



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**Des indicateurs pour le suivi des conduites addictives
en région Bretagne**

– thème n° 30 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateurs :

Madame Odile Piquet

Monsieur Alain Tréhony

Sommaire

INTRODUCTION

1 ETAT DES LIEUX DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES EN BRETAGNE..... 1

1.1	Organisation de la lutte contre les conduites addictives en Bretagne.....	1
1.2	Structures de coordination.....	1
1.2.1	Les chefs de projet départementaux.....	1
1.2.2	Le coordinateur régional.....	2
1.2.3	Les comités de pilotage.....	2
1.2.4	Les Centres d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (CIRDD).....	2
1.3	Les acteurs au contact des populations	3
1.3.1	La prévention	3
1.3.2	Les structures de prise en charge	4
1.4	Les sources d'information.....	4
1.4.1	Organismes d'information.....	4
1.4.2	Organismes d'analyse et de traitement de l'information.....	6
1.5	Etat des lieux des outils et des besoins	7
1.5.1	Les besoins des acteurs.....	7
1.5.1.1	La nécessité d'un système d'information et d'indicateurs au niveau local.....	7
1.5.1.2	La nécessité d'une culture commune.....	8
1.5.1.3	La nécessité d'une aide à la décision et à l'allocation des ressources	8
1.5.2	Les problèmes rencontrés par les acteurs	9
1.5.2.1	Les problèmes de méthodes	9
1.5.2.2	Les problèmes financiers	9
1.5.2.3	Les problèmes politiques	9

2	<u>CONSTRUCTION D'UN TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS DE SUIVI DES CONDUITES ADDICTIVES EN REGION BRETAGNE</u>	10
2.1	Problématique des tableaux de bord et des indicateurs	10
2.2	Proposition d'un tableau de bord	12
2.2.1	L'explication de la démarche	12
2.2.2	Le tableau de bord	13
2.2.2.1	Première partie : Les conséquences sanitaires et sociales des addictions	13
2.2.2.2	Deuxième partie : Les actions menées et les réponses apportées	15
2.2.2.3	Troisième partie : L'identification des tendances	16
2.3	Détails de quelques indicateurs	17
2.3.1	Les indicateurs de prise en charge	17
2.3.2	Quantité de produits de substitution et de matériels d'injection distribuée	18
2.3.3	Le nombre de personnes non prises en charge	19
2.3.4	Le nombre d'appels téléphoniques et de consultations pour écoute	20
2.3.5	Pourcentage de fumeurs et de buveurs par âge et par sexe	20
2.3.6	Pourcentage de femmes qui demandent de l'aide aux CIDF, suite à des violences conjugales	20

CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier des rencontres et des entretiens

Annexe 2 : Organigramme de la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 (échelon national, régional, départemental)

Annexe 3 : Glossaire

Annexe 4 : Comité de pilotage de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances

Annexe 5 : Carte des « structures de prise en charge : Alcool, Toxicomanie, Tabac en Bretagne, en janvier 2001 »

Annexe 6 : Lexique

Annexe 7 : Références bibliographiques et sites internet

INTRODUCTION

La politique française de lutte contre la drogue a fait l'objet, depuis de nombreuses années, de débats idéologiques et passionnés. La faiblesse des informations mises à la disposition du grand public a laissé place à des messages souvent contradictoires et inexacts. Plusieurs rapports (Pelletier, Trautmann et Henrion) ont affirmé la nécessité de mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies auprès des décideurs et des scientifiques. Si bien que la proposition de création d'une structure centrale de coordination de la politique de lutte contre la drogue a été retenue : en 1982 est créé le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie. Une instance de coordination, chargée de préparer les délibérations du comité et de veiller à leur exécution a été parallèlement mise en place. Cette instance a été maintes fois rebaptisée (Mission Permanente de Lutte contre la Toxicomanie, Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie, Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue), avant de devenir en 1996, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, dénommée MILDT, placée sous l'autorité du Premier ministre. Dans le même temps, en octobre 1995, le groupement d'intérêt public Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, l'OFDT, est créé. La MILDT s'appuie aujourd'hui sur le plan triennal (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Le changement de nom de cette mission, depuis les années 1980 n'est pas anodin.

En effet, il traduit l'évolution des pouvoirs publics dans la façon d'appréhender la question de la lutte contre la drogue. Pendant longtemps, les produits, leurs effets, mais aussi les facteurs de risque étaient mal connus. Cette situation a renforcé les malentendus, les inquiétudes et les peurs, et surtout le sentiment d'impuissance face aux personnes qui consomment de la drogue. Depuis quelques années, nous disposons désormais de données scientifiques beaucoup plus fiables qu'auparavant. Ainsi, nous savons notamment que toutes les drogues agissent sur le cerveau selon les mêmes modalités. L'alcool, le tabac, le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne. Aussi, que l'usage de ces drogues soit interdit ou réglementé, elles sont qualifiées aujourd'hui de substances psychoactives.

C'est pourquoi la politique de santé pour la prévention et la prise en charge des conduites de consommation de drogues licites et illicites s'appuie désormais sur le concept de pratiques addictives. Afin de mieux appréhender le phénomène, et par conséquent d'être plus efficace dans la lutte contre la drogue, les pouvoirs publics ont abandonné l'approche par produit au profit d'une approche plus globale qui s'intéresse au comportement de la personne consommatrice et distingue des catégories d'usage (usage sans risque, usage nocif, dépendance¹).

L'utilisation de ce concept fédérateur est récent. Il présente plusieurs intérêts et permet notamment :

- de dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entre les différentes addictions ;
- un abord commun plus objectif et comparatif des troubles liés à l'abus et à la dépendance ;
- de sortir du piège de vocables stigmatisants et de pouvoir réfléchir sur les conduites d'abus.

Notons toutefois que chaque addiction a ses spécificités sociales et ses propres conséquences biologiques et que, si l'abord médical est important, l'addiction participe aussi à l'expression du malaise social, d'où l'importance de la prise en compte de déterminismes sociaux.

Porteuse de cette approche plus globale, la MILDT est chargée de rendre cohérente l'action du gouvernement dans les domaines de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation et la communication notamment. Les modalités de mise en place de la MILDT traduisent bien la volonté des pouvoirs publics de coordonner l'action publique au niveau national et au niveau local, condition sine qua non pour qu'une adhésion commune autour du concept de conduites addictives parvienne à initier une dynamique entre les divers acteurs de terrain. Les pouvoirs publics ont souhaité donner les moyens aux régions et aux départements de jouer un véritable rôle d'animation et d'impulsion de la politique nationale. Une circulaire du Premier ministre, adressée le 13 septembre 1999 aux préfets témoigne de cette volonté de coordonner les actions engagées au niveau national et les actions menées sur le terrain. Le texte précise en effet qu'un « chef de projet » désigné par le préfet est chargé de la mise en place et de l'évaluation de la politique de prévention et de prise en charge des conduites addictives déclinée dans le plan triennal. Pour ce faire, le

¹ Que le produit soit licite ou illicite, la communauté scientifique distingue ces 3 types de comportements de consommation. Cf. glossaire.

chef de projet doit disposer d'indicateurs de suivi des conduites addictives au niveau des départements et de la région.

Aujourd'hui, une première réflexion autour de ces indicateurs est engagée par les divers acteurs MILDT de la région Bretagne et de ses quatre départements : les Côtes d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. Notre travail s'inscrit dans ce cadre.

En effet, le dispositif de prise en charge des conduites addictives, à l'échelon de la région et des quatre départements, a inéluctablement évolué. Il était en Bretagne essentiellement axé sur le problème de l'alcool, comme en témoigne le Programme Régional de Santé, PRS, de 1998 qui concernait « les alcoolisations excessives ». On comprend alors la nécessité de disposer d'un « tableau de bord », c'est-à-dire d'une liste organisée d'indicateurs pour décrire les tendances dans l'évolution des conduites addictives en Bretagne, pour les comparer aux résultats d'autres régions et aux résultats de la moyenne nationale.

Tenant de s'approprier cette problématique, notre groupe a mené une étude autour des indicateurs pour le suivi des conduites addictives (alcool, drogue et tabac) en région Bretagne. Il s'agissait de vérifier les sources d'information statistique à l'échelon régional et départemental, d'identifier l'existant et la pertinence d'un « tableau de bord » validé, d'en pointer les lacunes, les points forts, les points faibles. Un tel travail nous a amené à nous interroger sur plusieurs points : Les indicateurs existant rendent-ils compte des tendances dans l'évolution des conduites addictives en Bretagne ? Les modes de recueil de données permettent-ils cela ? Les acteurs sur le terrain ont-ils ces indicateurs ? Les données sont-elles comparables d'un département à l'autre ? Ces questions nous ont amené à réfléchir sur la faisabilité de nouveaux indicateurs susceptibles de rendre compte d'un suivi des conduites addictives sur le long terme et des résultats des politiques de prévention et de prise en charge, utilisables par les acteurs MILDT des quatre départements et de la région Bretagne.

Une telle étude nécessite de comprendre l'organisation de la lutte contre les conduites addictives, d'étudier les diverses structures de coordination du dispositif initié au niveau national par la MILDT et le plan triennal tel qu'il se présente sur le terrain, d'identifier les acteurs au contact des populations, de connaître les sources d'information et de faire un état des lieux des outils et des besoins des acteurs concernés.

Dès lors, il est possible, après s'être interrogé sur la problématique générale des tableaux de bord et des indicateurs, de proposer un tableau de bord pour la région Bretagne, et de détailler quelques indicateurs de suivi des conduites addictives.

