



**Cellule d'Appui Régionale  
de la MILDT en Lorraine**

**DIAGNOSTIC DE LA  
CONSOMMATION DE  
DROGUES ILLICITES,  
D'ABUS D'ALCOOL  
ET DES ACTIONS DE PRISE  
EN CHARGE ET DE  
PRÉVENTION EN LORRAINE**



**ORSAS-LORRAINE – MAI 2010**

## SOMMAIRE

<b>Introduction : objectifs et méthode</b>	<b>2</b>
<b>A – LES DROGUES ILLICITES</b>	<b>3</b>
Le cannabis : produit illicite le plus consommé, mais on observe une baisse de son usage chez les jeunes	3
Consommation de cannabis à l'âge adulte : surtout le fait des jeunes hommes de 18-24 ans	6
Prévalences départementales de l'usage de drogue en population âgée de plus de 18 ans	7
Abus et dépendance aux drogues illicites par département	9
Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution	10
Subutex® : la Moselle, en tête des départements pour la vente	10
Les Vosges : premier département de France pour la vente de Stéribox®	14
Forte hausse des interpellations pour usage d'héroïne et de cocaïne entre 2007 et 2008	16
Usage de drogues illicites en milieu festif	20
Synthèse drogues illicites	21
<b>B – LES BOISSONS ALCOOLIQUES</b>	<b>22</b>
La consommation d'alcool des Lorrains	22
Une consommation lorraine d'alcool proche de la moyenne nationale	22
Prévalence des risques d'alcoolisation excessive	22
Abus d'alcool et dépendance à l'alcool	23
Intoxication alcoolique aiguë : un phénomène qui touche particulièrement les jeunes de 15 à 19 ans et certains territoires	24
Interpellations pour ivresse sur la voie publique : des taux départementaux lorrains supérieurs aux moyennes nationales, sauf en Meuse	27
Accidents corporels avec alcool	28
Synthèse alcool	29
<b>C – LES ACTIONS MENÉES</b>	<b>30</b>
Les structures permanentes	30
Activité des CSST	30
Activité des CAARUD	31
Activité des CCAA	33
Les actions de prévention non pérennes	34
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	<b>37</b>

## **Introduction : objectifs et méthode**

Le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 » fixe pour objectif la prévention de l'usage de drogues illicites et l'abus d'alcool : « La baisse du nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une consommation problématique d'alcool d'ici à 2011 constitue (...) l'objectif central du plan gouvernemental ».

La mise en place de ce Plan aux échelons régional et départemental nécessite de disposer d'un diagnostic, constamment réactualisé, pour fixer les objectifs et pour évaluer les évolutions.

Le diagnostic proposé par la Cellule d'appui MILDT de Lorraine a pour objet général la consommation de produits addictifs dans des espaces géographiques et administratifs donnés : la Lorraine, les départements lorrains et leurs arrondissements. L'objectif de l'étude est de spécifier les caractéristiques générales de la diffusion de ces substances, ainsi que des moyens existants pour réduire les problèmes rencontrés. Le but final de ce travail est donc la mise à disposition d'une analyse de situation portant sur la consommation de produits addictifs.

La méthode utilisée consiste à recourir aux données et informations déjà disponibles (enquêtes et statistiques administratives) ou facilement mobilisables. Ce choix présente toutefois des difficultés qui limitent l'ambition de vouloir disposer d'informations au niveau des arrondissements lorrains.

En effet, les enquêtes sur la population générale pour connaître le niveau de consommation de produits addictifs à différents âges sont menées à partir d'un échantillon de 2 000 à 5 000 personnes représentatives de l'ensemble des Lorrains. Mais cette représentativité régionale ne garantit pas une représentativité par département ou par arrondissement. Et plus l'échantillon régional sera réduit, plus on est contraint de travailler avec des petits nombres à des échelons infrarégionaux ou infra-départementaux pour lesquels la significativité statistique n'est pas assurée.

De même, les données administratives ou d'activité, aujourd'hui disponibles, ne le sont pas toujours à l'échelon des arrondissements. Cet inconvénient pourra être réduit par la suite en demandant aux services concernés de communiquer leurs données à un échelon plus fin. Cette sollicitation n'a pas pu être mise en œuvre pour le présent diagnostic.

# A – LES DROGUES ILLICITES

---

La connaissance de la consommation de drogues illicites en population générale est plus difficile à construire que celle de l'alcool ou du tabac. Les usagers peuvent en effet hésiter à révéler, au cours d'une enquête, même anonyme, une pratique qu'ils savent interdite par la loi. Par ailleurs, les enquêtes par échantillon en population générale peuvent ignorer les toxicomanes les plus marginalisés sur le plan social.

En dépit de ces difficultés méthodologiques, il n'en demeure pas moins que l'objectivation de la consommation de drogues illicites présente un enjeu majeur de la définition d'une politique de prévention des addictions.

Les indicateurs habituellement utilisés pour caractériser la région Lorraine, du point de vue de la consommation de substances psychoactives illicites, placent la région et ses départements avec un profil accentué « drogues illicites », alors que pour l'alcool et le tabac, elle ne se distingue pas particulièrement des autres régions françaises.

## **Le cannabis : produit illicite le plus consommé, mais on observe une baisse de son usage chez les jeunes**

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Lorraine comme en France. Selon le Baromètre Santé des Lorrains le plus récent disponible (2005<sup>1</sup>), il a été expérimenté par 22 % de la population lorraine âgée de 12 à 75 ans (28,7 % pour les hommes et 15,9 % pour les femmes). Mais le phénomène le plus marquant de ces dernières années réside dans la baisse de la consommation de cannabis chez les jeunes.

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children<sup>2</sup>) menée par le rectorat de Nancy-Metz auprès des élèves montre qu'à 15 ans la fréquence de consommation déclarée de cannabis au cours de l'année a baissé de moitié entre 2002 (34,1 %) et 2007 (17 %). Le même constat peut être fait à 17 ans.

### **Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 15 ans**

Lorraine	2002	2007
Garçons	34,6 %	21,0 %
Filles	33,5 %	15,0 %
Garçons et filles	34,1 %	17,9 %

Source : Enquête HBSC – Rectorat Nancy-Metz, École de santé publique Nancy

L'enquête Lorraine HBSC de 2007 a été conçue pour permettre une connaissance plus fine à l'échelon infrarégional, ce qui permet de décrire la situation de la consommation par arrondissement en 2007, sans toutefois pouvoir en mesurer l'évolution depuis 2002. La taille de l'échantillon lorrain

<sup>1</sup> L'enquête Baromètre Santé est menée par l'INPES tous les cinq ans.

<sup>2</sup> L'enquête HBSC est menée à l'échelon européen par plusieurs pays participants. Elle a lieu tous les cinq ans auprès d'un échantillon d'élèves de 11, 13 et 15 ans.

(N=2412, dont 780 âgés de 15 ans) ne permet pas de faire de distinction entre les sexes. L'analyse infrarégionale ne montre pas de différence significative entre les départements. Par contre, deux arrondissements se distinguent de la moyenne régionale : Sarrebourg avec une consommation déclarée plus élevée à 15 ans au cours des 12 derniers mois et Verdun avec une consommation plus faible.

**Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois  
chez les élèves de 15 ans en 2007 par département lorrain**

Département	2007	Test	Arrondissement
Meurthe-et-Moselle	18,2 %	ns	
Meuse	21,3 %	ns	Verdun --
Moselle	17,9 %	ns	Sarrebourg ++
Vosges	15,4 %	ns	
Lorraine	17,9 %		

'ns' indique qu'il n'y a pas de différence significative entre le département analysé et l'ensemble de la Lorraine (utilisation du test du Khi 2 au seuil 0,05). La colonne « Arrondissement » indique les arrondissements pour lesquels une différence significative est observée, soit en consommation plus élevée qu'à l'échelon régional (++) , soit en consommation moins élevée (--).

L'enquête Escapad<sup>1</sup> de 2008, menée auprès des jeunes de 17-18 ans, montre que la Lorraine ne se distingue pas des autres régions de France métropolitaine pour la consommation de cannabis. Parmi les jeunes Lorrains interrogés, 38 % des garçons et 32 % des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Ces proportions de consommateurs de cannabis sont en baisse sensible par rapport à 2005 (51 % des garçons et 44 % des filles). La déclaration d'usage régulier de cannabis (avoir consommé le produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours) baisse également par rapport à l'enquête similaire de 2005. 5 % des jeunes Lorrains (7 % des garçons et 2 % des filles) déclarent un tel usage régulier en 2008 (7,3 % pour l'ensemble des autres régions de la France métropolitaine).

<sup>1</sup> Mise en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2000, l'enquête ESCAPAD contribue à préciser les connaissances sur les consommations de substances psychoactives des jeunes Français. En interrogeant régulièrement, lors de leur journée d'appel de préparation à la défense, un échantillon représentatif des jeunes de 17 et 18 ans sur leurs usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites, ESCAPAD constitue un véritable baromètre de ces comportements à un âge stratégique.

## Usages de cannabis à 17 ans (%) en 2008 et 2005

	Lorraine 2008			Lorraine 2005			Lorraine G + F	Ensemble des autres régions		
	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	Évol <sup>1</sup> 05-08	G + F 2008	G + F 2005	Évol <sup>1</sup> 05-08
<b>Expérimentation</b>	38	32*	35*	51	44	48	↘	42,2	49,4	↘
<b>Usage régulier</b>	7	3*	5*	16	6	11	↘	7,3	10,8	↘

	Meurthe-et-Moselle			Moselle			Lorraine	France
	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G + F
<b>Expérimentation</b>	43	39*	41*	34	27*	30*	35*	<b>42,2</b>
<b>Usage régulier</b>	11	3*	7*	4	2	3*	5*	<b>7,3</b>
<b>Effectif échantillon</b>	<b>289</b>	<b>284</b>	<b>573</b>	<b>376</b>	<b>353</b>	<b>729</b>	<b>1 669</b>	<b>39 542</b>

Source : OFDT, ESCAPAD 2008 (Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., Legleye S., Analyse régionale ESCAPAD 2008, OFDT, 2009)

L'expérimentation désigne le fait de déclarer avoir déjà pris le produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations. L'usage régulier désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois le produit au cours des trente derniers jours.

G=Garçons F=Filles

1 : \* indique une différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons (colonnes Filles) en Lorraine et entre ceux observés dans le reste de la Métropole et dans la région (colonne G + F). Les flèches descendantes indiquent des variations significatives entre 2005 et 2008 dans la région (ou en métropole). Utilisation du test du Chi-2 au seuil .05.

**Les données calculées ne sont pas disponibles pour la Meuse et les Vosges en raison de la faiblesse numérique de leur échantillon dans la base ESCAPAD.**

A 17 ans, la déclaration d'une expérimentation d'autres stupéfiants se situe à un niveau relativement proche de celui mesuré sur le reste de la métropole. La consommation de médicaments psychotropes (prescrits ou non) par les jeunes de 17 ans ne présente pas de différence significative entre la Lorraine (18 %) et la France métropolitaine (19,9 %). Par contre, la comparaison entre les sexes montre que ce sont **les jeunes adolescentes qui se révèlent les plus expérimentatrices de médicaments psychotropes, tant au niveau régional que national (Lorraine : Filles 26 %, garçons 11 %).**

**Expérimentation de substances illicites  
autres que le cannabis à 17 ans en 2008 et 2005 (%)**

	Lorraine 2008			Lorraine 2005			Lorraine G + F	Ensemble des autres régions		
	Garçons	Filles <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	Garçons	Filles <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	Évol <sup>1</sup> 05-08	G + F 2008	G + F 2005	Évol <sup>1</sup> 05-08
<b>Poppers</b>	10	10	10*	5	5	4*	↗	13,7	5,5	↗
<b>Ecstasy</b>	3	1	2*	5	4	4	↘	2,9	3,5	↘
<b>Cocaïne</b>	3	2	2*	3	3	3	→	3,2	2,5	↗
<b>Héroïne</b>	2	1	1	1	2	1*	→	1,1	0,7	↗

	Meurthe-et-Moselle			Moselle			Lorraine	France
	Garçons	Filles <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	Garçons	Filles <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>
<b>Poppers</b>	14	17	16	7	7	7*	10*	13,7
<b>Ecstasy</b>	4	3	3	3	1	2	2*	2,9
<b>Cocaïne</b>	3	3	3	3	1	2*	2*	3,2
<b>Héroïne</b>	3	2	2*	1	1	1	1	1,1
<b>Effectif échantillon</b>	<b>289</b>	<b>284</b>	<b>573</b>	<b>376</b>	<b>353</b>	<b>729</b>	<b>1 669</b>	<b>39 542</b>

Source : OFDT, ESCAPAD 2008 et 2005, exploitation Lorraine.

L'expérimentation désigne le fait de déclarer avoir déjà pris le produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations. L'usage régulier désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois le produit au cours des trente derniers jours.

1 : \* indique une différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons (colonnes Filles) en Lorraine et entre ceux observés dans le reste de la Métropole et dans la région (colonne G + F Garçons + Filles). Les flèches descendantes indiquent des variations significatives entre 2005 et 2008 dans la région (ou en métropole). Utilisation du test du Chi-2 au seuil .05

Les données calculées ne sont pas disponibles pour la Meuse et les Vosges en raison de la faiblesse numérique de leur échantillon dans la base ESCAPAD.

En Lorraine comme en France métropolitaine, on observe une forte augmentation de la consommation de poppers à 17 ans. En 2008, les adolescents meurthe-et-mosellans déclarent utiliser du poppers dans la même proportion que ceux de l'ensemble de la France métropolitaine. Par contre les Mosellans sont proportionnellement moins nombreux à déclarer en consommer. L'héroïne est un peu plus souvent évoquée par les 17 ans de Meurthe-et-Moselle. La cocaïne concerne un peu moins les mosellans que leurs pairs du même âge de l'ensemble de la France.

