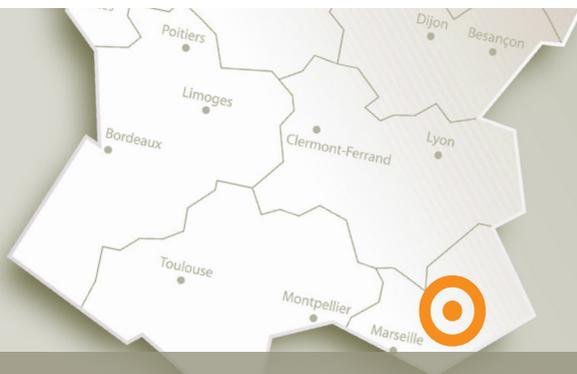


# Addictions en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

## Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale



Juillet 2019

### Coordination éditoriale

Marc-Antoine Douchet

### Contributeurs

Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou, Cristina Díaz-Gómez, Marc-Antoine Douchet, Michel Gandilhon, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle, Antoine Philippon, Caroline Protais

### Relecture

Ivana Obradovic, Julie-Émilie Adès

### Conception graphique

Frédérique Million

### Remerciements

Santé publique France pour les données issues du Baromètre santé, GERS/Siamois pour les ventes de traitements de substitution aux opiacés et de Stéribox® ; la DSNJ pour leur collaboration dans la mise en œuvre de l'enquête ESCAPAD ; les équipes et les usagers des CAARUD pour leur participation à l'étude ENa-CAARUD ; les équipes et les consultants des CJC pour leur participation à l'étude CJC ; l'ONISR pour les données d'accidentalité ; les CSAPA, les CAARUD, les ARS et la DGS pour leur participation au recueil des données des rapports d'activité ; l'INSERM-CépiDC pour les données de mortalité ; la DGGN et la DGPN pour les interpellations pour ivresse publique ; la DGDDI pour les ventes de tabac et l'OCRTIS pour les interpellations pour usage de produits illicites ; Ewen Abgrall et Alex Brissot pour leur appui dans la réalisation de la cartographie ; Isabelle Michot pour le référencement des sources ; Claire Duport pour ses observations.

# SOMMAIRE

---

<b>Synthèse</b>	<b>5</b>
Des espaces de consommation différenciés	5
Des spécificités régionales d'usages	6
Une offre de prise en charge concentrée sur le littoral méditerranéen	7
<b>Introduction</b>	<b>8</b>
<b>Tendances régionales en matière de consommations et de prises en charge des addictions</b>	<b>10</b>
Contexte territorial	10
Les usages et les usagers	11
<i>État des lieux et évolution des usages par produit</i>	12
<i>Caractéristiques des usagers</i>	26
Offre de produits psychoactifs et conséquences sociosanitaires des usages	37
<i>Indicateurs tabac</i>	37
<i>Indicateurs alcool</i>	39
<i>Indicateurs drogues illicites</i>	40
État des lieux de la prise en charge sanitaire et médicosociale	42
<i>Offre sanitaire et réseaux en addictologie</i>	42
<i>Offre médicosociale</i>	44
<b>Synthèses infrarégionales en matière de prise en charge des addictions</b>	<b>53</b>
Alpes de Haute-Provence	53
Hauts-Alpes	55
Alpes-Maritimes	57

Bouches-du-Rhône	59
Var	61
Vaucluse	63
<b>Annexes</b>	<b>65</b>
Références bibliographiques	66
Sigles	68

## SYNTHÈSE

---

Ce portrait de territoire vise à mieux appréhender les spécificités régionales en matière de consommations de produits psychoactifs, de conséquences socio-sanitaires et de prise en charge des conduites addictives par des structures médicosociales. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se caractérise notamment par des usages de cannabis supérieurs à la moyenne nationale, ainsi que par une pluralité de sous-espaces de consommation alors que l'offre médico-sociale de prise en charge se situe sur le littoral méditerranéen.

### Des espaces de consommation différenciés

La région PACA est marquée par de forts contrastes territoriaux (polarisés par aires urbaines, zones rurales, montagneuses...) influençant significativement le marché des substances licites ou illicites et les pratiques des usagers : usages saisonniers, en milieu professionnel, ruraux et/ou montagnoux (Hautes-Alpes, Alpes de Haute-Provence), au sein de la scène festive commerciale<sup>1</sup> le long du littoral, en zone urbaine ou dans les manifestations « alternatives » des arrière-pays ruraux.

Différents espaces de consommation peuvent ainsi être distingués :

- L'espace urbain<sup>2</sup>, qui comporte une part importante « d'usagers précaires » (se retrouvant notamment dans les files actives des CAARUD régionaux) ou semi-insérés, avec une spécificité de consommation liée au détournement de médicaments psychotropes.
- Les espaces festifs ou privés, dans lesquels évoluent des usagers insérés ou semi-insérés et des usages s'orientant notamment vers les stimulants et les hallucinogènes.

---

1. La scène festive commerciale s'oppose aux événements festifs organisés autour du courant électro alternatif de type free parties, non payants ou sur don volontaire dans un esprit communautaire.

2. Le terme espace urbain désigne, tel que défini dans le dispositif TREND, un espace social intégrant les abords des CAARUD et des CSAPA, les scènes ouvertes de vente ou de consommation de drogues, les lieux où se rassemblent les usagers, les squats etc., où sont particulièrement présents des usagers de drogues en difficulté et/ou socialement précaires.

- L'espace rural, avec à la fois des profils d'usagers urbains en exode rural (pour obtenir des logements moins coûteux, ou vivre en communauté alternative), des jeunes « nomades » et des jeunes « autochtones » qui se caractérisent par des niveaux d'usage élevés de cannabis.

## Des spécificités régionales d'usages

En matière de tabagisme, la population adulte se distingue de la moyenne nationale par des indicateurs de consommation notablement supérieurs (en 2017, 31 % des 18-75 ans étaient des fumeurs quotidiens, contre 27 % sur l'ensemble de la France métropolitaine). Corrélativement, les ventes de cigarettes dans le réseau buraliste, rapportées à la population, sont importantes en région PACA. Malgré ces indicateurs, la mortalité liée aux cancers des voies pulmonaires ne se détache pourtant pas de la moyenne nationale.

S'agissant de l'alcool, les jeunes de 17 ans se démarquent quasi-systématiquement des autres régions par des prévalences d'usage moins importantes ; tandis que les adultes de la région se différencient peu de la moyenne nationale (en dehors des niveaux d'usage quotidien, plus importants). Le nombre de patients en CSAPA, de consultants jeunes consommateurs et d'usagers CAARUD vus pour un problème d'alcool, apparaît également moins important que dans le reste de la France. En termes de conséquences des usages, la région PACA affiche logiquement un niveau de mortalité prématurée liée à l'alcool inférieur à la moyenne nationale.

Pour le cannabis, le niveau d'expérimentation à la fin de l'adolescence et chez les adultes est élevé. Pour ces derniers, on observe notamment des consommations nettement supérieures à la moyenne nationale et ce, quel que soit l'indicateur considéré (usage dans l'année, dans le mois, régulier ou quotidien). Cette tendance se traduit par une proportion plus importante de patients pour lesquels le cannabis est cité comme produit posant le plus de problèmes dans les CSAPA, mais également par une hausse du nombre de personnes citant le cannabis comme motif principal de consultation dans les CJC. Corrélativement, le nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) se situe à un niveau toujours supérieur à celui de la France entière depuis 2007, avec une part importante du cannabis en leur sein jusqu'en 2010<sup>3</sup>.

---

3. Année de fin du détail des ILS par produit dans les statistiques d'interpellations.

Enfin, s'agissant des autres produits illicites, les niveaux d'expérimentation des jeunes de 17 ans sont semblables à ceux du reste de la France, tandis que les niveaux d'usage chez les adultes de la région PACA sont supérieurs aux autres régions pour la plupart des produits. Plus généralement, la région PACA tend à se démarquer par une surmortalité liée aux drogues illicites par accidents de la route comme par surdoses.

## **Une offre de prise en charge concentrée sur le littoral méditerranéen**

La région PACA comprend 31 CSAPA en ambulatoire qui se déclarent tous généralistes à l'exception d'un qui reste spécialisé en alcoologie. Il existe des disparités importantes entre les départements de la région, dans la mesure où les files actives sont, à populations égales, nettement plus importantes dans les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes et nettement plus faibles dans le Vaucluse. La file active par ETP fait apparaître deux départements situés au-dessus de la moyenne régionale (Alpes-de-Haute-Provence et les Alpes Maritimes), deux départements dans la moyenne (Hautes-Alpes et Var) et deux départements en deçà (Bouches-du-Rhône et Vaucluse).

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont quant à elles gérées par 26 opérateurs, à peu près également répartis entre CSAPA hospitaliers et associatifs. Sur le plan de la dotation en ETP, les CJC de la région PACA se situent au-dessus de la moyenne observée dans l'ensemble de la France.

Enfin, la région compte 13 CAARUD, tous implantés en zone urbaine ; aucune structure n'est présente en milieu rural et le département des Hautes-Alpes en est totalement dépourvu (les structures se trouvent en majorité dans l'aire urbaine de Marseille-Aix en Provence pour 6 d'entre eux).

Certains espaces ont des carences en termes de réponses de proximité pour l'accès à une prise en charge (des territoires trop étendus, peu peuplés, des services concentrés sur des bassins de population et des pôles urbains). La quasi-absence de CAARUD hors des pôles urbains, le manque d'« aller vers » et de travail de proximité, induisent des difficultés pour assurer le contact avec les usagers « actifs » dans les espaces ruraux ou semi-ruraux, ou en particulier à l'occasion des « petits » événements festifs souvent clandestins.

## INTRODUCTION

---

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public qui a pour mission d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions. Il rassemble, via son dispositif permanent d'observations et d'enquêtes, des informations scientifiquement validées sur les substances licites (tabac et alcool) et illicites (cannabis et autres drogues). Il contribue également à l'évaluation des actions du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Enfin, il assure le rôle de relais national de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA<sup>4</sup>) : à ce titre, il a pour mission de fournir les données françaises sur le phénomène des drogues illicites et des toxicomanies, comparables au niveau européen.

L'objectif de ce portrait de territoire est de mettre en lumière les spécificités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en ce qui concerne les consommations de drogues, les prises en charge des usagers par les structures médicosociales spécialisées en addictologie implantées sur son territoire et les conséquences liées aux consommations de drogues. À cet égard, le schéma régional de santé PACA relève des enjeux dans la prise en charge et la connaissance des addictions, avec notamment : la coordination entre santé et dimension sociale des usages ; la visibilité et la lisibilité de l'organisation des dispositifs et des lieux ressources ; l'insuffisance majeure de partenariats, de coordination et de passerelles entre les différentes composantes des dispositifs (volet médico-social, sanitaire, la médecine de ville).

---

4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Cet état des lieux s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles à l'échelon régional et infrarégional dans leurs éditions les plus récentes. Il se compose de deux parties distinctes qui relèvent d'échelles d'observation différentes. La première partie retrace les grandes tendances régionales en matière de consommations et de prise en charge des addictions, s'intéressant :

- Premièrement, aux usages, à travers l'état des lieux et l'évolution de la consommation par produits (légaux, illégaux) et les caractéristiques des usagers de l'offre médicosociale (sociales, pratiques de consommation...).
- Deuxièmement, à l'offre de produits psychoactifs et aux conséquences socio sanitaires des usages, par l'intermédiaire d'indicateurs régionaux.
- Troisièmement, à la description régionale de prise en charge médicosociale et sanitaire, à travers notamment l'étude de l'activité des CSAPA, CJC et CAARUD.

La seconde partie fournit des synthèses infrarégionales et des cartographies du dispositif médicosocial en addictologie par département, afin de donner une lisibilité de l'organisation et des lieux ressources à destination des professionnels.

La synthèse des connaissances régionales en matière d'addictions mobilise des domaines d'études et des approches d'observation de nature différenciée. Bien que centrées sur le même territoire, les sources utilisées diffèrent principalement par leur population-cible et par leur méthode d'enquête, d'observation ou de collecte de données. En préambule de chaque partie, un rappel méthodologique sur l'origine des données traitées aidera le lecteur à ne pas perdre de vue les contextes d'analyse.

# TENDANCES RÉGIONALES EN MATIÈRE DE CONSOMMATIONS ET DE PRISES EN CHARGE DES ADDICTIONS \_\_\_\_\_

## Contexte territorial

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se caractérise par de forts contrastes territoriaux : zones de haute montagne au nord et à l'est, reliefs côtiers isolant des plaines littorales et intérieures restreintes et à l'ouest, zones de plaine dans la basse vallée du Rhône se terminant par un delta marécageux. Cette géographie induit une polarisation de l'espace par aires urbaines, couronnes périurbaines et communes multi polarisées le long de la côte, avec des difficultés de mobilité (résidentielle, professionnelle...) suivant les sous-espaces régionaux (notamment montagneux) qui ne sont pas sans effet sur les dynamiques d'offre et de circulation des drogues.

Du point de vue de la population, 3 habitants sur 4 résident sur un dixième du territoire. En résultent des densités très hétérogènes (faibles dans les zones alpines et rurales) et fluctuantes en fonction des saisons (31 millions de touristes par an et 150 000 travailleurs saisonniers). La population est par ailleurs marquée par la pauvreté<sup>5</sup> et les inégalités sociales<sup>6</sup>. Selon l'INSEE, la région PACA est la 3e région la plus pauvre de France et les écarts de niveau de vie sont parmi les plus importants du pays.

La position géographique méditerranéenne de la région PACA en a par ailleurs fait, depuis longtemps, une zone d'accès et d'installation privilégiée pour des populations migrantes ou immigrées, en particulier issues du Maghreb. Le port de Marseille Fos, premier port français et deuxième port méditerranéen en termes de tonnage, est non seulement directement en lien avec l'Afrique mais constitue aussi un carrefour important d'échange entre l'Europe et l'Asie, via le canal de Suez, ainsi qu'un lieu d'échange avec le continent américain.

---

5. Selon le Baromètre DROS 2017, le taux de bas revenus (part des personnes vivant dans un foyer à bas revenus sur l'ensemble des moins de 65 ans) est de 21,4 %.

6. 10 % de personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 830 € par mois alors que les 10 % les plus aisés ont un niveau de vie supérieur à 3 120 € mensuels (Bertrand et Charles, 2018).

Du fait de la concentration de population sur certaines parties du territoire, il existe de fortes inégalités de répartition de l'offre sanitaire et médicosociale qui s'établit sur la bande littorale, avec quelques déserts médicaux en spécialistes dans l'arrière-pays. Ces éléments de contexte territorial pèsent sur la configuration des usages de produits et des profils d'usagers rencontrés en région PACA, qui se différencient à plusieurs égards de la moyenne métropolitaine.

## Les usages et les usagers

Afin d'obtenir une image des usages de produits psychoactifs dans la région Provence-Alpes-Côte-D'Azur, deux enquêtes nationales déclaratives ont été mobilisées : l'enquête ESCAPAD , représentative des adolescents de 17 ans (Spilka *et al.*, 2018b), et l'enquête Baromètre de Santé publique France (Spilka *et al.*, 2018c), représentative de la population âgée de 18 à 75 ans (voir encadré ci-après).

Les résultats de ces deux enquêtes sont détaillés par produit et par sexe selon différents niveaux d'usage. De plus, des cartes présentent les niveaux de quelques indicateurs-clés à l'échelle des nouvelles régions administratives, permettant ainsi de situer la région PACA dans une perspective géographique plus large (Spilka *et al.*, 2018a).