1 ETAT DES LIEUX DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES

1.1 Organisation de la lutte contre les conduites addictives en Bretagne

En Bretagne, la lutte contre les conduites addictives résulte de : la mise en œuvre du plan gouvernemental porté par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) ; les priorités régionales de santé, fixées à l'issue des travaux de la Conférence Régionale de Santé dont une des formes d'exécution sont les Programmes Régionaux de Santé, PRS² ; les associations qui œuvrent contre les conduites addictives.

La MILDT est chargée de préparer les décisions du Comité Interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, et d'en assurer le suivi. A cet effet elle coordonne l'action des différents départements ministériels sans se substituer à eux. Les réflexions de la MILDT ont conduit à « *redéfinir les missions du dispositif de coordination locale afin qu'il joue un véritable rôle de programmation et d'impulsion* ». C'est en ce sens qu'ont été institués : un chef de projet par département désigné par le Préfet, des comités de pilotage et des Centres d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (CIRDD), à vocation régionale et départementale.

La Direction Générale de la Santé, DGS, chargée notamment de la conception et de la mise en œuvre des politiques et programmes de santé, est un des acteurs fortement impliqués dans la MILDT. Dans ses fonctions, elle est en relation avec les services pour le financement des actions dont elle souhaite connaître l'évaluation.

1.2 Structures de coordination

1.2.1 Les chefs de projet départementaux

Une circulaire du Premier ministre adressée aux préfets le 13 septembre 1999 a redéfini les missions du dispositif de coordination locale. C'est ainsi que les chefs de projet désignés par le préfet sont chargés d'élaborer un état des lieux, de diffuser les informations et outils de communication validés au plan national, d'établir un programme départemental de prévention avec l'ensemble des services déconcentrés, de coordonner la politique de formation en ce qui concerne les conduites addictives.

Quatre chefs de projet départementaux ont été nommés en Bretagne :

- Alain Mével, pour le Finistère (médecin inspecteur de santé publique) ;
- Françoise Quittançon, pour les Côtes d'Armor (médecin inspecteur de santé publique) ;
- Anne Yvonne Evin, pour le Morbihan (directrice adjointe de la DDASS) ;
- Christine Brunet, pour l'Ille et Vilaine (médecin inspecteur de santé publique).

Pour ces quatre personnes, les missions de chef de projet ne représentent qu'une partie de leur activité professionnelle (10 à 20% selon Mme Brunet). Au cours des entretiens que ces personnes nous ont accordés, la difficulté qu'ont les chefs de projets à établir une culture commune entre les différents acteurs de terrain a été soulignée, ces derniers ayant des objectifs et des intérêts propres.

1.2.2 Le coordinateur régional

En France, seules quatre régions ont un coordinateur régional MILDT dont la Bretagne. Mme Dominique Deugnier a été nommée, postérieurement aux chefs de projet départementaux, par le préfet de région. Son rôle est d'animer et de coordonner le réseau MILDT, notamment d'harmoniser les outils de recueil de données dans chaque département. Mme Deugnier considère comme un avantage en Bretagne, le fait que trois des chefs de projet soient médecins inspecteurs issus des DDASS, parce qu'ils partagent déjà une culture commune. Il convient de noter que la nomination d'un coordinateur régional, intervenue après celle des chefs de projet, a posé le problème du positionnement de celui-ci par rapport aux quatre chefs de projet. Il a ainsi été décidé de s'entourer d'une personne extérieure à la région, aux compétences reconnues dans le domaine des conduites addictives. Cette personne est le Pr. Philippe-Jean Parquet³.

1.2.3 Les comités de pilotage

Quatre comités de pilotage sont constitués en Bretagne, un par département. Les comités de pilotage regroupent des acteurs institutionnels et locaux.

A titre d'exemple, le comité de pilotage du Finistère regroupe 19 personnes dont par exemple un représentant du préfet, du tribunal de grande instance et de l'inspecteur d'académie (cf. la liste complète en annexe) ; il se réunit tous les six mois environ.

1.2.4 Les Centres d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (CIRDD)

Trois missions sont dévolues aux CIRDD : la documentation et l'information aux professionnels, l'ingénierie sociale /appui méthodologique et la réalisation de tableau de bord. Il existe 2 CIRDD en Bretagne : le CIRDD d'Ille et Vilaine / Côtes d'Armor et le CIRDD Finistère / Morbihan.

² En Bretagne, plusieurs PRS sont en cours : PRS alcool (devenu conduites addictives), PRS cancer, PRS suicide.

³ Philippe-Jean Parquet est l'un des trois du rapport qui porte son nom « *Les pratiques addictives. Abus et dépendance aux substances psychoactives : rapport remis au Secrétaire d'Etat à la santé* », Direction Générale de la Santé, Paris, 1999, 157 pages (auteurs : Reynaud Michel, Parquet Philippe-Jean, Lagrue Gilbert).

Le CIRDD d'Ille et Vilaine / Côtes d'Armor :

Le CIRDD d'Ille et Vilaine / Côtes d'Armor est issu de trois associations : Le CDPA (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme) ; le CODES (Comité Départemental d'Education à la Santé) ; l'ATPF Bretagne (Association d'aide aux Toxicomanes de Prévention et de Formation).

Créé en avril 2000, le CIRDD est administré par un conseil d'administration constitué des chefs de projet, de membres de l'Assurance maladie, d'un représentant de la direction départementale de la jeunesse et des sports et de représentants des associations précitées. Jusqu'ici le CIRDD n'était opérationnel que sur l'Ille et Vilaine. Dans les prochains mois, il étendra ses activités dans les Côtes d'Armor.

Son effectif est constitué d'une responsable temps plein (Mme Marie-Pierre Briand, sociologue), d'une personne mise à disposition par chaque association fondatrice un jour par semaine, d'une documentaliste mi-temps, d'une secrétaire 3/4 temps. Un responsable et son secrétariat seraient recrutés prochainement pour les Côtes d'Armor. Le service documentation pour les professionnels est opérationnel via les trois associations (CDPA, CODES, ATPF). En effet le CIRDD n'a pas de fonds documentaire propre. Il se considère davantage comme un relais permettant d'orienter plus efficacement les demandes d'informations.

Plusieurs actions de soutien méthodologique ont été menées, notamment dans le cadre des appels à projet « APPRE » (Actions et Programmes de Prévention-REcensement).

Un tableau de bord relatif au suivi des conduites addictives a été ébauché en 2000, et une version plus achevée sera prochainement disponible. Seul le département d'Ille et Vilaine a été étudié. Le CIRDD n'était pas opérationnel au moment de la nomination des chefs de projet, ce qui a constitué un frein à l'avancée des missions du chef de projet.

Le CIRDD Finistère / Morbihan.

Le CIRDD Finistère / Morbihan, situé dans les locaux de l'Université de Bretagne occidentale, est géré par M. Luc Durouchoux, sociologue. Récemment créé, le CIRDD n'a pas encore de structure juridique. A ce jour, l'effectif actuel est uniquement constitué d'un responsable. La mission d'information / documentation est opérationnelle. Toutefois, il s'avère que la mission gestion de tableaux de bord et les missions ingénierie sociale / appui chef de projet ne sont pas encore mises en oeuvre.

1.3 Les acteurs au contact des populations

1.3.1 La prévention

Selon le dictionnaire DELAMARE, la prévention se définit comme l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'accidents, ou bien l'apparition (prévention primaire) ou l'aggravation (prévention secondaire) de maladies, ainsi que des moyens dont le but est d'en

limiter les séquelles (prévention tertiaire). Aucun document synthétique et concis ne recense l'ensemble des structures impliquées dans la prévention des conduites addictives, et les actions ponctuelles menées en Bretagne et confiées à de nombreux acteurs, tels que par exemple le CODES, le CDPA, la gendarmerie, « Le défi Brestois » (opération ayant pour objet la prévention de l'alcoolisme),...

1.3.2 Les structures de prise en charge

La carte « *Structures de prise en charge : Alcool, Toxicomanie, Tabac* » (cf. annexe 5) regroupe l'ensemble des structures de prises en charges en alcoologie, en tabacologie, en toxicomanie, par secteur sanitaire. Les CCAA, les CSST, les équipes de liaison en addiction et les unités d'alcoologie occupent une place importante dans l'offre de soins.

1.4 Les sources d'information

L'identification d'un problème de santé publique passe par l'accès et la maîtrise d'informations qui, analysées, permettent la construction d'une politique adaptée. Or, force est de constater que dans le domaine des conduites addictives les sources d'informations sont multiples.

1.4.1 Organismes d'information

- Le service des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la DREES⁴, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, effectue d'une part chaque année une étude transversale dite « *Enquête toxicomanie de novembre* » qui recense les usagers de drogues ayant eu recours au système sanitaire et social pendant le mois de novembre. D'autre part, la DREES fournit des données de morbidité hospitalière (source Base nationale PMSI, Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, qui permet de classer chaque malade hospitalisé à l'issue de chacun de ses séjours à partir de son diagnostic principal) dans lesquelles les pathologies attribuables à la consommation d'alcool et de tabac sont disponibles à l'échelon régional et départemental⁵.

- L'Institut de Veille Sanitaire, InVS, est chargé de la coordination et du renforcement des actions d'épidémiologie, de l'intervention dans les domaines des maladies infectieuses et des effets de la surveillance de l'environnement sur la santé de la population. En 1996, l'InVS a développé une base de donnée initiée par la DGS, dite système SIAMOIS, Système d'Information

⁴ La DREES a remplacé le SESI, Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information.

⁵ Ces données de morbidité hospitalière sont accessibles dans la base SCORE-Santé et sur le site du ministère ([http : //www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), rubriques Dossiers - Morbidité hospitalière : motifs de recours à l'hôpital).

sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection Stérile. Ce dernier a été conçu pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (subutex, stéribox...). Ces données sont transmises par le GERS, Groupement pour les Etudes et Recherches pour la Statistique, pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques.

- L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, l'INSERM, a pour mission générale de développer toute recherche ayant pour objectif la connaissance de la santé de l'homme, de centraliser les informations relevant de son champ d'activité, de tenir informé le gouvernement et les pouvoirs publics des connaissances acquises. Dans le cadre de son registre national des causes de décès, l'INSERM fournit des statistiques par sexe et par âge sur les décès liés à l'usage abusif de drogues illicites, quel que soit le produit. A partir des informations contenues dans le certificat de décès, trois catégories de causes sont retenues : cause immédiate, cause principale et état morbide ayant contribué à l'évolution fatale qui permettent de repérer la toxicomanie : pharmacodépendance, abus de drogues et psychoses dues aux drogues.

- L'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants, l'OCRTIS, a mis en place un fichier national des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Celui-ci permet de repérer les interpellations dans l'année pour usage illicite de stupéfiants. Tout produit psychoactif illicite est concerné, que l'usage soit occasionnel ou régulier. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations dans la même année. L'OCRTIS recueille également des statistiques sur les décès par surdose ayant fait l'objet d'une procédure judiciaire.

- L'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, INSEE, a pour mission de produire sur le plan national des informations statistiques, démographiques, économiques et sociales. Dans l'établissement des statistiques de santé, les données de population de l'INSEE sont indispensables.

- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS, a pour missions d'assurer sur le plan national la gestion des risques (maladies, maternité, invalidité, décès, accidents du travail, maladies professionnelles). En liaison avec les caisses locales, elle promeut la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, une action d'éducation et d'information pour améliorer la santé de la population. Elle dispose d'un service de statistiques et d'analyses permettant de recenser et de quantifier le poids des affections de longue durée.

- Le Centre Technique d'Appui et de Formation aux Centres d'Examens de Santé (CES), le CETAF a pour but de faciliter l'évolution des missions des Centres d'examens de santé. D'une manière générale, il est chargé de définir des recommandations pour les examens périodiques de santé dans un souci d'harmonisation et d'amélioration de la qualité des procédures (en partenariat avec d'autres institutions telles que les Observatoires Régionaux de Santé et l'INSEE) et d'effectuer des recherches en prévention. Enfin, il constitue plus particulièrement une aide logistique à la réalisation d'enquêtes et aux études statistiques auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et des CES.

- Les autres organismes de données tels que l'Inspection de l'Académie, le Ministère de la Justice, le Ministère des Armées (enquête ESCAPAD : enquête sur 10 000 jeunes lors de la journée « Appel de préparation à la défense ») contribuent à enrichir la multitude d'informations disponibles au moyen d'enquêtes et de rapports.

Cependant, la faiblesse de l'analyse de ces données, dénoncée en 1994 par le Haut Comité de la Santé Publique, légitime la mise en place d'organismes de coordination de l'information à destination des acteurs de terrain.

1.4.2 Organismes d'analyse et de traitement de l'information

- Créé en 1995 de la nécessité de mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies auprès des décideurs et des scientifiques, les missions de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT, ont été étendues à la suite du plan triennal aux produits licites : alcool, tabac et médicaments psychoactifs.

En plus de ses missions de surveillance des tendances, d'évaluation des politiques publiques, d'expertise, de diffusion et valorisation des données, l'OFDT a également un rôle de veille et d'amélioration des indicateurs : en effet, afin de donner la mesure la plus exacte possible du phénomène des drogues et de leurs usages, l'OFDT analyse les indicateurs existants et suggère les mesures propres à améliorer la qualité et la fiabilité des sources provenant des différents ministères et autres organismes.

L'OFDT est chargé par ailleurs de réaliser des enquêtes en collaboration avec les autres institutions comme par exemples : enquête avec la DREES sur les recours des toxicomanes auprès des structures sanitaires et sociales, enquête sur la prise en charge des usagers de drogues par les médecins généralistes, enquête alcool DRESS - ORS – OFDT (enquête « *un jour donné* » ; l'objectif principal est la mesure de la prévalence de l'alcoolisation de patients venus consulter), étude sécurité routière.

- Les Observatoires Régionaux de Santé, ORS, ont pour objectif principal de contribuer à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et des facteurs qui le détermine. Leurs missions consistent à observer la santé au moyen d'indicateurs de santé, à inventorier les différentes sources de données et en faire l'analyse critique, à valoriser et à diffuser l'information, à mettre en œuvre des enquêtes auprès de groupes de population, et à apporter aux promoteurs d'enquêtes un appui méthodologique. Les 22 ORS de France et les 4 ORS des DOM-TOM se sont regroupés en 1988 en Fédération Nationale des ORS, FNORS, afin d'assurer la coordination des travaux qu'ils mènent en commun. Financée par le ministère de l'emploi et de la solidarité, la CNAMTS et l'InVS, la FNORS a élaboré la base de données en santé publique SCORE-santé, constituée de 500 indicateurs qui rassemblent des informations sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Cent d'entre eux sont déclinés à l'échelon départemental et infra-départemental sur quatre grands thèmes d'observations : causes de décès, morbidité, santé de l'enfant, santé de la femme.

- Les CIRDD ont vocation à apporter aux chefs de projet ainsi qu'aux services de l'Etat, aux collectivités territoriales ou aux associations, la documentation sur l'ensemble des dépendances et l'appui méthodologique dont ils ont besoin pour élaborer des projets et en accompagner la mise en œuvre.

1.5 Etat des lieux des outils et des besoins

La prise de connaissance du terrain au travers de nos entretiens notamment, nous a permis d'identifier les besoins des acteurs d'une part, et les freins à l'élaboration d'outils d'autre part.

1.5.1 Les besoins des acteurs

Etre mieux informé sur l'ampleur et les nouvelles tendances pour une appréciation partagée du phénomène est le besoin premier des animateurs du dispositif. Ainsi le tableau de bord participe de l'aide à la définition des programmes

1.5.1.1 La nécessité d'un système d'information et d'indicateurs au niveau local

Il ressort de tous les entretiens, que les indicateurs nationaux proposés aux acteurs de terrain sont insuffisants pour garantir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'une politique de santé publique réellement appropriée aux besoins départementaux. Certes, ils autorisent certaines comparaisons inter-régionales, mais en aucun cas ils ne sont assez fins géographiquement pour pouvoir espérer refléter l'hétérogénéité des situations locales. Cet objectif ne peut être atteint, selon la majorité des intervenants, que si les acteurs de terrain deviennent une des sources

d'information permettant de mettre en relief les modifications de comportements. Dès lors, la construction d'indicateurs plus pertinents et opérationnels localement sera plus satisfaisante.

Cette volonté de cerner des situations infra-régionales, voire infra-départementales reflète la préoccupation qui consiste à envisager globalement l'addiction en intervenant en amont de la prise en charge sanitaire ou spécialisée.

Or, aujourd'hui la prévention bute sur trois obstacles :

- L'absence de « photographie » précise des diverses situations d'addictions qui, par contrecoup gêne la mise en place d'orientations claires, et la répartition des moyens et des crédits adaptés.
- Le passage d'une politique de santé publique séparant chaque produit à une politique des conduites addictives pose de plus en plus nettement l'hypothèse d'une corrélation entre addictions et déterminants socio-économiques ; à ce jour ces indicateurs témoins du mal vivre n'existent pas.
- De plus la description des phénomènes a du mal à s'effectuer en l'absence d'indicateurs de démarrage et de suivi des situations et des actions.

1.5.1.2 La nécessité d'une culture commune

Au-delà des difficultés de chacun à trouver sa place, une culture commune autour des conduites addictives apparaît indispensable. Nous avons pu mesurer qu'à ce niveau, les attentes vis-à-vis de l'apport des deux CIRDD sont fortes et ce, dans une perspective de production d'indicateurs, de centralisation et de tri de l'information nationale et locale. D'autres actions se mettent en place, comme par exemple l'organisation, dégagée comme une action régionale, d'un séminaire visant à sensibiliser les acteurs des quatre comités de pilotage aux conséquences de la mise en place du plan triennal. Ce séminaire se déroulera les 17 et 18 décembre prochains à l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; l'ORS et les deux CIRDD de Bretagne y seront conviés, notamment pour la présentation de l'état d'avancement des tableaux de bord.

1.5.1.3 La nécessité d'une aide à la décision et à l'allocation des ressources

La construction d'un tableau de bord s'appuyant sur un ensemble d'indicateurs pertinents est un besoin pressant. En effet, en l'absence de système local d'information et d'indicateurs pertinents à un niveau infra-national, la visualisation de la répartition géographique des actions et des moyens mis en œuvre (en particuliers pour la prévention) n'est pas satisfaisante. De plus la comparaison entre des structures très diverses et au financement différent (associations, hôpitaux...) s'avère délicate, d'autant plus que par manque de référentiels communs et adaptés, un financement unique équitable et une évaluation réciproque demeure impossibles à mettre en place.

1.5.2 Les problèmes rencontrés par les acteurs

1.5.2.1 Les problèmes de méthodes :

Le questionnement sur la rigueur scientifique des données et informations recueillies (fiabilité, représentativité) est indispensable à la correcte réalisation d'outils de mesure.

- l'irrégularité dans le temps de certaines enquêtes (en particulier celles des inspections d'académie) incite à la prudence quant à l'utilisation de leurs résultats.
- l'arrêt des « *Enquêtes du mois de novembre* » concernant le recours aux soins des toxicomanes contribue aussi à la précarité du suivi des données.
- les enquêtes ESCAPAD réalisées au niveau national sur des jeunes de 17 à 18 ans n'ont pas atteint leur plein rendement (elles ne sont effectives que depuis 2 ans) et mériteraient d'être complétées par des enquêtes de consommation déclarées de produits.
- les statistiques des causes de décès de l'INSERM sont basées sur les déclarations des médecins : il est probable que tous les décès consécutifs à une overdose ne soient pas toujours déclarés comme tels. De plus, en cas de procédures médico-légales l'information sur les causes de décès remonte rarement vers cet organisme.

1.5.2.2 Les problèmes financiers

Outre des problèmes de méthode, certaines difficultés sont d'ordre financier. Ainsi, le coût des enquêtes est un frein à leur régularité et à leur pérennité. De plus, on sait que l'identification de nouveaux indicateurs qualitatifs est primordiale pour l'attribution des ressources. Or, certains CSST ne peuvent faire valoir la qualité de leur prestation médicale au vu des seuls indicateurs généraux utilisés par la DGS, et ne peuvent donc pas être évalués par rapport aux autres centres de soins associatifs.

1.5.2.3 Les problèmes politiques

Enfin, certains problèmes sont d'ordre politique. Ainsi, la mise en place de nouveaux indicateurs dont pourrait dépendre le financement des établissements peut inciter certains d'entre eux à faire de la rétention d'information dans la crainte que celle-ci ne révèle une sous activité chronique et n'entraîne, par là même, une baisse parallèle des financements. D'autre part, il faut être attentif au fait que la mise en place d'un système de recueil d'information en vue d'évaluer la réalité d'un comportement addictif peut provoquer une hausse statistique de celui-ci, soit en raison d'un meilleur dépistage, soit en raison d'une augmentation réelle du nombre de cas : la gestion politique de l'information sera radicalement différente selon l'option choisie, et pourrait être un frein à l'activité de recherche d'information.

Il ressort de tous ces éléments qu'une centralisation et une harmonisation de l'information à disposition de tous les partenaires de la lutte contre les conduites addictives s'imposent. Et cela d'autant plus qu'elle autoriserait la construction d'une batterie d'indicateurs regroupés au sein d'un tableau de bord régional dont le besoin est aujourd'hui unanimement reconnu.

2 CONSTRUCTION D'UN TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS DE SUIVI DES CONDUITES ADDICTIVES POUR LA REGION BRETAGNE

Il nous est apparu nécessaire, avant même de proposer un tableau de bord, de définir ce qu'est pour nous cet outil et de décrire les étapes et les modalités indispensables à sa construction.

2.1 Problématique des tableaux de bord et des indicateurs

Parler de tableau de bord, d'indicateurs, d'items, exige l'adhésion à une définition partagée de ces concepts.

- Exposé de notions générales :

Le tableau de bord :

Le suivi des politiques repose pour une part sur un tableau de bord, *outil système* à partir d'indicateurs, permettant de produire des informations utiles au suivi, à la décision et à l'évaluation des politiques entreprises dans le domaine concerné. Il permet de comparer, de porter un diagnostic, d'évaluer une action dans ces différentes étapes, et sert ainsi le contrôle. Le bilan est utile à la vision prospective. Le tableau de bord est organisé pour rendre l'analyse de l'utilisateur la plus aisée possible. Opérationnel lorsqu'il répond à des objectifs identifiés et précis, le tableau de bord peut prendre plusieurs formes. Ce sont le ou les champs du domaine qu'il décrit qui prédisposent à son architecture et aux indicateurs qui le composent.

L'indicateur :

L'indicateur est une notion générale désignant un *outil mesure*, ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné. Il est l'unité d'un ensemble ordonné qui compose le tableau de bord. Afin d'être utilisable, il doit posséder des propriétés de clarté, c'est-à-dire qu'il doit être bien défini et sans ambiguïtés. Il doit être précis et sélectif. Il doit permettre de renseigner régulièrement, pour une comparaison dans le temps, entre les moyens et les territoires. Enfin, ses sources doivent être connues et vérifiables.

- Prise en compte de ces notions dans notre sujet :

Notre étude tente de proposer un tableau de bord permettant un état des lieux quantitatifs et qualitatifs :

- ⇒ de l'utilisation des substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues illicites) et des conduites des consommateurs ;
- ⇒ des dispositifs de prévention des conduites addictives ;
- ⇒ des besoins et de l'offre de soins.

Cela passe par des indicateurs variés dans des champs différents, ceux de l'usage, de la prévention, des besoins et réponses sanitaires. Ces indicateurs prennent en compte les consommations, les problèmes de santé liés aux conduites, les ressources (offres de soins), et apprécient les impacts et les résultats en terme de santé publique.

Les indicateurs de consommations :

Le champ de la consommation est soumis en partie à des déterminants⁶ sociaux et culturels. Par exemple, il est mis en évidence « *que les mauvaises habitudes (les conduites addictives) connaissent un gradient en fonction des statut socio-économiques* »⁷, « *les sous-emplois fument deux fois plus que la population générale...Les jeunes en difficulté fument beaucoup plus que les jeunes scolarisés (50% contre 30%) mais sans différence significative pour l'alcool et les drogues illicites.* » Le risque de stigmatisation, l'intérêt partiel en terme d'analyse de ces déterminants, posent la question de leur intégration comme indicateurs.

D'autre part, la triple notion d'usage normal, d'usage nocif et de dépendance, à travers des produits différents ou croisés complexifie encore cette interrogation.

Les indicateurs d'état de santé :

Ils sont mieux connus, plus précis, plus fréquents, plus sûrs et donc utilisables, en organisant leurs saisies, par exemple :

- * les indicateurs de morbidité établis à partir des pathologies traitées dans les établissements rassemblés dans le PMSI,
- * les indicateurs de mortalité, l'INSERM recueille toutes les causes de mortalité.

Toutefois s'ils font un état de la situation de fond ils ont peu de valeur pour apprécier l'évolution des comportements. Le champ de la santé est également soumis à un ensemble de déterminants⁸. Certains comme l'accès aux soins et les comportements (de prise d'alcool, de tabac, de drogues illicites) sont eux même soumis à des déterminants sociaux.

⁶ Déterminant : Facteurs soient individuels, biologiques, sociaux, culturels ou encore environnementaux qui déterminent une conduite, ici de consommation.

⁷ In « *La progression de la précarité en France* », éditions ENSP, février 1998, p 75.

⁸ Déterminants de santé : Le patrimoine génétique, les comportements, l'environnement, l'accès au soins.

Les indicateurs d'offre de soins :

Il sont nombreux, et ces indicateurs souffrent d'émaner de sources diverses, d'être dispersés, et donc, d'être peu comparés (les données issues des rapports d'activités par exemple). Chaque structure d'aide et de soins produit un bilan d'activité suivant des modalités qui lui sont propres et à des fins diverses. Il n'y a pas d'harmonisation puisque ces recueils ne sont pas centralisés par une seule institution.

Les indicateurs d'impact et d'efficacité :

Ces indicateurs mesurent les résultats des politiques publiques. On peut se demander s'ils existent vraiment, en particulier dans le domaine préventif. L'interaction des déterminants (par exemple le vieillissement de la population, la baisse ou la hausse du chômage, les migrations infra-régionales) et des politiques menées dans d'autres champs (par exemple la politique de la ville) complique leur construction et leur pertinence.

Afin d'élaborer un tableau de bord lisible, réaliste et utilisable, nous avons tenté de surmonter, à l'aide des informations recueillies auprès des personnes rencontrées et des ouvrages que nous avons consultés, ces diverses difficultés liées :

- aux divers champs de l'analyse ;
- à la nécessité d'un niveau local d'indications (pays, secteur sanitaire, département) ;
- à la notion même de conduites addictives, puisque l'on dispose surtout de données de consommation par produits ;
- aux sources de données variées et dispersées.

2.2 Proposition d'un tableau de bord

2.2.1 L'explication de la démarche

Le point de départ de notre démarche a été d'essayer de répondre aux besoins :

- exprimés par les principaux acteurs identifiés par le groupe (les quatre chefs de projet départementaux, le coordonnateur régional, mais aussi la DGS, l'ORS et les deux CIRDD) ;
- soulignés dans les divers documents dont le groupe a pris connaissance (le PRS Lorraine de lutte contre la dépendance aux produits 1998-2004 par exemple, à titre d'élément comparatif) ;
- identifiés par chacun d'entre nous, au regard de notre propre expérience personnelle.

Pour lister les thèmes de ce tableau, l'approche utilisateur (besoins) a été privilégiée à celle de fournisseurs (faisabilité), la faisabilité des indicateurs n'ayant été envisagée que dans un second temps. Dans cette optique, il nous est apparu nécessaire que le tableau de bord des conduites addictives en Bretagne permette :

- de suivre les conséquences sanitaires et sociales des conduites addictives sur la population ;
- de connaître et d'évaluer l'efficacité des actions de prévention et de soins ;
- d'identifier les tendances, voire les phénomènes nouveaux.

Dès lors, notre tableau de bord comporte trois parties qui s'attachent à répondre à ces trois objectifs. Chacune de ces trois parties doit pouvoir être utilisée de manière autonome, ce qui implique que chacune d'elle comporte tous les indicateurs nécessaires pour rendre compte du thème traité de la manière la plus exhaustive possible. Par conséquent, il n'est pas à exclure qu'un même indicateur figure dans plusieurs parties.

2.2.2 Le tableau de bord

2.2.2.1 Première partie : LES CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DES ADDICTIONS

▪ Mortalité

Indicateur	définition	Source	Niveau géographique	périodicité	Commentaires
ICM / cirrhose du foie		INSEE - INSERM	département	annuelle	<u>Limite</u> : toutes les cirrhoses ne sont pas d'origine alcoolique
ICM / psychose alcoolique alcoolisme		INSEE - INSERM	Département	annuelle	
ICM / cancer des VADS	VADS = voies aéro digestives supérieures	INSEE - INSERM	Département	annuelle	<u>A noter</u> : tabac et alcool sont co-facteurs
Nombre de décès liés à l'alcool	Nombre brut, annuel de décès par sexe	INSERM	Département	annuelle	Permet de visualiser les évolutions dans le temps
Part des décès lié à l'alcool dans la mortalité	% des décès lié à l'alcool rapporté à l'ensemble des causes de décès par tranche d'âge	INSERM	Département	annuelle	Permet de comparer les départements entre eux
ICM / cancer de la trachée, des bronches et du poumon		INSEE - INSERM	Département	annuelle	
Nombre de décès liés au tabac	= cancers de la trachée, bronches, poumon ; bronchites chroniques, maladies pulmonaires obstructives ; cardiopathies ischémiques	INSERM	Département	annuelle	La consommation de tabac si elle est un déterminant majeur n'est pas l'unique origine de la maladie en particulier pour les bronchites chroniques
% des décès liés au tabac dans la mortalité		INSERM	Département	annuelle	Permet de comparer les départements entre eux
Décès par surdose		OCRTIS	Département	annuelle	Non exhaustif, indicateur de tendance

Cette partie est consacrée à l'état des lieux réel des conséquences des conduites addictives sur la santé de la population et les « nuisances sociales » qu'elles occasionnent. Il s'agit ici de trouver des indicateurs permettant de quantifier l'importance d'un problème, de pouvoir suivre son évolution et d'observer les conséquences des conduites addictives (mortalité, morbidité, « nuisances sociales »), sans s'attarder sur les causes (la consommation de substances). Tous ces indicateurs de mortalité sont accessibles sur la base de données SCORE-Santé.

▪ **Morbidité**

Le tableau suivant peut se décliner pour chacune des pathologies liées aux conduites addictives : tumeur de la trachée, des bronches et du poumon, intoxication aiguë due à l'alcool, alcoolisme chronique, troubles dû à l'alcool, cirrhose et maladies chroniques du foie. Ces Indicateurs sont disponibles sur la base SCORE-Santé.

Indicateur	définition	source	Niveau géographique	Périodicité	commentaires
Nombres de séjours sur le nombre de résidents par tranches d'âge	Morbidité par taux de recours	DREES (PMSI)	Département	Annuelle	Permet de mesurer le poids de la pathologie sur la morbidité générale

▪ **Indicateurs de suivi des comportements sociaux**

Indicateur	Définition	Source	Niveau géographique	Périodicité	Commentaires
Nombre de plaintes déposés pour violence causée par l'alcool		Police Gendarmerie			Indicateur non repéré, à rechercher dans le rapport d'activité des services de police
Nombre de personnes qui se présentent au CIDF pour une aide suite à des violences conjugales		CIDF			Indicateur non repéré, à rechercher dans le rapport d'activité des CIDF
Nombre de dépistages positifs à l'alcool		ONISR			Peut être influencé par les orientations politiques en matière de répression
Nombre de dépistages positifs à l'alcool suite à un accident mortel		ONISR			Peut être influencé par les orientations politiques en matière de répression
Nombre de dépistages positifs aux produits illicites suite à un accident mortel		Police Gendarmerie			Dispositif mis en place depuis le 1 ^{er} octobre 2001.
Nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants		OCRTIS	Département	annuelle	Peut être influencé par les orientations politiques en matière de répression

Pour ces indicateurs, le niveau de déclinaison géographique et la périodicité de mise à jour doivent être étudiés. Le niveau départemental et une périodicité annuelle semblent souhaitables.

2.2.2.2 Deuxième partie : LES ACTIONS MENEES ET LES REPONSES APORTEES

Nous avons travaillé à l'élaboration d'indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité des actions menées.

- Champ de la prise en charge

Le tableau suivant concerne toutes les structures d'aide et de soins qui interviennent dans la lutte contre les conduites addictives (cf. annexe 5, carte des « structures de prise en charge : Alcool, Toxicomanie, Tabac en Bretagne en janvier 2001 »).

Inventaire :

indicateur	Définition	source	Niveau géographique	périodicité	commentaires
File active	Nombre de personnes vues au moins une fois dans l'année	Rapports d'activités	Département	annuelle	Voir détails §2.3
Nombre de nouveaux consultants		Rapports d'activités	Département	annuelle	Voir détails §2.3
Répartition des personnes par âge et par produit consommé		Rapports d'activités	Département	annuelle	Voir détails §2.3
Origine de la prise en charge	Par qui la personne est adressée dans la structure	Rapports d'activités	Département	annuelle	Voir détails §2.3

Efficacité :

Indicateur	définition	source	Niveau géographique	périodicité	commentaires
Nombre de demandes de prises en charge répétées	Mesure de l'évolution des comportements de consommation des personnes suivies	Données locales des structures			
Quantité de produits de substitution et de matériel d'injection distribuée	Voir détails § 2.3	idem	idem	Idem	Mesure de réduction des risques
Nombre de personnes non prises en charge	Mesure des propositions d'aide non suivies d'effet	Données locales des structures			Voir expérimentation rennaise des équipes de liaison d'addictions

- **Champ de la prévention :**

Indicateur	définition	source	Niveau géographique	périodicité	commentaires
Nombre d'actions en milieu scolaire	Actions de prévention dans les établissements	Etablissements scolaires			Permet de connaître le ressenti d'un problème. Sensibilisation d'un public cible.
Nombre d'actions lors d'évènements festifs	Actions de prévention lors de rassemblements (festivals, raves)	Associations			Réductions des risques. Rôle de vigilance sur les produits.
Nombre de professionnels de santé ayant suivi une formation	Mesure de la formation des professionnels par rapport à la lutte contre les addictions	Organismes de formation professionnelle continue			Multiplicité des organismes de formation pouvant rendre difficile la collecte d'informations.
Nombre d'appels téléphoniques et/ou de consultations pour écoute		Structures d'accueils adaptées			Permet de mesurer la demande en information

2.2.2.3 Troisième partie : L'IDENTIFICATION DES TENDANCES

L'intérêt de cette famille d'indicateurs est de permettre une meilleure réactivité par rapport aux nouveaux phénomènes. Ces indicateurs doivent d'une part, permettre d'assurer une veille sur les consommations et les comportements et, d'autre part, de faire remonter les informations susceptibles de faire émerger de nouvelles pratiques en matière de prévention et de soins.

indicateur	définition	Source	Niveau géographique	périodicité	commentaires
Vente de tabac	Nombres de cigarettes vendues par département	Centre de documentation et d'information sur le tabac	Département	Annuelle	Fiabilité moyenne :sujet aux attractivités ponctuelles de population.
% de fumeurs par âge et par sexe	Consommation déclarée dans les centres d'examen de santé	CETAF Enquêtes	Département	Annuelle	Non exhaustif, s'appuie sur une consommation déclarée
% de buveurs par âge et par sexe	Consommation déclarée dans les centres d'examen de santé	CETAF Enquêtes	Département	Annuelle	Non exhaustif, s'appuie sur une consommation déclarée (consommation souvent minimisée)
% de consommateurs de produits illicites par âge et par sexe	Consommation déclarée	ESCAPAD Enquêtes	Région	Annuelle	Instrument de vigilance, un des rares concernant les produits illicites
Nombre de personnes sous traitement de substitution	Personnes traitées par méthadone et subutex	Centres et médecins agréés pour délivrer de la méthadone	Département ?	Annuelle ?	Pas un indicateur direct de consommation

Les indicateurs retenus devront être renseignés fréquemment (périodicité inférieure ou égale à un an). Doivent également figurer dans ce tableau les indicateurs de suivi des comportements sociaux.

Il nous est apparu difficile de produire des indicateurs fiables caractérisant les consommations individuelles. Des enquêtes sur l'âge d'entrée dans la consommation, la fréquence de celle-ci, ainsi que sur les produits consommés permettraient de mieux les appréhender. Certains indicateurs indirects peuvent cependant être utiles, notamment dans le cadre de la sécurité routière, le nombre de dépistages positifs à l'alcool ou aux produits illicites au volant par exemple.

2.3 Détails de quelques indicateurs

La construction du tableau de bord nécessite d'avoir à sa disposition tout un panel d'indicateurs qu'ils soient d'ordre épidémiologiques, sociaux, financiers... Si certains indicateurs généraux comme ceux de mortalité ou de morbidité sont connus et disponibles (cf. la base de données SCORE-Santé), d'autres indicateurs sont à mettre en place. A ce stade de notre travail, il nous est apparu essentiel de ne sélectionner que quelques indicateurs, en vue de mieux les analyser : sources, modalités de recueil, portées et limites. Nous avons choisi de traiter les indicateurs suivants, issus des trois parties du tableau de bord :

- prise en charge : file active, nombre de nouveaux consultants, personnes prises en charge par âge et par produit, origine de la prise en charge ;
- quantité de produits de substitution et de matériels d'injection distribuée ;
- nombre de personnes non prises en charge ;
- nombre d'appels téléphoniques et de consultations pour écoute ;
- pourcentage de fumeurs et de buveurs par âge et par sexe ;
- pourcentage de femmes qui demandent de l'aide aux CIDF, suite à des violences conjugales.

2.3.1 Les indicateurs de prise en charge

Ces indicateurs sont à tirer des rapports d'activité des structures concernés (CSST, CCAA, unités d'alcoologie, consultations de sevrage tabagique...). Le champ du recueil d'information est très large, il faut donc le délimiter par produits ou par structures. Les objectifs sont :

- l'amélioration de la connaissance du dispositif de prise en charge ;
- l'amélioration de la connaissance des personnes prises en charge;
- l'amélioration de la connaissance des produits consommés et des caractéristiques de consommation.

Les rapports d'activité de ces structures sont recueillis par la DDASS qui les valide. Une synthèse au niveau départemental peut donc être ici envisagée, ce qui permettrait aux CIRDD de dégager trois types d'information :

- la personne prise en charge (age, sexe, ressources...);
- la consommation (produits consommés, mode de consommation);
- la prise en charge (origine de la demande, file active ...).

De tels indicateurs doivent permettre de faire un état des lieux de la prise en charge sur un territoire donné, mais également de comparer les structures entre elles (aide à l'allocation de ressources). Cependant, il est à noter que si les données épidémiologiques ou sociales sont facilement accessibles, il est plus difficile d'obtenir les données financières (cf. la synthèse des rapports d'activité des CSST de l'année 1998 réalisée par la DGS en date du 28 septembre 2001).

2.3.2 Quantité de produits de substitution et de matériels d'injection distribuée

Il s'agit d'un indicateur qui permet d'apprécier la politique de réduction des risques en terme :

- de niveau de mise en œuvre ;
- d'appréciation de la diffusion des outils de réduction des risques par rapport aux situations locales ;
- de mesure de l'impact de l'accessibilité.

Les sources d'information utilisées pour cet indicateur sont :

- la base de données SIAMOIS de l'InVS. Celle-ci, nous l'avons vu, est constituée des données recueillies par le GERS. Ce dernier recense les données de ventes (et non pas de consommation) auprès des pharmacies de ville. Les données nationales sont divisées en Unités Géographiques, UG, correspondant plus ou moins à un bassin d'emploi. Une même UG peut être à cheval sur deux départements. Les données sont recensées mensuellement avec un retard de 1,5 mois.
- les rapports d'activités des CSST ayant des centres méthadone ;
- les rapports d'activité des associations impliquées dans la délivrance ou l'échange de seringues et de kits d'injection.

Les produits suivis sont les suivants :

- Le Subutex (*buprénorphine*) : un médicament uniquement utilisé pour la substitution. Il est disponible sur prescription, exclusivement en pharmacie.
- La méthadone : un produit de substitution disponible à la fois en pharmacie de ville et dans les centres méthadone. Le système SIAMOIS ne recense pas les achats de méthadone par les centres méthadone eux-mêmes.

- Néocodion (à base de *codéine*) : un antitussif, d'usage détourné, disponible uniquement en pharmacie et sans prescription. Selon une enquête du fabricant, 98 % des ventes de Néocodion seraient utilisées pour un usage « *d'auto substitution* »⁹.
- Les seringues et les kits de matériels d'injection : ils sont distribués par les pharmacies et par certaines associations. Le système SIAMOIS ne recense pas les ventes de ces associations. Selon l'administrateur du système, au plan national, c'est 10 à 25 % des seringues et kits vendus qui seraient distribués par les associations. Toutefois, ce pourcentage n'est qu'une moyenne nationale. Ainsi par exemple, l'association AIDES Brest a déclaré distribuer plus de seringues à Brest, que ne l'ont fait l'ensemble des pharmacies de cette ville.

	Subutex°	Méthadone	Néocodion°	Seringues	kit d'injection
Ille et Vilaine	SIAMOIS	SIAMOIS + centres méthadone Rennes	SIAMOIS	SIAMOIS + AIDES Rennes + AATPF	SIAMOIS + AIDES Rennes + AATPF
Côtes d'Armor	SIAMOIS	SIAMOIS	SIAMOIS	SIAMOIS + AIDES St Brieuc	SIAMOIS + AIDES St Brieuc
Finistère	SIAMOIS	SIAMOIS + centres méthadone Brest	SIAMOIS	SIAMOIS + AIDES Brest + ADI ²	SIAMOIS + AIDES Brest + ADI ²
Morbihan	SIAMOIS	SIAMOIS ¹	SIAMOIS	SIAMOIS ¹	SIAMOIS ¹

1- Le CSST de Lorient envisage de constituer début 2002 un service de dispensation de méthadone et d'échange de seringues. Ces données pourront alors être prises en compte.

2- ADI = Accueil Drogue Information, association liée au CSST.

2.3.3 Le nombre de personnes non prises en charge

Un travail expérimental réalisé par les équipes de liaison addictions et les équipes d'urgence des centres hospitaliers d'Ille et Vilaine, auquel ont participé les autres départements bretons au travers de l'association COSRA (Association de Coordination des Soins pour la Recherche en Alcoologie) permet d'estimer non seulement l'impact d'une information préventive, mais aussi le nombre des personnes non prises en charge.

Il s'agissait sur une période limitée de :

⁹ Source : Julien Emmanuelli, « Contribution à l'évaluation de la politique de risques SIAMOIS. Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 ». Tome 1, Les Grandes tendances, Institut de Veille Sanitaire, 2000, 55 pages.

- former les équipes des services d'urgence.
- formuler un questionnaire systématique composé de quatre questions cibles permettant de repérer un problème lié à l'alcool auprès de toutes les personnes vues en consultation.
- sensibiliser les personnes repérées comme ayant un problème avec l'alcool et leur proposer un suivi dans un CCAA ou auprès de leur médecin généraliste.

Six mois après cette sensibilisation, un courrier était adressé à chaque personne rencontrée afin de connaître la suite qu'elle avait donnée à la prescription. Intéressant, ce type d'action ne permet pas aujourd'hui d'assurer un suivi pertinent dans le temps du besoin réel.

2.3.4 Le nombre d'appels téléphoniques et de consultations pour écoute

Le Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes rennais reçoit des appels multiples, à la fois pour information, conseils et appui de personnes rencontrant pour elles-mêmes ou pour des proches des difficultés relatives à la consommation de produits psychoactifs. Une antenne spécifique a été mise en place, elle assure une écoute, voire un accueil, dans le respect de l'anonymat. La comptabilisation des appels de façon annuelle permet de mesurer le poids du phénomène latent.

Les données sont disponibles auprès du chef de projet départemental, via les rapports d'activité. Il est à noter, aujourd'hui, l'impossibilité de corréler cet indicateur avec les orientations proposées et de mieux cibler la population concernée par une action de prévention.

2.3.5 Pourcentage de fumeurs et de buveurs par âge et par sexe

Ces données sont disponibles dans chaque CES. Les données sont déclinées par âge, sexe et territoire (département, ville). De plus, elles sont centralisées au plan national par le CETAF, ce qui favorise leur fiabilité et permet leur comparaison. Les objectifs consistent à affiner la perception de l'importance de ce problème de santé publique et la connaissance des populations concernées. Les données concernent un échantillon limité de population, pas toujours représentatif. Cependant, elles viennent renforcer les indicateurs d'état de santé de la population générale.

2.3.6 Pourcentage de femmes qui demandent de l'aide aux CIDF, suite à des violences conjugales

Les CIDF enregistrent leurs activités de conseil et d'appui aux femmes par « nature » de demandes d'aide :

- le CIDF de Rennes (département 35) retient l'item : « vie relationnelle » qui englobe pour l'essentiel les demandes d'aide liées à un problème de santé (le plus souvent de conduites addictives : consommation nocive d'alcool, de drogue) et celles liées à un problème de violence conjugale.

- le CIDF de Lorient (département 56) décline les deux items séparément.

De telles données sont disponibles dans les rapports d'activité des centres et auprès de la délégation départementale et régionale aux droits des femmes. Cependant elles ne sont pas retenues comme indicateur au plan régional, parce qu'elles ne peuvent être le reflet parfait de la réalité. Le Secrétariat d'Etat aux droits des femmes diligente une étude nationale dite « ENVESS », qui sera finalisée avant la fin 2001. Elle vise notamment à caractériser et à mesurer les violences conjugales.

Il convient de noter que les femmes victimes de violences conjugales s'adressent non seulement aux CIDF, mais aussi aux services de police et à leur médecin. Les services de police enregistrent l'ensemble des plaintes. Enregistrées aussi par le parquet, celles-ci sont alors codifiées par nature d'affaire. Ces informations sont transmises au centre d'exploitation statistiques du Ministère de la Justice de Nantes. Les données disponibles sont déclinées par âge, avec une répartition majeur/mineur.

CONCLUSION

Notre groupe a construit un tableau de bord qui tente d'améliorer le suivi des conduites addictives en région Bretagne. Une étude et une réflexion approfondie sur l'organisation du système de lutte contre les conduites addictives au niveau national, régional et départemental, nous a été nécessaire, afin de cerner toute la complexité des systèmes mis en place.

L'expérience propre à chacun d'entre nous lors de la construction d'indicateurs nous a éclairés sur les limites de leur faisabilité. Les multiples sources, les recueils de données non standardisés et les divergences d'intérêt des acteurs amenés à utiliser ces indicateurs sont autant de facteurs qui rendent délicate la construction de tels outils.

La pluralité des acteurs engagés dans la lutte contre les conduites addictives exige une dynamique et une synergie d'ores et déjà engagées, dont les préalables (consensus autour d'une culture commune à partir d'une approche globale, et non plus d'une approche produit notamment) sont posés malgré des freins historiques et culturels.

Une telle dynamique apparaît nécessaire, dès lors qu'en fine, un tableau de bord doit pouvoir objectiver au mieux le ressenti des acteurs sur le terrain, afin de permettre une politique de santé publique cohérente et adaptée aux besoins des populations.

En effet, un tableau de bord est à la fois le fruit d'une volonté d'harmonisation, de concordance sur des besoins et des aspirations et, lorsqu'il devient opératoire, générateur de grandes opportunités de coordinations, voire de « rassembleur » d'un milieu aux structures disparates.

Cependant, toute formalisation de la réalité humaine se heurte à sa complexité et à son caractère unique ; dès lors, il nous semble que l'expérience et le « ressenti » des professionnels seront toujours des éléments à prendre en compte, au-delà de la meilleure objectivation possible.

Annexe 1

CALENDRIER DES RENCONTRES ET ENTRETIENS
--

➤ Mercredi 26 septembre :

Monsieur Alain TREHONNY , Directeur de l'ORS de Bretagne

➤ Vendredi 28 septembre :

DGS – Sous direction de la santé et de la société SD6B

Bureau des pratiques addictives

- Madame Marjorie SOUFFLET : chef de projet
- Madame Elisabeth SEVENIER : IASS

L'OFDT

- Monsieur Christophe PALLE, responsable des « indicateurs »

➤ Lundi 1^{er} octobre :

- Monsieur Alain MEVEL, Chef de projet départemental MILDT du Finistère – MISP DDASS de Quimper
- Monsieur DUROUCHOUX, CIRDD du Finistère et Morbihan UBO Brest
- Madame Françoise QUITTANCON, Chef de projet départemental MILDT des Côtes d'Armor - MISP DDASS de Saint Brieuc

➤ Mardi 2 octobre :

- Madame Christine BRUNET, Chef de projet départemental MILDT d'Ille et Vilaine - MISP DDASS de Rennes
- Madame Dominique DEUGNIER, Coordonnateur régional MILDT MISP DRASS de Bretagne

➤ Mardi 8 octobre :

- Madame Marie-Pierre BRIAND, CIRDD Ille et Vilaine et Côtes d'Armor

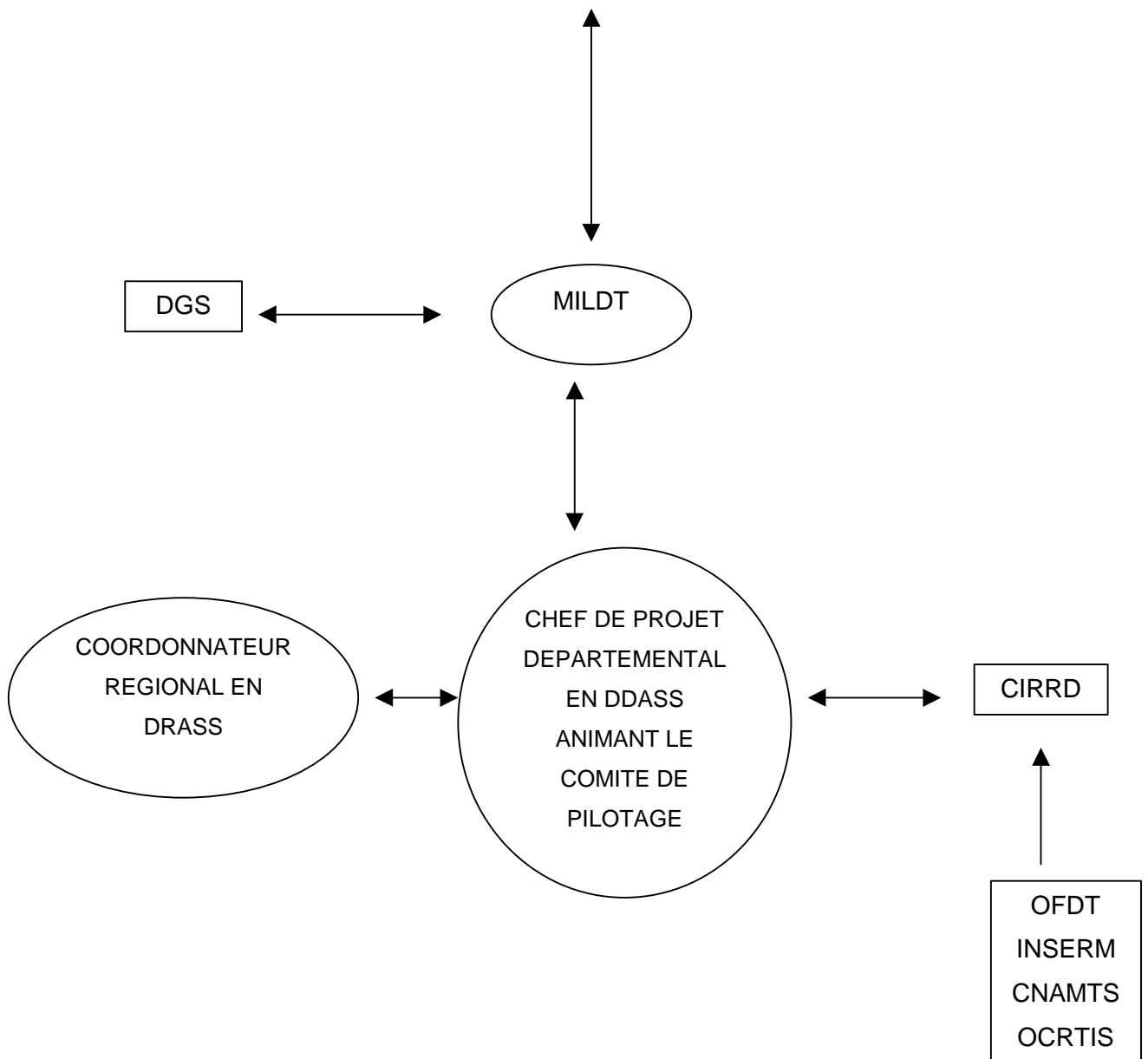
➤ Mercredi 10 octobre :

- Monsieur BOUCHARD, médecin responsable du CES
Centre d'Examen de Santé de RENNES
- Madame MILAN, chargée d'étude au centre d'exploitation statistiques de Nantes –
Ministère de la Justice
- Madame TIMBART, Responsable de la Direction de l'Etude et Documentation du Ministère
de la Justice (pénal)

Annexe 2

Organigramme de la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), porté par la MILDT, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (échelon national, régional, départemental).

COMITE INTERMINISTERIEL DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES



Annexe 3

Glossaire

La politique française de lutte contre la drogue s'est orientée vers une nouvelle approche qui s'applique à prévenir et à traiter l'ensemble des usages des produits psychoactifs quel qu'en soit le statut juridique. Cette approche, tout en reconnaissant les spécificités médicales et sociales de chaque produit, accorde une priorité à la notion d'usage plutôt qu'à celle de produit.

● Qu'est-ce qu'une drogue ou un produit psychoactif ?

Les définitions des dictionnaires actuels font référence au caractère toxique des drogues (« *substances toxiques, stupéfiants* » selon le Grand Robert) et à la dépendance qu'elles engendrent (« *substance psychotrope naturelle ou synthétique, qui conduit au désir de consommer pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle procure* » selon le Grand Larousse Universel). On retrouve les mêmes éléments de définition dans les ouvrages plus spécialisés. Ainsi, le dictionnaire des drogues, des toxicomanies et de la dépendance¹⁰ définit la drogue comme « *une substance psychoactive prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance* ».

Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne...sont tous des produits psychoactifs qui agissent sur le cerveau :

- ils modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne ; leur usage peut en outre engendrer une dépendance.
- ils provoquent des effets somatiques (sur le corps) d'une grande diversité selon les propriétés de chacun, leurs effets et leur nocivité.

Que l'usage de ces produits soit interdit ou réglementé, on emploie aujourd'hui le terme de produits psychoactifs.

¹⁰ Richard (D.), Senon (J.L.), « *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et de la dépendance* », Larousse, 1999.

Toutes ces substances disposent d'un cadre légal :

Le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ne sont des substances illicites :

Le code pénal en interdit et en réprime la production, la détention et la vente, conformément aux conventions internationales ; leur usage est également interdit et sanctionné.

Les médicaments psychotropes¹¹ (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques) sont des produits licites :

Ils sont prescrits par un médecin pour traiter des états d'anxiété, de troubles du sommeil, de dépression ; leur production et leur usage sont strictement contrôlés. Cependant, leur détournement et l'automédication sont fréquents.

L'alcool, le tabac sont des produits licites :

Ils sont consommés librement ; leur vente est autorisée et contrôlée et leur usage réglementé.

● **Comment distingue-t-on les différents usages ?**

Que le produit soit licite ou illicite, la communauté scientifique internationale distingue trois types de comportements de consommation. Ces derniers reposent sur les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Association américaine de psychiatrie.

- **l'usage** :

L'usage est une consommation de produits psychoactifs qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres.

- **l'usage nocif (ou abus)** :

L'usage nocif ou usage à problème est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.

On parle d'usage nocif ou à problème lorsque l'on peut constater :

- l'utilisation d'une substance dans des situations où cela peut devenir dangereux (perte de vigilance par exemple en conduisant)
- des infractions répétées, liées à l'usage d'une substance (violences commises sous l'effet d'un produit, accidents divers sous l'effet d'un produit...)
- des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie quotidienne, professionnelle...

¹¹ L'expression « médicaments psychotropes » est régulièrement utilisée en référence au rapport de mission du Pr. Zarifian : Edouard Zarifian, « *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France* », Odile Jacob, Paris, 1996.

- **la dépendance** :

Brutale ou progressive selon les produits, la dépendance est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. La vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit : on est pharmacodépendant. On distingue la *dépendance psychique* (la privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression), de la *dépendance physique* (l'organisme réclame le produit à travers des symptômes physiques qui traduisent un état de manque).

A noter :

Ces définitions, élaborées dans une perspective clinique, posent problèmes sur certains plans. Ainsi, certains usages dangereux mais ponctuels ne sont pas pris en compte sous le concept d'abus. De même, la définition de la dépendance peut être largement discutée.

● **Q'est-ce que la polyconsommation ?**

Parfois, les comportements d'usage se compliquent lorsque la même personne consomme plusieurs produits. La consommation d'un produit entraîne souvent des consommations associées :

- alcool et cigarettes
- cannabis, tabac et alcool
- ecstasy et médicaments psychoactifs...

Il existe deux cas de polyconsommation :

- *La personne fait un usage régulier de plusieurs produits :*
Exemple : tabac + alcool + anxiolytiques plusieurs fois par semaine.
- *La personne associe plusieurs produits à la fois dans un même moment :*
Exemple : cannabis + alcool + tabac dans la même soirée.

Dans les deux cas, on parle de polyconsommation. Les dangers sont souvent méconnus. Conjugués, les effets des produits peuvent être amplifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé.

Sources :

"*Drogues, savoir plus risquer moins*", Drogues et dépendances: Le livre d'information, ce qu'il faut savoir - Documentation Française, juillet 2000.

« *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances* », OFDT, 1999.

PRÉFECTURE DU FINISTÈRE



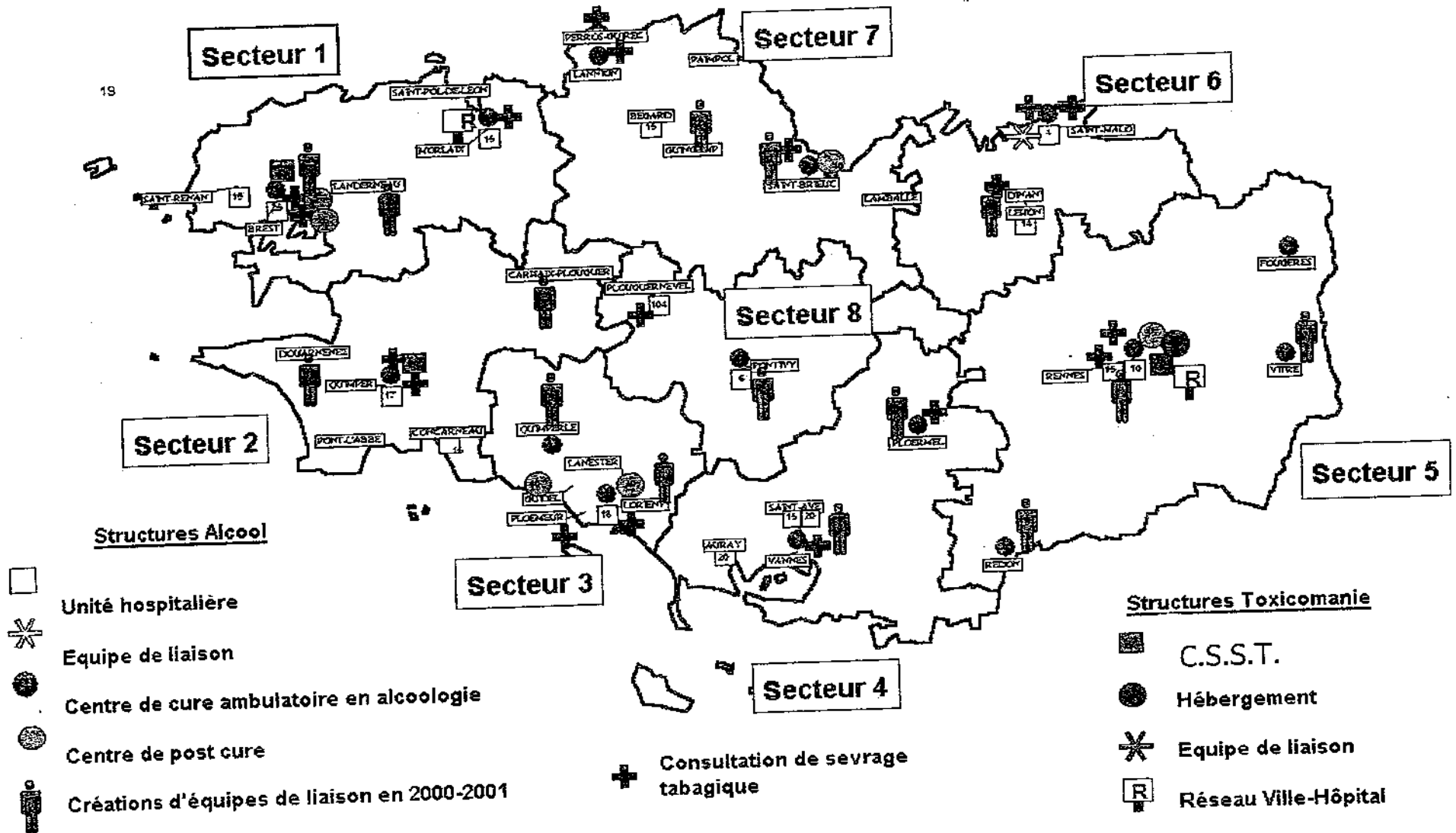
MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

COMITE DE PILOTAGE DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE LA PREVENTION DES DEPENDANCES

- Monsieur le Préfet du Finistère ou son représentant
- Monsieur le Sous-Préfet de Brest ou son représentant
- Monsieur le Sous-Préfet de Châteaulin ou son représentant
- Monsieur le Sous-Préfet de Morlaix ou son représentant
- Monsieur le Procureur de la République de Brest ou son représentant
- Monsieur le Procureur de la République de Quimper ou son représentant
- Monsieur le Procureur de la République de Morlaix ou son représentant
- Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Brest ou son représentant
- Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Quimper ou son représentant
- Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Morlaix ou son représentant
- Monsieur le Directeur Départemental de la Sécurité Publique du Finistère ou son représentant
- Monsieur le Commandant du Groupement de Gendarmerie du Finistère ou son représentant
- Monsieur le Directeur Régional des Douanes de Bretagne ou son représentant
- Monsieur le Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports du Finistère ou son représentant
- Monsieur l'Inspecteur d'Académie du Finistère ou son représentant
- Monsieur le Directeur Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou son représentant
- Monsieur le Directeur Départemental de l'Équipement du Finistère, à l'attention de Monsieur le Chef de Projet chargé de la Politique de la Ville
- Monsieur le Directeur du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- Monsieur le Directeur de la Maison d'Arrêt de Brest

Structures de prise en charge : Alcool, Toxicomanie, Tabac



Annexe 6

LEXIQUE

ALD : Affections de Longue Durée
APPRE : Actions et Programmes de Prévention-Recensement
AATPF : Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation
CAST : Centre d'Accueil et de soins pour Toxicomanes
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire et d'Alcoologie (anciennement CHAA)
CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé
CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé
CIDF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes
CIRDD : Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODES : Comité Départemental d'Éducation à la Santé
CPDDD : Chefs de Projet Départementaux sur la Drogue et les Dépendances
CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DOM : Département d'Outre-Mer
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Comportements Appel Préparation à la Défense
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
GERS : société de service qui dispose des ventes mensuelles aux officine par les grossistes
ICM : Indice Comparatif de Mortalité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire (national)
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OCRTIS : Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONISR : Observatoire National Interministeriel de la Sécurité Routière

ORS : Observatoire Régional de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Programme Régional de Santé

SIAMOIS : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection
Stérile

Stéribox° : kit de prévention pour injection

Subutex° : traitement de substitution (*buprénorphine*)

TOM : Territoire d'Outre-Mer

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

Annexe 7

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITES INTERNET

Références bibliographiques :

Livrets de connaissance de la MILDT

Rapport d'activité 2000 de l'OFDT

« *Les Pratiques addictives – Abus et dépendance aux substances psychoactives* »

DGS - Rapport Michel REYNAUD, Philippe-Jean PARQUET et Gilbert LAGRUE

Programme Régional de Santé de la Lorraine - DRASS

« *Luttes contre les dépendances aux produits 1998-2004* »

Eliane GUILLAUME et Thierry DOUMERGUE

« *Tendances récentes* » rapport TREND

OFDT - Pierre yves BELLO, Abdalla TOUFIK, Michel GANDILHON.

« *Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites* »

Article de Philippe FENOGLIO, Véronique PAREL et Pierre KOPP dans « Actualité et dossier en santé publique » n°12-2000

Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité du Matériel Officiel d'Injection et de Substitution)

Julien EMMANUELLI, Institut de Veille sanitaire.

Dossier documentaire remis à la Conférence Régionale de Santé de Bretagne du 20 février 2001.

« *Tabac, drogue, alcool, précarité, cancer, suicide, santé environnement* » Bilan des ateliers préparatoires. DRASS de Bretagne.

PRS Alcool 1997-2002 « *Face aux alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent* ».

DRASS de Bretagne 1998.

ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2001

Sites internet :

<http://www.drogues.gouv.fr>, site réalisé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, MILDT, en association avec le Comité français d'éducation pour la santé, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT, Drogues Alcool Tabac Info Service, le Réseau national d'information et de documentation Toxibase.

<http://www.cfes.sante.fr>, Comité français d'éducation pour la santé

<http://www.anaes.fr>, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

<http://www.invs.fr>, INstitut de Veille Sanitaire

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil>, Haut Comité de la Santé Publique

<http://www.fnors.org>, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080>, INSERM, service d'information sur les causes médicales de décès

<http://www.orsb.asso.fr>, Observatoire Régional de Santé de Bretagne