## **Consommation de cannabis à l'âge adulte : surtout le fait des jeunes hommes de 18-24 ans**

En population adulte, l'usage de cannabis est surtout le fait des tranches d'âge les plus jeunes : au-delà de 45 ans, l'usage au cours de l'année s'avère très rare. Par ailleurs, cette consommation concerne davantage les hommes, quels que soient la tranche d'âge ou le niveau d'usage observés (au-delà de 55 ans, les usages sont suffisamment rares pour que les différences entre les sexes ne soient plus significatives). Sur l'ensemble des 18-44 ans, l'usage au cours de l'année concerne 14,6 % des hommes contre 3,4 % des femmes, selon le Baromètre santé des Lorrains de 2005. L'enquête épidémiologique en santé mentale de la Fondation MGEN (échantillon lorrain) donne des résultats similaires pour cette catégorie d'âge : 12,4 % des hommes et 3,6 % des femmes.

**Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois  
chez les 18 – 75 ans - Lorraine 2005**

	<b>Baromètre santé 2005</b>		<b>Enquête santé 2005 mentale</b>
Hommes	18-24 ans	26,4%	27,5%
	25-34 ans	17,9%	11,2%
	35-44 ans	6,0%	3,8%
	45-54 ans	0,8%	1,1%
	55-64 ans	0,0%	0,3%
	65-75 ans	0,0%	0,0%
	Ensemble	7,3%	6,9
Femmes	18-24 ans	12,1%	11,2%
	25-34 ans	1,8%	2,6%
	35-44 ans	1,0%	0,7%
	45-54 ans	0,7%	0,2%
	55-64 ans	0,3%	0,0%
	65-75 ans	0,0%	0,0%
	Ensemble	1,8%	2,0%
<i>Nombre</i>	<i>Ensemble</i>	<i>2 279</i>	<i>5 019</i>

Sources : Baromètre Santé 2005, École de santé publique de Nancy, exploitation lorraine  
Enquête épidémiologique en santé mentale 2005 (Pr. V. Kovess), Exploitation : ORSAS

## **Prévalences départementales de l'usage de drogue en population âgée de plus de 18 ans**

L'enquête "santé mentale en Lorraine en 2005" permet de disposer d'une estimation de l'importance de la consommation de drogues en Lorraine. Cette étude, menée pour le compte du Ministère de la santé et de la DRASS de Lorraine, ne porte que sur quatre régions volontaires. Elle ne permet donc pas de disposer de comparaisons avec l'échelon national, mais permet néanmoins d'avoir un regard sur les comportements de consommation de drogues illicites en Lorraine, en distinguant les départements et les arrondissements.

Tous âges confondus, à partir de 18 ans, 3,6 % de la population lorraine déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Les autres produits illicites sont cités dans une proportion nettement moindre (de 0,1 % pour l'héroïne à 0,3 % pour les hallucinogènes). Les analgésiques à base d'opiacés (codéine, méthadone, morphine, Démérol®) sont cités par 0,6 %, sans que l'on puisse dire s'il s'agit d'un usage après prescription médicale ou d'un mésusage. La consommation de sédatifs ou de tranquillisants (somnifères, barbituriques, Valium®, Librium®, Xanax®, Ativan®, Rivotril®, etc.) est rapportée par 2 %.

L'usage de ces drogues est surtout le fait des personnes âgées de 18 à 39 ans, à l'exception des sédatifs ou tranquillisants qui sont consommés à tous les âges. La comparaison des pratiques de consommation entre les sexes montre que les hommes sont trois fois plus consommateurs de cannabis que les femmes. Par contre, l'usage de sédatifs ou de tranquillisants caractérise davantage le sexe féminin. Pour 24,1% des consommateurs déclarés de cannabis un diagnostic d'abus de drogues a été établi. Pour 17,9 %, c'est un diagnostic de dépendance aux drogues qui a été posé.



**Consommation déclarée de drogues au cours des 12 derniers mois  
chez les personnes âgées de 18 à 39 ans (Lorraine 2005)**

	H+F	H	F	Sex ratio
<b>Cannabis et dérivés</b>	9,6%	15,5%	5,0%	***
<b>Cocaïne, crack (free base)</b>	0,6%	0,7%	0,6%	ns
<b>Héroïne</b>	0,4%	0,7%	0,2%	ns
<b>Analgésiques à base d'opiacés</b>	0,9%	1,3%	0,5%	ns
<b>Amphétamines ou speed</b>	0,5%	0,8%	0,3%	ns
<b>Hallucinogènes (LSD, Ecstasy, champignons)</b>	0,8%	1,2%	0,5%	ns
<b>Inhalants (colle, essence, toluène)</b>	0,5%	0,4%	0,5%	ns
<b>Sédatifs ou tranquillisants</b>	2,4%	1,3%	3,3%	***

\*\*\* : test du Chi-2 significatif au seuil 0.001 pour la comparaison entre les sexes. ns=non significatif. Source : Enquête santé mentale en Lorraine 2005 Exploitation : ORSAS

Des différences significatives entre les arrondissements n'apparaissent que pour la consommation de cannabis chez les personnes de 18 à 39 ans. Les proportions de consommation des autres drogues sont trop faibles pour permettre des différences significatives.

**Consommation déclarée de cannabis au cours des 12 derniers mois  
chez les personnes âgées de 18 à 39 ans (Lorraine par département 2005)**

	H+F		Hommes		Femmes
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	12,5 %	*	20,5 %	**	6,3 % ns
<b>Meuse</b>	6,7 %	ns	8,3 %	ns	5,1 % ns
<b>Moselle</b>	9,1 %	ns	16,0 %	ns	3,8 % ns
<b>Vosges</b>	7,2 %	ns	9,0 %	ns	5,9 % ns
<b>Lorraine</b>	9,6%		15,5%		5,0 %

**Arrondissements lorrains présentant une différence significative pour la consommation  
déclarée de cannabis au cours des 12 derniers mois  
chez les personnes âgées de 18 à 39 ans (Lorraine 2005)**

Arrondissements	H+F		Hommes		Femmes
<b>Nancy</b>	14,0 %	**	26,1 %	**	
<b>Toul</b>					13,3% *
<b>Metz-Ville</b>					11,3 % *
<b>Lorraine</b>	9,6%		15,5%		5,0%

\*, \*\* : test du Chi-2 respectivement significatif au seuil de 0,05 et de 0,01 pour la comparaison avec la Lorraine. ns=non significatif.

Source : Enquête santé mentale en Lorraine 2005

Un seul département présente une différence significative avec la Lorraine pour la consommation déclarée de cannabis ou de ses dérivés entre 18 et 39 ans : la Meurthe-et-Moselle. Cette différence est surtout liée à la consommation des hommes qui est supérieure à celle constatée pour le sexe

masculin à l'échelon régional. Mais cette différence meurthe-et-mosellane ne concerne pas tout le département, c'est dans l'arrondissement de Nancy qu'elle se concentre le plus. A l'intérieur de cet arrondissement, ce sont l'agglomération nancéienne et surtout le territoire du Val-de-Lorraine (Pont-à-Mousson) qui se distinguent.

Les arrondissements de Toul et de Metz-Ville se distinguent de manière significative pour la consommation de cannabis chez les femmes de 18 à 39 ans.

## Abus et dépendance aux drogues illicites par département

L'enquête « santé mentale » de 2005 permet également de repérer, à partir de séries de questions validées par la littérature internationale, les comportements d'abus et de dépendance aux drogues illicites.

**Prévalence de l'abus et de la dépendance aux drogues illicites  
chez les personnes âgées de 18 à 39 ans (Lorraine par département 2005)**

	H+F		Hommes		Femmes	
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	5,5 %	ns	10,0 %	ns	2,1 %	Ns
<b>Meuse</b>	4,0 %	ns	4,2 %	ns	3,8 %	Ns
<b>Moselle</b>	5,2 %	ns	7,3 %	ns	3,5 %	Ns
<b>Vosges</b>	3,1 %	ns	3,3 %	ns	3,0 %	Ns
<b>Lorraine</b>	4,8%		7,2 %		3,0 %	

**Arrondissements présentant une différence significative pour l'abus et la dépendance**

Arrondissements	H+F		Hommes		Femmes	
<b>Nancy</b>	7,4 %	*	13,4 %	**		
<b>Épinal</b>	1,7 %	*	1,2 %	*		
<b>Metz-Ville</b>					7,5 %	*
<b>Lorraine</b>	4,8 %		7,2 %		3,0%	

\*, \*\* : test du Chi-2 respectivement significatif au seuil de 0,05 et de 0,01 pour la comparaison avec la Lorraine. ns=non significatif. Source : Enquête santé mentale en Lorraine 2005

En se basant sur les résultats de l'enquête « santé mentale », un peu moins de 5 % de la population lorraine âgée de 18 à 39 ans présenterait un profil d'abuseur ou de dépendant aux drogues illicites (7,2 % des hommes et 3,0 % des femmes de cet âge). On n'observe pas de différences significatives entre les départements. Pour autant, trois arrondissements se distinguent de manière significative des moyennes régionales. L'arrondissement de Nancy avec une plus forte prévalence marquée par les hommes et celui d'Épinal où la proportion est moitié moindre de celle constatée en Lorraine. Metz-Ville se distingue par une prévalence d'abus et de dépendance plus élevée chez les femmes de 18 à 39 ans.

**L'abus** est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits. **La dépendance** est un état de sujétion à l'usage d'un produit psychoactif dont la suppression induit un malaise psychique, voire physique, inclinant le sujet devenu dépendant à pérenniser sa consommation.

## Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution

Depuis le milieu des années 1990, les pouvoirs publics soutiennent des actions de réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. Deux orientations majeures contribuent à cet objectif : la prescription de traitements de substitution (Subutex®, méthadone) pour réduire les pratiques d'injection, la facilitation de l'accès au matériel d'injection stérile pour éviter le partage de seringue.

Plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés pour estimer le nombre de patients par département relevant d'un traitement de substitution : indicateurs de ventes officinales des produits de substitution et des matériels d'injection.

Deux médicaments sont utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, anciennement CSST) et les établissements de soins, et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) sous la forme du Subutex® (forme princeps) et de ses génériques<sup>1</sup>, molécules qui peuvent être prescrites d'emblée par tout médecin.

### Subutex® : la Moselle, en tête des départements pour la vente

La Moselle est, depuis 2007, le premier département français pour l'importance du nombre de boîtes de Subutex® vendues pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. En équivalents de boîtes de 7 comprimés dosés à 8 mg, on en dénombre 153 152 de vendues en Moselle en 2008. En 2008, on enregistre une moyenne de 55,7 boîtes de Subutex® de vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans en Moselle, contre 30,5 en Meurthe-et-Moselle, 38,3 en Meuse et 37,4 dans les Vosges.

La plus forte vente mosellane de ce produit doit toutefois être mise en relation avec celle de la Méthadone, autre produit de substitution. Encore que cette comparaison doit être menée avec précaution et en connaissant ses limites. En effet, les données disponibles à l'échelle départementale pour la vente de Méthadone ne portent que sur les quantités délivrées par les pharmacies de ville. Or tous les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, anciennement CSST) ne s'approvisionnent pas dans une officine de pharmacie. Ceux qui relèvent d'un service hospitalier, tout comme les hôpitaux, se fournissent auprès des pharmacies centrales des établissements de santé qui ne sont pas comprises dans ces statistiques. Nonobstant ce biais, on constate que la vente de Méthadone en pharmacie de ville est plus importante en Meurthe-et-Moselle qu'en Moselle.

---

<sup>1</sup> BHD Arrow® et BHD Merck® apparues respectivement sur le marché en 2006 et 2007 aux mêmes dosages que pour la molécule princeps (0,4 mg, 2 mg et 8 mg). Quant à la méthadone, une forme sèche (sous forme de gélules) préconisée chez des patients traités antérieurement par la forme sirop et stabilisés cliniquement est apparue en 2008 (5 dosages : 1, 5, 10, 20 et 40 mg) venant compléter la gamme existante (forme sirop avec 5 dosages : 5, 10, 20, 40 et 60 mg)

**Vente de Subutex® en pharmacie de ville (équivalents boîtes de 7 comprimés dosés à 8 mg) (2008)**

	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
<b>Nombre de milliers de boîtes vendues</b>	61	18	153	33	265	3 854
<b>Nombre de boîtes vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans</b>	30,5	38,3	55,7	37,4	43,4	23,1
<b>Rang / France métro.</b>	22	8	1	9	2	-

Sources : InVS, SIAMOIS, OFDT

Le Subutex® est vendu sous différents conditionnements. Pour éviter de fournir des chiffres pour chacun des conditionnements l'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de boîtes "théoriques" de 7 comprimés dosés à 8 mg. Il ne s'agit pas du nombre de personnes à qui ces traitements ont été prescrits.

**Vente de Méthadone en pharmacie de ville (équivalents flacons de 60 mg) (2008)**

	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
<b>Nombre de milliers de flacons vendus</b>	266	43	189	92	590	7 547
<b>Nombre de flacons vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans</b>	132,6	91,5	68,9	103,3	96,5	45,2
<b>Rang / France métro.</b>	6	13	22	11	3	-

Sources : InVS, SIAMOIS, OFDT (ILIAD)

Il s'agit ici des quantités de méthadone délivrées par les pharmacies de ville, qui correspondent principalement aux prescriptions des médecins de ville. Seule une partie des prescriptions de méthadone faites par les médecins exerçant dans un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA ex CSST) est délivrée en pharmacie de ville. Le reste, ainsi que toutes les quantités prescrites dans les établissements hospitaliers sont délivrées par les pharmacies centrales des hôpitaux. Ces quantités fournies par les pharmacies centrales des hôpitaux ne sont pas comprises dans les chiffres fournis dans les fiches ILIAD. Ces chiffres ne correspondant donc pas à la totalité des quantités de méthadone délivrées dans un département ou une région. (Source : OFDT – ILIAD)

A partir des données annuelles de vente du Subutex® et de la méthadone, on peut estimer le nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés, en s'inspirant d'une méthodologie utilisée par l'OFDT<sup>1</sup>. Il s'agit d'un nombre théorique qui permet les comparaisons entre les deux médicaments et entre les départements. Ce nombre théorique de patients traités par le Subutex® (ou d'équivalents-patients consommant 8 mg par jour pendant un an) est calculé en divisant la quantité vendue en un an (Q) par 365 ou 366 jours (selon que l'année est bissextile ou non), puis par 8 mg. Cette dernière quantité représente la dose théorique quotidienne recommandée dans l'AMM (autorisation de mise sur le marché). La même démarche est utilisée pour la méthadone avec une posologie moyenne de 60 mg par jour. Cette estimation peut connaître certains biais liés à l'existence d'un mésusage de ces traitements ou éventuellement d'un détournement de ces médicaments vers le marché noir. Ces biais vont dans le sens d'une surestimation de la population en traitement. Il n'en demeure pas moins que ces produits sont consommés par des usagers de drogues.

