plus marquée que celle observée en France.

## Une fréquence des hospitalisations pour cancers du poumon plus élevée qu'en France

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal d'environ 7 060 séjours dans les établissements de santé de Gironde. La fréquence des séjours liés à des cardiopathies ischémiques chroniques est plus élevée qu'en France, quel que soit le sexe. Pour les autres types de cardiopathies, les hospitalisations sont moins fréquentes qu'en France pour les femmes et aussi fréquentes pour les hommes. Enfin, quel que soit le sexe, les séjours sont plus fréquents qu'en France pour les cancers du poumon et moins fréquents pour les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives.

## Comme en Dordogne, une vente moyenne journalière de cigarettes plus élevée que dans les autres départements aquitains

En 2005, la Gironde compte 628 débits de tabac, soit 8 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans le département a diminué de 39 % entre 2001 et 2006, passant de 2 049 100 000 à environ 1 253 000 000. Rapportés à la population du département, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 5,3 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 3,0 cigarettes en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-départementaux... La Gironde est, avec la Dordogne, le département aquitain où la vente moyenne journalière de cigarettes a été la plus élevée en 2006. A l'inverse, les ventes moyennes les plus faibles ont été réalisées dans les Pyrénées-Atlantiques (1,6 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus) et les Landes (2,1), départements les plus proches de la frontière espagnole.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 en Gironde (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Gironde		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Gironde	France métro.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	41,5	20,2	- 51,3*	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	87,9	78,8	- 10,4	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	108,8	87,9	- 19,2*	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	13,8	7,2	- 47,8*	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	12,0	16,0	+ 33,3	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	46,4	37,6	- 19,0*	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) en Gironde en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>1 528</b>	<b>110,8*</b>	<b>127,7*</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>1 168</b>	<b>62,0*</b>	<b>61,0*</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>7 059</b>	-	-
angine de poitrine	2 788	97,4	89,6*
infarctus aigu du myocarde	1 552	94,9	84,9*
autres cardiopathies ischémiques aiguës	319	99,4	91,2
cardiopathies ischémiques chroniques	2 400	118,6*	121,4*

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes en Gironde en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	2 049 100 000	1 253 003 134
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	5,3	3,0

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.

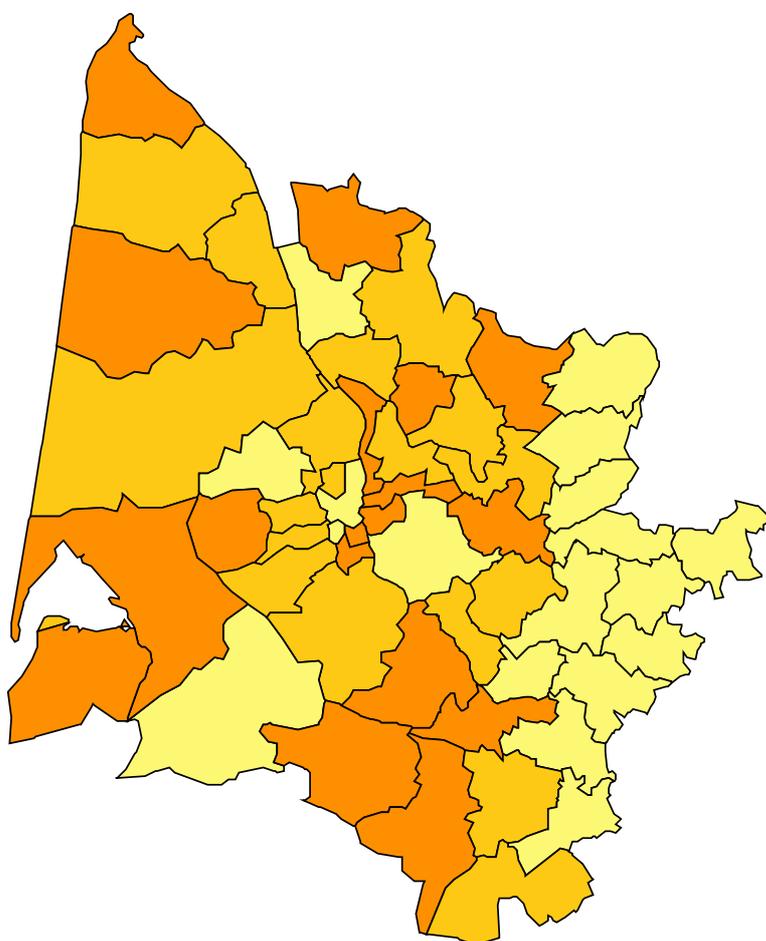
# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## La mortalité liée au tabac

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée au tabac égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 61 dans le canton de Sauveterre-de-Guyenne à 137 dans celui de Saint-Symphorien.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Saint-Symphorien (137), Podensac (132), Saint-André-de-Cubzac (126), Audenge (125) et Lormont (121) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Sauveterre-de-Guyenne (61) et Pellegrue (70) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### ICM mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005)

	Moins de 95.4
	95.4 à 104.7
	104.8 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

*Dans leur définition territoriale, les cantons de Bordeaux et Pessac englobent uniquement des parties de communes de Bordeaux et Pessac. Les cantons de Mérignac englobent quant à eux des parties de la commune de Mérignac et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Bordeaux et de Pessac, à la commune entière de Mérignac et au canton de Mérignac 2 amputé de la partie communale de Mérignac.*

*L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès dus à une pathologie liée au tabac sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.*

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de Gironde et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

## SITUATION DANS LES LANDES : FAITS MARQUANTS

- À structure par âge comparable, la mortalité liée au tabac est plus faible dans les Landes qu'en France, et la plus faible en Aquitaine après la Dordogne.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues dans les Landes est en diminution.

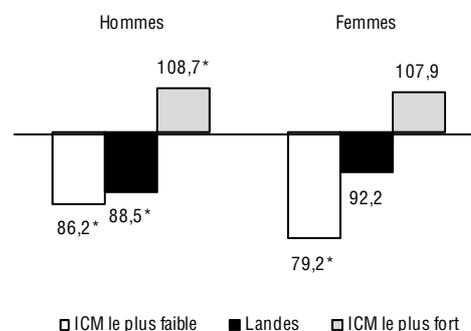
### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires plus faible qu'en France

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 173 décès par an dans les Landes. A structure par âge comparable, cette mortalité est plus faible qu'en France, en particulier chez les hommes. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du département est de 88,5 chez les hommes et 92,2 chez les femmes. En Aquitaine, seule la Dordogne présente une mortalité inférieure à celle observée dans les Landes, chez les hommes comme chez les femmes.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

### Indice comparatif de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon en 2003-2005

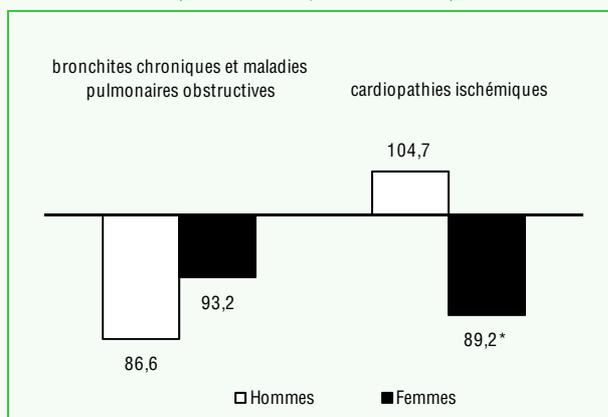
(France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, Insee Exploitation Orsa  
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort** : Gironde pour les hommes et les femmes  
**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible** : Dordogne pour les hommes et les femmes  
 \* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques dans les Landes en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



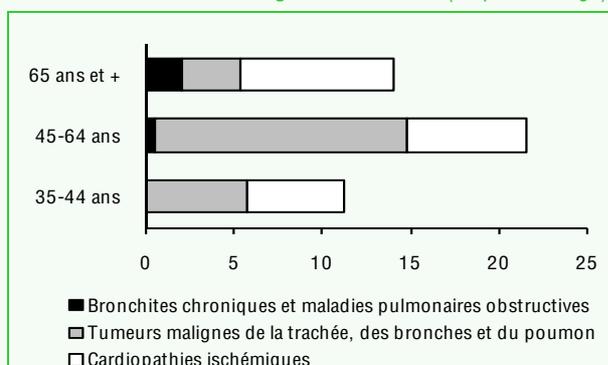
Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe dans les Landes en 2003-2005

	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	43	25	2	1
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	137	36	53	17
Cardiopathies ischémiques	180	119	30	5

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes dans les Landes selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Une mortalité féminine par cardiopathies ischémiques moins élevée qu'en France

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. Dans les Landes, les bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives sont responsables d'une mortalité plus faible qu'en France métropolitaine, quel que soit le sexe. En revanche, la mortalité par cardiopathies ischémiques est légèrement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes et inférieure chez les femmes.

## Un décès dû à une pathologie liée au tabac sur cinq survient avant l'âge de 65 ans

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de 540 Landais. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (299). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (173) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (68).

Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas des décès par cancers broncho-pulmonaires (79 %). Par ailleurs, 20 % des décès liés au tabac surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés). Cette proportion est plus élevée pour les cancers du poumon (40 %).

## Près d'un décès masculin sur cinq peut être attribué à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 15 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (19,1 %) que chez les femmes (10,0 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (21,6 %). Elle est de 11,2 % entre 35 et 44 ans et de 14,0 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (14,2 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire. Enfin, le poids des décès par bronchites et maladies pulmonaires obstructives passe de 0 % entre 35 et 44 ans à 2,1 % chez les personnes de 65 ans ou plus.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une nette diminution de la mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes. La baisse la plus marquée concerne les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (- 42,3 %). Les taux comparatifs de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont diminué moins fortement (- 13,0 %), tout comme ceux liés aux cardiopathies ischémiques (- 9,2 %). Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est semblable à celle des hommes pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé (+ 23,9 %). Cette augmentation est comparable à celle observée en France.

## Une fréquence des hospitalisations pour cancers du poumon ou pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives moins élevée qu'en France

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal de plus de 2 400 séjours dans les établissements de santé des Landes. La fréquence des séjours liés à ces pathologies est plus élevée qu'en France, sauf pour les angines de poitrine et pour les cardiopathies ischémiques chroniques chez les femmes.

Enfin, les séjours pour cancers du poumon ou pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont moins fréquents qu'en France, quel que soit le sexe.

## Une diminution du nombre de cigarettes vendues entre 2001 et 2006

En 2005, les Landes comptent 220 débits de tabac, soit 12 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans le département a diminué de moitié entre 2001 et 2006, passant de 455 900 000 à environ 229 782 000. Rapportés à la population du département, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 4,5 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 2,1 cigarettes en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-départementaux... En 2006, les ventes moyennes journalières les plus faibles d'Aquitaine ont été réalisées dans les Pyrénées-Atlantiques (1,6 cigarette par habitant de 16 ans ou plus) et les Landes, départements les plus proches de la frontière espagnole.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 dans les Landes (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Landes		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Landes	France métro.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	43,3	25,0	- 42,3*	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	73,8	64,2	- 13,0	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	107,7	97,8	- 9,2	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	13,1	7,9	- 39,7	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	11,3	14,0	+ 23,9	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	41,7	37,9	- 9,1	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et indice comparatif d'hospitalisation (ICH) dans les Landes en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>357</b>	<b>84,4*</b>	<b>87,2</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>398</b>	<b>67,0*</b>	<b>66,1*</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>2 406</b>	-	-
<i>angine de poitrine</i>	738	74,9*	88,9
<i>infarctus aigu du myocarde</i>	658	120,6*	128,6*
<i>autres cardiopathies ischémiques aiguës</i>	272	282,8*	196,2*
<i>cardiopathies ischémiques chroniques</i>	738	119,3*	99,6

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes dans les Landes en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	455 900 000	229 782 045
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	4,5	2,1

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.