### L'enquête ESCAPAD 2017

Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du Service National, de la Jeunesse (DSNJ), les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté. Le questionnaire porte sur la santé et les consommations de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites).

La huitième édition de l'enquête s'est déroulée du 13 au 25 mars 2017 dans tous les centres actifs, y compris dans les départements d'outre-mer. Au total, 43 892 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré et anonyme. L'échantillon métropolitain analysé concerne finalement 39 115 individus, dont 3 083 résidant dans la région PACA (soit 8 % de l'échantillon national). Les filles et les garçons, à parts égales dans l'échantillon analysé, sont âgés de 17,3 ans en moyenne.

Des informations plus complètes sur la méthodologie et les résultats de l'enquête ESCAPAD sont disponibles sur le site de l'OFDT [www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/](http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/).

L'ensemble des données régionales cartographiées peuvent être consultées dans la base ODICER, également accessible sur le site de l'OFDT.

## Le Baromètre santé 2017

Santé publique France (SpF), anciennement Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), mène, depuis le début des années 1990, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une enquête qui aborde les comportements et attitudes de santé des Français âgés de 18 à 75 ans : le Baromètre santé, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire de numéros fixes et mobiles. Cette enquête permet notamment de décrire la consommation de substances psychoactives dans l'ensemble de la population mais aussi d'évaluer les liens avec d'autres facteurs.

L'enquête Baromètre santé 2017, dont le terrain a été confié à l'institut IPSOS, s'est déroulée du 5 janvier au 18 juillet 2017, auprès d'un échantillon représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. L'échantillon analysé concerne 25 319 individus, dont 1 803 sur la région PACA.

Seules les personnes de 18 à 64 ans ont répondu aux questions relatives aux produits illicites (N=20 665, dont 1 432 en région PACA). La passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes et le taux de participation a été de 48,5 %.

Les niveaux mesurés dans la région sont comparés avec le reste du territoire métropolitain à l'aide de tests statistiques : dans les tableaux, les chiffres suivis d'une étoile traduisent des niveaux d'usage dans la région statistiquement différents des niveaux de l'ensemble de la France métropolitaine, significatifs au seuil de risque de 5 %. Dans les tableaux comme dans les cartes, la couleur rouge traduit une valeur statistiquement supérieure à la moyenne métropolitaine et la couleur verte une valeur inférieure.

Afin d'offrir un recul de plus de dix ans, l'évolution des niveaux de consommation dans la région parmi les jeunes de 17 ans est analysée à partir des cinq derniers exercices de l'enquête ESCAPAD (2005, 2008, 2011, 2014 et 2017). Les évolutions en population adulte sont étudiées à partir des enquêtes Baromètre Santé 2005, 2010, 2014 et 2017.

## État des lieux et évolution des usages par produit

### Le tabac

#### ■ État des lieux en France, chiffres et repères clés

En 2017, 27 % de la population adulte (18-75 ans) déclarait fumer quotidiennement des cigarettes, soit 30 % des hommes et 24 % des femmes (Pasquereau *et al.*, 2018). La même année, un jeune de 17 ans sur quatre se déclarait fumeur quotidien (25 %). Le tabac est le produit psychoactif dont les niveaux de consommation sont les plus proches entre les hommes et les femmes, à l'âge adulte comme à l'adolescence.

## ■ Comparaisons régionales et métropolitaines en matière d'usages

La consommation de tabac dans la région PACA s'avère contrastée selon la population étudiée (adolescente ou adulte). En 2017, 26,0 % des jeunes de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement, soit un niveau semblable à la moyenne nationale (tableau 1a). La région fait ainsi partie des quatre régions métropolitaines qui ne se singularisent pas de façon significative du reste du territoire (carte 1). Il en va de même pour l'expérimentation (57,5 %) et le tabagisme intensif (5,1 %).

En population adulte, la région PACA se distingue néanmoins par des consommations de tabac significativement supérieures à la moyenne nationale, quel que soit l'indicateur considéré (tableau 1b). En 2017, 31 % des 18-75 ans de la région étaient fumeurs quotidiens, contre 27 % sur l'ensemble de la France métropolitaine, différence portée aussi bien par les femmes que par les hommes. La prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans en région PACA fait ainsi partie des plus élevées en France, avec celle de la région Hauts-de-France (carte 2), par contraste avec l'Île-de-France où la prévalence est la plus basse.

## ■ Usages en population générale chez les adolescents et les adultes

**Tableau 1a. Consommations de tabac en région PACA et France métropolitaine à 17 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=1598)	Femmes (n = 1485)	Ensemble (n=3083)	Hommes (n=19611)	Femmes (n=19504)	Ensemble (n=39115)
Expérimentation	55,3*	59,8	57,5	58,1	59,9	59,0
Dans le mois : ≥ 1 usage	34,8	33,5	34,1	34,7	33,5	34,1
Quotidien : ≥ 1 cig/jour	26,8	25,3	26,0	26,3	23,8	25,1
Intensif : ≥ 10 cig/jour	6,2	3,9	5,1	6,5	3,9	5,2

Source : enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

\*test de Chi2 significatif entre la région et le reste de la métropole

Note de lecture : 55,3\* signifie que l'expérimentation de tabac des garçons dans la région est inférieur à celui de leurs homologues du reste de la France.

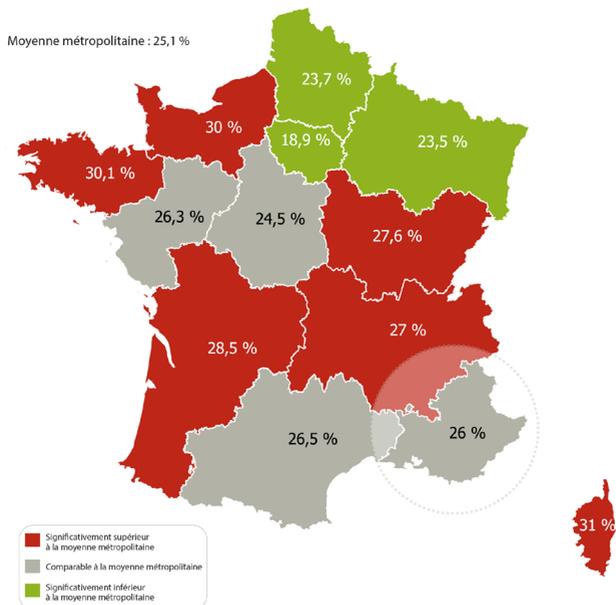
**Tableau 1b. Consommations de tabac en région PACA et France métropolitaine parmi les 18-75 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=825)	Femmes (n=978)	Ensemble (n=1803)	Hommes (n=11596)	Femmes (n=13723)	Ensemble (n=25319)
Expérimentation	83	73	78*	81	71	76
Dans le mois (≥ 1 usage)	41*	33*	37*	35	29	32
Quotidien (≥ 1 cig/jour)	35*	28*	31*	30	24	27
Intensif (≥ 10 cig/jour)	20*	12	16*	16	10	13

Source : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

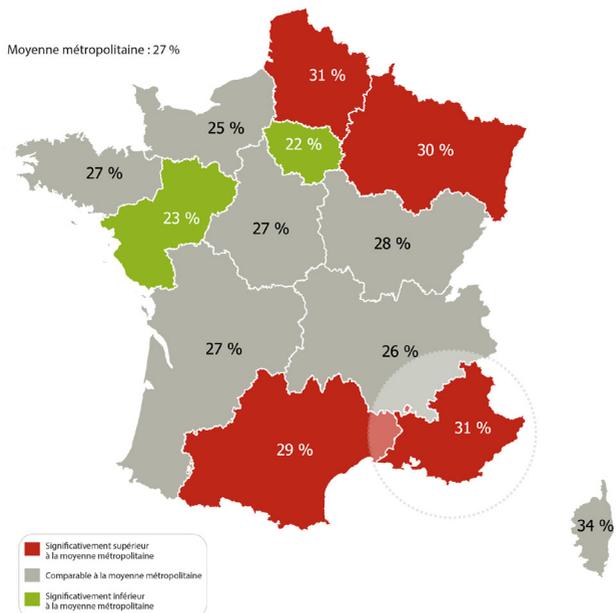
Note de lecture : 35\* signifie que l'usage quotidien de tabac des hommes dans la région est supérieur à celui de leurs homologues du reste de la France.

## Carte 1. Niveau d'usage quotidien de tabac à 17 ans en 2017



Source : enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

## Carte 2. Niveau de tabagisme quotidien (au moins 1 cigarette par jour) parmi les 18-75 ans en 2017

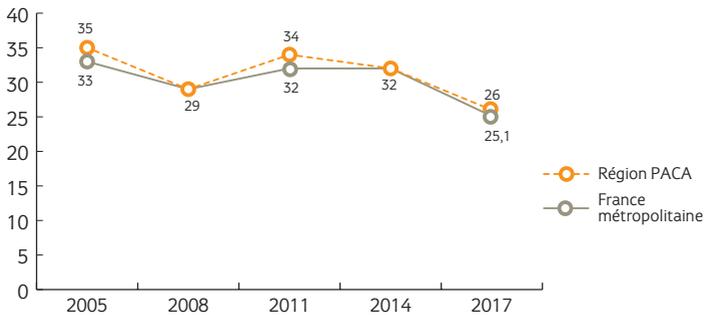


Sources : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

## ■ Évolutions régionales et métropolitaines depuis 2005 en matière de tabagisme

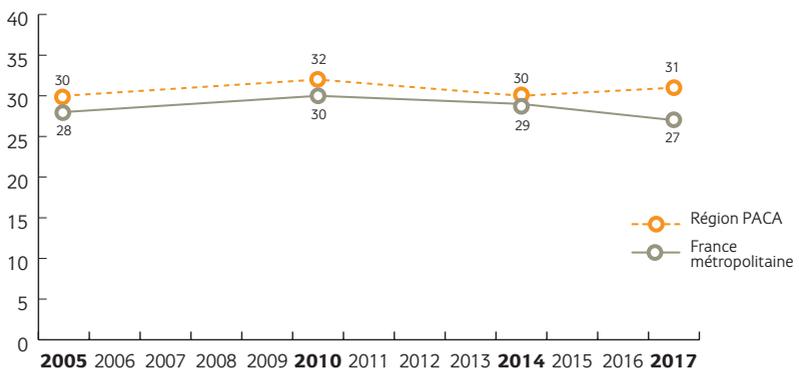
L'évolution de la consommation tabagique parmi les jeunes de la région PACA s'avère relativement proche de la tendance observée sur l'ensemble du territoire (figure 1). Au sein de la population adulte (18-75 ans), la consommation apparaît depuis 2005 légèrement supérieure dans la région PACA, à l'exception notable de 2014, où la différence par rapport aux autres régions n'était pas statistiquement significative (figure 2). En revanche, au cours de la dernière période (2014-2017), la tendance observée dans la région est opposée à celle relevée au plan national, avec +2 points d'usage quotidien. Ainsi, à 17 ans, le tabagisme quotidien reste légèrement plus élevé que la moyenne métropolitaine mais l'écart tend à se réduire. En revanche, l'écart s'est nettement creusé parmi les majeurs dans la période récente, si bien que la région PACA figure désormais en tête du tableau national en matière de tabagisme à l'âge adulte.

Figure 1. Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans entre 2005 et 2017 (%)



Sources : enquêtes ESCAPAD 2005, 2008, 2011, 2014 et 2017 (OFDT)

Figure 2. Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les 18 - 75 ans entre 2005 et 2017 (%)



Sources : Baromètre santé 2005, 2010, 2014 et 2017 (Santé publique France)

## L'alcool

*Note : les données régionales du Baromètre Santé 2017 concernant l'alcool n'étant pas disponibles à ce jour, les comparaisons entre la région PACA et le reste de la France métropolitaine chez les adultes sont effectuées à partir du Baromètre Santé 2014.*

### ■ État des lieux en France, chiffres et repères clés

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France. En 2017, 87 % de la population adulte déclarait avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois (Richard *et al.*, 2019). Près de quatre personnes interrogées sur dix rapportaient une consommation au moins hebdomadaire d'alcool et 10 % étaient des consommateurs quotidiens. Les adultes étaient 21 % à avoir vécu au moins un épisode d'ivresse durant l'année écoulée et 4 % à en avoir vécu au moins dix. En outre, 16 % d'entre eux déclaraient au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) par mois (un épisode d'API correspond à la consommation de cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion pour les adolescents, six verres pour les adultes).

La même année, les adolescents de 17 ans étaient peu nombreux à déclarer une consommation quotidienne de boissons alcoolisées (1,3 % ; tableau 2a). Ils étaient en revanche 8,4 % à déclarer un usage régulier (au moins 10 usages au cours du mois) et un peu moins de la moitié rapportaient au moins une API au cours des 30 derniers jours (43,9 %).

Si l'expérimentation et l'usage occasionnel d'alcool sont des pratiques concernant autant les hommes que les femmes, la tendance à des usages plus fréquents ou intensifs est majoritairement masculine, à l'adolescence comme à l'âge adulte.

### ■ Comparaisons régionales et métropolitaines en matière d'usages

En 2017, les jeunes de 17 ans de la région PACA se distinguaient quasi-systématiquement de la moyenne métropolitaine par une consommation d'alcool moins importante et des prévalences d'épisodes d'ivresse et d'alcoolisation ponctuelle importante (API) en dessous de la moyenne (tableau 2a).

Contrairement à ce qui est observé parmi les adolescents, en 2014, les adultes (18-75 ans) de la région se démarquaient très peu du reste de la France, si ce n'est par des niveaux d'usage quotidien plus importants

(tableau 2b). La région partage cette position haute avec l'Occitanie et le Centre-Val-de-Loire (carte 5). Seule la région Île-de-France se distingue par une prévalence plus faible.

