

Addictions

Etat des lieux en Languedoc-Roussillon

Version finale • juillet 2005

- I. Eléments statistiques**
- II. Le dispositif de prise en charge**
- III. Les actions de prévention**
- IV. Les priorités proposées**

La lutte contre les drogues licites et illicites est une priorité de l'action gouvernementale concrétisée par la signature, par le 1^{er} Ministre, du Plan gouvernemental 2004-2008 de la MILDT.

Parallèlement, dans le cadre de la préparation du Plan Régional de Santé Publique, une réflexion s'est engagée pour mieux prendre en compte régionalement les questions d'addictions.

Ce document a été élaboré afin de mesurer l'importance du phénomène en Languedoc Roussillon et les réponses offertes sur chaque territoire.

La première partie dresse un bilan statistique de la situation.

La deuxième partie s'attache à présenter la cartographie régionale du dispositif « addictions », les points forts et les points faibles de chaque département.

Cet état des lieux ne prétend toutefois pas à l'exhaustivité. Il doit apparaître comme un outil de travail, un support de réflexion évolutif auquel chacun est invité à participer.

**Ont contribué à la rédaction
de cet état des lieux**

**La DRASS LR pour la présentation
cartographique des dispositifs de
prise en charge et les actions de
prévention**

Régis Cornut

**Les DDASS de l'Hérault, des
Pyrénées Orientales, du Gard, de
l'Aude, de la Lozère pour les
caractéristiques départementales**

Dr C. Candillier, Dr. A. Vinot,
Dr J. Montigny, Dr E. Enard,
Dr. Durandin

**Le CIRDD SOS DI pour la partie
statistique**

Nathalie Guez

I. <u>Eléments statistiques</u>	
Généralités	3
1. Les drogues illicites	5
1.1 Recours au dispositif médico-social	5
1.2 Le matériel d'injection stérile	8
1.3 Les traitements de substitution aux opiacés	9
1.4 Le profil des patients suivis en centres de soins et structures hospitalières spécialisées	13
1.5 Usagers de drogues et pathologies associées	13
1.6 Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants	14
2. L'alcool	15
2.1 Profil des usagers et recours au dispositif de soin	15
2.2 Mortalité liée à l'alcoolisme	17
3. Le Tabac	19
3.1 Les données de vente	19
3.2 Mortalité liée au tabac	19
3.3 Femmes et tabagisme	
4. Substances psychoactives et adolescence	24
4.1 La situation dans le Languedoc-Roussillon en 2003	24
4.2 En classe de 3 ^{ème}	25
II. <u>Le dispositif de prise en charge</u>	
1. Organisation régionale du dispositif de prise en charge	26
2. Les caractéristiques départementales	28
2.1 Département de l'Aude	28
2.2 Département du Gard	29
2.3 Département de l'Hérault	29
2.4 Département de la Lozère	30
2.5 Département des Pyrénées Orientales	30
III. <u>Les actions de prévention des addictions</u>	
1. Couverture territoriale des actions	31
2. Les caractéristiques départementales	31
2.1 Département de l'Aude	31
2.2 Département du Gard	32
2.3 Département de l'Hérault	32
2.4 Département de la Lozère	33
2.5 Département des Pyrénées Orientales	33
IV. <u>Les priorités proposées</u>	34
Annexes	
1. Liste régionale des structures de prise en charge des addictions	
2. Statistiques : tableau des sources exploitées	

I. Eléments statistiques

Généralités

Définitions

« Une drogue est un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, consommé en vue de modifier l'état de conscience et ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance (...). Par convention, le terme « drogues » couvre ainsi l'ensemble des produits psychoactifs comprenant les substances illicites, les médicaments détournés, l'alcool et le tabac »¹. Cette évolution récente de la définition des drogues ne s'appuie donc pas exclusivement sur la toxicité intrinsèque des produits mais tient compte également des conséquences des consommations sur la santé et la vie en société.

Cette consommation se caractérise par deux aspects fondamentaux : la quantité consommée et la fréquence de consommation. C'est pourquoi l'approche par les « modes de consommation » est venue suppléer l'approche « produits » introduisant une graduation dans les comportements des usagers. La communauté scientifique² en distingue trois catégories : l'usage expérimental, occasionnel voire régulier mais n'entraînant pas de dommages, l'usage nocif (ou abusif) et la dépendance considérée comme un comportement psychopathologique plaçant le produit au centre de la vie de l'utilisateur et impliquant des dommages sanitaires, sociaux ou judiciaires.

C'est dans cette dernière acception que s'entend le terme de toxicomanie lorsque l'addiction concerne les drogues illicites. Mais on parle désormais de conduites addictives, quelles que soient les substances consommées seules ou en association (polyconsommation / polyaddictions).

Ces évolutions se sont traduites par des mutations dans les choix de santé publique et les démarches de prévention, de soins et d'accompagnement social. Elles impliquent une nécessaire coordination entre les dispositifs spécialisés et non spécialisés donnant lieu à l'organisation de filières de soins informelles et à la création de réseaux.

¹ Définition de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

² OMS (CIM 10-1992) et l'Association américaine de psychiatrie (DMS IV-1994)

Méthodologie

Au plan national, les mesures des consommations de substances psychoactives trouvent leurs sources dans les enquêtes en population générale et les statistiques de vente.

Pour les drogues illicites, les principales données chiffrées se rapportent aux usages ayant conduit les consommateurs à avoir recours au dispositif de prise en charge ou aux conséquences pénales. Elles n'offrent donc qu'un éclairage partiel de la réalité. Il en va de même pour les médicaments psychoactifs dont la frontière entre usages thérapeutiques et consommations détournées demeure difficile à tracer.

Les consommations de substances psychoactives licites et illicites à l'adolescence font en revanche l'objet de nombreuses enquêtes fiables sur l'évolution des comportements.

La collecte d'indicateurs locaux a été précédée d'un vaste travail bibliographique. Celui-ci a permis de constater la carence en matière de littérature, d'études spécifiques et banques de données régionales.

La partie épidémiologique de cet état des lieux a été rédigée à partir de l'extraction et du croisement des derniers indicateurs régionaux et départementaux disponibles produits au niveau national (OFDT, InVS, INPES, OCTRIS, FNORS...). Ces statistiques ont été complétées par des sources régionales (DRASS LR, DDASS, ORS, CEIP...) et les rapports d'activité des dispositifs de soins spécialisés.

1. Les drogues illicites

Contexte national

Les consommations sont en hausse pour le cannabis, expérimenté par un français sur cinq de 18 à 75 ans alors que la consommation des autres drogues illicites demeure marginale (1 à 2% des adultes)³. Avec 150.000 à 180.000 usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes », le recours aux soins a fortement augmenté entre 1989 et 2000. Cette évolution est liée au développement des traitements de substitution (environ 100.000 personnes aujourd'hui). Les prises en charge liées au cannabis sont de plus en plus nombreuses (15% en 1999). 64.000 usagers de drogues illicites ont eu recours aux structures spécialisées en 1999 alors que les médecins généralistes voient en moyenne 1,7 patient par mois. L'essentiel des prescriptions de Subutex® se fait en médecine de ville (entre 91 et 99% selon les territoires). Les polyconsommations apparaissent dans un recours sur deux. La politique dite de « Réduction des Risques » a entraîné une réduction de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues, du nombre d'interpellations pour les usagers d'héroïne, des décès par surdose et du coût social de la toxicomanie. Mais la prévalence du VHC a augmenté pour atteindre plus de 60% des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Dans la population inscrite dans un parcours de soins, les pratiques d'injection, fréquentes au cours des années 90, sont actuellement en régression. Les experts relèvent un bon respect de la prescription des traitements de substitution (60 à 70% de bonnes observances⁴). Une étude de la CNAMTS met en évidence des abus et usages détournés pour environ 10% des personnes traitées par le Subutex® seul, ces abus sont quasiment inexistantes avec la Méthadone.

1.1 Recours au dispositif médico-social

L'analyse montre que le Languedoc-Roussillon se maintient au niveau des régions les plus traditionnellement touchées par la toxicomanie. Selon l'enquête du DREES effectuée chaque année au mois de novembre⁵, en 2002, 1.053 toxicomanes ont eu recours au dispositif médico-social plaçant la région au 7^{ème} rang des régions françaises. Cette enquête nationale concerne les centres spécialisés, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux non spécialisés. Elle porte sur les personnes ayant eu une prise en charge, que cette prise en charge ait débuté en novembre ou avant, et ayant eu une consommation régulière et prolongée de produits illicites ou licites au cours des derniers mois. Mais la dépendance alcoolique n'est pas prise en compte.

Si la plupart des départements de la région se situent dans la moyenne nationale (15,0) en terme de recours pour 10.000 habitants de 20 à 39 ans, les Pyrénées-Orientales se distinguent par un taux supérieur (23,7). Ces données ne couvrent cependant pas la totalité des offres de soins. Elles ne tiennent pas compte, en particulier, des patients substitués accueillis en cabinet de ville (1,6 consultations/mois⁶ soit environ 97.500 usagers de drogues) ou dans les centres médico-sociaux non spécialisés.

le Languedoc-Roussillon se maintient au niveau des régions les plus touchées par la toxicomanie.

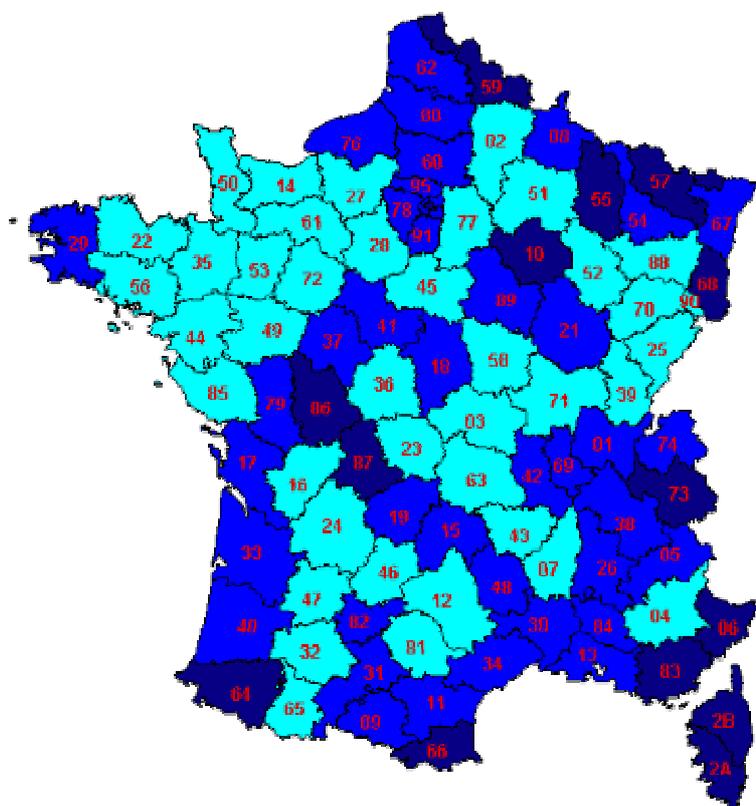
³ OFDT. Drogues et dépendances : indicateurs et tendances. 2002. 386 p.

⁴ « les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés et la place des traitements de substitution ». Conférences de consensus des 23 et 24 juin 2004.

⁵ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures médico-sociales, DREES.

⁶ INPES. Baromètre Santé médecins/pharmaciens. p 172. 2003.