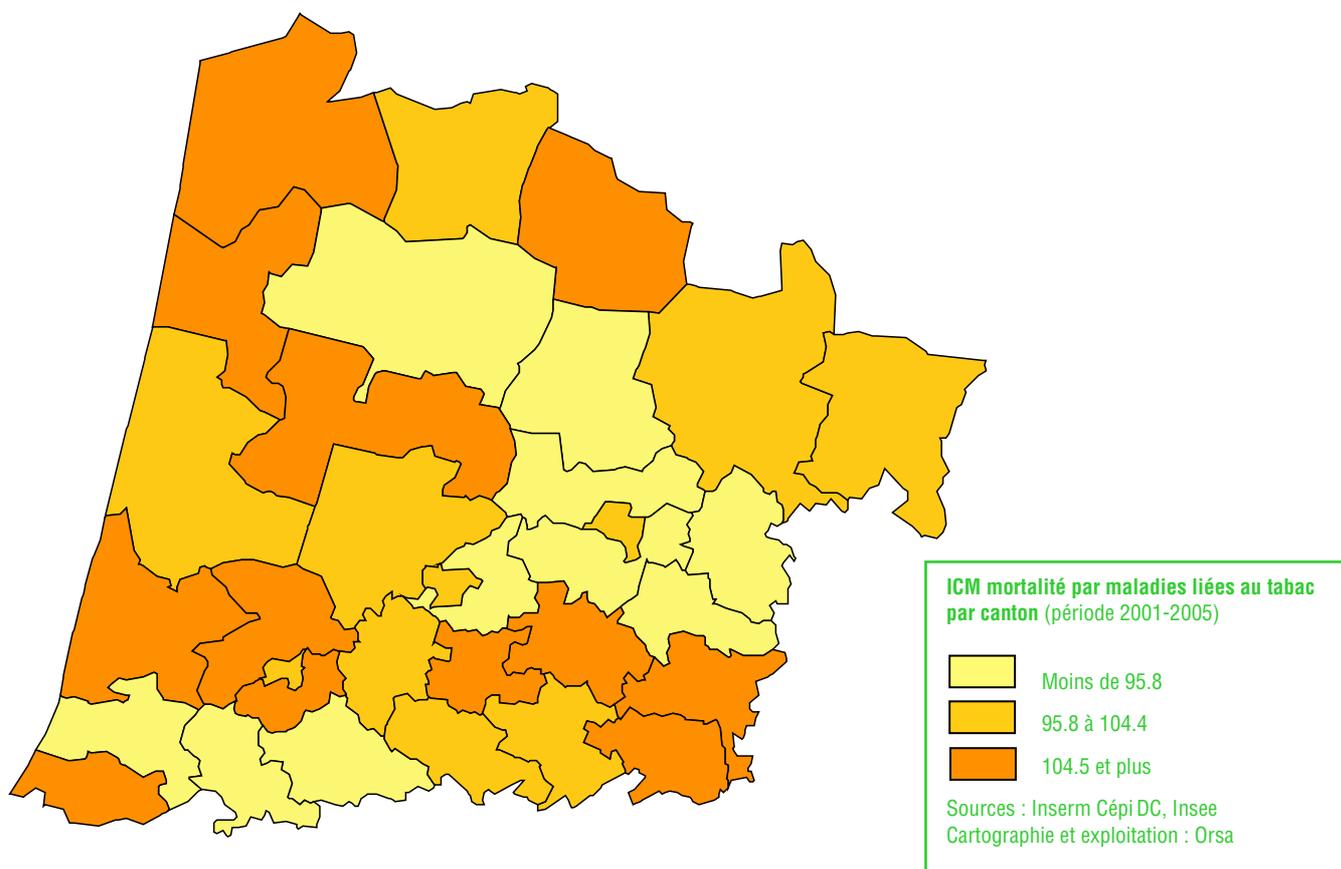
# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## La mortalité liée au tabac

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée au tabac égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 79 dans le canton de Grenade-sur-l'Adour à 134 dans celui de Geaune.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Geaune (134) et Sore (130) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Grenade-sur-l'Adour (79), Mont-de-Marsan Nord (83) et Villeneuve-de-Marsan (83) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



*Dans leur définition territoriale, les cantons de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas englobent une partie des communes de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Mont-de-Marsan, Dax et Tartas et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Mont-de-Marsan Nord et Sud, Dax Nord et Sud, Tartas Ouest et Est). L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès dus à une pathologie liée au tabac sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.*

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphyseme) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

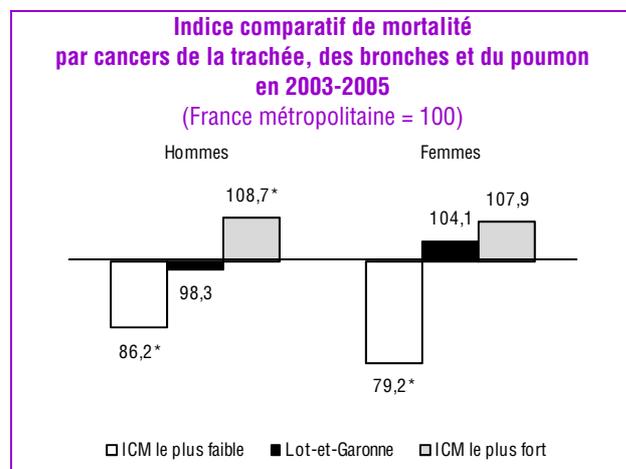
## SITUATION DANS LE LOT-ET-GARONNE : FAITS MARQUANTS

- À structure par âge comparable, la mortalité par cardiopathies ischémiques ou bronchites et maladies pulmonaires obstructives est plus faible dans le Lot-et-Garonne qu'en France.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- La mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, en particulier chez les femmes.
- Le nombre de cigarettes vendues dans le Lot-et-Garonne est en diminution.

### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires relativement proche de la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 180 décès par an dans le Lot-et-Garonne. A structure par âge comparable, cette mortalité est assez proche de la moyenne nationale. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du département est de 98,3 chez les hommes et 104,1 chez les femmes.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation Orsa

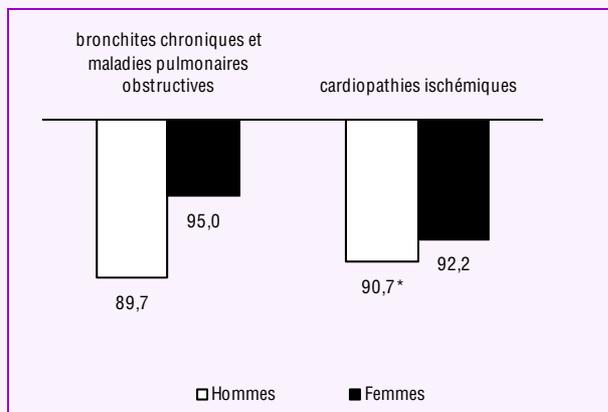
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort :** Gironde pour les hommes et les femmes

**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible :** Dordogne pour les hommes et les femmes

\* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques dans le Lot-et-Garonne en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Une mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives ou par cardiopathies ischémiques moins élevée qu'en France

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. Dans le Lot-et-Garonne, ces pathologies sont responsables d'une mortalité plus faible qu'en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes.

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe dans le Lot-et-Garonne en 2003-2005

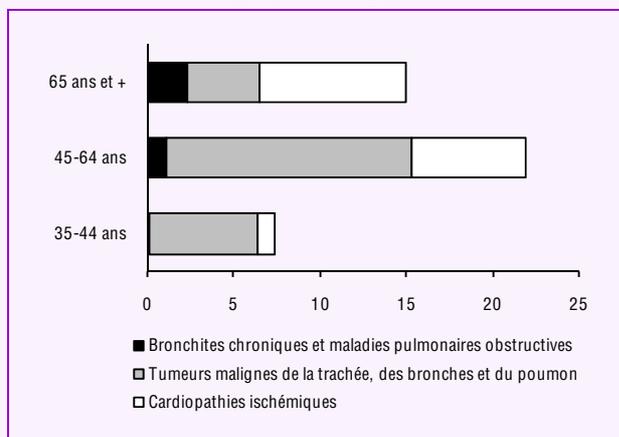
	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	44	25	3	1
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	143	37	50	12
Cardiopathies ischémiques	153	118	26	2

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Près d'un décès dû à une pathologie liée au tabac sur cinq survient avant l'âge de 65 ans

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de 520 personnes dans le Lot-et-Garonne. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (271). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (180) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (69). Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas des décès par cancers broncho-pulmonaires (79 %). Par ailleurs, 18 % des décès liés au tabac surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés). Cette proportion est plus élevée pour les cancers du poumon (34 %).

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes dans le Lot-et-Garonne selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Près d'un décès masculin sur cinq peut être attribué à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 15 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (19,4 %) que chez les femmes (10,9 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (21,9 %). Elle est de 7,3 % entre 35 et 44 ans et de 14,9 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (14,2 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire. Enfin, le poids des décès par bronchites et maladies pulmonaires obstructives passe de 0 % entre 35 et 44 ans à 2,3 % chez les personnes de 65 ans ou plus.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une augmentation de la mortalité par cancer broncho-pulmonaire

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives a diminué chez les hommes (- 33,2 %) comme chez les femmes (- 36,2 %).

La mortalité par cardiopathies ischémiques a également baissé, mais de manière moins marquée (- 2,3 % chez les hommes et - 7,6 % chez les femmes).

A l'inverse, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé, en particulier chez les femmes (+ 39,0 % contre + 7,1 % chez les hommes).

## Une fréquence des hospitalisations pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives nettement plus élevée qu'en France

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal d'environ 1 960 séjours dans les établissements de santé du Lot-et-Garonne. La fréquence des séjours liés à ces pathologies est moins élevée qu'en France, sauf pour les cardiopathies ischémiques chroniques. Pour ce type de cardiopathies, la fréquence des hospitalisations est plus élevée que celles observées dans les autres départements aquitains. De même, les séjours pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont plus fréquents qu'en France et que dans le reste de l'Aquitaine. Enfin, les séjours pour cancers du poumon sont plus fréquents qu'en France chez les hommes mais moins fréquents chez les femmes.

## Une diminution du nombre de cigarettes vendues entre 2001 et 2006

En 2005, le Lot-et-Garonne compte 210 débits de tabac, soit 11 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans le département a diminué d'un tiers entre 2001 et 2006, passant de 396 900 000 à environ 260 971 000. Rapportés à la population du département, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 4,3 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 2,7 cigarettes en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-départementaux... En 2006, les ventes moyennes journalières les plus faibles d'Aquitaine ont été réalisées dans les Pyrénées-Atlantiques (1,6 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus) et les Landes (2,1), départements les plus proches de la frontière espagnole.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 dans le Lot-et-Garonne (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Lot-et-Garonne		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Lot-et-Garonne	France métro.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	38,0	25,4	- 33,2	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	68,6	73,5	+ 7,1	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	87,2	85,2	- 2,3	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	12,7	8,1	- 36,2	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	10,5	14,6	+ 39,0	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	41,9	38,7	- 7,6	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) dans le Lot-et-Garonne en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>422</b>	<b>116,7*</b>	<b>74,7*</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>848</b>	<b>146,3*</b>	<b>159,9*</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>1 958</b>	-	-
<i>angine de poitrine</i>	672	74,0*	85,5*
<i>infarctus aigu du myocarde</i>	423	87,6*	78,4*
<i>autres cardiopathies ischémiques aiguës</i>	26	27,9*	23,0*
<i>cardiopathies ischémiques chroniques</i>	837	129,6*	174,0*

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes dans le Lot-et-Garonne en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	396 900 000	260 971 486
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	4,3	2,7