**Tableau 2a. Consommations d'alcool en région PACA et France métropolitaine à 17 ans en 2017 (%)**

		Région PACA			France métropolitaine		
		Hommes (n=1598)	Femmes (n=1485)	Ensemble (n=3083)	Hommes (n=19611)	Femmes (n=19504)	Ensemble (n=39115)
Alcool	Expérimentation	85,6	81,4*	83,5*	86,6	84,6	85,7
	Usage dans le mois (≥ 1 usage)	66,2*	55,8*	61,1*	69,9	62,9	66,5
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	10,1*	4,5	7,3*	12	4,6	8,4
	Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	1,2*	0,2	0,7*	2,1	0,5	1,3
Ivresses	Expérimentation	53,6	45,1	49,4	55,1	45,5	50,4
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois (≥ 1 fois)	43,9*	32,2*	38,1*	49,6	38	43,9
	Répétées (≥ 3 fois dans le mois)	17*	9,1*	13,1*	21,7	10,9	16,4
	Régulières (≥ 10 fois dans le mois)	3,9	1,2	2,5	4,3	1	2,7

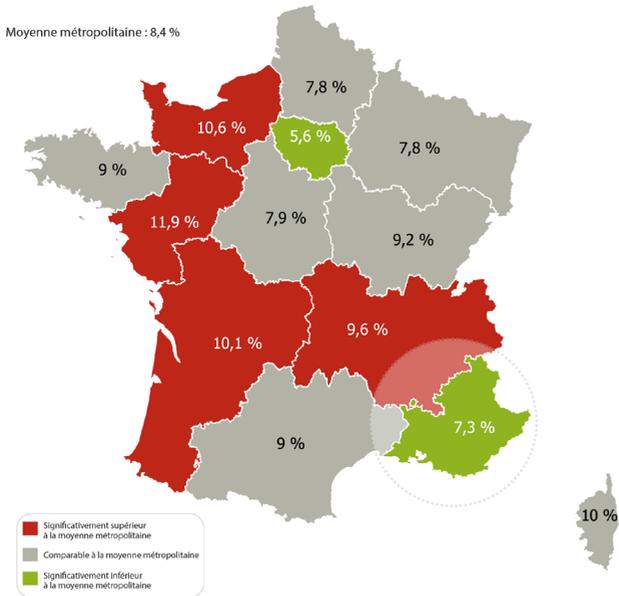
Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

**Tableau 2b – Consommations d'alcool en région PACA et France métropolitaine parmi les 18-75 ans en 2014 (%)**

		Région PACA			France métropolitaine		
		Hommes (n=533)	Femmes (n=646)	Ensemble (n=1179)	Hommes (n=6961)	Femmes (n=8225)	Ensemble (n=15186)
Alcool	Expérimentation	96	94	95	97	95	96
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	30	11	20	28	10	19
	Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	18	7	12*	15	5	10
Ivresses	Expérimentation	76	46	61	79	46	62
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois (≥ 1 fois)	23	7	15	27	9	17

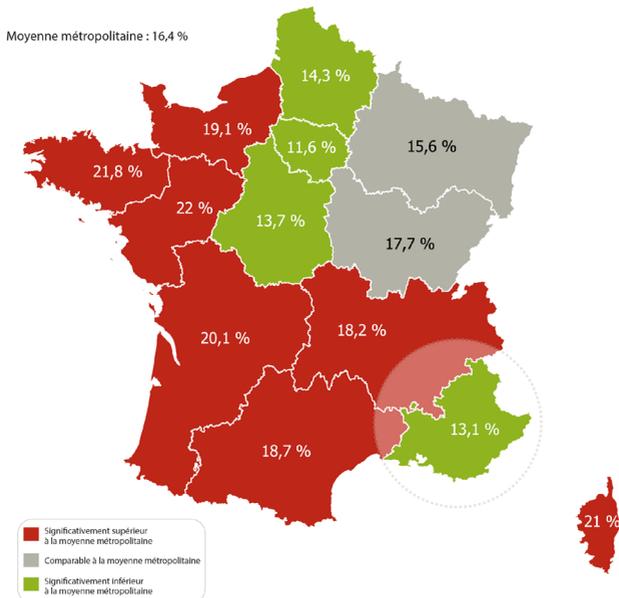
Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

### Carte 3. Niveau d'usage régulier (au moins dix usages dans le mois) d'alcool à 17 ans en 2017



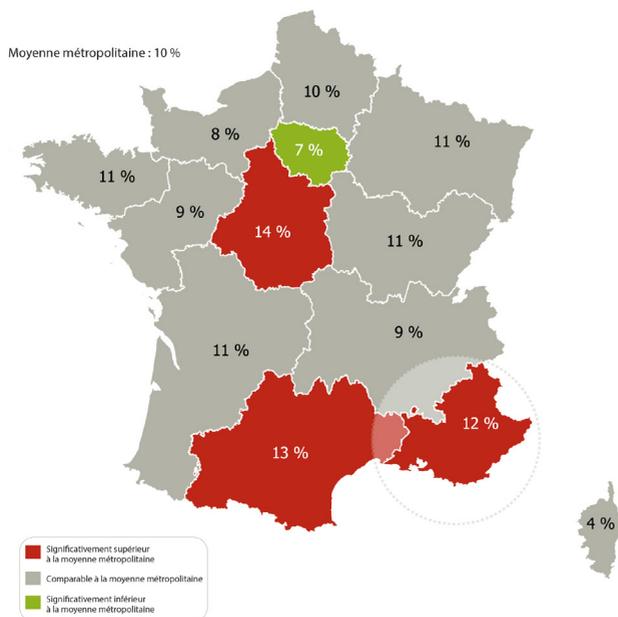
Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

### Carte 4. Niveau d'API (alcoolisation ponctuelle importante) répétée (au moins 3 fois dans le mois) à 17 ans en 2017



Source : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

Carte 5. Niveau d'usage quotidien d'alcool parmi les 18-75 ans en 2014



Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

### ■ Évolutions régionales et métropolitaines depuis 2005 en matière d'usages

De 2005 à 2017, les comportements d'alcoolisation répétée à 17 ans (usage régulier d'alcool et API) ont toujours été un peu moins fréquents dans la région PACA que dans le reste de la France (figure 3). Par ailleurs, l'évolution de ces comportements a suivi les dynamiques observables à l'échelle métropolitaine.

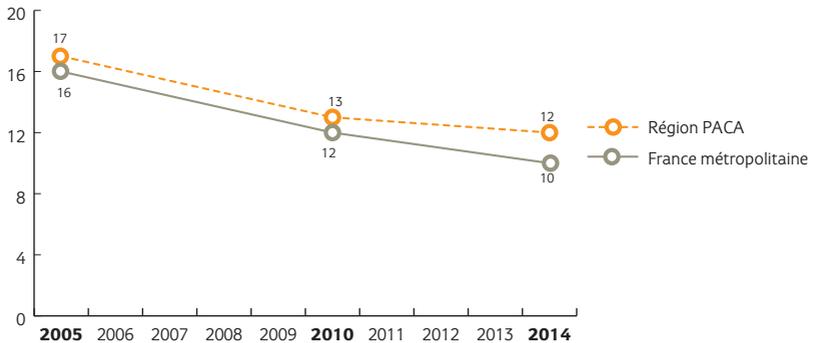
À l'inverse, chez les adultes, les niveaux d'usage quotidien ont toujours été légèrement plus élevés dans la région PACA que dans le reste de la France. Par ailleurs, la région PACA s'inscrit dans la tendance globale de diminution des consommations quotidiennes d'alcool des 18-75 ans, même si la baisse y est moins marquée que la moyenne métropolitaine (figure 4).

Figure 3. Évolution de l'usage régulier d'alcool et de l'API répétée à 17 ans entre 2005 et 2017 (%)



Sources : Enquêtes ESCAPAD 2005, 2008, 2011, 2014 et 2017

Figure 4. Évolution de l'usage quotidien d'alcool parmi les 18-75 ans entre 2005 et 2014 (%)



Sources : Baromètre santé 2005, 2010 et 2014 (Santé publique France)

## Le cannabis

### ■ État des lieux en France, chiffres et repères clés

Le cannabis est le produit illicite le plus répandu dans la population française. En 2017, l'expérimentation s'élevait à 45 % parmi les 18-64 ans, 53 % des hommes et 37 % des femmes. Parmi les jeunes générations, le premier usage du cannabis se déroule en moyenne peu après 15 ans. À 17 ans, quatre jeunes sur dix (39,1 %) déclarent avoir déjà fumé du cannabis en 2017. Les usages réguliers (au moins dix usages dans le mois) concernent 7,2 % des jeunes de 17 ans et 4 % des 18-64 ans. Comme à l'âge adulte, les jeunes hommes de 17 ans s'avèrent davantage consommateurs que les femmes.

## ■ Comparaisons régionales et métropolitaines en matière d'usages

Les adolescents de la région PACA déclarent plus souvent qu'ailleurs avoir expérimenté le cannabis au cours de leur vie (41,2 % contre 39,1 %), sans différences significatives par sexe (tableau 3a). Les autres indicateurs d'usage de cannabis de la région se situent dans la moyenne métropolitaine.

En population adulte, la région PACA se distingue néanmoins par des niveaux de consommations supérieurs à la moyenne nationale, et ce quel que soit l'indicateur (tableau 3b). À l'instar des adolescents, l'ensemble de la population de la région PACA apparaît sur-expérimentatrice de cannabis : 54 % des 18-64 ans de la région déclarent en avoir déjà fumé au moins une fois au cours de leur vie contre 45 % sur l'ensemble du territoire métropolitain, soit une différence importante (9 points). L'usage au cours de l'année concerne 14 % des personnes interrogées dans la région, niveau sensiblement plus élevé que sur l'ensemble du territoire (11 %). La région PACA est la seule, avec la Nouvelle Aquitaine, à se singulariser par un usage de cannabis au cours de l'année significativement supérieur à la moyenne métropolitaine (carte 7). Les usages réguliers et quotidiens des 18-64 ans sont également supérieurs au reste du territoire.

**Tableau 3a. Consommations de cannabis en région PACA et France métropolitaine à 17 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=1598)	Femmes (n=1485)	Ensemble (n=3083)	Hommes (n=19611)	Femmes (n=19504)	Ensemble (n=39115)
Expérimentation	43,9	38,5	<b>41,2*</b>	41,8	36,3	39,1
Usage dans l'année	35,9	29,8	32,9	34,4	28,1	31,3
Usage dans le mois	25	<b>19,7*</b>	22,4	24,2	17,5	21
Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	11	4,8	7,9	9,7	4,5	7,2
Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	5,4	2,5	3,9	4,6	2,1	3,4

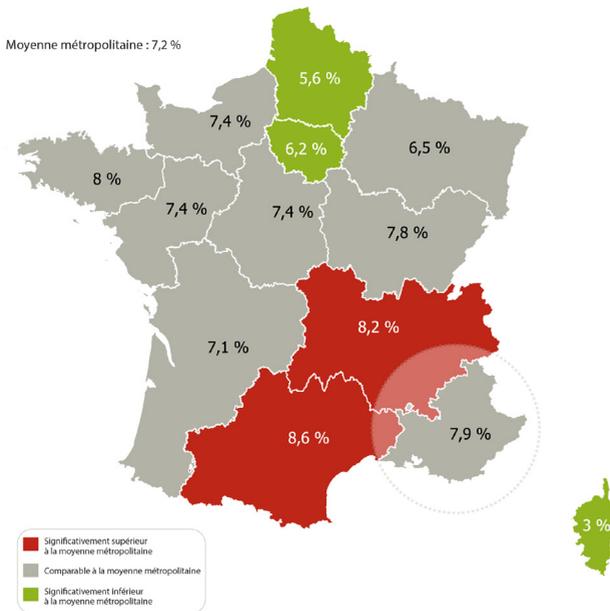
Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

**Tableau 3b. Consommations de cannabis en région PACA et France métropolitaine parmi les 18-64 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=825)	Femmes (n=978)	Ensemble (n=1803)	Hommes (n=11596)	Femmes (n=13723)	Ensemble (n=25319)
Expérimentation	<b>60*</b>	<b>49*</b>	<b>54*</b>	53	37	45
Usage dans l'année	<b>19*</b>	<b>9*</b>	<b>14*</b>	15	7	11
Usage dans le mois	<b>12*</b>	<b>5*</b>	<b>9*</b>	9	4	6
Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	<b>8*</b>	<b>3*</b>	<b>5*</b>	5	2	4
Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	<b>5*</b>		<b>3*</b>	3	1	2

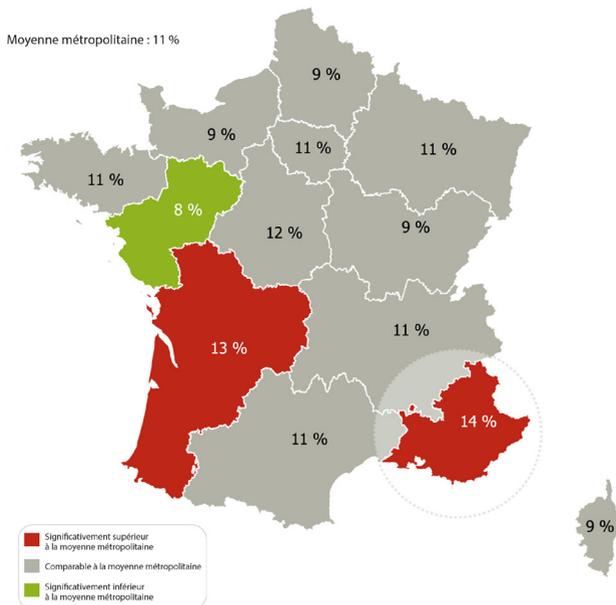
Source : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

## Carte 6. Niveau d'usage régulier (au moins dix usages dans le mois) de cannabis à 17 ans en 2017



Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

## Carte 7. Niveau d'usage de cannabis dans l'année chez les 18-64 ans en 2017

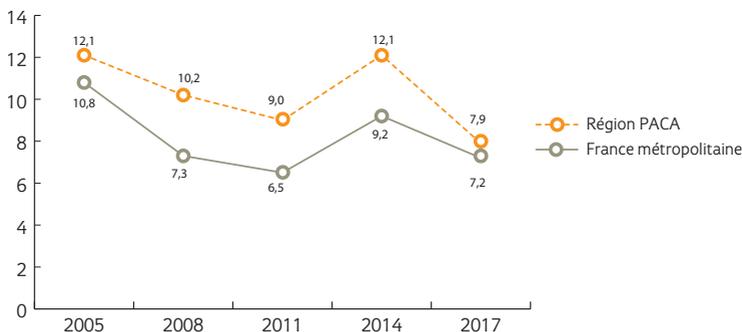


Source : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

## ■ Évolutions régionales et métropolitaines depuis 2005 en matière d'usages

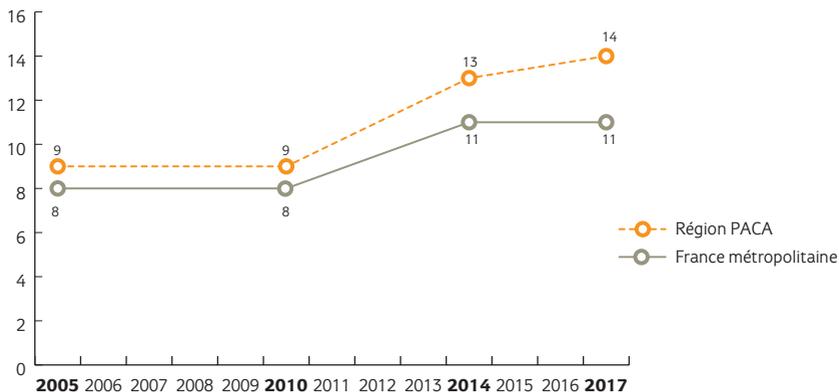
Au plan national, après une baisse entre 2005 et 2011, l'usage régulier de cannabis à 17 ans a augmenté de presque 3 points entre 2011 et 2014, pour ensuite diminuer de 2 points sur la dernière période et reculer en 2017 jusqu'à un niveau plancher équivalant à 7,2 % des jeunes de 17 ans. C'est le deuxième niveau le plus bas depuis la première enquête ESCAPAD en 2000. Ces mouvements se retrouvent également dans la région PACA (figure 5). À l'échelle de la population adulte, en revanche, la région suit l'évolution de l'usage de cannabis dans l'année constatée sur le plan métropolitain, avec une tendance à la hausse depuis 2010 (figure 6). Si en 2005 et 2010, la région se situait dans la moyenne nationale, depuis 2014, elle se démarque par une consommation plus importante de cannabis.

Figure 5. Évolution de l'usage régulier de cannabis à 17 ans entre 2005 et 2017 (%)



Sources : Enquêtes ESCAPAD 2005, 2008, 2011, 2014 et 2017 (OFDT)

Figure 6. Évolution de l'usage régulier de cannabis parmi les 18-64 ans entre 2005 et 2017 (%)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014 (Santé publique France)

## Autres drogues illicites

### ■ Expérimentations de drogues illicites autres que le cannabis en 2017

Les niveaux d'expérimentation de substances illicites autres que le cannabis des jeunes de 17 ans de la région PACA sont semblables à ceux de leurs homologues du reste de la France pour la plupart des produits : environ 3 % d'entre eux déclarent par exemple avoir déjà consommé de la cocaïne, de même en ce qui concerne la MDMA/ecstasy et les champignons hallucinogènes (tableau 4a). Seules se distinguent par des niveaux inférieurs à la moyenne française l'expérimentation du poppers (6,7 % contre 8,8 %) et celle de l'héroïne (0,4 % contre 0,7 %). Comme dans le reste de la France, à 17 ans, les garçons ont un peu plus tendance à expérimenter ces substances que les filles.

Parmi les adultes de 18 à 64 ans, les niveaux d'usage de la plupart des produits sont plus fréquents en Provence-Alpes-Côte-D'Azur que dans les autres régions (tableau 4b). C'est le cas pour le poppers (12 % contre 9 %), la cocaïne (8 % contre 6 %), la MDMA/ecstasy (7 % contre 5 %), les champignons hallucinogènes (8 % contre 5 %), le LSD (5 % contre 3 %) et les amphétamines (3 % contre 2 %). Bien que les hommes soient beaucoup plus souvent consommateurs que les femmes (les écarts sont de l'ordre du simple au double, voire au triple), la singularité de la région PACA est globalement portée à la fois par une surconsommation chez les hommes et chez les femmes.

**Tableau 4a. Expérimentations de drogues illicites autres que le cannabis à 17 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=1598)	Femmes (n=1485)	Ensemble (n=3083)	Hommes (n=19611)	Femmes (n=19504)	Ensemble (n=39115)
Poppers	7,8*	5,6*	6,7*	9,5	8	8,8
Cocaïne	2,6	2,8	2,7	3,1	2,4	2,8
MDMA/ecstasy	3,5	2,8	3,1	3,9	2,8	3,4
Champignons hallucinogènes	3,7	2,2	3	3,6	1,9	2,8
LSD	1,7	1,2	1,4	1,9	1,2	1,6
Amphétamines	2,2	1,4	1,8	2,8	1,8	2,3
Héroïne	0,2*	0,6	0,4*	0,7	0,6	0,7
Crack	0,3	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6

Source : enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

**Tableau 3b. Consommations de cannabis en région PACA et France métropolitaine parmi les 18-64 ans en 2017 (%)**

	Région PACA			France métropolitaine		
	Hommes (n=825)	Femmes (n=978)	Ensemble (n=1803)	Hommes (n=11596)	Femmes (n=13723)	Ensemble (n=25319)
Poppers	15*	9*	12*	12	6	9
Cocaïne	12*	5*	8*	8	3	6
MDMA/ecstasy	11*	4*	7*	7	3	5
Champignons hallucinogènes	11*	4	8*	8	3	5
LSD	7*	3*	5*	4	1	3
Amphétamines	4	2*	3*	3	1	2
Héroïne	2	1	1	2	1	1
Crack	<0,5	1*	1	1	<0,5	1

Source : Baromètre santé 2017 (Santé publique France)

## Indicateurs utilisés

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ;
  - Usage dans l'année (ou usage actuel) : au moins 1 usage au cours des 12 mois précédant l'enquête ;
  - Usage dans le mois (ou usage récent) : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédant l'enquête ;
  - Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête (terme également employé pour le tabagisme quotidien) ;
- Pour les alcoolisations ponctuelles importantes (déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion)
- API dans le mois précédant l'enquête : au moins 1 fois dans le mois ;
  - API répétée : au moins 3 fois dans le mois précédant l'enquête ;
  - API régulière : au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête.

## Caractéristiques des usagers

### Usagers par types d'espaces

#### TREND

De manière complémentaire aux enquêtes statistiques, la nature des usages et le profil des usagers peuvent aussi s'appréhender qualitativement, notamment par le dispositif national de collecte d'informations TREND de l'OFDT. Il s'appuie sur 8 coordinations locales implantées à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse et dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information pour :

- détecter les phénomènes émergents,
- décrire et comprendre les évolutions des pratiques,
- assurer une veille sur les substances dangereuses et sur les nouvelles drogues,
- mener des investigations spécifiques.

#### ■ Les usagers de l'espace urbain

Si l'offre locale joue sur les consommations, d'autres facteurs contextuels sont à prendre en compte. Le premier est la part importante des populations vulnérables, en particulier, mais pas seulement, sur le plan économique. En 2012-2013, le site TREND marseillais décrivait la dégradation des conditions de vie des usagers dit socialement « semi-insérés<sup>7</sup>, dans le sillage de la crise économique débutée en 2008. Cette population se retrouve notamment dans les profils de consommation « d'usagers pauvres » centrés sur les médicaments (Zurbach, 2013). Ces derniers sont bien moins chers que les drogues illicites classiques (médicaments de substitution aux opioïdes mais également benzodiazépines) comme le montrent leur prévalence de consommations parmi les usagers des CAARUD de la région qui sont globalement les plus hautes du

---

7. Le terme semi-insérés désigne ici des usagers à l'insertion sociale ordinaire (logement, entourage familial et amical) mais qui peinent à s'insérer, tout au moins de manière solide, sur le marché du travail.

territoire national. S'y ajoutent les sulfates de morphine, et des particularismes locaux comme les usages de méthylphénidate, seul stimulant pharmaceutique accessible aux usagers de drogues. La longue persistance en PACA des consommations de flunitrazépam (Rohypnol<sup>®</sup>), qui n'est plus commercialisé, et de trihexyphénidate (Artane<sup>®</sup>) par les usagers de drogues témoignent également de cette relation spécifique au détournement de médicaments. La grande mixité ethnique et culturelle que connaît également la région du fait de son positionnement méditerranéen influe par ailleurs sur la nature des usages, avec par exemple la présence de pratiques importées, telles que les consommations de clonazépam (Rivotril<sup>®</sup>), particulièrement détourné au Maghreb, ou plus récemment, de Lyrica (Dupont, 2018). Une autre spécificité de la région réside dans une faible consommation actuelle d'héroïne. Si les anciens usagers des années 1980 et 1990 sont toujours dans les files actives des structures d'accueil, de RdRD et de soins, peu nombreux sont les nouveaux usagers (Dupont, 2019 à paraître).

### ■ Les usagers des espaces festifs et privés

Dans l'ensemble, on retrouve dans la région PACA la même variété de profils que dans le reste de l'Hexagone s'agissant des usagers (socialement insérés ou semi-insérés) fréquentant les espaces festifs. Leurs consommations, outre l'alcool et le cannabis, s'orientent le plus souvent vers les stimulants (cocaïne, MDMA) pour les habitués des lieux commerciaux (bars, clubs...), auxquels s'ajoutent des hallucinogènes (Kétamine, LSD). Cependant, les consommations se déplacent de plus en plus vers les espaces privés, comme il est en est par exemple le cas avec les pratiques de chemsex (consommations de substances au service de l'activité sexuelle) (Dupont, 2018).

### ■ Les usagers des espaces ruraux

Comme l'avait confirmé l'exploration spécifique menée dans le cadre du dispositif TREND en 2012 et 2013 menés autour de Pertuis (Pays d'Aigues) (Zurbach 2013), les espaces ruraux et périurbains de la région PACA se sont inscrits dans la tendance nationale à la diffusion des consommations sur ces territoires (Gandilhon et Cadet-Tairou, 2015 ; Zurbach, 2013).

On observe aussi des migrations de populations urbaines déjà usagères de drogues, souvent précaires, vers ces zones périphériques, pour accéder à des logements moins chers, vivre en squat ou en communauté alternative, ou à la recherche d'emplois saisonniers. Des usages autochtones se sont également développés progressivement à partir des années 2000. Il s'agit d'une part des consommations régulières de cannabis de jeunes adultes qui n'ont pas pu s'insérer dans le monde professionnel, particulièrement dans les zones géographiques économiquement sinistrées.

D'autres consommations concernent la jeunesse rurale fréquentant les événements alternatifs (free parties, raves...) qui permettent une initiation des jeunes ruraux qui ne se différencie pas de celle de jeunes urbains évoluant dans ces mêmes espaces. Une frange de jeunes, longtemps qualifiés de « errants » ou de « nomades », y sont également par ailleurs poly usagers opportunistes (en s'approvisionnant aux marges des fêtes alternatives).

Comme évoqué dans l'encadré ci-dessus, les usages de substances psychoactives s'avèrent fortement liés au type d'environnement, urbain ou rural, dans lequel évoluent les individus. Cette dimension peut aussi être documentée de façon statistique au travers de l'enquête ESCAPAD 2017, dans laquelle plus de 98 % des répondants ont renseigné leur commune de résidence. Cela a permis de les regrouper selon une classification INSEE dite en « tranches d'unité urbaine », qui associe aux communes la population de l'agglomération à laquelle elles appartiennent.

À l'échelle de la France métropolitaine, l'expérimentation et l'usage régulier d'alcool et de tabac à 17 ans sont plus fréquents dans les espaces ruraux ou les petites villes que dans les grandes agglomérations. En 2017, 21,8 % des jeunes vivant dans une agglomération d'au moins 200 000 habitants se déclaraient fumeurs quotidiens contre 26,7 % de leurs homologues vivant en milieu rural. Ce clivage est encore plus marqué en ce qui concerne l'alcool, l'écart relatif entre grandes agglomérations et milieu rural étant de 1,5 en ce qui concerne l'usage régulier (10,3 % contre 6,7 %) tout comme au sujet des API répétées (20,1 % contre 13,5 %). Le cannabis ne génère cependant pas de telle opposition entre monde rural (5,8 % d'usagers réguliers) et grandes agglomérations (6,9 % d'usagers réguliers). Cependant, les jeunes vivant dans des unités urbaines de taille intermédiaire (2 000 à 19 999 habitants ou 20 000 à 199 999 habitants) sont plus souvent usagers réguliers (respectivement 8,0 % et 7,8 %).

**Tableau 5. Usages de tabac, d'alcool et de cannabis à 17 ans selon la taille de l'agglomération de résidence en 2017 (%)**

	Région PACA				France métropolitaine			
	Rural (n=152)	2 000 - 19 999 hab. (n=406)	20 000 - 199 999 hab. (n=283)	200 000 hab. et + (n=2212)	Rural (n=9037)	2 000 - 19 999 hab. (n=7209)	20 000 - 199 999 hab. (n=7861)	200 000 hab. et + (n=14453)
Expérimentation du tabac	61	63	62	55	63,1	62,5	60,3	54
Expérimentation de l'alcool	90	92	85	<b>81*</b>	93,1	90,7	85,4	79,2
Expérimentation du cannabis	43	44	41	<b>40*</b>	38,1	40,8	39,2	38,1
Tabagisme quotidien	30	26	28	<b>25*</b>	26,7	27,7	26,5	21,8
Alcool régulier (≥ 10 usages dans le mois)	6	9	8	7	10,3	10	7,8	6,7
API répétées (≥ 3 fois dans le mois)	14	<b>15*</b>	15	12	20,1	19,1	15,1	13,5
Cannabis régulier (≥ 10 usages dans le mois)	6	8	7	<b>8*</b>	5,8	8	7,8	6,9

Source : Enquête ESCAPAD 2017 (OFDT)

Les jeunes résidant en région PACA ayant répondu à l'enquête vivent très majoritairement au sein d'une agglomération de plus de 200 000 habitants. Ceux-ci ont davantage tendance à fumer quotidiennement du tabac (25 % contre 21,8 %) ou à fumer régulièrement du cannabis (8 % contre 6,9 %) que les jeunes vivants dans une grande agglomération d'une autre région. Ils sont également plus nombreux à avoir déjà expérimenté l'alcool (81 %) et le cannabis (40 %). Les jeunes vivant dans des agglomérations de taille moyenne ou en milieu rural présentent des niveaux d'usage de ces substances comparables à ceux de leurs homologues des autres régions, pour presque tous les indicateurs.

## Usagers de l'offre médicosociale (CSAPA, CJC, CAARUD)

### ■ Usagers CSAPA

#### ✓ *Caractéristiques des patients dans les CSAPA*

Les caractéristiques des personnes vues dans les CSAPA de la région PACA ne s'écartent globalement pas beaucoup des moyennes nationales. Le public régional se différencie cependant de l'ensemble des personnes prises en charge dans les CSAPA en France par une proportion plus élevée de moins de 25 ans (19 % contre 16 %) et moindre de 30-39 ans (22 % contre 26 %). La proportion de sans domicile fixe (SDF) (5,2 %) est plus importante en PACA que dans toutes les régions de France métropolitaine. C'est également dans le public des CSAPA de cette région que s'observent les plus fortes proportions de personnes percevant l'allocation adulte handicapé (10 % contre 6,6 % en moyenne) et autres prestations sociales (5,1 % contre 2,6 %).

**Tableau 6. Caractéristiques des patients pris en charge dans les CSAPA en 2016**

	Région PACA	France métropolitaine
% de nouveaux patients		
% d'hommes	77	77
% < 40 ans	51	52
% revenus liés à l'emploi	43	46
% RSA	14	16
% d'orientations par une équipe de liaison ou une consultation hospitalière	3,2	4,5
% orientation par la Justice, post-sentenciel	14	15
% en dépendance	58	56
% ayant déjà utilisé la voie intraveineuse	15	14

Sources : *Rapports d'activité CSAPA en 2016*

### ✓ Pratiques de consommations des patients CSAPA

En 2016, près de 25 000 patients ont été pris en charge dans les CSAPA de la région PACA. À population égale, le nombre de personnes suivies est un peu plus élevé dans la région PACA (69 pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans contre 64 pour la France entière). Cette différence est entièrement liée à un nombre plus élevé de patients en PACA pour lesquels le cannabis est cité comme produit posant le plus de problèmes.

Le nombre de personnes avec consommation d'opioïdes apparaît plus faible qu'au niveau national, à population égale (5,8 contre 8,2), alors que la place de la cocaïne semble un peu plus importante (3,4 % contre 2,1 %).

**Tableau 7. Nombre de patients pris en charge pour 10000 habitants suivant le produit consommé posant le plus problème en 2016**

	Région PACA	France entière
Alcool	30	31
Tabac	5,0	4,8
Cannabis	18	13
Opioïdes, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes	11	12
Addictions sans substances	2,1	2,1
Autres	0,4	0,3
Ensemble	69	64

Sources : Rapports d'activité CSAPA en 2016

## ■ Usagers CJC

### L'enquête CJC 2014-2015

Depuis 2005, l'OFDT évalue de manière régulière le dispositif des consultations jeunes consommateurs. L'objectif de l'enquête réalisée en 2014 et 2015 était de comparer, à l'échelle nationale, le public accueilli à un an d'intervalle (Obradovic, 2015 ; Protais et al., 2016) alors qu'une campagne de communication grand public avait été menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) du 12 janvier au 8 février 2015<sup>8</sup>. Elle a été réalisée auprès de l'ensemble des structures identifiées comme exerçant une activité de CJC en 2014. Il était demandé

8. La campagne a été rediffusée à la télévision du 1er au 21 novembre 2015 et sur Internet jusqu'au 15 décembre 2015.

aux professionnels de remplir un questionnaire pour chaque personne reçue pendant une période donnée, en 2014 (du 24 mars au 30 juin) puis en 2015 (du 20 avril au 20 juin), qu'il s'agisse d'un consommateur ou de son entourage. Le questionnaire incluait un socle de questions communes au volet d'enquête précédent, afin de garantir la comparabilité des résultats. Il a cependant été raccourci la deuxième année pour maintenir un bon taux de réponse. Il comprenait quatre parties : les circonstances et les motifs de la consultation ; des éléments sociodémographiques du consommateur (sexe, âge, situation socio-économique, niveau de diplôme, etc.) ; les substances consommées (tabac, alcool, cannabis, autres substances) ; la décision prise à l'issue de la consultation.

Parmi les 260 structures recensées au niveau national, 212 ont répondu à l'enquête en 2014 et 199 en 2015, soit un taux de participation avoisinant les 80 % en moyenne sur les deux années. Au total, 8 270 questionnaires exploitables ont été collectés. Parmi l'ensemble des structures gérant des CJC en région PACA, 70 % ont répondu à l'enquête menée par l'OFDT en moyenne sur les deux années (soit 720 répondants), ce qui assure une très bonne représentativité des résultats.

### ✓ *Caractéristiques des consultants*

**Tableau 8. Public reçu en CJC en 2014-2015**

	Région PACA	France entière
<b>Public reçu</b>		
Consultant venu seul (%)	63	73
<b>Caractéristiques du public</b>		
Moyenne d'âge	18	20
Mineurs (%)	51	41
Hommes (%)	76	81
Inactifs (sans activité ou en recherche d'emploi) (%)	22	28
<b>Type de consommation à l'origine du recours</b>		
Cannabis (%)	85	79
Alcool (%)	8	13
<b>Orientation vers la CJC</b>		
Spontanée (%)	16	17
Justice/ PJJ (%)	49	42
Autres types d'orientation (%)	35	41

Source : Enquête CJC 2014-2015

La région PACA se démarque du reste de la France par le public accueilli dans ses consultations jeunes consommateurs. La proportion des mineurs est nettement plus importante que dans l'ensemble de la France (tableau 8). À l'inverse, la part des plus de 26 ans est quasiment divisée par trois par rapport au niveau observé en France entière (2 % contre 9 %).

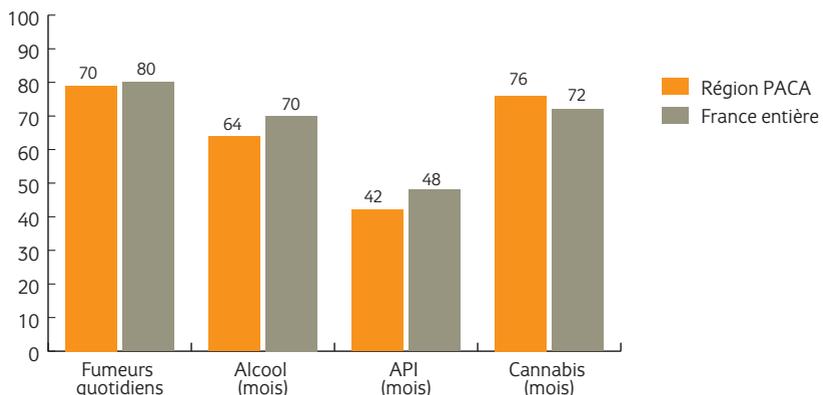
Sur le plan de la situation sociale, la part des consultants scolarisés, en apprentissage ou en formation alternée vus dans la région PACA est de 12 points supérieure à la moyenne nationale (60 % contre 48 %). Ce point est à mettre en lien avec la surreprésentation des mineurs dans le public de cette région.

Concernant les vecteurs d'orientation des consultants, la région PACA se différencie particulièrement par l'importance des orientations judiciaires de sept points supérieurs à la moyenne nationale (49 % contre 42 %). Cette tendance rejoint d'une manière plus générale celle d'une forte proportion d'interpellations des usagers de cannabis en région PACA (37 interpellations en PACA pour 10 000 habitants contre 26 pour la moyenne nationale en 2010).

#### ✓ Pratiques de consommations des consultants

Les consultants des CJC de la région PACA se distinguent par un usage de cannabis dans le mois plus important que dans le reste de la France (figure 7), le cannabis étant proportionnellement plus cité comme produit à l'origine du recours dans cette région que sur l'ensemble du territoire. À l'inverse, la consommation d'alcool semble être globalement moins importante que dans la France entière.

**Figure 7. Consommations de produits psychoactifs chez les consultants CJC en région PACA en 2014-2015 (en %)**



Source : enquête CJC 2014-2015

### **L'enquête ENa-CAARUD**

Cette enquête exhaustive se déroule parmi l'ensemble des structures de réduction des risques labellisées CAARUD en France. Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, de suivre leurs consommations et d'objectiver l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes. Elle permet, de plus, d'adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population.

Menée depuis 2006 à un rythme biennal ou triennal, elle a lieu au cours d'une semaine donnée (pour les grosses structures) ou deux semaines (pour les plus petites) dans l'ensemble des CAARUD (en métropole et outre-mer). Elle inclut toutes les personnes en contact avec les CAARUD pendant la période d'enquête. Encadrée par un intervenant du centre, elle est réalisée par questionnaire en face à face. Les questions portent sur les consommations (fréquence, mode d'administration), les comportements d'usage (injection, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, entourage, etc.). L'enquête 2015 a eu lieu en septembre, et a permis le recueil de 234 questionnaires valables à l'échelle de la région PACA.

#### ✓ *Caractéristiques des usagers CAARUD*

Sur les plans démographique et social, les usagers des CAARUD de la région PACA tendent à se rapprocher des usagers d'Île-de-France, par des profils que l'on trouve plus souvent dans les grandes métropoles. Ils sont en moyenne plus âgés que ceux du reste de la France (2<sup>e</sup> région métropolitaine après l'Île-de-France). Sept sur dix ont au moins 35 ans (Cadet-Tairou *et al.*, 2018).

Leur niveau global de précarité est supérieur à la moyenne nationale (2<sup>e</sup> région métropolitaine après l'Île-de-France également). Deux tiers vivent principalement de prestations sociales, plus de deux sur dix sont sans ressources, ce qui les différencie peu de la moyenne nationale. Surtout, près d'un quart d'entre eux vivent dans un logement précaire (squat surtout, caravane, camion, chambre d'hôtel contre 15 % pour la France) et 22 % sont sans abri (contre 16 % moyenne nationale).

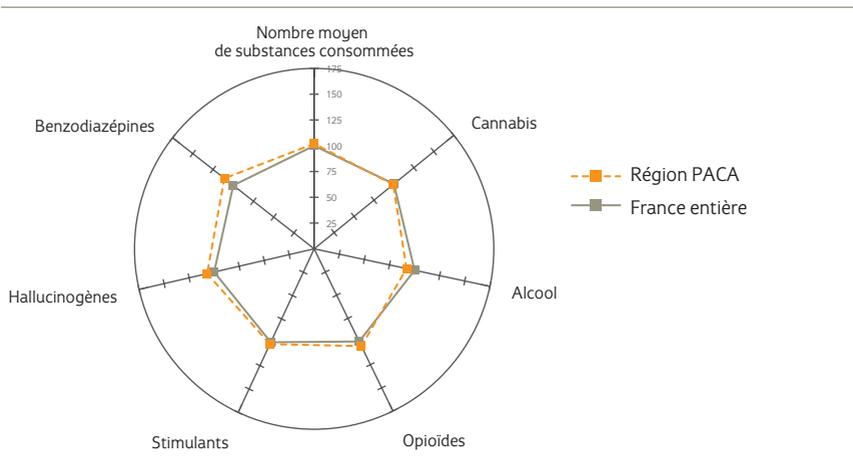
**Tableau 9. Caractéristiques des usagers CAARUD en 2015**

	Région PACA (N = 234)	France entière (N = 3129)
<b>Démographie</b>		
Âge moyen	39	38
Moins de 25 ans (%)	5	7
25-34 ans (%)	25	31
Au moins 35 ans (%)	70	62
Part des femmes (%)	22	19
<b>Insertion sociale</b>		
Précarité faible (%)	34	37
Précarité forte (%)	23	19
<b>Logement</b>		
Dans son propre logement (%)	35	44
Amis / proches / institution (%)	19	25
Camion, squat, chambre d'hôtel (%)	24	15
Sans abri, logement de fortune (%)	22	16
<b>Ressources</b>		
Revenus d'emploi et allocations chômage (%)	12	19
Prestations sociales et revenus provenant d'un tiers (%)	66	60
Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenus (%)	22	21

Source : ENa-CAARUD 2015

✓ *Pratiques de consommations des usagers CAARUD*

**Figure 8. Indices comparatifs PACA/France entière des usages récents de substances psychoactives parmi la population fréquentant les CAARUD en 2015**



Source : ENa-CAARUD 2015

Concernant les profils d'usage de la population fréquentant les CAARUD, la région se caractérise par la forte présence de profils de consommation « d'usagers pauvres », avec des médicaments plus présents dans les consommations. L'usage de Ritaline® persiste à un niveau élevé, contrairement aux régions limitrophes (20 % des usagers des CAARUD de PACA contre 4 % pour la France). C'est aussi le cas, dans une moindre mesure, pour l'usage de sulfate de morphine (Skenan®), dont la répartition suit un axe nord-est (la plus faible) / sud-ouest (la plus forte) qui correspond, selon les données du dispositif TREND-SINTES, au gradient du rapport qualité/prix de l'héroïne sur le territoire national.

**Tableau 10. Consommation dans le mois de substances psychoactives parmi les usagers des CAARUD en 2015**

	Région PACA	France entière
<b>Nombre moyen de substances consommées dans le mois précédant l'enquête</b>	4,4	4,3
<b>Cannabis (%)</b>	74	75
<b>Alcool (%)</b>	65	71
<b>Opioides</b>	78	74
Héroïne	17	30
Buprénorphine haut dosage	34	32
Méthadone	34	31
Sulfates de morphine	26	17
Codéinés	9	9
Autres médicaments opioïdes	8	7
<b>Stimulants (%)</b>	59	58
Cocaïne toutes formes	48	51
Dont cocaïne basée (free base, crack)	18	33
MDMA/ecstasy	10	14
Amphétamines	23	16
Ritaline	20	4
<b>Hallucinogènes (%)</b>	16	15
Plantes hallucinogènes	5	6
Kétamine	9	6
LSD	10	10
<b>Benzodiazépines (%)</b>	40	36

Source: ENa-CAARUD 2015

✓ *Pratiques liées aux consommations de produits psychoactifs parmi les usagers des CAARUD*

**Tableau 11. Pratiques liées aux consommations de produits psychoactifs parmi les usagers des CAARUD en 2015 (en %)**

	Région PACA	France entière
Personnes s'étant injecté un produit au cours du mois précédant l'enquête	59	47
Partage d'au moins un élément du matériel parmi le % d'injecteurs récents	26	26
Absence de test VHC au cours de la vie	21	17
Tests (négatifs) datant de moins de 6 mois	38	46
Dernier test, positif au VHC	39	24
Personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés	61	55

Source : ENa-CAARUD 2015

La pratique de l'injection apparaît bien plus marquée chez les usagers reçus dans les CAARUD de la région qu'au plan national. La différence est moins nette si l'on compare avec l'ensemble des régions hors Île-de France mais reste significative statistiquement (59 % contre 47 %). La Ritaline® et le Skenan® sont des substances particulièrement injectées, la cocaïne et l'héroïne le sont par six usagers de ces produits sur dix et la BHD et l'amphétamine par quatre usagers sur dix, sans différence remarquable avec la moyenne française<sup>9</sup>.

Les pratiques déclarées de partage de matériel restent en revanche conformes à la moyenne nationale. Néanmoins, le taux d'usagers déclarant être porteurs de l'hépatite C dépasse, de loin, celui de toutes les autres régions (la région suivante dans ce « classement » atteint 27 %). La très grande majorité des usagers des CAARUD de la région a bénéficié d'au moins un dépistage du virus de l'hépatite C. En revanche, il semble que les structures peinent à les réitérer tous les six mois lorsqu'ils sont négatifs.

9. Pour presque chaque produit, les usagers de la région PACA utilisent toutefois un peu plus l'injection que l'ensemble des usagers des CAARUD français.

## Offre de produits psychoactifs et conséquences sociosanitaires des usages

### La base ODICER

La base ODICER (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions) regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional, dans le domaine des addictions et dépendances aux substances licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy, etc.). Les données sont centralisées par l'OFDT depuis 1997 pour la France métropolitaine et depuis 2006 pour les départements d'outre-mer (DOM) – <https://odicer.ofdt.fr>.

### Indicateurs tabac

#### ■ Ventes de cigarettes et de tabac à rouler par le réseau buraliste

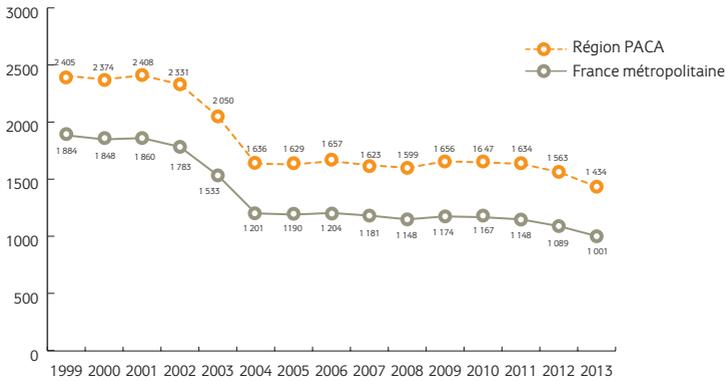
Les ventes de cigarettes dans le réseau buraliste, rapportées à la population, sont plus importantes que la moyenne nationale (logiquement au vu de la prévalence tabagique des adultes). C'est d'ailleurs dans cette région qu'elles sont les plus élevées sur le continent en 2013 (dernière donnée disponible), et ce malgré la proximité et la relative facilité d'accès à l'Italie mais surtout à la Corse, où les prix du tabac sont environ 25 % moins élevés.

Tableau 12. Ventes de cigarettes et de tabac à rouler par le réseau buraliste en 2013

Tabac	PACA	France métropolitaine
Ventes de cigarettes (par habitant de 15 à 74 ans)	1 433,7	1 001,3
Ventes de tabac à rouler (par habitant de 15 à 74 ans)	184,6	183,5

Source : DGDDI

Figure 9. Évolution comparée des ventes de cigarettes dans le réseau buraliste par habitant (unités)



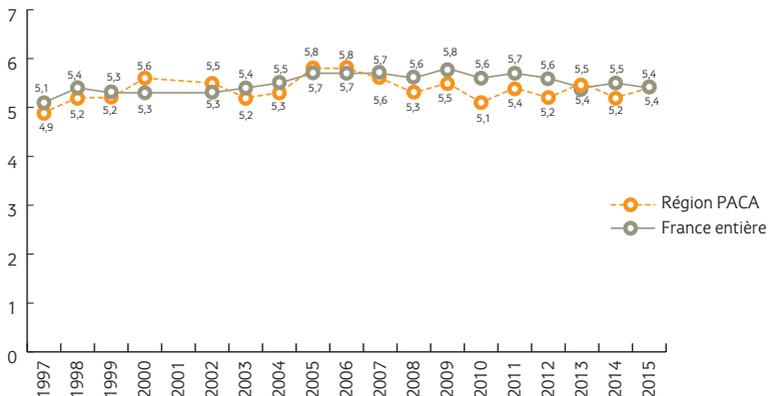
Source : DGDDI

### ■ Conséquences des usages : indicateurs socio-sanitaires

- ✓ Mortalité par cancer des bronches, de la trachée et des poumons

Malgré des indicateurs de prévalence et de ventes qui indiquent un tabagisme plus fréquent en PACA que dans les autres régions, la mortalité liée aux cancers des voies pulmonaires, qui renvoie à des usages passés (il y a 30 ans environ), ne se détache pas de la moyenne nationale en 2015, comme lors des vingt années précédentes.

Figure 10. Évolution comparée des décès avant 65 ans par cancers du poumon, des bronches et de la trachée pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans



Source : INSERM-CépiDC

## Indicateurs alcool

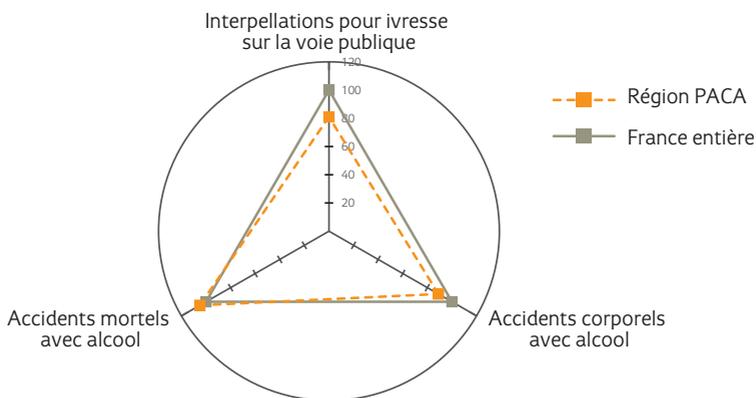
### Interpellations pour ivresse sur la voie publique et accidents de la route avec présence d'alcool

Tableau 13. Interpellations pour ivresse sur la voie publique et accidents de la route avec présence d'alcool en 2017

Alcool		Région PACA	France métropolitaine
Interpellations pour ivresse sur la voie publique	Pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans	8,8	10,9
Accidents corporels avec alcool	Pour 100 accidents corporels au taux d'alcoolémie connu	10,4	11,7
Accidents mortels avec alcool	Pour 100 accidents mortels au taux d'alcoolémie connu	31,7	30,2

Sources : DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris / ONISR

Figure 11. Comparaison des indicateurs alcool PACA / France

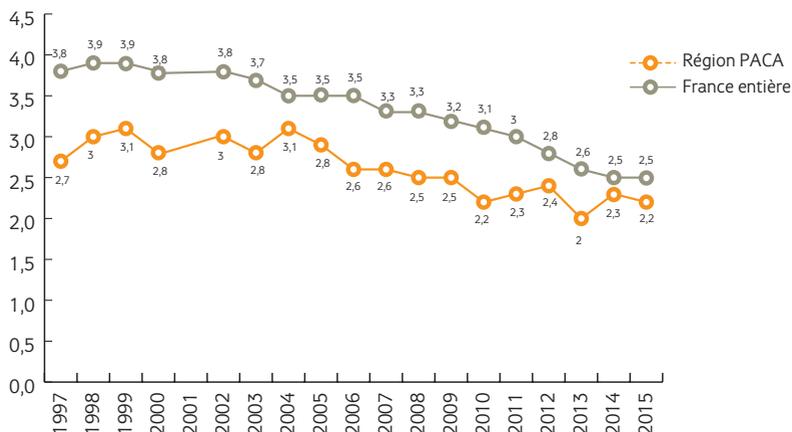


Sources : DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris / ONISR

#### ■ Conséquences des usages : indicateurs socio-sanitaires

En termes de mortalité prématurée liée à l'alcool, la région PACA affiche un niveau moins important que la moyenne nationale en 2015, comme lors des deux décennies qui ont précédé, avec toutefois un écart qui tend à s'amenuiser au fil des années.

Figure 12. Évolution comparée des décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhoses pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans

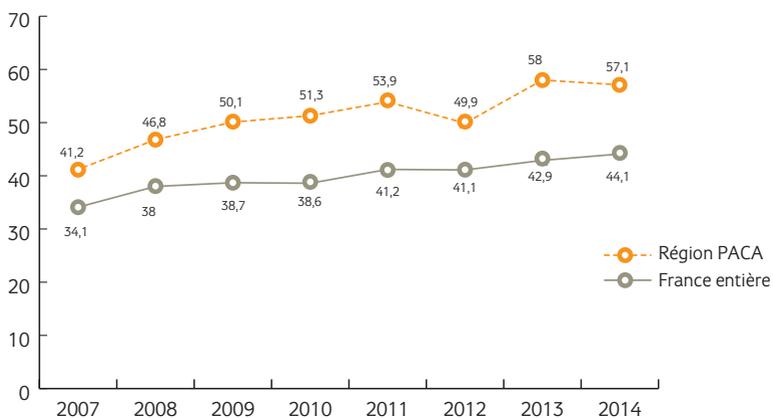


Source : INSERM CépiDc

## Indicateurs drogues illicites

### Interpellations pour usages et saisies

Figure 13. Évolution comparée des infractions à la législation sur les stupéfiants pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans



Source : État 4001 (DCPJ, ministère de l'Intérieur)

Le nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) se situe à un niveau supérieur à celui de la France entière. En termes de répartition par produit, le nombre d'interpellations pour usage de cannabis était bien plus important en 2010 (dernières données disponibles) qu'au niveau national (37 interpellations d'usagers de cannabis en PACA pour 10 000 habitants contre 26 pour la moyenne nationale). Leur niveau a toujours été supérieur à la moyenne française depuis 1997 (date de début d'observation dans ODICER). Les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy étaient en revanche en 2010 moins fréquentes qu'au niveau national.

### ■ Conséquences des usages : indicateurs socio-sanitaires

Pour ce qui concerne la prise en charge des usagers de drogues, les indicateurs liés aux traitements de substitution aux opioïdes se situent dans la moyenne française. On peut seulement noter une tendance plus marquée à recevoir de la BHD et moindre à suivre un TSO par méthadone. Les ventes de Stéribox® sont bien supérieures, à population égale, dans la région PACA que dans le reste de la France, et ce depuis de nombreuses années.

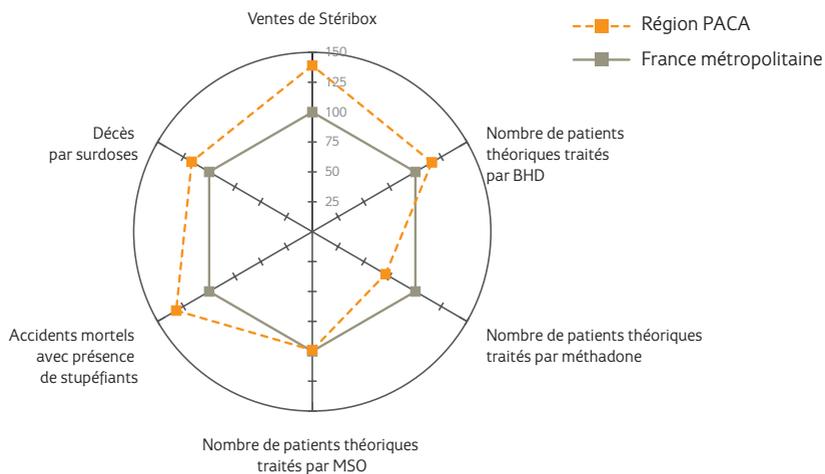
En termes de mortalité liée aux drogues illicites, la région PACA tend à se démarquer par un niveau largement supérieur, qu'il s'agisse d'accidents de la route (32 % de plus en 2017) ou de surdoses (17 % de plus en 2017).

**Tableau 14. Indicateurs sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illicites**

		Région PACA	France
Ventes de Stéribox (2017)	Pour 100 habitants de 15 à 74 ans	4,6	3,3
Nombre de patients théoriques traités par BHD (2017)	Pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans	241,6	209,1
Nombre de patients théoriques traités par méthadone (2017)	Pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans	84,0	118,9
Nombre de patients théoriques traités par MSO (2017)	Pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans	325,6	328,1
		Région PACA	France
Accidents mortels avec présence de stupéfiants (2017)	Pour 100 accidents mortels avec dépistage stupéfiants réalisé	29,4	22,3
Décès par surdoses (2015)	Pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans	0,7	0,6

Sources : GERS-Siannois ; Bouchara-Recordati ; Etat 4001 (DCPJ – ministère de l'Intérieur) ; ONISR ; INSERM-CépiDC

Figure 14. Comparaison des indicateurs socio-santaires drogues illicites hors cannabis



Sources : GERS-Siamois ; Boucharda-Recordati ; OCRIS ; ETAT 4001 (DCPJ – ministère de l'Intérieur) ; ONISR ; INSERM-CépiDc

## État des lieux de la prise en charge sanitaire et médicosociale

### Offre sanitaire et réseaux en addictologie

Depuis 2018, les modalités de compilation des rapports d'activités des ELSA (22 dans la région) ont changé et sont désormais transcrits dans le logiciel PIRAMIG. Les extractions ne sont pour l'instant pas disponibles à l'échelle régionale et le taux de réponses reste encore peu élevé. Le tableau des reconnaissances contractuelles en addictologie, fournis par l'Agence Régionale de Santé PACA, est néanmoins donné ci-dessous à titre indicatif. De nouvelles autorisations sont en cours et amèneront des changements dans certains départements. Les autorisations sont par ailleurs évolutives (pour les lits MCO hospitalisation complète, des lits spécifiques dédiés de niveau 1 en addictologie peuvent exister).

En 2018, tous les départements sont dotés d'au moins une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Celles-ci ne sont pour autant pas réparties sur l'ensemble des territoires de la région (des zones rurales étant peu pourvues).

**Tableau 15. Reconnaissance contractuelle en addictologie dans la région PACA en 2018**

(Source : ARS PACA)

DEPARTEMENTS	ETABLISSEMENTS	Niveau filière addicto	Consultations avancées	Hospitalisation complète	ELSA	Hopital de jour	MCO Médecine Chirurgie Obstétrique	SSR Soins de suite et de réadaptation	Psychiatrie	Sevrages complexes	Enseignement Recherche CHU
<b>4</b>	CH DE DIGNE LES BAINS	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	
	CH DES ESCARTONS DE BRIANCON	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
<b>5</b>	CHICAS GAP-SISTERON	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	SSR Chantours	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI
<b>6</b>	CHU DE NICE	(1 et) 3	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				OUI
	CH GRASSE	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH D'ANTIBES JUAN LES PINS	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH PIERRE NOUVEAU CANNES	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CLINIQUE LE CALME	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI			
	CHU APHM	(1 et) 3	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>13</b>	CH LOUIS BRUNET D'ALLAUGH	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	CLINIQUE ST BARNABE	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI
	CENTRE HOSPITALIER DE LA CIOTAT	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH SALON DE PROVENCE	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH LES RAYETTES	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH D'AUBAGNE	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH JOSEPH IMBERT - ARLES	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH EDOUARD TOULOUSE	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH MONTERRIN	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH PIERREFEU	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CLINIQUE DU REVEST TOULON	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH DRAGUIGNAN	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH TOULON LA SEYNE	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
<b>85</b>	CH JEAN MARCEL (BRIGNOLES)	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH DE FREJUS ST RAPHAEL	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH MONTFAVET	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH HENRI DUJFAUT AVIGNON	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH LOUIS GIORGI	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
<b>84</b>	CH CAVALLOIN LAURIS	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				
	CH CARPENTRAS	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI				

Par ailleurs, trois réseaux de santé thématique addictologie existent (réseau d'information, de coordination et d'appui aux professionnels) : Addiction (06), Diccadd 13 (13), Resad 84 (84). La région PACA comporte également trois réseaux de microstructures en addictologie, situés, en 2017, à Marseille (La Busserine), La Ciotat et à Aix en Provence. Cent-vingt-deux patients ont été suivis durant l'année, dont 33 avec un traitement de substitution, et 88 % présentant des troubles psychiatriques. Les motifs principaux d'inclusion des patients en 2017, présentant des addictions dans les trois microstructures, sont la consommation d'alcool, d'opiacés, et du cannabis.

## **Offre médicosociale**

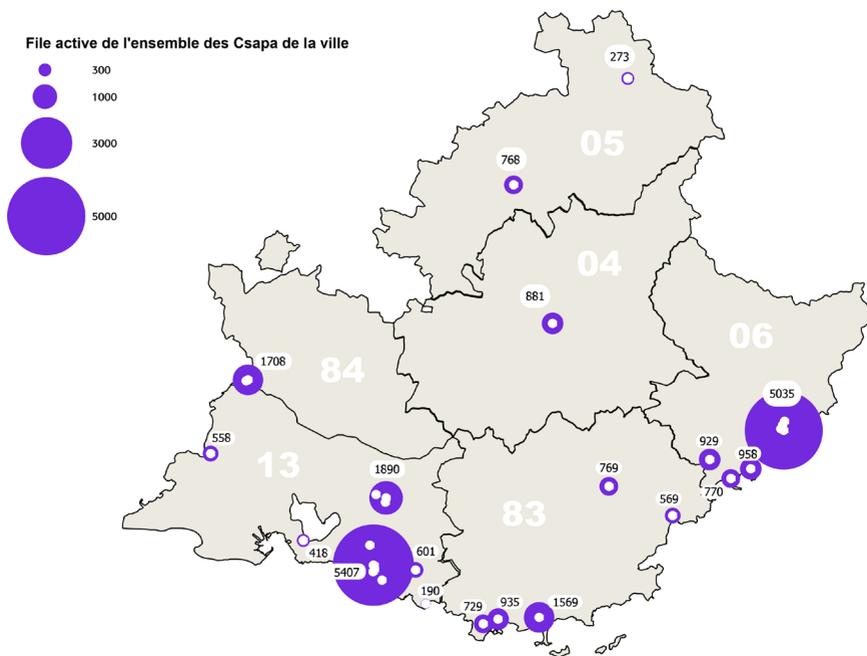
### **CSAPA**

La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie prévoit que les CSAPA transmettent chaque année un rapport d'activité aux autorités de tarification. Ce rapport est rempli conformément à un modèle type dont la dernière version a été élaborée à la fin des années 2000 dans le cadre d'un groupe de travail réuni par le ministère de la santé comprenant des représentants des professionnels intervenant dans les CSAPA. Les rapports d'activité sont transmis aux ARS, qui les transmettent à leur tour à la DGS. L'OFDT est chargé d'en exploiter les données. Il existe un rapport d'activité type différent pour les activités en ambulatoire et pour les activités d'hébergement. Les rapports d'activités comprennent une partie qui porte sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes consommatrices venues consulter ou hébergées dans un CSAPA et une partie sur les activités menées par le CSAPA. Les rapports d'activités sont transmis sous la forme de fichier Excel. Les données sont agrégées dans une base de données annuelles et exploitées à l'aide du logiciel SAS version 9.4.

### **■ Implantation et files actives des CSAPA dans la région en 2016**

La région PACA comprend 31 CSAPA en ambulatoire qui se déclarent tous généralistes à l'exception d'un, spécialisé en alcoologie. Les deux tiers sont gérés par une association et le tiers restant par un établissement de santé. Comme au plan national, sept CSAPA sur dix disposent d'une consultation jeunes consommateurs et environ un sur deux intervient en milieu carcéral. Le dispositif avec hébergement des CSAPA de la région PACA comprend un centre thérapeutique résidentiel situé à Marseille, une unité pour sortant de prison, des appartements thérapeutiques relais (environ 130 places), et des hébergements d'urgence à l'hôtel. Au total près de 400 personnes ont été hébergées dans ce dispositif en 2016.

## Carte 8. Implantation et files actives des CSAPA dans la région PACA en 2016



Source : Rapports d'activité CSAPA 2016

Tableau 16. Nombre de CSAPA en ambulatoire et nombre de patients en région PACA et en France en 2016

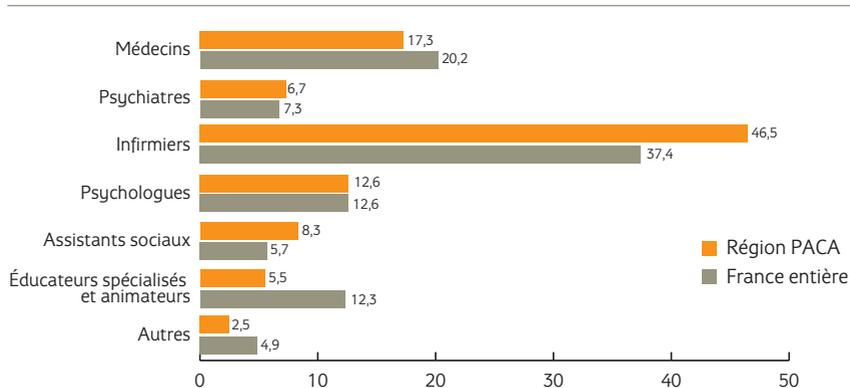
	Région PACA	France entière
Nombre de CSAPA en ambulatoire	31	375
Nombre de patients consommateurs pris en charge	24 975	308 149

Sources : Rapports d'activité CSAPA 2016

### ■ Répartition des actes patients suivant les professionnels en 2016

En ce qui concerne la répartition des actes suivant les types de professionnels impliqués, les CSAPA de la région PACA se caractérisent principalement par une proportion plus élevée qu'en moyenne d'ETP d'infirmiers et une proportion moins élevée d'ETP d'éducateurs spécialisés et d'animateurs.

Figure 15. Répartition des actes patients suivant les professionnels en 2016 (%)



Source : Rapports d'activité CSAPA 2016

### ■ Moyens en personnels et financiers

Rapporté à la population, le nombre d'ETP est plus élevé dans les CSAPA de la région PACA qu'en moyenne en France. Malgré un nombre de personnes prises en charge à population égale légèrement supérieur dans la région (69 pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans contre 64 au niveau national), le nombre de patients par ETP est plus faible en PACA qu'en moyenne (66 par ETP contre 75). Il existe néanmoins des disparités au sein de la région : le département des Alpes-Maritimes se démarque par un nombre de patients par ETP élevé (86), bien supérieur aux moyennes nationales et régionales (75 et 66). À l'opposé, la valeur de cet indicateur est dans le Vaucluse nettement inférieur à ces moyennes (49).

Tableau 17. Nombre de CSAPA en ambulatoire, nombre de patients et d'ETP en France dans la région PACA et en France en 2016

	Région PACA	France entière
Nombre de CSAPA en ambulatoire	31	375
Nombre d'ETP	378	4135
Nombre d'ETP pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	10,4	8,6
Nombre de patients par ETP	66	75

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016

## CJC

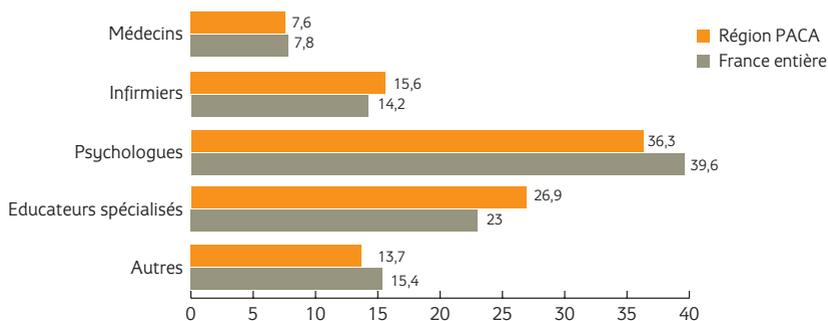
### ■ Implantation et files actives des CJC dans la région

Dans la région PACA, les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont gérées par 23 opérateurs<sup>10</sup>, des CSAPA pour la plupart. L'offre de prise en charge est à peu près également répartie entre des CSAPA hospitaliers et des CSAPA associatifs. Ces opérateurs hébergent un point de consultation principal, mais ils peuvent également mettre en place des antennes dans des communes aux alentours ainsi que des points de « consultation avancée ». Au total, 34 communes disposent de points de consultation CJC dans la région.

### ■ Moyens en personnels et financiers

Près de 30 ETP ont été consacrés à l'accueil des jeunes dans les CJC gérés par les CSAPA de la région PACA en 2016. Ce chiffre correspond à 5,3 ETP pour 100 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans, contre 3,3 au niveau national. Sur le plan de la dotation en ETP, les CJC de la région PACA se situent au-dessus de la moyenne pour l'ensemble de la France. La répartition suivant les professions se distingue quant à elle peu de la répartition nationale.

Figure 16. Répartition des ETP suivant les types d'emplois en 2016 (en %)



Source : Rapports d'activité CSAPA 2016

10. Selon les sources de l'ARS PACA.

## ■ Orientation vers les professionnels

Dans la région PACA comme pour l'ensemble de la France, la question sur l'orientation à la suite des consultations en CJC est assez mal renseignée (51 % de réponses « ne sait pas » en PACA, 58 % pour la France entière). Les CJC de la région PACA se distinguent cependant par une orientation beaucoup plus systématique qu'au niveau national vers un CSAPA (43 % contre 21 %) et moindre vers d'autres structures ou professionnels (3,4 % pour l'ensemble des autres orientations contre 22,1 % au niveau national).

## CAARUD

### **Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**

Prévu par la loi de santé du 9 août 2004, les CAARUD constituent un élément central de la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en France (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ils s'adressent à des publics vulnérables que les pratiques d'usages de substances exposent à des risques majeurs (surdoses mortelles, intoxications, transmission de maladies infectieuses, infections diverses, escarres, etc.). Les missions des CAARUD sont de prévenir et de réduire ces dommages sanitaires liés aux consommations et d'améliorer la situation sociale des usagers.

Conformément aux dispositions prévues par la circulaire du 2 janvier 2006 et arrêté du 16 janvier 2006 fixant le rapport d'activité type, les structures de réduction des risques autorisées par les administrations de l'État rendent compte de l'activité réalisée au cours de l'année au travers du rapport d'Activité Standardisé Annuel (ASA-CAARUD). Ce versant est complété par l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers vus dans les structures. Les CAARUD transmettent annuellement leur rapport d'activité à l'Agence régionale de santé (ARS). Ils sont envoyés ensuite à la DG et à l'OFDT pour traitement. L'OFDT analyse depuis 2006 les rapports d'activité des CAARUD en fonctionnement afin de suivre ce dispositif et son public (Cadet-Tairou et Dambélé, 2014 ; Chalumeau, 2010 ; Chalumeau *et al.*, 2010 ; Díaz Gómez et Milhet, 2016).

En 2016, le système de suivi national ASA-CAARUD a recensé 147 structures au total. L'exploitation des rapports d'activité a porté sur la totalité des structures en fonctionnement en France, les 141 CAARUD de l'Hexagone et les six structures implantées dans les départements d'outre-mer.

## ■ Implantation et files actives des CAARUD dans la région

**Tableau 18. Nombre de CAARUD et nombre d'usagers fréquentant le dispositif CAARUD en France et en région PACA en 2016**

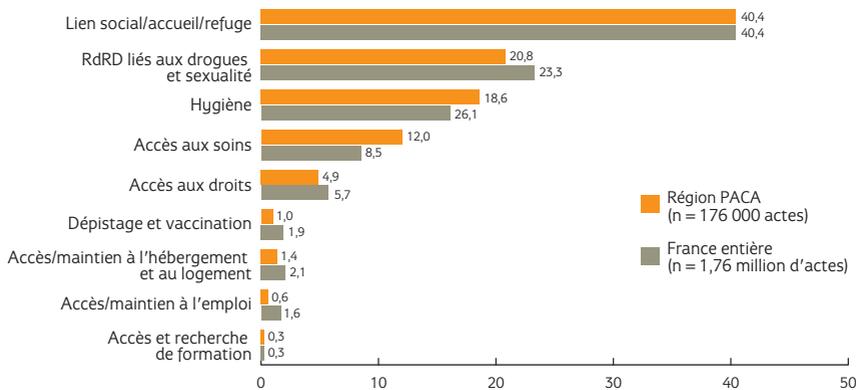
	Région PACA	France entière
Nombre de CAARUD	13	147
Nombre d'usagers accueillis par le dispositif CAARUD	7 773	79 133

Source : Rapports d'activités CAARUD 2016

La région PACA comprend 13 CAARUD, tous implantés en zone urbaine. Aucun n'est présent en milieu rural, et le département des Hautes-Alpes en est dépourvu. Les structures se trouvent en majorité dans l'aire urbaine de Marseille-Aix en Provence (pour 6 d'entre eux). 12 des 13 CAARUD ont un local, 7 ont une ou plusieurs unités mobiles (bus).

## ■ Répartition des actes patients suivant le type d'intervention

**Figure 17. Répartition des actes suivant le type d'intervention en 2016 (%)**



Source : Rapports d'activités CAARUD 2016

Les CAARUD accueillent des usagers de drogues souvent désinsérés. Ainsi, plus d'un tiers des actes, dans la région PACA (40,4 %) concerne l'accueil des usagers et la création de lien social. Les interventions de RdRD liés à l'usage de drogue et à la sexualité (prévention des pratiques à risque, récupération de matériel, risques infectieux et sanitaires...) qui sont au cœur de la mission des CAARUD représentent aussi près d'un acte sur cinq dans la région (20,8 %). S'agissant des autres modalités d'intervention,

la répartition des actes dans la région PACA se caractérise par davantage d'actes liés à l'hygiène et surtout à l'accès aux soins comparativement aux tendances nationales. L'accès au dépistage des maladies infectieuses et à la vaccination occupe une place très marginale dans les interventions (1,0 % dans la région PACA contre 1,9 % en France entière).

**Tableau 19. Distribution du matériel de RdRD par les CAARUD en 2016**

	Bouches-du-Rhône (13)	Alpes-de-Hautes-Provence (04)	Alpes-Maritimes (06)	Var (83)	Vaucluse (84)	PACA	Part (%) PACA	France entière 2016
<b>Matériel d'injection</b>								
Seringues à l'unité	230 968	12 444	136 710	25 800	47 951	453 873	9,23	4 919 516
Seringues en trousse par automates	27 342	2 382	27 564	0	2 268	59 556	14,17	420 292
Seringues en trousse par l'équipe	40 668	3 120	33 360	16 190	9 684	103 022	10,78	955 574
Seringues en trousse par le réseau de pharmacies	27 516	1 000	71 214	15 300	9 422	124 452	11,73	1 061 316
Nb total seringues distribuées	326 494	18 946	268 848	57 290	69 325	740 903	10,07	7 356 698
Aiguilles	31 557	0	74 656	44 800	3 940	154 953	39,11	396 225
Cupules stériles	101 648	5 658	59 446	13 000	22 547	202 299	8,09	2 500 971
Filtres stériles	51 123	4 206	32 916	12 700	7 243	108 188	7,01	1 543 423
Eau (fliales de 5 ml)	145 598	6 607	80 945	21 550	26 013	280 713	10,01	2 803 283
Tampons alcoolisés	35 775	2 300	88 259	17 800	25 788	169 922	5,93	2 867 332
<b>Matériel de sniff</b>								
Petits carnets de feuilles "roule ta paille"	41 515	29	4 750	20 000	7 566	73 860	11,76	627 940
Sérum physiologique	9 166	0	1 950	1 560	4 840	17 516	9,67	181 143
Autre matériel sniff	502	0	0	6 987	0	7 489	24,06	31 121
<b>Matériel pour inhalation de crack</b>								
Doseurs	0	0	500	273	0	773	0,61	126 268
Embouts	84	0	180	0	0	264	0,36	73 169
Crèmes cicatricantes	4 500	369	20 000	0	0	24 869	10,33	240 634
kits inhalation	5 710	0	1 423	0	480	7 613	26,62	28 604
<b>Matériel de prévention des IST</b>								
Préservatifs masculins	63 207	3 760	6 190	10 723	6 661	90 541	12,37	732 000
Préservatifs féminins	696	45	285	130	121	1 277	4,44	28 762
Gel lubrifiant	24 085	130	3 990	5 384	4 601	38 190	13,41	284 684
<b>Autres matériels de prévention</b>								
Ethylotests	941	102	0	8	1 569	2 620	6,10	42 980
Bouchons à oreilles	2 125	0	0	0	0	2 125	3,35	63 454
Brochures, flyers	24 547	300	2 117	400	1 625	28 989	16,93	171 195

Source : Exploitation des rapports d'activité des CAARUD 2016-2017, DGS-OFDT (à paraître)

Les CAARUD jouent un rôle central dans la mise à disposition de matériel stérile et à usage unique limitant ainsi la réutilisation et le partage des outils de consommation. À l'échelle nationale, la contribution des CAARUD à la distribution des outils de RdRD représente 7,3 millions de seringues en 2016. Dix pour cent des seringues mis à disposition des usagers de drogues a été fourni par les structures de RdRD en activité dans la région de PACA. Ce volume de seringues distribué varie fortement d'un département à un autre et est lié au nombre de structures implantées sur le territoire. Ainsi, on observe que les six structures en activité dans le département des Bouches-du-Rhône sont responsables de la distribution de plus de 300 000 seringues alors que le département le moins bien doté de la région PACA ne fournit que près de 19 000 unités aux usagers injecteurs en contact avec les équipes. S'agissant du matériel de prévention pour inhaler ou pour sniffer, la contribution des CAARUD dans la région PACA à la distribution de kits est singulièrement élevée (un quart de la distribution nationale).

#### ■ Moyens en personnels et financiers

En 2016, les actions de réduction des risques et des dommages conduites par les CAARUD de la région PACA ont mobilisé 104,4 équivalents temps plein (ETP), comprenant les ETP de bénévoles. Le nombre d'ETP par habitant est plus élevé dans la région PACA que pour l'ensemble de la France. Le rapprochement entre le nombre d'usagers et le nombre d'ETP fait apparaître un nombre de personnes accueillies dans les structures de RdRD par ETP plus faible dans la région PACA qu'au niveau national.

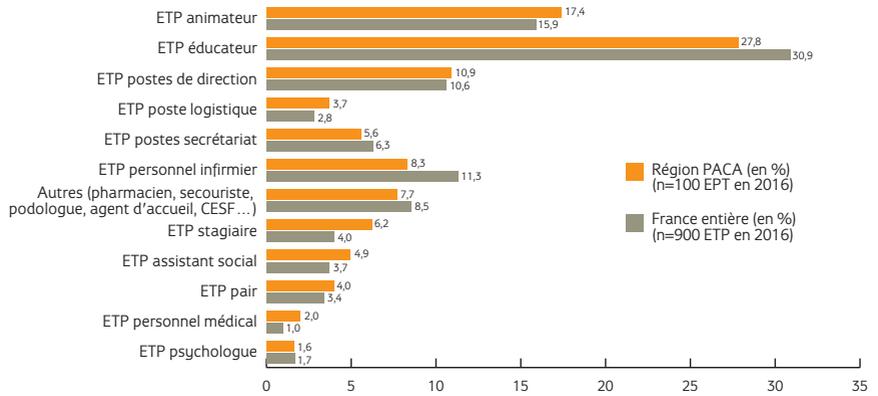
La répartition des ETP par type d'intervenant en PACA diffère quant à elle peu de celle observée pour la France entière.

**Tableau 20. Moyens en personnels (nombre de CAARUD, nombre d'usagers et d'ETP) en 2016**

	Région PACA	France entière
Nombre de CAARUD	13	1
Nombre d'ETP	104,4	910,3
Nombre d'ETP pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	2,9	1,9
Nombre d'usagers par ETP	75,5	88,1

Source: *Rapports d'activités CAARUD 2016*

Figure 18. Répartition des ETP des CAARUD par type d'intervenant en 2016



Source : Rapports d'activités CAARUD 2016

## SYNTHÈSES INFRARÉGIONALES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

---

### Alpes de Haute-Provence

Le département des Alpes de Haute-Provence est principalement rural (il est le moins urbanisé de la région), avec une topographie entraînant des problématiques de mobilité. Le relief rend difficile la desserte des vallées encaissées : les territoires les plus isolés sont situés en périphérie et dans les zones de montagne, tandis que le réseau routier constitué de routes secondaires et la desserte limitée en transports en commun renforcent les difficultés de déplacement (posant la question de l'accessibilité aux structures de prise en charge des addictions).

Le département des Alpes de Haute-Provence est par ailleurs le moins peuplé de la région : sur les 200 communes que compte le département, 185 (92,5 %) ont moins de 2000 habitants en 2014 (ORS PACA, 2019a). C'est dans les grandes villes et les zones reculées du département que la précarité est la plus élevée, et l'offre de soins est quant à elle concentrée dans les grandes villes (ORS PACA, 2019a). Les professionnels médicosociaux rapportent des difficultés s'agissant : des usages en milieu rural, difficilement observables ; des usages excessifs en lien avec les activités saisonnières (touristes, mais aussi professionnels saisonniers) :

*« Ici [Alpes de Haute-Provence] on n'a pas un public aussi précaire qu'à Marseille. Peu de gens vivent à la rue, très souvent les gens ont un logement, même provisoire. On a aussi très peu de gens qui n'ont pas d'accès aux droits. Mais beaucoup travaillent, comme saisonniers, ce qui est très précaire. Et beaucoup consomment : pendant les saisons pour tenir le coup, et en dehors des saisons pour chasser l'ennui. » (Intervenants RdR Cavailhon-Digne)<sup>11</sup>.*

---

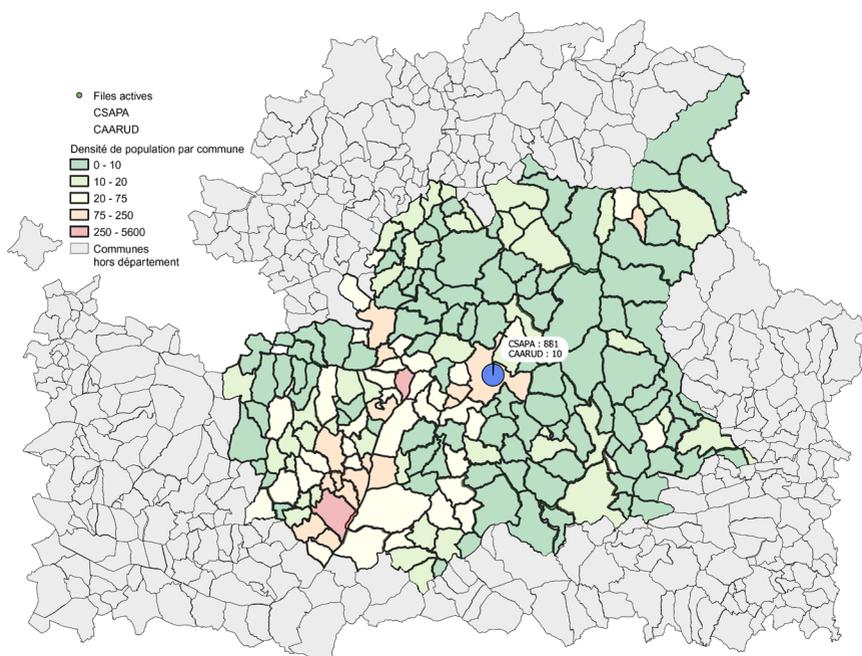
11. L'extension du dispositif TREND de l'OFDT en région PACA a fait l'objet d'une enquête exploratoire des sites ciblés pour l'élargissement, sur lesquels l'enquête sera réalisée à partir de 2019. S'y ajoutent des contacts avec des structures du Vaucluse, des Alpes-Maritimes et des Alpes-de-Haute Provence.

Tableau 21. Description du dispositif médico-social dans les Alpes de Haute Provence

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	1	1,4	9,3	10,7	881
	<i>Dont : CJC</i>	1	0,0	0,9	0,9	154
	<i>Dont : référent prison</i>	1	0,0	0,6	0,6	49
	CAARUD	1	0	2,9	2,9	11

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

Carte 9. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans les Alpes de Haute-Provence<sup>12</sup>



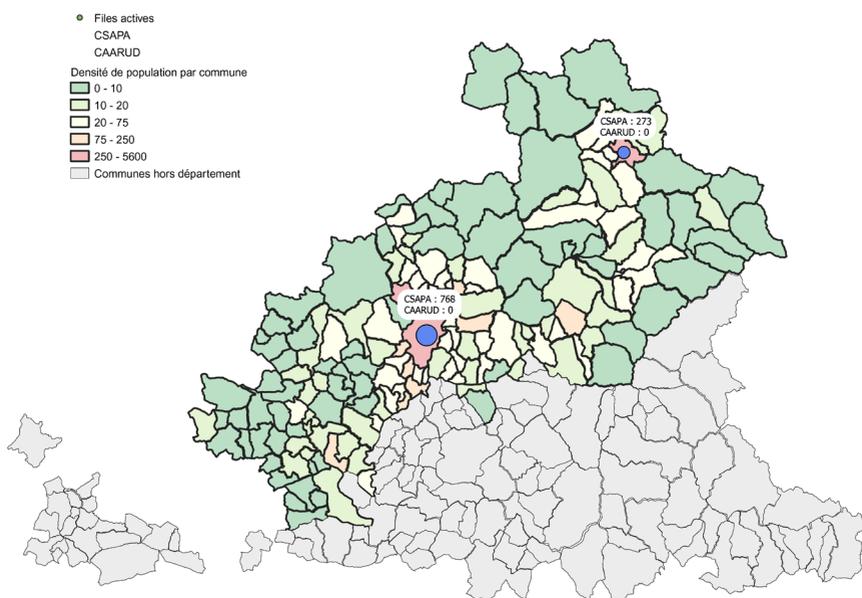
12. Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal ; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

## Hautes-Alpes

Le département des Hautes-Alpes est montagneux, à dominante rurale, peu peuplé. L'accès aux soins est impacté par des problématiques de mobilité dans la mesure où plus de la moitié des communes du département sont situées à plus de 30 minutes des principales spécialités médicales, bien que le niveau d'équipements sanitaires et médicosociaux soit élevé en proportion de son faible nombre d'habitants (ORS PACA, 2019d). La précarité et les inégalités sociales sont d'une manière générale moins marquées dans les Hautes Alpes que dans le reste de la région.

En milieu rural, des consommations problématiques d'alcool sont repérées, tout comme l'accès physique aux dispositifs. En milieu professionnel, les saisonniers constituent un public prioritaire.

Carte 10. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans les Hautes-Alpes<sup>13</sup>



13. Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

Tableau 22. Description du dispositif médico-social dans les Hautes-Alpes

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	2	2,0	14,0	16,0	1041
	<i>Dont : CJC</i>	2	1,0	2,3	3,3	245
	<i>Dont : référent prison</i>	1	0,0	0,1	0,1	58
	CAARUD	0	0	0	0	0

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

## Alpes-Maritimes

Le territoire du département des Alpes-Maritimes est contrasté en termes de relief et d'urbanisation. Il peut être décomposé en trois grandes zones géographiques :

- La bande littorale fortement urbanisée et peuplée, concentrant les deux tiers de la population du département ; où les populations les plus aisées côtoient des publics précaires et/ou en situation de vulnérabilité sociale. Les problématiques sont en lien avec les modes de vie précaires d'une partie de la population et les usages festifs de consommateurs plus aisés. Les centres villes des agglomérations du bord de mer (Nice, Cannes et Antibes principalement) accueillent des publics plus nomades : migrants du Maghreb et d'Europe de l'Est et jeunes en errance. Ces publics présentent des usages spécifiques : pratique de l'injection fréquente, détournement de médicaments, consommation de produits de moindre qualité (fortement coupés). La bande côtière est également propice à l'expression d'une scène festive commerciale (centre ancien de Nice) et plus privée (Cannes, Nice, Villeneuve-Loubet), notamment lors des événements culturels et de la période estivale. Les produits psychoactifs en circulation sont consommés dans une logique récréative, avec prises de risques majorées (partage de matériel, mode de consommation inadapté, prise de risques sexuels...).

- Le moyen-pays composé de plaines et de collines qui constitue un lieu de desserrement résidentiel.

- Le haut-pays, montagneux et plus rural, représentant 70 % du territoire mais seulement 3% de la population. C'est dans cette dernière zone que les difficultés de mobilités sont les plus importantes, avec des problématiques d'usages d'alcool en population générale peu pris en charge et une part d'usagers présentant des problématiques d'insertion et d'accès à la réduction des risques.

À l'instar d'une tendance que l'on observe à l'échelle nationale, les intervenants de Nice signalent un déploiement inédit de la vente et des consommations de cocaïne, y compris dans des milieux qui en étaient jusqu'à présent peu familiers (fêtes privées, milieux professionnels, personnes insérées...). En particulier, le réseau addiction 06 signale une augmentation des demandes liées à des consommations de NPS (nouveaux produits de synthèse) et de cocaïne par une population insérée, plutôt riche (chefs d'entreprises, milieu du spectacle...) qui consomme quotidiennement de la cocaïne et des cathinones achetés sur Internet<sup>14</sup>.

---

14. L'extension du dispositif TREND de l'OFDT en région PACA a fait l'objet d'une enquête exploratoire des sites ciblés pour l'élargissement, sur lesquels l'enquête sera réalisée à partir de 2019. S'y ajoutent des contacts avec des structures du Vaucluse, des Alpes-Maritimes et des Alpes-de-Haute Provence.

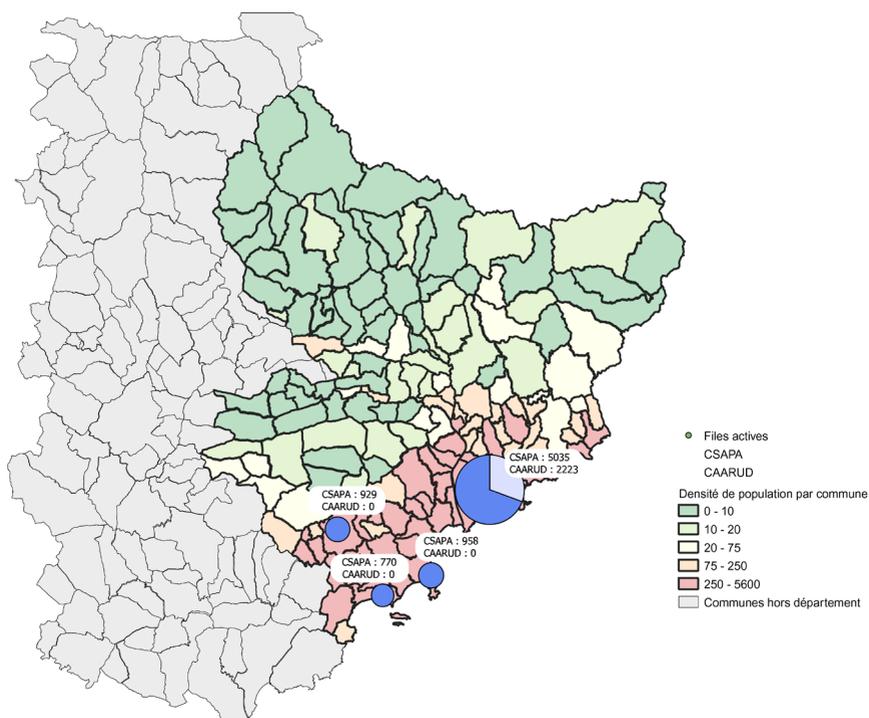
Également, certains amateurs de *chemsex* et de *slam*<sup>15</sup> signalent que les « grosses soirées », prévues plusieurs semaines à l'avance, se déroulent plutôt du côté de Nice que dans les autres villes/départements. Les produits principalement consommés en *chemsex* sont les cathinones, la cocaïne, la MDMA, le GHB, le poppers et le Viagra®.

**Tableau 23 Description du dispositif médico-social dans les Alpes-Maritimes**

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	8	15,8	74,0	89,8	7692
	Dont : CJC	4	0,4	1,6	2,0	354
	Dont : référent prison	2	0,08	0,26	0,34	376
	CAARUD	2	0,2	21,7	21,9	2 285

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

**Carte 11. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans les Alpes-Maritimes<sup>16</sup>**



15. Le *chemsex* est une pratique consistant à consommer des produits psychotropes en contexte sexuel ; le *slam* désigne, dans ce même contexte sexuel, l'injection intraveineuse de produits de type psychostimulants. Cette consommation de produits psychotropes a pour visée d'accompagner les pratiques sexuelles, les stimuler, et/ou augmenter les performances.

16. Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal ; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

## Bouches-du-Rhône

Le territoire des Bouches-du-Rhône est fortement urbanisé, notamment autour de l'agglomération marseillaise et du Pays d'Aix qui concentrent la moitié de la population du département. Ce dernier est aussi le plus peuplé de la région et celui, avec le Vaucluse, où la pauvreté et les inégalités sociales sont les plus marquées. Un habitant sur six vit dans un quartier prioritaire, tandis que le taux de chômage est le plus élevé de la région (ORS PACA, 2019c).

Concernant les trafics, la position proche du Maghreb a favorisé l'implantation et la vitalité d'un large marché de la résine de cannabis en provenance du Maroc, notamment à l'intérieur des quartiers populaires marseillais (Noailles, quartiers nord de Marseille...). Cette large implantation a été assez rapidement à l'origine d'une concurrence extrême entre bandes rivales qui s'est traduit par les séries de violence et de règlements de comptes, bien avant qu'ils n'émergent dans les autres métropoles régionales. En outre, le démantèlement des réseaux dans certains quartiers aggrave paradoxalement cette situation en engendrant les guerres pour la reprise d'un « plan » ; certains points de vente pouvant engendrer jusqu'à 35 000 euros de chiffres d'affaires par jour (Gandilhon, 2016).

En milieu urbain, les problématiques de consommation et de précarité se retrouvent à travers deux types profils : certains, le plus souvent précaires, ont une grande ancienneté dans la pratique et sont peu mobiles. Ils ont un usage assez restreint de produits illicites mais très orienté vers les médicaments psychotropes et l'alcool. D'autres, plus jeunes, sont davantage proches des modes de vie alternatifs, avec des produits consommés se tournant plutôt vers les stimulants ou les hallucinogènes.

Le milieu festif concerne quant à lui l'ensemble du département et les lieux proposant de la musique techno en festif commercial ou alternatif sont nombreux. