

Projet d'état des lieux des addictions en Normandie



Comportements d'usage

Prise en charge

Conséquences sanitaires

Document réalisé à la demande
et en collaboration avec

Comité de rédaction

Thomas Auvergnon, ARS de Normandie

Emmanuel Beucher, ARS de Normandie

Céline Leroy, ARS de Normandie

Carole Pornet, ARS de Normandie

Sylvie Le Rétif, ORS de Basse-Normandie

Julie Pasquier, ORS de Basse-Normandie

Annabelle Yon, ORS de Basse-Normandie

Historiquement marquée par les conséquences des consommations de tabac et d'alcool (encore respectivement responsables de 15 % et de 5 % des décès en région), la Normandie paye un lourd tribut aux pratiques addictives.

Les taux de mortalité précités sont un reflet tardif et limité des formes et de l'ampleur de cette problématique régionale de santé publique : produits (ou pratiques addictives sans substances), territoires, populations, modalités et finalités des consommations structurent aujourd'hui des usages diversifiés et évolutifs.

Pour les appréhender et leur apporter une réponse, il est nécessaire de permettre aux acteurs normands – par-delà le seul champ de l'addictologie et même de la santé - de partager des éléments de diagnostics objectifs.

A l'occasion de l'élaboration du projet régional de santé, l'Agence Régionale de Santé (ARS) s'est engagée, en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie, dans la réalisation d'un état des lieux des pratiques addictives en région.

L'objectif de cette démarche est de fournir aux décideurs régionaux et à l'ensemble des acteurs concernés par les addictions, un éclairage synthétique sur les comportements et les usages de substances psychoactives et leurs conséquences en Normandie, afin de mieux prendre en compte le nouveau périmètre régional, la spécificité et les enjeux locaux dans ce domaine.

L'état des lieux, dont ce document décline les principaux faits marquants en région, n'a pas pour ambition d'être exhaustif. Il propose, à partir de données accessibles, des éléments pour mieux décrire et mieux connaître les caractéristiques de notre région à travers les comportements d'usage, la prise en charge et les conséquences sanitaires des addictions.





Méthodologie

p. 6

Les sources et dispositifs mobilisés
Les territoires d'analyses

p. 6
p. 9

Les pré-adolescents et adolescents

p. 10



Comportements d'usage

Les usages de tabac pendant les années collège
Les usages d'alcool pendant les années collège
Les usages de cannabis pendant les années collège
Les usages de tabac à 17 ans
Les usages d'alcool à 17 ans
Les usages de cannabis à 17 ans
Les usages de médicaments psychotropes à 17 ans
Synthèse

p. 10
p. 12
p. 14
p. 16
p. 18
p. 22
p. 24
p. 25



Prise en charge

Les consultations jeunes consommateurs
Les autres acteurs ressources

p. 26
p. 27



Zoom sur ...

... l'enquête Indiss : consommation de tabac des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie
... l'enquête Indiss : consommation d'alcool des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie
... l'enquête Indiss : consommation de cannabis et de produits psychoactifs des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie
... l'enquête Indiss : consommation de tabac des élèves de 2nde scolarisés en ex Haute-Normandie
... l'enquête Indiss : consommation d'alcool des élèves de 2nde scolarisés en ex Haute-Normandie
... l'enquête Indiss : consommation de cannabis des élèves de 2nde scolarisés en ex Haute-Normandie
... les addictions sans produit

p. 11
p. 13
p. 15
p. 17
p. 21
p. 23
p. 24

Population adulte

p. 28



Comportements d'usage

Les usages de tabac	p. 28
Les usages d'alcool	p. 30
Les usages de cannabis	p. 34
Les usages d'autres drogues	p. 35
Les polyconsommations	p. 36
Synthèse	p. 37



Prise en charge

Implantation de l'offre hospitalière et médico-sociale	p. 38
Activité des CSAPA et des CAARUD	p. 40



Conséquences sanitaires

Mortalité liée à une consommation de tabac	p. 50
Recours hospitaliers lié à l'alcool	p. 53
Mortalité liée à une consommation d'alcool	p. 55
Accidentologie liée à l'alcool	p. 58

Synthèse

p. 60

Faits marquants en Normandie	p. 60
Tableau de synthèse	p. 61
Chiffres clés en Normandie et par département	p. 62

Sigles et abréviations

p. 65

Bibliographie

p. 66



Zoom sur ...

... les ventes de tabac en région	p. 29
... les ventes d'alcool en France métropolitaine	p. 31
... l'enquête santé des Bas-Normands : principaux enseignements sur la consommation d'alcool	p. 33
... les traitements de substitution	p. 49





LES SOURCES ET DISPOSITIFS MOBILISÉS

LES ENQUÊTES PORTANT SUR LES COMPORTEMENTS D'USAGES

Les enquêtes nationales

Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

L'enquête HBSC est réalisée tous les quatre ans depuis 1982 sous l'égide de l'OMS. Elle porte sur les comportements de santé des adolescents de 11 à 15 ans, dans une quarantaine de pays (principalement européen). Elle a pour objectif d'appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes quant à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie. Elle permet également de mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps et d'effectuer des comparaisons internationales (41 pays ou régions du monde occidental).

La taille de l'échantillon national ne permet malheureusement pas d'effectuer des analyses régionales au même titre que les enquêtes ESCAPAD ou Baromètre santé. Toutefois, les principaux enseignements du chapitre concernant les consommations addictives seront présentés afin de poser le contexte national.

Notons également qu'avec la réforme territoriale, la possibilité d'un suréchantillonnage permettant une analyse des données à l'échelle des nouvelles régions est à l'étude pour la prochaine période d'enquête.

Les enquêtes nationales avec déclinaisons régionales ou départementales possibles

Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD)

ESCAPAD est une enquête menée et conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Direction du service national (DSN) lors de la Journée Défense et Citoyenneté, dans l'ensemble des centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion.

Au total, 26 351 adolescents de nationalité française ont été interrogés lors de la dernière vague d'enquête (2014) à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme, à propos de leur santé et de l'usage d'une dizaine de substances psychoactives. Les résultats présentés portent sur 22 023 individus âgés de 17 ans (résultats pondérés afin de restituer aux départements leur poids démographique tout en respectant le sex ratio départemental), dont 996 Normands.

Enquête Baromètre santé

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, désormais Santé publique France) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Le Baromètre santé est une enquête conduite sur un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. La dernière vague d'enquête réalisée en 2014 se constitue d'un échantillon de 15 635 individus. Depuis 2000, l'OFDT exploite avec l'Inpes, la partie « addictions » du Baromètre Santé, à travers la mesure des niveaux d'usage de produits et depuis 2010 des pratiques de jeux de hasard et d'argent.

Les dernières analyses régionales réalisées via cette enquête nationale datent de 2010.

Les enquêtes régionales

Enquête INDicateur de Suivi en Santé (Indiss)

L'enquête INDicateur de Suivi en Santé (Indiss) mis en oeuvre en ex Haute-Normandie est menée auprès des élèves de 5^e et de 2nde au cours de l'année scolaire 2012-2013. Bien que cette enquête ne porte pas sur l'ensemble du territoire normand, les principaux éléments ont été intégrés à cet état des lieux notamment ceux concernant les facteurs associés aux comportements addictifs (présupposant qu'ils ne diffèrent pas d'une région à l'autre). La possibilité d'étendre le dispositif Indiss, initialement porté par l'Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie puis par l'Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie, à l'ensemble du territoire normand est à actuellement à l'étude.

Enquête santé des Bas-Normands

L'Enquête Santé des Bas-Normands a été mise en place par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie en collaboration avec la Maison de la Recherche en Sciences Humaines de l'Université de Caen et avec l'appui financier de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), de la Région Basse-Normandie, du Conseil Départemental de l'Orne, de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes (MSA) et des sociétés Sanofi et Glaxo Smith Kline.

Après trois années d'un travail collaboratif et intense des différents partenaires (2012-2015), l'Enquête Santé menée auprès de plus de 3 000 Bas-Normands aura donné lieu à plus d'une dizaine de publications thématiques dont une qui s'est attachée à définir la consommation d'alcool des Bas-Normands (non usage, usage non à risque et usage à risque ponctuel ou régulier) et à caractériser les profils à risque.

LES DONNÉES DE VENTES DE PRODUITS

Données de ventes de tabac

Les données de ventes de tabac fournies par Logista France ont pour objectifs de mesurer l'approvisionnement des buralistes en produits du tabac et, de manière indirecte, les ventes de tabac en France. Logista n'approvisionne pas les buralistes des DOM, de Corse et n'est pas l'unique distributeur en Lorraine. Toutefois, ces données restent malgré tout représentatives du marché puisque Logista distribue environ 98 % des volumes de cigarettes en France, soit pour son compte, soit pour les comptes des fabricants installés hors de France.

Ces données de vente ne tiennent pas compte des stocks éventuellement faits par les buralistes, ni du tabac circulant sur le marché noir. En France, les buralistes exercent le monopole de la vente au détail des produits du tabac, qui leur est confié par l'administration des douanes et des droits indirects.

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation (cf. OFDT) :

La comparaison des ventes de tabac et des quantités déclarées dans les sondages indique que ces derniers sous-estiment la consommation mais il est difficile d'en mesurer l'ampleur. Différents facteurs contribuent à cette sous-estimation : toutes les cigarettes vendues ne sont pas fumées ; certains « petits fumeurs » se déclarent non fumeurs, traduisant leur désir d'arrêter plutôt que la réalité ; certains fumeurs, notamment les « fumeurs réguliers » sous-estiment leur consommation.

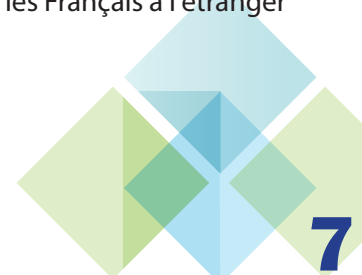
Jusqu'au début des années 2000, les ventes de cigarettes étaient un bon indicateur de la consommation de tabac en France. Le développement d'un marché parallèle à celui des buralistes a un peu modifié cette situation : les achats transfrontaliers et ceux illicites (contrebande, Internet, contrefaçon, duty-free) ont été estimés représenter une cigarette sur cinq consommée en France.

Données de ventes d'alcool

Données fournies par l'Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, le groupe IDA1 (Indicateur d'alcoolisation réunissait les principaux producteurs de données sur les questions d'alcool) de 1990 à 1999 et l'Insee depuis 2000 afin de disposer d'un indicateur objectif sur la quantité d'alcool consommé en France.

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation (cf. OFDT) :

Évaluation difficile des quantités d'alcool autoconsommées par les exploitants agricoles ou des quantités d'alcool vendues mais non déclarées et des achats d'alcool des non résidents. Les achats d'alcool par les Français à l'étranger ne sont pas comptabilisés.





LES ENQUÊTES PORTANT SUR LES PERSONNES REÇUES DANS LES SERVICES DE PRISES EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

Les enquêtes nationales

Enquête Ena-CAARUD

Cette enquête, exhaustive dans les structures de réduction des risques CAARUD en France, permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues qui fréquentent ces structures, leurs consommations et l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes, pour adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population. La possibilité d'une exploitation régionale de ces données est actuellement à l'étude.

Enquête RECAP

Il s'agit d'un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures et des professionnels offrant une prise en charge spécifique des consommateurs de drogues. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (fiches d'accueil, gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions. La possibilité d'une exploitation régionale de ces données est actuellement à l'étude.

Investigations régionales

Les données utilisées pour décrire l'activité des CSAPA et CAARUD de la région et les caractéristiques du public accueilli dans ces structures sont issus des rapports d'activité standardisés renseignés par les structures régionales et centralisés par l'Agence régionale de santé de Normandie.

LES SOURCES ET DISPOSITIFS UTILISÉS POUR DÉCRIRE LES CONSÉQUENCES SANITAIRES

Fichier Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ». À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (source : Atih).

Si ce programme est initialement utilisé pour le financement des établissements et pour l'organisation de l'offre sanitaire, une utilisation à des fins épidémiologiques est réalisée avec notamment le calcul de taux de recours aux hospitalisations en addictologie (hospitalisation pour éthyliste aigu, dépendant ou cirrhose alcoolique...).

Fichier de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm - CépiDc)

Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès centralise annuellement les fichiers de décès selon la cause de ces derniers (disponibilité des données à n-3). L'analyse de ces causes médicales de décès constitue, avec les affections de longue durée, la source principale d'information pour décrire l'état de santé d'une population ou les conséquences sanitaires de certains phénomènes en raison de leur disponibilité depuis de nombreuses années et de leur déclin possible à des échelons géographiques fins.

Toutefois, concernant les conséquences sanitaires des addictions, il faut garder à l'esprit que les mortalités constatées aujourd'hui peuvent être la conséquence de nombreuses années d'expositions. Ainsi, le décalage temporel entre les actions de prévention et l'impact sur la mortalité est important. De plus, ce décalage peut expliquer les tendances parfois contradictoires que l'on pourrait observer pour un territoire en termes de comportement (prévalences inférieures au plan national) et de mortalité (surmortalité constatée).

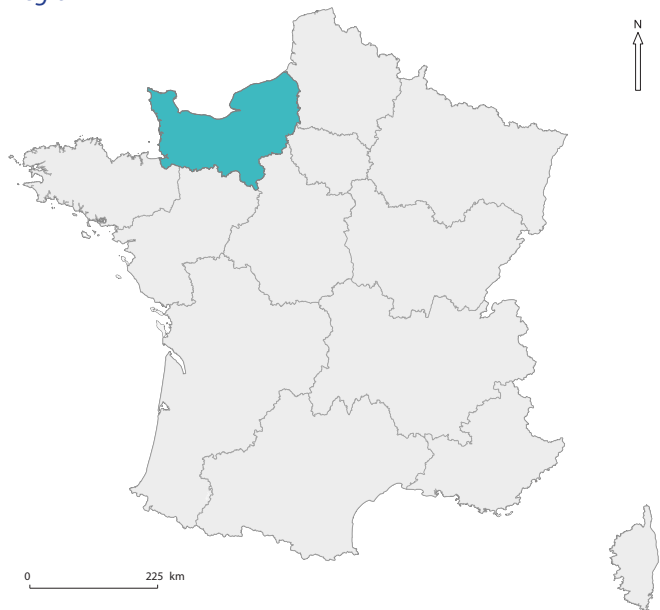
Concernant les évolutions, notons également, qu'une baisse de la mortalité peut-être liée à la réduction de l'incidence de la maladie et/ou à une meilleure prise en charge de celle-ci.

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

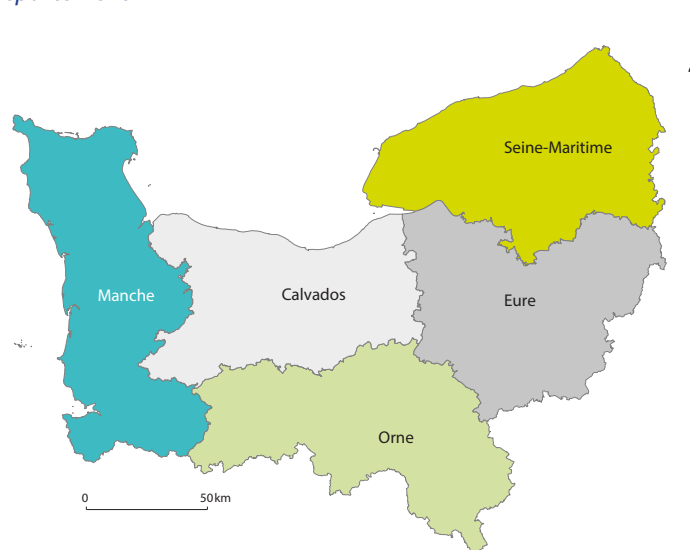
Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent (près de 3 500 points de collecte). Les informations contenues dans les BAAC (caractéristiques et lieux d'accident, description du ou des véhicules en cause et du ou des usagers, information sur l'alcoolémie) sont centralisées in fine à l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) où elles subissent de nombreux contrôles et corrections.

LES TERRITOIRES D'ANALYSES

Région



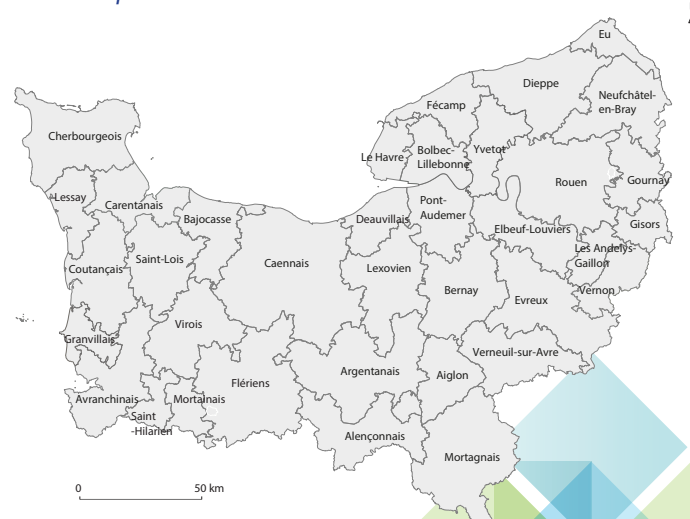
Département



Territoire de démocratie sanitaire



Territoire de proximité



Population pré-adolescente et adolescente



Comportements d'usage

LES USAGES DE TABAC PENDANT LES ANNÉES COLLÈGE

Une expérimentation du tabac multipliée par 5 au cours des années collège

En 2014, selon le volet français de la dernière enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), un collégien sur 3 en moyenne a déjà expérimenté le tabac avec des prévalences très différentes en fonction du niveau scolaire. Ainsi, la prévalence de l'expérimentation tabagique est 5 fois plus élevée en classe de 3^e qu'en 6^e. Plus précisément, 10 % des élèves de 6^e ont expérimenté le tabac contre 49 % de ceux de 3^e.

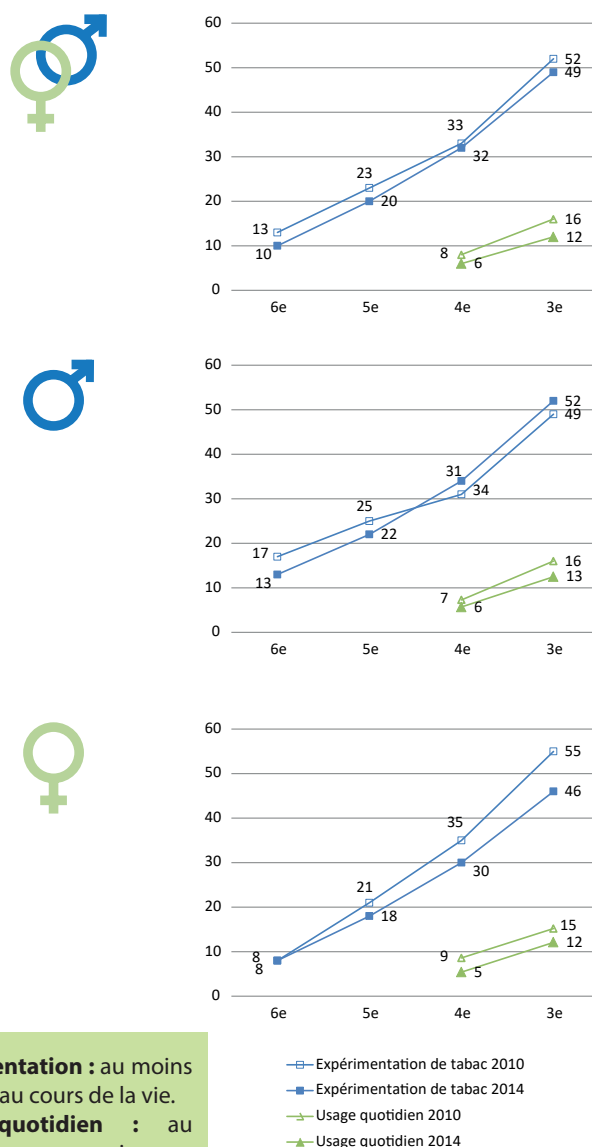
Entre 2010 et 2014, la variation de l'expérimentation tabagique est globalement non significative. Toutefois, les comportements des filles ont évolué avec une expérimentation qui reste inférieure ou similaire aux garçons tout au long du collège alors qu'en 2010 le tabac était le seul produit pour lequel les filles présentaient des consommations similaires voire supérieures aux garçons. On observait en effet en 2010 un rattrapage des filles qui dépassaient les garçons à partir de la classe de 4^e. En 2014, les jeunes filles de 3^e sont désormais moins expérimentatrices que les garçons (46 % vs 50 %).

Un usage quotidien de tabac en baisse

En 2014, 5 % des élèves de 4^e et 12 % des élèves de 3^e déclarent consommer du tabac quotidiennement en France métropolitaine, soit des prévalences significativement inférieures à celle observées en 2010 (respectivement 8 % en 4^e et 16 % en 3^e).

Tout comme pour l'expérimentation du tabac, les filles de 4^e qui présentaient une prévalence de l'usage quotidien de tabac supérieure aux garçons ont vu leur niveau de consommation s'abaisser plus fortement pour atteindre un niveau similaire à leurs homologues masculins.

Évolution des usages de tabac selon le sexe et l'âge en France métropolitaine (%) 2010-2014



Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.
Usage quotidien : au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Source : Enquête HBSC 2010-2014
 Exploitation : OFDT



Une expérimentation importante de la cigarette électronique parmi la population adolescente

Près de 40 % des élèves de 4^e et 3^e ont déclaré avoir déjà expérimenté la cigarette électronique. Parmi ces derniers, moins de 2 % déclarent s'en servir tous les jours.

Une part importante des expérimentateurs de la e-cigarette ont également expérimenté le tabac : 30 % des collégiens de 4^e et 3^e ont ainsi testé les deux. Parmi ces 30 %, les analyses réalisées par l'OFDT ont montré que l'expérimentation de la e-cigarette se faisait en moyenne un an après celle du tabac.

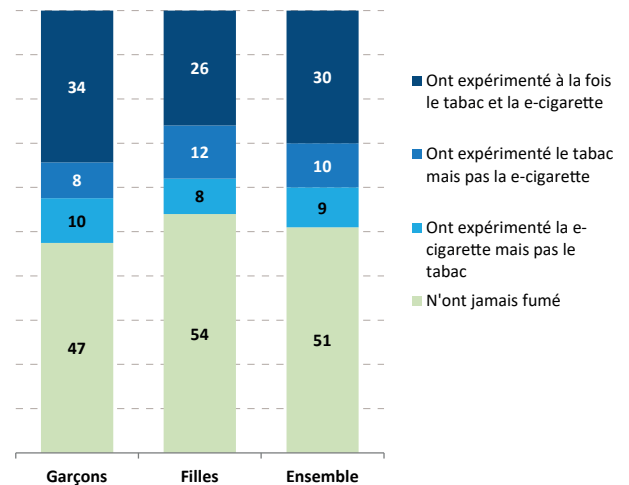
Un collégien sur 10 a expérimenté le tabac mais pas la e-cigarette et à l'inverse 9 % a expérimenté la e-cigarette mais pas le tabac.

Une expérimentation du narguilé couplée dans la majorité des cas à une consommation de cigarette

En 2014, 17 % des collégiens ont déclaré avoir déjà fumé avec un narguilé. Tout comme pour l'expérimentation du tabac, cette prévalence augmente fortement au cours des années collégiales avec une prévalence 7 fois plus élevée en 3^e qu'en 6^e (respectivement 36 % vs 5 %).

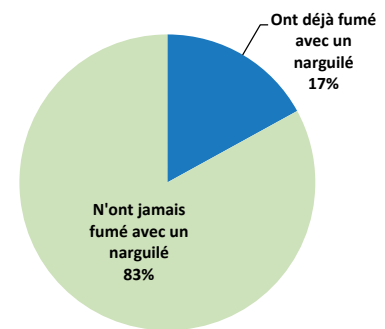
Cette expérimentation est fortement liée à la consommation de cigarette puisque moins de 3 % des collégiens qui déclarent avoir déjà fumé avec un narguilé n'ont jamais fumé de cigarette.

Expérimentation de tabac et de e-cigarette parmi les élèves de 4^e et 3^e en France métropolitaine (%) - 2014



Source : Enquête HBSC 2014
Exploitation : OFDT

Expérimentation de la chicha en France métropolitaine (%) - 2014



Source : Enquête HBSC 2014
Exploitation : OFDT



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation de tabac des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie

L'enquête INDicateur de Suivi en Santé (Indiss) mis en œuvre en ex Haute-Normandie par l'Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie puis par l'Observatoire régional de la santé et du social de Picardie et financé par l'Agence régionale de santé et la Région, est menée auprès des élèves de 5^e et de 2nde au cours de l'année scolaire 2012-2013. Bien que cette enquête ne porte pas sur l'ensemble du territoire normand, les principaux éléments ont été intégrés à cet état des lieux, notamment ceux concernant les facteurs associés aux comportements addictifs (présupposant qu'ils ne diffèrent pas d'une région à l'autre).

Faits marquants chez les élèves de 5^e :

- 20 % des élèves de 5^e ont déjà expérimenté le tabac (4 % sont fumeurs occasionnels et 1 % fumeurs réguliers)
- Une expérimentation du tabac chez les élèves de 5^e liée au statut tabagique de l'entourage proche de l'élève (expérimentation plus fréquente chez les élèves ayant un entourage proche fumeur), à l'âge (plus fréquente chez les plus âgés), au sexe (plus fréquente chez les garçons) et à la situation familiale (plus fréquente parmi les élèves vivant dans une famille monoparentale, recomposée ou autre, comparativement au fait de vivre avec ses deux parents).

Pour en savoir plus :

[OR2S. La santé des jeunes en Haute-Normandie, Consommation de substances psychoactives. Classe de 5^e. Février 2015. 8 p.](#)

Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES D'ALCOOL PENDANT LES ANNÉES COLLÈGE

L'alcool : produit psycho-actif le plus consommé au collège

Près de 65 % des collégiens ont déjà expérimenté l'alcool au cours de leur vie.

Cette expérimentation au cours des « années collège » augmente de manière moins importante que pour le tabac, les fréquences d'expérimentation d'alcool étant déjà élevées à l'entrée au collège. Plus précisément, en 2014, la moitié des élèves de 6^e ont déjà expérimenté l'alcool contre 80 % des élèves de 3^e.

Tout comme pour le tabac, les garçons se révèlent plus précoces que les filles en termes d'expérimentation de l'alcool. L'expérimentation d'alcool reste inférieur chez ces dernières et ce quel que soit la classe considérée.

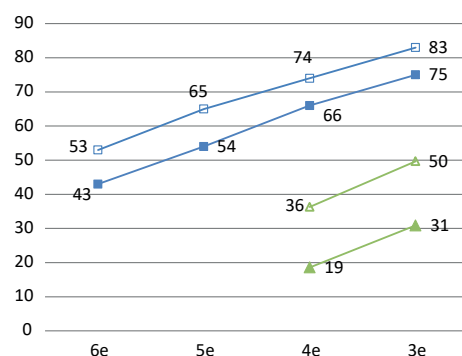
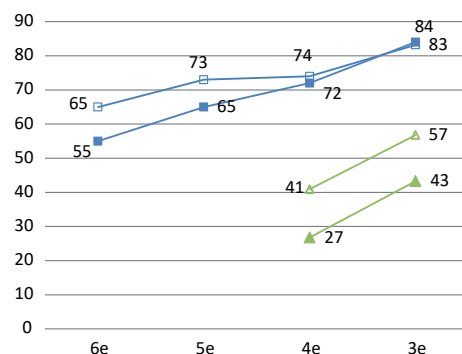
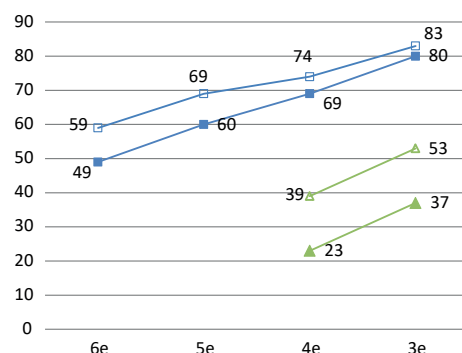
La consommation récente (au moins un jour de consommation au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) concerne près d'un quart des élèves de 4^e (23 %) et plus d'un tiers de ceux de 3^e (37 %). Tout comme pour l'expérimentation, les usages récents sont moins fréquents chez les filles avec des prévalences inférieures de près de 10 points par rapport aux garçons.

Un net recul de l'expérimentation et de l'usage récent d'alcool entre 2010 et 2014

Entre les deux périodes d'enquête, les niveaux de consommation d'alcool mesurés ont significativement baissé, tant pour l'expérimentation que pour l'usage récent. Ainsi, si plus de 71 % des collégiens avait expérimenté l'alcool en 2010, cette proportion est de 64 % en 2014 (baisse globale due à l'expérimentation moindre chez les plus jeunes et chez les filles de 4^e et 3^e, les garçons de ces classes ayant une fréquence d'expérimentation similaire à 2010).