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

*Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.*

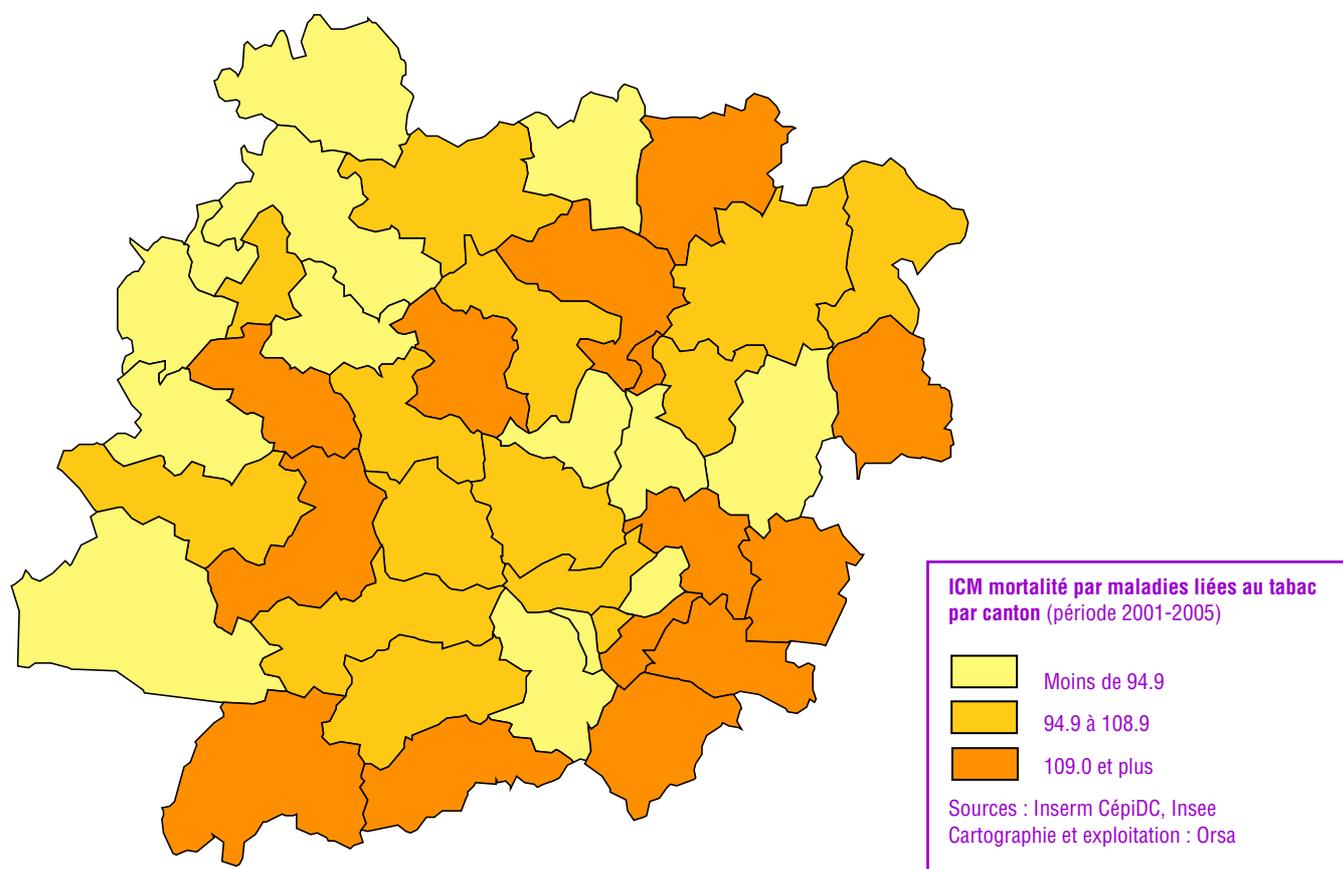
# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## La mortalité liée au tabac

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée au tabac égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 52 dans le canton de Marmande Est à 158 dans celui de Francescas.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de Francescas (158), Damazan (151), Villeneuve-sur-Lot Nord (139) et Laroque-Timbaut (136) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Marmande Est (52) et Seyches (57) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



*Dans leur définition territoriale, les cantons de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen englobent une partie des communes de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières de Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Agen et inversement aux cantons amputés de la partie de la ville correspondante (Villeneuve-sur-Lot Nord et Sud, Marmande Ouest et Est, Agen Nord-Est, Nord, Ouest et Sud-Est).*

*L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès dus à une pathologie liée au tabac sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.*

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique, du Conseil général de Lot-et-Garonne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage de tabac des 15 ans et plus était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouverait aujourd'hui dans une position plus médiane. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu son tabagisme chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999). En France, le nombre de fumeurs est actuellement estimé à 15 millions. Chez les personnes de 18 à 75 ans, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes (35 %) que parmi les femmes (27 %). Elle diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier après 50 ans.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également élevé chez le fumeur, ainsi que le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

En France, 60 600 décès seraient attribuables au tabac en 2000, dont 54 600 chez les hommes et 6 000 chez les femmes. Par ailleurs, une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids de l'enfant à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Les gouvernements des pays développés ont mis en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts, en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Depuis le 31 juillet 2003, la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans est interdite. Le décret du 15 novembre 2006 renforce la loi Evin en généralisant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics depuis janvier 2008.

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisqu'en France, les ventes de tabac diminuent depuis le début des années 1990.

## SITUATION DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES : FAITS MARQUANTS

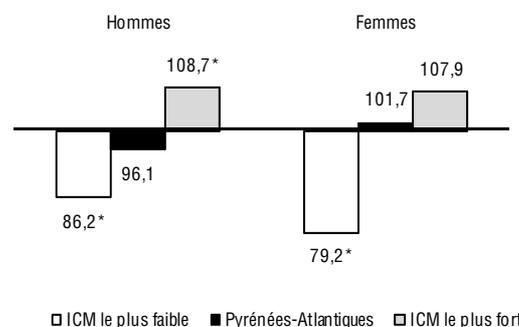
- À structure par âge comparable, la mortalité masculine liée au tabac est proche de la moyenne nationale.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- La mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La vente moyenne journalière de cigarettes est moins élevée dans les Pyrénées-Atlantiques que dans les autres départements aquitains.

### Une mortalité par cancers broncho-pulmonaires proche de la moyenne nationale

Au cours de la période 2003-2005, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable en moyenne de 311 décès par an dans les Pyrénées-Atlantiques. À structure par âge comparable, cette mortalité est assez proche de la moyenne nationale. Pour un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du département est de 96,1 chez les hommes et 101,7 chez les femmes.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

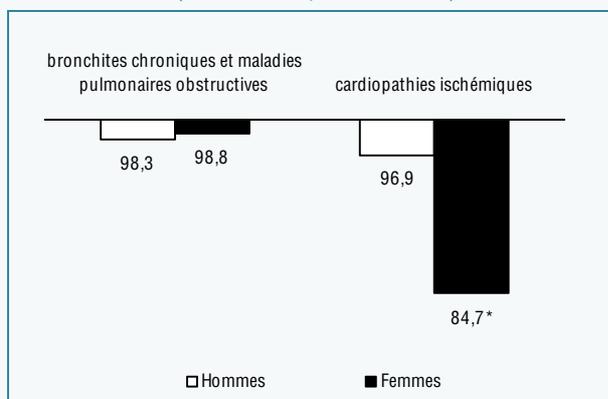
Indice comparatif de mortalité  
par cancers de la trachée, des bronches et du poumon  
en 2003-2005  
(France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, Insee Exploitation Orsa  
**Département aquitain ayant l'ICM le plus fort** : Gironde pour les hommes et les femmes  
**Département aquitain ayant l'ICM le plus faible** : Dordogne pour les hommes et les femmes  
 \* différence avec la moyenne nationale significative

# LE TABAC EST SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques dans les Pyrénées-Atlantiques en 2003-2005 (France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa  
\* différence avec la moyenne nationale significative

## Une mortalité féminine par cardiopathies ischémiques inférieure à la moyenne nationale

La mortalité par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives comme celle par cardiopathies ischémiques est souvent liée ou favorisée par la consommation de tabac. Dans les Pyrénées-Atlantiques, les bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives sont responsables d'une mortalité comparable à la moyenne nationale, quel que soit le sexe. Chez les hommes, la mortalité par cardiopathies ischémiques est également assez proche de la moyenne nationale alors qu'elle est inférieure chez les femmes.

## Nombre annuel moyen de décès liés au tabac par sexe dans les Pyrénées-Atlantiques en 2003-2005

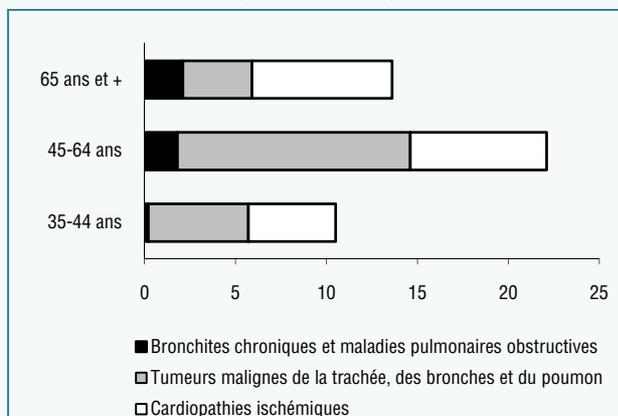
	Mortalité tous âges		Mortalité avant 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	82	47	11	4
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	244	67	84	23
Cardiopathies ischémiques	279	201	56	10

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Un décès dû à une pathologie liée au tabac sur cinq survient avant l'âge de 65 ans

Chaque année, au cours de la période 2003-2005, les principales maladies liées au tabac ont entraîné le décès de 920 personnes dans les Pyrénées-Atlantiques. Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus nombreux (480). Viennent ensuite les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon (311) puis ceux par bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives (129). Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas des décès par cancers broncho-pulmonaires (78 %). Par ailleurs, 20 % des décès liés au tabac surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés). Cette proportion est plus élevée pour les cancers du poumon (34 %).

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité toutes causes dans les Pyrénées-Atlantiques selon l'âge en 2003-2005 (en pourcentage)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation Orsa

## Près d'un décès masculin sur cinq peut être attribué à une pathologie liée au tabac

Globalement, les maladies liées au tabac sont responsables d'environ 14 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (18,8 %) que chez les femmes (9,8 %). C'est entre 45 et 64 ans que la part des décès liés au tabac est la plus forte (22,2 %). Elle est de 10,5 % entre 35 et 44 ans et de 13,5 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont particulièrement fréquents entre 45 et 64 ans (12,8 %). En revanche, à partir de 65 ans, les décès par cardiopathies ischémiques sont plus nombreux que ceux liés à un cancer broncho-pulmonaire. Enfin, le poids des décès par bronchites et maladies pulmonaires obstructives passe de 0,2 % entre 35 et 44 ans à 2,1 % chez les personnes de 65 ans ou plus.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Une légère augmentation de la mortalité féminine par cancer broncho-pulmonaire

Entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, la mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes. La baisse la plus marquée concerne les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (- 42,5 %). Les taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont diminué moins fortement (respectivement - 11,4 % et - 8,2 %). Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est semblable à celle des hommes pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires a légèrement progressé (+ 3,6 %).

## Une fréquence des hospitalisations pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives moins élevée qu'en France

En 2004, les cardiopathies ischémiques constituent le diagnostic principal de 3 715 séjours dans les établissements de santé des Pyrénées-Atlantiques. La fréquence des séjours liés à ces pathologies est moins élevée qu'en France, sauf pour les cardiopathies ischémiques chroniques. De même, les séjours pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont moins fréquents qu'en France. Enfin, la fréquence des hospitalisations pour cancers du poumon est moins élevée que la moyenne nationale chez les hommes et comparable chez les femmes.