**Recours par habitant des
usagers de drogues au
dispositif médico-social
en novembre 2002**



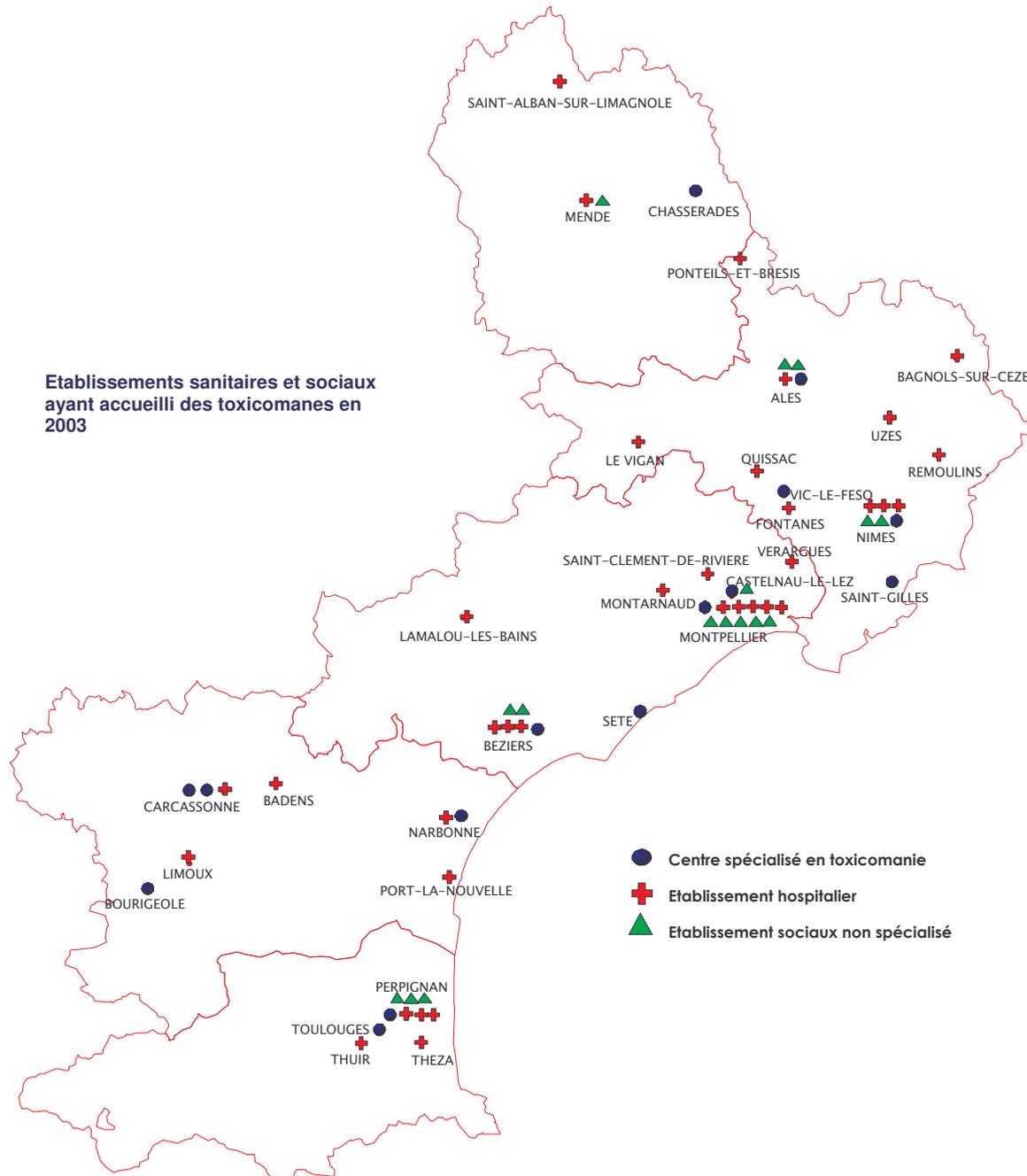
Nombre de recours par 10.000
hab. de 20 à 39 ans
(moyenne nationale = 15,0)



Source ILIAD exploitation OFDT

Source d'après DREES/DGS et INSEE

En complément, la carte suivante présente les structures sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon ayant déclaré recevoir des personnes toxicomanes⁷.



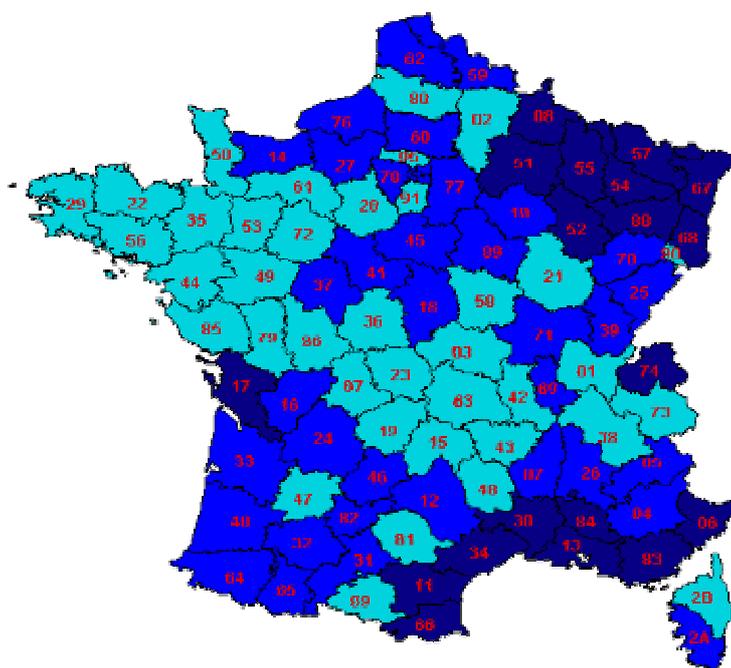
⁷ Toxicomanies dans les structures sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon.DRASS-info n°34. Juin 2005.

1.2 Le matériel d'injection stérile

Avec 160.881 Stéribox® vendus, la région se situe au 6^{ème} rang avec des écarts importants selon les territoires et une moyenne de 25 Stéribox® vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans.

Une baisse des ventes de matériels d'injection à l'exception des Pyrénées Orientales

L'Hérault occupe le 7^{ème} rang des départements français, la Lozère en revanche se place au 96^{ème} rang avec une moyenne de 6,5 Stéribox® pour 100 habitants. On note par ailleurs une baisse des ventes par rapport à l'année antérieure pour l'ensemble des départements (de -2% dans l'Aude à -21% en Lozère) à l'exception des Pyrénées Orientales qui connaissent une légère augmentation de 0,4%.



Ventes de Stéribox® par habitant en 2002 par département

En nombre de Stéribox par 100 habitants de 20 à 39 ans (moyenne nationale = 15,9)



Source ILIAD exploitation OFDT d'après SIAMOIS/InVS et INSEE

Ventes de Stéribox® en Languedoc-Roussillon en 2002/Source ILIAD exploitation CIRDD .

Département	nombre d'unités	Ventes pour 100 habitants de 20 à 39 ans	Rang classement du dépt	évolution des ventes par rapport à l'année antérieure (en %)
Hérault	76.354	29	7 ^{ème}	-5
Pyrénées Orientales	30.497	32	4 ^{ème}	0,4
Gard	34.830	22	19 ^{ème}	-4
Aude	17.990	24	11 ^{ème}	-2
Lozère	1.210	6	88 ^{ème}	-21

Mais l'enquête⁸ ne prend en compte que les ventes pharmaceutiques omettant le volume significatif de dons effectués par les Programmes d'Echanges de Seringues (PES) implantés sur le territoire tels que :

Dans les Pyrénées Orientales : un système d'échange gratuit de matériels d'injection, piloté par ASCODE, association de Réduction des Risques, rassemble une boutique, une équipe mobile et un réseau de pharmaciens [les Points Echange Matériels d'Injection du département des Pyrénées Orientales (PEMI-PO)]. En 2002, ce dispositif a supplanté les ventes (33.000 unités comptabilisées dans le système d'information national et 150.000 kits distribués⁹.

Dans l'Hérault (Montpellier) : un collectif d'associations de Réduction des Risques a distribué 95.000 seringues en 2002¹⁰.

Dans l'Aude (Carcassonne et Narbonne) : 1 boutique, 1 bus et 1 équipe de rue proposés par l'association AID11 en partenariat avec la Croix Rouge et le Secours Catholique. Ce dispositif a distribué 34.500 seringues en 2003¹¹.

1.3 Les traitements de substitution aux opiacés

les sources de données

La variété des sources et des modes de recueil de l'information rend difficile le compte des patients sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Ces informations ne permettent que d'estimer le nombre de patients à partir des données de vente sur la base de doses théoriques journalières de Subutex® de 8 mg/j et de méthadone de 60 mg/j. Mais ces données sont partielles (elles ne tiennent pas compte des patients suivis en centres de soins spécialisés, à l'hôpital ou en milieu carcéral) et parfois divergentes¹².

L'étude rétrospective de la CNAMTS¹³ s'appuie sur les bases de données des soins remboursés par le régime général d'assurance maladie à ses bénéficiaires au dernier trimestre 2000. Elle n'est donc plus basée sur les données de vente mais sur les données patients ayant eu des médicaments remboursés pour traitement de substitution¹⁴.

Prévalences régionales et départementales

A partir des données de vente

Le taux de recours au dispositif médico-social concorde avec celui des ventes de Subutex®. La région se situe nettement dans le peloton de tête des régions (2^{ème} rang) avec 61 boîtes délivrées pour 100

Quelles que soient les méthodes d'estimation du nombre de personnes sous substitution, le Languedoc-Roussillon se place en tête des régions françaises.

⁸ Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile (SIAMOIS). Maître d'œuvre : Institut de Veille sanitaire (InVS)

⁹ ASCODE. Bilan d'activité : exercice 2003. 15 p.

¹⁰ Rapport d'activité 2002. (Sont comptabilisées les seringues distribuées par PASRELES, SAMU SOCIAL, Réduire les Risques, Médecins du Monde et Axxess SOS DI).

¹¹ Accueil Info Drogue 11. Rapport d'activité année 2003. p. 83-103

¹² SORANZO Céline. Evaluation du nombre d'usagers de la substitution aux opiacés : cinq sources de données, mais pour quelle fiabilité ? : contribution à une nouvelle méthode d'évaluation. 2004. 84 p. Mém. Univ. Paul Valéry Montpellier III

¹³ CNAMTS. Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie In Revue Médicale de l'Assurance Maladie vol. 34 n°2. Avril juin 2003.

¹⁴ Les médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, pris en charge par le budget global dans les Etablissements Publics de Santé et par le forfait pharmacie dans les établissements privés, ne sont pas inclus dans cette étude.

habitants de 20 à 39 ans (contre 33 en moyenne nationale) et un taux de croissance de 3% en 2002 par rapport à 2001.

On relève toutefois des disparités entre les départements. Ainsi, si les Pyrénées Orientales se classent au 1^{er} rang des départements français avec une croissance de 6%, la Lozère voit ce taux diminuer de 23% et occupe le 76^{ème} rang. Avec respectivement 4% et 13%, les départements de l'Hérault et de l'Aude enregistrent également une croissance des ventes.

Ventes de boîtes de Subutex® en Languedoc-Roussillon/(source ILIAD. 2002.

	Ventes de boîtes de Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans	Rang de classement / à l'ensemble des dépts	Evolution des ventes de Subutex® par rapport à 2001 (en %)
Hérault	66	4 ^{ème}	4
Pyrénées Orientales	77	1 ^{er}	6
Gard	56	8 ^{ème}	-2
Aude	47	14 ^{ème}	13
Lozère	16	76 ^{ème}	-23

Bénéficiaires d'un traitement de substitution : le Languedoc-Roussillon au 1^{er} rang des régions françaises

Selon l'Assurance Maladie

Avec 318 patients pour 100.000 bénéficiaires traités par Subutex® et Méthadone, le Languedoc-Roussillon se situe au 1^{er} rang des régions françaises. Dans la Région, les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault et le Gard sont au dessus de 180 patients pour 100.000 bénéficiaires de l'Assurance Maladie.

Patients traités par Subutex® et Méthadone au 4^{ème} trimestre 2000 (pour 100 000 bénéficiaires de l'AM)

Régions	Subutex	Méthadone	Subutex et Méthadone	Total
Languedoc-Roussillon	300	17	1	318
Lorraine	291	13	1	305
Alsace	265	22	1	288
Nord-Pas-de-Calais	210	15	1	226
PACA	189	25	1	215
Champagne-Ardenne	204	5	0	209
France métropolitaine	153	12	1	166

Posologies journalières et mésusages de Subutex®

L'étude de la CNAMTS met en évidence des corrélations entre la multiplicité des prescripteurs, l'accroissement du nombre de pharmacies fréquentées et les mésusages de Subutex®. De ce point de vue, le Languedoc-Roussillon se situe dans la moyenne nationale (4%). Selon l'Assurance Maladie, la consommation journalière moyenne des patients traités par Subutex® est de 7,8 mg en Languedoc-Roussillon pour une moyenne nationale de 7,9 mg.

Le cas de Montpellier

Montpellier :

→ la plus forte densité de population substituée.

→ une croissance modérée du nombre de personnes traitées en ville par Subutex® et Méthadone.

→ des niveaux de précarité supérieurs à la moyenne nationale en particulier chez les femmes.

En 2002, une étude a été menée par l'OFDT et la CNAMTS sur les pratiques des patients et des prescripteurs sur 13 agglomérations dont Montpellier¹⁵ (personnes bénéficiaires du régime général d'assurance maladie *stricto sensu*, soit 73% pour Montpellier traitées en ville).

Effectifs et prévalence

Comparativement à Marseille ou Paris, Montpellier apparaît comme une zone intermédiaire avec 2.140 personnes sous Subutex® et 262 sous Méthadone. En revanche, la capitale régionale a la densité la plus importante de population substituée par rapport à la population couverte, soit 4,5 patients pour 1.000 assurés, devant Paris (3,1) et Nice (2,8). A noter que si plus de la moitié des patients sont couverts par la CMU (56% en moyenne), 65% le sont à Montpellier (74% chez les femmes).

Répartition Subutex® et Méthadone délivrées en ville

Avec 11% de patients sous Méthadone, Montpellier demeure en deçà des 15% de moyenne nationale (27% à Paris et 5% à Dijon pour les extrêmes).

Evolution

Selon les sites, on observe une stagnation ou, parfois, une décroissance du nombre de patients sous Subutex® entre le 1^{er} semestre 2001 et le 2nd semestre 2002 (entre - 9% à Paris et 28% à Dijon soit, en moyenne une légère augmentation de 2%). Cette décélération est toutefois partout compensée par une augmentation du nombre de patients traités en ville par Méthadone (7% à Nice et 149% à Rennes, soit 20% d'augmentation en moyenne). A Montpellier, cette croissance demeure modérée pour le Subutex® (4%) et plus forte pour la Méthadone (28%).

Les prescripteurs

Pour l'ensemble des sites, la prescription de traitements de substitution concerne un nombre restreint de prescripteurs. 20% des médecins les plus actifs assurent en moyenne 73% des prises en charge. Cette pratique concerne peu les spécialistes.

Au 2nd semestre 2002 à Montpellier :

- 18% des prescripteurs ayant suivi plus de 10 patients ont assuré 74% des prises en charge
- 7% des prescripteurs sont des spécialistes. Ils ont assuré 3% de la prise en charge des traitements de substitution

Sur l'ensemble des villes étudiées, 81% des patients sous Subutex® et 93% des patients sous Méthadone n'ont qu'un ou deux prescripteurs. Les personnes ayant consulté au moins cinq praticiens au 2nd semestre 2002 ont été comptabilisées. Cela correspond à 11% des patients à Paris et à Toulouse, 8% à Marseille, 7% à Bobigny et 6% à Montpellier (soit 105 personnes). Partout ailleurs, le « nomadisme » est inférieur à 5%. Toutefois, partout on note une augmentation des recours à de multiples prescripteurs entre le 1^{er} semestre 2001 et le 2nd semestre 2002 (taux de croissance moyen de 42%).

A Montpellier :

→18% des médecins les plus actifs assurent 74% des prises en charge.

→6% des patients ont consulté au moins cinq praticiens.

→3% des patients ont reçu des doses moyennes quotidiennes supérieures ou égales à 32 mg.

¹⁵ OFDT. CNAMTS. Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français. Paris : OFDT, 2004. 118 p. (Focus consommations et conséquences)

Les posologies (au 2nd semestre 2002)

Concernant le Subutex®, la posologie moyenne est égale à 9,3 mg/jour. Elle est de 9,8 mg à Montpellier. Par ailleurs, 6% des patients ont reçu des doses quotidiennes supérieures ou égales à 32 mg, soit 36% des quantités délivrées.

A Montpellier, 3% des patients sont concernés, soit 16% des quantités délivrées.

Pour la Méthadone, la posologie quotidienne moyenne est de 88 mg. A Montpellier, les posologies moyennes sont plus proches de 110 mg et 44% des patients reçoivent plus de 100 mg.

Associations médicamenteuses

Sur l'ensemble de la population étudiée, près de la moitié des patients sous Subutex® (47%) comme sous Méthadone (49%) ont des médicaments associés (1,5 pour la Méthadone et 1,6 pour le Subutex®). Il s'agit principalement de benzodiazépines ou apparentés.

A Montpellier, les associations médicamenteuses concernent 49% des patients sous Subutex® et 54% des patients sous Méthadone pour un nombre moyen de 1,6 médicaments par patient.

Prescriptions associées au Subutex et à la Méthadone au 2nd semestre 2002 à Montpellier

Molécules	Patients sous Subutex® (%)	Patients sous Méthadone (%)
<i>Autres Benzo</i>	21	26
<i>Lexomil®</i>	16	15
<i>Rohypnol®</i>	11	7
<i>Tranxène®</i>	11	14
<i>Imovane®</i>	6	7
<i>Stilnox®</i>	6	7
<i>Valium®10</i>	5	8
<i>Artane®</i>	0,3	0,5

Répartition des sites en fonction de trois indicateurs. 2002 (source : données CNAMTS, traitement OFDT)

	Lille Rennes Metz et Dijon	Nice Bordeaux Lyon Grenoble Montpellier	Bobigny Toulouse Marseille	Paris
Patients ayant consulté au moins 5 prescripteurs	2%	4%	8%	11%
Patients recevant plus de 32 mg de Subutex® par jour	1%	3%	8%	12%
Quantité potentiellement détournée	7%	12%	25%	40%

1.4 Le profil des usagers suivis en centres de soins et structures hospitalières spécialisées¹⁶

Contrairement aux structures dites de « bas-seuil » où on note un rajeunissement (40 % ont moins de 25 ans) et une féminisation (64% des 18-25 ans), l'âge moyen des toxicomanes suivis dans les centres et structures hospitalières du Languedoc-Roussillon¹⁷ augmente sensiblement. En 2002, 54% ont entre 26 et 35 ans, les femmes demeurent minoritaires (1 femme sur 3 patients dont 12% signalent une grossesse dans la période). La majorité des usagers suivis n'ont pas d'activité professionnelle (63%) et la moitié reçoit des aides sociales. 5% sont en situation de grande précarité.

Parmi les toxicomanes suivis en CSST et structures hospitalières spécialisées :

→ 63% n'ont pas d'activité professionnelle.

→ 88% suivent un traitement de substitution.

→ 71% sont polyconsommateurs

→ 16% déclarent une dépendance à l'alcool.

→ 80% ont déjà eu recours à des établissements spécialisés.

Le pourcentage de patients substitués diminue, passant de 92% en 2001 à 88% en 2002. Il reste toutefois supérieur à la moyenne nationale (76%). 60% sont suivis pour la Méthadone et 36% pour le Subutex®, contre respectivement 45 et 54% au niveau national.

La proportion de fumeurs de tabac (84%) est importante mais inférieure à la moyenne nationale (95%). Les produits illicites consommés par les toxicomanes pris en charge sont le cannabis (32% contre 41% en 2001) et l'héroïne (13% des usagers).

71% des sujets déclarent une polyconsommation avec associations de substances illicites et licites. Outre la dépendance à l'alcool pour 16% d'entre eux, les produits associés concernent prioritairement les médicaments psychotropes avec en tête les benzodiazépines. 2 produits associés en moyenne pour 36% des usagers sous Subutex® ou Méthadone. La diminution des usagers de drogues par voie intraveineuse semble également se confirmer. Les demandes de prises en charge pour usages « à problème » de cocaïne et de cannabis sont croissantes¹⁸.

On observe également une tendance à la chronicisation dans les dispositifs de soins : en 2002, seulement 20% des toxicomanes sont pris en charge pour la première fois (contre 35% en 2001).

1.5 Usagers de drogues et pathologies associées

Le pourcentage de séropositifs au VIH et au VHC est basé sur l'hypothèse que les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu se répartissent de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu.

Cet indicateur est disponible uniquement pour les centres spécialisés et les établissements sanitaires. La prévalence de la séropositivité au VIH chez les UDVI est en nette diminution depuis 1994.

La contamination par le VHC (hépatite C) est plus préoccupante, dans la mesure où les 2/3 des UDVI sont infectés, dont 25% seraient également séropositifs au VIH selon des estimations de 1999¹⁹.

¹⁶ CEIP Montpellier. Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse (OPPIDUM) : Résultats par centre de l'enquête 14, octobre 2002. 2003. 11 p.

¹⁷ Les centres d'enquête sont AID11 Carcassonne et Narbonne, Arc-en-Ciel Montpellier, Centre Logos Alès, Centre Logos Nîmes, Episode Béziers, Service Psychiatrie A-Hôp. Caremeau Nîmes, UTTD Montpellier

¹⁸ Rapports d'activité des CCST

¹⁹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. (août 2004). Séropositivité VHC chez les toxicomanes en centres spécialisés : définition In SCORE-santé.

Estimation de la séropositivité chez les toxicomanes en Languedoc-Roussillon (Source FNORS/Score-Santé)

Sérologie	Centres spécialisés	National	Etab sanitaires	National
VIH	9%	10%	21%	17%
VHC	60%	60%	54%	52%

Sérologie des patients toxicomanes suivis dans les centres de soins spécialisés du Languedoc-Roussillon en 2003

Les sérologies demeurent inconnues pour une proportion très élevée de patients. On observe sur ce point de fortes inégalités entre les centres (12 à 80% des patients connaissant leur statut). Par ailleurs, ces données sont déclaratives et/ou obtenues à partir des dossiers des patients sous Méthadone. Cette hétérogénéité du recueil rend peu lisible les évolutions des prévalences VIH et VHC chez les UDVI²⁰. Mais, la baisse de la prévalence de la séropositivité au VIH est confirmée pour l'ensemble des patients en Languedoc-Roussillon.

1.6 Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants

Contexte national

Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants (ILS), en hausses constantes depuis les années 70, ont conduit à plus de 100.000 interpellations en 2000²¹. Ces infractions concernent principalement des usagers (93%), plus particulièrement, les consommateurs de cannabis (90%), secondairement d'héroïne (6%), puis de cocaïne et d'ecstasy. Le restant se rapporte aux trafics. Les usagers de cannabis sont les plus jeunes interpellés. Longtemps stable, leur âge moyen est en légère baisse depuis 1995 et les mineurs sont plus nombreux. Les étudiants ou lycéens représentent 1 usager de cannabis sur 3.

Hérault et P.O., les deux départements les plus concernés par les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants.

Bien que notre région enregistre un nombre d'interpellations et de condamnations proche de la moyenne nationale (36 interpellations pour 10.000 habitants de 15 à 44 ans et 1,9 condamnations pour 10.000 habitants de 15 à 49 ans²²), la région se situe au 6^{ème} rang des interpellations pour trafic de cannabis et au 5^{ème} rang des interpellations d'usagers d'héroïne.

En 2002, L'Hérault et les Pyrénées Orientales sont les départements les plus concernés par les ILS. Département frontalier avec l'Espagne, lieu de transit entre l'Afrique du nord, producteur de cannabis, et le nord de l'Europe, le département des Pyrénées-Orientales se situe en effet au :

- 1^{er} rang des départements français pour la saisie de résine de cannabis (34% de la totalité saisie en France),
- 7^{ème} rang des interpellations de trafiquants internationaux,
- 9^{ème} rang des supports LSD saisis.

L'Hérault est au 7^{ème} rang des interpellations pour usage d'héroïne et au 3^{ème} rang pour le nombre de trafiquants d'ecstasy interpellés. Ce département est également souvent cité pour les interpellations pour usages et trafic des morphines de synthèse et des médicaments.

²⁰ Réseau Hépatites Languedoc-Roussillon. DDASS de l'Hérault. Programme de lutte et de prise en charge de l'hépatite C : où en est-on dans l'Hérault ? mars 2004. 9 p.

²¹ OCTRIS. Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants. Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2002. Rapport annuel, 2003, 119 p.

²² OFDT. Indicateurs et tendances : interpellations pour usage simple et usage - revente en 1999 et condamnation pour usage et usage/détention en 1999. 2002. p.64-65.

2. L'alcool

Contexte national

L'alcool est le produit psychoactif le plus fréquemment expérimenté (au moins une fois dans la vie) et consommé de manière occasionnelle (au moins une fois dans l'année). Seules 3% des personnes de 15 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu aucune boisson alcoolisée²³. En 2000, 31% des hommes et 12% des femmes en font une consommation quotidienne et 10% des adultes ont une consommation dite « à risque ». Son usage problématique est à l'origine d'un grand nombre de pathologies et de décès (35.000 à 45.000 par an). Près de 95.000 personnes ont été suivies en Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en 2002²⁴. La répartition de ces suivis fait apparaître un clivage entre le nord de la France (plus de 25 recours pour 10.000 habitants) et le sud où la demande est inférieure à 18 recours. Cette situation est probablement, mais pas uniquement, à mettre en lien avec l'offre de soins, le nombre de recours étant très largement lié à la présence de structures.

2.1 Profil des usagers et recours au dispositif de soins

En LR, 28% des 12 à 75 ans déclarent boire de l'alcool quotidiennement.

Sont étudiées les consommations quotidiennes et la fréquence des ivresses au cours des douze derniers mois (10 fois et plus dans l'année). Du point de vue des usages quotidiens, globalement plus répandus dans le sud de la France, le Languedoc-Roussillon se situe nettement au-dessus des régions françaises avec 28% des 12 à 75 ans²⁵. En revanche, les ivresses régulières sont au niveau des moyennes nationales²⁶.

A noter que l'ivresse demeure une donnée subjective plus fréquemment déclarée par les jeunes que par les adultes et par les petits buveurs que les buveurs à risques, ces derniers étant plus accoutumés aux effets de l'alcool.

En médecine générale, l'usage quotidien d'alcool concerne 1 patient sur 4.

Une étude régionale réalisée auprès de patients consultant en médecine générale²⁷ révèle que les problèmes d'abus et de dépendance aux substances psychoactives constituent 15% des motifs de recours aux soins pour les hommes. Globalement, l'usage quotidien d'alcool concerne 1 patient sur 4, alors que 6% présentent un profil de dépendance. Ces résultats placent le Languedoc-Roussillon au 6^{ème} rang des régions françaises pour l'usage à risque (2^{ème} rang pour les femmes).