Pour l'usage récent, 46 % des élèves de 4^e et 3^e étaient concernés en 2010 contre moins de 30 % en 2014. Cette baisse est présente quels que soient le sexe et la classe.

Évolution des usages d'alcool selon la classe et le sexe en France métropolitaine (%) 2010-2014



Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.
Usage récent : au moins un usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

— Expérimentation 2010
 — Expérimentation 2014
 — Usage récent 2010
 — Usage récent 2014

Source : Enquête HBSC 2010-2014
 Exploitation : OFDT



Un collégien sur 7 a déjà été ivre

En 2014, près de 14 % des collégiens ont déjà été ivres. Cette expérimentation de l'ivresse croît fortement au cours des « années collèges », la fréquence étant multipliée par 6 entre la 6^e et la 3^e, passant de 5 % à plus de 28 %.

De nouveau, les filles présentent des fréquences d'expérimentation d'ivresse moins élevées. Toutefois, l'écart entre les filles et les garçons se resserre au fil des années et n'est plus significatif en classe de 3^e.

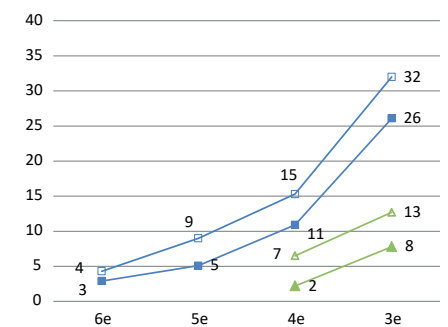
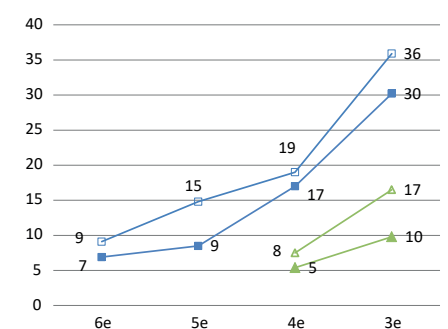
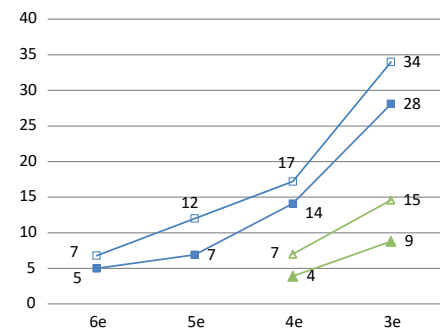
L'ivresse récente (au moins une ivresse au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) concerne 4 % des élèves de 4^e et 9 % de ceux de 3^e. Tout comme pour l'expérimentation de l'ivresse, les usages récents sont moins fréquents chez les plus jeunes filles (classe de 4^e), l'écart constaté en classe de 3^e n'étant plus significatif (sex ratio de 1,3).

Un net recul de l'expérimentation et de l'usage récent de l'ivresse au collège

Tout comme pour la consommation de boissons alcoolisées, l'expérimentation et l'usage récent de l'ivresse ont significativement baissé entre 2010 et 2014. Ainsi, si plus de 18 % des collégiens avait expérimenté l'ivresse en 2010, cette proportion est de moins de 14 % en 2014 (baisse globale constatée pour les deux sexes).

Pour l'usage récent de l'ivresse, on constate également un recul important, chez les filles comme chez les garçons.

Évolution de l'expérimentation et de l'usage récent de l'ivresse selon la classe et le sexe en France métropolitaine (%) 2010-2014



□ Expérimentation 2010
■ Expérimentation 2014
▲ Usage récent 2010
▲ Usage récent 2014

Source : Enquête HBSC 2010-2014
Exploitation : OFDT



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation d'alcool des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie

Faits marquants chez les élèves de 5^e :

- 40 % des élèves de 5^e ont déjà expérimenté l'alcool et 10 % ont déjà été ivre.
- Tout comme pour le tabac, un lien entre l'expérimentation de l'alcool et le genre, les situations familiales et sociales est constaté (expérimentation plus élevée chez les garçons, parmi les élèves en situation sociale favorisée par rapport aux élèves en situation sociale intermédiaire et défavorisée et parmi les élèves vivant en famille recomposée ou autre comparativement aux élèves vivants avec leurs deux parents ou en famille monoparentale).

Pour en savoir plus : [OR2S. La santé des jeunes en Haute-Normandie, Consommation de substances psychoactives. Classe de 5^e. Février 2015. 8 p.](#)

Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES DE CANNABIS PENDANT LES ANNÉES COLLÈGE

Un collégien sur 10 a déjà expérimenté le cannabis

En 2014, 10 % des collégiens ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie faisant du cannabis le premier produit psycho-actif illicite consommé. Cette expérimentation au cours des « années collège » augmente fortement après la classe de 4^e, avec des expérimentations marginales dans les classes précédentes. Plus précisément, en 2014, 1 % des élèves de 6^e ont déjà consommé du cannabis contre 24 % des élèves de 3^e.

Tout comme pour le tabac et l'alcool, les garçons se révèlent plus précoces que les filles en matière d'expérimentation de cannabis, les écarts bien que significatifs se réduisant néanmoins au fil des années.

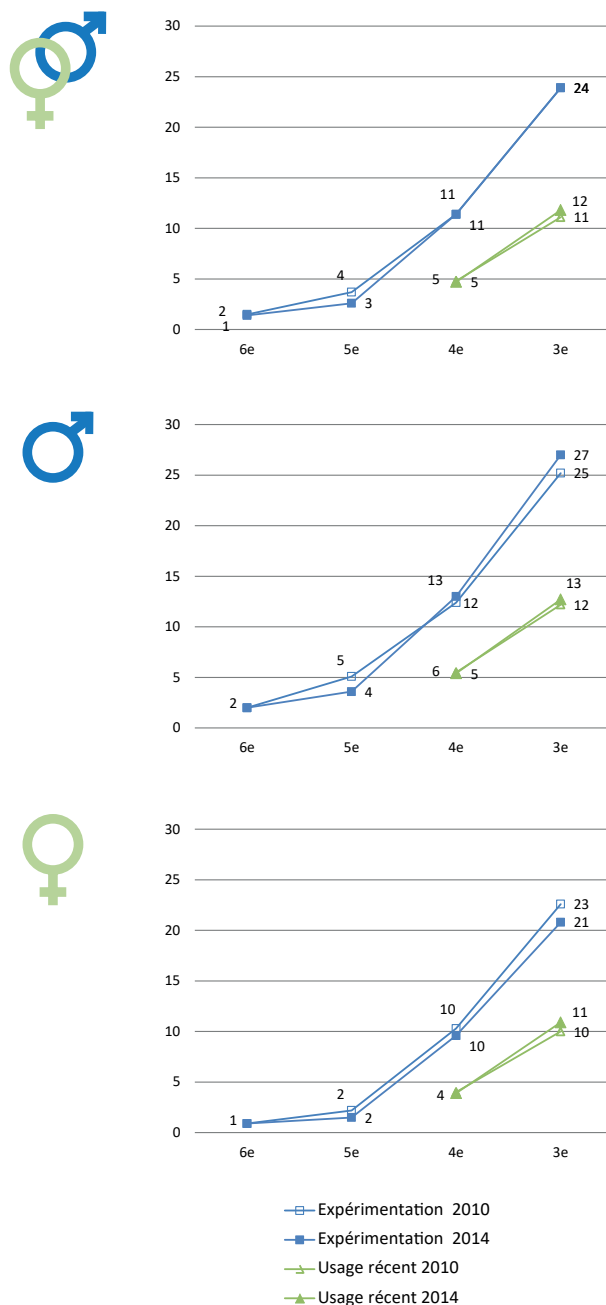
La consommation récente (au moins un jour de consommation au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) concerne 5 % des élèves de 4^e et 11 % de ceux de 3^e. Contrairement à l'expérimentation, l'usage récent de cannabis concerne autant les filles que les garçons et ceux quel que soit la classe considérée.

Une stagnation globale de l'expérimentation de cannabis cachant des disparités entre les sexes

Entre 2010 et 2014, les niveaux d'expérimentation du cannabis constatés sont restés identiques. Toutefois, cette stagnation globale cache une évolution différenciée selon le sexe. En effet, les fréquences d'expérimentation ont baissé entre les deux périodes chez les filles de 3^e alors qu'elles ont légèrement augmenté chez les garçons. Ainsi, les filles qui présentait en 2010 une expérimentation similaire aux garçons sont désormais moins concernées.

Concernant l'usage récent de cannabis, aucune évolution notable n'est constatée entre 2010 et 2014.

Évolution des usages de cannabis selon la classe et le sexe en France métropolitaine (%) 2010-2014



Source : Enquête HBSC 2010-2014
Exploitation : OFDT



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation de cannabis des élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie

Faits marquants chez les élèves de 5^e :

- 3 % des élèves de 5^e ont déjà expérimenté le cannabis.
- Une expérimentation trois fois plus fréquente chez les garçons.
- Une expérimentation de cannabis ou d'autres drogues motivée en premier lieu par la curiosité (40 % des jeunes élèves concernés). " Pour oublier leurs problèmes ou pour faire comme le groupe " ont été évoqués comme motifs d'expérimentation pour respectivement 24 % et 21 % des élèves de 5^e ayant déjà expérimenté le cannabis ou d'autres drogues. Pour 16 % d'entre eux, la recherche d'un sentiment d'euphorie a été évoquée.

Zoom sur l'enquête Indiss : consommation d'au moins deux produits psychoactifs parmi les élèves de 5^e scolarisés en ex Haute-Normandie

Faits marquants chez les élèves de 5^e :

- Plus de la moitié des élèves de 5^e (53 %) n'ont jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis.
- Un élève sur 7 a déjà consommé au moins deux substances psychoactives.
- Une expérimentation d'au moins deux substances psychoactives plus fréquente chez les garçons (17 % vs 13 %), chez les élèves ne vivant pas avec leurs deux parents (11 % pour les élèves qui vivent avec leurs deux parents, 18 % pour les élèves en famille monoparentale et 23 % pour les élèves en famille recomposée ou dans une autre structure familiale).

Pour en savoir plus :

[La santé des jeunes en Haute-Normandie, Consommation de substances psychoactives. Classe de 5^e. Février 2015. 8 p.](#)

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.
Usage récent : au moins un usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.



Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES DE TABAC À 17 ANS

Une expérimentation et un usage quotidien de tabac similaire à la moyenne nationale...

En 2014, date de la dernière vague d'enquête Escapad, 69 % des jeunes Normands âgés de 17 ans déclaraient avoir déjà consommé du tabac et un tiers en avoir un usage quotidien, soit des prévalences similaires à celles observées en moyenne en France métropolitaine.

Au plan national, les garçons présentent une expérimentation moindre que leurs homologues féminines et à l'inverse, ils sont plus fréquemment fumeurs intensifs que les filles. En région, les écarts observés entre les différents niveaux de consommation du tabac ne se vérifient pas au plan statistique.

Usage de tabac selon le sexe en France métropolitaine et Normandie (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
Expérimentation	68	70	69	67*	70	68	ns
Usage quotidien	34	31	33	33	32	32	ns
Usage intensif	9	7	8	9*	6	8	ns

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = non significatif

Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT

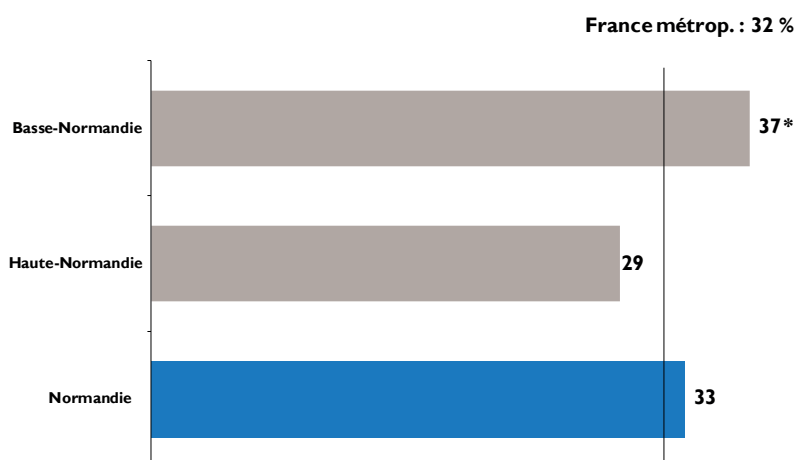
Exploitation : ORS

... mais une situation régionale contrastée avec un tabagisme quotidien davantage présent en ex Basse-Normandie

En 2014, l'ex Basse-Normandie fait partie des 8 régions présentant les niveaux de tabagisme quotidien les plus élevés de France. Plus précisément, 37 % des jeunes ex Bas-Normands âgés de 17 ans sont fumeurs quotidiens contre 32 % en moyenne en France métropolitaine et 29 % en ex Haute-Normandie.

L'ancienne région présente ainsi une prévalence d'usage quotidien supérieure à celle observée en moyenne en France (écart significatif entre 5 et 10 %).

Usage quotidien de tabac (%) 2014



* Écart significatif par rapport au niveau régional

Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT

Exploitation : ORS

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

Usage quotidien : au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Usage intensif : au moins 10 cigarettes par jour au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.



Une baisse significative de l'usage quotidien de tabac à 17 ans en ex Haute-Normandie

Entre les deux dernières enquêtes (2011/2014), les niveaux d'expérimentation et d'usage quotidien de tabac sont en légère hausse au plan national.

En Normandie, les évolutions observées de l'expérimentation et de l'usage quotidien de tabac ne s'avèrent pas significatives au plan statistique à l'exception de l'usage quotidien de tabac pour les ex Haut-Normands. En effet, en 2011, 34 % des Haut-normands âgés de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement. En 2014, cette proportion est de 29 %.

Les tendances à la baisse observées en ex Basse-Normandie, qui ne se vérifient pas au plan statistique, devront être confirmées avec la prochaine enquête.

Une expérimentation répandue de la Chicha et de la cigarette électronique

En région, plus de la moitié des jeunes âgés de 17 ans ont déjà utilisé une cigarette électronique et 65 % ont déjà fumé avec un narguilé, soit des proportions similaires à celles observées en moyenne en France métropolitaine. Tout comme pour les plus jeunes (années collège), l'expérimentation de la e-cigarette est plus fréquente chez les garçons. Concernant la Chicha, l'écart constaté au plan national selon le genre ne se vérifie pas au plan statistique en région.

Expérimentation de la cigarette électronique et de la Chicha à 17 ans (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
Cigarette électronique	56*	49	52	56*	50	53	ns
Chicha	65	62	64	66*	63	65	ns

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = non significatif
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation de tabac des élèves de 2^{nde} scolarisés en ex Haute-Normandie

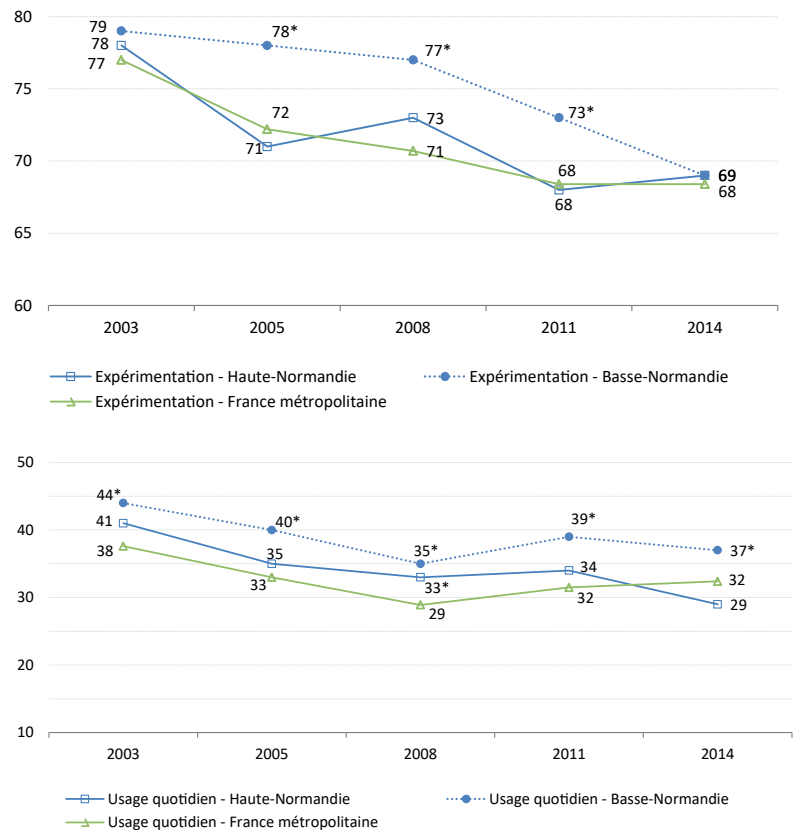
Faits marquants chez les élèves de 2^{nde} :

- 30 % des élèves de 2^{nde} sont fumeurs réguliers.
- 20 % des élèves de seconde déclarant une consommation régulière présentent une dépendance forte ou très forte au tabac (selon le test de Fagerström).
- Une consommation plus fréquente de tabac est constatée chez les élèves de seconde professionnelle, chez les filles, parmi les élèves vivant dans des familles recomposées ou autres structures familiales (comparativement au fait de vivre avec ses deux parents), chez les élèves présentant une situation sociale favorisée et chez ceux habitant avec des personnes elles-même fumeuses.

Pour en savoir plus :

[OR2S. La santé des jeunes en Haute-Normandie, Consommation de substances psychoactives. Classe de 2^{nde}. Février 2015. 8 p.](#)

Évolution de l'expérimentation et de l'usage quotidien de tabac à 17 ans (%) - 2003/2014



Source : Enquête ESCAPAD 2003/2014 - OFDT
Exploitation : ORS

*Écart significatif par rapport à la moyenne nationale

Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES D'ALCOOL À 17 ANS

Un usage d'alcool globalement similaire à celui observé en France métropolitaine

En 2014, les trois-quarts des jeunes Normands âgés de 17 ans ont déclaré dans le cadre de l'enquête ESCAPAD avoir consommé de l'alcool au cours du mois et plus d'un jeune sur 10 (12 %) avoir eu un usage régulier d'alcool. Ces prévalences sont similaires à celles observées en moyenne en France métropolitaine. Concernant les ivresses, les niveaux observés en région sont également globalement similaires au plan national. Toutefois, la région se démarque du niveau national avec des proportions de jeunes âgés de 17 ans ayant déclaré un usage quotidien et des ivresses répétées significativement inférieurs à la France métropolitaine.

Tout comme pour les années collège, les filles présentent un usage d'alcool moins fréquent et ce quel que soit le niveau de consommation considéré.

Usage d'alcool et ivresse à 17 ans en France métropolitaine et Normandie (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
Usage au cours du mois	79*	69	74	76*	68	72	ns
Usage régulier	18*	6	12	18*	7	12	ns
Usage quotidien	2*	<0,5	1	3*	1	2	s
Ivresses au cours de la vie	65*	49	57	64*	54	59	ns
Ivresses au cours de l'année	58*	40	49	55*	43	49	ns
Ivresses répétées	30*	15	23	32*	18	25	s
Ivresses régulières	11*	4	8	13*	5	9	ns

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = différence non significative / s = différence significative
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS

Alcoolisation ponctuelle importante : une pratique fréquente (au moins une fois dans le mois) pour près de la moitié des jeunes Normands

Près de la moitié (48 %) des jeunes Normands âgés de 17 ans ont déclaré avoir au moins une fois au cours du dernier mois bu au moins 5 verres en une seule occasion, soit une proportion similaire à celle observée en France métropolitaine. Par ailleurs, 3 % des Normands ont déclaré cette pratique au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête, soit de nouveau une situation similaire au plan national. Une fréquence moins importante est relevée en Normandie en ce qui concerne l'API au moins 3 fois dans le mois (respectivement 18 % vs 22 %).

Alcoolisation ponctuelle importante à 17 ans en France métropolitaine et Normandie (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
>= 1 fois dans le mois	55*	41	48	55*	43	49	ns
>= 3 fois dans le mois	24*	12	18	28*	15	22	s
>= 10 fois dans le mois	4*	1	3	5*	1	3	ns

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = non significatif
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS



Une situation régionale contrastée avec un usage régulier d'alcool davantage présent en ex Basse-Normandie

En 2014, l'ex Basse-Normandie présente avec les régions Pays de la Loire et Bretagne les fréquences d'usage d'alcool régulier les plus élevées de France. Plus précisément, 17 % des jeunes ex bas-normands âgés de 17 ans déclarent être usagers réguliers contre 12 % en moyenne en France métropolitaine.

A l'inverse, l'ex Haute-Normandie présente une prévalence significativement inférieure au plan national. En effet, 8% des jeunes âgés de 17 ans domiciliés dans l'ex Haute-Normandie ont déclaré un usage régulier d'alcool. L'ex Basse-Normandie présentent quant à elle une valeur bien supérieure (17 %).

Des comportements inverses entre les deux anciennes régions en ce qui concerne les ivresses répétées

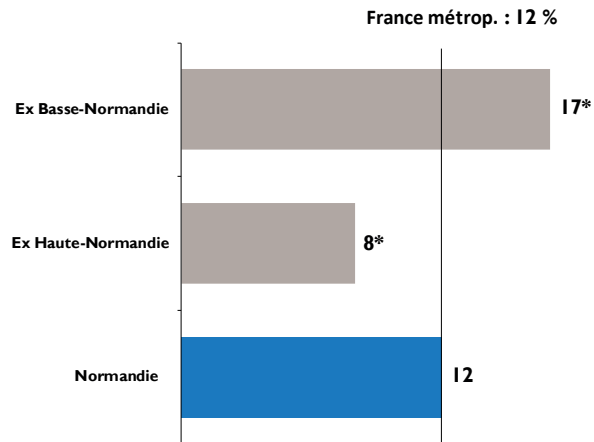
Les disparités infraterritoriales en matière d'usage régulier d'alcool se perçoivent également en ce qui concerne les ivresses et les alcoolisations ponctuelles importantes.

Concernant les ivresses répétées, l'ex Basse-Normandie présente une fréquence significativement supérieure à la moyenne française alors qu'à l'inverse l'ex Haute-Normandie présentent des taux bien en deçà : 18 % des ex Haut-Normands ont déclaré des ivresses répétées au cours du moins précédant l'enquête contre 30 % des jeunes âgés de 17 ans domiciliés en ex Basse-Normandie (vs 25 % en France métropolitaine).

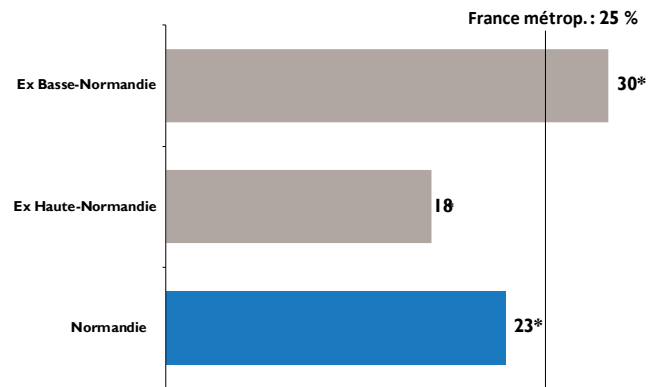
Concernant l'alcoolisation ponctuelle importante, l'ex Haute-Normandie présentent également des fréquences moins élevées qu'en France métropolitaine. L'écart observé entre l'ex Basse-Normandie et l'échelon national n'est pas significatif.

Consommation d'alcool à 17 ans (%) 2014

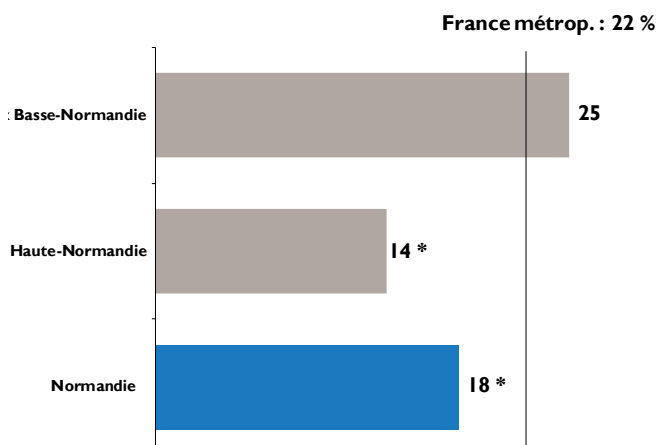
Usage régulier



Ivresses répétées



API >=3 fois dans le mois



* Écart significatif par rapport au niveau national
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS

Usage d'alcool au cours du mois : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédant l'enquête.
Usage régulier d'alcool : au moins 10 usages au cours des 30 jours précédant l'enquête.
Usage quotidien d'alcool : au moins un usage par jour au cours des 30 jours précédant l'enquête.
Ivresse dans l'année : au moins 1 épisode d'ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête.
Ivresses répétées : au moins 3 épisodes d'ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête.
Ivresses régulières : au moins 10 épisodes d'ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête.
Alcoolisation ponctuelle importante (API) : avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Population pré-adolescente et adolescente



Un usage régulier d'alcool en augmentation significative dans l'ex Basse-Normandie

Entre les deux dernières enquêtes (2011/2014), l'usage d'alcool a globalement diminué en France à l'exception des usages réguliers et quotidiens.

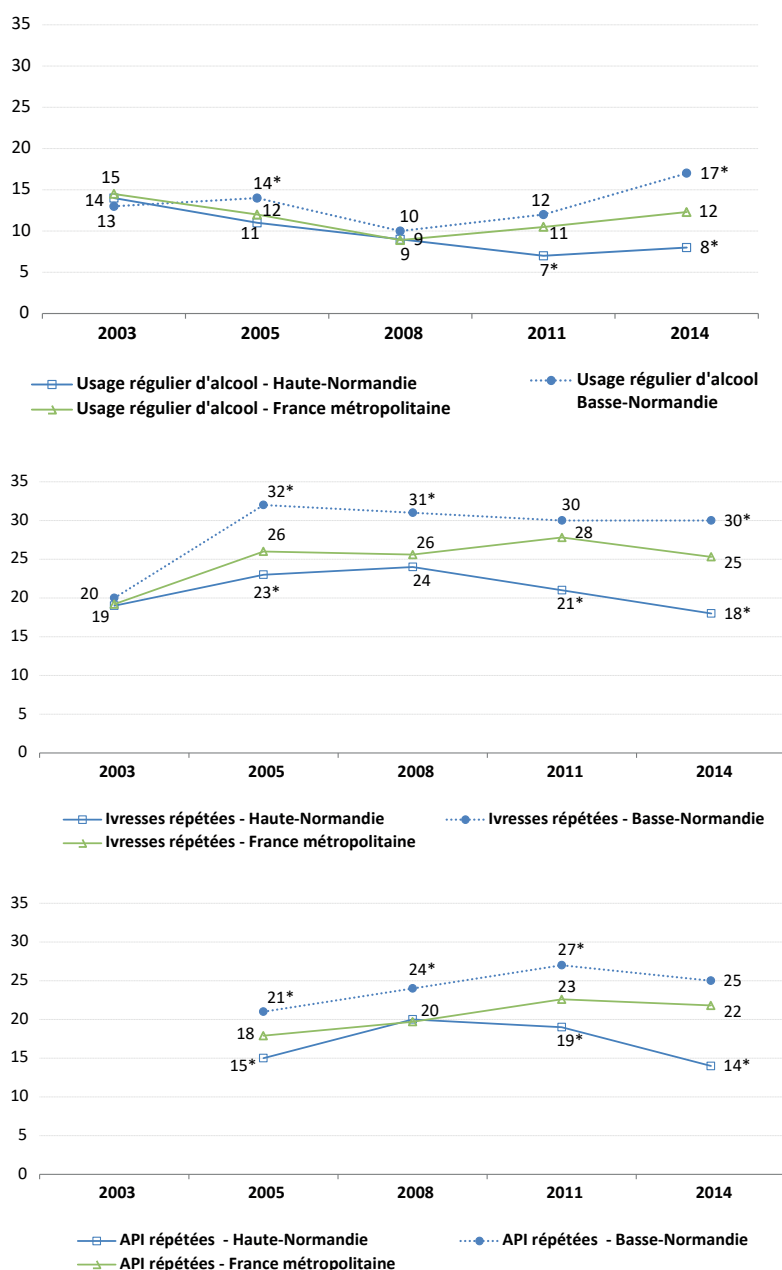
En Normandie, les évolutions sont de nouveau contrastées selon le territoire et le niveau de consommation considérés.

Si l'usage régulier n'a pas significativement évolué en ex Haute-Normandie, sa fréquence a fortement augmenté en ex Basse-Normandie (17 % en 2014 vs 12 % en 2011). Ainsi, la tendance à la hausse observée entre 2008 et 2011 s'est confirmée, la fréquence observée en ex Basse-Normandie en 2014 étant désormais supérieure à celle constatée en 2003.

Ainsi, l'ex Basse-Normandie fait partie des 6 régions qui ont vu leur niveau de consommation régulière augmenter significativement depuis 2011. Les autres indicateurs (expérimentation, ivresses, API) de l'ex Basse-Normandie ont quant à eux stagné entre les deux dernières périodes d'enquêtes.