## La vente moyenne journalière de cigarettes la plus faible d'Aquitaine

En 2005, les Pyrénées-Atlantiques comptent 395 débits de tabac, soit 11 % de moins qu'en 2000. Le nombre de cigarettes vendues dans le département a diminué de 55 % entre 2001 et 2006, passant de 676 300 000 à environ 300 811 000. Rapportés à la population du département, ces effectifs correspondent à une vente moyenne quotidienne de 3,7 cigarettes par habitant de 16 ans ou plus en 2001 et 1,6 cigarette en 2006. Outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes : la hausse du prix du tabac, le marché transfrontalier entre la France et l'Espagne, les déplacements inter-départementaux... En 2006, les ventes moyennes journalières les plus faibles d'Aquitaine ont été réalisées dans les Pyrénées-Atlantiques, département frontalier de l'Espagne.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.**

## Évolution de la mortalité par maladies liées au tabac entre 1997-1999 et 2003-2005 dans les Pyrénées-Atlantiques (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Taux comparatifs Pyrénées-Atlantiques		Évolution (en %)	
	1997-1999	2003-2005	Pyrénées-Atlantiques	France métro.
<b>Hommes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	45,7	26,3	- 42,5*	- 35,9*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	75,5	69,3	- 8,2	- 8,0*
Cardiopathies ischémiques	99,4	88,1	- 11,4	- 15,6*
<b>Femmes</b>				
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BCPO)	15,6	8,9	- 42,9*	- 44,6*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	13,8	14,3	+ 3,6	+ 24,1*
Cardiopathies ischémiques	42,1	36,3	- 13,8	- 16,0*

Source : Inserm CépiDC

Exploitation Orsa

\* évolution statistiquement significative

## Nombre de séjours en établissement de santé et Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) dans les Pyrénées-Atlantiques en 2004

	Nombre deux sexes	ICH	
		hommes	femmes
<b>Cancer du poumon</b>	<b>587</b>	<b>79,5*</b>	<b>101,7</b>
<b>Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques</b>	<b>825</b>	<b>80,4*</b>	<b>84,7*</b>
<b>Cardiopathies ischémiques</b>	<b>3 715</b>	-	-
<i>angine de poitrine</i>	1 485	96,6	93,0
<i>infarctus aigu du myocarde</i>	769	88,8*	78,6*
<i>autres cardiopathies ischémiques aiguës</i>	136	94,1	35,3*
<i>cardiopathies ischémiques chroniques</i>	1 325	128,9*	108,5

Source : DREES (PMSI)

Exploitation Orsa

\* différence significative avec la moyenne nationale

## Vente de cigarettes dans les Pyrénées-Atlantiques en 2001 et 2006

	2001	2006
Nombre annuel de cigarettes vendues	676 300 000	300 811 833
Nombre de cigarettes vendues quotidiennement par habitant de 16 ans ou plus	3,7	1,6

Sources : CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac)

Insee

Exploitation Orsa

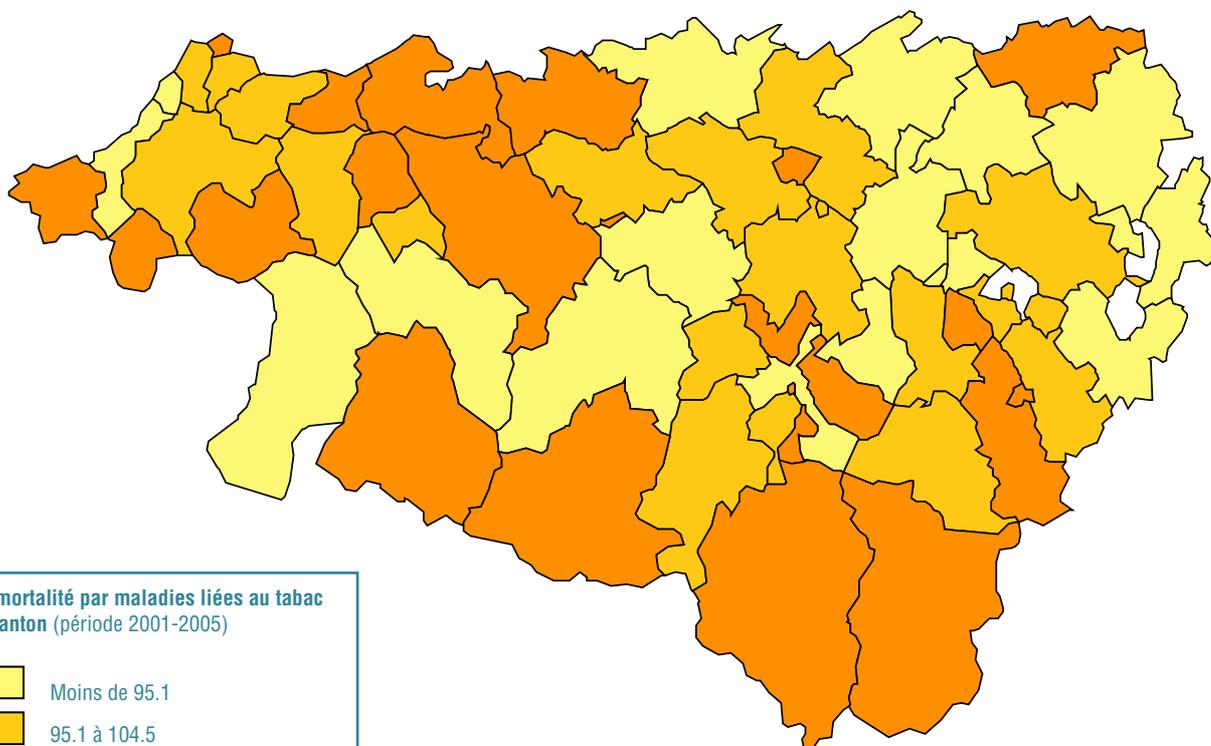
Les données des établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est indice en base 100 qui permet de comparer les fréquences de séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Aquitaine signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Aquitaine par rapport à la moyenne nationale.

## La mortalité liée au tabac

Les indices comparatifs de mortalité (ICM) cantonaux permettent de comparer la mortalité cantonale à la mortalité régionale en éliminant les effets de l'âge. Pour un indice comparatif de mortalité liée au tabac égal à 100 en Aquitaine, les ICM cantonaux s'échelonnent de 69 dans le canton de Montaner à 144 dans celui de La Bastide-Clairence.

Parmi les cantons présentant les ICM les plus élevés, ceux de La Bastide-Clairence (144), Bayonne Nord (133) et Lacq (131) se distinguent par une mortalité très nettement supérieure à la moyenne régionale. A l'opposé, parmi les cantons présentant les ICM les plus faibles, ceux de Montaner (69), Lasseube (72), Navarrenx (74) et Saint-Étienne-de-Baïgorry (75) se distinguent par une mortalité très nettement inférieure à la moyenne régionale.

### Indice comparatif de mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005) (Aquitaine=100)



#### ICM mortalité par maladies liées au tabac par canton (période 2001-2005)

- Moins de 95.1
- 95.1 à 104.5
- 104.6 et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee  
Cartographie et exploitation : Orsa

*Dans leur définition territoriale, les cantons d'Anglet et Biarritz englobent uniquement des parties de communes d'Anglet et Biarritz. Les cantons d'Arthez de Béarn, Lagor, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie, Jurançon et Pau englobent quant à eux une partie des communes de Lacq, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie et Pau et d'autres communes contiguës ou voisines. Or il n'est pas possible d'obtenir certaines données à l'échelle infra-communale. Aussi, des pseudos-cantons ont été formés. Ils correspondent aux communes entières d'Anglet, Biarritz, Lacq, Bayonne, Nay, Oloron-Sainte-Marie et Pau et inversement aux cantons amputés de la partie de la commune qui n'a pu être divisée (Arthez-de-Béarn, Lagor, Bayonne Nord, Nay Est et Ouest, Oloron-Sainte-Marie Est et Ouest, Pau Est, Ouest et Sud, Jurançon). L'analyse statistique de ces résultats impose une réserve car les effectifs de décès dus à une pathologie liée au tabac sont faibles et les écarts pourtant importants à la moyenne régionale ne présentent pas toujours une différence statistiquement significative.*

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

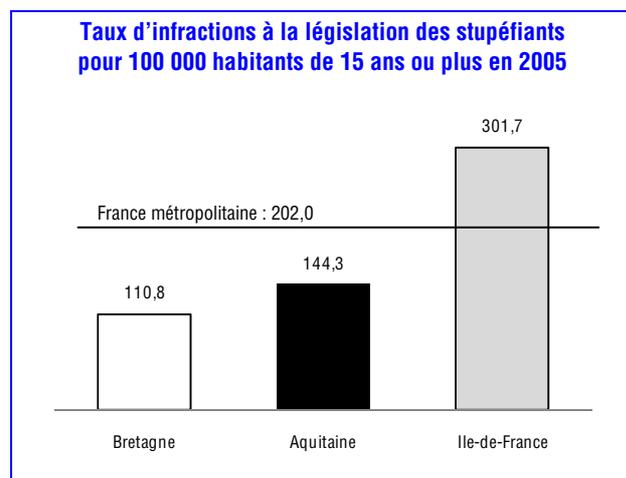
## SITUATION EN AQUITAINE : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est moins élevé en Aquitaine qu'en France.
- L'Aquitaine est la région métropolitaine présentant le plus faible taux d'infractions liées à l'usage d'héroïne.
- Depuis 2004, le nombre d'interpellations pour usage de cocaïne est particulièrement élevé.
- L'expérimentation du cannabis parmi les personnes de 15 à 64 ans est plus fréquente en Aquitaine qu'en France.

### Un taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants inférieur à la moyenne nationale

En 2005, le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est plus faible en Aquitaine (144 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus) qu'en France (202). L'Aquitaine fait partie des neuf régions métropolitaines les moins concernées par ce type d'infractions. L'Île-de-France est la région présentant le taux d'infractions le plus élevé, loin devant la Bretagne qui présente le taux le plus faible.

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente). Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.**



Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

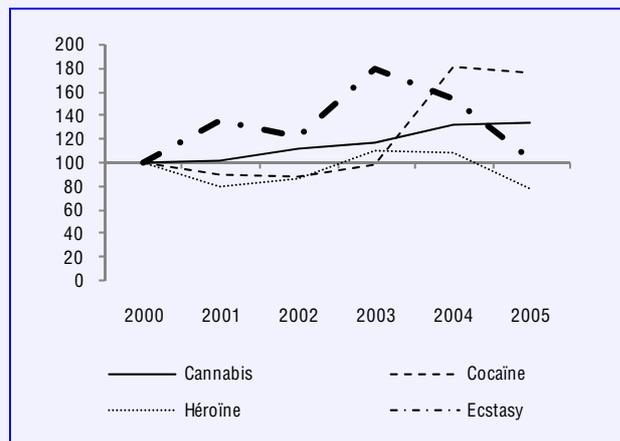
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	131,8	181,8
Cocaïne	6,3	5,7
Héroïne	1,5	9,1
Ecstasy	2,1	2,6
Autres	2,7	2,9
Ensemble	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit de 2000 à 2005 (base 100 = 2000)



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Expérimentation de substances illicites parmi les personnes de 15 à 64 ans en Aquitaine en 2005 (% standardisés sur le sexe et l'âge)

	% Aquitaine	% minimum France	% maximum France
Cannabis	34,4*	20,8**	38,7*
Cocaïne	2,8	0,5**	5,1*
Ecstasy	1,7	0,2**	3,6*

Source : Inpes (baromètre santé 2005)

Exploitation Orsa

\* taux significativement supérieur à la moyenne nationale (au seuil de 5%)

\*\* taux significativement inférieur à la moyenne nationale (au seuil de 5%)

## L'un des taux d'infractions pour usage de cocaïne les plus élevés de France

Les infractions sur la législation des stupéfiants concernent le plus souvent l'usage de cannabis. Pour ce produit, l'Aquitaine présente un taux d'infractions de 132 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, valeur inférieure à la moyenne nationale (182). De même, les infractions liées à l'usage d'héroïne sont nettement moins fréquentes en Aquitaine (1,5 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus) qu'en France (9,1). Pour ce produit, l'Aquitaine est, avec le Limousin, la région métropolitaine présentant le taux le plus faible. L'Aquitaine fait également partie des régions les moins concernées par des infractions liées à l'usage de cannabis (9<sup>e</sup> rang national) ou d'ecstasy (7<sup>e</sup> rang). En revanche, elle figure parmi les huit régions présentant les plus forts taux d'interpellations pour usage de cocaïne.

## Une forte augmentation du nombre d'infractions liées à la cocaïne entre 2003 et 2004

En Aquitaine, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a progressé régulièrement entre 2000 et 2005, passant de 2 500 à 3 339 (+ 34 %).

L'évolution du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne a été moins régulière. Globalement, elles ont diminué de 21 % entre 2000 et 2005.

Concernant l'ecstasy, l'évolution des infractions a été très irrégulière sur la période. En 2003, le nombre d'interpellations a été particulièrement élevé (92.) Il a ensuite fortement diminué et se situe en 2005 à un niveau très proche (53) de celui observé cinq ans plus tôt.

Enfin, le nombre d'infractions liées à la consommation de cocaïne a été relativement stable entre 2000 et 2003 mais a fortement augmenté ensuite.

## Une expérimentation du cannabis plus fréquente qu'en France

En 2005, 34 % des Aquitains de 15 à 64 ans déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. A structure par sexe et âge identique, cette proportion est supérieure à la moyenne nationale. Elle est l'une des plus fortes de France métropolitaine (5<sup>e</sup> rang national), la plus élevée étant observée en Île-de-France (39 %) et la plus faible en Nord-Pas-de-Calais (21 %).

L'expérimentation de cocaïne ou d'ecstasy est nettement moins fréquente parmi la population de 15 à 64 ans (respectivement 2,8 % et 1,7 % des Aquitains de cet âge). Les valeurs observées en Aquitaine ne diffèrent pas significativement des moyennes nationales.

## Un taux de vente de Subutex® inférieur à la moyenne nationale

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création du Stéribox® avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, plus de 126 800 boîtes de Stéribox® ont été vendues par les pharmacies d'Aquitaine, soit 165 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale (158). Les ventes de Subutex® et de Méthadone® ont été plus importantes, dépassant chacune les 250 000 unités, soit respectivement un taux de 300 boîtes et 333 flacons pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans.

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (récipient + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Un recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes supérieur à la moyenne régionale

En 2004, l'Aquitaine compte dix centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Ces structures ont accueilli 5 161 personnes en 2006, soit environ 67 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est supérieur à celui observé en France métropolitaine (56).

## Une augmentation du nombre moyen de jeunes consommateurs accueillis début 2007 dans les consultations cannabis

Les consultations cannabis ont été ouvertes début 2005, dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Elles sont destinées aux jeunes consommateurs qui ont ou pensent avoir une consommation problématique de cannabis ou d'autres drogues illicites, mais accueillent également leurs parents ou autres proches.

En 2006, le nombre moyen de jeunes consommateurs pris en charge par structure a été relativement stable durant l'année, variant de 9 à 13 selon les mois. En revanche, il a fortement progressé en début d'année 2007 (19 en janvier et février) puis a globalement diminué, mis à part durant la période estivale.

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

(pour 1 000 personnes âgées de 20 à 39 ans)

	Aquitaine		France métro
	Nombre	Taux*	Taux*
Stéribox®	126 838	165	158
Subutex®	253 574	330	376
Méthadone®	255 884	333	341

Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

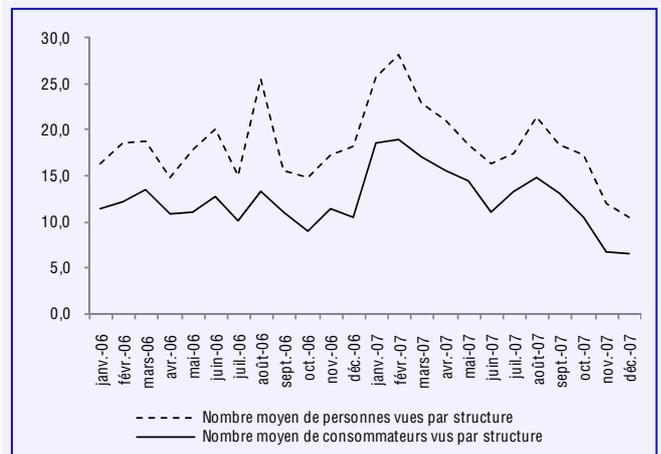
## Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants en Aquitaine	5 161
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT

Exploitation Orsa

## Nombre moyen de personnes vues par les consultations cannabis d'Aquitaine en 2006 et 2007



Source : SIMCCA (système d'information mensuel sur les consultations cannabis)/ OFDT

Exploitation Orsa

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.**

## La consommation de substances psycho actives chez les jeunes Aquitains de 17 ans

Réalisée depuis 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) en partenariat avec la DSN (Direction du service national), l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) permet de mesurer le niveau de consommation de substances psycho actives chez les jeunes de 17 ans dans toutes les régions de France. Par sa répétition régulière, elle apporte un suivi précieux des évolutions à un âge particulièrement concerné par l'expérimentation et la consommation de ce type de substances.

Parmi les 966 jeunes Aquitains interrogés en 2005 (481 garçons et 485 filles), près d'un sur deux déclare avoir expérimenté le cannabis et un sur dix en consomme régulièrement. Ces proportions ont diminué par rapport à l'enquête précédente (2002/2003) et sont désormais égales aux moyennes nationales.

En 2005, l'expérimentation comme l'usage régulier de cannabis sont nettement plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

	Aquitaine (2005)			Aquitaine (2002/2003)	France métr. (2005)
	Garçons	Filles	Ensemble	Ensemble	Ensemble
<b>Usage de cannabis chez les jeunes de 17 ans (en %)</b>					
Expérimentation	54	43	49	56	49
Usage régulier*	17	6	11	15	11

Source : Enquêtes ESCAPAD 2005 et 2002/2003  
\* au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours

A 17 ans, l'expérimentation des autres produits illicites (champignons hallucinogènes, poppers, ecstasy, cocaïne ou héroïne) est bien sûr nettement moins fréquente que celle du cannabis. Les niveaux d'expérimentations pour ces différentes substances se révèlent très proches des moyennes nationales.

	Garçons	Aquitaine Filles	Ensemble	France métr. Ensemble
	<b>Expérimentation d'autres produits illicites chez les jeunes de 17 ans en 2005 (en %)</b>			
Champignons hallucinogènes	5	2	3	4
Poppers	6	3	5	6
Ecstasy	4	3	4	4
Cocaïne	5	2	3	3
Héroïne	1	0	0	1

Source : Enquêtes ESCAPAD 2005

En Aquitaine comme en France, les filles ont beaucoup plus souvent expérimenté des médicaments psychotropes que les garçons, qu'ils soient consommés dans le cadre d'une prescription ou non. Dans la région, l'expérimentation de ce type de médicaments est plus fréquente qu'en France, en particulier chez les jeunes adolescentes.

	Aquitaine	France métr.
	<b>Expérimentation des médicaments psychotropes chez les jeunes de 17 ans en 2005 (en %)</b>	
Garçons	11	11
Filles	35	29
Ensemble	22	20

Source : Enquêtes ESCAPAD 2005

(1) Age révolu, c'est-à-dire qui tient compte du mois de naissance

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

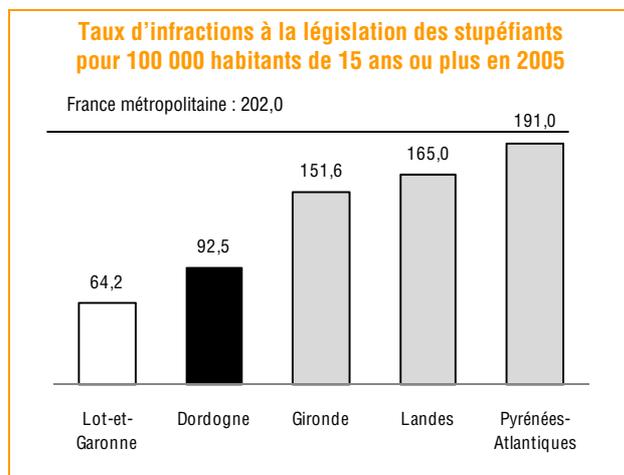
La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

## SITUATION EN DORDOGNE : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est inférieur aux moyennes régionale et nationale.
- Le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a fortement augmenté entre 2000 et 2005.
- En 2006, les ventes de Méthadone® ont été particulièrement importantes.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent qu'en Aquitaine et en France.

### Un des taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants les moins élevés d'Aquitaine

En Dordogne, 312 infractions à la législation sur les stupéfiants ont été dénombrées en 2005, soit environ 92 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est l'un des plus faibles d'Aquitaine, seul le Lot-et-Garonne présentant un taux inférieur (64). Le taux d'infractions le plus élevé est observé dans les Pyrénées-Atlantiques, mais il reste inférieur à la moyenne nationale.



Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

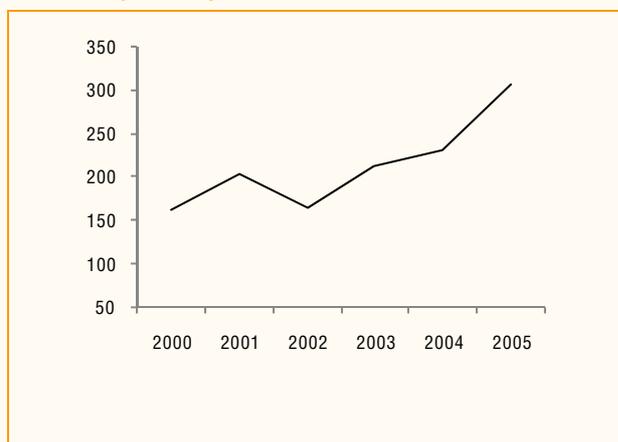
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Dordogne	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	91,1	131,8	181,8
Cocaïne	0,3	6,3	5,7
Héroïne	0,0	1,5	9,1
Ecstasy	0,3	2,1	2,6
Autres	0,9	2,7	2,9
Ensemble	92,5	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre d'interpellations pour usage de cannabis de 2000 à 2005



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

	Dordogne		Aquitaine	France métro
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Stéribox®	13 604	163	165	158
Subutex®	25 042	300	330	376
Méthadone®	43 014	515	333	341

Sources : InVS/Siamois, Insee

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

Exploitation Orsa

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (récipient + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Des taux d'infractions inférieurs aux moyennes régionale et nationale quelle que soit la substance

En Dordogne, la quasi-totalité des infractions sur la législation des stupéfiants concerne l'usage de cannabis (98 %). Pour ce produit, la Dordogne présente un taux d'infractions de 91 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, valeur nettement inférieure aux moyennes régionale (132) et nationale (182). En Aquitaine, seul le Lot-et-Garonne présente un taux inférieur. En revanche, la Dordogne est moins concernée que les autres départements par des infractions liées à l'usage de cocaïne, héroïne ou ecstasy.

## Une augmentation du nombre d'interpellations liées à l'usage de cannabis entre 2000 et 2005

En Dordogne, le nombre d'interpellations liées à l'usage de cannabis a fortement progressé entre 2000 et 2005, passant de 162 à 307 (+ 89 %). Cette évolution n'a pas été régulière tout au long de la période, le nombre d'interpellations ayant diminué entre 2001 et 2002 (- 19 %).

Les infractions liées à l'usage de cocaïne, ecstasy ou héroïne sont très rares en Dordogne, quelle que soit l'année.

## Un taux de vente de Méthadone® nettement supérieur à la moyenne nationale

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création d'un kit d'injection stérile (Stéribox®) avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, environ 13 600 boîtes de Stéribox® ont été vendues en Dordogne, soit 163 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est l'un des plus élevés d'Aquitaine, seule la Gironde présentant une valeur supérieure (191). Il est cependant assez proche des moyennes régionale et nationale.

Les ventes de Subutex® et surtout de Méthadone® ont été plus importantes (respectivement plus de 25 000 boîtes et 43 000 flacons). Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Subutex® correspondent à un taux de 300 boîtes pour 1 000 habitants, inférieur aux moyennes régionale (330) et nationale (376). Enfin, en Dordogne, 515 flacons de Méthadone® ont été vendus pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est nettement supérieur à ceux observés dans les autres départements aquitains et à la moyenne nationale (341).

## Une augmentation marquée des ventes de Méthadone® depuis le début des années 2000

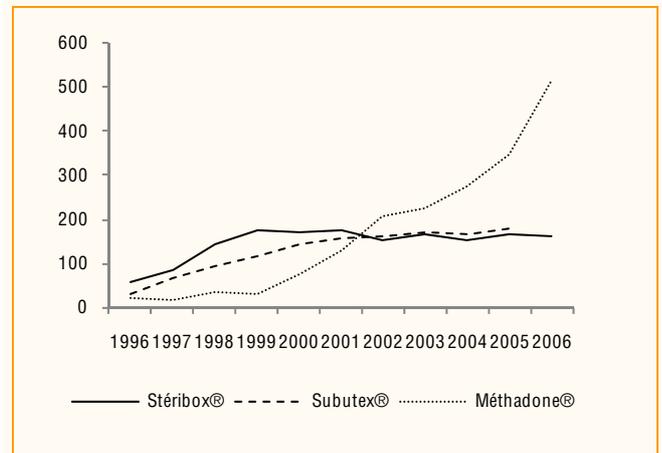
En Dordogne, les ventes de Stéribox® ont augmenté à la fin des années 1990 puis sont restées relativement stables jusqu'en 2006. Les ventes de Subutex® et de Méthadone®, moins importantes au milieu des années 1990, date de mise à disposition de ces produits, ont fortement progressé ensuite. Pour le Subutex®, l'augmentation des ventes a été assez régulière tout au long de la période alors que pour la Méthadone®, elle a été plus marquée à partir du début des années 2000.

*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

## Un recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire moins fréquent qu'en Aquitaine et qu'en France

En 2004, la Dordogne dispose d'un seul centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Cette structure a accueilli 377 personnes en 2006, soit environ 45 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est inférieur aux valeurs régionale (67) et nationale (56). En Aquitaine, seul le Lot-et-Garonne présente un taux inférieur (30).

Évolution des ventes de Stéribox®, de Subutex®\* et de Méthadone®\*\* de 1996 à 2006 (pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans)



Sources : InVS/Siamois, Insee Exploitation Orsa

\* Il s'agit ici d'un nombre de boîtes « théoriques » de 10 mg

\*\* Il s'agit ici d'un nombre de flacons « théoriques » de 60 mg

## Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants en Dordogne	377
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en Dordogne	45,1
Taux Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT

Exploitation Orsa

Les données utilisées proviennent de différentes sources institutionnelles :

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)** centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente).

Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

**L'InVS, à travers le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS)** fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Concernant les ventes de Stéribox®, les données ne tiennent pas compte des volumes délivrés par les associations (Programme Echange de Seringues, Boutiques...).

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)** fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique,  
du Conseil général de Dordogne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

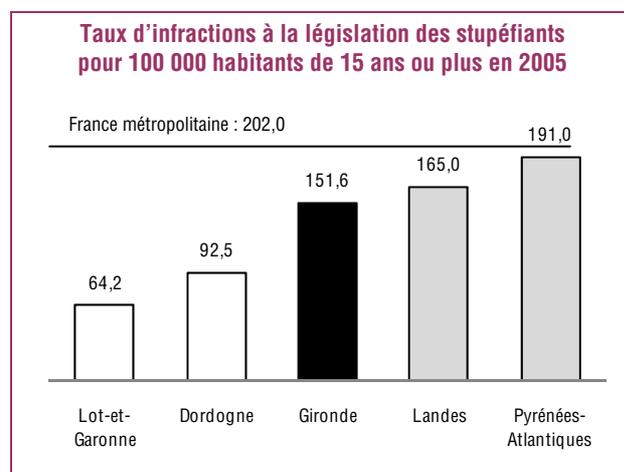
La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

## SITUATION EN GIRONDE : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est légèrement supérieur à la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale.
- Le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a augmenté entre 2000 et 2005.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox® ont été plus importantes qu'en France.
- Le recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent qu'en Aquitaine.

### Un taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants légèrement supérieur à la moyenne aquitaine

En Gironde, 1 702 infractions à la législation sur les stupéfiants ont été dénombrées en 2005, soit environ 152 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne aquitaine (144) mais inférieur à la moyenne nationale (202). En Aquitaine, le taux le plus faible est observé dans le Lot-et-Garonne et le plus élevé dans les Pyrénées-Atlantiques.



Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

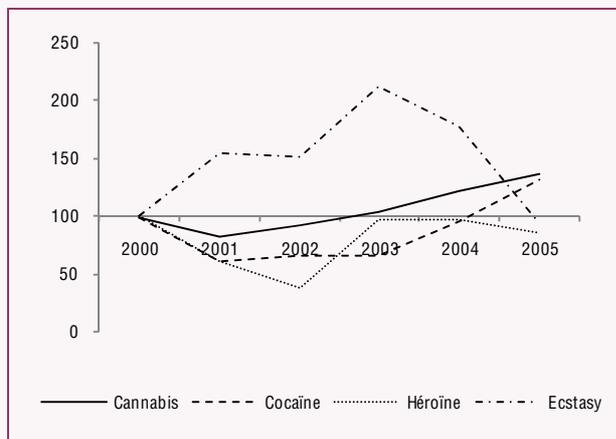
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Gironde	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	134,7	131,8	181,8
Cocaïne	7,4	6,3	5,7
Héroïne	2,0	1,5	9,1
Ecstasy	2,6	2,1	2,6
Autres	5,0	2,7	2,9
Ensemble	151,6	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre du nombre d'infractions à la législation des stupéfiants selon le produit de 2000 à 2005 (base 100 = 2000)



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

	Gironde		Aquitaine	France métró
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Stéribox®	73 028	191	165	158
Subutex®	136 942	357	330	376
Méthadone®	111 295	290	333	341

Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (récepteur + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Des taux d'infractions proches de la moyenne régionale quelle que soit la substance

En Gironde, les infractions sur la législation des stupéfiants concernent le plus souvent l'usage de cannabis (89 % des infractions). Pour ce produit, la Gironde présente un taux d'infractions de 135 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, valeur proche de la moyenne régionale (132) mais inférieure à la moyenne nationale (182). La Gironde présente également des taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne, héroïne ou ecstasy proche des valeurs aquitaines.

## Une augmentation du nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis entre 2000 et 2005

En Gironde, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a diminué entre 2000 et 2001, puis progressé régulièrement pour atteindre la valeur de 1 512 en 2005.

Le nombre d'infractions pour consommation de cocaïne a diminué également entre 2000 et 2001, puis s'est stabilisé jusqu'en 2003 avant d'augmenter en fin de période.

L'évolution du nombre d'infractions liées à l'usage d'héroïne et d'ecstasy a été plus irrégulière.

## Un taux de vente de Stéribox® supérieur à la moyenne nationale

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création d'un kit d'injection stérile (Stéribox®) avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, plus de 73 000 boîtes de Stéribox® ont été vendues en Gironde, soit 191 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est plus élevé que ceux observés dans les autres départements aquitains et nettement supérieur à la moyenne nationale (158).

Les ventes de Subutex® et surtout de Méthadone® ont été plus importantes (respectivement plus de 136 900 boîtes et près de 111 300 flacons). Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Subutex® correspondent à un taux de 357 boîtes pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur aux valeurs observées dans les autres départements aquitains mais il est inférieur à la moyenne nationale (376). Enfin, en Gironde, 290 flacons de Méthadone® ont été vendus pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux, l'un des moins élevés d'Aquitaine, est inférieur à la moyenne nationale (341).

## Une augmentation marquée des ventes de Méthadone® entre 2000 et 2006

En Gironde, les ventes de Stéribox® ont augmenté jusqu'à la fin des années 1990 puis sont restées relativement stables. L'évolution des ventes de Subutex® a été assez semblable, avec une stabilisation à partir de 2001.

Les ventes de Méthadone®, beaucoup moins importantes au milieu des années 1990, au moment de la mise sur le marché du produit, ont progressé tout au long de la période. Cette augmentation a été particulièrement marquée entre 2000 et 2006.

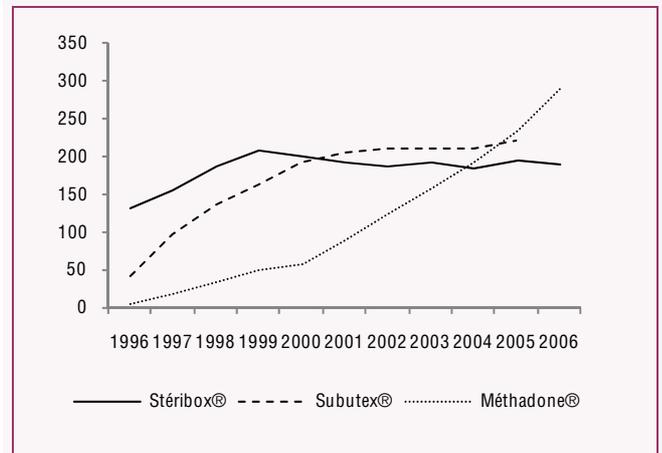
*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

## Un recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire moins fréquent qu'en Aquitaine

En 2004, la Gironde dispose de trois centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Ces structures ont accueilli près de 1 950 personnes en 2006, soit environ 51 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans.

Ce taux est inférieur à la moyenne régionale mais assez proche de la moyenne nationale.

Évolution des ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® \*\* de 1996 à 2006 (pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans)



Sources : InVS/Siamois, Insee Exploitation Orsa

\* Il s'agit ici d'un nombre de boîtes « théoriques » de 10 mg

\*\* Il s'agit ici d'un nombre de flacons « théoriques » de 60 mg

## Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants en Gironde	1 946
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en Gironde	50,8
Taux Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT

Exploitation Orsa

*Les données utilisées proviennent de différentes sources institutionnelles :*

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)** centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente).

Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

**L'InVS, à travers le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS)** fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Concernant les ventes de Stéribox®, les données ne tiennent pas compte des volumes délivrés par les associations (Programme Echange de Seringues, Boutiques...).

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)** fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique  
et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

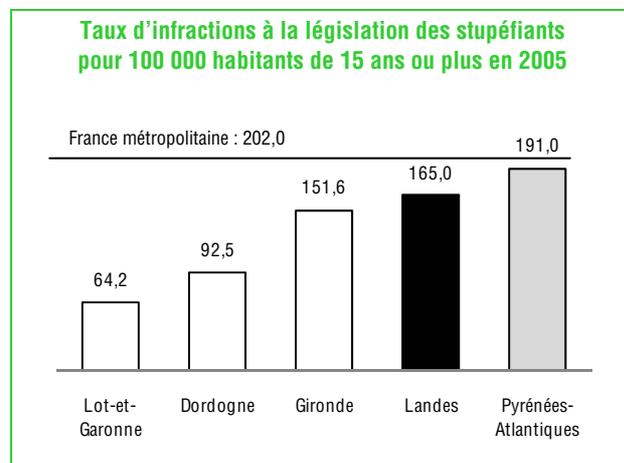
La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

## SITUATION DANS LES LANDES : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est supérieur à la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale.
- Les taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne ou d'ecstasy sont plus élevés que dans les autres départements aquitains et qu'en France.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox<sup>®</sup>, Subutex<sup>®</sup> et Méthadone<sup>®</sup> sont inférieures aux valeurs régionales et nationales.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est plus fréquent qu'en Aquitaine.

### Un taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants supérieur à la moyenne aquitaine

Dans les Landes, 478 infractions à la législation sur les stupéfiants ont été dénombrées en 2005, soit 165 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est supérieur à la moyenne aquitaine (144) mais inférieur à la moyenne nationale. En Aquitaine, seules les Pyrénées-Atlantiques présentent un taux plus élevé.



Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

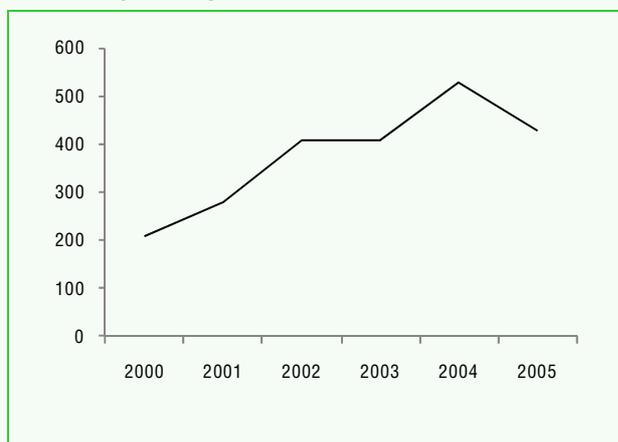
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Landes	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	147,4	131,8	181,8
Cocaïne	10,0	6,3	5,7
Héroïne	1,4	1,5	9,1
Ecstasy	5,5	2,1	2,6
Autres	0,7	2,7	2,9
Ensemble	165,0	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre d'interpellations pour usage de cannabis de 2000 à 2005



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

	Landes		Aquitaine	France métro
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Stéribox®	11 700	145	165	158
Subutex®	23 670	294	330	376
Méthadone®	23 964	298	333	341

Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (récipient + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Des taux d'infractions liés à l'usage de cocaïne et d'ecstasy relativement importants

Dans les Landes, les infractions sur la législation des stupéfiants concernent le plus souvent l'usage de cannabis (89 % des infractions). Pour ce produit, les Landes présentent un taux d'infractions de 147 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, valeur supérieure à la moyenne régionale (132) mais inférieure à la moyenne nationale (182). Les Landes se caractérisent également par des taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne et d'ecstasy supérieurs aux moyennes aquitaines et françaises.

## Une augmentation du nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis entre 2000 et 2005

Malgré une baisse en fin de période, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a doublé entre 2000 et 2005, passant de 209 à 427.

Les infractions liées à l'usage de cocaïne, beaucoup plus rares, sont néanmoins six fois plus nombreuses en 2005 (29) qu'en 2000 (5). Parallèlement, l'année 2005 a été marquée par une recrudescence des infractions liées à l'usage d'ecstasy : 16 infractions ont été recensées, contre seulement 2 à 5 les années précédentes.

## Des taux de vente de Stéribox®, Subutex® et Méthadone® inférieurs aux moyennes régionales et nationales

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création d'un kit d'injection stérile (Stéribox®) avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, 11 700 boîtes de Stéribox® ont été vendues dans les Landes, soit 145 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Les ventes de Subutex® et de Méthadone® ont été plus importantes (respectivement 23 670 boîtes et 23 964 flacons). Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Subutex® correspondent à un taux de 294 boîtes pour 1 000 habitants et celles de Méthadone® à un taux de 298 flacons pour 1 000 habitants.

Dans les Landes, les taux de vente de Stéribox®, Subutex® et Méthadone® sont inférieurs aux moyennes régionales et nationales.

## Une progression régulière des ventes de Subutex® entre 2000 et 2005

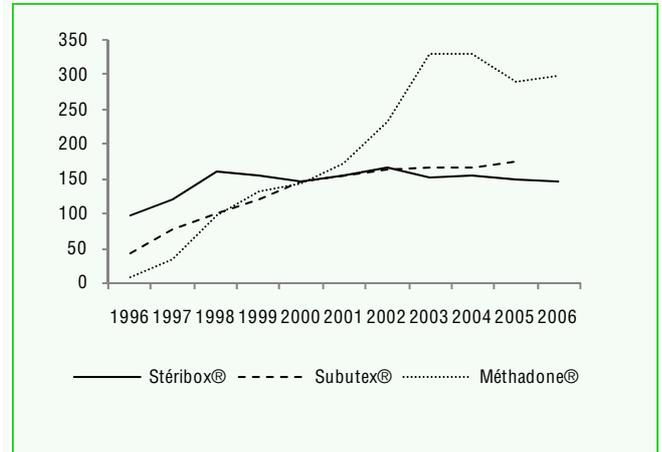
Dans les Landes, les ventes de Subutex® ont progressé régulièrement, passant de 41 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans en 1996 à 174 en 2005.

Les ventes de Stéribox® ont augmenté fortement jusqu'en 1998 puis ont assez peu évolué sur le reste de la période.

Enfin, les ventes de Méthadone®, moins importantes au milieu des années 1990, au moment de la mise sur le marché du produit, ont fortement progressé jusqu'en 2003 mais connaissent depuis un ralentissement.

*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

## Évolution des ventes de Stéribox®, de Subutex®\* et de Méthadone®\*\* de 1996 à 2006 (pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans)



Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* Il s'agit ici d'un nombre de boîtes « théoriques » de 10 mg

\*\* Il s'agit ici d'un nombre de flacons « théoriques » de 60 mg

## Un recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire plus fréquent qu'en Aquitaine et qu'en France

En 2004, les Landes disposent d'un seul centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Cette structure a accueilli 633 personnes en 2006, soit environ 79 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est supérieur aux valeurs régionale (67) et nationale (56). En Aquitaine, seules les Pyrénées-Atlantiques présentent un taux supérieur (131).

## Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants dans les Landes	633
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans dans les Landes	78,7
Taux Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT

Exploitation Orsa

Les données utilisées proviennent de différentes sources institutionnelles :

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)** centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente).

Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

**L'InVS, à travers le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS)** fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Concernant les ventes de Stéribox®, les données ne tiennent pas compte des volumes délivrés par les associations (Programme Echange de Seringues, Boutiques...).

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)** fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique  
et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

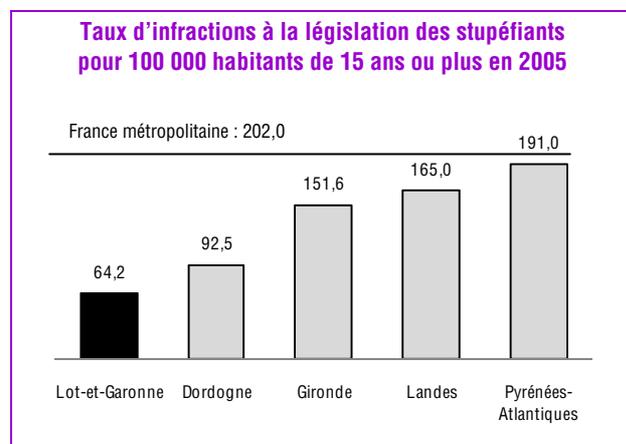
La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

## SITUATION DANS LE LOT-ET-GARONNE : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est inférieur à ceux observés dans les autres départements aquitains, en particulier pour le cannabis.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox® et Méthadone® sont les plus faibles d'Aquitaine.
- Les ventes de Subutex® et de Méthadone® ont fortement progressé entre 1996 et 2006.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent que dans les autres départements aquitains.

### Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants le plus faible d'Aquitaine

Dans le Lot-et-Garonne, 169 infractions à la législation sur les stupéfiants ont été dénombrées en 2005, soit 64 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux est inférieur aux moyennes régionale (144) et nationale (202). Le Lot-et-Garonne présente le taux d'infractions le moins élevé d'Aquitaine.



Sources : OCRISIS, Insee

Exploitation Orsa

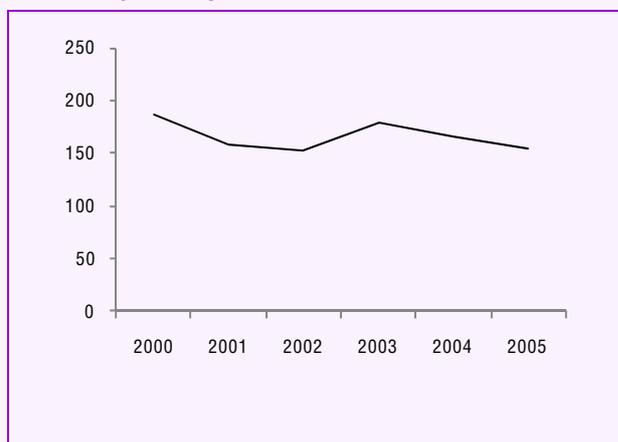
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Lot-et-Garonne	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	58,9	131,8	181,8
Cocaïne	2,3	6,3	5,7
Héroïne	1,1	1,5	9,1
Ecstasy	1,5	2,1	2,6
Autres	0,4	2,7	2,9
Ensemble	64,2	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre d'interpellations pour usage de cannabis de 2000 à 2005



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

	Lot-et-Garonne		Aquitaine	France métro
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Stéribox®	7 759	112	165	158
Subutex®	23 212	335	330	376
Méthadone®	17 217	249	333	341

Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (récipient + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Des taux d'infractions faibles quelle que soit la substance

Dans le Lot-et-Garonne, les infractions sur la législation des stupéfiants concernent le plus souvent l'usage de cannabis (92 % des infractions). Pour ce produit, le Lot-et-Garonne présente un taux d'infractions de 59 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, valeur nettement inférieure aux moyennes régionale (132) et nationale (182). Le Lot-et-Garonne est le département aquitain le moins concerné par ces infractions. De même, les taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne, héroïne ou ecstasy sont inférieurs aux valeurs régionales et nationales.

## Une baisse globale du nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis entre 2000 et 2005

Entre 2000 et 2002, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a diminué de 18 %, passant de 186 à 153. Après une augmentation l'année suivante, le nombre d'infractions a de nouveau baissé pour revenir à un niveau proche de celui observé en 2002 (155).

Les infractions liées à l'usage de cocaïne, ecstasy ou héroïne sont très rares dans le Lot-et-Garonne, quelle que soit l'année.

## Les taux de vente de Stéribox® et de Méthadone® les plus faibles d'Aquitaine

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création d'un kit d'injection stérile (Stéribox®) avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, environ 7 760 boîtes de Stéribox® ont été vendues dans le Lot-et-Garonne, soit 112 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Les ventes de Méthadone® ont été plus importantes (17 217 flacons) et correspondent à un taux de 249 flacons pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ces taux sont les plus faibles d'Aquitaine et sont inférieurs aux moyennes nationales.

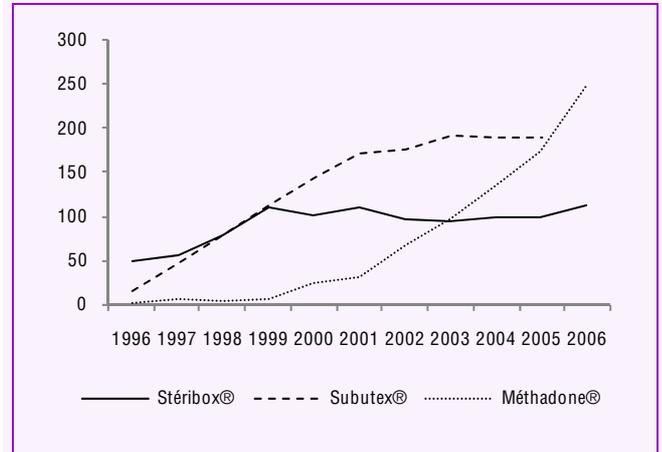
Enfin, 23 212 boîtes de Subutex® ont été vendues dans le Lot-et-Garonne en 2006, soit 335 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est proche de la moyenne régionale (330) mais inférieur à la moyenne nationale (376). C'est l'un des taux les plus élevés d'Aquitaine après celui observé en Gironde (357).

## Une progression marquée des ventes de Subutex® et de Méthadone®

Dans le Lot-et-Garonne, les ventes de Stéribox® ont augmenté jusqu'à la fin des années 1990 puis sont restées relativement stables. Les ventes de Subutex® ont été moins importantes au milieu des années 1990, quand ce produit a été mis sur le marché, mais ont fortement progressé ensuite. Enfin, les ventes de Méthadone® sont restées relativement stables jusqu'à la fin des années 1990 puis ont augmenté régulièrement jusqu'en 2006.

*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

**Évolution des ventes de Stéribox®, de Subutex®\* et de Méthadone®\*\* de 1996 à 2006**  
(pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans)



Sources : InVS/Siamois, Insee Exploitation Orsa  
\* Il s'agit ici d'un nombre de boîtes « théoriques » de 10 mg  
\*\* Il s'agit ici d'un nombre de flacons « théoriques » de 60 mg

## Un recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire moins fréquent que dans les autres départements aquitains

En 2004, le Lot-et-Garonne dispose d'un seul centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Cette structure a accueilli 211 personnes en 2006, soit environ 30 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est le plus faible d'Aquitaine et est nettement inférieur à la moyenne nationale (56).

### Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants dans le Lot-et-Garonne	211
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans dans le Lot-et-Garonne	30,5
Taux Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT Exploitation Orsa

*Les données utilisées proviennent de différentes sources institutionnelles :*

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)** centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente).

Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

**L'InVS, à travers le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS)** fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Concernant les ventes de Stéribox®, les données ne tiennent pas compte des volumes délivrés par les associations (Programme Echange de Seringues, Boutiques...).

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)** fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique,  
du Conseil général de Lot-et-Garonne et du Conseil régional d'Aquitaine

## CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ».

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des français de 15-64 ans déclare avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de sa vie. Le cannabis est la substance la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, surtout chez les plus jeunes. La consommation des autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, Poppers...) reste marginale. Cependant, entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel d'ecstasy et de cocaïne ont progressé. La consommation de ces substances tend à se développer et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ».

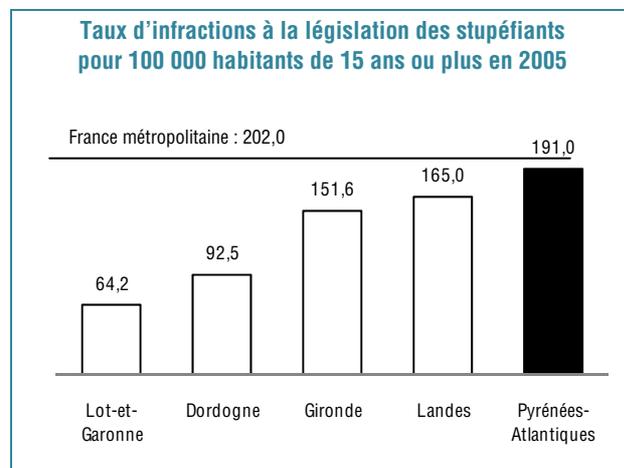
La loi du 31 décembre 1970, qui a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie, repose sur un double aspect : la répression du trafic et l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années 1990 a ensuite été marqué par le développement des programmes de substitution. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, axé sur la prévention, avait pour principal objectif d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances chez les adolescents ou les jeunes adultes et de réduire les consommations. Il a été complété par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, adopté en novembre 2006 pour renforcer et coordonner les dispositifs existants, développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). Adopté le 8 juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et repose sur une extension du domaine de la prévention, à travers des mesures pouvant avoir un effet dissuasif.

## SITUATION DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES : FAITS MARQUANTS

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est supérieur à ceux observés dans les autres départements, notamment pour le cannabis.
- Comme dans les Landes et en Gironde, le taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne est particulièrement élevé.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Méthadone® sont supérieures à la moyenne nationale alors que celles de Stéribox® et de Subutex® sont inférieures.
- Le recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire est plus fréquent que dans les autres départements aquitains.

### Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants le plus élevé d'Aquitaine

Dans les Pyrénées-Atlantiques, 996 infractions à la législation sur les stupéfiants ont été dénombrées en 2005, soit 191 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus. Ce taux, nettement supérieur à celui observé dans le Lot-et-Garonne, est le plus élevé d'Aquitaine mais est assez proche de la moyenne nationale.



Sources : OCRISIS, Insee

Exploitation Orsa

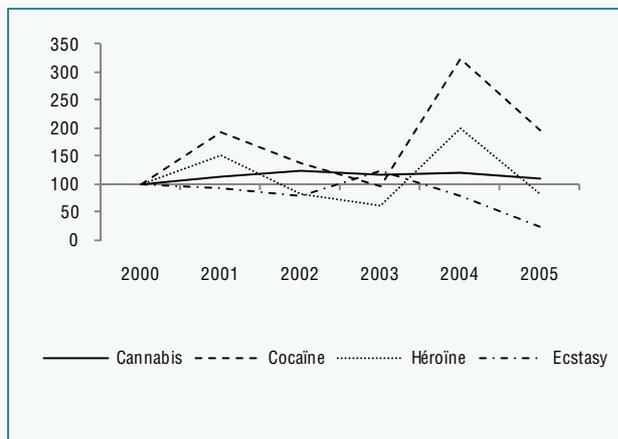
## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit en 2005 (pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus)

	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine	France métropolitaine
Cannabis	179,9	131,8	181,8
Cocaïne	7,9	6,3	5,7
Héroïne	1,5	1,5	9,1
Ecstasy	0,6	2,1	2,6
Autres	1,2	2,7	2,9
Ensemble	191,0	144,3	202,0

Sources : OCRTIS, Insee

Exploitation Orsa

## Évolution du nombre du nombre d'infractions à la législation des stupéfiants selon le produit de 2000 à 2005 (base 100 = 2000)



Source : OCRTIS

Exploitation Orsa

## Ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® en 2006

	Pyrénées-Atlantiques		Aquitaine		France métró	
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*		
Stéribox®	20 747	137	165	158		
Subutex®	44 708	295	330	376		
Méthadone®	60 394	398	333	341		

Sources : InVS/Siamois, Insee

Exploitation Orsa

\* pour 1 000 personnes de 20 à 39 ans

**Le Stéribox®** est un kit de protection contenant deux seringues à insuline, un flacon d'eau stérile, un tampon alcoolisé, un préservatif, deux Stéricup® (réceptif + filtre stérile) et un mode d'emploi et des conseils explicites.

**Le Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés vendu en pharmacie, sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg.

**La méthadone®** est une substance opiacée psychotrope, également vendue sous différents conditionnements. Les données présentées sont exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg.

## Le taux d'infractions liées à l'usage de cannabis le plus élevé d'Aquitaine

Dans les Pyrénées-Atlantiques, les infractions sur la législation des stupéfiants concernent le plus souvent l'usage de cannabis (94 % des infractions). Pour ce produit, les Pyrénées-Atlantiques présentent un taux d'infractions de 180 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus, nettement plus élevé que les taux observés dans les autres départements aquitains. Il est cependant très proche de la moyenne nationale (182). Enfin, les Pyrénées-Atlantiques sont, comme les Landes et la Gironde, particulièrement concernées par les infractions liées à l'usage de cocaïne.

## Une tendance à la baisse du nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants

Entre 2000 et 2002, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a augmenté de 25 %, passant de 843 à 1 054. Il est ensuite resté relativement stable jusqu'en 2004, avant de diminuer légèrement (- 9 %).

L'évolution des infractions liées à l'usage de cocaïne, ecstasy ou héroïne a été beaucoup plus irrégulière. Néanmoins, ces infractions tendent à diminuer en fin de période.

## Un taux de vente de Méthadone® supérieur aux moyennes régionale et nationale

A la fin des années 1980, la mise en vente libre de seringues et la création d'un kit d'injection stérile (Stéribox®) avaient pour but de limiter les contaminations par le VIH lors de partages de seringues entre toxicomanes. Cette politique de réduction des risques a été poursuivie au milieu des années 1990 avec la mise à disposition de deux produits de substitution à l'héroïne : la méthadone® et le Subutex®.

En 2006, près de 20 750 boîtes de Stéribox® ont été vendues dans les Pyrénées-Atlantiques, soit 137 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Les ventes de Subutex® ont été plus importantes (plus de 44 700 boîtes) et correspondent à un taux de 295 boîtes pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ces taux sont inférieurs aux moyennes régionales et nationales.

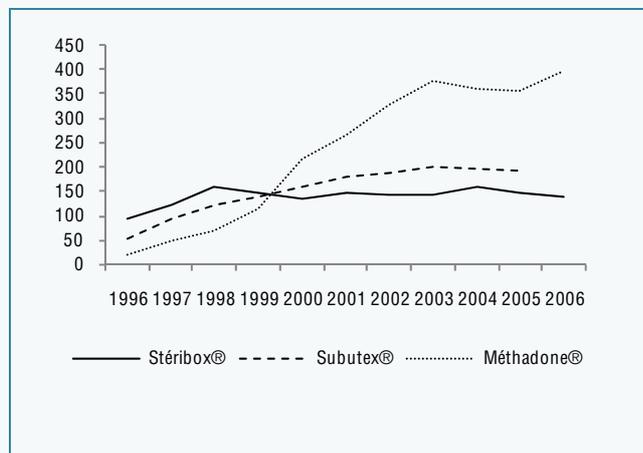
Enfin, près de 60 400 flacons de Méthadone® ont été vendus dans les Pyrénées-Atlantiques en 2006, soit 398 flacons pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est supérieur aux valeurs aquitaine (333) et française (376).

## Une forte progression des ventes de Méthadone® entre 1996 et 2006

Dans les Pyrénées-Atlantiques, les ventes de Stéribox® ont augmenté jusqu'en 1998 puis sont restées relativement stables. Les ventes de Subutex® ont augmenté régulièrement jusqu'en 2003 puis se sont également stabilisées. Enfin, les ventes de Méthadone® ont fortement progressé en dix ans, passant de 20 flacons pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans en 1996 à 398 en 2006.

*NB : les différences observées dans le temps ou l'espace pour les ventes de méthadone peuvent être liées aux différences de pratiques.*

## Évolution des ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® de 1996 à 2006 dans les Pyrénées-Atlantiques (pour 1 000 habitants de 20 à 39 ans)



Sources : InVS/Siamois, Insee Exploitation Orsa

\* Il s'agit ici d'un nombre de boîtes « théoriques » de 10 mg

\*\* Il s'agit ici d'un nombre de flacons « théoriques » de 60 mg

## Un recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire plus fréquent que dans les autres départements aquitains

En 2004, les Pyrénées-Atlantiques disposent de quatre centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire. Ces structures ont accueilli près de 2 000 personnes en 2006, soit environ 131 consultants pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est le plus élevé d'Aquitaine et est nettement supérieur à la moyenne nationale (56).

## Recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en 2006

Nombre de consultants dans les Pyrénées-Atlantiques	1 994
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans dans les Pyrénées-Atlantiques	131,5
Taux Aquitaine	67,2
Taux France métropolitaine	55,7

Source : Rapports d'activité des CSST / OFDT

Exploitation Orsa

Les données utilisées proviennent de différentes sources institutionnelles :

**L'Office central de la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)** centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont retenues ici que les ILS pour « usage simple » (non compris les cas d'usage-revente).

Le nombre de faits constatés en matière d'ILS dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

**L'InVS, à travers le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS)** fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Concernant les ventes de Stéribox®, les données ne tiennent pas compte des volumes délivrés par les associations (Programme Echange de Seringues, Boutiques...).

**Les rapports d'activité des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)** fournissent des informations sur les personnes venues consulter dans les structures de soins. Ces données ne sont pas exhaustives car chaque année, certains rapports ne sont pas transmis ou ne sont pas exploitables (taux de réponse de 90 % en 2005, en France). De plus, les personnes en difficulté avec les drogues illicites peuvent s'adresser également au système de soins généraliste, aux médecins de ville ou aux hôpitaux ne disposant pas d'un CSST. Le nombre de ces personnes n'est pas connu au niveau national et encore moins au niveau régional ou départemental.

Réalisation : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine – 103 ter rue Belleville – 33000 Bordeaux  
téléphone : 05 56 56 99 60 – télécopie : 05 56 56 99 61 – courriel : [contact@ors-aquitaine.org](mailto:contact@ors-aquitaine.org) – site : [www.ors-aquitaine.org](http://www.ors-aquitaine.org)

Avec le soutien financier de l'État (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), du Groupement régional de santé publique et du Conseil régional d'Aquitaine



## **DRASS d'Aquitaine**

**Directeur de la publication : Jacques CARTIAUX, directeur régional**

**Chef de projet : Docteur Martine VALADIE-JEANNEL**

**Réalisation, conception : communication / PAO DRASS**

---

**Espace Rodesse - 103 bis rue Belleville - BP 952 - 33063 BORDEAUX CEDEX**

**tél : 05 57 01 95 00 - télécopie : 05 57 01 96 83**

**courriel : [dr33-direction@sante.gouv.fr](mailto:dr33-direction@sante.gouv.fr)**

**[http : //aquitaine.sante.gouv.fr](http://aquitaine.sante.gouv.fr)**