En 2000, près de 2.000 buveurs auraient eu recours aux CCAA en Languedoc-Roussillon (ils étaient 1.700 en 1998 et 2.200 en 1999), ce qui place la région au 19^{ème} rang. La Lozère et le Gard sont proches de la moyenne nationale (2,5) avec respectivement 3,9 et 2,3 recours pour 1.000 habitants de 20 à 70 ans. L'Hérault et les PO occupent respectivement les 92^{ème} et 88^{ème} rang.

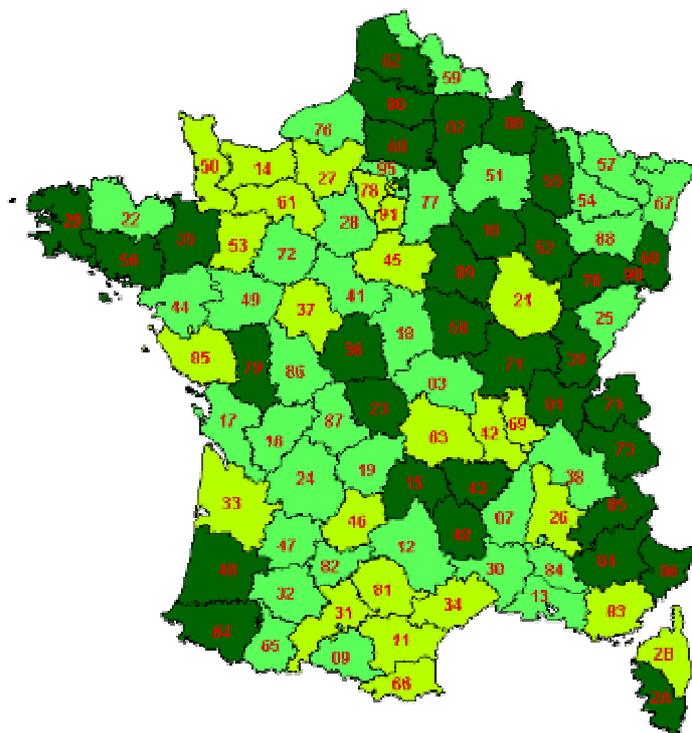
²³ INPES. Baromètre Santé 2000. Enquête téléphonique auprès de 13.000 ménages, 12-75 ans .

²⁴ OFDT. Données 2002 : Indicateurs de la région Languedoc-Roussillon : Nombre de buveurs venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie. 2004. In ILIAD.

²⁵ OFDT. Drogues et Dépendances : Indicateurs et tendances 2002. p. 89-91.

²⁶ LEGLEYE Stéphane. Données déclaratives, sanitaires et économiques sur l'alcool : aperçu des disparités régionales. In BEH n°13/2004.

²⁷ ORS LR. Enquête alcool en médecine générale en Languedoc Roussillon. 2000



Recours par habitant au dispositif spécialisé en alcoologie en 2000

nombre de recours par 1000 hab. de 20 à 70 ans (moyenne nationale = 2,5)



Source ILIAD exploitation OFDT d'après DGS/SD6b et INSEE

Nombre de consultants dans les CCAA pour 1.000 hts en 2000/ Source ILIAD

Département	Nombre de recours	Nombre de recours par 1000 hbt de 20 à 70 ans	Rang de classement du département
Hérault	338	0,6	92 ^{ème}
Pyrénées-Orientales	204	0,8	88 ^{ème}
Gard	932	2,3	52 ^{ème}
Aude	274	1,4	78 ^{ème}
Lozère	183	3,9	22 ^{ème}

La moyenne nationale est de 2.5 recours pour 1.000 Habitants.

Le secteur de la psychiatrie accueille 41% des patients à risque contre une moyenne nationale de 33%

En 2000, une enquête menée par la DRASS²⁸ auprès d'un échantillon d'établissements de santé a permis de mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive, d'étudier le lien entre recours aux soins et consommation, et de préciser les modalités de prise en charge.

8% des patients hospitalisés en Languedoc-Roussillon sont alcoolo-dépendants. 12% présentent un profil à risque sans être dépendants. Au total, un peu plus de 20% de la population hospitalisée consomme de l'alcool de façon excessive. La prévalence globale est nettement plus forte chez les hommes que chez les femmes, elle est maximale entre 45 et 54 ans (43%).

²⁸ DRASS LR « Profils et consommation d'alcool des patients hospitalisés en Languedoc Roussillon ». DRASS Info. Septembre 2002.

La psychiatrie est le secteur où la consommation à risque d'alcool concerne le plus grand nombre de patients (41% des patients à risques sont en psychiatrie contre 34% au niveau national). Les patients chômeurs (65%) ou occupant des emplois précaires (43%) présentent une prévalence globale très supérieure à la moyenne (20%). C'est parmi les « sans abri » que l'on observe le plus de patients « à risque » (69%). Les patients hospitalisés pour des troubles à la consommation de substances psychotropes sont à 71% dépendants à l'alcool. 26% des fumeurs ont un comportement à risque sans dépendance et 24% sont alcoolo dépendants.

2.2 Mortalité liée à l'alcoolisme

Il existe un décalage important entre les consommations et les maladies qui en découlent. Les statistiques de morbidité et de mortalité ne reflètent que les consommations déjà anciennes²⁹.

En 2000, la région comptabilise 753 décès liés à l'alcool (contre 710 en 1999). Ce nombre recouvre, par ordre d'importance, le cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures (408 décès en 2000 contre 370 en 1999), la cirrhose du foie (268 décès en 2000 contre 251 en 1999) et la psychose alcoolique (77 décès contre 89 en 1999). Pour les 45-64 ans, quelles que soient les pathologies, la part des décès liés à l'alcool dans l'ensemble de la mortalité présente peu de disparités entre les départements, elle est toujours inférieure aux moyennes nationales³⁰.

Part et causes des décès liés à l'alcool dans la mortalité générale chez les 45-64 ans en 2000 (en %) /source : SCORE Santé

Causes des décès	France	Languedoc Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
VADS	6,4	5,1	3,1	6,3	4,8	5,7	5,2
Cirrhose du foie	5,5	4,1	4,4	4,1	3,3	4,8	5,4
Psychose alcoolique	1,8	1,1	0,8	1,3	1,1	1	1,1

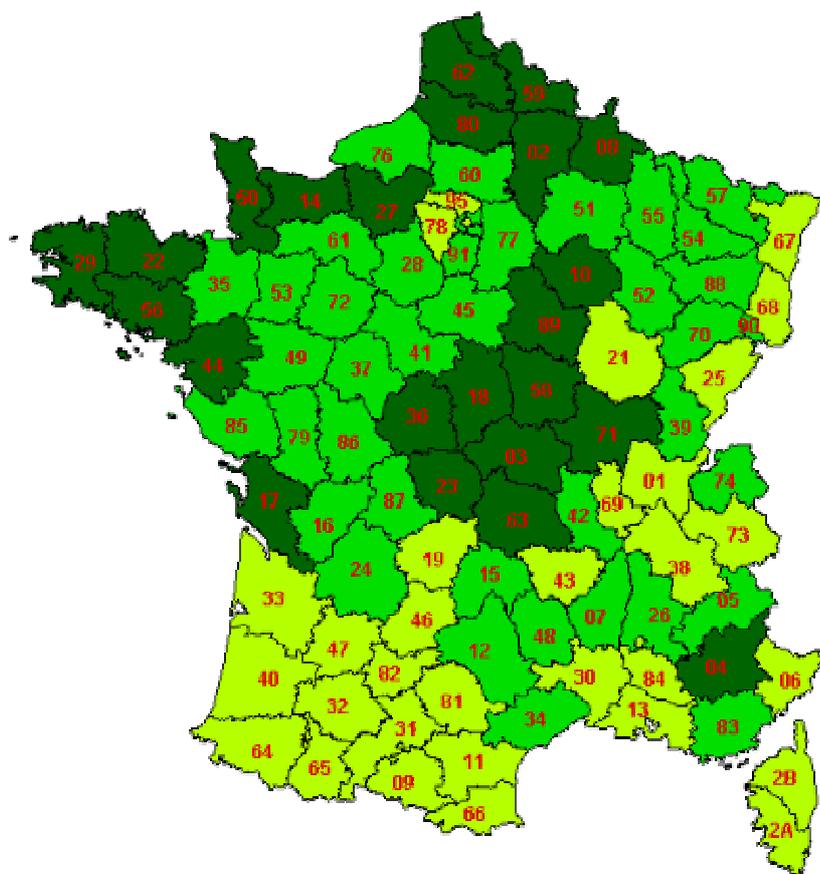
Mais en 2002, L'Hérault rejoint les moyennes nationales pour les décès par alcoolisme et cirrhose du foie avant 65 ans, alors que les autres départements de la région se maintiennent en deçà³¹.

²⁹OFDT. Données déclaratives, sanitaires et économiques sur l'alcool : aperçu des disparités régionales. In BEH, 2004, (30)

³⁰FNORS.(août 2004). Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité en Languedoc-Roussillon. In SCORE-santé.

³¹ OFDT. (août 2004). Données 2002 Indicateurs du département 34 Région Languedoc-Roussillon In ILIAD.

**Décès avant 65 ans par
alcoolisme et cirrhose du
foie en 2002**



nombre de décès par
10 000 hab. de 40 à 64 ans
(moyenne nationale = 3,8)

■	> 4,7
■	3,1 - 4,7
■	≤ 3,1

Source ILIAD exploitation OFDT
d'après INSERM SC8 et INSEE

3. Le tabac

contexte national

Si neuf millions de français fument au moins 10 cigarettes par jour, les années 90 ont vu une tendance à la baisse des consommations. Le nombre de décès imputables au tabac est d'environ 60.000 par an. En 1999, le nombre de nouveaux consultants dans les structures spécialisées de tabacologie était de 55.000 et l'on estime à 1,9 le nombre de patients qui se présentent pour ce motif chaque semaine chez les médecins généralistes. Les récentes augmentations du prix du tabac (18% en octobre 2003 et 9% en janvier 2004), ont provoqué une forte baisse des ventes de cigarettes sur le territoire français (-13% entre 2002 et 2003). Si l'on compare le premier semestre 2003 avec celui de 2004, on constate une baisse de 20%³².

3.1. Les données de vente

LR au 2^{ème} rang des régions françaises pour les ventes de cigarettes.

En 2002, la vente de cigarettes par habitant est très élevée en Languedoc-Roussillon. Avec un nombre de cigarettes moyen par habitant supérieur à 1.490, la région se classe au 2^{ème} rang des régions françaises³³. Sur les départements, les résultats sont hétérogènes : l'Hérault et le Gard se classent respectivement en 4^{ème} et 9^{ème} rang des départements français. La Lozère et les Pyrénées Orientales se situent à égalité au 31^{ème} rang avec une moyenne de vente par habitant inférieure à 1.320. L'Aude détient la 18^{ème} place avec des ventes par habitant comprises entre 1.320 et 1.490.

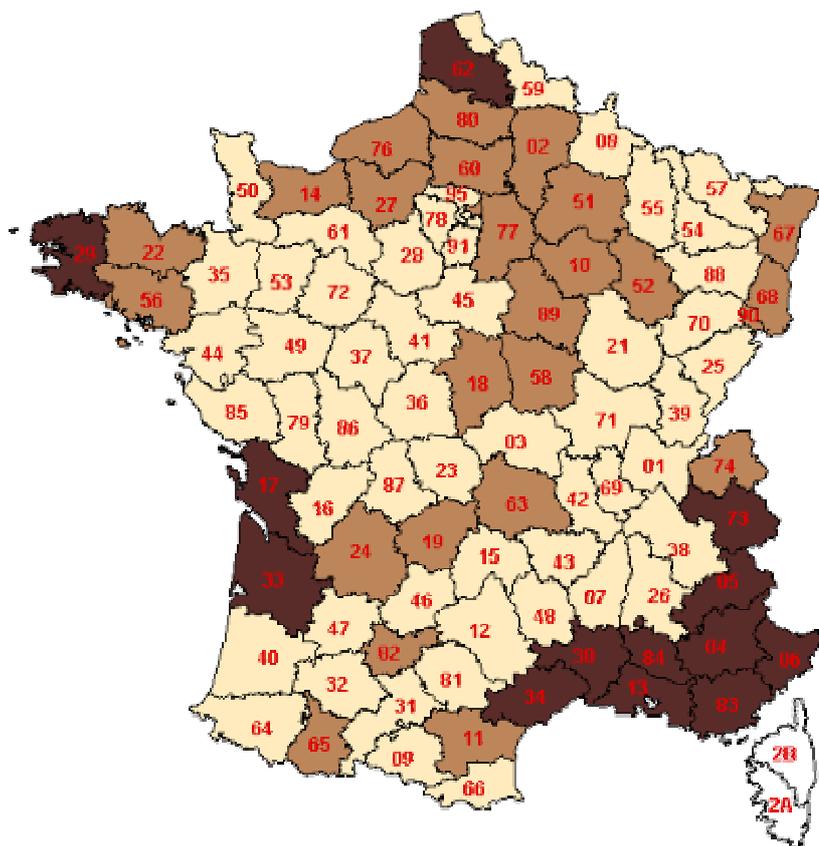
Vente de cigarettes. Données 2002 (Source OFDT : ILIAD).

	Vente de cigarettes. Rang de classement	Vente de cigarettes par habitant. Rang de classement
Languedoc-Roussillon	8^{ème}	2^{ème}
Aude	61 ^{ème}	18 ^{ème}
Gard	26 ^{ème}	9 ^{ème}
Hérault	15 ^{ème}	4 ^{ème}
Lozère	94 ^{ème}	31 ^{ème}
Pyrénées Orientales	56 ^{ème}	31 ^{ème}

³²Altadis/ Fédération des industries du tabac. Marché du tabac au premier semestre 2004. In Communiqué de presse du 27 juillet 2004 par le CDIT.

³³OFDT. (2004). Indicateurs de la région Languedoc-Roussillon. Drogues licites-ventes de cigarettes. 2002. In ILIAD.

Ventes de cigarettes par habitant en 2002



nombre de cigarettes par habitant
(moyenne nationale = 1410)

> 1490

1320 - 1490

≤ 1320

Pas de données

Source d'après SEITA et INSEE

Ventes de cigarettes par habitant en
2002

La chute des ventes de cigarettes est équivalente à la moyenne nationale, sauf dans les Pyrénées Orientales où l'on note une baisse beaucoup plus importante (23%). Entre avril 2003 et 2004, cette baisse aurait atteint 48%³⁴. Même si les chiffres des saisies de cigarettes pour la frontière franco-espagnole ne sont pas disponibles, on compte néanmoins, au niveau national, une augmentation des saisies de 38% entre le 1^{er} et le 2^{ème} semestre 2003³⁵.

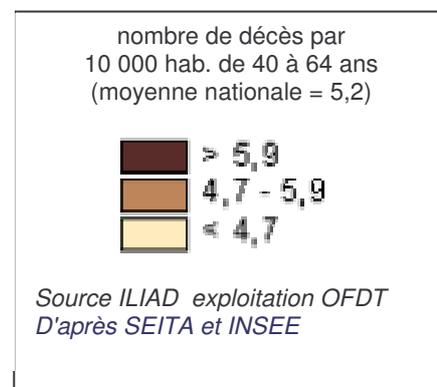
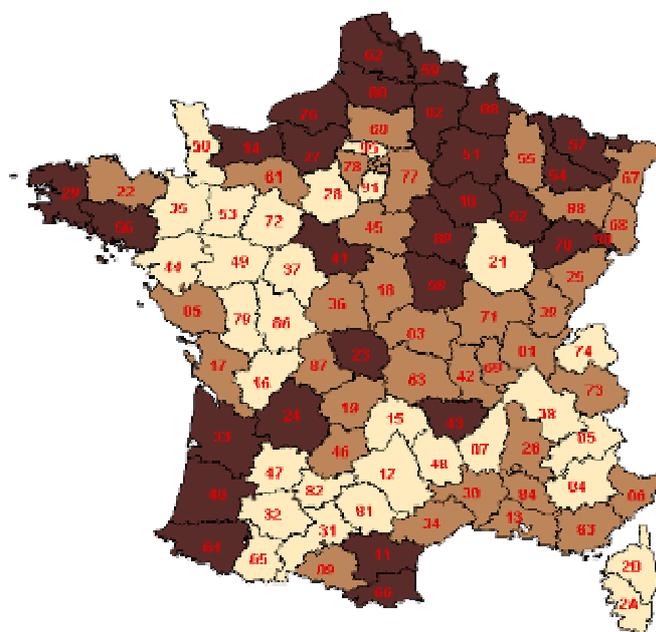
**Evolution des ventes de cigarettes en 2002 et 2003
(En Millions d'Unités) (Source : Altadis)**

	2002	2003	CROISSANCE
NATIONAL	80.533	69.648	-13%
L-R	3.542	3.054	-14%
AUDE	440	377	-14%
GARD	974	868	-11%
HERAULT	1.531	1.339	-13%
LOZERE	92	81	-12%
PO	505	389	-23%

3.2 Mortalité liée au tabac

La mortalité par maladie de l'appareil respiratoire représente 13% de l'ensemble des décès (7% en 1989) soit la 3ème cause de mortalité. 80% des patients atteints de BPCO sont des fumeurs

Décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons



³⁴ La hausse de la fiscalité sur les cigarettes : le fort impact du prix du tabac In Midi Libre, 28 juillet 2004.

³⁵ DGDDI (saisies en douanes) données semestrielles. OFDT: tableau de bord mensuel des indicateurs tabac.

3.3 Femmes et Tabagisme

De manière générale, on constate que les femmes fument plus en Languedoc-Roussillon (45% contre 39% sur le plan national). Ceci se vérifie dans chacun des départements avec, pour près des 2/3, un tabagisme quotidien supérieur à 10 cigarettes par jour³⁶.

Si on peut constater que le tabagisme touche désormais de façon équivalente les hommes et les femmes de moins de 25 ans, l'évolution de la consommation féminine pose le problème de l'intoxication tabagique au cours de la grossesse (placenta praevia, hémorragie, hypertrophies foetal prématurité et augmentation du risque de mort subite du nourrisson)³⁷. La part des femmes enceintes fumeuses en LR est supérieure à ce que l'on constate au niveau national. Même si beaucoup arrêtent, 28% d'entre elles continuent de fumer jusqu'au 3^{ème} trimestre (contre 25% au niveau national). Cependant ce tabagisme se caractérise par une diminution dans la consommation quotidienne pour la majorité d'entre elles puisque 2/3 fument moins de 10 cigarettes par jour.

Une étude récente³⁸ révèle que la variation la plus forte des cancers du poumon féminins est observée en Languedoc-Roussillon. Si les tendances actuelles se poursuivent, notre région présentera le taux de mortalité le plus important de France en 2014, soit près de 32 décès liés au tabac pour 100.000 habitants.

³⁶ ORS Languedoc-Roussillon. Enquête Périnatale en LR 1998-1999 (2004).

³⁷ QUANTIN Xavier (2004) Grossesse et Tabac In La Lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. 2002.

³⁸ EILSTEIN et coll. Mortalité par cancer du poumon chez les femmes. Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014. Rev Epidémiol Santé Publique. Avril 2005. P 167-181.

4. Substances psychoactives et adolescence

Contexte national³⁹

Consommations de 12 à 18 ans : Le tabac et l'alcool sont les substances les plus fréquemment expérimentées dès 12-13 ans, plus les garçons que les filles bien que cet écart s'estompe avec l'âge pour s'annuler avec l'alcool et même s'inverser pour le tabac. 27% des fumeurs de 15-24 ans présentent des signes de dépendance moyenne ou forte. On note néanmoins en 2003 un recul des expérimentations et des consommations régulières de tabac après un point culminant en 1999⁴⁰. Le passage à un tabagisme quotidien (Entre 14 et 18 ans, de 7 à 37% chez les garçons et de 6 à 34% chez les filles) devance nettement la consommation régulière d'alcool (entre 14 et 18 ans, de 4 à 22% chez les garçons et de 1 à 7% chez les filles).

L'usage du cannabis s'est banalisé au cours des années 1990. Très faible entre 12-13 ans, son expérimentation n'est significative qu'à partir de 14-15 ans. Elle a fortement augmenté dans la dernière décennie (de 8 à 24% chez les garçons et de 6 à 16% chez les filles). Sa consommation régulière se situe au même niveau que celle de l'alcool et ne progresse nettement qu'après 15-16 ans (de 1 à 21% entre 14 et 18 ans).

L'expérimentation des tranquillisants ou somnifères se fait souvent dans le cadre d'une prescription médicale. Mais la prise, avec ou sans ordonnances augmente nettement avec l'âge en particulier chez les filles. Les substances illicites autres que le cannabis sont peu expérimentées (< 5%). Le groupe des expérimentateurs d'amphétamines, de LSD, de cocaïne ou d'héroïne sont à la fois les moins nombreux et ceux qui ont testé le plus de substances (5 en moyenne).

Consommations à 17-18 ans : évolution entre 2000 et 2003⁴¹ : Pour l'usage régulier, il apparaît :

Une baisse de l'usage quotidien de tabac, en particulier parmi les garçons : 37% vs 42%.

Une hausse pour l'alcool : 21% vs 16% chez les garçons et 7% vs 5% chez les filles.

Une baisse pour le cannabis chez les garçons (15%) et une légère hausse chez les filles : 6% vs 5%.

Une hausse de l'usage régulier de médicaments psychotropes chez les filles : 4% vs 2%.

4.1 La situation dans le Languedoc-Roussillon en 2003⁴²

Comparativement au reste de la France, les prévalences observées en Languedoc-Roussillon auprès des adolescents âgés de 17-18 ans sont :

a. pour le tabac :

- dans les moyennes nationales en ce qui concerne l'expérimentation soit >79%, l'âge de la 1^{ère} cigarette se situant vers 13,3 ans.
- **supérieur pour le tabagisme quotidien** (42% vs 39%) en particulier chez les filles chez qui on note une précocité significative.

b. pour l'alcool :

- Légèrement supérieur aux moyennes nationales pour l'expérimentation (95%), l'usage occasionnel (83% vs 79%), les usages réguliers (15% vs 13%) et quotidiens (2,4% vs 1,9%).
- **Egalement supérieur pour l'ivresse répétée** soit 21% vs 19% ce qui place le Languedoc-Roussillon au 8^{ème} rang des régions françaises.

³⁹ OFDT . INSERM. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances, 2004 (35)

⁴⁰ La consommation régulières de tabac correspond à au moins une cigarette par jour ; Pour l'alcool et le cannabis, cette notion désigne au moins dix usages par mois.

⁴¹ OFDT. Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes. ESCAPAD 2003. Tendances, 2004 (39)

⁴² OFDT. Les consommations de produits psychoactifs des jeunes languedociens : données provisoires. Extrait de : Beck F., Legleye S., Spilka S. (2005) « Atlas régional des consommations de substances psychoactives des jeunes français : enquête Escapad 2002/2003 »,

c. pour le cannabis :

- dans les moyennes nationales pour ce qui est de l'expérimentation (58% des garçons et 54% des filles) et l'usage occasionnel (52% des garçons et 46% des filles).
- **supérieur pour l'usage régulier** (15% des jeunes interrogés).
- **supérieur pour les usages quotidiens** (7% vs 5% soit 10% des garçons et 4% des filles) plaçant le Languedoc-Roussillon au 1^{er} rang des régions françaises.

d. Autres produits psychoactifs

- **nettement supérieurs à la moyenne nationale pour les expérimentations de cocaïne** (3,1% vs 1,9%), de **LSD** (2,1% vs 1,3%), **d'ecstasy** (6,2% vs 4,1%) plaçant le Languedoc-Roussillon pour ces trois produits au **1^{er} rang des régions françaises**.
- **Nettement supérieurs à la moyenne nationale pour l'expérimentation de produits à inhaler** (7,0 % vs 5,0%) plaçant le Languedoc-Roussillon au **3^{ème} rang des régions françaises**.

e. les médicaments psychotropes

- dans les moyennes nationales quelle que soit la fréquence d'usage avec une nette prédominance féminine comme partout en France.

D'une manière générale, sur le pourtour méditerranéen, le Languedoc-Roussillon et la région PACA associent des niveaux d'usage de cannabis et d'expérimentation d'ectasy, de cocaïne, de LSD ou de produits à inhaler plutôt élevés. Le Languedoc-Roussillon se rapproche par ailleurs de Midi Pyrénées avec des niveaux d'ivresses relativement hauts⁴³.

4.2 en classe de 3^{ème} ⁴⁴

L'enquête ORES 2001-2002 montre qu'en 3^{ème}, près de 8 élèves sur 10 ont déjà bu de l'alcool, l'expérience n'étant pas unique pour 57% d'entre eux. 33% ont déjà connu un état d'ivresse au cours des 12 derniers mois. Dans 28% des cas, l'entourage de l'élève lui a fait remarquer un prise d'alcool excessive.

57% déclarent avoir déjà fumé du tabac, pour seulement 19%, il s'agit d'une expérience non renouvelée. Les fumeurs consomment en moyenne 22 cigarettes par semaine, soit plus de 5 cigarettes par jour. L'âge de l'expérimentation se situe à 13 ans. Notons que 55% des parents fument.

Près d'un élève sur 5 déclare avoir déjà pris de la drogue, l'Hérault est le département le plus touché (23%) et le Gard le moins (16%).

⁴³ OFDT. Consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence. Une approche régionale. Juill 2005.

⁴⁴ ORES. Enquête en classe de 3^{ème}. Résultats 2001-2002. Janvier 2005.

II. Le dispositif de prise en charge

Le dispositif est présenté synthétiquement par trois cartes ce qui est visuellement très parlant, mais aussi réducteur. Cette méthode est donc, par nature, schématique et ne reflète que très partiellement la richesse des prises en charge.

Des choix ont donc été fait :

Le premier, c'est de se contenter de ne représenter que le dispositif spécialisé qui bénéficie de crédits clairement orientés vers la prise en charge des usagers de drogues. Il est, en effet, impossible de représenter sur une carte la multitude d'intervenants de première intention qui prend en charge, suit et oriente les usagers : les médecins libéraux, les pharmaciens d'officine jouent, à cet égard, un rôle essentiel qu'il s'agit de ne pas oublier. Il n'est pas, non plus, possible de représenter les dispositifs de droit commun, CHRS, services de médecine, services de psychiatrie qui accueillent également ces patients.

Le second, c'est de ne pas insister sur les spécificités de telle ou telle structure. Chaque élément du dispositif a une histoire, il répond à des besoins locaux particuliers... Il ne s'agit pas là de cultiver les différences mais bien de tenter une approche la plus globale possible des différentes entrées dans la prise en charge addictologique.

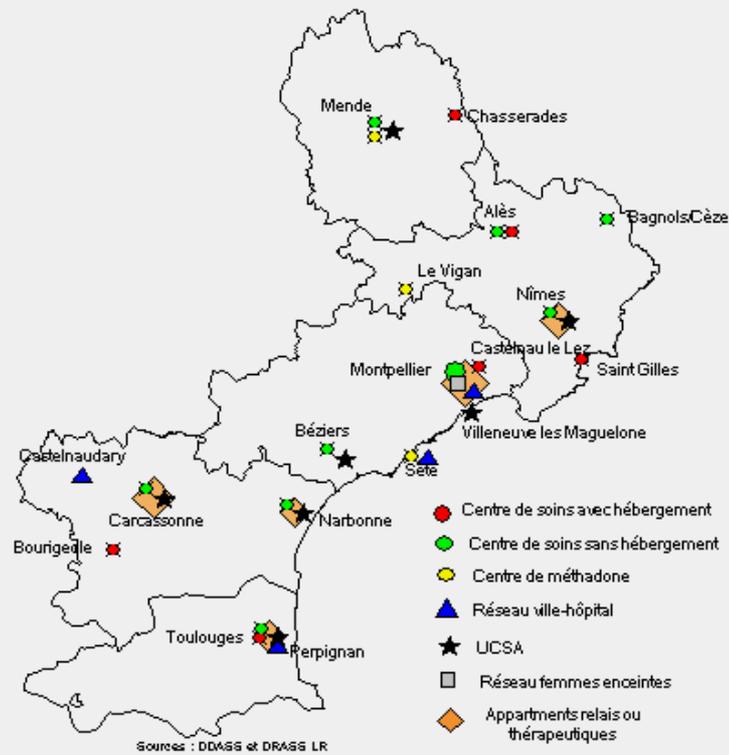
1. Organisation régionale du dispositif de prise en charge⁴⁵

Les structures de prise en charge ont été regroupées en différentes catégories permettant de mieux situer leurs interventions :

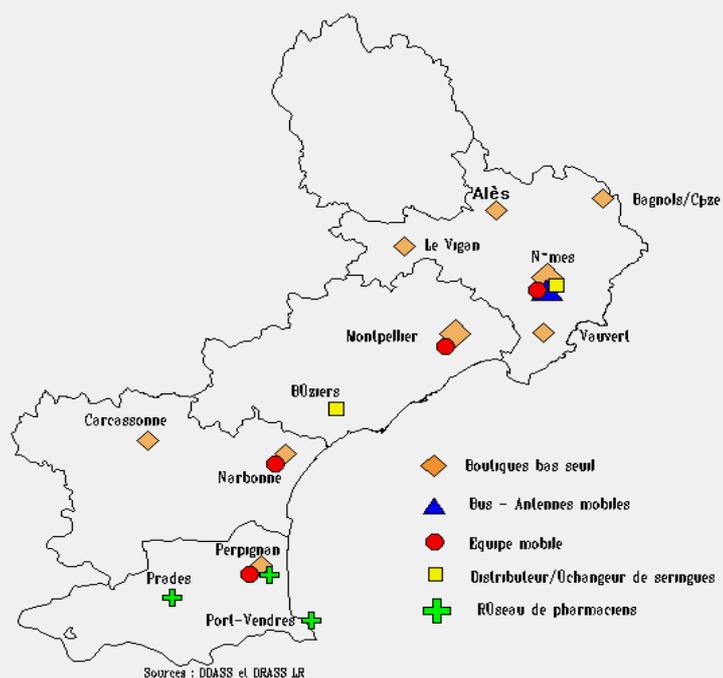
- en matière de drogues illicites : centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) avec hébergement, CSST sans hébergement, centres méthadone, réseau ville hôpital, UCSA, réduction des risques boutiques, réduction des risques divers (équipes mobiles, échanges de seringues, réseau de pharmaciens), soins divers/appartements thérapeutiques, post cure,
- en matière d'alcool : lits de sevrage, centre de consultations ambulatoires (CCAA) et leurs antennes, équipes de liaison, postcure,
- en matière de tabac : consultations et post cure.

⁴⁵La liste des structures est présentée en annexe 1

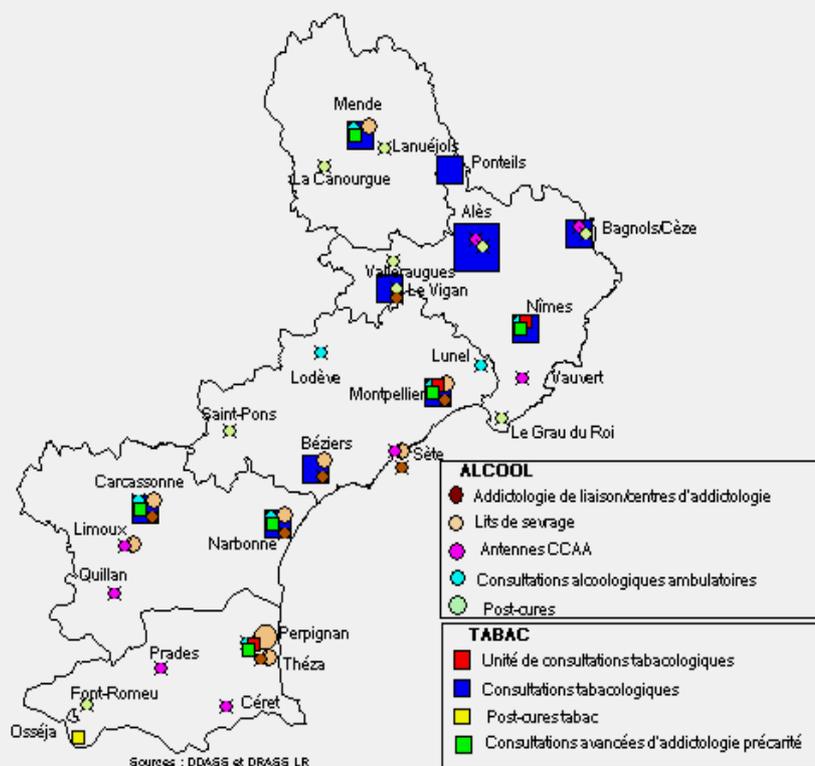
A. Structures de prise en charge des toxicomanes



B. Structures de réductions des risques



C. Structures de prise en charge alcool/tabac



2. Les caractéristiques départementales

2.1 Département de l'Aude

En matière de drogues illicites, le centre de post-cure de Tournebouix a fermé pour permettre la création d'une structure ambulatoire sur Limoux avec 12 places d'appartements thérapeutiques. Le dispositif couvre la totalité du département, un renforcement des interventions sur le secteur de Narbonne apparaît souhaitable pour faire face aux besoins saisonniers. Les associations audoises ont des activités complémentaires. Les collaborations entre elles et avec les autres établissements sanitaires et sociaux, notamment le secteur psychiatrique, devront être renforcées.

En matière d'alcool, le dispositif s'appuie sur des lits de sevrage implantés dans les centres hospitaliers de Narbonne et de Carcassonne et au centre géré par l'ASM à Limoux. Le CCAA qui relève du centre hospitalier de Carcassonne dispose d'antennes à Limoux et Quillan. L'arrondissement de Narbonne n'est pas desservi par un centre ambulatoire.

2.2 Département du Gard

Le dispositif de prévention et de structures de soins dans le Gard se répartit sur les villes de Nîmes, Alès et Bagnols sur Cèze. Toutefois le département se trouve pourvu de ces structures en relais sur les hauts cantons cévenols (Le Vigan - Sauve et saint Hippolyte du Fort), le sud du département (Beaucaire, Vauvert), le bassin bagnolais (Bagnols, Pont saint Esprit) et le nord alésien (Bessèges et La Grand Combe).

La mutualisation des moyens du CSST Logos, de l'ANPAA 30 et des établissements de soins a favorisé la mise en place de consultations spécialisées en toxicomanie et en alcoologie sur le site de Nîmes, Alès, Bagnols-sur-Cèze et Le Vigan. Le maillage du territoire en matière de soins spécialisés a fait l'objet d'efforts particuliers dans les années antérieures, avec des difficultés persistantes sur Bagnols sur Cèze. Le développement de l'offre sur le secteur du Vigan repose sur un acteur dynamique (Vigan Inter'Aide). L'extension du dispositif spécialisé de soins ambulatoires en alcoologie s'est faite en milieu carcéral (Maison d'Arrêt de Nîmes) et en CHRS (consultations avancées).

Enfin, l'accent a été mis sur les alternatives aux poursuites. Un partenariat avec la justice s'est mis en place autour d'un programme (PAR 30) mené par l'ANPAA et destiné aux personnes ayant commis des infractions en lien avec une alcoolisation. La mise en place par les services de justice (SPIP) de mesures d'obligation de soins se développe chaque année davantage pour les personnes alcoolo dépendantes.

2.3 Département de l'Hérault

Le « plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances » a été validé à la fin du mois de juin 2005. L'analyse des points forts et points faibles fait apparaître :

- *points forts* :

Des professionnels nombreux, motivés et compétents,
Des associations très présentes,
Un panel varié de prises en charge
Des expériences innovantes (prise en charge des femmes enceintes au CHU, « boutique » femmes...)

- *points faibles* :

Une insuffisance du dispositif de prise en charge des populations précaires qui retentit sur les prises en charge des usagers de drogues,
Un département touristique, lieu de passage de populations à risques cumulant les mésusages,
Un manque d'homogénéité entre structures spécialisées,
Un dispositif de ville à soutenir et développer,
Un dispositif de réduction des risques à faire admettre et à développer,
L'absence d'association d'auto-support qui ne favorise pas l'expression des usagers,
Une coordination institutionnelle qui reste à améliorer.

2.4 Département de la Lozère

Il existe un partenariat solide permettant une collaboration très étroite entre les structures spécialisées avec le souci d'améliorer la couverture du territoire. Cette dynamique permet une bonne prise en charge et suivi des publics ayant eu recours aux structures de soins en particulier suivi en post cure.

Ce partenariat est concrétisé par le réseau addictologie, réactivé depuis l'été 2003. L'état des lieux départemental a permis de retenir les pistes de travail suivantes :

- ① améliorer la coordination entre le centre hospitalier et le CHS pour la prise en charge des alcoolisations aiguës,
- ② clarifier la place de la psychiatrie dans le dispositif, en particulier dans les situations aiguës ou de violence
- ③ analyser les besoins en « appartements de coordination thérapeutique ».

Il existe un besoin de prise en charge pour les publics précaires identifiés et la prise en charge des addictions doit être renforcée en milieu pénitentiaire. Le manque de professionnels apparaît comme une limite aux prises en charge. Le centre hospitalier de Mende est bien repéré et développe des partenariats avec les structures spécialisées. Certaines zones apparaissent prioritaires compte tenu également des difficultés de transport : Les Cévennes et la haute Lozère (Langogne), St Chély d'Apcher et Marvejols.

2.5 Département des Pyrénées-Orientales

Le plan départemental de lutte contre les drogues a été validé en juillet 2005.

On peut noter un bon partenariat entre les différentes structures de prises en charge addiction (CSST, équipe d'addictologie de liaison hospitalière, CCAA, structure de réductions des risques), notamment sur le bassin du Roussillon qui concentre la plus forte densité de population

Un certain nombre de prise en charge concernant des publics identifiés (femmes enceintes, détenus) ont pu se développer grâce à une ébauche de travail en réseau pour les femmes enceintes et les convention santé/justice pour les détenus notamment sur l'amélioration de l'accès aux traitements de substitution en prison.

Pour le dispositif ambulatoire spécialisé alcool géré par le CCAA, il existe une réelle départementalisation de l'offre par la mise en place de consultations avancées en zone rurale dans les sous-préfectures de Prades et de Céret. Ces consultations sont également proposées sur les structures accueillant des publics en situation de grande précarité.

Pour le dispositif ambulatoire spécialisé toxicomanie, l'offre de soins est concentrée dans la grande agglomération perpignanaise, ce qui pose un problème d'accès pour les bassins ruraux.

L'existence d'un réseau de pharmaciens permet de couvrir le département pour la mise à disposition de matériel stérile ; l'activité de la boutique bas seuil située à Perpignan augmente régulièrement depuis son ouverture. Un projet d'accès aux soins notamment pour le VIH et leVHC pour les toxicomanes les plus marginalisés s'est mis en place en 2005 à partir de la boutique.

Les points à développer sont :

L'articulation avec la médecine libérale,

L'accès aux soins spécialisés pour le dispositif toxicomanie en zone rurale et dans les structures accueillant des personnes en situation de précarité,

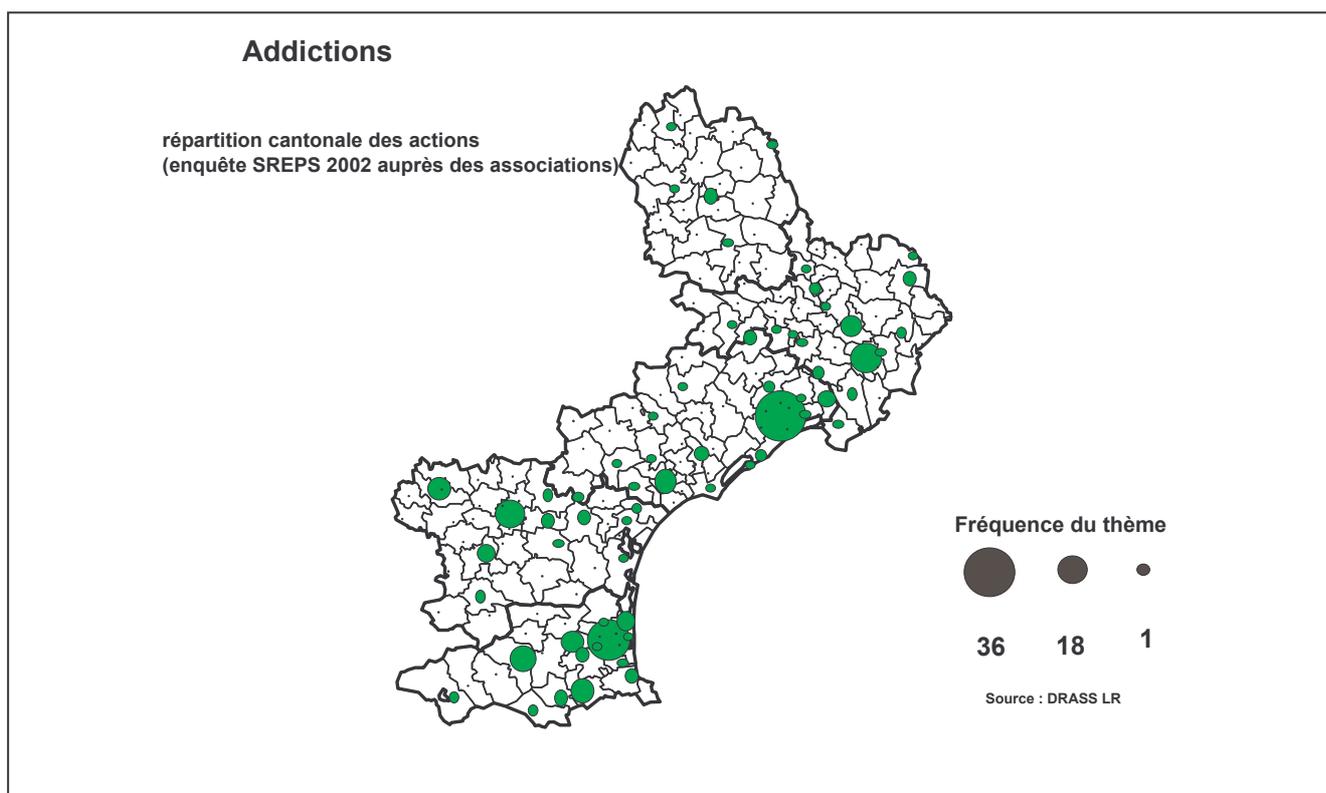
La formalisation d'un réel réseau de prise en charge réunissant l'ensemble des acteurs dans le champ des addictions,

Le maillage concernant la réduction des risques est à poursuivre sur l'arrondissement de Céret.

III. Les actions de prévention des addictions

1. Couverture territoriale des actions

Les travaux menés dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) ont montré que le thème addictions est le plus relayé par les associations (20%). Les différences entre départements sont peu significatives (16% Lozère et 22% dans l'Aude). Par contre, la couverture territoriale est très variable comme le montre la carte suivante.



2.1 Département de l'Aude

Principalement des actions ciblant des publics jeunes et adultes dans des lieux de vie ou environnements particuliers :

- actions en milieu scolaire, centres de formations et maisons d'enfants,
- prévention des toxicomanies, des conduites à risques et des dépendances sur les quartiers et dans le milieu rural,
- prise en compte de l'usage des drogues dans les lieux d'accueil ou de formation des adultes et dans les espaces festifs,
- la mise en place de ces actions fait appel à un travail en partenariat avec le personnel des structures, les acteurs de prévention dans un cadre inter-associatif ou conventionnel.

2.2 Département du Gard

La formation proposée concerne essentiellement les professionnels qui sont en contact avec les jeunes dans leurs différents lieux de vie. Il s'agit de favoriser une « culture commune » des adultes référents leur permettant de prévenir, de détecter les comportements à risques et enfin d'apporter des solutions adéquates. Les actions de prévention menées auprès des jeunes en dehors de l'école sont insuffisantes ; par ailleurs, ces actions ne sont pas mises en œuvre suffisamment en amont.

Un collectif gardois de prévention du tabagisme a été créé. Il est chargé d'élaborer des actions de prévention du tabagisme auprès des jeunes, en milieu hospitalier et pour les femmes enceintes.

Des actions sont également menées avec les Comites d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). L'évaluation des actions engagées reste le point faible de ces interventions. Projet de mise en place d'un programme pluriannuel (2004-2008) de prévention de l'usage du cannabis chez les jeunes de 13 à 25 ans en s'appuyant davantage sur les CESC.

En conclusion, la prévention dite primaire souffre toujours des mêmes maux : pertinence du contenu et des méthodes, déficit d'évaluation. La prévention dans son ensemble souffre aussi d'une trop grande fragilité en matière de financement, comme le montre l'exemple du PAR 30 (collaboration justice-santé) qui, dès la 2ème année, a vu ses crédits chuter de manière importante.

2.3 Département de l'Hérault

La mise en œuvre en 1999 du Plan départemental a renforcé la dynamique de prévention déjà existante et formalisée depuis 1995 par un contrat entre l'Etat et le Département. La politique de prévention est organisée au sein d'un comité de pilotage.

Les actions de préventions ciblent essentiellement les jeunes de 11-25 ans en milieu scolaire ou non, qu'ils soient consommateurs ou pas, et leurs parents. Elles visent également les adultes au contact des populations à risques.

Un appel à projet est lancé chaque année. Une Semaine Départementale de Prévention est organisée au cours du mois de novembre. Cette année sera la 10^{ème} édition. La semaine mobilise de nombreuses communes, associations et établissements scolaires.

De 2001 à 2003 a été mis en œuvre un plan de formation départemental pour développer une « culture commune » (plan triennal MILDT 1999-2001) et pour développer les réseaux de partenaires locaux (jeunes animateurs au contact de jeunes, professionnels, formations interministérielles).

- Points forts : Mobilisation des acteurs de terrain, notamment à l'Education Nationale. Appropriation de la Semaine départementale de prévention par les communes et associations de terrain. Appropriation de l'approche de la prévention par le comportement et non par le produit.
- Points faibles : Difficultés dans les établissements scolaires d'inclure la prévention dans un programme construit sur le long terme et associant tous les partenaires ; difficulté dans la continuité des actions d'une année sur l'autre.

2.4 Département de la Lozère

Orientation prioritaire de la plupart des acteurs vers le public jeune. Interventions nombreuses dans le milieu scolaire dans les champs de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé. Sensibilisation des jeunes par le biais des auto-écoles et des boîtes de nuit (signature d'une charte). Organisation de conférence débat en mairie, cinéma et autres lieux. Accent sur la prévention du tabagisme, chez les jeunes, et l'aide au sevrage.

2.5 Département des Pyrénées-Orientales

L'élaboration du plan départemental de prévention des addictions a permis de faire émerger un réel partenariat inter institutionnel et inter associatif. Il existe une coordination des actions de prévention contre les addictions assurée par le CODES, en relation avec la DDASS et la MILDT.

Pour les scolaires, les actions de prévention sont supervisées par un animateur référent, en petits groupes, les acteurs sont formés aux concepts de la MILDT. Sur le plan quantitatif, 30% a été réalisé en 2004 et 40% en 2003 (ensemble des classes de 6^{ième} et de seconde) soit environ 3.000 élèves touchés et 130 personnes formées en 3 ans.

Un partenariat fort existe avec l'Education nationale qui copilote ces actions, cependant les limites (17 établissements sur 40 ont été touchés) découlent de :

- de l'insuffisance de financements,
- de l'insuffisance de personnels de santé scolaire pouvant se dégager sur des missions d'animation,
- de la charte d'intervention jugée trop lourde par certains principaux

Des formations des animateurs jeunesse des Points Informations Jeunesse ont eu lieu pour leur permettre de développer des actions de prévention.

Sur le thème femmes enceintes et addictions, des formations des sages femmes et de quelques gynécologues ont permis de jeter les bases d'un réseau plus large.

Le programme en santé des jeunes prévoit de compléter ces actions par le développement de la prévention auprès des 18/25 ans sur le campus universitaire et dans certains lieux d'insertion (MLI et PAIO).

Les points forts : on note la qualité du partenariat, l'implication de l'ensemble des acteurs (y compris CPAM, mutualité, CSST et CCAA) le pilotage des actions, leur évaluation régulière.

Les points faibles : on peut citer le difficile accès à certaines populations spécifiques (gitans, détenus...) pour lesquelles les objectifs du PDPA n'ont pas été atteints.

IV. Les priorités proposées

A partir des éléments présentés ci-dessus, de la situation épidémiologique de la région et des orientations gouvernementales, le groupe de travail (constitué de la DRASS, des DDASS et du CIRDD) proposent les premières orientations suivantes qui permettront de structurer la réflexion.

Optimiser le système d'information et de formation au plan régional et l'inscrire dans un fonctionnement interdépartemental

- *Repositionner le CIRDD (élaboration du cahier des charges)*
- *Etablir les modalités du partenariat avec les autres structures (ORS, université, CRES, CODES...)*
- *Intégrer ce dispositif dans le pôle ressource Education à la santé au plan régional et interdépartemental*

Systématiser et homogénéiser les démarches et outils d'évaluation au niveau régional afin d'améliorer le pilotage des dispositifs.

Adapter et diversifier le dispositif de prise en charge afin qu'il réponde mieux aux besoins des personnes présentant des conduites addictives.

- *Assurer une meilleure couverture territoriale*
- *Renforcer les articulations entre les dispositifs de soins spécialisés, les hôpitaux et les structures sociales*
- *Favoriser la mise en réseau du dispositif spécialisé et des professionnels de santé libéraux*
- *Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge des addictions en milieu carcéral et veiller à la préparation du suivi médico-social à la sortie*
- *Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes ayant des conduites addictives*
- *Favoriser le dépistage et l'orientation vers le soin des toxicomanes présentant des pathologies infectieuses (HIV, hépatites)*

Adapter, consolider et développer le dispositif de réduction des risques sur l'ensemble du territoire

- *Réaliser un état des lieux afin de mieux identifier les structures en place, leur champ d'intervention et les besoins non couverts (à lier avec le premier objectif sur le système d'information)*
- *Développer des stratégies de réduction des risques sur les lieux festifs*

Développer des programmes capables d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances et de réduire les consommations.

Annexe 1 : Liste régionale des structures de prise en charge des addictions

HERAULT	Communes
DROGUES ILLICITES	
CSST avec hébergement	
Entracte	34170 Castelnau le Lez
CSST sans hébergement	
AMT Arc-en-ciel	34000 Montpellier
UTTD	34000 Montpellier
Episode	34500 Béziers
Méthadone	
Centre Hospitalier Bassin de Thau	34200 Sète
Réseau ville hôpital	
Réseau 34	34000 Montpellier
Addictologie de liaison	
UCSA	
UCSA	34750 Villeneuve / Maguelones
UCSA	34500 Béziers
Réduction des risques / boutiques	
Réduire les risques	34000 Montpellier
AXESS	34000 Montpellier
Réduction des risques / divers	
Echangeur distributeur de seringues	34500 Béziers
Equipe mobile	34000 Montpellier
Soins divers / appartements thérapeutiques	
AMT Arc-en-ciel - 6 appartements	34000 Montpellier
Entracte - 4 appartements relais	34000 Montpellier
DROGUES LICITES	
Alcool	
PRISE EN CHARGE	
Ambulatoire	
CCAA - ANPAA 34	34000 Montpellier
CCAA - ANPAA 34 / Equipes mobiles CHR	34000 Montpellier
CCAA - ANPAA 34 / Antenne	34200 Sète
Consultations Hôpital local	34400 Lunel
Consultations Hôpital local	34700 Lodève
Lits de courts séjours	
Service hospitalier CHU	34000 Montpellier
Service hospitalier Béziers	34500 Béziers
Service hospitalier Sète	34200 Sète
POST CURE	
Centre de post cure	34220 Saint Pons de Thomières
Tabac	
UNITE DE CONSULTATION TABACOLOGIE	
Service hospitalier CHU	34000 Montpellier
CONSULTATIONS TABAC	
Service hospitalier Béziers	34500 Béziers
Service hospitalier Sète	34200 Sète
Clinique Clémentville	34000 Montpellier

LOZERE		Communes
DROGUES ILLICITES		
CSST sans hébergement		
ANPAA 48		48000 Mende
Centre méthadone		
Centre Hospitalier de Mende		48000 Mende
UCSA		
UCSA		48000 Mende
DROGUES LICITES		
Alcool		
PRISE EN CHARGE		
Ambulatoire		
Consulation de sevrage		48000 Mende
POST CURE		
Centre de soins Maison Ste Marie		48500 La Canourgue
Centre de soins Château du Boy		48000 Lanuejols
Tabac		
CONSULTATIONS TABAC		
ANPAA 48		48000 Mende
GARD		Communes
DROGUES ILLICITES		
CSST avec hébergement		
Mas St Gilles SOS DI		30800 St Gilles
Centre thérapeutiques résidentiels		30100 Alès
CSST sans hébergement		
Logos		30000 Nîmes
Logos		30200 Bagnol sur Cèze
Logos		30100 Alès
Centre méthadone		
Vigan inter'aide - La Draille		30120 Le Vigan
Addictologie de liaison		
Réseau ville hôpital (addictologie)		30100 Alès
Centre d'addictologie lieu ressource + réseau		30120 Le Vigan
Réduction des risques / boutiques		
ASUD		30000 Nîmes
Logos (accueil de jour)		30000 Nîmes
La Trev'		30600 Vauvert
Riposte		30200 Bagnol sur Cèze
AIDES (lieu d'accueil)		30100 Alès
La Draille		30120 Le Vigan
Réduction des risques / divers		
Equipe mobile (ASUD)		30000 Nîmes
AIDES (bus)		30000 Nîmes
ARAP RUBIS (bus échange de seringues)		30000 Nîmes
UCSA		
UCSA		30000 Nîmes
Soins divers / appartements thérapeutiques		
SOS DI - 6 appartements mère-enfants		30000 Nîmes

DROGUES LICITES	
Alcool	
SEVRAGE	
Ambulatoire	
CCAA Hospitalier	30000 Nîmes
LANPA / Antenne	30100 Alès
LANPA / Antenne	30200 Bagnol sur Cèze
LANPA / Antenne	30600 Vauvert
POST CURE	
Notre Dame de la Rouvière	30570 Valleraugue
Tabac	
CONSULTATIONS TABAC	
Centre d'addictologies	30120 Le Vigan
Réseau ville-hôpital addictologie	30100 Alès
CCAA Hospitalier	30000 Nîmes
Service hospitalier CHU	30000 Nîmes
Service hospitalier	30100 Alès
Service hospitalier	30200 Bagnol
Clinique de Rochebelle	30100 Alès
CHS	30450 Pontails et Bresis
PYRENEES ORIENTALES	Communes
DROGUES ILLICITES	
CSST sans hébergement	
CSST	66000 Perpignan
Réseau ville hôpital	
Réseau intervenants addictologie	66000 Perpignan
Addictologie de liaison	
CH	66000 Perpignan
UCSA	
UCSA	66000 Perpignan
Réduction des risques / boutiques	
ASCODE Boutique	66000 Perpignan
Réduction des risques / divers	
Equipe mobile	66000 Perpignan
ASCODE Réseau de pharmaciens	66000 Perpignan
ASCODE Réseau de pharmaciens	66500 Prades
ASCODE Réseau de pharmaciens	66660 Port Vendres
Soins divers / appartements thérapeutiques	
SOS Habitat et soins - 9 appartements	66000 Perpignan
Maison de vie du Roussillon - 5 appartements relais	66000 Perpignan
Post cure	
Intersecteur tox - 10 places	66 350 Toulouges
DROGUES LICITES	
Alcool	
SEVRAGE	
Lits de courts séjours	
CH Perpignan	66000 Perpignan
Clinique St Joseph	66000 Perpignan
Clinique du Pré	66200 Théza
Ambulatoire	
CCA - Centre de consultation	66000 Perpignan

CCA - Antenne	66500 Prades
CCA - Antenne	66400 Céret
Equipe mobile (précarité)	66000 Perpignan
POST CURE	
Clinique privée Val Pyrène	66340 Font Romeu
Tabac	
CONSULTATIONS TABAC	
Unité de tabacologie CH	66000 Perpignan
POST-CURE	
La Solane	66340 Osseja
AUDE	
Communes	
DROGUES ILLICITES	
CSST sans hébergement	
AID 11	11000 Carcassonne
AID 11	11100 Narbonne
Réseau ville hôpital	
Ravihtox - Réseau départemental	11400 Castelnaudary
Addictologie de liaison	
CH Carcassonne	11000 Carcassonne
CH Narbonne	11100 Narbonne
UCSA	
AID 11	11000 Carcassonne
AID 11	11100 Narbonne
Réduction des risques / boutiques	
AID 11	11100 Narbonne
AID 11	11000 Carcassonne
Réduction des risques / divers	
Equipe mobile - bus	11100 Narbonne
Soins divers / appartements thérapeutiques	
AID 11 - 2 appartements relais	11100 Narbonne
AID 11 - 3 places appartements thérapeutiques	11000 Carcassonne
SOS Habitat et soins - 5 places coordination thérapeutique	11000 Carcassonne
SOS Habitat et soins - 2 places	11100 Narbonne
Post cure	
SOS DI - 16 places	11300 Limoux
DROGUES LICITES	
Alcool	
SEVRAGE	
Lits de courts séjours	
CH	11000 Carcassonne
CH	11100 Narbonne
ASM	11300 Limoux
Ambulatoire	
CCAA - Centre de consultation	11000 Carcassonne
Antenne CCAA Hôpital local	11300 Limoux
Antenne consultations Maison Epi	11500 Quillan
Tabac	
CONSULTATIONS TABAC	
Service Hospitalier CH	11000 Carcassonne
Service Hospitalier CH	

Annexe 2. Statistiques : Tableau des sources exploitées

Source + année	contenu	Maître d'oeuvre	Population concernée	Type de Données exploitables + « niveau » du document	géographie
ILIAD 2002	vente, Décès, ILS, nbr. de personnes prises en charge. Drogues illicites & licites (alcool, tabac)	OFDT	Selon les produits : 20-39 ans 15-44 ans 40-64 ans	Stat., Cartes pour certains indicateurs.	Languedoc Roussillon & départementale
Indicateurs et tendances 2002	conso., conséquences sanitaires et sociales, pénales, infos offre et trafic	OFDT	population générale	Etat du phénomène drogues en France : approches transversales et par produit.	Nationale. Approches synthétiques régionales par chapitre
Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : Tendances., 2004 (35)	Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2003	OFDT ; INSERM.	Pop. spécifique	Synthèse des tendances de conso. Tab. graph.	National
ESCAPAD 2003 Exploitation régionale Données provisoires	Les consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence	OFDT	17-18 ans	Niveaux de conso. Pour une douzaine de produits, croisement avec des indicateurs sociodémographiques, scolaires, comportementaux.	Languedoc Roussillon
Enquête ORES Languedoc Roussillon 2000-2001	Etat de santé des élèves de 3ème	ORS LR	14-15 ans	stat. Sur les conso. alcool et tabac	Languedoc-Roussillon
BEH n° 13 (23 mars 2004).	Données déclaratives, sanitaires et économiques sur l'alcool : aperçu des désaccords régionaux.	OFDT/INPES	Population générale adulte et jeune	Stat., cartographie	Tendances nationales. Aperçus régionaux
OPPIDUM Octobre 2001 & 2002	Observation des consommations	CEIP / AFSSAPS	Pop. Spécifique Toxico dépendants en csst	Stat. Approche produits Données déclaratives Description sociodémographiques produits consommés,	Nationale à partir de recueils locaux (CEIP Montpellier). Données régionales disponibles
OFDT. Les traitements de substitutions en France : résultats récents 2004. Tendances, 2004 (37)	Usagers substitués aux opiacés par BHD, bilan des traitements, mésusages de BHD	OFDT	Pop. spéc.	Stats. Synthèses, analyse	nationale

« document » Source	contenu	Maître d'oeuvre	Population concernée	Type de Données	géographie
www.securite-routiere.gouv.fr 2003	Activités de contrôle et de sanction des forces de l'ordre	Observatoire régional de sécurité routière	Pop. générale	Nbr. de PV pour dépistages alcool positifs, évolution sur 3 ans, rapport région/France	Languedoc-Roussillon
DRASS Info n° 30 (sept. 2002)	Profils et consommation d'alcool des patients hospitalisés en Languedoc-Roussillon	DRASS LR	Pop. spécifique	Stats., taux de prévalence, croisement avec des indicateurs sociodémographiques, comportementaux (consommations associées)	Languedoc-Roussillon
Base « SCORE SANTE »	observation régionale en santé	Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé	Pop. générale	Mortalité liée au tabac ; Sida et toxicomanie base de données d'indicateurs : tableaux comparés	Données régionales, départementales
STUPS : Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2002	Données secteur répressif	OCTRIS	Pop. spécifique	Quantités, %, analyse par produits, types et évolution des infractions, données saisies, Interpellations, profil usagers, décès. Doc niv 2.	Données nationales, départementales et régionales
La Lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. 2002	Grossesse et Tabac	CHU Montpellier	Pop. spécifique	stats	Languedoc Roussillon
ORS LR. Enquête Périnatale en Languedoc Roussillon 1998-1999	Femmes et tabac	ORS LR	Pop. spécifique	Données stats. synthèse	Languedoc-Roussillon
SIAMOIS Système d'information sur l'accès au matériel d'injection stérile	Ventes pharmaceutiques de médicaments de substitution et des seringues stériles	InVS	Pop. spécifique	Nbr. de ventes mensuelles, évaluation du nbr. (théorique) d'usagers sous substitution	Nationale et départementale

« document »S ource	contenu	Maître d'oeuvre	Population concernée	Type de Données	géographie
Enquête alcool en médecine générale en Languedoc Roussillon. 2000	Profil des patients consultant	ORS LR	Pop. spécifique	Statistiques, tab. analyses	régionale
BEH n°24-25 La notification obligatoire du VIH 2004	Résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection du VIH	InVS	Pop. spec	Analyse méthod., stats. Tab., graph.	Nationale. régionale
Revue de l'AM. Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000	les données du régime général de l'assurance maladie	CNAMTS.	Bénéficiaires de l'AM ayant un traitement de substitution	Stats., Tab. ,	France.+ Données régionales
Programme de lutte et de prise en charge de l'hépatite C : où en est-on dans l'Hérault ? 2004	Epidémiologie, dispositifs de prise en charge et de prévention et soutien, actions réalisées	Réseau Hépatites Languedoc-Roussillon / DDASS de l'Hérault.	Pop. spécifique	Données chiffrées, tab., synthèses	Hérault
Rapports d'activités 2003		ASCODE / CSST AID11/ AMT Arc en Ciel / Episode / Entract/ UTTD Montpellier / CSST LOGOS			territorial
Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français.	Pratiques patients et prescripteurs	OFDT. CNAMTS	Bénéficiaires assurance Maladie sous TSO	Stats, données comparatives,	13 agglomérations françaises dont Montpellier (Hérault)
La santé des jeunes dans l'Hérault : diagnostic départemental réactualisé 2003	Accidents de la route, sexualité, MST, souffrance psychologique, accès aux droits et aux soins	DDASS 34 / GRES Médiation Santé / Fondation de France	Pop. spécifique	Statistiques, bilan des actions financées, analyses et recommandations	Hérault
Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac	Ventes, saisies, consultations, téléphonie sociale	OFDT	Pop. générale	Stats,	national
Altadis/DGDDI 2002-2003	Ventes de tabac de la filière d'Altadis en France métropolitaine	Altadis/DGDDI	Pop. générale	Nbr. de cigarettes en volume (milliers d'unités)	Départemental