En ex Haute-Normandie, la tendance à la baisse des ivresses et API répétées observée entre 2008 et 2011 se confirme en 2014. Ainsi, pour les API, l'ex Haute-Normandie fait partie des cinq régions présentant une baisse significative.

Évolution de l'usage régulier d'alcool, des ivresses et API répétées à 17 ans (%) 2003-2014



Source : Enquête ESCAPAD 2003/2014 - OFDT
Exploitation : ORS

*Ecart significatif par rapport à la moyenne nationale



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation d'alcool des élèves de 2^{nde} scolarisés en ex Haute-Normandie

Faits marquants chez les élèves de 2^{nde} :

- Plus des trois-quart des élèves de seconde ont déjà expérimenté l'alcool (78 %).
- Une expérimentation qui varie selon les situations sociales et familiales avec une expérimentation plus fréquente chez les élèves vivant dans une famille recomposée ou une autre structure familiale (comparativement à ceux qui vivent avec leur deux parents ou en famille monoparentale) et chez ceux en situation sociale favorisée.
- Une expérimentation de l'alcool qui ne varie pas selon le genre et le type de seconde.
- Près de la moitié des élèves ayant déjà consommé de l'alcool ont déjà été ivres.
- Une expérimentation de l'ivresse plus fréquente chez les garçons et les élèves de seconde professionnelle.
- Plus d'un quart des élèves de seconde ayant déclaré avoir bu de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête présenteraient un mésusage de la consommation d'alcool entraînant des usages à risque et un effet nocif (selon le test de CRAFFT, test de dépistage des usages à risques chez les adolescents). Les trois quart des élèves de seconde présentant un test de CRAFFT positif estiment que leur consommation n'est pas dangereuse pour leur santé.
- Un tiers des élèves de seconde ayant consommé des boissons énergisantes au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête l'ont mélangé avec de l'alcool.

Pour en savoir plus :

[OR2S. La santé des jeunes en Haute-Normandie, Consommation de substances psychoactives. Classe de 2^{nde}. Février 2015. 8 p.](#)



Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES DE CANNABIS À 17 ANS

Un usage de cannabis plus fréquent chez les garçons

En 2014, 46 % des jeunes Normands âgés de 17 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté le cannabis, 7 % à en avoir un usage régulier (au moins 10 usages dans le mois précédant l'enquête) et 3 % un usage quotidien. Les proportions observées en région sont légèrement en-deçà du plan national. Les écarts observés se confirment au plan statistique uniquement en ce qui concerne l'usage régulier.

Quel que soit le niveau de consommation étudié (expérimentation, usage régulier et usage quotidien), les garçons sont davantage consommateurs que les filles. Plus précisément, ces dernières sont deux fois nombreuses que les garçons à déclarer un usage régulier ou quotidien.

Usage de cannabis selon le sexe en France métropolitaine et Normandie (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
Expérimentation	49*	42	46	50*	46	48	ns
Usage régulier	10*	4	7	13*	6	9	s
Usage quotidien	4*	2	3	6*	2	4	ns

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = différence non significative / s = différence significative
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS

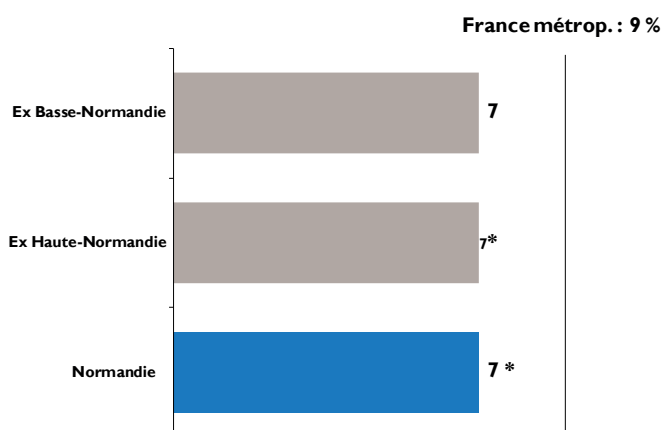
Une expérimentation de cannabis plus fréquente en ex Basse-Normandie qu'en ex Haute-Normandie ...

A l'instar des autres produits, un écart important entre les deux ex régions est observé. Ainsi, la part des jeunes âgés de 17 ans domiciliés en ex Basse-Normandie ayant expérimenté le cannabis est de 6 points supérieure à celle observée en ex Haute-Normandie.

... et un usage régulier moins élevé qu'au plan national

En termes de consommation régulière, si l'ex Basse-Normandie ne se différencie pas de manière significative de la moyenne nationale, l'ex Haute-Normandie fait partie des six ex régions de France présentant les prévalences d'usage régulier de cannabis les plus faibles de France.

Usage régulier de cannabis (%) 2014



* Écart significatif par rapport au niveau national
Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS

¹ Rappelons que la significativité prend en compte la taille des populations, ce qui explique par exemple que certains échelons géographiques peuvent avoir un test non significatif par rapport à la France alors que les prévalences sont moins élevées que celles d'autres territoires qui enregistrent pourtant un test significatif.



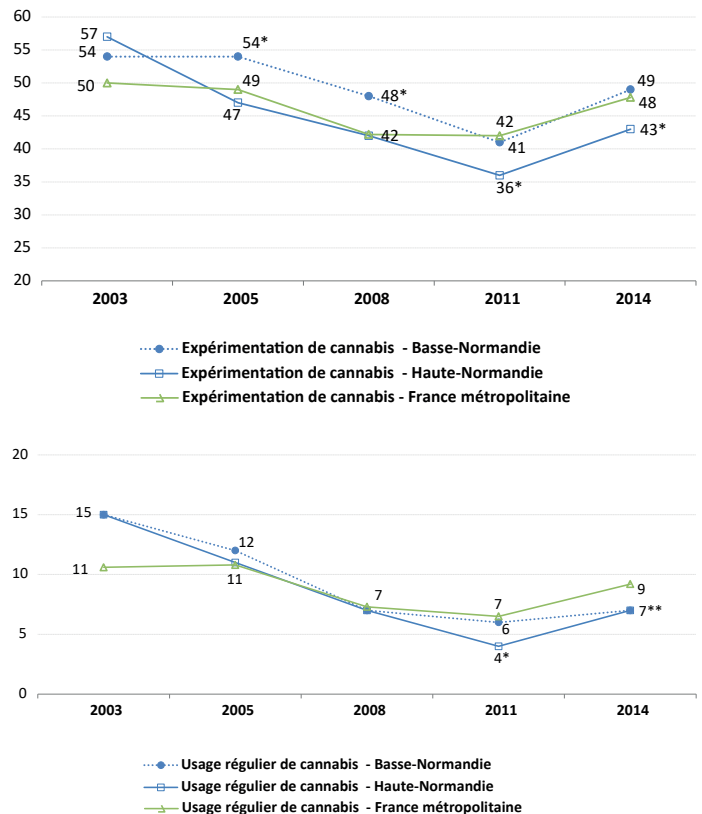
Une hausse globale de l'expérimentation de cannabis en Normandie tout comme en France au cours des dernières années

Entre 2011 et 2014, une hausse des prévalences de consommation de cannabis a été observée en France métropolitaine et ce quel que soit le niveau d'usage (expérimentation, usage mensuel, régulier ou quotidien).

Observée dans de nombreuses régions, la hausse des consommations de cannabis au cours des dernières années chez les jeunes de 17 ans est également présente en région et ce particulièrement en ex Haute-Normandie qui voit la quasi totalité des indicateurs augmenter significativement (à l'exception de l'usage mensuel qui stagne).

Pour l'ex Basse-Normandie, les prévalences de consommations restent relativement stables, excepté pour l'expérimentation pour laquelle la prévalence a augmenté de 8 points entre 2011 et 2014 (passant de 41 % des jeunes âgés de 17 ans à prêt de 49 %).

Évolution de l'expérimentation et de l'usage régulier de cannabis à 17 ans (%) 2003-2014



Source : Enquête ESCAPAD 2003/2014 - OFDT
Exploitation : ORS

*Ecart significatif par rapport à la moyenne nationale

** Ecart statistiquement significatif uniquement constaté pour l'ex Haute-Normandie



Zoom sur l'enquête Indiss : consommation de cannabis des élèves de 2^{nde} scolarisés en ex Haute-Normandie

Faits marquants chez les élèves de 2^{nde} :

- 1 élève de 2^{nde} sur 3 déclare avoir déjà consommé du cannabis.
- Une expérimentation qui, toutes choses égales par ailleurs, augmente avec l'âge des élèves de seconde, qui est plus fréquente chez les élèves de seconde technologique ou professionnelle et qui est plus fréquente chez les garçons (36 % vs 31 %) et chez les élèves vivant au sein d'une famille monoparentale, recomposée ou autres structures familiales (comparativement au fait de vivre avec ses deux parents). La fréquence d'expérimentation du cannabis est également plus importante chez les élèves présentant une situation sociale favorisée.
- 1 usage récent de cannabis (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) pour près d'un élève de 2^{nde} sur 5 (19 %).
- Une consommation de cannabis connue des parents dans 17 % des cas (21 % des filles et 13 % des garçons).

Pour en savoir plus :

[OR2S. La santé des jeunes en Haute-Normandie. Consommation de substances psychoactives. Classe de 2^{nde}. Février 2015. 8 p.](#)

Population pré-adolescente et adolescente



LES USAGES DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES À 17 ANS

7 % des jeunes Normands âgés de 17 ans ont déjà pris des antidépresseurs au cours de leur vie

Selon l'enquête ESCAPAD 2014, 20 % des Normands âgés de 17 ans ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants, 13 % des somnifères et 7 % des antidépresseurs. La prise de tranquillisants et d'antidépresseurs au moins une fois au cours de la vie en région est ainsi plus fréquente qu'au plan national (et ce quelle que soit l'ex région considérée). La prévalence d'expérimentation des somnifères est identique entre les deux échelons géographiques.

Au cours des dernières années, la prévalence d'expérimentation des tranquillisants et des somnifères a significativement augmenté au plan national et a stagné en ce qui concerne les antidépresseurs. Au plan régional, seule la prévalence d'expérimentation en ex Basse-Normandie a augmenté de manière significative.

Expérimentation de médicaments psychotropes à 17 ans selon le sexe en France métropolitaine et Normandie (%) - 2014

	Normandie 2014			Métropole 2014			Diff. entre Normandie et France métrop.
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	
Tranquillisants	13	27*	20	12	20*	16	s
Somnifères	11	15	13	11	15*	13	ns
Antidépresseurs	6	9*	7	4	8*	6	s

* Écart significatif entre les filles et les garçons / ns = différence non significative / s = différence significative

Source : Enquête ESCAPAD 2014 - OFDT
Exploitation : ORS

Zoom sur les addictions sans produit

Avec l'émergence d'Internet, la question des addictions sans produit chez les jeunes est désormais centrale. La pratique "Internet" a fortement progressé au cours des 15 dernières années et a modifié en profondeur les habitudes de loisirs des adolescents, l'utilisation des écrans étant dorénavant inscrit dans leur quotidien. Selon les résultats de l'enquête ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs, enquête menée dans 36 pays européens mais non disponible à l'échelle régionale) réalisée auprès de jeunes âgés de 16 ans, la part de ces derniers qui vont quotidiennement sur Internet a fortement augmenté en passant de 23 % en 2003 à 83 % en 2015.

Un moyen d'approcher l'évolution de l'addiction sans substances chez les jeunes est d'analyser le motif de recours aux consultations jeunes consommateurs (CJC). Ainsi, le recours à ces consultations pour des problèmes d'addiction aux jeux vidéo, concernait 7 % des consultants en 2015. Huit ans auparavant, cette prévalence était quasiment nulle.

En 2014, 3,2 consultations en CSAPA pour 10 000 personnes âgées de 15-44 ans ont pour motif principal une addiction sans substances. En Normandie, ce taux est de 2,8 consultations pour 10 000 personnes âgées de 15-44 ans.

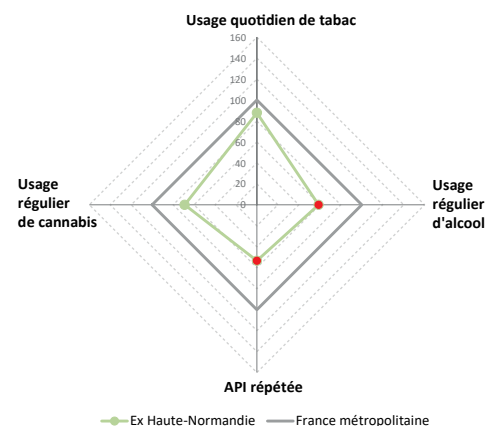
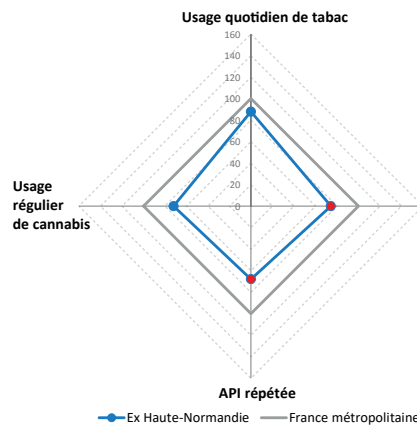
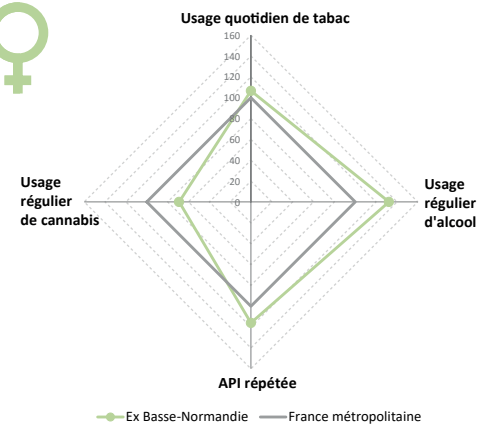
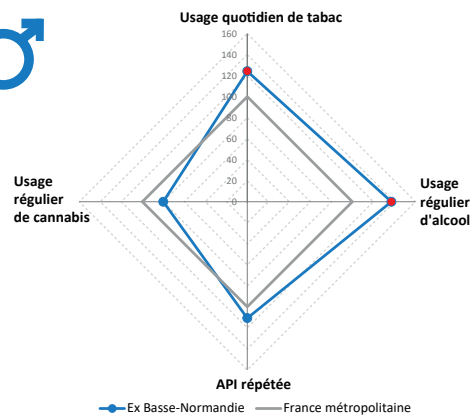


Une situation normande très contrastée

Ex Basse-Normandie : Un usage quotidien de tabac, régulier d'alcool et des ivresses répétées plus fréquent qu'au plan national (idem pour les API avec des écarts néanmoins non significatifs).

Une expérimentation plus fréquente de cannabis mais un usage régulier inférieur au plan national.

Ex Haute-Normandie : Une prévalence d'usage régulier d'alcool, de cannabis et API significativement inférieure à celle observée en France (4 ex régions dans cette situation en France métropolitaine) en 2014.



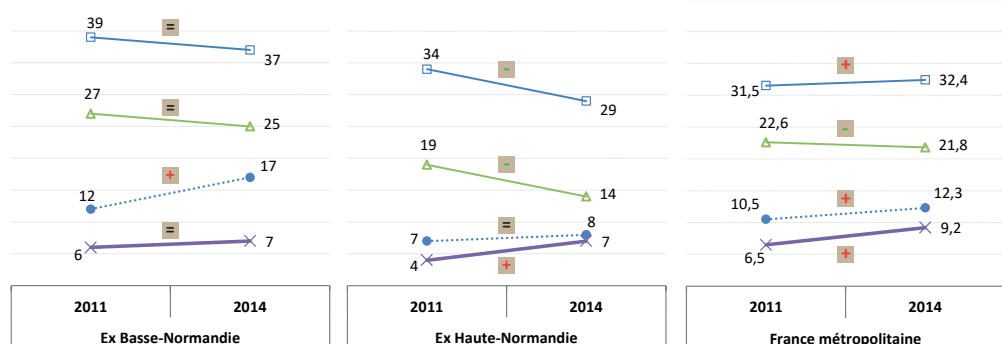
● Écart significatif avec la moyenne nationale

Des évolutions également contrastées selon les territoires et les produits consommés

Pendant les années collège (au niveau national)

Un net recul des usages d'alcool (expérimentation, usage récent et ivresse) au plan national entre 2010 et 2014.

Une baisse des usages récents de tabac.



—□— Usage quotidien de tabac
—▲— Alcoolisation Ponctuelle Importante répétée
—●— Usage régulier d'alcool
—×— Usage régulier de cannabis

Source : Enquête ESCAPAD 2011-2014 - OFDT
= Différence non significative entre les deux périodes d'enquête
- Baisse significative entre les deux périodes d'enquête
+ Hausse significative entre les deux périodes d'enquête

Chez les jeunes âgés de 17 ans

France métropolitaine : une augmentation des usages réguliers d'alcool, de tabac et de cannabis mais une diminution des API.

Ex Haute-Normandie : une réduction significative des API et de l'usage quotidien de tabac, une stagnation de l'usage régulier d'alcool et une augmentation de l'usage régulier de cannabis.

Ex Basse-Normandie : une stagnation des usages à l'exception de l'usage régulier d'alcool en forte augmentation.

Population pré-adolescente et adolescente



Prise en charge

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

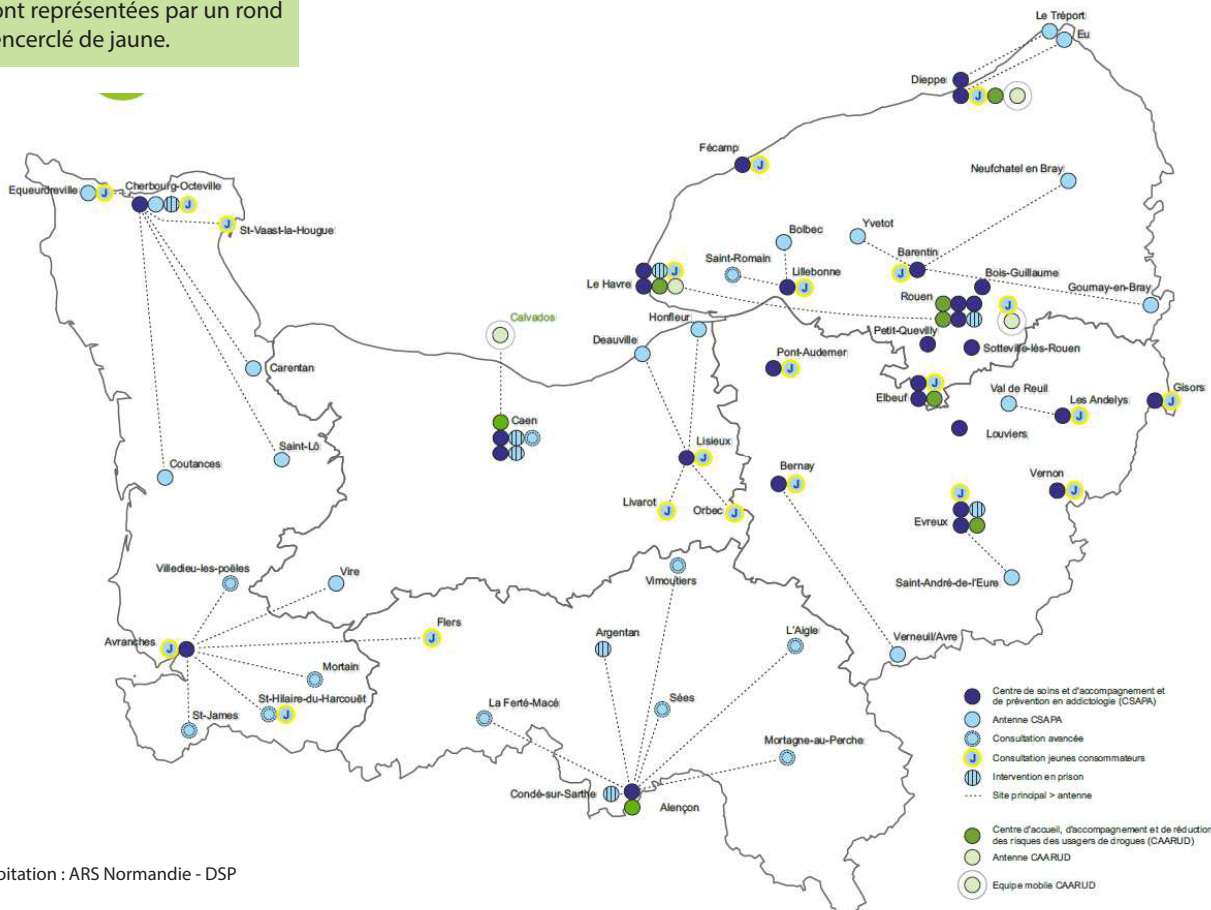
Les consultations jeunes consommateurs ont été créées en 2005 dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Ces consultations proposent une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif pour chaque consommateur. En outre, elles offrent une information, une orientation et un conseil personnalisé ainsi qu'un accueil aux parents en difficultés face à la consommation de leurs enfants et proposent le cas échéant, un accueil conjoint parents-enfants. Elles se déroulent au sein des Centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Précisons qu'un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin, n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge directement dans le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie CSAPA (cf. p. 41 Description des patients reçus en CSAPA : 510 jeunes de moins de 18 ans ont été accueillis en 2015).

Les consultations jeunes consommateurs sont mises en œuvre dans les CSAPA de Seine-Maritime, de l'Eure, de la Manche et dans le CSAPA du Pays d'Auge (pour le Calvados). Pour le département de l'Orne, le CSAPA implanté à Avranches propose des CJC à Flers.

Les CJC sont représentées par un rond bleu ciel encerclé de jaune.

Implantation des CSAPA et des CAARUD en Normandie (mars 2016)



Source et exploitation : ARS Normandie - DSP



Près de 900 jeunes accueillis dans les Consultations Jeunes Consommateurs de Normandie en 2015

En 2015, elles ont donné lieu à l'accueil de près de 893 jeunes consommateurs et 285 proches, c'est-à-dire des membres de l'entourage, accueillis avec le consommateur, ou parfois seuls (20%). Ces situations ont donné lieu à plus de 4 000 entretiens avec les jeunes et près de 1 000 avec les proches.

Très ponctuellement, quelques CSAPA ont organisé des séances de groupe pour les 2 publics cibles.

Activité des consultations jeunes consommateurs - 2015

	Calvados	Eure	Manche	Orne*	Seine-Maritime	NORMANDIE
Nombre de consommateurs reçus dans la consultation	35	281	37		540	893
Taux de recours**	4,0	44,7	5,4		33,5	22,9
Nombre d'entretiens individuels avec le consommateur	135	1 020	98		2 886	4 139
Nombre de personnes de l'entourage reçues dans la consultation	0	26	2		257	285
Nombre d'entretiens individuels avec l'entourage	0	57	3		937	997

* les données concernant la CJC de Flers sont comptabilisées dans les données de la Manche.
 ** Taux de recours pour 10 000 jeunes âgés de 16 à 25 ans (RP 2013)

Source : Rapports d'activité des CSAPA Exploitation ORSBN

Le cannabis, produit consommé qui justifie le plus grand nombre de consultations

Les produits consommés / addictions les plus dommageables pour les jeunes sont très différents de ceux qui sont identifiés dans l'ensemble du public des CSAPA.

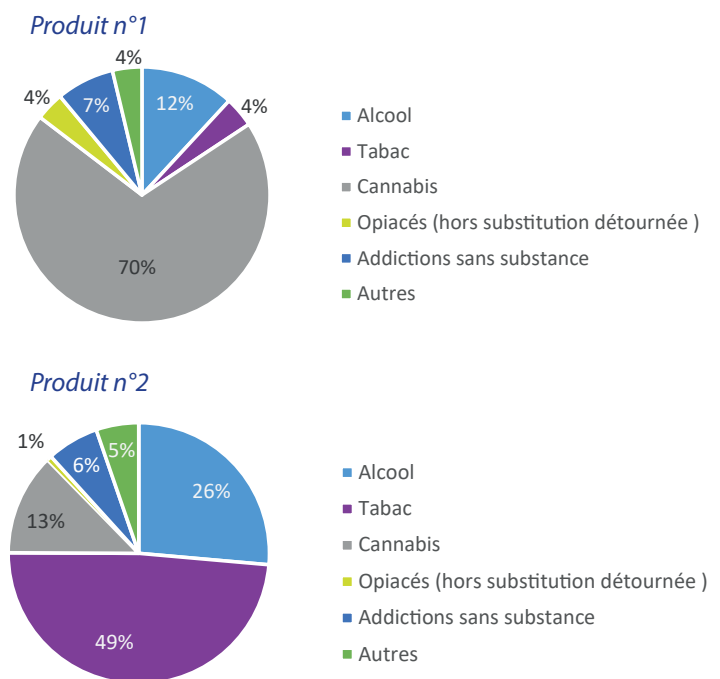
Le cannabis est le produit qui justifie le plus grand nombre de consultations : c'est le 1^{er} produit consommé par 70% des jeunes consommateurs, c'est aussi le 2^{ème} produit en question concernant 13% d'entre eux. Viennent ensuite l'alcool et le tabac, qui sont souvent des consommations associées (produit n°2).

Notons que les addictions sans substance (cyberaddictions et autres) concernent 7% des jeunes consommateurs.

Dans environ deux tiers des situations, la consultation jeune consommateur ne rend pas nécessaire une orientation vers un service ou un professionnel spécifique.

Lorsque le besoin est identifié, l'orientation vers un CSAPA est la plus fréquente (plus rarement vers un CMP/CMPP ou un médecin par exemple).

Répartition des patients selon les produits consommés 2015



Source : Rapports d'activité des CSAPA, Année 2015 - Exploitation ORSBN
 (Autres dont : Cocaïne et crack 4,2%, Traitements de substitution détournés 2,0%, Médicaments psychotropes détournés 1,9%...)

LES AUTRES ACTEURS RESSOURCES

Les acteurs du Conseil départemental (PMI, Service social de secteur, commission locale d'insertion...), des services déconcentrés de l'État, des collectivités territoriales (CCAS, structures petite enfance, enfance et jeunesse de la région...), de l'Éducation Nationale ou bien encore de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) œuvrent également sur le territoire régional. De même, le milieu associatif agissant dans le domaine de la santé et de ses déterminants vient renforcer ces ressources (Missions locales, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), Maison départementale des adolescents, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS)...).

Population adulte



Comportements d'usage

LES USAGES DE TABAC

Près de 30 % des français fument quotidiennement

En 2014, plus d'un tiers des français ont un usage actuel de tabac, soit au moins une consommation au cours des 12 derniers mois. La consommation quotidienne concerne 29 % de la population avec une prévalence plus importante chez les hommes (33 % vs 25 % des femmes). Cet écart entre les genres est particulièrement présent aux plus jeunes âges avec un différentiel de 13 points entre 18-25 ans et de 15 points entre 26-34 ans et peut s'expliquer par les grossesses et la présence d'enfants en bas âges à cette période de la vie. La consommation quotidienne de tabac varie également avec l'âge et de nouveau selon le sexe. Une prévalence maximum est constatée entre 18 et 34 ans chez les hommes suivi d'une baisse régulière à partir de 35 ans. Chez les femmes, la part de fumeuses régulières reste relativement stable entre 18 et 54 ans pour décroître ensuite.

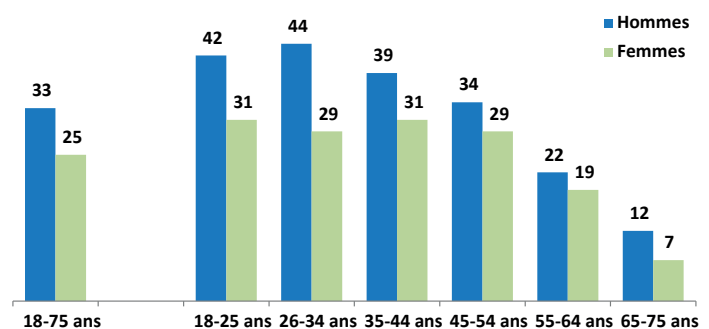
Une légère baisse de l'usage actuel de tabac entre 2010 et 2014, due à la diminution de consommation des jeunes femmes

Après une période d'augmentation constatée entre 2005 et 2010, la part des fumeurs actuels s'est stabilisée entre 2010 et 2014.

La prévalence du tabagisme quotidien apparaît quant à elle en légère baisse entre les deux dernières périodes d'enquêtes (-1 point).

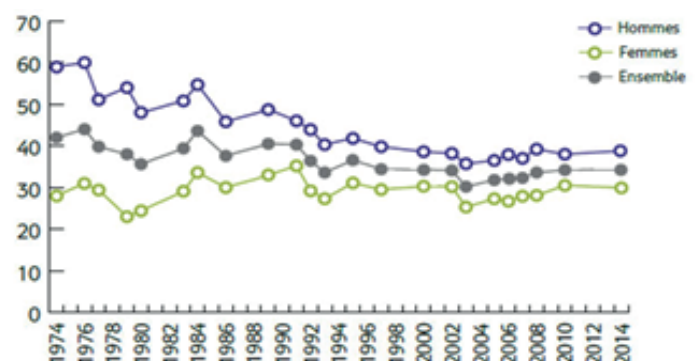
Cette légère diminution est uniquement due à la baisse constatée chez les jeunes femmes (20-44 ans), les hommes ayant quant à eux vu leur consommation stagner sur cette même période, voir augmenter chez les plus âgés (65-75 ans).

Usage quotidien de tabac par sexe et âge en France métropolitaine (%) 2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé 2014
Exploitation : OFDT

Évolution de l'usage actuel de tabac par sexe en France métropolitaine (%) 1974-2014



Source : Enquêtes CFES et INPES
Exploitation et infographie : OFDT



Des évolutions contrastées entre les deux ex régions

Selon les derniers résultats disponibles à l'échelle des régions pour la population adulte, (baromètre santé 2010), l'ex Basse-Normandie présente une consommation tabagique (quotidienne ou intensive) plus élevée qu'en ex Haute-Normandie. Toutefois, les écarts constatés ne se vérifient pas au plan statistique.

Par contre, les évolutions constatées entre les deux dernières périodes d'enquête (2005 et 2010) sont significativement contrastées avec une stagnation voire une diminution des consommations en ex Haute-Normandie et une augmentation en ex Basse-Normandie.

Usage quotidien et intensif de tabac par région (%) 2005-2010

	2005	2010
Usage quotidien de tabac		
Basse-Normandie	23	32
Haute-Normandie	31	30
France métropolitaine	27	29
Fumeurs de plus de 10 cig/jour		
Basse-Normandie	15*	22
Haute-Normandie	25*	19
France métropolitaine	19	20

* Écart significatif entre la région étudiée et les autres régions testées sur les données standardisées par sexe et âge

Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2005-2010



Zoom sur les ventes de tabac en région

La France est le 5^{ème} producteur européen de tabac brut et l'exporte dans une vingtaine de pays dans le monde. La vente de tabac au détail reste un monopole d'État par l'intermédiaire des débitants de tabac et reste très réglementée.

Une baisse des ventes de cigarettes et une augmentation des ventes de tabac à rouler

En 2013, 725 grammes de cigarettes par habitant tous âges confondus ont été vendus en France métropolitaine, soit en moyenne 2,0 cigarettes par jour (1 gramme correspondant à une cigarette en moyenne).

Les ventes de tabac sont très variables d'une région à l'autre et outre les modes de consommation, de nombreux facteurs influent sur ces ventes comme le marché transfrontalier (l'OFDT estime qu'une cigarette sur 5 fumée par des Français est issue d'achats transfrontaliers), les ventes interrégionales, les mouvements de personnes...

La Normandie est la troisième région derrière la Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Île-de-France à présenter des taux de ventes de cigarettes les plus élevés de métropole. Concernant le tabac, la région se place en seconde position derrière la Bretagne.

Les ventes de cigarettes en France ont nettement chuté entre 2001 et 2004, passant de 1 426 à 921 unités vendues par habitant annuellement. Cette baisse est principalement imputable aux fortes augmentations de prix du tabac de janvier et d'octobre 2003 et de janvier 2004. Entre 2005 et 2010, une stagnation a été observée avant qu'une baisse des ventes de cigarettes soit de nouveau constatée.

Si les ventes de cigarettes par habitant en France métropolitaine tout comme en région Normandie diminue, celles du tabac à rouler sont en augmentation régulière.

Ventes de cigarettes et de tabac à rouler selon le département

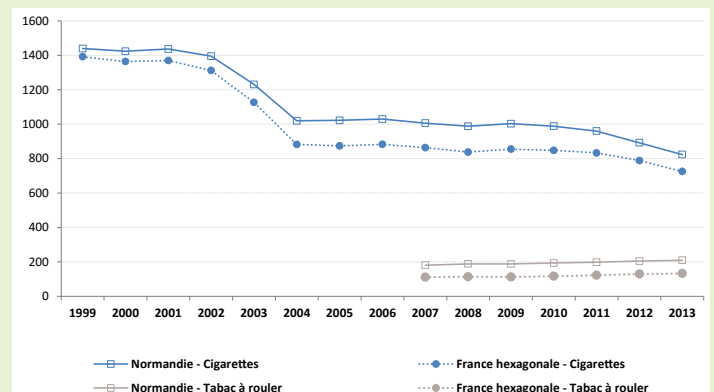
(nombre de cigarettes ou de grammes de tabac par hab.)

	Ventes de cigarettes (gramme/hab)	Ventes de tabac à rouler (en gramme/hab)
Calvados	862	233
Eure	859	195
Manche	748	247
Orne	710	231
Seine-Maritime	842	184
Normandie	824	210
France métropolitaine	725	133

Source : Logista France
Exploitation : OFDT

Évolution des ventes de cigarettes et de tabac à rouler 1999-2013

(nombre de cigarettes ou de grammes de tabac par hab.)



Source : Logista France
Exploitation : OFDT

Population adulte



LES USAGES D'ALCOOL

Les hommes, trois fois plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool

En 2014, près de 90 % de la population adulte a consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête : 38 % moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine et 10 % quotidiennement. Ainsi, 13 % de la population n'en a pas du tout consommé.

Tant chez les hommes que chez les femmes, la consommation quotidienne est exponentielle avec l'âge. Cependant, les hommes sont proportionnellement presque deux fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine et trois fois plus nombreux à en consommer quotidiennement.

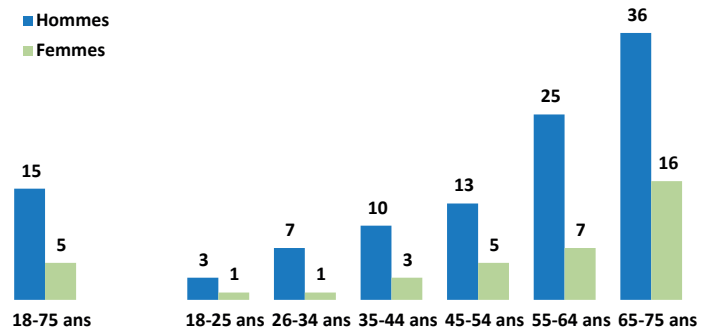
Une baisse de l'usage quotidien d'alcool

En 2014, la baisse de l'usage quotidien d'alcool constatée au cours des deux derniers décennies se poursuit. Ainsi, la prévalence de l'usage quotidien d'alcool en population adulte est passée de 24 % en 1992 à 10 % en 2014.

La proportion d'usagers quotidiens d'alcool est restée stable chez les hommes âgés de moins de 45 ans entre 2010 et 2014 et a fortement baissé parmi les hommes plus âgés. Ainsi, les hommes âgés de 45-54 ans en 2014 comparativement à ceux du même âge en 2010 consomment nettement moins. Chez les femmes, le même phénomène s'observe à partir de 55 ans.

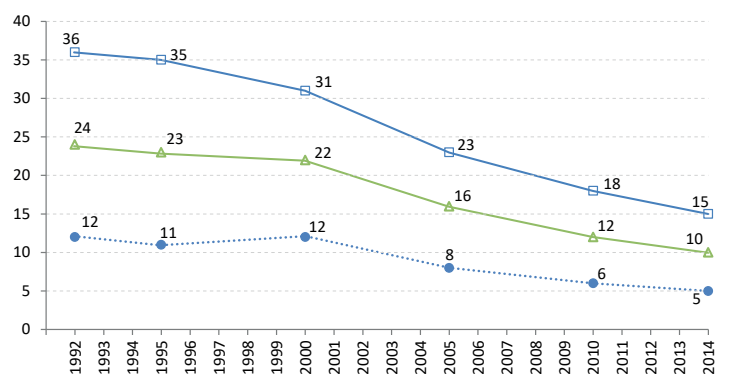
Si une baisse globale des niveaux quotidiens est constatée, cette dernière s'accompagne à l'inverse d'une hausse des niveaux de consommations occasionnelles (hebdomadaires et moins fréquentes).

Usage quotidien d'alcool par sexe et âge en France métropolitaine (%) 2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé 2014
Exploitation : OFDT

Évolution de l'usage quotidien d'alcool au cours des 7 derniers jours par sexe en France métropolitaine (%) 1992-2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé
Exploitation : OFDT



Une augmentation des ivresses et des API chez les femmes

L'alcoolisation ponctuelle importante dans l'année concerne 38 % des personnes âgées de 15-75 ans, soit une prévalence plus importante que celle observée quatre ans auparavant (36 %), confirmant ainsi la tendance observée entre 2005 et 2010. Si les hommes sont toujours davantage concernés, les femmes présentent une évolution significative à la hausse entre 2010 et 2014. Ainsi, près d'une femme sur quatre a déclaré une API dans l'année en 2014 contre un peu plus d'une sur cinq en 2010.

A l'inverse, la déclaration d'API mensuelle chez les hommes a significativement diminué entre les deux dernières périodes d'enquête.

Alcoolisation ponctuelle importante et ivresse France métropolitaine (%) 2010-2014

	Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014
API dans l'année	51,5	53,2	21,3	24,2*
API mensuelle	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresses dans l'année	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	13,0	13,5	3,6	5,2*
Ivresses régulières	5,3	6,2*	0,9	1,6*

Source : Santé publique France - Baromètre santé 2010-2014
Exploitation : OFDT

* Évolution significative entre les deux périodes d'enquête

Concernant les ivresses, près de 20 % des personnes âgées de 15-75 ans ont déclaré avoir connu un épisode d'ivresse au cours de l'année avec de nouveau une prévalence plus importante pour les hommes. La fréquence des ivresses dans l'année est ainsi restée similaire entre les deux périodes d'enquête. A l'inverse, la fréquence des ivresses répétées et régulières est en augmentation et ce particulièrement chez les femmes.



Zoom sur les ventes d'alcool en France métropolitaine

Données fournies par l'Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, le groupe IDA1 (Indicateur d'alcoolisation réunissant les principaux producteurs de données sur les questions d'alcool) de 1990 à 1999 et l'Insee depuis 2000. Les données sont disponibles au plan national et international. Toutefois, les modes de calcul des quantités d'alcool pur consommées ne sont pas harmonisés entre les différents pays. Les comparaisons internationales doivent donc être considérées avec prudence. De plus, ces données prennent en compte la consommation d'alcool sur le territoire français, l'autoconsommation des producteurs de vins et les achats d'alcool des non résidents. Les achats d'alcool par les Français à l'étranger ne sont pas comptabilisés.

Une stagnation des ventes d'alcool depuis 2010

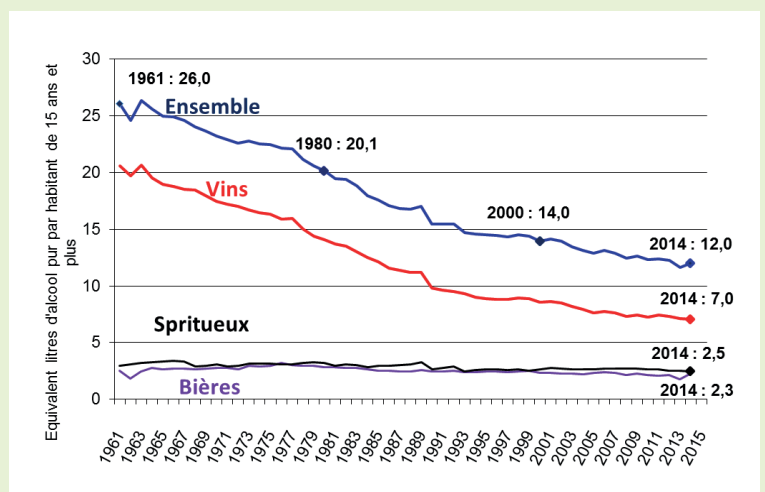
La France observe depuis le début des années 60 une diminution de la vente d'alcool, passant de 26 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 12,0 litres en 2010. Entre 1990 et 2012, la vente d'alcool par habitant sur le territoire français a baissé de 22 %. Cette baisse est entièrement du fait de la diminution de la vente de vin.

Depuis cette date, on assiste à une stagnation des ventes d'alcool avec également 12,0 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 2014.

Si le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France, la diminution de la vente d'alcool est particulièrement marquée pour cette boisson : 20,6 litres de vin par habitant en 1961 contre 7 litres en 2014 (niveau déjà atteint en 2010).

Les ventes de bières et de spiritueux sont quant à elles stagnantes depuis plus de 50 ans.

Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1981 (en litres équivalents d'alcool pur)



Sources : OMS (1961-1989), Groupe IDA1 (1990-1999) et Insee (depuis 2000)
Exploitation : OFDT

Population adulte



Une consommation moindre en ex Haute-Normandie

Avec 12 % de consommateurs réguliers chez les 15-75 ans, l'ex Haute-Normandie ne se distinguait pas de la moyenne française en 2005. De même, la région présentait une proportion de personnes ayant connu un épisode d'ivresse alcoolique identique à la moyenne nationale.

En 2010, et selon cette même enquête, la situation a changé. Les ex Haut-Normands se démarquent avec une proportion de consommateurs quotidiens moins élevée que dans le reste de la France (8 % contre 11 %). De même, ils sont moins concernés par les ivresses répétées et présentent une alcoolisation ponctuelle excessive (API) moins fréquente que dans le reste de la France. Pour finir, une prévalence plus faible de consommation à risque chronique ou de dépendance est observée en région par rapport au reste de la France.

L'ex Basse-Normandie présentait en 2005 une proportion de consommateurs réguliers d'alcool significativement moins élevée que dans le reste de la France. En 2010, si cette tendance est toujours vraie, les écarts se réduisent. La baisse de la consommation régulière constatée en France métropolitaine a en effet été plus marquée qu'en ex Basse-Normandie. Toutefois, la région présente en 2010 une proportion d'habitants ayant un usage à risque chronique ou de dépendance inférieure à celle observée en France métropolitaine (6 % vs 9 %).

Consommation d'alcool par région (%) 2005-2010

Usage quotidien et à risque chronique ou de dépendance

	2005	2010
Usage quotidien		
Basse-Normandie	10,7*	9,8
Haute-Normandie	12,8	8,5*
France métropolitaine	14,8	11,0
Usage à risque chronique ou de dépendance		
Basse-Normandie	7,3	6,0*
Haute-Normandie	7,9	5,7*
France métropolitaine	9,0	8,9

Alcoolisation ponctuelle intensive

	2005	2010
API mensuelle		
Basse-Normandie	15,9	16,8
Haute-Normandie	12,4	15,8
France métropolitaine	15,0	17,8
API hebdomadaire		
Basse-Normandie	4,5	3,5
Haute-Normandie	3,8	3,2*
France métropolitaine	4,0	4,8

Ivresse

	2005	2010
Ivresse dans l'année		
Basse-Normandie	14,7	19,8
Haute-Normandie	13,4	18,6
France métropolitaine	14,7	19,1
Ivresse répétée		
Basse-Normandie	6,1	7,9
Haute-Normandie	5,1	5,6*
France métropolitaine	5,6	8,1

** Écart significatif entre la région étudiée et les autres régions testées sur les données standardisées par sexe et âge*

Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2005-2010



Zoom sur l'enquête santé des Bas-Normands : principaux enseignements sur la consommation d'alcool

L'Enquête Santé des Bas-Normands a été mise en place par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie en collaboration avec la Maison de la Recherche en Sciences Humaines de l'Université de Caen et avec l'appui financier de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), de la Région Basse-Normandie, du Conseil Départemental de l'Orne, de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes (MSA) et des sociétés Sanofi et Glaxo Smith Kline.

Après trois années d'un travail collaboratif et intense des différents partenaires (2012-2015), l'Enquête Santé menée auprès de plus de 3 000 Bas-Normands aura donné lieu à plus d'une dizaine de publications thématiques dont une qui s'est attachée à définir la consommation d'alcool des Bas-Normands (non usage, usage non à risque et usage à risque ponctuel ou régulier) et à caractériser les profils à risque.

Faits marquants sur la consommation d'alcool en Basse-Normandie

- 10 % de Bas-Normands présentent un usage d'alcool à risque ponctuel ou régulier.
- Davantage d'hommes que de femmes mais des écarts entre les sexes qui se réduisent par rapport à l'enquête de 1998.
- Une consommation quotidienne qui croît avec l'âge et une consommation à risque qui se réduit avec l'âge.
- Une consommation moins marquée dans le département de l'Orne.
- Rural / urbain : un niveau de consommation moins contrasté qu'il y a une dizaine d'années.
- Bas-Normands en formation : un usage ponctuel à risque plus important.
- Des niveaux de consommation qui varient selon le mode de cohabitation et la composition familiale : une consommation à risque plus élevée chez les personnes ne vivant pas en couple mais pas seul pour autant (colocation).
- Un usage ponctuel à risque plus important chez les fumeurs.
- Une qualité de vie générale moins bonne chez les usagers à risque.
- Davantage d'usage régulier à risque chez les individus sans emploi et socialement isolés.
- Un non usage plus fréquent chez les personnes en situation de fragilité socio-économique.

Facteurs associés au profil global à risque de consommation d'alcool : sexe, âge, département de domiciliation, problème de sommeil, traitement médicamenteux et détresse psychologique.

Sur l'ensemble des caractéristiques étudiées, sept variables sont particulièrement associées au fait de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool. En effet, il apparaît que « toutes choses égales par ailleurs », les hommes ont 5,5 fois plus de « chances » de présenter un profil global à risque de consommation d'alcool.

Les individus de l'échantillon ayant déclaré avoir eu une fois au moins « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle ils se sentaient constamment tristes, déprimés, sans espoir », ont également 1,7 fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque que ceux qui n'ont jamais vécu une telle période. Le constat est identique pour les personnes qui ont déclaré avoir « au cours de 12 derniers mois pensé au suicide » (OR=1,9). Déclarer des problèmes de sommeil est également associé à un risque plus important de présenter un profil global à risque ainsi que la prise d'un traitement médicamenteux quotidien (OR=1,5).

A l'inverse, à partir de 45 ans on constate une diminution nette du risque de présenter un profil global à risque. De même, le fait de vivre dans l'Orne ou dans la Manche, toutes choses égales par ailleurs, est un facteur « protecteur » comparativement au fait de vivre dans le Calvados.

Pour en savoir plus sur l'enquête santé des Bas-Normands :
[Info Santé Avril 2014 : Enquête santé des bas-normands, la consommation d'alcool](#)
[Enquête santé des bas-normands, Recueil d'analyse thématiques 2012-2015](#)

Population adulte



LES USAGES DE CANNABIS

Plus d'un français sur dix a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois

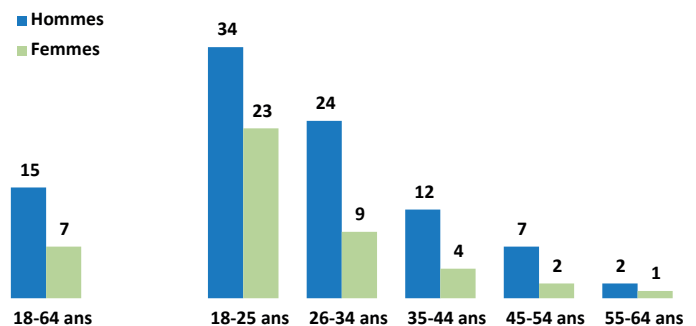
Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée en France, devant le poppers et les champignons hallucinogènes. En 2014, plus de 40 % des français âgés de 18-64 ans ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage actuel (au cours des 12 mois précédant l'enquête) et régulier (10 fois au cours des 30 derniers jours) concernent respectivement 11 % et 3 % des Français.

L'expérimentation tout comme l'usage actuel ou régulier de cannabis est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En termes d'âge, la consommation actuelle de cannabis est principalement le fait des plus jeunes (avant 25 ans) et baisse régulièrement par la suite. Plus précisément, plus d'un tiers des hommes âgés ont déclaré avoir consommé du cannabis dans l'année précédant l'enquête (23 % des femmes) contre respectivement 2 % et 1 % après 54 ans.

Une augmentation de l'usage actuel de cannabis qui se confirme

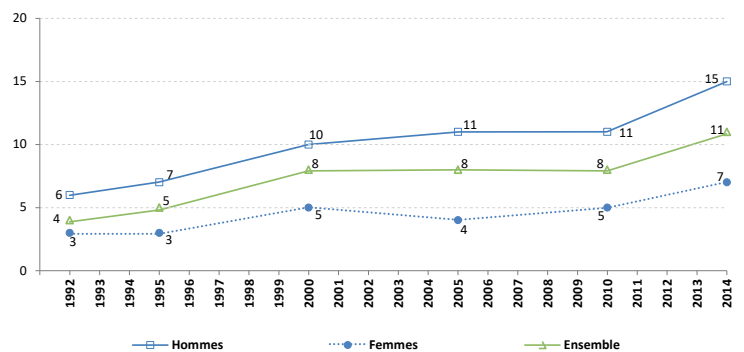
En 1992, 4 % des personnes âgées de 18-64 ans déclaraient un usage actuel de cannabis (au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête). Vingt ans plus tard, cette proportion atteint 11 %. La tendance à la hausse constatée depuis le début des années 90 semble se marquer davantage depuis 2010 (+ 3 points entre les deux dernières périodes d'enquête). Les écarts constatés entre ces dernières périodes d'enquêtes chez les hommes comme chez les femmes sont particulièrement présents chez les plus jeunes. Plus précisément, en 2010, 29 % des hommes âgés de 18-24 ans et 17 % des femmes du même âge déclaraient une consommation actuelle de cannabis. En 2014 ces proportions atteignent 34 % et 23 %.

Usage au cours de l'année de cannabis par sexe et âge en France métropolitaine (%) 2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé 2014
Exploitation : OFDT

Évolution de l'usage au cours de l'année de cannabis par sexe en France métropolitaine (%) 1992-2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé
Exploitation : OFDT



Un usage de cannabis semblable entre les différents échelons géographiques d'analyse

Quel que soit le niveau de consommation étudié (expérimentation, usage actuel et usage récent), les prévalences régionales d'usage de cannabis sont similaires à celles observées en France métropolitaine (écarts non significativement différents d'un point de vue statistique). Ainsi, en 2010 (dates des dernières enquêtes régionales disponibles), 31 % des Normands ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en ont un usage actuel. Pour l'usage récent, l'écart constaté entre l'ex Basse-Normandie et la France métropolitaine ne se vérifie pas au plan statistique.

Usage de cannabis par région chez les personnes âgées de 15-64 ans (%) 2005-2010

Cannabis (15-64 ans)	2005	2010
Expérimentation		
Basse-Normandie	25,0	31,0
Haute-Normandie	26,8	30,8
France métropolitaine	28,7	32,1
Usage actuel (au cours de l'année)		
Basse-Normandie	8,4	7,1
Haute-Normandie	9,9	7,7
France métropolitaine	8,2	8,4
Usage récent (au cours du mois)		
Basse-Normandie	3,8	3,0
Haute-Normandie	5,6	4,6
France métropolitaine	4,6	4,6

Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2005-2010
Écart non significatif entre les différents échelons géographiques considérés

LES USAGES D'AUTRES DROGUES

Un usage actuel de cocaïne multiplié par 4 en 20 ans

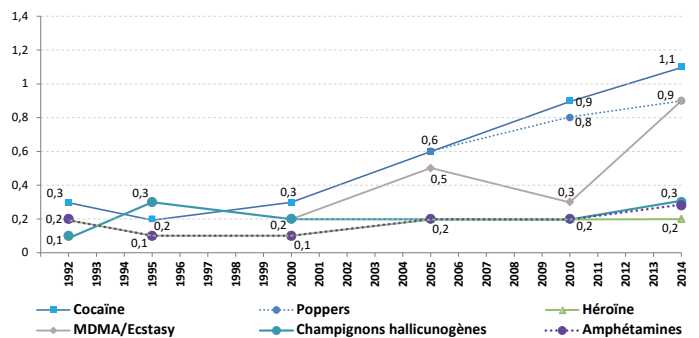
L'usage actuel d'autres drogues que le cannabis reste faible (1 % ou moins de 1% de la population âgés de 18-64 ans concernée par un usage au cours des 12 mois précédant l'enquête).

Néanmoins, si l'on considère la cocaïne, la part d'expérimentateurs et d'usagers actuels a été multipliée par 4 au cours des 20 dernières années. En effet, en 1995, 0,2 % de la population avait déjà consommé au moins une fois ce produit contre 1,1% en 2014 (1,2 % vs 5,6 % en ce qui concerne l'expérimentation).

Une augmentation de l'usage actuel d'ecstasy est également constatée pour les substances synthétiques (MDMA/ecstasy). L'usage actuel a en effet triplé entre les deux dernières enquêtes (0,3 % en 2010 vs 0,9 % en 2014).

Ces tendances à la hausse concernant les substances stimulantes (cocaïne, ecstasy) sont le reflet d'une plus grande disponibilité et diffusion de ces substances sur le marché.

Évolution de l'usage au cours de l'année d'autres drogues par sexe en France métropolitaine (%) 1992-2014



Source : Santé publique France - Baromètre santé
Exploitation : OFDT



Population adulte



Une expérimentation régionale des autres drogues que le cannabis en augmentation

L'analyse régionale en 2010 ne montre pas de différence significative en terme d'expérimentation d'autres drogues que le cannabis.

Toutefois il est intéressant de noter que l'ex Haute-Normandie s'était démarquée en 2005 avec une proportion d'expérimentation de champignons hallucinogènes plus élevée qu'en moyenne en France (4,5 % vs 2,6 %) alors que les écarts en 2010 ne sont plus significatifs.

Il en est de même pour la cocaïne (ex Basse et Haute-Normandie) pour laquelle la part d'expérimentateurs plus faible en 2005 dans ces deux régions est en 2010 au même niveau qu'en France métropolitaine.

Expérimentation d'autres drogues que le cannabis par région (%) - 2005-2010

Autres drogues (15-64 ans) Expérimentation	2005	2010
Ecstasy		
Basse-Normandie	0,7*	2,4
Haute-Normandie	1,5	2,3
France métropolitaine	2,0	2,6
Champignons hallucinogènes		
Basse-Normandie	1,5	2,9
Haute-Normandie	4,5*	2,6
France métropolitaine	2,6	3,1
Poppers		
Basse-Normandie	3,2	4,2
Haute-Normandie	4,5	5,2
France métropolitaine	3,8	5,2
Cocaïne		
Basse-Normandie	0,8*	2,2
Haute-Normandie	1,2*	3,4
France métropolitaine	2,4	3,6

* Écart significatif entre la région étudiée et les autres régions testées sur les données standardisées par sexe et âge

Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2005-2010

LES POLYCONSOMMATIONS

Alcool-tabac, la polyconsommation la plus fréquente

La polyconsommation, ou consommation régulière d'au moins deux des trois produits (tabac, alcool, cannabis) concerne 9 % des Français âgés de 18-64 ans. Plus précisément, la polyconsommation régulière de ces trois produits concerne moins de 1,1 % de la population, l'association alcool-tabac concerne 6,2 % de la population et enfin, celle tabac-cannabis, 1,6 %. L'association alcool-cannabis est marginale.

De nouveau, le sexe est un facteur associé à la prévalence de la polyconsommation puisque celles des hommes apparaissent nettement supérieures à celles des femmes (14 % vs 4 %).

L'âge est également un facteur associé. En effet, la polyconsommation est maximale entre 18 et 25 ans notamment en ce qui concerne les polyconsommations qui incluent le cannabis. Après 45 ans, l'association alcool-tabac devient quasiment exclusive.

Des usages contrastés entre les deux ex régions en ce qui concerne l'alcool

Ex Basse-Normandie : Une consommation de tabac, d'alcool et de cannabis similaire à la moyenne nationale. Les écarts constatés entre la région et la France métropolitaine (cf. figure ci-contre) ne se vérifient pas au plan statistique.

Ex Haute-Normandie : Un usage de tabac et de cannabis similaire à celui observé en moyenne en France métropolitaine. Une consommation d'alcool significativement inférieure au plan national à l'exception de la prévalence d'usage hebdomadaire d'alcool fort.

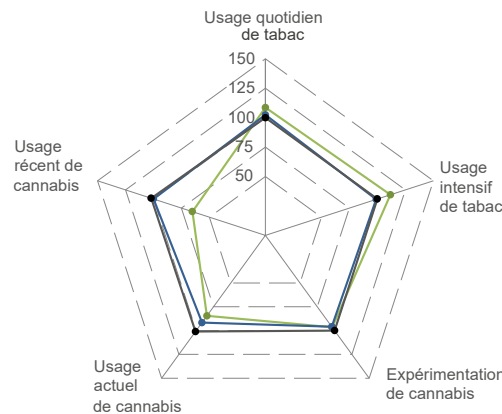
Une évolution des usages contrastée entre les deux ex régions : baisse d'usage quotidien d'alcool en ex Haute-Normandie et augmentation de la consommation de tabac en ex Basse-normandie

Entre 2005 et 2010, les évolutions de consommations les plus marquées en ex Basse-Normandie et ex Haute-Normandie concernent l'usage quotidien de tabac et d'alcool. Si les autres consommations ont également évolué, elles l'ont fait dans une moindre mesure.

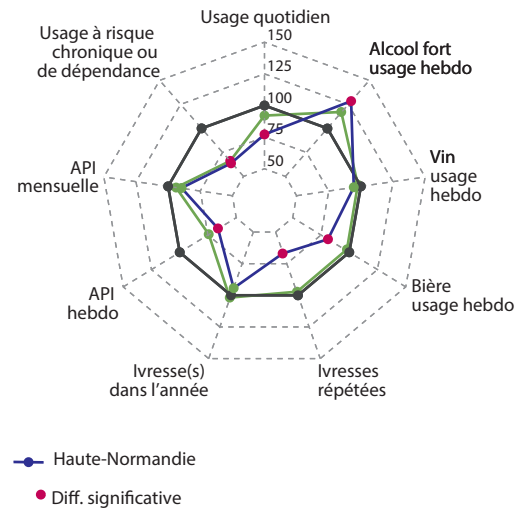
Entre 2005 et 2010, la consommation quotidienne de tabac en ex Basse-Normandie a augmenté de plus de 8 %. En Haute-Normandie, la consommation d'alcool quotidienne a quant à elle baissé de plus de 4 %.

Synthèse consommation de tabac et d'alcool en ex Basse et Haute-Normandie 2010

Tabac et cannabis

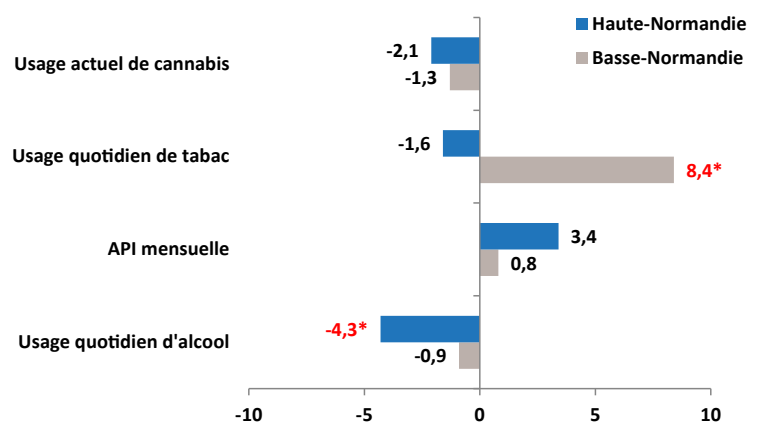


Alcool



Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2010

Synthèse des évolutions des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis entre 2005 et 2010 chez les personnes âgées de 15-75 ans* (%)



Source et exploitation : Santé publique France - Baromètre santé 2005-2010
* chez les personnes âgées de 15-64 ans pour la consommation de cannabis

Population adulte



Prise en charge

La prise en charge des addictions est en général multidisciplinaire et repose sur la combinaison d'un traitement médicamenteux, d'un suivi psychologique et d'un accompagnement après traitement pour éviter les récurrences, qui restent fréquentes et très liées à la motivation du patient.

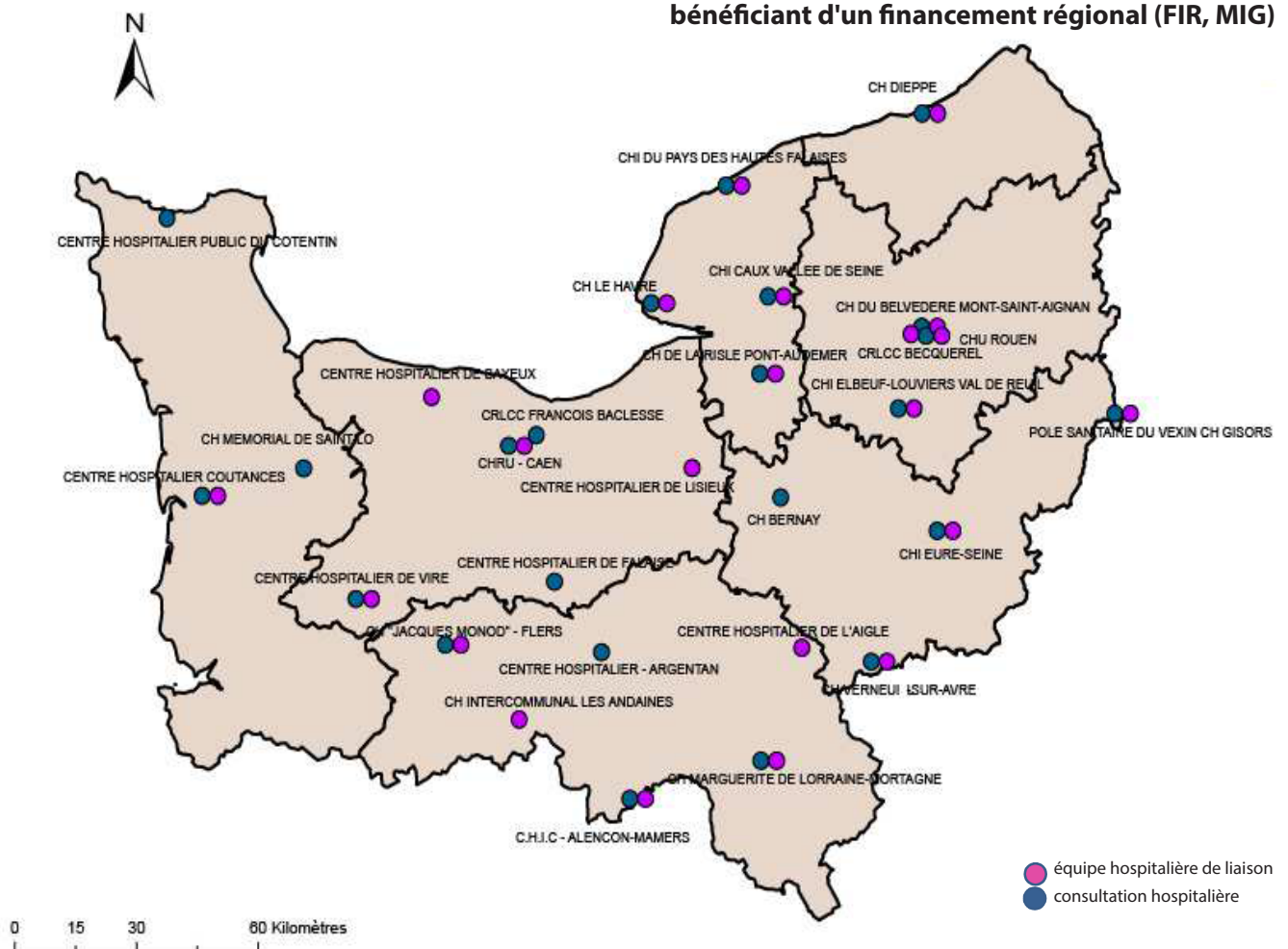
Trois niveaux d'offre de prise en charge cumulatifs sont identifiés :

- médico-sociale (principalement CSAPA, CJC, CAARUD)
- ambulatoire (professionnels de santé, et notamment médecins de ville et pharmaciens)
- hospitalière avec ses 3 niveaux :
 1. niveau I qui assure les réponses de proximité, de sevrages simples (consult et ELSA dès lors qu'il existe un service d'urgences au sein du CH)
 2. niveau II qui assure des sevrages et des soins résidentiels complexes (HC, HDJ, SSRA)
 3. niveau III, implanté dans les CHU, propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II. Il constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation, et de recherche.

IMPLANTATION DE L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE

Etablissements de santé

Implantation des établissements de santé en addictologie bénéficiant d'un financement régional (FIR, MIG)





CSAPA et CAARUD

Depuis janvier 2008, les prises en charge en matière d'alcool et de toxicomanie sont assurées par les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA (ex Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie). Les CSAPA, structures médico-sociales, disposent d'une équipe pluridisciplinaire ayant pour mission d'assurer des actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction (accueil, information, évaluation médicale, psychologique et sociale, orientation, prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, réduction des risques...).

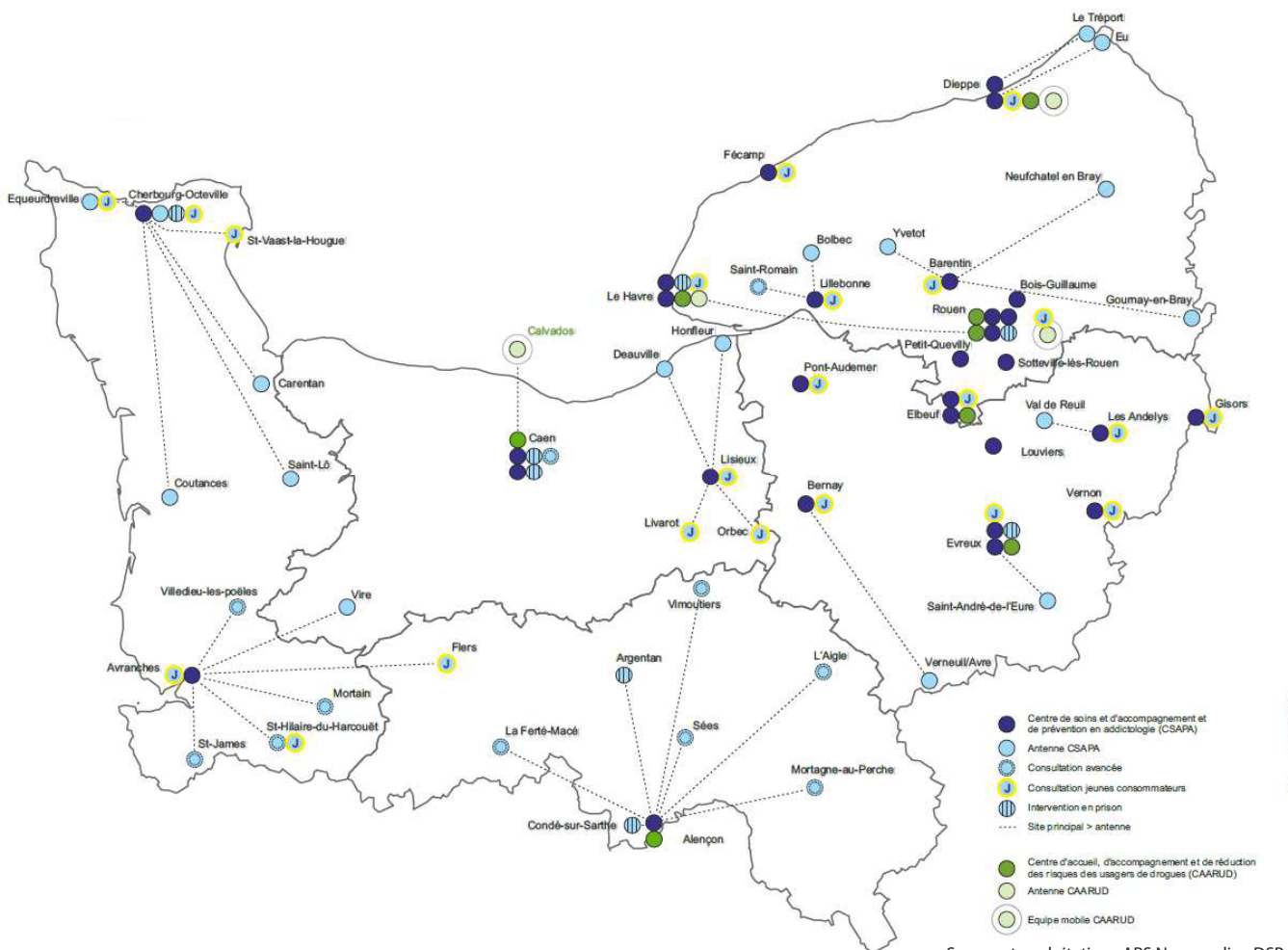
L'offre en région repose sur 27 Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) répartis sur les 5 départements, mais particulièrement concentrés sur les départements de Seine-Maritime (avec 14 centres) et de l'Eure (7 centres, contre 3 dans le Calvados, 2 dans la Manche et 1 dans l'Orne).

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), créés suite à la loi de santé publique du 9 août 2004, sont des établissements médico-sociaux au même titre que les CSAPA. Ils sont destinés à accueillir des usagers de drogues et ont pour objectif de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants et d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs (accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé, soutien des usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux, mise à disposition de matériel de prévention des infections, intervention de proximité à l'extérieur des centres pour établir un contact avec les usagers et développer des actions de médiation sociale).

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

Ils sont au nombre de 8 en Normandie, répartis dans 4 départements : 5 en Seine-Maritime (2 à Rouen, Elbeuf, Dieppe, Le Havre), 1 dans l'Eure (Evreux), 1 dans le Calvados (Caen) et 1 dans l'Orne (Alençon).

Implantation des CSAPA et des CAARUD en Normandie (mars 2016)



Source et exploitation : ARS Normandie - DSP

Population adulte



LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Moyens, interventions et services proposés en région

Au cours de l'année 2015, près de 16 800 patients ont été vus au moins une fois par les professionnels des CSAPA, ce qui correspond à un taux de recours de 81,5 pour 10 000 habitants. Ce taux de recours varie entre 43,8 dans le département de l'Orne et 106,5 en Seine-Maritime. (cf. détail des taux page 44)

A l'échelle régionale, les nouveaux patients représentent 42 % de l'effectif accueilli : cette part apparaît légèrement supérieure en Seine-Maritime (45 %) mais inférieure dans la Manche et dans l'Orne (avec respectivement 37 % et 39% dans la Manche et dans l'Orne).

La majorité des patients accueillis par les professionnels des CSAPA sont vus plusieurs fois, les patients vus une seule fois ne représentant que 22 % du volume d'accueil.

A noter que parallèlement à l'accueil des personnes en difficulté vis-à-vis de leur consommation de substances psychoactives (ou addiction sans substance), les CSAPA reçoivent également des personnes de l'entourage, c'est-à-dire sur des temps de consultation sans la présence de la personne concernée par l'addiction : en 2015, cela a concerné 777 proches.

Volume d'activité des CSAPA en Normandie 2015

	Nombre de patients vus au moins une fois	Nombre de patients vus une seule fois	Nombre de nouveaux patients	Nombre de personnes de l'entourage
Calvados	2999	789	1239	118
Eure	2655	447	1077	127
Manche	2013	388	743	20
Orne	763	150	301	65
Seine-Maritime	8354	1972	3768	447
Normandie	16 784	3 746	7 128	777

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

Parmi le public des CSAPA, plus de 9 patients sur 10 consultent dans leur département de résidence : c'est le cas de 93,0 % des usagers, et jusqu'à 95,7 % dans le Calvados. Le département de l'Orne est le seul à se distinguer par une proportion moins importante d'usagers du département (83,6 %) et une part particulièrement élevée de patients relevant d'une autre région.

Origine géographique des patients vus en CSAPA 2015

	Même département	Même région mais hors département	Autre région
Calvados	95,7	3,1	1,2
Eure	91,8	1,9	6,3
Manche	92,7	6,0	1,3
Orne	83,6	4,7	11,7
Seine-Maritime	93,5	3,3	3,2
Normandie	93,0	3,5	3,5

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

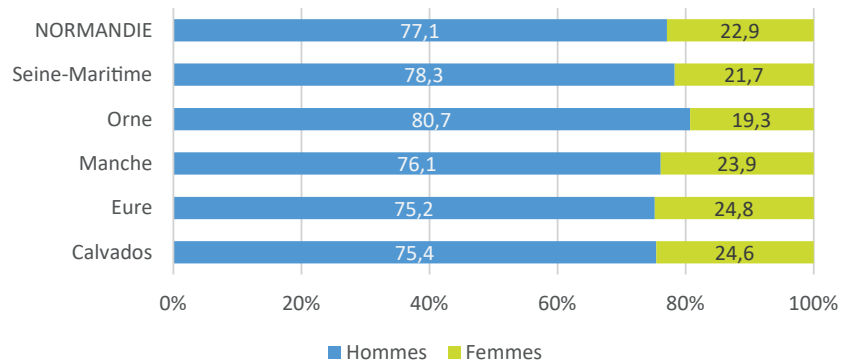


Un public majoritairement masculin, une féminisation du public constatée

Les personnes qui consultent un CSAPA sont en majorité des hommes, soit 77,1 % du public au plan régional. Le détail par département met en évidence une proportion de femmes légèrement supérieure dans l'Eure, le Calvados et la Manche (entre 23,9 % et 24,8 %) et inférieure en Seine-Maritime et dans l'Orne (avec respectivement 21,7 % et 19,3 %).

Les résultats disponibles caractérisant l'activité des CSAPA en 2009 dans les départements de l'Eure et la Seine-Maritime mettent en évidence une féminisation du public, la part des femmes était alors de 20,7 % (observation en cohérence les changements de comportements observés par ailleurs en termes de consommation addictive).

Répartition des patients vus en CSAPA selon le sexe 2015



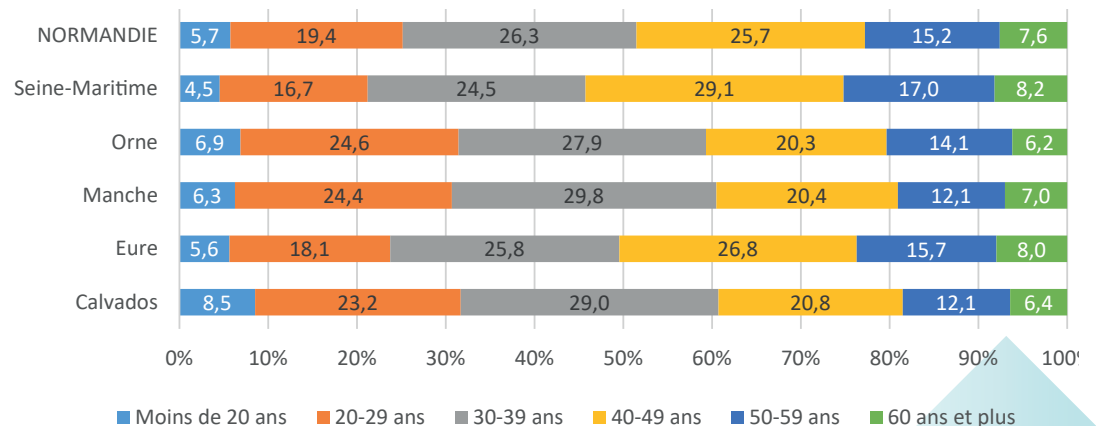
Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

Un public plus jeune dans les structures de prise en charge du Calvados, de la Manche et de l'Orne

En termes d'âges, un quart des patients vus dans les CSAPA ont moins de 30 ans (25,1 %), environ la moitié sont âgés de 30 à 49 ans (52,0 %) et près d'un quart âgés de 50 ans et plus (22,8 %). La répartition des effectifs dans les différentes tranches d'âges et par département met en évidence l'accueil d'un public plus jeune dans l'ex-Basse-Normandie : en particulier, les moins de 30 ans représentent entre 30 et 32 % des accueils dans le Calvados, la Manche et l'Orne. A l'inverse, les 40 ans et plus représentent une part plus importante des accueils dans l'Eure et la Seine-Maritime.

Notons que les CSAPA accueillent également certains jeunes avant l'âge de 18 ans (lorsqu'une dépendance est déjà observée, les consultations jeunes consommateurs ne sont alors plus adaptées) : les CSAPA en ont comptabilisé 510 en 2015, soit 3,1 % de l'ensemble du public (cette part varie entre 2,4 % en Seine-Maritime et 4,9 % dans l'Orne).

Répartition des patients vus en CSAPA selon l'âge 2015



Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

Population adulte



Une fragilité socio-économique constatée pour une partie de la population accueillie

La situation socio-économique des patients accueillis en CSAPA apparaît fragilisée pour une partie d'entre eux. Si 88 % occupent un logement durable (projection possible de vie dans ce logement ou équivalent, pour les 6 prochains mois), 10,1 % occupent un logement provisoire ou précaire et 1,8% sont sans domicile fixe (SDF) : cette situation vis-à-vis du logement est particulièrement préoccupante concernant les usagers dans l'Orne, qui sont 18,9 % à occuper un logement de façon non durable.

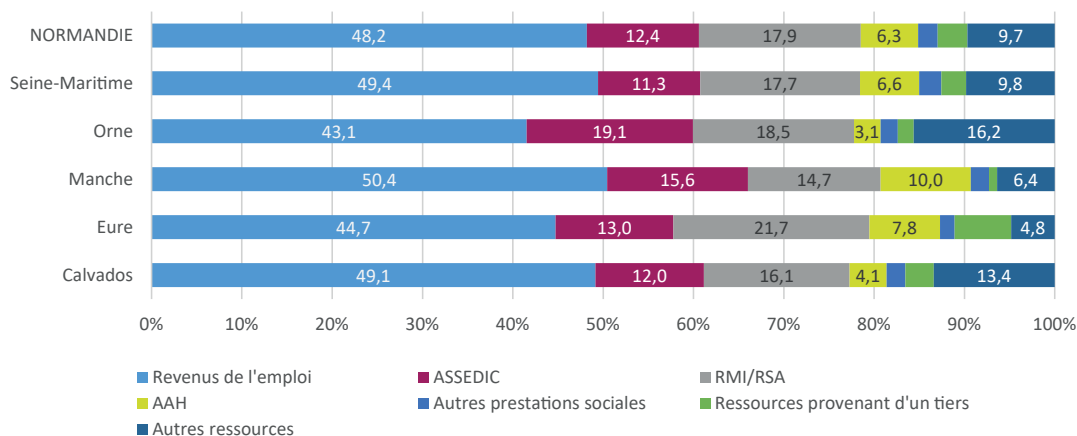
Répartition des patients vus en CSAPA selon le type de logement - 2015

	Durable	Provisoire (ou précaire)	SDF
Calvados	87,1	10,3	2,6
Eure	87,4	11,4	1,2
Manche	94,1	4,8	1,1
Orne	79,9	18,9	1,2
Seine-Maritime	88,1	10,1	1,9
Normandie	88,1	10,1	1,8

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

Par ailleurs, moins d'un patient sur deux (48,2%) a pour ressource principale les revenus de son travail ; 17,8% sont bénéficiaires du RMI ou RSA, 12,4% perçoivent des indemnités Assedic, 6,3 % l'AAH...

Origine principale des ressources des patients vus en CSAPA 2015



Source : Rapports d'activité des CSAPA, Année 2015
Exploitation ORSBN



Des soins à l'initiative du patient ou de ses proches dans plus de la moitié des cas

Les demandes de consultation sont le plus souvent à l'initiative du patient lui-même ou de ses proches (soit dans 50,7 % des situations au plan régional). Dans un second temps, les consultations font suite à une mesure administrative ou judiciaire (dans 24 % des situations). Elles peuvent aussi résulter d'une orientation par un service sanitaire ou médico-social (12,7 %) ou encore de la médecine de ville (9,3 %).

Les résultats antérieurs disponibles pour les deux départements de l'ex-Haute-Normandie mettent en évidence une progression de la part des consultations à l'initiative des patients ou des proches (ces dernières représentaient 29 % des demandes en 2009 et 39 % en 2011).

Dans ces deux départements, la part des orientations via les services sanitaires, médico-sociaux ou les médecins de ville s'affichent plus élevée que dans le Calvados ou l'Orne en particulier.

Origine de la demande de consultation 2015

	Initiative des parents ou des proches	Médecine de ville	Service sanitaire ou médico-social	Mesures administratives ou judiciaires
Calvados	58,7	8,3	5,7	24,6
Eure	38,8	11,0	18,3	27,3
Manche	50,7	6,3	11,3	29,3
Orne	54,4	4,3	4,7	30,4
Seine-Maritime	51,1	10,4	14,8	20,6
Normandie	50,7	9,3	12,7	24,0

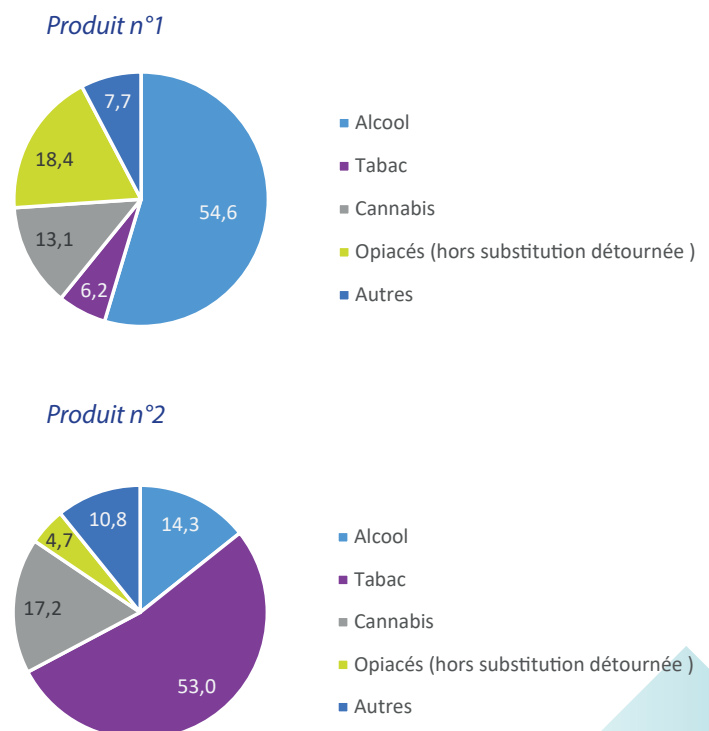
Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

Description de la demande

L'analyse des rapports d'activité des CSAPA permet d'identifier et hiérarchiser les produits consommés les plus dommageables (selon les professionnels). Dans les 5 départements, le premier produit le plus consommé est l'alcool (qui justifie plus de la moitié des consultations), suivi des opiacés hors substitution détournée (18,4 %), du cannabis (13,1 %), du tabac (6,2 %). Les autres produits, qui concernent moins de 2 % des patients) sont notamment les traitements de substitution détournés, la cocaïne et le crack, les psychotropes détournés, ou encore les autres addictions sans substance.

Le produit le plus fréquemment associé à la consommation d'alcool est le tabac, identifié comme le second produit le plus dommageable, pour 53 % des usagers de CSAPA.

Répartition des patients selon les produits consommés 2015



Source : Rapports d'activité des CSAPA, Année 2015 - Exploitation ORSBN
(Autres dont : Cocaïne et crack 4,2%, Traitements de substitution détournés 2,0%, Médicaments psychotropes détournés 1,9%...)

Population adulte



Un taux de recours selon le produit qui varie nettement selon le département

Les taux de recours au CSAPA déclinés par département, mettent en évidence des différences selon les produits : le taux de recours se distingue notamment concernant le cannabis dans la Manche et en Seine-Maritime, concernant les addictions sans substance dans le Calvados, concernant les opiacés dans l'Eure, ou encore l'alcool en Seine-Maritime.

Taux de recours* (pour 10 000 habitants) selon les produits - 2015

	Tous produits	Alcool	Tabac	Cannabis	Opiacés/ stimulants/ TSO détournés	Sans substance
Calvados	70,1	21,1	3,8	8,3	10,5	2,9
Eure	71,7	34,7	3,1	7,0	19,5	1,1
Manche	66,3	23,2	1,7	10,2	16,5	0,7
Orne	43,8	20,6	2,2	1,6	7,9	0,7
Seine-Maritime	106,5	54,6	6,2	10,9	16,3	1,8
Normandie	81,5	36,6	4,2	8,8	15,0	1,7

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN

* Taux calculé en référence à la population âgée de 20 à 69 ans
(RP 2013)

Deux patients sur trois en situation de dépendance

Les patients qui consultent sont dans près de deux tiers des cas en situation de dépendance vis-à-vis du premier produit consommé. Ils sont en usage à risque ou en usager nocif dans 16,3 % de situations, et en abstinence dans 16,4 % (durant au moins les 30 derniers jours).

Parmi les patients vus au cours de l'année dans les centres, les professionnels ont eu connaissance de 54 décès (dont 37 en Seine-Maritime).

Activité et moyens des CSAPA

Selon les départements, entre 2,5 % et 5,7 % des personnes accueillies en CSAPA en 2015 ont bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B, soit 4,7 % au plan régional. Par ailleurs, 4,8 % ont bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C et 3,2 % du VIH.

Vaccinations et dépistages pratiqués - 2015

	Calvados		Eure		Manche		Orne		Seine-Maritime		Normandie	
Hépatite B												
Personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	120	4,0%	66	2,5%	115	5,7%	28	3,7%	466	5,6%	795	4,7%
Personnes ayant débuté une vaccination	20	0,7%	27	1,0%	0	0,0%	1	0,1%	42	0,5%	90	0,5%
Patients ayant complété le schéma vaccinal	25	0,8%	12	0,5%	7	0,3%	1	0,1%	15	0,2%	60	0,4%
Hépatite C												
Personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	117	3,9%	68	2,6%	41	2,0%	29	3,8%	544	6,5%	799	4,8%
VIH												
Personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	117	3,9%	60	2,3%	41	2,0%	28	3,7%	291	3,5%	537	3,2%
File active	2999	100,0%	2655	100,0%	2013	100,0%	763	100,0%	8354	100,0%	16784	100,0%

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation ORSBN



Un accompagnement diversifié

Dans le cadre de l'accompagnement mis en œuvre par les CSAPA, des activités thérapeutiques de groupe sont proposées aux patients (plusieurs patients avec au minimum un soignant).

Sur l'année 2015, près de 2 300 patients ont participé à des groupes de paroles, 1 200 à des ateliers d'activité corporelle, 814 à des groupes d'informations et 623 à des ateliers d'activités artistiques et d'expression.

Activités de groupe thérapeutique 2015

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées
Groupe de paroles	21	493	2280
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)	19	172	814
Ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...)	24	338	623
Ateliers d'activité corporelle (sport...)	31	465	1218

Source : Rapports d'activité des CSAPA, Année 2015
Exploitation ORSBN

Les CSAPA mettent également en œuvre des actions de prévention, de formation collective et de conseil, prioritairement en milieu scolaire (concernant l'information) et dans le secteur de la santé ou du social (concernant la formation et le conseil), mais encore dans le secteur social ou en entreprise.

En 2015, un total de 122 actions a été réalisé sur la région, soit :

- Information / sensibilisation : 1 302 heures auprès de 8 855 personnes,
- Formation : 1 398 heures auprès de 2 860 personnes,
- Conseil : 483 heures auprès de 1 928 personnes.

Population adulte



Des compositions d'équipes pluridisciplinaires qui diffèrent selon les départements

Tous départements confondus, les CSAPA normands comptabilisent 224,7 ETP, parmi lesquels 15,3 sont des professionnels mis à disposition, soit 6,8 % de l'ensemble des salariés (notons que ce pourcentage atteint 25 % dans l'Eure).

Concernant l'Eure et la Seine-Maritime, le comparatif avec des données antérieures disponibles met en évidence une forte progression des effectifs (passés de 103,8 ETP en 2009, à 121,7 en 2011, puis à 156,3 en 2015).

Salariés des CSAPA (en ETP) - 2015

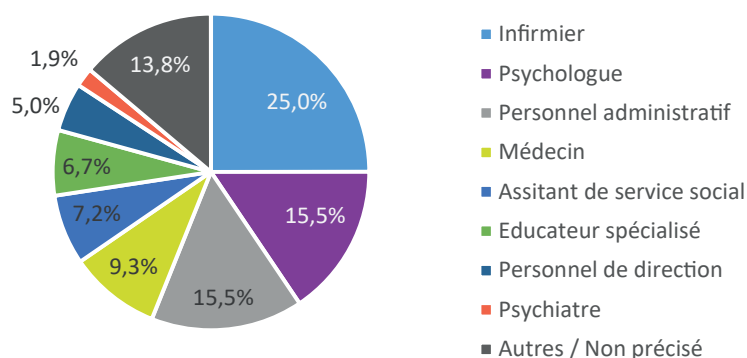
	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de salariés (en ETP)	32,1	29,4	25,4	9,7	112,8	209,4
Nombre de professionnels mis à disposition	1,1	10,0	0,0	0,1	4,1	15,3
Ensemble des professionnels (en ETP)	33,2	39,4	25,4	9,8	116,9	224,7
Taux d'encadrement (en ETP pour 100 patients)	1,1	1,5	1,3	1,3	1,4	1,3

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation : ORSBN

Les infirmiers, psychologues et médecins représentent la moitié de l'effectif des CSAPA, ce sont les professionnels soignants les plus présents dans ces structures. Viennent ensuite les assistants de service social et éducateurs spécialisés (qui représentent respectivement 7,2 % et 6,7 % de l'effectif) et par ailleurs les personnels administratifs et de direction (soit 20,5 %).

La composition des équipes diffère d'un département à l'autre. Dans les CSAPA de la Manche notamment, les infirmiers représentent une part importante des effectifs (40 %) mais il n'y a pas d'éducateur spécialisé (alors qu'ils représentent 1/10 des personnels dans l'Orne ou la Seine-Maritime). C'est dans l'Eure que l'on enregistre la plus forte présence de psychologues, avec 21,5 % des effectifs. Dans l'Orne, les personnels administratifs et de direction sont les plus représentés avec 26,3 %.

Répartition des équipes des CSAPA selon le poste occupé 2015



Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation : ORSBN



LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Moyens, interventions et services proposés en région

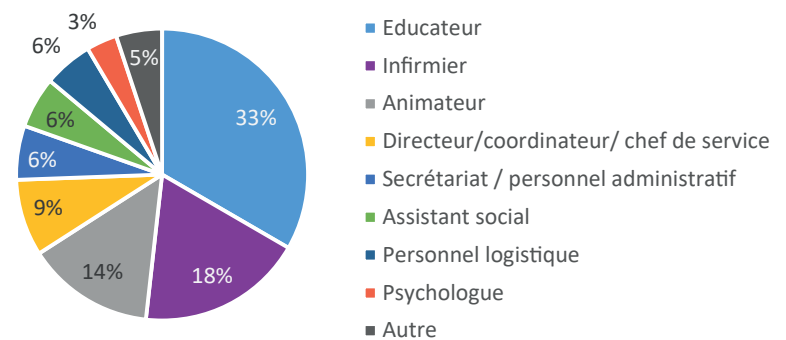
Rappelons que la Normandie compte 8 CAARUD en Normandie répartis dans 4 départements (5 en Seine-Maritime, 1 dans l'Eure, 1 dans le Calvados et 1 dans l'Orne).

Parmi les différentes modalités d'intervention proposées en direction des usagers de drogues, 3 CAARUD (sur 8) disposent d'une unité mobile et 2 ont une antenne, en complément du lieu d'accueil fixe où des accueils individuels et collectifs sont assurés, ainsi que différents services (espace d'accueil et de repos, mise à disposition de téléphone/internet, espace laverie, sanitaires...).

Parmi les activités développées « hors les murs », certains CAARUD disposent d'équipes de rue (4 en Seine-Maritime), certains interviennent en prison (3 en région) ou en squat (2). Certains sont mobilisés de façon ponctuelle sur des actions en milieu festif, c'est-à-dire dans le cadre de teknivals, festivals, concerts... Par ailleurs, 5 structures participent à un programme d'échange de seringues en pharmacie (PES).

En 2015, les CAARUD de Normandie comptabilisaient un total de 26,5 salariés (en ETP), soit des équipes composées pour moitié de personnels socio-éducatifs (éducateur, animateurs, assistant social), environ 20 % de personnels sanitaires, 15 % de personnels de direction et administratifs. Ces ressources correspondent à un taux d'encadrement de 2,6 salariés pour 100 patients. Les CAARUD ont aussi mentionné la participation de 8,5 ETP de bénévoles/volontaires.

Répartition des personnels salariés des CAARUD 2015



Source : Rapports d'activité des CAARUD
Exploitation : ORSBN

Description des actes, file active et nombre de passages

La file active correspond au nombre de personnes différentes suivies ou ayant fait l'objet d'au moins une intervention dans l'année ; le nombre de passages/contacts renseigne quant à lui sur la fréquence des rencontres.

En 2015, la file active s'établit à 1 019 personnes à l'échelle de la région (concernant les accueils : local principal, antennes et unités mobiles), dont près de la moitié (47 %) sont des nouveaux contacts. Selon le département, les femmes représentent entre 13 % et 19 % du public concerné (13 % dans l'Eure et l'Orne, 18 % dans le Calvados et 19 % en Seine-Maritime). Le nombre de contacts correspondant est de plus de 13 000, ce qui représente une moyenne de 13 contacts par personne sur l'année.

En interventions extérieures (soit interventions de rues et en prison principalement), la file active est de 531 personnes pour 1 679 contacts (moyenne de 3 contacts par personne et par an).



Population adulte



Concernant les actions en milieu festif, elles ont donné lieu à plus de 5 200 passages, qui apparaissent les plus nombreux dans les départements de l'Eure et de l'Orne.

Indicateurs d'activité des CAARUD - 2015

	Calvados	Eure	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Local principal / antennes / unités mobiles					
File active	184	85	52	698	1 019
dont femmes	32	11	7	130	180
dont nouvelles personnes	112	41	30	297	480
Nombre de passages/contacts	986	882	241	11 041	13 150
Taux de recours*	4.3	2.3	3.0	8.9	4.9
Interventions extérieures					
File active	12	47	30	582	531
Nombre de contacts	305	110	84	1 180	1 679
Taux de recours*	0.3	1.3	1.7	7.4	2.6
Actions en milieu festif					
Nombre de passages	500	2 000	1 751	988	5 239
Nombre d'interventions / entretiens	350	nc	868	193	1 411

Source : Rapports d'activité des CAARUD
Exploitation : ORSBN

* Taux de recours pour 10 000 habitants, calculé en référence à la population âgée de 20 à 69 ans (RP 2013)

Les actions menées par les professionnels des CAARUD auprès des usagers de drogues relèvent de 4 grands domaines distincts :

- l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle (qui concerne 58% des actes réalisés),
- l'hygiène (18 %),
- la réduction des risques (14 %),
- les actions de soins et de dépistage (11 %).

Principaux produits consommés par les personnes accueillies dans les CAARUD

L'analyse des bilans d'activité des CAARUD ne permet pas de détailler les produits consommés par les personnes accueillies. Toutefois, l'alcool fait partie des premiers produits cités, suivi des opiacés (héroïne, buprénorphine, subutex, cocaïne...), puis dans une moindre mesure des produits stimulants.

Mise à disposition de matériel de prévention

Dans un objectif de réduction des risques, les CAARUD organisent la mise à disposition et la récupération de matériel permettant les consommations de drogues, dans des conditions d'hygiène limitant le risque de contamination. En 2015, les CAARUD normands ont notamment permis la distribution de plus de 118 000 seringues (kit, stéribox, jetons, unités 1cc, unités 2cc...). Cinq structures sur huit s'appuient sur un programme d'échange de seringues en pharmacie (PES).

Les rapports d'activité informent également d'autres matériels de prévention diffusés auprès des usagers, parmi lesquels :

- du matériel de sniff : 12 947 « roule ta paille », 2 048 sérum physiologique,
- du matériel pour inhalation de crack : 967 doseurs, 650 embouts, 2 720 autres matériels,
- du matériel pour prévention des IST : 18 112 préservatifs masculins, 854 préservatifs féminins, 3 348 gels lubrifiants,
- des brochures et matériels d'information...

Les CAARUD estiment à plus de 101 000 le nombre de seringues usagées récupérées ; ils ont également mis à disposition environ 943 récupérateurs de seringues.



Zoom sur les traitements de substitution

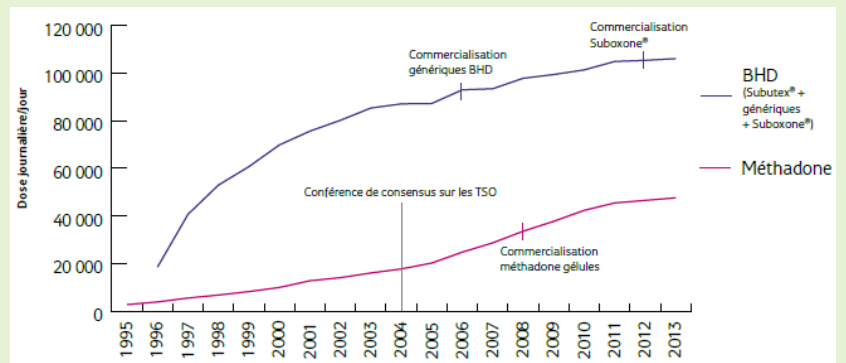
Dans le but de réduire les risques de contaminations par le VIH, le gouvernement autorise la vente libre de seringues en 1988 et la création de kits d'injection directe (le Stéribox® en 1994). Suite à ces autorisations, de nombreux efforts ont été fournis avec notamment en 1994, la mise en place de traitement de substitution à l'héroïne. La substitution permet d'éviter les effets physiques et psychiques du « manque », de stabiliser et/ou de diminuer la consommation d'héroïne et surtout, de mettre en place les aides psychologiques et sociales suffisantes pour réduire au minimum les risques de rechute.

Les deux produits de substitution aux opiacés sont la Méthadone® et la BHD, Buprénorphine haut dosage (Subutex® + génériques et Subuxone® - BHD en association avec la naxolone). Alors que le nombre de personnes concernées n'a cessé de croître, l'efficacité des TSO est clairement reconnue au plan sociosanitaire. Le dernier plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 prévoit d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de développer l'accessibilité à ces traitements.

Des prescriptions de TSO en France majoritairement réalisées en ville

En 2013, entre 160 000 et 180 000 personnes ont reçu une prescription de TSO en France : 150 000 ont été remboursées de médicaments de substitution délivrés en ville et environ 20 000 ont reçu une dispensation de méthadone dans un CSAPA. La BHD reste largement majoritaire (65 %) et sa consommation a rapidement augmentée entre 1996 et 2003 et connaît une croissance plus lente depuis. La méthadone a quant à elle connu une augmentation plus rapide à partir de 2004 (cf. conférence de consensus sur les traitements de substitutions prônant une meilleure accessibilité à celle-ci).

Quantité de BHD et de métadone consommées de 1995 à 2013



Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières par jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

Sources : Données de ventes Siamois (InVS), Medic'AM (CNAM-TS), données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati, extrapolation OFDT. Ces données couvrent l'ensemble des quantités prescrites, que le médecin prescripteur exerce en libéral, en hôpital ou dans un CSAPA.

cf. Ofdt : [Les traitements de substitution aux opiacés : données récentes, Tendances n°94, 6 p., octobre 2014.](#)

Prescription et dispensation dans les CSAPA de Normandie

Plus de 3 200 patients normands vus par les professionnels des CSAPA en 2015 ont bénéficié d'une prescription de traitement de substitution aux opiacés, soit la méthadone pour environ deux tiers et la BHD pour un tiers (à l'exception de l'Orne, où la méthadone est prescrite à 90 % des patients concernés).

Dans 30 % des situations, le traitement a été initié par le CSAPA, qui est également le principal lieu de dispensation pour la méthadone (les CSAPA dispensent 80 % de la méthadone). La BHD est quant à elle majoritairement dispensée dans les pharmacies de ville (particulièrement dans certains départements comme l'Eure, l'Orne ou encore la Manche).

Prescription et dispensation de traitements de substitution en CSAPA 2015

	Calvados		Eure		Manche		Orne		Seine-Maritime		Normandie	
	Métha done	BHD	Métha done	BHD	Métha done	BHD	Métha done	BHD	Métha done	BHD	Métha done	BHD
Prescription												
sous traitement quel que soit le prescripteur	334	252	354	270	186	141	428	45	733	465	2035	1173
prescription au moins une fois par le centre	317	243	335	261	130	137	537	59	430	126	1749	826
traitement initié par le centre	127	135	182	176	49	31	17	0	219	14	594	356
méthadone en gélule primo-prescrite	48	0	38	0	3	0	0	0	46	0	135	0
Dispensation												
effectuée par le centre	150	59	73	0	28	11	0	0	4084	323	4335	393
ayant eu lieu en pharmacie en ville	262	226	73	271	106	148	128	507	391	101	960	1253
en relais effectuée par le centre	15	2	73	8	15	13	17	0	28	0	148	23

Source : Rapports d'activité des CSAPA
Exploitation : ORSBN

Population adulte



Conséquences sanitaires

TABAC

Il n'y a pas de seuil en dessous duquel la consommation de tabac serait sans danger. Le risque est cumulatif avec l'ancienneté et l'intensité du tabagisme, mais réversible à l'arrêt. En France, le tabagisme au travers des pathologies cancéreuses, cardiovasculaires et respiratoires auxquelles il est associé, représente la première cause de mortalité évitable, loin devant l'alcool. Le risque de pathologies peut être multiplié en cas d'expositions associées à des facteurs professionnels et environnementaux. Le tabagisme diminue la fertilité masculine et féminine et est également responsable d'anomalies dans le déroulement de la grossesse, de retards de croissance in utéro et d'accouchements prématurés. Le tabagisme passif est également associé à un risque plus important de développer des pathologies cancéreuses et cardiovasculaires chez l'adulte ainsi qu'une plus grande fragilité aux infections (respiratoires basses, asthme, otites aiguës) chez les enfants et des morts subites chez les nourrissons.

Une mortalité liée au tabac plus importante en région qu'au plan national chez les hommes et les femmes

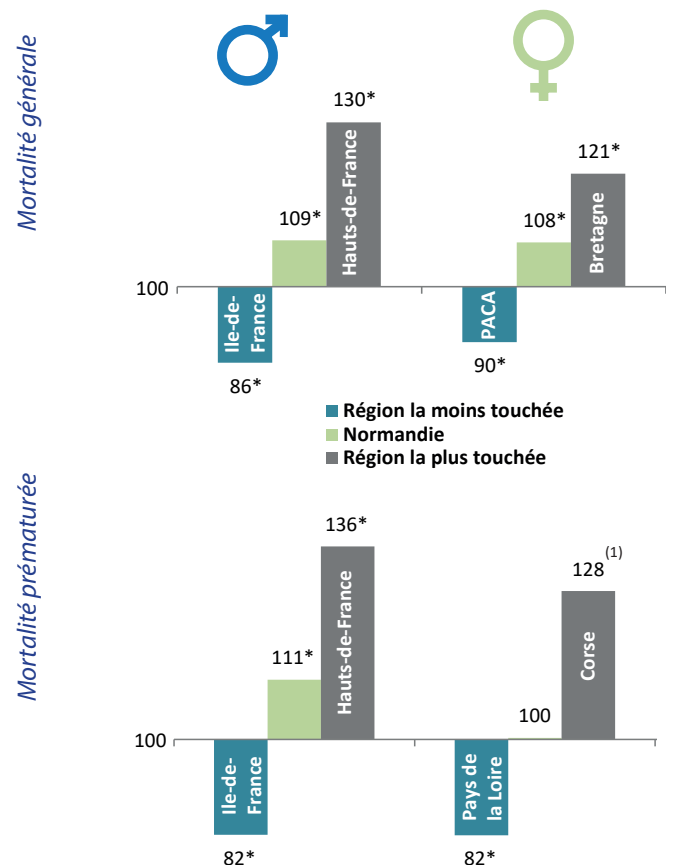
En Normandie, 4 833 décès en lien avec une consommation de tabac¹ ont été recensés en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. plus d'un décès sur 5 lié au tabagisme est survenu avant 65 ans.

Ainsi, la région présente une surmortalité significative de + 9 % chez les hommes et de + 8 % chez les femmes par rapport au niveau national (à structure d'âge et de sexe comparable). La région se place ainsi en 4^{ème} position des régions les plus touchées chez les hommes et en 5^{ème} chez les femmes.

La situation des hommes est particulièrement préoccupante avec une surmortalité par rapport à la France qui est également constatée avant 65 ans. La région présente en effet une surmortalité prématurée masculine de + 11 %, plaçant la Normandie parmi les trois régions les plus concernées. Chez les femmes, la situation est similaire au plan national.

¹ Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites pulmonaires chroniques obstructives, cardiopathies ischémiques sont les pathologies reconnues comme étant majoritairement liées au tabagisme.

Indice comparatif de mortalité liée au tabac selon le sexe 2011-2013



Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : FNORS

* Écart significatif avec le niveau national.

⁽¹⁾ Chez les femmes, l'écart observé entre la Corse et le niveau national n'est pas significatif. La région qui présente l'ICM le plus élevé avec un écart statistiquement significatif est la région Grand Est avec un ICM de 118.

Des disparités notables entre les territoires de proximité de la région

L'ensemble des territoires de santé de Normandie présentent une surmortalité en lien avec le tabagisme par rapport au niveau national, à l'exception du territoire de santé de l'Orne chez les hommes et les femmes et le territoire de santé de d'Evreux-Vernon chez ces dernières.

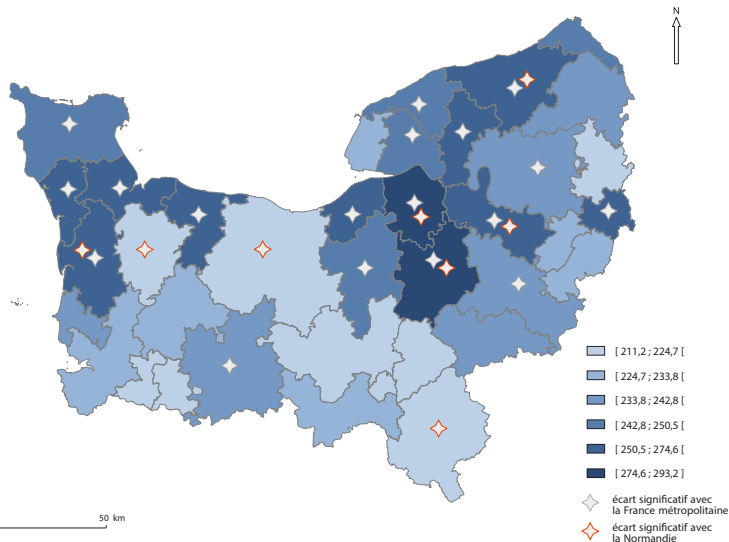
Toutefois, les taux standardisés de mortalité varient significativement d'un territoire de proximité à l'autre. En effet, le différentiel de mortalité entre le territoire le moins touché et celui présentant la mortalité la plus élevée est de + 39 % chez les hommes et de + 53 % chez les femmes.

Ainsi, les territoires de proximité de Pont-Audemer et Bernay présentent la mortalité masculine liée à une consommation de tabac la plus élevée de la région avec un différentiel de mortalité supérieur à 25 % par rapport au niveau national.

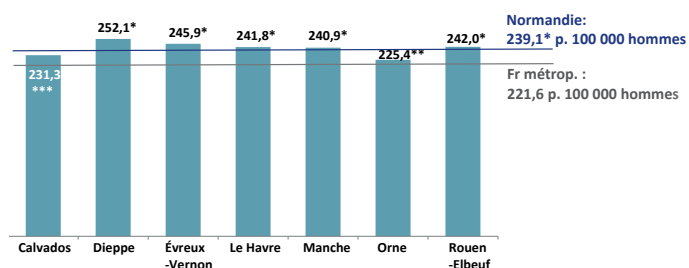
Chez les femmes, les territoires de proximité présentant les différentiels de mortalité les plus élevés ($\geq 25\%$) sont ceux de Pont-Audemer (tout comme pour les hommes), Saint-Hilarien, Yvetôt et Deauvillais.

Taux comparatifs de mortalité liée à une consommation de tabac par territoire de proximité et de démocratie sanitaire / 2006-2013

♂ Territoire de proximité



Territoire de démocratie sanitaire

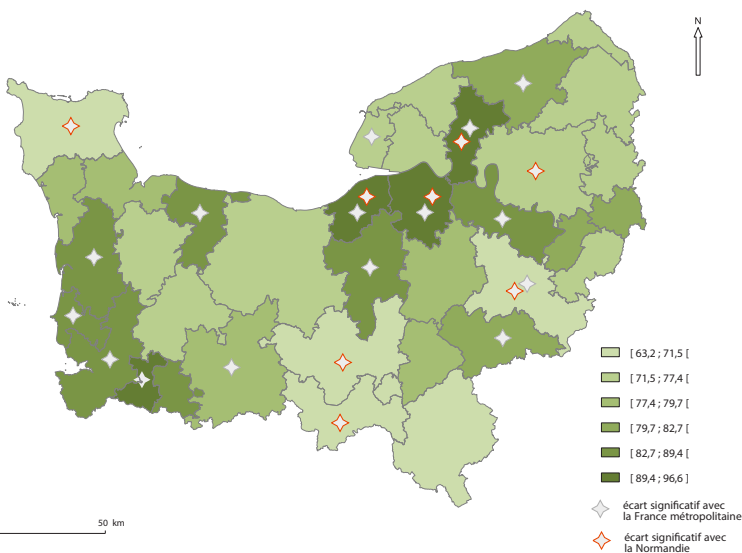


* Écart significatif avec la France métropolitaine

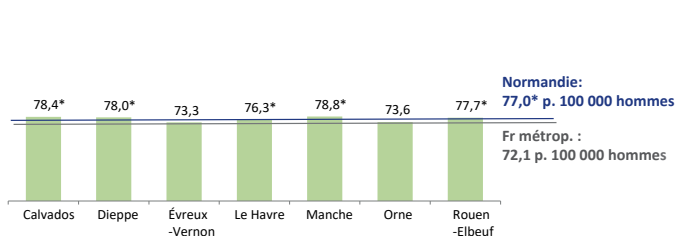
** Écart significatif avec la Normandie

*** Écart significatif avec la France métropolitaine et la Normandie

♀ Territoire de proximité



Territoire de démocratie sanitaire



* Écart significatif avec la France métropolitaine

** Écart significatif avec la Normandie

Sources : INSERM CépiDC, INSEE - Exploitation : ORSBN
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge
Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites pulmonaires chroniques obstructives et cardiopathies ischémiques (cause initiale)

Population adulte



Une mortalité prématurée liée au tabac toujours plus importante chez les hommes mais des écarts qui se resserrent

Malgré une baisse importante de la mortalité prématurée liée à une consommation de tabac chez les hommes depuis plusieurs années, ces derniers présentent toujours une situation plus dégradée que les femmes avec un taux de mortalité prématurée 3 fois plus élevé.

Toutefois, cet écart constaté se réduit sous l'effet de la hausse de la mortalité prématurée par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes. Au début des années 2000, le taux de mortalité prématurée liée au tabac masculin était en effet 6 fois plus élevé.

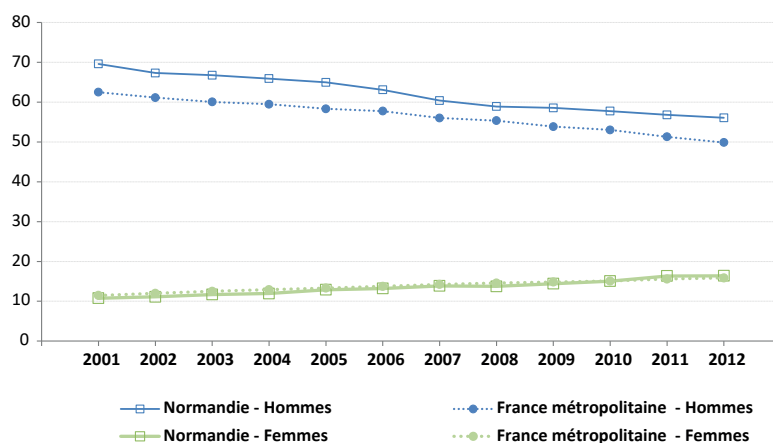
Cette augmentation de la mortalité prématurée liée au tabagisme chez les femmes est la conséquence des hausses de prévalence de consommation de tabac féminin observées depuis un certains nombres d'années. Notons que, tout comme chez les hommes, la mortalité tous âges liée au tabac chez les femmes diminue.

Une diminution de la mortalité prématurée liée au tabagisme qui diffère selon les territoires

Depuis le début des années 2000, la diminution de la mortalité prématurée masculine liée au tabac constatée en région est similaire à celle observée en France. Ainsi, le différentiel de mortalité entre les deux échelons géographiques stagne. Plus en détail, la diminution de la mortalité à été plus nette sur les territoires de santé du Havre et de la Manche (respectivement -26% et - 22 % vs - 16 % au plan national) alors que pour ceux de l'Orne, de Dieppe et du Calvados, elle ne se vérifie pas au plan statistique.

Chez les femmes, l'augmentation des taux de mortalité prématurée a été les plus marquée sur les territoires de santé du Calvados et de l'Orne.

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée liée à une consommation de tabac* selon le sexe / 2000-2013



Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : ORSBN
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge

* mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites pulmonaires chroniques obstructives (causes initiales, associées et co-morbidité) et cardiopathies ischémiques

Évolution du différentiel de mortalité prématurée liée à une consommation de tabac* par territoire de santé et sexe 2000-2004/2009-2013

Hommes	TCM prématurée 2000-2004	TCM prématurée 2009-2013	Evolution 2000-2004 / 2009-2013	Significativité de l'évolution des taux	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2000-2004	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2009-2013
Calvados	60,9	55,7	-8,6%	ns	-0,6%	8,4%
Dieppe	67,7	64,8	-4,3%	ns	10,5%	26,2%
Évreux - Vernon	68,8	57,2	-16,9%	s	12,3%	11,3%
Le Havre	75,9	56,8	-25,2%	s	23,9%	10,6%
Manche	64,2	50,3	-21,7%	s	4,8%	-2,1%
Orne	54,5	52,9	-3,1%	ns	-11,0%	2,9%
Rouen - Elbeuf	75,0	65,5	-12,6%	s	22,4%	27,6%
Normandie	67,7	56,8	-16,0%	s	10,4%	10,6%
France métropolitaine	61,3	51,4	-16,2%	s		

Femmes	TCM prématurée 2000-2004	TCM prématurée 2009-2013	Evolution 2000-2004 / 2009-2013	Significativité de l'évolution des taux	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2000-2004	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2009-2013
Calvados	9,9	16,1	61,7%	s	-17,5%	3,5%
Dieppe	13,0	18,4	41,3%	ns	8,4%	18,9%
Évreux - Vernon	12,1	17,2	41,4%	s	0,9%	10,8%
Le Havre	12,8	15,8	23,3%	s	6,5%	1,9%
Manche	9,9	12,3	24,6%	ns	-17,7%	-20,4%
Orne	10,1	15,5	53,6%	s	-16,4%	-0,3%
Rouen - Elbeuf	10,6	15,8	49,3%	s	-12,1%	1,9%
Normandie	11,2	15,6	39,7%	s	-7,2%	0,6%
France métropolitaine	12,0	15,5	28,8%	s		

Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : ORSBN
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge
s : significatif / ns : non significatif au seuil de 5%

* mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites pulmonaires chroniques obstructives (causes initiales, associées et co-morbidité) et cardiopathies ischémiques



ALCOOL

La consommation d'alcool, qu'il s'agisse d'un usage ponctuel ou d'une consommation excessive, peut avoir des effets sanitaires et sociaux. Même si le nombre de décès liés à une consommation excessive d'alcool ne cesse de diminuer, l'alcool serait responsable de près de 50 000 décès attribuables annuels si on y inclut en plus des causes directes (cirrhose du foie, psychose alcoolique, cancers des voies aéro-digestives supérieures) les causes indirectes telles que certaines morts violentes : accidents de la route, accidents domestiques, homicides... [1].

L'alcool est également impliqué dans le déclenchement ou l'aggravation de nombreuses pathologies dont des pathologies neurologiques (encéphalopathies, polynévrites) ou psychiatriques, digestives (hépatites, pancréatites,...), cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathies) ou encore tumorales. Par ailleurs, la consommation d'alcool durant la grossesse expose le fœtus à un risque de malformations. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est ainsi la troisième cause de retard psychomoteur et est à l'origine du tiers des naissances prématurées.

Recours hospitaliers

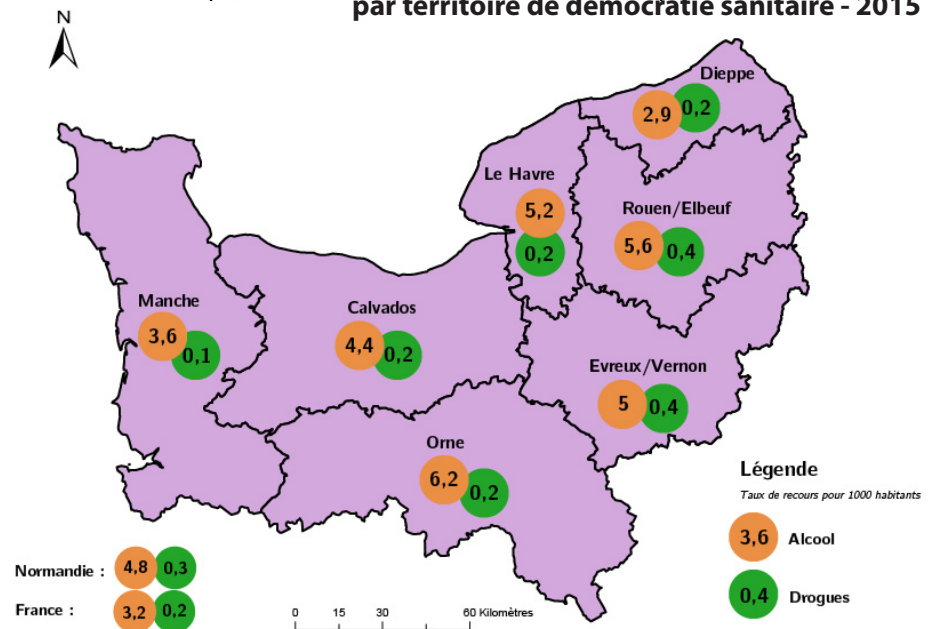
Les patients présentant des comportements addictifs présentent un recours important au dispositif sanitaire notamment à l'hospitalisation. Le recours à l'hospitalisation caractérise la consommation de soins hospitaliers de la population. La carte présentée ci-après renseigne le taux de recours hospitalier en addictologie à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire (alcool et drogues). Trois motifs de recours ont également été étudiés en lien avec une consommation excessive d'alcool : les recours pour intoxications éthyliques aiguës, pour éthylisme dépendant et pour cirrhoses alcooliques (pages suivantes).

Un taux de recours à l'hospitalisation pour alcool globalement plus élevé en région qu'au plan national

En 2015, le taux de recours standardisé d'hospitalisation en addictologie s'élève en région à 4,8 séjours "alcool" et 0,3 séjours "drogues" (cf. encart méthodologique) pour 1 000 habitants contre respectivement 3,2 et 0,2 au plan national.

Les territoires de démocratie sanitaire présentant les taux de recours hospitaliers "alcool" les plus élevés sont l'Orne, Le Havre et Rouen-Elbeuf.

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation MCO/SSR en addictologie par territoire de démocratie sanitaire - 2015



Sources : PMSI 2015 - Exploitation : ARS
Taux de recours standardisés sur le sexe et l'âge, taux pour 1 000 habitants

Séjours alcool :

Séjours MCO pour éthylisme aigu ou avec dépendance ajoutés aux séjours SSR pour dépendance à l'alcool ou troubles mentaux dus à l'alcool (traités dans les unités spécialisées addictologie SSR)

Séjours drogues :

Séjours MCO pour abus de drogues non éthyliques ou toxicomanies non éthyliques ajoutés aux séjours SSR pour dépendance ou trouble mentaux dus aux opiacés ou au cannabis ou à la cocaïne ou au tabac ou aux drogues multiples.

[1] GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2013 ; (16-17-18) : 163-168.

Population adulte

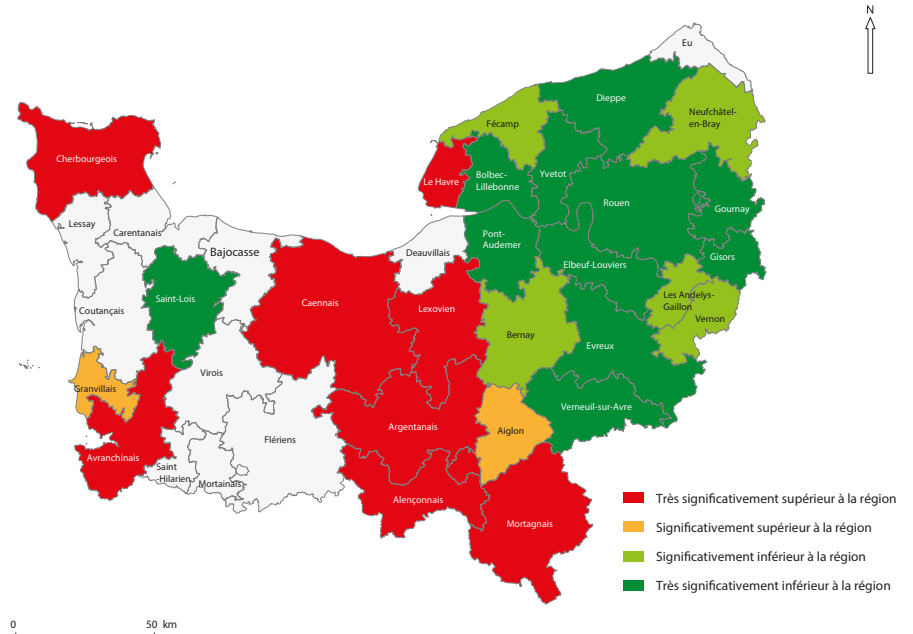


Un recours hospitalier pour intoxication éthylique aiguë davantage marqué en ex Basse-Normandie

Les intoxications éthyliques aiguës témoignent d'un usage ponctuel nocif d'alcool ou d'une alcoolodépendance. Plusieurs études estiment que 10 % à 30 % des patients admis aux urgences présentent une intoxication éthylique aiguë en diagnostic principal ou associé.

L'analyse du recours hospitalier pour éthyliisme aigu via les données du PMSI nous montre une disparité importante entre les territoires avec des taux de recours significativement supérieurs à la région en ex Basse-Normandie. Plus précisément, l'est de l'ex région (de Caen à Mortagne) ainsi que l'extrême sud et nord du département de la Manche sont concernés. En ex Haute-Normandie, seul le territoire de santé de proximité du Havre présente également un taux de recours significativement plus élevé qu'au plan régional.

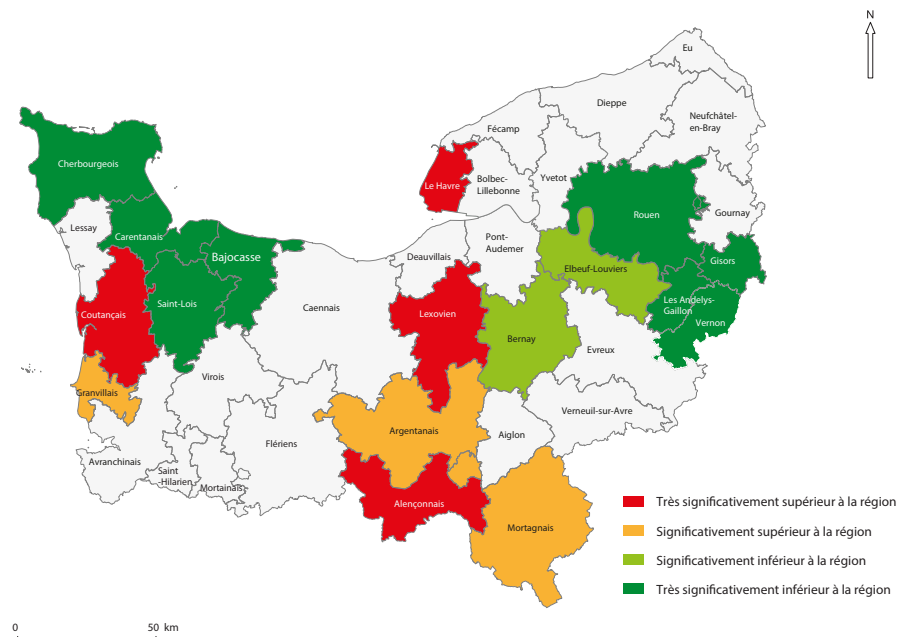
Taux standardisés de recours hospitalier pour intoxications éthyliques aiguës par territoire de proximité - 2015



Un recours hospitalier pour éthyliisme dépendant plus élevé dans le centre Manche, l'est de l'Orne et du Calvados et la pointe ouest de la Seine-Maritime

Sept territoires de proximité normands présentent un taux de recours hospitaliers pour éthyliisme dépendant significativement supérieur à celui observé en moyenne en région. Plus précisément les territoires concernés sont : Alençon, Lisieux, Coutances, Le Havre, Grainville, Argentan et Mortagne-au-Perche. A l'inverse, le sud de la Manche et l'ouest du Calvados, une partie du territoire de démocratie sanitaire de Rouen-Elbeuf et le territoire de Bernay sont moins concernés.

Taux standardisés de recours hospitalier pour éthyliisme dépendant par territoire de proximité - 2015



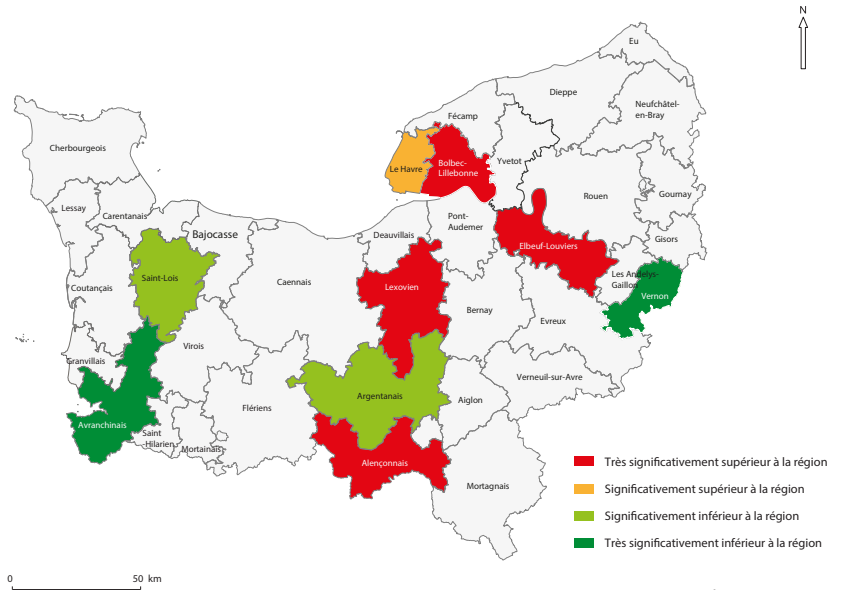


Cinq territoires de proximité présentent un recours hospitalier pour cirrhose alcoolique supérieur à la région

En 2015, le taux de recours hospitalier pour cirrhose alcoolique est très significativement supérieur à la région pour les territoires de proximité de Lisieux, Alençon, Bolbec et Elbeuf-Louviers. Le territoire de proximité du Havre se distingue également de la région mais de manière moins marquée. A l'inverse, les territoires d'Avranches, de Vernon, de Saint-Lô et d'Argentan présentent des taux de recours significativement moins élevés qu'en moyenne en Normandie.

De manière globale, trois territoires de proximité que sont Alençon, Lisieux et Le Havre, se distinguent par un recours hospitalier plus important qu'en région que cela soit pour cirrhose alcoolique ou pour éthylisme.

Taux standardisés de recours hospitalier pour cirrhose alcoolique par territoire de proximité - 2015



Sources : PMSI 2015 - Exploitation : ARS
Taux de recours standardisés sur le sexe et l'âge

Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool

L'analyse de la mortalité liée à l'alcool est réalisée via trois causes de décès majoritairement liées à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à cette consommation ainsi que le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

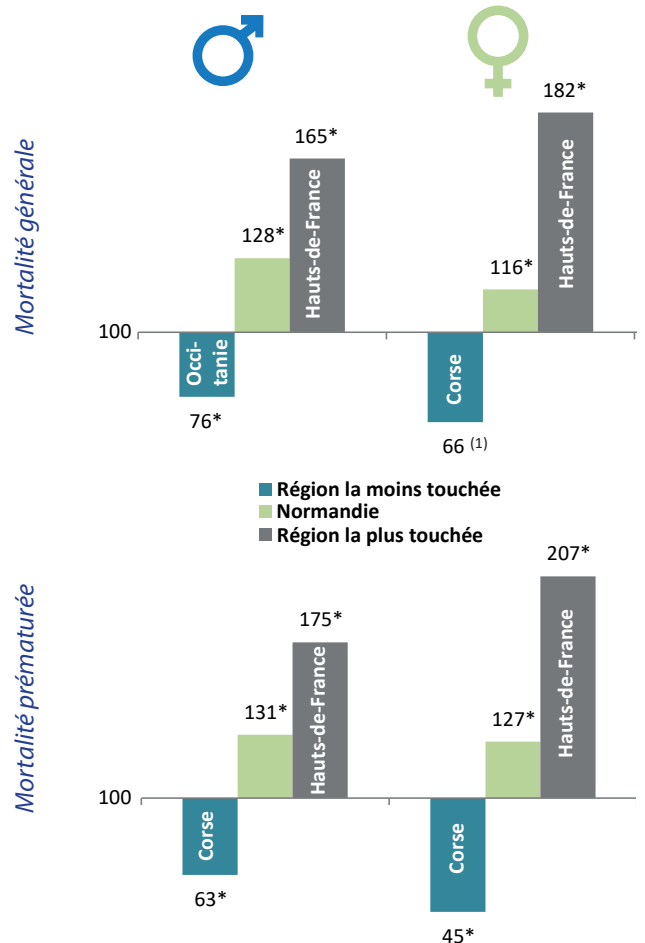
Une surmortalité régionale liée à une consommation excessive d'alcool chez les hommes comme chez les femmes

En Normandie, 1 242 décès en lien avec une consommation excessive d'alcool ont été recensés en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. Un décès sur 2 lié à cette consommation est survenu avant 65 ans.

Ainsi, la région présente une surmortalité significative de + 28 % chez les hommes et de + 16 % chez les femmes par rapport au niveau national (à structure d'âge et de sexe comparable). La région se place ainsi en 3^{ème} position des régions les plus touchées chez les hommes comme chez les femmes (derrière les régions Hauts-de-France et Bretagne).

Le même constat est observé si l'on considère la mortalité prématurée (avant 65 ans) avec une surmortalité régionale prématurée masculine et féminine de respectivement + 31 % et + 27 %. De nouveau, seules les régions Hauts-de-France et Bretagne présentent une situation plus dégradée.

Indice comparatif de mortalité liée à l'alcool selon le sexe 2011-2013



Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : FNORS

* Écart significatif avec le niveau national.

⁽¹⁾ Chez les femmes, l'écart observé entre la Corse et le niveau national n'est pas significatif. La région qui présente le plus faible ICM avec un écart statistiquement significatif est la région Auvergne-Rhône Alpes avec un ICM de 74.

Population adulte



Une mortalité liée à une consommation excessive d'alcool particulièrement importante dans les territoires de démocratie sanitaire de Dieppe, de Rouen-Elbeuf et de la Manche

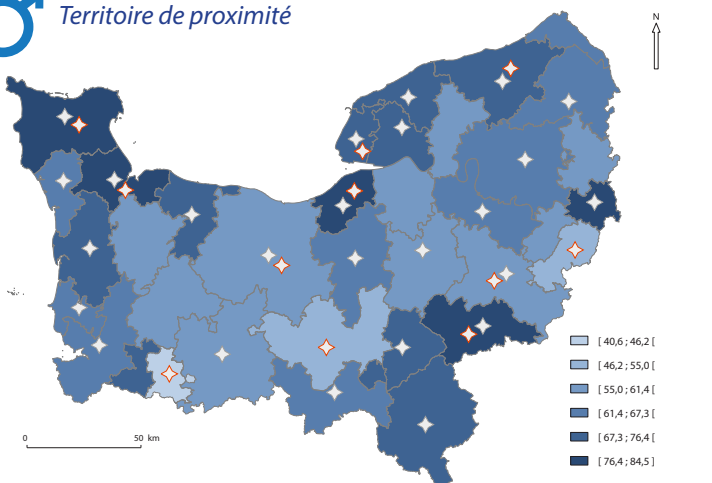
L'ensemble des territoires de santé de Normandie présentent une surmortalité masculine en lien avec une consommation excessive d'alcool par rapport au niveau national. Chez les femmes, seuls les territoires de santé de Dieppe, Evreux-Vernon, Le Havre et Rouen-Elbeuf se démarquent de la France métropolitaine.

Les taux standardisés de mortalité varient significativement d'un territoire de proximité à l'autre. En effet, le différentiel de mortalité entre le territoire le moins touché et celui présentant la mortalité la plus élevée est de 108 % chez les hommes et de 144 % chez les femmes. Ainsi, les territoires de proximité de Verneuil-sur-Avre, Gisors, Deauvillais, Carentanais et Cherbourgeois chez les hommes et Les Andelys-Gaillon, Lexovien, Elbeuf-Louviers et Eu chez les femmes, présentent la mortalité liée à l'alcool la plus élevée de la région avec un différentiel de mortalité supérieur ou égal à 50 % par rapport au niveau national.

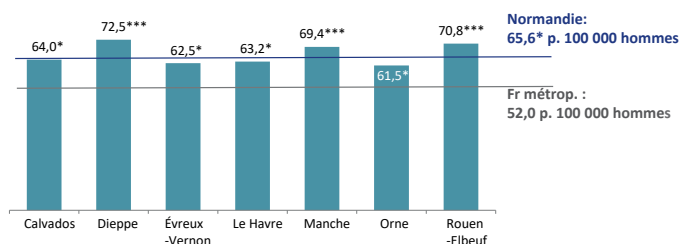
Taux comparatifs de mortalité liée à une consommation d'alcool par territoire de proximité et de démocratie sanitaire / 2006-2013



Territoire de proximité



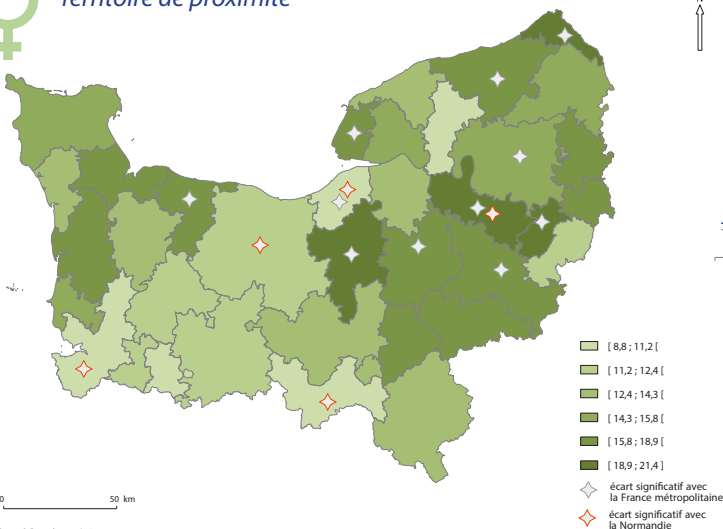
Territoire de démocratie sanitaire



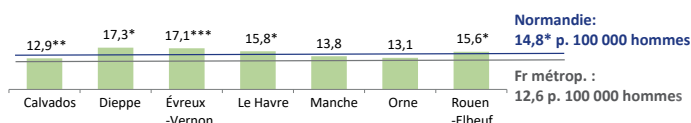
* Écart significatif avec la France métropolitaine
*** Écart significatif avec la France métropolitaine et la Normandie



Territoire de proximité



Territoire de démocratie sanitaire



* Écart significatif avec la France métropolitaine
** Écart significatif avec la Normandie
*** Écart significatif avec la France métropolitaine et la Normandie

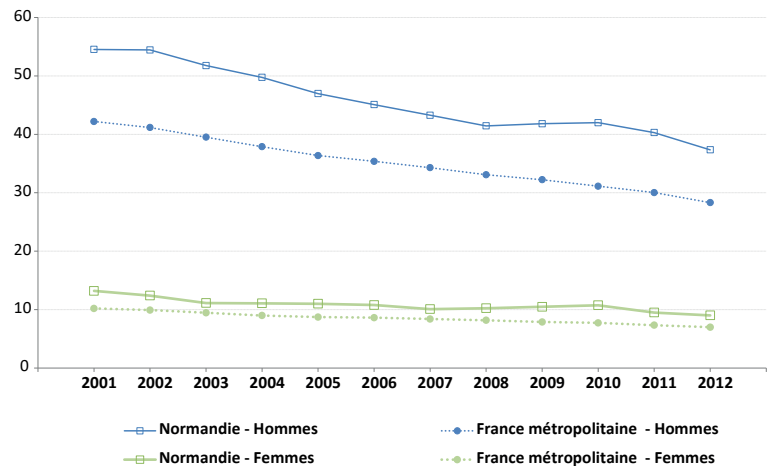
Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : ORS
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge



Un écart constant de mortalité entre les hommes et les femmes

Depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool a diminué de plus de 30 % chez les hommes comme chez les femmes. Le différentiel de mortalité observé entre les hommes et les femmes est resté le même entre le début de la période et la fin de la période considérée. Ainsi, les hommes présentent une mortalité prématurée liée à l'alcool 4 fois plus élevée que chez les femmes. Cet écart entre les hommes et femmes normandes est similaire à celui observé en France métropolitaine.

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée liée à l'alcool selon le sexe 2000-2013



Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : ORSBN
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge

Un écart de mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool par rapport au plan national qui s'est accentué

Entre 1989-1993 et 2009-2013, la diminution des taux de mortalité prématurée liée à l'alcool a été légèrement moins soutenue en Normandie qu'en France métropolitaine et ce quel que soit le genre considéré. Ainsi, le différentiel de mortalité constaté entre la région et le plan national s'est accentué.

Chez les hommes, la diminution de mortalité prématurée la moins soutenue est observée pour le territoire de santé de la Manche qui présente un différentiel de mortalité de + 45 % par rapport au plan national en 2009-2013 vs + 6 % en 1989-1993.

Chez les femmes, le territoire de santé de la Manche se démarque de nouveau avec une stagnation des taux de mortalité prématurée liée à l'alcool impliquant un inversement du différentiel de mortalité entre les deux périodes considérées.

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée liée à l'alcool selon le territoire de santé 1989-1993 / 2009-2013

Hommes	TCM prématurée 1989-1993	TCM prématurée 2009-2013	Evolution 1989-1993 / 2009-2013	Significativité de l'évolution des taux	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 1989-1993	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2009-2013
Calvados	75,1	39,3	-47,7%	s	26,0%	32,3%
Dieppe	82,9	41,9	-49,5%	s	39,2%	41,3%
Évreux-Vernon	75,6	34,6	-54,3%	s	26,9%	16,6%
Le Havre	81,6	38,6	-52,7%	s	36,9%	30,1%
Manche	63,3	43,1	-31,9%	s	6,3%	45,4%
Orne	69,9	34,1	-51,2%	s	17,2%	14,9%
Rouen-Elbeuf	88,8	43,6	-50,8%	s	48,9%	47,1%
Normandie	76,7	39,3	-48,7%	s	28,6%	32,6%
France métropolitaine	59,6	29,7	-50,2%	s	-	-

Femmes	TCM prématurée 1989-1993	TCM prématurée 2009-2013	Evolution 1989-1993 / 2009-2013	Significativité de l'évolution des taux	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 1989-1993	Ecart par rapport à la Frce métrop. (%) 2009-2013
Calvados	14,3	7,2	-49,9%	s	15,2%	-1,6%
Dieppe	15,1	12,2	-19,4%	ns	21,5%	66,9%
Évreux	17,5	12,0	-31,4%	s	40,9%	64,7%
Le Havre	16,5	10,5	-36,2%	s	32,4%	44,1%
Manche	9,5	9,4	-0,8%	ns	-23,7%	29,0%
Orne	16,6	8,3	-50,3%	s	33,6%	13,3%
Rouen	19,2	10,1	-47,4%	s	54,2%	38,3%
Normandie	15,4	9,7	-37,2%	s	23,7%	32,4%
France métropolitaine	12,4	7,3	-41,3%	s	-	-

Sources : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitation : ORSBN
Taux de mortalité p. 100 000 habitants standardisé sur l'âge
s : significatif / ns : non significatif au seuil de 5%



Population adulte



Accidentologie liée à l'alcool

La conduite sous l'emprise d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965 en France. La loi du 9 juillet 1970 fixe pour la première fois un seuil légal d'alcoolémie au-delà duquel la conduite d'un véhicule motorisé est interdite. Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite pour une concentration d'alcool dans le sang (alcoolémie) égale ou supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang. Pour les permis probatoires et les conducteurs de transports en commun routiers, l'alcoolémie maximale tolérée est inférieure à 0,2 g/l, soit un seuil équivalent à la tolérance zéro, l'organisme pouvant présenter naturellement une alcoolémie très faible, indépendamment de la prise d'alcool.

Une part d'accidents corporels avec alcool plus élevée en région

L'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) analyse chaque année le fichier national des accidents corporels de la circulation routière où sont consignés tous les renseignements concernant les accidents corporels parmi lesquels le dépistage et la mesure du taux d'alcoolémie. Pour diverses raisons (refus du conducteur, résultats des tests non connus au moment de l'enregistrement de l'accident), en 2015, le taux d'alcoolémie n'est pas connu pour 23 % des accidents corporels et pour 18 % des accidents mortels.

En 2015, 4 790 accidents corporels avec alcool ont été recensés en France entière, soit 11 % de l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu.

En région, 15 % des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu sont des accidents corporels avec alcool, plaçant ainsi la Normandie au 2^{ème} rang des régions de France métropolitaine les plus touchées par ce phénomène. Le département du Calvados présente la part la plus élevée de la région (17 %).

Depuis 2003, la part des accidents avec alcool dans l'ensemble des accidents au taux d'alcoolémie connu reste relativement stable en moyenne en France alors qu'elle augmente globalement en région Normandie. En région, un peu plus de 10 % des accidents corporels connus étaient en lien avec l'alcool en 2003 contre 15 % en 2014.

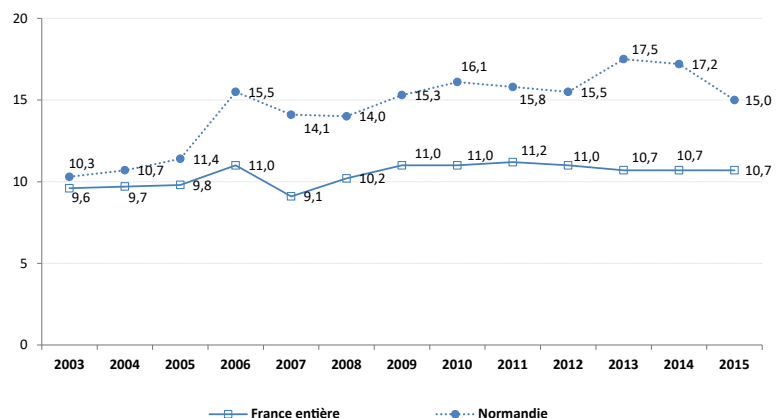
Nombre et part des accidents corporels et mortels avec alcool sur l'ensemble des accidents corporels et mortels au taux d'alcoolémie connu (%) 2015

	Accidents corporels		Accidents mortels	
	Nombre	%	Nombre	%
Calvados	74	16,6		
Eure	31	13,4		
Manche	61	13,3		
Orne	27	15,9		
Seine-Maritime	96	15,4		
Normandie	289	15,0	35	25,2
France entière	4 790	10,7	826	30,7

Source : ONISR
Exploitation : OFDT

■ Effectifs départementaux trop faibles

Évolution de la part des accidents corporels avec alcool sur l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu (%) 2003-2015



Source : ONISR
Exploitation : OFDT



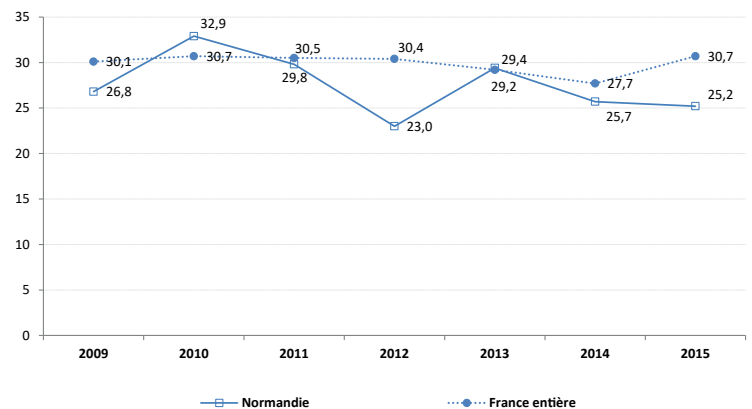
L'alcool : cause principale de 25 % des accidents mortels

En 2014, 826 accidents mortels avec alcool ont été recensés en France entière, soit 31 % de l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu.

En région, cette proportion est de 25 % des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu, plaçant ainsi la Normandie au 3^{ème} rang des régions de France métropolitaine les moins touchées par ce phénomène.

Après 3 années de baisse, la part des accidents mortels avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu augmente en France entière. En région, la part d'accidents mortels mettant en cause l'alcool reste stable.

Part des accidents mortels avec alcool sur l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu (%) 2009/2015



Source : ONISR
Exploitation : OFDT

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent (près de 3 500 points de collecte). La remontée des BAAC emprunte un circuit différent selon qu'ils ont été établis par les services de gendarmerie ou de la police nationale. Les informations sont centralisées in fine à l'ONISR où elles subissent de nombreux contrôles et corrections.

Pour l'alcool : lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués et le cas échéant des piétons (dépistage et mesure du taux d'alcoolémie par prise de sang pour les usagers décédés ou grièvement blessés, éthylotest pour les indemnes et les blessés légers).

Définitions :

Accidents avec alcool : accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé, au moment de la prise de sang ou de l'éthylotest.

Taux d'alcoolémie légal (depuis le décret du 29 août 1995) : 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré); il s'agit d'un délit à partir de 0,8 g/l de sang (0,4 mg/l d'air expiré).

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation :

- Certains BAAC ne sont pas remplis ou ne sont pas transmis à l'ONISR.
- L'alcoolémie (dépistage - résultat) n'est pas forcément connue (prise de sang impossible du fait de la gravité de l'accident, résultat de la prise de sang inconnu, refus (rare)).



FAITS MARQUANTS EN NORMANDIE

Une situation normande préoccupante qui cache des disparités territoriales importantes en termes de comportements, de prises en charge et de conséquences sanitaires

- Des comportements addictifs déclarés moins fréquents en ex Haute-Normandie (alcool, tabac et cannabis) tant chez les adultes que chez les jeunes. Une situation plus préoccupante en ex Basse-Normandie avec des usages plus fréquents chez les jeunes (usage régulier, ivresse) et similaire au plan national chez les adultes.
- Une offre médico-sociale (CSAPA et CAARUD) particulièrement concentrée sur les départements de Seine-Maritime et de l'Eure.
- Une surmortalité masculine et féminine liée à une consommation de tabac constatée en région par rapport au plan national. Les territoires de démocratie sanitaire de l'Orne (chez les hommes et les femmes) et de d'Evreux-Vernon chez ces dernières sont particulièrement concernés.
- Un recours hospitalier lié à l'alcool plus élevé en région et une surmortalité importante liée à une consommation excessive d'alcool chez les hommes comme chez les femmes par rapport au plan national. De manière globale, trois territoires de proximité que sont Alençon, Lisieux et Le Havre, se distinguent par un recours hospitalier plus important qu'en région que cela soit pour cirrhose alcoolique ou pour éthyliste. En terme de mortalité, la situation est particulièrement dégradée pour les territoires de démocratie sanitaire de Dieppe, Rouen-Elbeuf et la Manche chez les hommes et d'Evreux-Vernon chez les femmes (surmortalité par rapport à la France métropolitaine et la Normandie).

Des comportements qui évoluent différemment selon le territoire et le produit considéré

Constat national :

- **Pendant les années collège :** un net recul des usages d'alcool expérimentation, usage récent et ivresse, ainsi qu'une baisse des usages récents de tabac au cours de cette même période.
- **À 17 ans :** une augmentation des usages pour l'ensemble des produits (à l'exception des alcoolisations ponctuelles importantes répétées en recul).
- **Chez les adultes :** une diminution de la consommation de tabac et de l'usage quotidien d'alcool mais une augmentation des consommations d'alcool occasionnelles, des ivresses et des API constatées chez les femmes et une augmentation de l'usage de cannabis et de cocaïne.

En Normandie

- **À 17 ans :** une forte augmentation de l'usage régulier d'alcool est constatée en ex Basse-Normandie ainsi qu'une stagnation de l'usage quotidien de tabac, de l'usage régulier de cannabis et d'API répétées. À l'inverse, on observe une baisse significative des API et de l'usage quotidien de tabac en ex Haute-Normandie ainsi qu'une stagnation de l'usage d'alcool. Toutefois une augmentation de l'usage régulier de cannabis en ex Haute-Normandie est également observée.
- **Chez les adultes :** une forte augmentation des consommations de tabac est observée en ex Basse-Normandie entre 2005 et 2010. A l'inverse, l'ex Haute-Normandie présente une baisse des usages notamment en ce qui concerne l'usage quotidien d'alcool.

Des taux de mortalité qui évoluent différemment selon le genre et le territoire considéré

- Une mortalité prématurée (avant 65 ans) liée au tabac toujours plus fréquente chez les hommes malgré une réduction des écarts constatés entre les hommes et les femmes, liée à une hausse des taux de mortalité par cancer de la trachée des bronches et du poumon chez les femmes, conséquence d'une augmentation des prévalences de consommation chez ces dernières.
- Un différentiel de mortalité prématurée lié au tabac entre la région et la France métropolitaine qui est resté stable chez les hommes (+10 %). Chez les femmes, suite à une augmentation plus élevée de la mortalité prématurée en région, cette dernière ne présente plus de sous-mortalité par rapport au plan national.
- Un différentiel régional de mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool entre les hommes et les femmes constant et similaire à celui observé en France métropolitaine.
- Un différentiel de mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool entre la Normandie et la France métropolitaine qui s'est accentué du fait d'une diminution moins soutenue en région des taux de mortalité et ce quel que soit le genre considéré.



TABLEAU DE SYNTHÈSE

	Calvados	Manche	Orne	Eure	Seine-Maritime
Usage quotidien de tabac à 17 ans		+			=
Usage régulier d'alcool à 17 ans		+			-
Ivresses répétées à 17 ans		+			-
API répétées à 17 ans		=			-
Expérimentation de cannabis à 17 ans		=			-
Usage régulier de cannabis à 17 ans		=			-
Evolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans		=			↘
Evolution de l'usage régulier d'alcool à 17 ans		↗			=
Evolution de l'ivresse répétée à 17 ans		=			=
Evolution de l'API à 17 ans		=			↘
Evolution de l'expérimentation de cannabis à 17 ans		↗			↗
Evolution de l'usage régulier de cannabis à 17 ans		=			↗
Usage quotidien de tabac 15-75 ans		=			=
Usage quotidien d'alcool 15-75 ans		=			-
API hebdomadaires 15-75 ans		=			-
Ivresses répétées 15-75 ans		=			-
Usage actuel de cannabis 15-64 ans		=			=
Evolution de l'usage quotidien de tabac 15-75 ans		↗			=
Evolution de l'usage quotidien d'alcool 15-75 ans		=			↘
Evolution de l'usage actuel de cannabis 15-64 ans		=			=
Nombre de CSAPA	3	2	1	7	14
Nombre de CAARUD	1	0	1	1	5
Equipe hospitalière de liaison en addictologie	4	1	5	4	8
Consultation hospitalière en addictologie	4	3	4	5	7
Densité de médecins généralistes	+	-	-	-	=
Recours CSAPA - Tabac	-	-	-	-	+
Recours CSAPA - Alcool	-	-	-	+	+
Recours CSAPA - Cannabis	-	-	-	-	-
Recours CAARUD	-	-	-	-	=
Recours à l'hospitalisation MCO/SSR - Alcool	+	=	+	+	+
Recours à l'hospitalisation MCO/SSR - Drogues	=	-	=	+	+
Recours hospitalier pour intoxications éthyliques aiguës	+	+	+	-	-
Mortalité liée à une consommation de tabac	+	+	=	=	+
Mortalité liée à une consommation d'alcool	+	+	+	+	+

- + Prévalence, recours et mortalité plus importante qu'au plan national (par rapport à la région pour le recours pour intoxications éthyliques aiguës)
- Prévalence, recours et mortalité moins importante qu'au plan national (par rapport à la région pour le recours pour intoxications éthyliques aiguës)
- = Prévalence, recours et mortalité semblable au plan national (pas de différence statistiquement significative entre les échelons géographiques considérés)
- ↗ Augmentation significative des prévalences entre les dernières périodes d'enquêtes (2010-2014 chez les 17 ans et 2005-2010 chez les 15-75 ans)
- ↘ Baisse significative des prévalences entre les dernières périodes d'enquêtes (2010-2014 chez les 17 ans et 2005-2010 chez les 15-75 ans)
- = Évolution non significative des prévalences entre les dernières périodes d'enquêtes (2010-2014 chez les 17 ans et 2005-2010 chez les 15-75 ans)
- Situation plus défavorable par rapport au plan national (ou régional)
- Situation moins défavorable par rapport au plan national (ou régional)

- Un territoire de l'ex Basse-Normandie qui cumule des indicateurs défavorables : des usages plus élevés ou au mieux semblables au plan national et en augmentation (ou stagnation), une surmortalité et une surmortalité, une offre de soins moins développée (médecins généralistes, CSAPA, CAARUD).
- Un territoire de l'ex Haute-Normandie qui certes présente des indicateurs sanitaires encore défavorables mais qui se caractérise par des usages moins importants et majoritairement en baisse, ainsi qu'une offre de soins plus développée.

- Des taux de recours en CSAPA et CJC les plus faibles dans les territoires ayant globalement des usages plus fréquents.



CHIFFRES CLÉS EN RÉGION ET PAR DÉPARTEMENT

NORMANDIE

ALCOOL

12 % des jeunes de 17 ans sont consommateurs réguliers (17 % en ex Basse-Normandie et 8 % en ex Haute-Normandie)	18 % des jeunes de 17 ans ont une alcoolisation ponctuelle importante \geq 3 fois par mois	6 % des 15-75 ans présentent un usage à risque chronique ou de dépendance
289 accidents corporels de la route liés à l'alcool en 2015	35 accidents mortels de la route liés à l'alcool en 2015	+ 25 % Surmortalité liée à l'alcool tous âges par rapport au plan national (28 % chez les hommes et 16% chez les femmes)

TABAC

33 % des jeunes de 17 ans présentent un usage quotidien (37 % en ex Basse- Normandie et 29 % en ex Haute-Normandie)	5 points de diminution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans en ex Haute-Normandie	+ 8 % Surmortalité liée au tabac tous âges par rapport au plan national (situation similaire chez les hommes et chez les femmes)
32 % des 15-75 ans ex Bas-Normands ont un usage quotidien de tabac (30 % en ex Haute-Normandie)	9 points d'augmentation de l'usage quotidien de tabac des 15-75 ans en ex Basse-Normandie (stagnation en ex Haute-Normandie)	

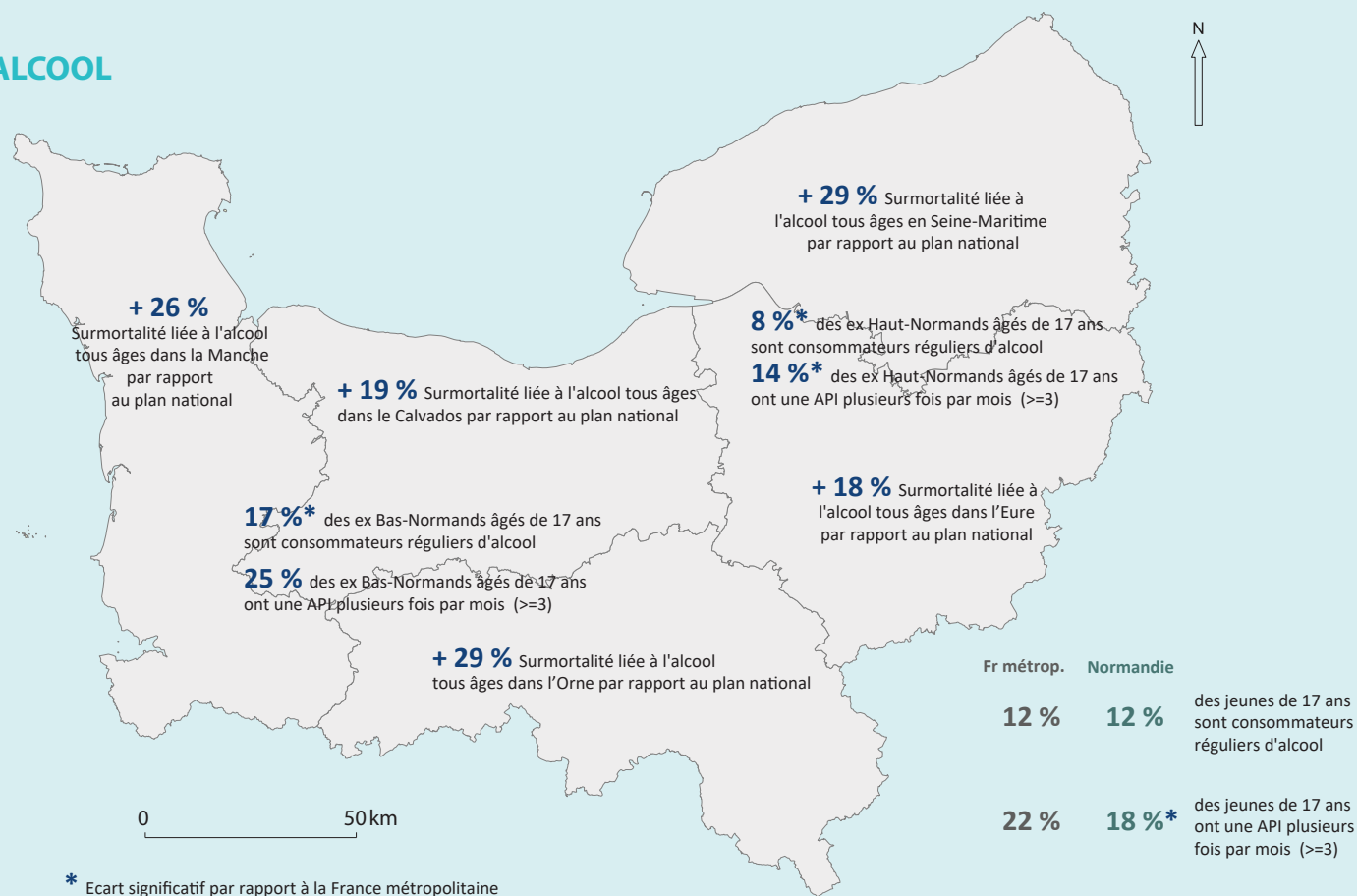
CANNABIS

46 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis (49 % en ex Basse- Normandie et 43 % en ex Haute-Normandie)	8 et 7 points d'augmentation de l'expérimentation de cannabis à 17 ans en ex Basse-Normandie et ex Haute-Normandie	31 % des 15-64 ans ont expérimenté le cannabis
7 % des jeunes de 17 ans ont un usage régulier de cannabis (prévalence identique entre les deux ex régions)	3 points d'augmentation de l'usage régulier de cannabis à 17 ans en ex Haute-Normandie (stagnation en ex Basse-Normandie)	3 - 5 % des 15-64 ans ont un usage récent (au cours du mois)

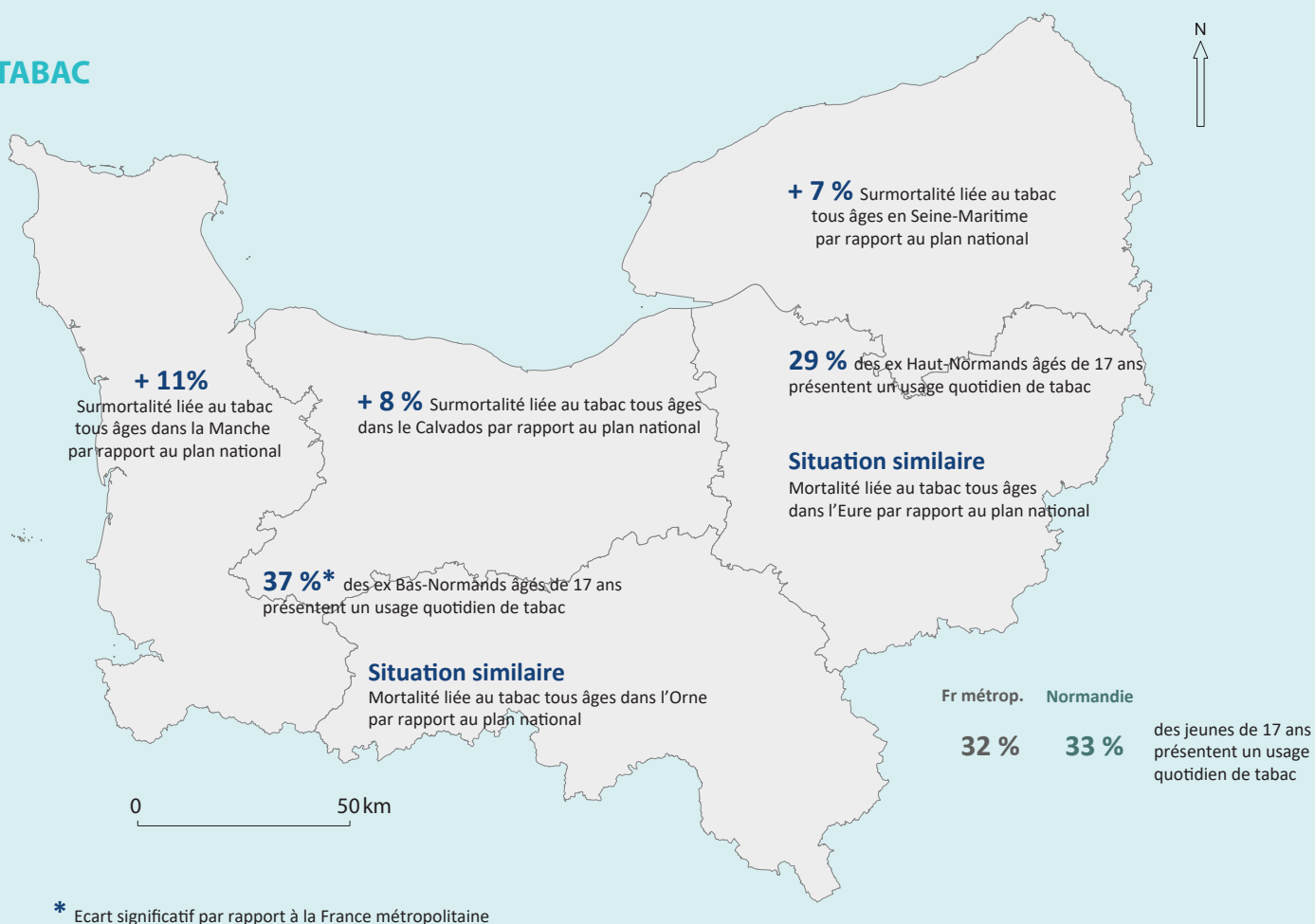
PRISE EN CHARGE

27 CSAPA implantés en région	81,5 Taux de recours en CSAPA en 2015 pour 10 000 habitants âgés de 20-69 ans	8 CAARUD implantés en région	7,5 Taux de recours en CAARUD en 2015 pour 10 000 habitants âgés de 20-69 ans
22 CJC implantées en région	22,9 Taux de recours en CJC en 2015 pour 10 000 habitants âgés de 16-25		

ALCOOL

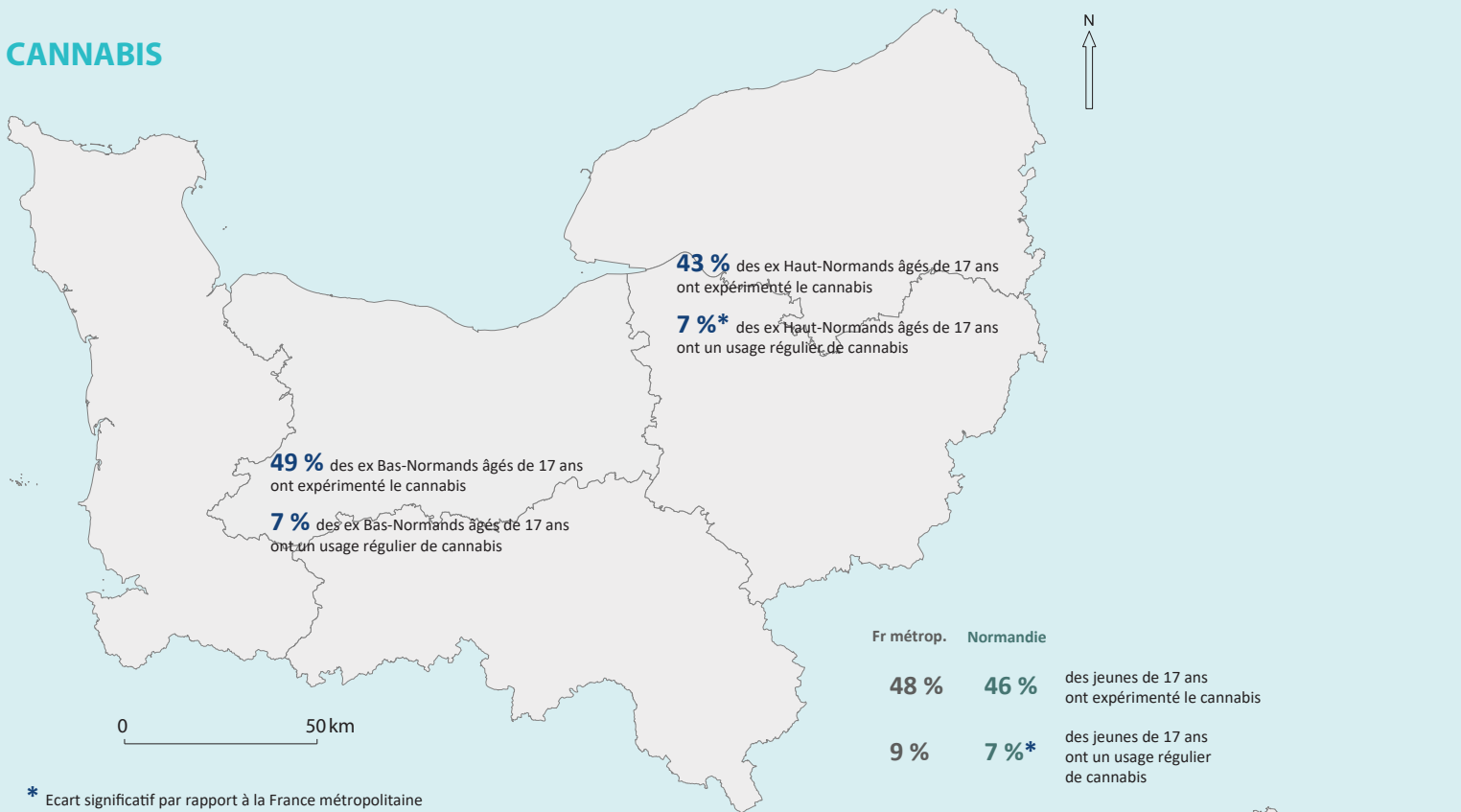


TABAC





CANNABIS



PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE



Sigles et abréviations



- API : Alcoolisation ponctuelle importante
- ARS : Agence régionale de santé
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- BAAC : Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation
- BHD : Buprénorphine haut dosage
- CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues
- CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CJC : Consultation jeunes consommateurs
- CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
- HBSC : Health behaviour in school-aged children
- FNORS : Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé
- g/l : gramme par litre
- ICM : Indice comparatif de mortalité
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- InVS : Institut de veille sanitaire
- IST : Infection sexuellement transmissible
- MCO : Médecine chirurgie obstétrique
- mg/l : milligramme par litre
- OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- ONISR : Observatoire national interministériel de la sécurité routière
- ORS : Observatoire régional de la santé
- PES : Programme d'échange de seringues en pharmacie
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale
- SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution
- SSR : Soins de suite et de réadaptation
- TSO : Traitement de substitution aux opiacés
- TCM : Taux comparatif de mortalité
- VADS : Voies aérodigestives supérieures





- ANDLER R., GUIGNARD R., WILQUIN J.L., BECK F. et NGUYEN-THANH V. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014. Évolutions. INPES. n° 33, 2015, 6 p.
- BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NÉZET O. et SPILKA S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances. OFDT. n° 99, 2015, 8 p.
- BRISACIER AC., COLLIN C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Tendances. OFDT. n° 94, 2014, 8 p.
- CADET-TAÏROU A., SAÏD S. et MARTINEZ M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances. OFDT. n° 8, 2015, 8 p.
- CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., MARTINEZ M. et Thomas NÉFAU T. Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). Tendances. OFDT. n° 105, 2015, 6 p.
- EHLINGER V., SPILKA S., RICHARD J.-B. et GODEAU E. La santé des collégiens en France /2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Méthodologie générale, Saint-Denis, INPES, 2016, 6 p.
- GODEAU E., NAVARRO F. et ARNAUD C. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Saint-Denis, INPES, 2012, 250 p.
- GUÉRINO., MICHELOT F., LEFEBVRE A., THOMAS N., TRUGEON A. La santé des jeunes en Haute-Normandie – Consommation de substances psychoactives. Classe de 2^{de}. Résultat de l'enquête INDicateur de Suivi en Santé menée en 2012-2013. OR2S. février 2015, 8 p.
- GUÉRINO., MICHELOT F., LEFEBVRE A., THOMAS N., TRUGEON A. La santé des jeunes en Haute-Normandie – Consommation de substances psychoactives. Classe de 5^e. Résultat de l'enquête INDicateur de Suivi en Santé menée en 2012-2013. OR2S. février 2015, 8 p.
- HILL C., LAPLANCHE A, « Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2003, n°22-23, p.98-100.
- INSERM, Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2014, 482 p.
- LALAM N., WEINBERGER D., LERMENIER A. et MARTINEAU H., « L'observation du marché illicite de tabac en France », INHESJ-OFDT, 2012, 49 p.
- LE NÉZET O., GAUDUCHON T., et SPILKA S. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. Tendances. OFDT. n° 102, 2015, 8 p.
- OBRADOVIC I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances. OFDT. n° 101, 2016, 8 p.
- PALLE C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Tendances. OFDT. n° 110, 2016, 8 p.
- PROTAIS C., GÓMEZ C., SPILKA S. et OBRADOVIC I. Évolution du public des CJC (2014-2015). Tendances. OFDT. n° 107, 2016, 4 p.
- RICHARD JB., PALLE C., GUIGNARD R., NGUYEN-THANH V., BECK F. et ARWIDSON P. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. INPES. n° 32, 2015, 6 p.
- SPILKA S., EHLINGER V., LE NÉZET O., PACORICONA D., NGANTCHA M. et GODEAU E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». Tendances. OFDT. n° 106, 2015, 8 p.
- YON A., PASQUIER J., LE RETIF S., BROUDIN E., DESPRES P. Info santé Basse-Normandie. Enquête santé des Bas-Normands : La consommation d'alcool. avril 2014, 8 p.
- YON A., PASQUIER J., LE RETIF S., BROUDIN E., DESPRES P. Enquête santé des Bas-Normands : recueil d'analyses thématiques 2012-2015. avril 2016, 140 p.

Conception graphique :
ORS BN

Crédits images :
shutterstock <http://www.shutterstock.com>

Copyrights :
© Adobe InDesign
© Adobe Illustrator





Agence régionale de santé de Normandie

Espace Claude Monet, 2 Place Jean Nouzille

14 000 Caen

Téléphone : 02 31 70 96 96

Site Internet : www.normandie.ars.sante.fr

Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie

Espace Robert Schuman - 3 Place de l'Europe

14 200 Hérouville-Saint-Clair

Téléphone : 02 31 43 63 36 - Mail : contact@orsbn.org

Site Internet : www.orsbn.org