<sup>1</sup> « Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », OFDT, Tendances n° 37, juin 2004  
« Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés », OFDT, Tendances n° 65, mai 2009

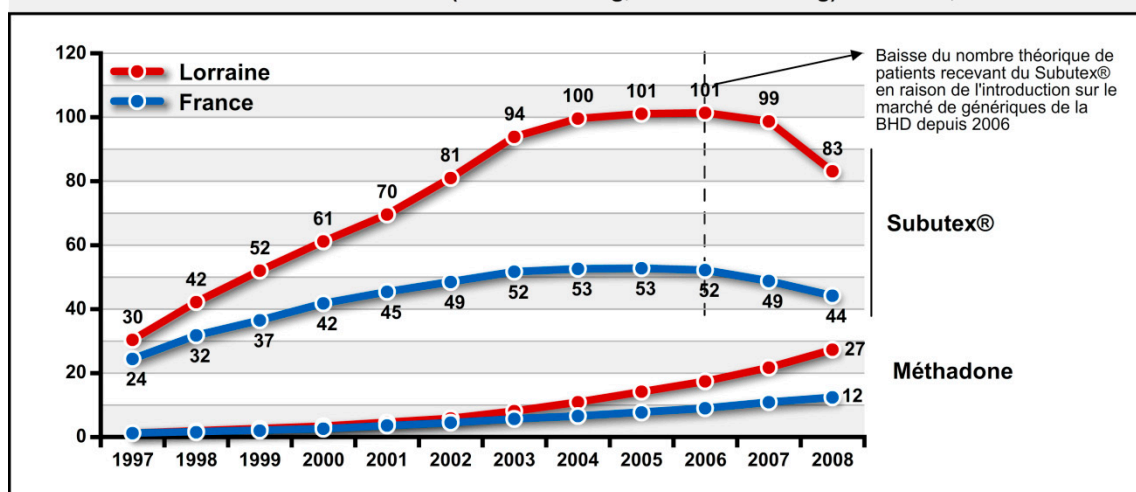
Avec cette méthode de calcul, on obtient un indicateur sur le nombre de patients théoriques recevant un traitement de substitution aux opiacés. Il ne correspond pas au nombre de patients réels, car tous ne suivent pas le même traitement tous les jours de l'année. Le calcul est donc purement indicatif et ses résultats doivent être considérés d'autant plus avec prudence que les données de vente de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ne concernent que le Subutex® et ne prennent pas en compte les génériques introduits en 2006. Par ailleurs, comme cela a déjà été précisé plus haut, les données de vente de la méthadone ne portent que sur les pharmacies de ville et ne tiennent pas compte de la consommation de ce produit en provenance des pharmacies hospitalières.

**Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de Subutex® (8 mg)  
et taux pour 10 000 personnes âgés de 20 à 39 ans**

<b>Nombre</b>	<b>Meurthe&amp;Mos</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>	<b>Vosges</b>	<b>Lorraine</b>	<b>France</b>
<b>1997</b>	599	87	1 131	169	1 987	40 246
<b>1998</b>	813	127	1 563	250	2 753	52 402
<b>1999</b>	990	153	1 934	316	3 393	60 091
<b>2000</b>	1 208	194	2 198	393	3 992	68 777
<b>2001</b>	1 420	215	2 420	485	4 539	74 833
<b>2002</b>	1 600	288	2 732	581	5 201	79 339
<b>2003</b>	1 817	303	3 157	691	5 969	84 455
<b>2004</b>	1 901	308	3 433	688	6 331	85 937
<b>2005</b>	1 881	326	3 460	689	6 357	86 345
<b>2006</b>	1 901	342	3 411	718	6 372	88 149
<b>2007</b>	1 800	366	3 270	767	6 203	82 305
<b>2008</b>	1 168	342	2 929	640	5 079	73 727

<b>Taux pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans</b>	<b>Meurthe&amp;Mos</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>	<b>Vosges</b>	<b>Lorraine</b>	<b>France</b>
<b>1997</b>	28,4	17,4	38,6	17,1	30,4	24,4
<b>1998</b>	38,6	25,5	53,4	25,3	42,2	31,8
<b>1999</b>	47,0	30,5	66,0	32,0	52,0	36,5
<b>2000</b>	57,3	38,7	75,0	39,8	61,2	41,8
<b>2001</b>	67,4	43,0	82,6	49,1	69,6	45,4
<b>2002</b>	76,7	58,8	94,9	60,1	81,0	48,5
<b>2003</b>	88,0	62,7	110,9	71,7	93,9	51,7
<b>2004</b>	92,0	63,8	120,6	71,5	99,6	52,6
<b>2005</b>	91,9	68,1	123,0	72,7	101,1	52,8
<b>2006</b>	92,9	71,3	121,3	75,8	101,4	52,2
<b>2007</b>	87,9	76,4	116,3	80,9	98,7	48,8
<b>2008</b>	58,3	73,3	106,6	71,6	83,1	44,2

## Estimation du taux pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg, Méthadone 60 mg) - Lorraine, France



Sources : InVS (SIAMOIS), OFDT (ILLIAD) Exploitation : ORSAS

Précautions de lecture : Seul le Subutex® est pris en compte pour la BHD. Or depuis 2006, des médicaments génériques ont été mis sur le marché. Pour la méthadone, l'estimation est calculée à partir des données de vente en pharmacie de ville. Or tous les centres de distribution de méthadone ne s'approvisionnent pas dans les pharmacies de ville, comme par exemple les services hospitaliers ou les centres relevant d'une structure hospitalière.

Le graphique ci-dessus, quelles que soient les imperfections du mode de calcul des données, montre qu'en Lorraine le Subutex® devient très rapidement le premier traitement de la dépendance aux opiacés en terme quantitatif. Le nombre théorique de patients substitués à la BHD de cette marque se stabilise en 2004 et 2005. La diminution constatée à partir de 2006, mais surtout à partir de 2007, est artificielle dans la mesure où elle est liée à la mise sur le marché de génériques. D'après l'OFDT, le taux de pénétration des génériques représenterait, en 2007 et au niveau national, entre 15 % et 20 % des remboursements de BHD.

Le nombre des patients bénéficiant de méthadone a augmenté à un rythme constant mais beaucoup plus lentement en raison des modalités plus restrictives de sa prescription. Suite aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution de juin 2004 visant à diffuser la prescription de méthadone, l'augmentation du nombre théorique de patients suivant ce traitement s'est accélérée.

En rapportant le nombre théorique de patients sous traitement de substitution aux opiacées au nombre de personnes âgées de 20 à 39 ans, on observe que la prescription de Subutex® est proportionnellement plus importante en Moselle que dans les autres départements lorrains ou que pour l'ensemble de la France métropolitaine. Sa croissance entre 1997 et 2006 a été plus importante en Moselle, comme en Lorraine, que celle observée en moyenne française. Il n'en va pas de même pour la méthadone délivrée en pharmacies de ville où la progression est similaire en Lorraine jusque dans les années 2005 et 2006, pour ensuite augmenter plus rapidement, mais de manière modeste. Si on compare la Moselle à l'ensemble de la Lorraine, on observe que le taux mosellan devient inférieur au taux lorrain, pour la méthadone, à partir de 2006, avec toutes les réserves qu'il faut apporter à ces données qui ne portent que sur les pharmacies de ville.

## Les Vosges : premier département de France pour la vente de Stéribox®

La Lorraine est la région française où le vente de Stéribox®<sup>1</sup> par habitant de 20 à 39 ans est la plus importante (39,5 pour 100 personnes de 20 à 39 ans). C'est le département des Vosges qui se situe au premier rang des départements français avec 52,3 kits de vendus pour 100 personnes de l'âge pris en compte. Il est suivi de la Meurthe-et-Moselle qui se situe en seconde position (42,4 kits). La Moselle (32,9) est placée en huitième position.

### Vente de Stéribox® en pharmacie de ville (2008)

	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
<b>Nombre de Stéribox® vendus</b>	84 995	17 041	90 482	46 743	241 629	2 594 722
<b>Nombre de Stéribox® vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans</b>	42,4	37,3	32,9	52,3	39,5	15,5
<b>Rang / France métro.</b>	2	4	8	1	1	-

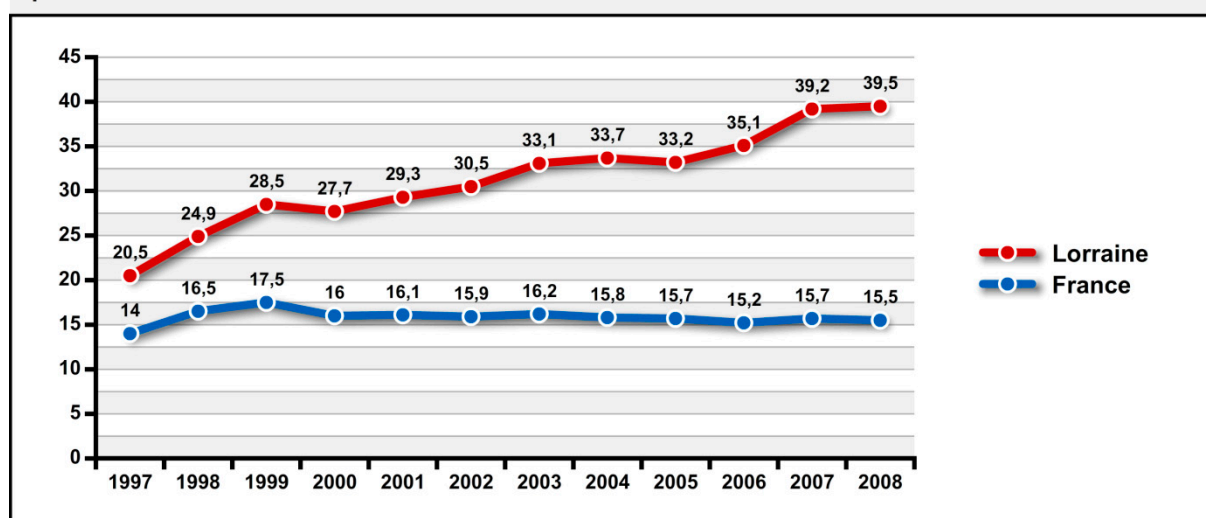
Sources : InVS, SIAMOIS, OFDT (ILLIAD)

Stéribox® : trousse de prévention contenant 2 seringues 1 ml Beckton Dickinson, 1 flacon d'eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif et des messages de prévention ; jusqu'en oct-nov 1999.

Stéribox II® à partir d'octobre 99 : 2 seringues 1ml Beckton Dickinson, 1 flacons eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif + message prévention ; 2 stericups (récipient + filtre stérile).

Limites : les seringues vendues en pharmacie représentent entre 80 et 90% de l'offre totale de seringues. Les programmes d'échange de seringues en distribuent entre 10% et 20% selon des estimations réalisées en 1996. Bonne qualité et fiabilité des données pour la vente des seringues en pharmacie. Par contre le nombre de seringues distribuées dans les programmes d'échange de seringues n'a pas été ré-estimé depuis plusieurs années. (Source : OFDT (ILLIAD))

### Nombre de Stéribox® vendus - Lorraine, France pour 100 habitants de 20 - 39 ans



Sources : InVS (SIAMOIS), OFDT (ILLIAD)

<sup>1</sup> En France, la délivrance des seringues et aiguilles, libre avant 1972, est modifiée par le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales. Les seringues ne peuvent être mises en vente au public que dans les pharmacies et uniquement sur présentation d'une ordonnance aux personnes majeures pouvant justifier de leur identité. Le décret n° 87-328 du 13 mai 1987 autorise la vente libre de seringues en officine qui peuvent alors être vendues à l'unité sans prescription. L'accès aux mineurs demeure interdit, en dehors de la prescription sur ordonnance. En 1990, les premiers programmes pilotes d'échange de seringues sont mis en place, mais ils continuent à se développer, hors cadre réglementaire, puisque la vente des seringues demeure strictement réservée aux officines. En 1995, un décret permet à certaines associations de délivrer gratuitement des seringues stériles, dans des conditions définies par un arrêté ministériel. Parallèlement aux programmes d'échange de seringues développés par certaines associations, un travail de sensibilisation auprès des pharmaciens se met en place. C'est ainsi qu'est créée une trousse de prévention, baptisée « Stéribox® », vendue à prix réduit en pharmacie depuis 1995.

**Nombre de Stéribox® vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans**

	Meurthe&Mos	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
<b>1997</b>	21,1	10,7	24,4	12,6	20,5	14,0
<b>1998</b>	27,8	17,4	26,5	18,0	24,9	16,5
<b>1999</b>	31,7	24,5	29,6	20,2	28,5	17,5
<b>2000</b>	31,5	20,0	28,5	21,3	27,7	16,0
<b>2001</b>	32,0	20,1	29,6	27,4	29,3	16,1
<b>2002</b>	33,4	26,5	29,0	31,0	30,5	15,9
<b>2003</b>	35,2	28,6	31,7	35,5	33,1	16,2
<b>2004</b>	34,1	31,9	31,5	38,0	33,7	15,8
<b>2005</b>	34,6	29,4	30,7	37,6	33,2	15,7
<b>2006</b>	38,2	29,4	31,0	41,3	35,1	15,2
<b>2007</b>	45,9	35,2	32,7	44,1	39,2	15,7
<b>2008</b>	42,4	37,3	32,9	52,3	39,5	15,5

Sources : InVS (SIAMOIS), OFDT (ILLIAD)

L'évolution du nombre de Stéribox® vendus pour 100 habitants de 20 à 39 ans après avoir progressé de + 91 % entre 1997 et 2007 a connu une stabilisation en 2008. Seuls les départements des Vosges et de Meuse affichent une progression continue significative de 1997 à 2008.

La comparaison des données lorraines à celle de la France métropolitaine montre que les taux de vente de Stéribox® dans la région sont supérieurs à ceux du niveau national : + 50 % à + 80 % entre 1997 et 2001, au moins le double les années suivantes (+ 150 % en 2007 et 2008).

Cet indicateur présente toutefois des limites car, d'une part, les kits Stéribox® vendus en officine représentent entre 80 et 90% de l'offre totale des Stéribox®, qui peuvent également être distribués par des associations. D'autre part, seule la vente de Stéribox® est comptabilisée, alors que d'autres types de seringues à usage unique sont également vendus aux consommateurs injecteurs.



## **Forte hausse des interpellations pour usage d'héroïne et de cocaïne entre 2007 et 2008**

Les données émanant des organes de répression (police, gendarmerie, douanes), centralisées et publiées par l'OCRIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants), si elles informent avec fiabilité sur l'activité de ces organismes dans le domaine des stupéfiants, n'ont qu'une valeur limitée pour apprécier l'évolution des consommations dans la mesure où ce qu'on observe est la résultante de deux phénomènes : le comportement des consommateurs de drogues et celui des organismes de répression. Il s'agit donc d'une statistique d'activité, laquelle cumule la dynamique du phénomène et celle de l'organisme qui l'établit. Enfin, il faut aussi souligner que le constat d'une infraction à la loi ne donne aucune information sur l'intensité de l'usage de tel ou tel produit.

Le nombre annuel d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pour 100 000 personnes âgées de 15 à 39 ans est, depuis longtemps, plus élevé en Lorraine que dans l'ensemble de la France métropolitaine pour l'usage simple d'héroïne, cocaïne et ecstasy. La situation frontalière de la région explique pour partie ce phénomène. Il en va autrement pour les ILS pour usage simple de cannabis où le taux d'infractions lorrain présente peu de différences par rapport à celui de la France métropolitaine entre 1998 et 2005, alors qu'en 2006 et 2007 il est fortement inférieur aux taux français.

En 2008, le nombre d'ILS pour usage simple d'héroïne a augmenté de 40 % en Lorraine par rapport à l'année précédente (+ 30 % France métropolitaine). La progression annuelle est de 82 % pour la cocaïne (+ 36 % France métropolitaine). Les ILS pour usage simple de cannabis n'ont augmenté que de 8 % en Lorraine (+ 15 % France métropolitaine). Certes ces données sont largement dépendantes de l'évolution même de l'activité de contrôle par les services de police, mais elles sont aussi en lien avec les comportements de consommation de produits illicites en population générale. La forte progression lorraine des ILS pour usage simple d'héroïne ou de cocaïne peut toutefois être mise en relation avec les constats plus qualitatifs développés plus loin des observateurs de terrain qui notent une augmentation sensible de la consommation de ces deux produits.

**Nombre annuel d'interpellations pour usage de cannabis  
ou d'héroïne et taux pour 100 000 personnes**

Cannabis	Nombre d'infractions	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	1 294	368	1 306	332	3 300	77 446
		2000	1 177	299	1 330	341	3 147	72 254
		2001	1 033	249	1 284	364	2 930	62 276
		2002	947	249	1 316	261	2 773	71 536
		2003	865	301	1 418	296	2 880	79 964
		2004	1 057	467	1 519	398	3 441	89 659
		2005	939	497	1 915	384	3 735	89 341
		2006	853	361	1 031	313	2 558	82 265
		2007	1 120	267	1 060	320	2 767	94 882
2008	1 396	344	1 390	534	3 664	129 563		

Cannabis	Nombre d'infractions pour 100 000 habitants 15 à 39 ans	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	493	579	355	264	403	378
		2000	452	476	365	275	388	354
		2001	398	401	356	295	364	307
		2002	366	406	368	214	347	353
		2003	334	491	398	244	361	394
		2004	408	769	430	331	434	441
		2005	362	818	542	320	471	439
		2006	332	609	296	266	327	407
		2007	436	451	304	272	354	469
2008	554	584	409	478	481	566		

Héroïne	Nombre d'infractions	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	183	75	194	43	495	6 133
		2000	234	12	250	23	519	4 816
		2001	220	28	255	21	524	3 790
		2002	228	25	157	21	431	3 444
		2003	154	12	214	35	415	3 253
		2004	282	33	211	66	592	3 728
		2005	207	63	329	79	678	4 475
		2006	381	53	381	58	873	4 951
		2007	521	86	490	122	1 219	6 438
2008	611	136	310	239	1 296	5 355		

Héroïne	Nombre d'infractions pour 100 000 habitants 20 à 39 ans	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	87	150	66	44	76	37
		2000	111	24	85	23	80	29
		2001	104	56	87	21	80	23
		2002	109	51	55	22	67	21
		2003	75	25	75	36	65	20
		2004	137	68	74	69	93	23
		2005	101	131	117	83	108	27
		2006	186	111	135	61	139	29
		2007	255	179	174	129	194	38
2008	305	291	113	267	212	47		

\* France métropolitaine

### Nombre annuel d'interpellations pour usage de cocaïne et taux pour 100 000 personnes

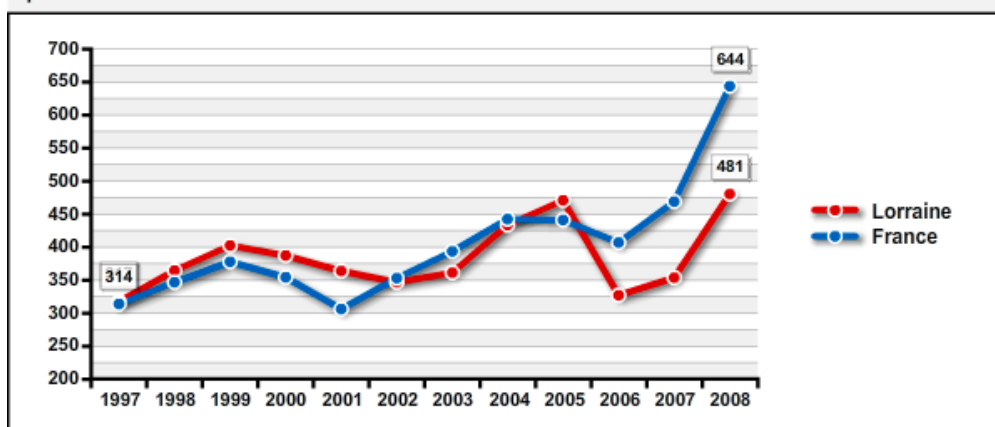
Cocaïne	Nombre d'infractions	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	28	6	109	4	147	2 984
		2000	30	-	85	1	116	1 915
		2001	22	3	71	1	97	1 447
		2002	17	1	41	8	67	1 523
		2003	22	4	83	7	116	2 053
		2004	31	5	115	10	161	2 444
		2005	39	5	102	6	152	2 779
		2006	29	7	159	2	197	2 913
		2007	46	27	273	12	358	3 949
2008	33	13	252	18	316	4 311		
Cocaïne	Nombre d'infractions pour 100 000 habitants 20 à 39 ans	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	13	12	37	4	<b>23</b>	18
		2000	14	-	29	1	<b>18</b>	12
		2001	10	6	24	1	<b>15</b>	9
		2002	8	2	14	8	<b>10</b>	9
		2003	11	8	29	7	<b>18</b>	13
		2004	15	10	40	10	<b>25</b>	15
		2005	19	10	36	6	<b>24</b>	17
		2006	14	15	57	2	<b>31</b>	17
		2007	22	56	97	13	<b>57</b>	23
2008	16	28	92	20	<b>52</b>	26		

Ecstasy	Nombre d'infractions	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	29	12	46	6	93	906
		2000	31	5	54	8	98	1 410
		2001	32	9	44	21	106	1 510
		2002	41	13	35	6	95	1 382
		2003	37	5	31	6	79	1 543
		2004	52	12	53	17	134	1 644
		2005	38	36	19	1	94	1 269
		2006	5	2	7	4	18	753
		2007	30	3	8	4	45	750
2008	6	18	19	3	46	619		
Ecstasy	Nombre d'infractions pour 100 000 habitants 15 à 39 ans	Meurthe&Mos.	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France*	
		1999	11	19	13	5	11	4
		2000	12	8	15	6	12	7
		2001	12	15	12	17	13	7
		2002	16	21	10	5	12	7
		2003	14	8	9	5	10	8
		2004	20	20	15	14	17	8
		2005	15	59	5	1	12	6
		2006	2	3	2	3	2	4
		2007	12	5	2	3	6	4
2008	2	31	6	3	6	3		

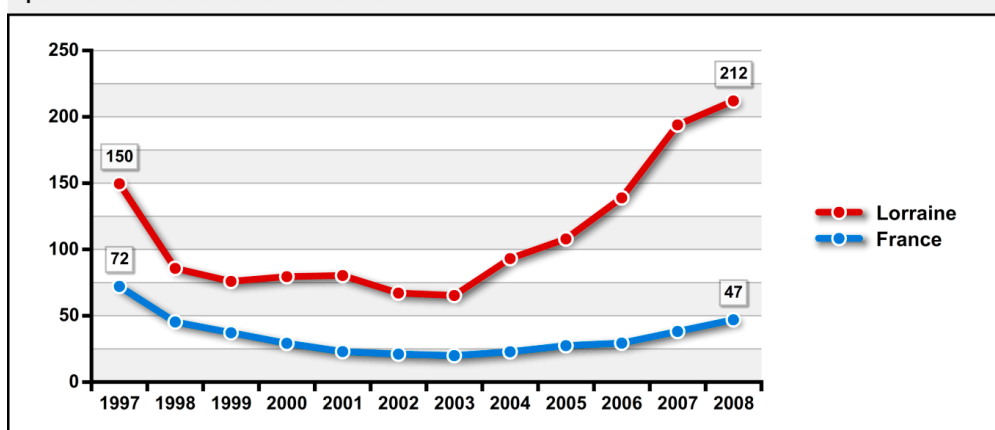
\* France métropolitaine

Source : OCRGIS Exploitation : ORSAS

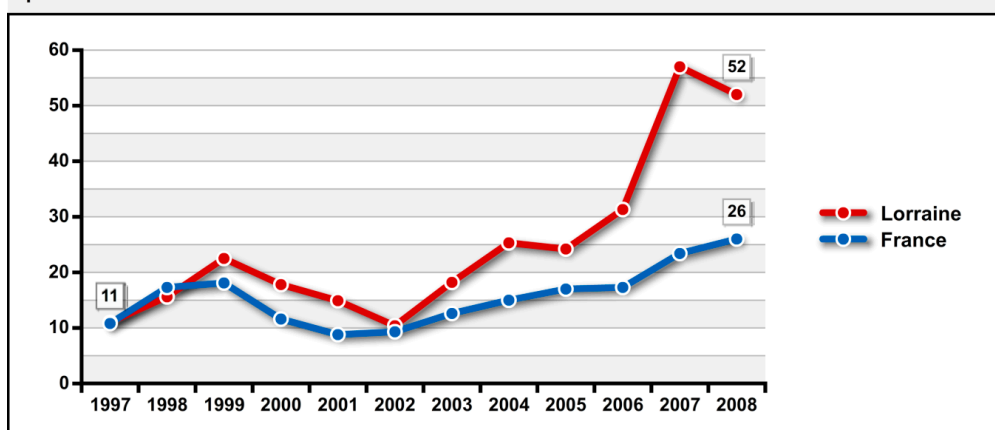
### Évolution du nombre d'ILS pour usage simple de cannabis pour 100 000 habitants de 15 à 39 ans



### Évolution du nombre d'ILS pour usage simple d'héroïne pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans



### Évolution du nombre d'ILS pour usage simple de cocaïne pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans



La progression des ILS, entre 2007 et 2008, varie d'un département à l'autre. Là aussi on peut difficilement faire la part de cette évolution qui relèverait d'une activité différente (plus ou moins intense) des contrôles de police ou d'une consommation plus importante au sein de la population. Mais toujours est-il qu'au regard de cet indicateur les départements lorrains se distinguent surtout

pour les interpellations liées à l'usage de l'héroïne et de la cocaïne, ce qui marque la tonalité de la région au regard de ces deux produits illicites.

## Usage de drogues illicites en milieu festif

Les données précédentes montrent que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et les drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, métamphétamines) sont très présents sur les marchés locaux lorrains et assez facilement accessibles. Si la consommation de ces substances reste limitée en population générale, elle est plus diffuse dans des espaces particuliers, comme la scène festive, ou certains sous-groupes de la population.

Le milieu festif et en particulier la scène techno se présentent comme des lieux de consommation importante de drogues de synthèse et de cocaïne, dans un contexte où l'alcool et le cannabis sont déjà largement consommés. Généralement, la majorité des personnes qui fréquentent le milieu festif et la scène techno ne consomment pas ces produits. Parmi les consommateurs, la plupart affichent une consommation rare ou occasionnelle et il n'existe qu'une proportion d'usagers fréquents qu'il est difficile d'évaluer. Mais en s'appuyant sur les travaux de l'OEDT et de l'OFDT, et en se limitant aux consommations du dernier mois, un peu moins de 40 % des usagers de la scène festive ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée, 30 % de l'ecstasy et 10 % des amphétamines.

La principale caractéristique de consommation de drogues en milieu festif techno est celle d'un usage occasionnel du week-end, mais où on consomme de nombreuses substances en parallèle, dont l'alcool et le cannabis. Ce qui correspond au profil de l'usage à risques (intoxications, accidents, pertes de repères, etc.). On peut parler aussi d'usage abusif ou compulsif, qui concerne toutefois une petite minorité de personnes. Il s'agit d'une consommation très régulière, également en dehors des fins de semaine et où la cocaïne est généralement très présente. Les individus concernés cumulent des risques aigus avec des risques chroniques (dépendance, troubles de santé mentale, etc.) et sociaux (ruptures professionnelles et familiales).

En lien avec l'OFDT, le Service en Amont du CMSEA, avec l'aide méthodologique de l'ORSAS, mène depuis une dizaine d'années une observation permanente des comportements de consommation de drogues dans les lieux festifs de Moselle.

## Synthèse drogues illicites

*La consommation de cannabis par les jeunes scolaires de 15 ans et par les jeunes de 17 ans est en baisse entre 2002 et 2007. Ce qui illustre les effets des actions de prévention et de lutte contre ces pratiques qui ont été menées au cours de ces dernières années.*

*L'observation de la consommation de cannabis chez les adultes de 15 à 39 ans montre une plus forte prévalence de l'usage de ce produit en Meurthe-et-Moselle et plus particulièrement sur l'agglomération nancéienne et le pays du Val de Lorraine. C'est aussi sur l'arrondissement de Nancy que l'on observe la proportion la plus élevée de gens de 18-39 ans caractérisés par l'abus et la dépendance à l'ensemble des drogues illicites.*

*Globalement, la Lorraine ne se distingue pas de la moyenne française pour l'usage problématique de cannabis. C'est ce que confirme la confrontation de différentes enquêtes ou de sources d'informations administratives (interpellations par la police ou la gendarmerie par exemple). Mais ce type de comparaison territoriale peut induire un biais de jugement. Car ce type de comparaison permet de qualifier les territoires et non pas les individus. Et même si la Lorraine, ou tel ou tel département lorrain, présente des taux de consommation inférieurs à d'autres territoires, cela ne veut pas dire pour autant qu'il faut ignorer les comportements addictifs des personnes recensées, même si elles sont proportionnellement à l'ensemble de la population moins nombreuses qu'ailleurs. Pour chaque personne concernée par un usage abusif, le problème est le même et il doit être pris en compte.*

*Les quatre départements lorrains se caractérisent davantage par une plus forte prévalence de la consommation d'héroïne et de cocaïne. Différents indicateurs convergent pour confirmer ce constat. Mais les prévalences de ces consommations en population générale restent très faibles, moins de 1,5 % selon le produit. Ce qui ne permet pas de dégager statistiquement des territoires lorrains qui présentent une différence significative. On peut cependant constater, à partir des données fournies par la police et la gendarmerie, que la Meurthe-et-Moselle est davantage concernée par l'héroïne alors que la Moselle l'est par la cocaïne.*

## B – LES BOISSONS ALCOOLIQUES

### La consommation d'alcool des Lorrains

#### Une consommation lorraine d'alcool proche de la moyenne nationale

Plusieurs enquêtes en population générale permettent de proposer des éclairages régionaux sur la consommation d'alcool. Du point de vue de la fréquence des consommations (tout type d'alcool confondu), la région Lorraine apparaît plutôt dans la moyenne métropolitaine, bien qu'elle se distingue par des consommations au cours de la semaine ou régulières un peu moins répandues qu'ailleurs. Ces enquêtes ne permettent toutefois pas d'observer ces comportements à un échelon inférieur à celui de la région.

Fréquence de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans en 2005

	Lorraine				France métropolitaine
	Hommes	Femmes	Ensemble	Sex ratio	Ensemble
<b>Expérimentation<sup>+</sup></b>	96 %	92 %	94 %	1,0 *	93 % <sup>ns</sup>
<b>Usage au cours de l'année</b>	92 %	82 %	87 %	1,1 ***	86 % <sup>ns</sup>
<b>Usage au cours de la semaine</b>	59 %	27 %	43 %	2,2 ***	49 % ***
<b>Usage régulier<sup>+</sup></b>	30 %	8 %	19 %	3,6 ***	22 % *
<b>Usage quotidien</b>	23 %	6 %	14 %	3,9 ***	14 % <sup>ns</sup>
<b>Nombre moyen de verres bus la veille de l'enquête</b>	2,7	1,9	2,5	*	2,4 <sup>ns</sup>

\* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001 ns : non significatif Source : *Baromètre santé 2005*, INPES

<sup>+</sup>Expérimentation : au moins une fois au cours de la vie

Usage régulier : au moins dix fois au cours du dernier mois

On se limitera, dans ce diagnostic, aux consommations à risque et à celles qui entraînent une dépendance.

### Prévalence des risques d'alcoolisation excessive

Si globalement la consommation habituelle d'alcool est en baisse, celle associée à une alcoolisation excessive retient l'attention. La baisse de l'usage régulier d'alcool s'observe par exemple chez les jeunes Lorrains de 17 ans. Les données issues de l'enquête ESCAPAD montrent, en effet, une baisse entre 2005 et 2008, plus marquée chez les garçons que chez les filles. Par contre, les phénomènes de « binge drinking » et d'ivresses répétées restent stables ou augmentent très légèrement.

La consommation d'alcool s'avère potentiellement dangereuse à court terme en cas d'ivresse, c'est-à-dire d'intoxication aiguë, notamment en cas de conduite automobile. Elle se révèle également dommageable pour la santé à moyen ou long terme, lorsqu'elle est trop fréquente et trop importante.

Pour qualifier les consommations d'alcool de problématiques pour la santé ou d'abusives, les indicateurs de fréquence ne sont que d'un intérêt limité. D'autres indicateurs sont nécessaires : le repérage du risque de consommation excessive d'alcool en utilisant des outils validés de repérage.

#### Évolution de la consommation d'alcool à 17 ans

	Lorraine 2008			Lorraine 2005			Lorraine G + F	Ensemble des autres régions		
	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	G	F <sup>1</sup>	G + F <sup>1</sup>	Évol <sup>1</sup> 05-08	G + F 2008	G + F 2005	Évol <sup>1</sup> 05-08
<b>Usage régulier</b>	10	3*	7*	17	5*	11	↘	8,9	12,0	↘
<b>Épisodes répétés</b>	23	10*	17*	24	8*	16	→	19,7	17,9	↗
<b>Ivresse répétée</b>	<b>28</b>	<b>16*</b>	<b>22*</b>	<b>34</b>	<b>15*</b>	<b>25</b>	→	<b>25,6</b>	<b>26,0</b>	→

Source : OFDT, ESCAPAD 2008, exploitation Lorraine.

Usage régulier : ≥ 10 fois dans le mois

Épisodes répétés (ou *binge drinking*) : 5 verres ou plus en une seule occasion au moins trois fois au cours des 30 derniers jours

Ivresse répétée : déclaration d'avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois

1 : \* indique une différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons (colonnes Filles) en Lorraine et entre ceux observés dans le reste de la Métropole et dans la région (colonne G + F Garçons + Filles). Les flèches descendantes indiquent des variations significatives entre 2005 et 2008 dans la région (ou en métropole). Utilisation du test du Chi-2 au seuil .05

## Abus d'alcool et dépendance à l'alcool

Pour l'enquête sur les besoins de soins en santé mentale, menée en Lorraine en 2005, son auteur, le Pr. Kovess, fait référence à un tableau clinique des troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives qui comprend l'intoxication, l'utilisation nocive pour la santé, la dépendance et les troubles liés aux psychoses alcooliques. On pose le diagnostic d'utilisation nocive ou à risque lorsque la consommation est préjudiciable à la santé physique ou mentale de l'individu ou de son entourage.

#### Prévalence de l'usage nocif d'alcool, d'abus d'alcool et de dépendance à l'alcool parmi la population lorraine âgée de 18 à 75 ans en 2005

	Hommes	Femmes	Ensemble	Sex ratio
<b>Usage nocif ou à risque</b>	12,1 % ***	2,3 %	6,5 %	5,3
<b>Abus d'alcool</b>	2,1 % ***	0,3 %	1,1 %	7,0
<b>Dépendance à l'alcool</b>	2,7 % ***	0,6 %	1,5 %	4,5
<b>Diagnostic d'un problème d'alcool<sup>+</sup></b>	4,8 % ***	0,9 %	2,6 %	5,3

+ Problème d'alcool = Abus d'alcool ou dépendance à l'alcool \*\*\* : p<0,001

Source : Enquête Santé mentale Lorraine 2005 – Exploitation ORSAS



**Prévalence de l'usage nocif d'alcool, d'abus d'alcool et de dépendance à l'alcool  
par département (population de 18 à 75 ans en 2005)**

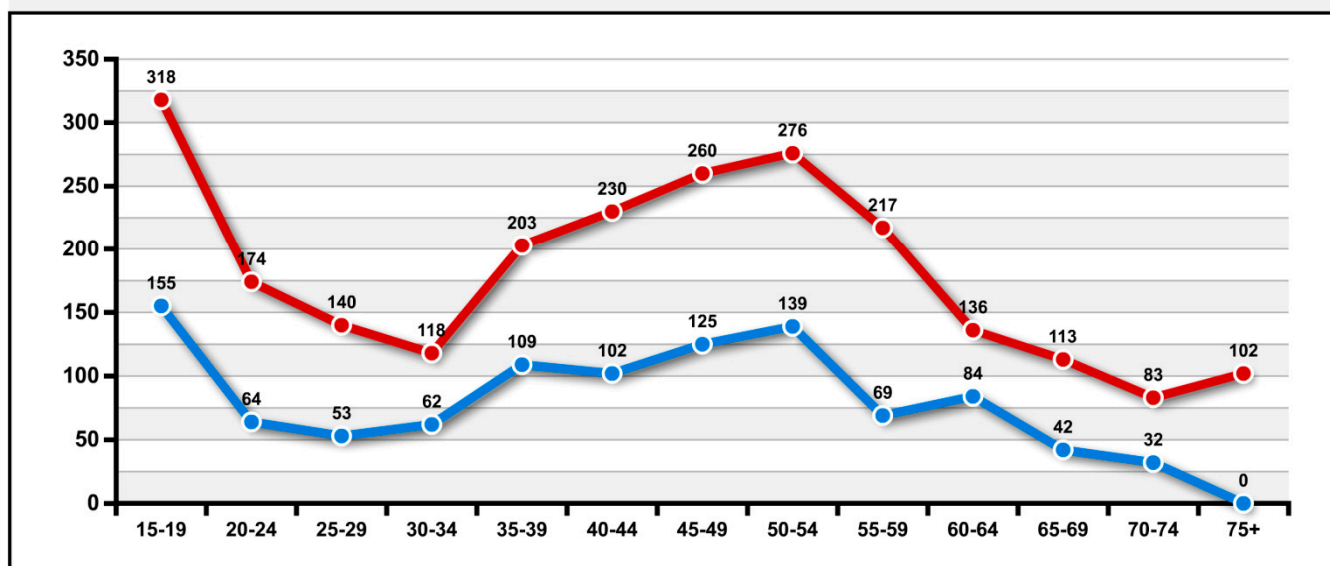
	H+F		Hommes		Femmes	
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	3,2 %	ns	6,6 %	*	0,8 %	ns
<b>Meuse</b>	3,0 %	ns	4,5 %	ns	1,0 %	ns
<b>Moselle</b>	2,4 %	ns	4,2 %	ns	0,9 %	ns
<b>Vosges</b>	1,9 %	ns	3,4 %	ns	0,8 %	ns
<b>Lorraine</b>	2,6%		4,8%		0,9 %	

On n'observe pas de différence significative entre les départements, à l'exception de la Meurthe-et-Moselle pour les hommes, pour l'usage nocif d'alcool ou de dépendance. Lorsqu'on compare les arrondissements aux résultats lorrains, aucune différence n'est constatée.

### **Intoxication alcoolique aiguë : un phénomène qui touche particulièrement les jeunes de 15 à 19 ans et certains territoires lorrains**

Les données d'activité hospitalière permettent de mieux appréhender les épisodes d'intoxication alcoolique aiguë, autrement dit l'ivresse, qui conduisent à une hospitalisation de très courte durée pour éthylisme aigu. Ce phénomène caractérise les jeunes de 15 à 19 ans. Pour l'ensemble des Lorrains, on dénombre en effet 318 hospitalisations pour éthylisme aigu pour 100 000 garçons de 15 à 19 ans et 155 pour 100 000 chez les filles. Ces taux par sexe ne sont jamais atteints aux autres âges.

### **Taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool Lorraine 2008 par âge et par sexe - Taux pour 100 000**

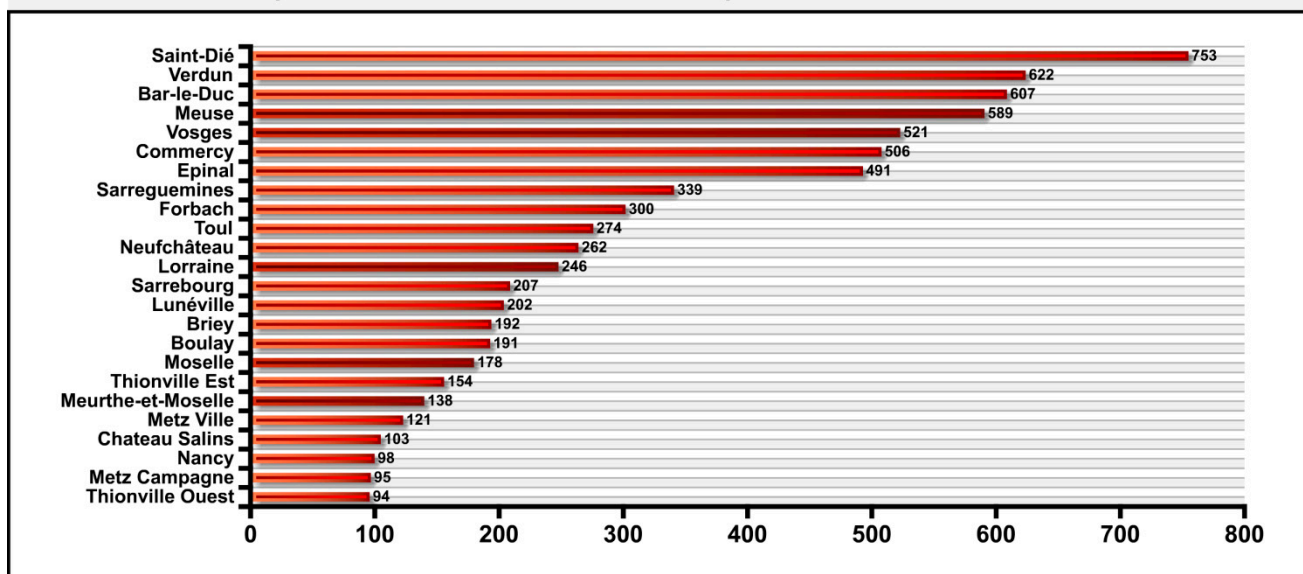


Les taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool des jeunes de 15 à 24 ans varient de manière très importante par département et par arrondissement. Ce sont la Meuse et les Vosges qui sont les départements les plus touchés par ce phénomène, comme l'indiquent les deux graphiques suivants. Les arrondissements les plus urbanisés sont moins concernés.

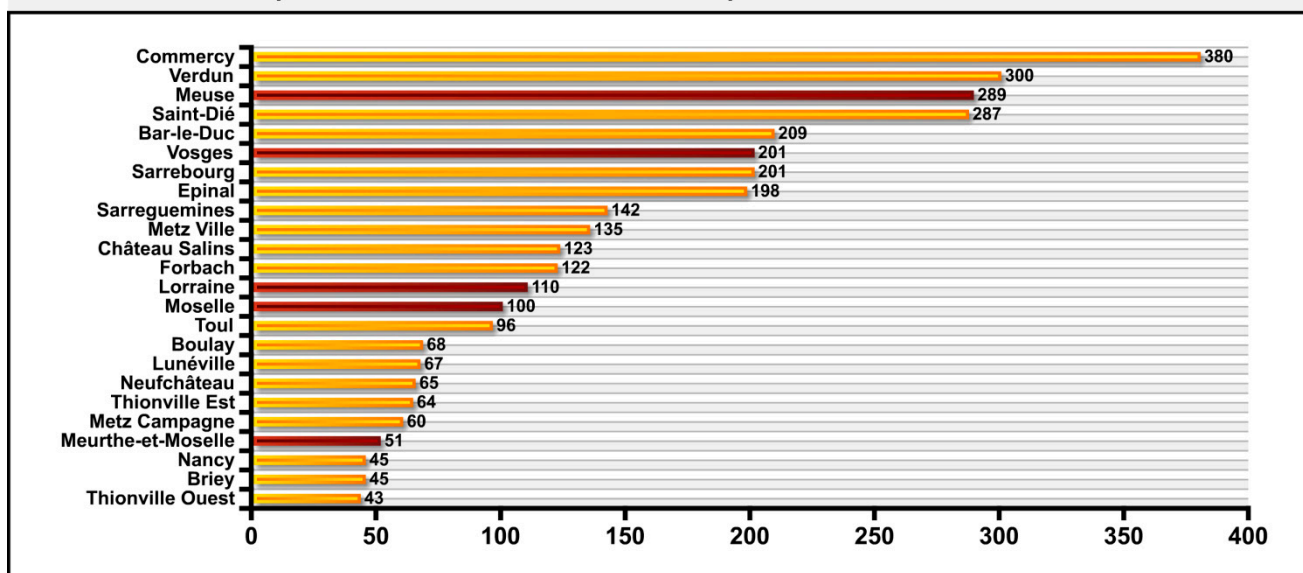
Ce constat réalisé pour la population jeune de 15 à 24 ans est à mettre en relation avec l'analyse de l'hospitalisation pour éthylisme et troubles mentaux organiques et neuropathies liés à l'alcool dans l'ensemble de la population, tous âges confondus. La confrontation de ces deux catégories de données

montre la prégnance de certains arrondissements ou territoires de santé et de proximité pour l'abus d'alcool.

### Taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool Hommes 15-24 ans Année 2008 - Par département et arrondissement - Taux pour 100 000

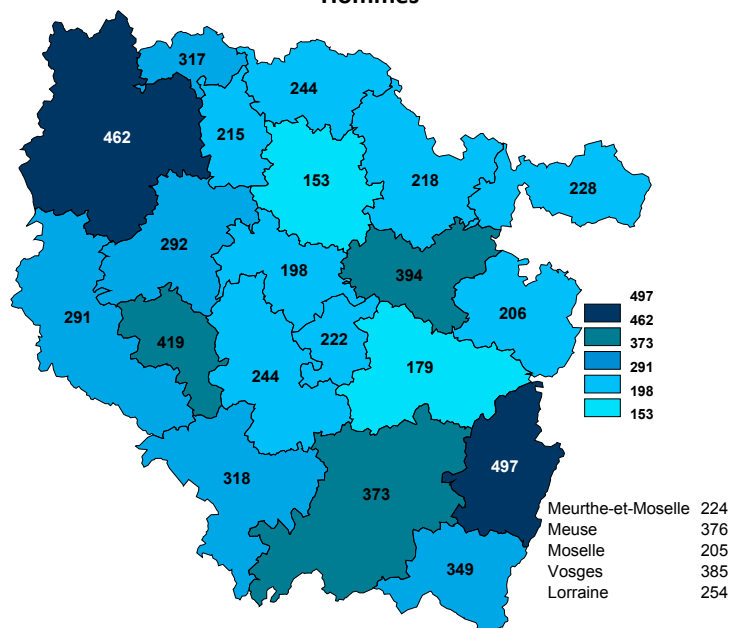


### Taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool Femmes 15-24 ans Année 2008 - Par département et arrondissement - Taux pour 100 000

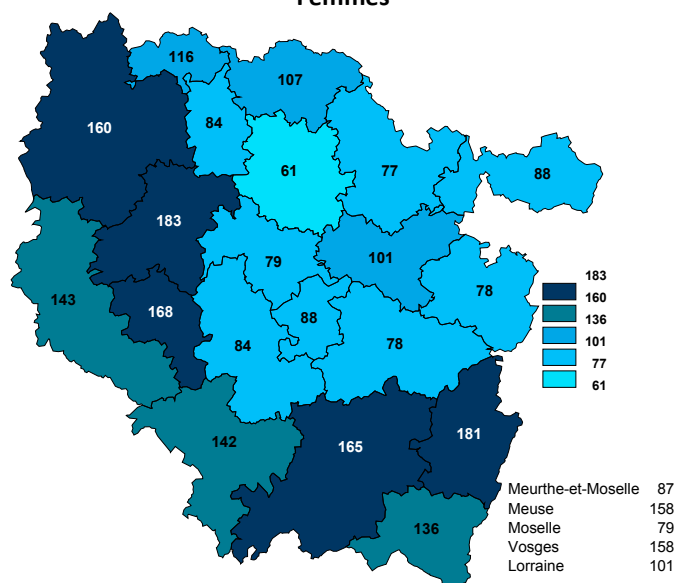


**Taux comparatif d'hospitalisation en court séjour  
pour éthyisme et troubles mentaux organiques et neuropathies liés à l'alcool  
en 2005-2007 par territoire de santé et de proximité (Taux pour 100 000 habitants tous âges)**

**Hommes**



**Femmes**



Source : ATIH (PMSI)

Les hospitalisations sont prises en compte en fonction du domicile des patients et non pas de la localisation des établissements de santé. Le taux comparatif permet de comparer des territoires entre eux en neutralisant les effets de la structure par âge.

## Interpellations pour ivresse sur la voie publique : des taux départementaux lorrains supérieurs aux moyennes nationales, sauf en Meuse

L'article L. 3342-1 du Code de la santé publique stipule « qu'une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, champs, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison ». Les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction ou une intervention de la police-secours sont comptabilisés par la Direction générale de la police nationale et par la Direction générale de la gendarmerie nationale.

Le recours à ces données pour contribuer à caractériser la situation des départements par rapport à l'alcoolisation excessive des habitants présente des limites méthodologiques. Il s'agit là de statistiques d'activité susceptibles de varier en fonction des priorités des services en charge de cette activité. Il faut donc les utiliser avec prudence, surtout pour établir des comparaisons interdépartementales.

### Nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique (police + gendarmerie)

	Meurthe & Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France métro.
<b>2008</b>	1 073	267	1 531	592	3 463	89 396
<b>2007</b>	1 137	315	1 724	666	3 842	91 693
<b>2006</b>	974	214	1 550	466	3 204	75 230
<b>2005</b>	1 090	224	1 566	480	3 360	69 865
<b>2004</b>	954	177	1 148	603	2 882	75 230
<b>2003</b>	931	193	1 274	649	3 047	67 407
<b>2002</b>	1 181	286	1 147	483	3 097	67 036
<b>2001</b>	1 395	219	1 119	440	3 173	64 191
<b>Moy. 2001-2004</b>	1 115	219	1 172	544	3 050	68 466
<b>Moy. 2005-2008</b>	1 069	255	1 593	551	3 467	81 546

Sources : DGPN/DGGN

### Taux d'interpellations pour 10 000 habitants âgés de 20 à 70 ans

	Meurthe & Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France métro.
<b>2008</b>	23,4	22,4	22,9	25,2*	23,4*	22,4
<b>2007</b>	24,5*	26,1*	25,5*	27,6*	25,6*	23,0
<b>2006</b>	21,0*	17,7	22,9*	19,3	21,3*	18,9
<b>2005</b>	23,5*	18,6	23,1*	19,9*	22,4*	18,0
<b>2004</b>	20,6*	14,8*	17,1*	25,1*	19,3	18,9
<b>2003</b>	20,1*	16,1	19,0*	27,0*	20,4*	17,7
<b>2002</b>	25,3*	23,7*	17,0	20,1*	20,6*	17,6
<b>2001</b>	30,0*	18,2	16,7	18,3*	21,2*	17,0
<b>Moy. 2001-2004</b>	24,5*	18,4	17,7	23,1*	20,7*	18,2
<b>Moy. 2005-2008</b>	23,3*	21,3	23,8*	23,5*	23,4*	21,1

\* indique une différence significative entre le taux départemental et le taux de la France métropolitaine. Utilisation du test du Chi-2 au seuil 0,05

Pour gommer les fluctuations annuelles dues probablement à l'activité des services, on a calculé des moyennes sur deux périodes quadriennales, 2001-2004 et 2005-2008. Pour ces deux périodes, les taux départementaux lorrains sont supérieurs au taux national, sauf en Meuse où ils ne présentent pas de différence significative et en Moselle pour 2001-2004.

## Accidents corporels avec alcool

L'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière (ONISR) recense les accidents corporels liés à l'alcool, c'est-à-dire les accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués à un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,5 g par litre de sang. Là également, les données de l'ONISR doivent être prises avec précaution dans la mesure où certains bulletins d'analyse d'accidents corporels ne sont pas toujours transmis à l'ONISR (observatoire national de la sécurité routière) en raison de la gravité de l'accident qui rend impossible la prise de sang ou de résultats inconnus du test de dépistage.

Nombre d'accidents corporels de la route liés à l'alcool						
	Meurthe & Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France métro.
<b>2008</b>	60	23	74	33	190	6 256
<b>2007</b>	65	30	106	54	255	7 347
<b>2006</b>	64	17	106	30	217	7 347
<b>2005</b>	91	22	85	44	242	6 641
<b>2004</b>	65	15	107	44	231	6 233
<b>2003</b>	92	27	102	48	269	6 749
<b>Moy. 2008-2006</b>	63	23	95	39	221	6 983
<b>Moy. 2007-2005</b>	73	23	99	43	238	7 112
<b>Moy. 2006-2004</b>	73	18	99	39	230	6 740
<b>Moy. 2005-2003</b>	83	21	98	45	247	6 541

Source : ONISR

L'observation annuelle du nombre des accidents corporels liés à l'alcool montre des fluctuations importantes d'une année sur l'autre selon les départements. Or on cherche moins à mesurer des situations conjoncturelles que d'approcher une notion plus stable de risque relatif. C'est pourquoi le tableau ci-dessus présente également des moyennes mobiles calculées sur une période de trois années. Avec cet indicateur qui lisse les variations conjoncturelles, on constate que le nombre d'accidents corporels liés à l'alcool a baissé en Meurthe-et-Moselle entre 2003 et 2008. Il est resté plutôt stable en Moselle pour la même période. En Meuse, il a connu une baisse en 2006 puis une hausse. Les Vosges présentent une évolution plus contrastée : baisse en 2006, hausse en 2007, puis nouvelle baisse.

Pour comparer les départements lorrains entre eux et avec la France métropolitaine, il faut tenir compte du nombre de kilomètres parcourus sur chacun des trois grands réseaux routiers (autoroutes, routes nationales et départementales).

Nombre d'accidents corporels de la route liés à l'alcool pour 100 millions de km parcourus par an						
	Meurthe&Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France métr.
<b>Moy. 2008-2006</b>	63	23	95	39	221	6 983
<b>Total km / an en 100<sup>4</sup></b>	54,605	20,320	90,314	33,481	199,322	3 991,413
<b>Taux pour 100<sup>4</sup> km/an</b>	1,10*	1,13*	0,81*	0,99*	0,95*	1,57

Source : ONISR

100<sup>4</sup> = 100 000 000 km/an

\* indique une différence significative entre le taux départemental et le taux de la France métropolitaine. Utilisation du test du Chi-2 au seuil 0,05

Pour l'ensemble de la Lorraine et pour la période 2006-2008, on enregistre en moyenne 0,95 accident corporel de la route lié à l'alcool pour 100 millions de km parcourus contre 1,57 en France métropolitaine. Tous les départements lorrains présentent des taux inférieurs au taux national et ce avec une différence significative. Par contre, lorsqu'on compare les départements lorrains entre eux, on observe des différences : Meuse 1,13 et Moselle 0,81 pour ne prendre que les deux valeurs extrêmes.

## Synthèse alcool

*La cartographie de l'usage à risque d'alcool est différente de celle des drogues illicites. Là ce sont les territoires les plus ruraux qui sont le plus concernés (Meuse et Vosges). Ce qui ne veut pas dire que le problème n'existe pas ailleurs, mais il est d'intensité différente.*

## C – LES ACTIONS MENÉES

Les actions menées à l'échelon régional pour prévenir ou soigner les addictions liées aux drogues illicites et à l'alcool doivent être distinguées en deux catégories : les actions pérennes et les actions plus ponctuelles.

### Les structures permanentes

La prise en charge des addictions s'appuie d'abord sur une offre pérenne. Celle-ci est organisée sur un principe de proximité et de pluridisciplinarité. On ne prend pas en compte ici l'offre de soins hospitaliers pour privilégier l'offre relevant du dispositif médico-social de prise en charge des addictions et de leur prévention qui comprend :

- les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) qui ont un fonctionnement majoritairement ambulatoire. Certains d'entre eux disposent également d'un hébergement soit en centre spécialisé, soit en appartement thérapeutique relais (ATR), soit en centre thérapeutique résidentiel (CTR) ou encore en famille d'accueil.
- les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). [CCAA et CSST forment depuis peu les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie CSAPA].

Ce dispositif est complété par :

- les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui regroupent les dispositifs de réduction des risques au sein de structures uniques. Ils sont financés par l'assurance maladie.
- les Consultations jeunes consommateurs, anciennement dénommées Consultations cannabis.

### Activité des CSST

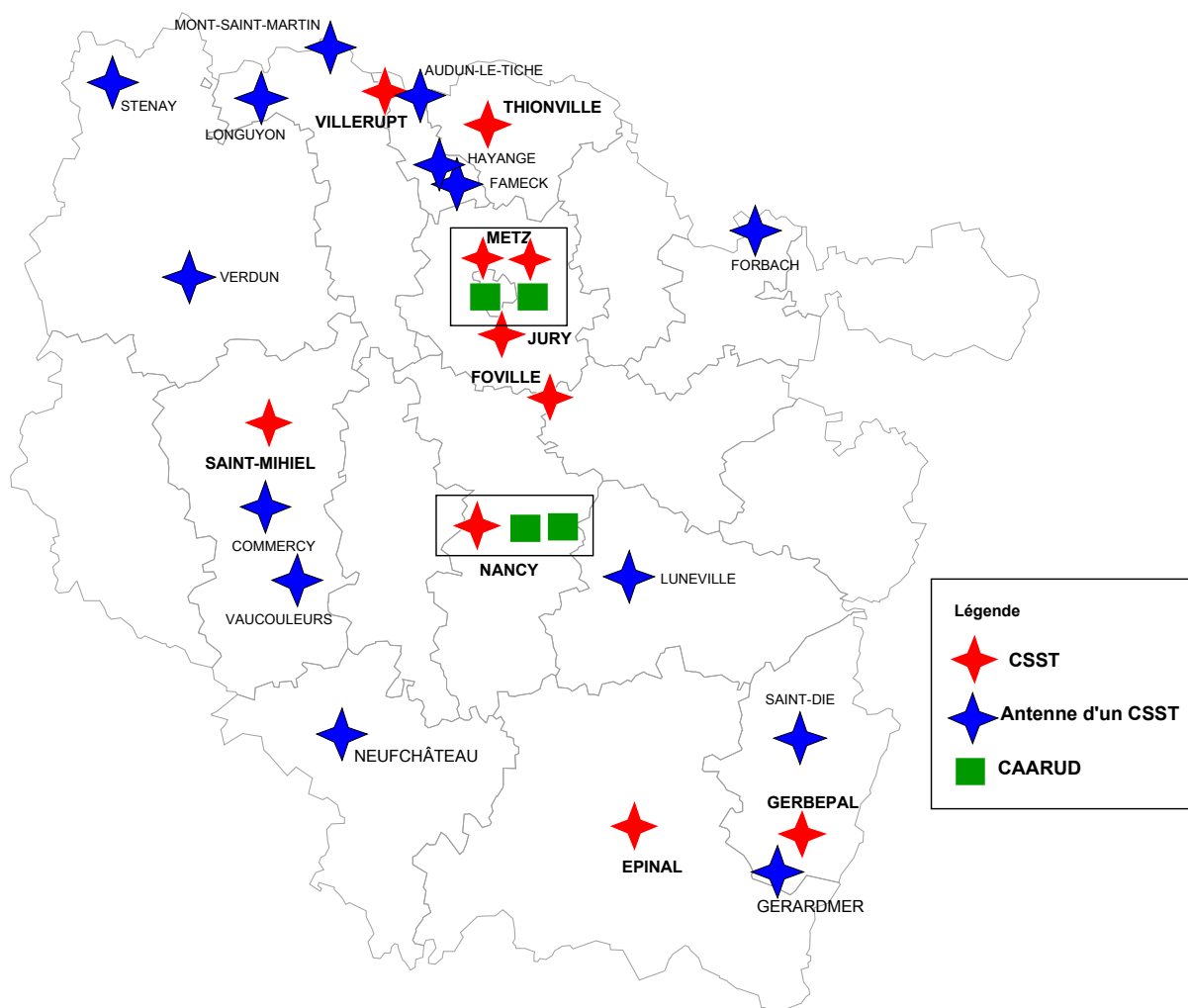
Pour l'ensemble des départements lorrains, les CSST ont réalisés 4 151 consultations en 2008. Ce nombre est pratiquement stable entre 2006 et 2008. Au regard de ces données d'activité, c'est la Meuse qui réalise le plus de consultations en CSST par rapport à sa population âgée de 20 à 39 ans, plus du double de ce qui est observé dans l'ensemble de la France métropolitaine. Mais les données meusiennes sont en fait trompeuses si on veut y lire un indicateur sur la proportion de toxicomanes dans le département. En effet, près de 20 % de l'activité du CSST de Meuse est orientée vers les détenus, alors que ce taux n'est que de 6 % en Moselle et dans les Vosges, de moins de 2 % en Meurthe-et-Moselle.

**Nombre de consultations en CSST ambulatoires et taux pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans**

	Nombre de consultations			Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans		
	2008	2007	2006	2008	2007	2006
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	1 542	1 713	1 463	77,0	83,7	71,5
<b>Meuse</b>	712	649	674	152,6	135,4	140,6
<b>Moselle</b>	1 388	1 252	1 406	50,5	44,5	50,0
<b>Vosges</b>	509	509	558	57,0	53,7	58,9
<b>Lorraine</b>	4 151	4 123	4 101	67,9	65,6	65,2
<b>France métr.</b>	100 182	95 719	90 790	60,0	56,7	53,8

Sources : OFDT

### Localisation des structures d'accueil pour toxicomanes – Lorraine 2009



Source : DRASS de Lorraine

### Activité des CAARUD

Tous les départements lorrains ne sont pas dotés de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Les quatre structures de ce type se situent en Meurthe-et-Moselle (2) et en Moselle (2). Elles sont gérées soit par un CSST (2), soit par la délégation départementale d'AIDES (2). Mais il faut surtout souligner que les quatre CAARUD sont localisés soit sur Metz (2), soit sur Nancy (2).

**File active des CAARUD en 2009  
et taux pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans**

	File active	Taux
<b>Nancy</b>	760	64,0
<b>Metz</b>	831	85,3

Source : DRASS

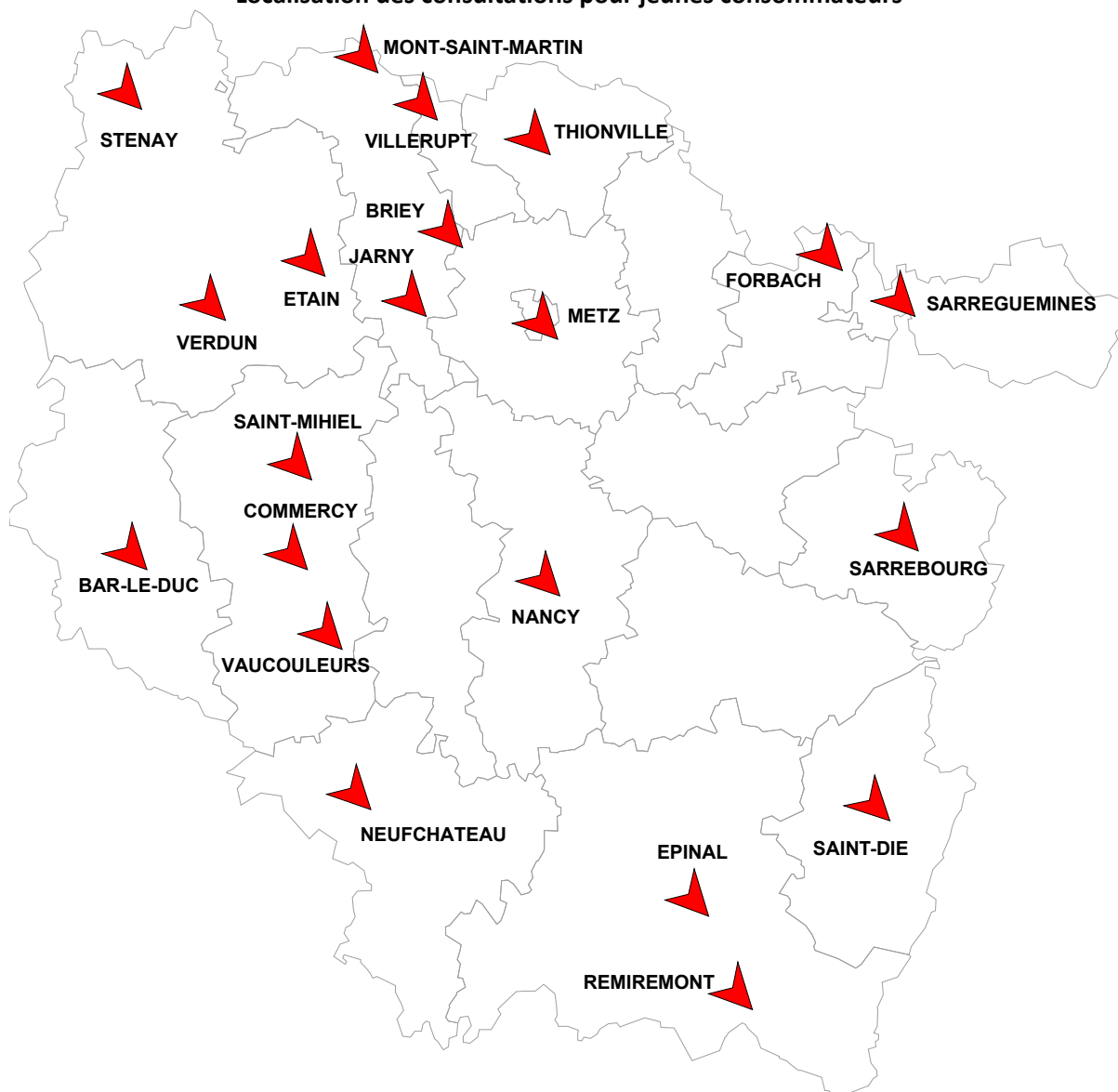
Le calcul du taux a été réalisé par arrondissement

Metz = Metz Ville + Metz campagne



## Les consultations pour jeunes consommateurs (anciennement consultations cannabis)

### Localisation des consultations pour jeunes consommateurs



Sources : MILDT, DRASS

Il est difficile de décrire quantitativement l'activité des structures de consultations pour jeunes consommateurs. Certes elles sont invitées à remplir annuellement un rapport d'activité, mais beaucoup d'entre elles ne le font pas. Celles qui se soumettent à cette obligation le font de manière non suffisamment standardisée, chacune ayant ses propres méthodes de remplissage. C'est pourquoi l'OFDT rechigne à communiquer des données départementales pour éviter des comparaisons tronquées. Elle publie certes régulièrement un rapport national, mais cela nécessite de sa part un important travail de redressement des données qui n'a de sens qu'à l'échelon national.

Les données collectées par la DRASS pour l'année 2009 ne couvrent pas l'ensemble des consultations pour jeunes consommateurs.

## Activité des CCAA

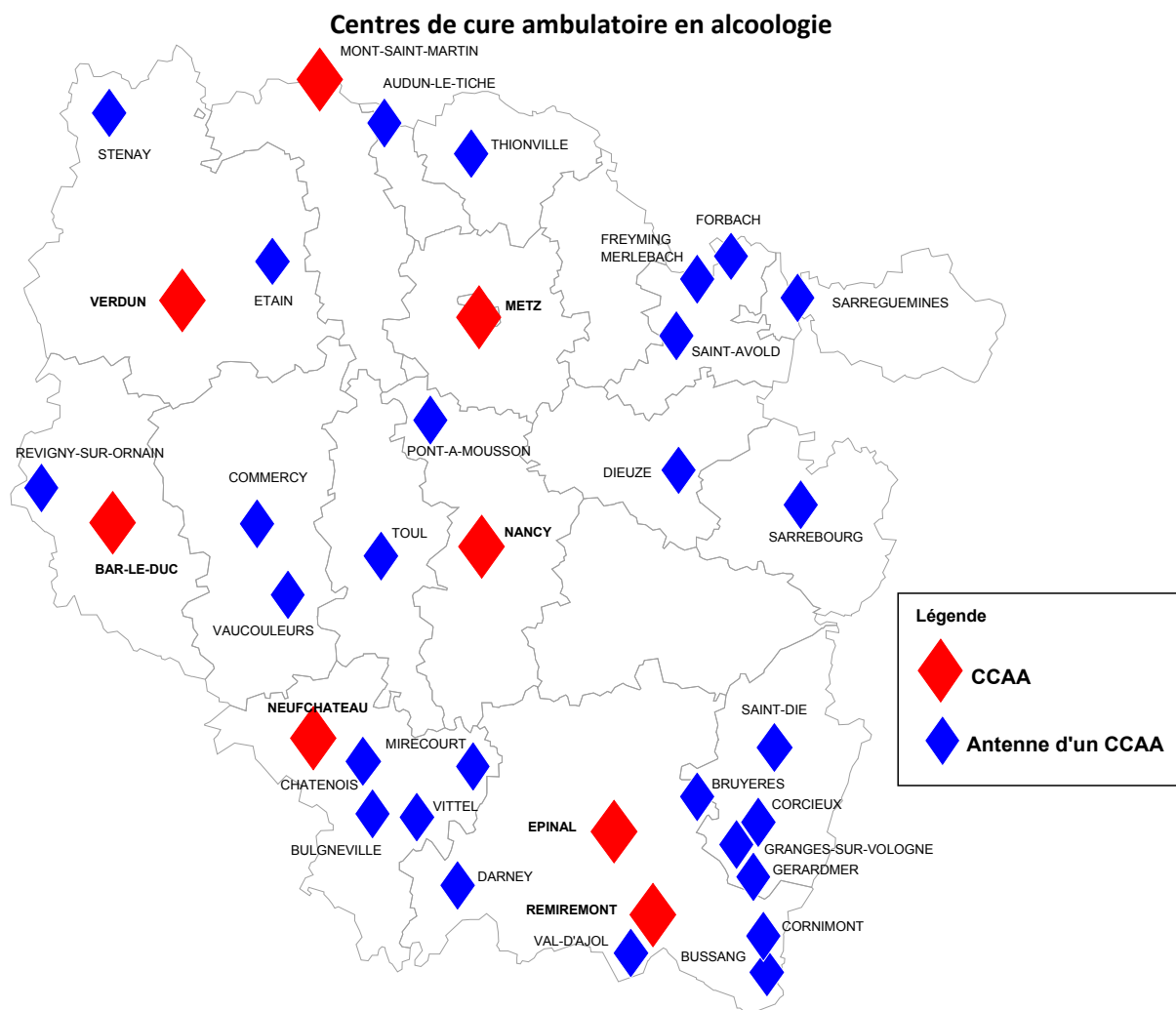
Le nombre de consultations réalisées par les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans en Lorraine est très proche de celui observé en France métropolitaine (32 en 2008 pour la Lorraine contre 34 pour la France métropolitaine). Des différences importantes sont toutefois constatées entre les départements lorrains. C'est en Meuse qu'on enregistre le taux le plus élevé (79 en 2008) et en Moselle le taux le plus faible (16).

Contrairement aux CSST, le taux plus élevé de la Meuse ne peut pas s'expliquer par l'activité des CCAA dans les centres de détention. L'activité des CCAA meusiens en population carcérale ne représente que 3,9 % de leur activité générale, alors qu'il est de 8,5 % pour le CCAA de Nancy et de ses antennes et de 9,7 % dans les Vosges.

La spécificité meusienne peut donc être mise en relation avec la prévalence plus importante de personnes présentant des problèmes avec l'alcool, ce qu'on a constaté dans la première partie du diagnostic. La même remarque peut être faite pour le taux observé dans les Vosges (le second taux le plus élevé de Lorraine). Mais ce commentaire n'épuise pas pour autant toute l'explication possible sur les différences départementales.

### Nombre de consultations en CCAA et taux pour 10 000 habitants âgés de 20 à 70 ans

	Nombre de consultations			Taux pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans		
	2008	2007	2006	2008	2007	2006
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	1 636	1441	1296	36,0	31,7	28,5
<b>Meuse</b>	942	942	910	79,0	79,0	76,3
<b>Moselle</b>	1 091	1089	1791	16,0	16,0	26,3
<b>Vosges</b>	1 116	1116	992	48,0	48,0	42,7
<b>Lorraine</b>	4 785	4588	4989	32,0	30,7	33,4
<b>France métro.</b>	137 083	129236	125955	34,0	32,1	31,2



Sources : FINESS, DRASS

## Les actions de prévention non pérennes

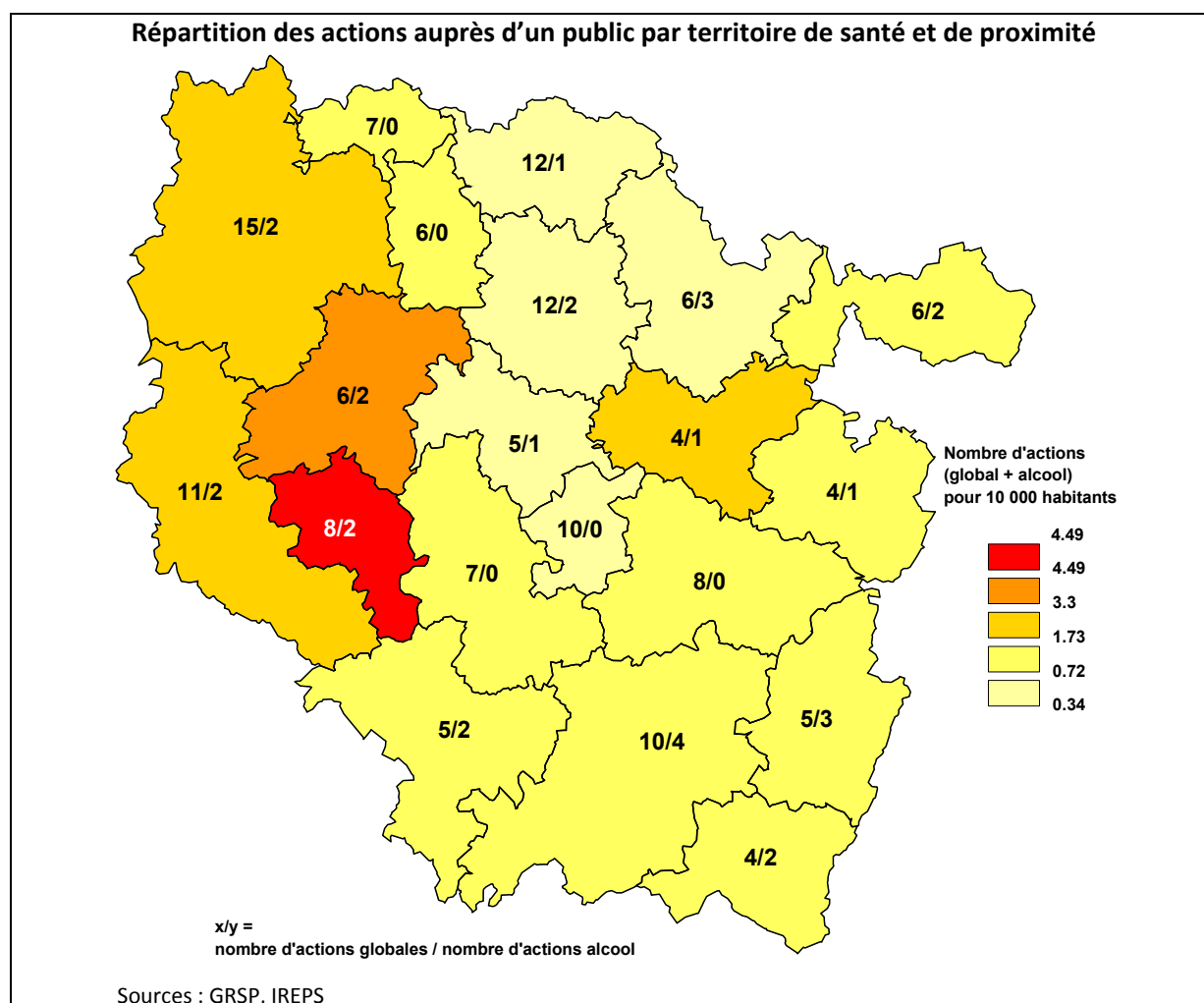
A côté des structures pérennes qui interviennent également sur le champ de la prévention primaire, il faut prendre en compte les actions financées annuellement pas des fonds publics spécifiques. A partir des données des actions financées par le Groupement régional de santé publique (GRSP) en 2007 et traitées par l'IREPS on peut avoir une approche des initiatives prises localement dans le domaine de la prévention des produits psychoactifs ou plus particulièrement de la prévention des consommations d'alcool.

En 2007, le GRSP a financé 244 actions liées à la prévention de produits psychoactifs. Mais toutes ces actions ne relèvent pas toujours d'une prévention menée auprès du public. Certaines d'entre elles portent sur des enquêtes, la création d'outils, l'analyse de pratiques, etc. Les actions menées en contact direct avec le public représentent un peu moins des trois quarts de l'ensemble des projets financés.

### Actions liées à la prévention des addictions financées par le GRSP en 2007

	Approche globale	Alcool	Tabac	Ensemble	
				Nombre	%
Actions éducatives	54	7	9	70	28,7%
Forum/campagne/information	36	8	3	47	19,3%
Mobilisation/accompagnement/ Suivi individuel	23	6	2	31	12,7%
Lieu d'accueil et d'écoute	19	7	1	27	11,1%
Éducation thérapeutique	2	-	-	2	0,8%
<b>Sous total : actions avec un public</b>	<b>134</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>177</b>	<b>72,3 %</b>
Création ou valorisation d'outils	11	-	7	18	7,4%
Analyse des pratiques	16	2	-	18	7,4%
Appui méthodologique	10	1	-	11	4,5%
Formation	7	2	1	10	4,1%
Recherche-Action	3	2	-	5	2,0%
Enquête	3	1	1	5	2,0%
Organisation de réseaux	26	3	0	29	11,9%
<b>Total Lorraine</b>	<b>184</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>

Sources : DRASS, IREPS



La carte de la page précédente répartit les actions financées par le GRSP en 2007 pour la prévention des addictions par territoire de santé et de proximité (TSP). Seules les actions menées directement en contact avec un public de consommateurs ont été prises en compte. Deux catégories d'action sont représentées : celles qui abordent l'ensemble des produits et traitent donc des addictions en général (au numérateur) et celles plus spécialisées par rapport à l'alcool (au dénominateur).

Les données fournies par le GRSP ne portent que sur les projets financés et ne permettent pas de connaître le nombre de personnes effectivement touchées. Il est donc impossible de mesurer la fréquentation des actions par TSP. Néanmoins, pour connaître l'offre de prévention par TSP au regard de l'importance numérique des populations, nous avons calculé un taux d'actions (globales + alcool) pour 10 000 habitants.

Au regard de cette carte, on constate que les secteurs les plus touchés par l'abus d'alcool sont également celles qui ont bénéficié, en 2007, le plus d'actions pour 10 000 habitants. Ce constat porte notamment pour l'ensemble de la Meuse et plus particulièrement par les territoires de Commercy et de Saint-Mihiel. Il concerne également, mais dans une moindre mesure comparativement à la Meuse, le département des Vosges.

Aucune action financée par le GRSP ne porte spécifiquement sur la prévention des drogues illicites. Cette préoccupation est comprise dans les actions globales. Lorsqu'on compare la carte des actions de prévention du GRSP avec la localisation de l'abus de drogues illicites, notamment du cannabis, on observe que les territoires les plus concernés par cette pratique connaissent relativement peu d'actions de prévention des addictions. C'est le cas, par exemple, pour le TSP de Nancy, celui du Val de Lorraine (Pont-à-Mousson) ou encore pour celui de Metz.

# CONCLUSION GÉNÉRALE

---

Ce diagnostic a été mené en mobilisant les informations immédiatement disponibles pour caractériser la consommation de drogues illicites et l'abus d'alcool dans les différents arrondissements lorrains. Ce choix a été fait en raison du temps disponible pour le réaliser.

Au regard des informations mobilisées et présentées, le diagnostic ne permet pas de caractériser très finement chacun des arrondissements lorrains par rapport aux critères de consommation de produits psychoactifs définis. Cela s'explique par plusieurs raisons :

- Les données sur les consommations en population générale sont issues d'enquêtes qui ont lieu tous les cinq ans (Baromètre santé, HBSC) ou, plus rarement, tous les ans (Escapad). Ces enquêtes sont conçues pour caractériser l'ensemble de la région et non pas ses territoires. Les échantillons sont construits pour une représentativité régionale. Ainsi, par exemple, l'échantillon de l'enquête HBSC menée auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans porte sur 2 412 enfants et adolescents. On a certes tenté de l'utiliser pour repérer des différences par arrondissement. Mais la validité de l'exercice a nécessité de regrouper les deux genres (garçons et filles) pour disposer d'échantillons acceptables par arrondissement. Et encore nous n'avons présenté que les données locales qui montraient une différence significative par rapport à l'échantillon régional. Or il faut savoir que le résultat de ce test de significativité dépend fortement de la taille de l'échantillon sur le territoire observé : plus il est petit et moins on peut observer des phénomènes significatifs. C'est d'ailleurs pour cela que l'OFDT refuse de diffuser les résultats de son enquête ESCAPAD pour les départements de Meuse ou des Vosges.
- La consommation de drogues illicites, autre que le cannabis, concerne une proportion relativement faible de la population générale, même si on n'observe que les tranches d'âge les plus concernées (20-39 ans). C'est là une autre raison de la difficulté d'une analyse par arrondissement, car du coup cela nous oblige de travailler avec de petits nombres qui, aux tests statistiques de significativité, ne présentent pas de différence suffisante.
- Les données issues des rapports d'activités présentent un autre type de difficulté.

La première tient au fait qu'elles ne sont disponibles qu'à l'échelon départemental. Ce frein pourra toutefois être levé dans le cadre du travail de la cellule d'appui dès lors qu'on aura accès à des fichiers de base rendus anonymes mais avec une localisation communale. Une telle possibilité permettra de retraiter les données à l'échelon infra-départemental.

La seconde difficulté a trait aux données issues des rapports d'activité des différentes structures de prise en charge des personnes présentant un abus de consommation de produits addictifs. Ces rapports d'activité ne sont souvent pas remplis par toutes les structures concernées. Le cas le plus probant est celui des consultations jeunes consommateurs. En outre, rien ne garantit à l'heure actuelle que les statistiques d'activité, même si elles sont fournies, le soient de manière standardisée permettant d'établir des données fiables par structure et des regroupements tout aussi fiables par département ou par arrondissement. Un travail d'amélioration de ces données d'activité des structures est actuellement engagé à l'échelon régional avec le concours de l'ORSAS et des structures concernées.

Un diagnostic ne peut se limiter à des données quantitatives, surtout lorsqu'on constate les difficultés qui viennent d'être évoquées. Il faut aussi avoir recours à des données qualitatives qui permettent de mieux comprendre la situation en cours et son évolution. Une telle démarche qualitative consiste à identifier et à interroger des informateurs-clés, susceptibles d'accroître le niveau de connaissances et de compléter ainsi les données objectives disponibles. C'est pourquoi la Cellule d'appui propose que dans l'année qui vient une telle démarche soit menée dans chacun des arrondissements lorrains. Concrètement, il s'agirait de réunir avec l'autorisation de chaque préfet et avec l'invitation des correspondants MILDT des informateurs représentatifs par arrondissement.

Ces informateurs concerneraient la police, la gendarmerie, la Justice, les acteurs locaux des structures de soins et de prévention. Avec l'animation d'un membre de la cellule d'appui, chaque groupe de travail (un par arrondissement) contribuerait à un diagnostic qualitatif à partir de son expérience de terrain. Une telle démarche permettrait de compléter le diagnostic par des éléments qualitatifs par arrondissement.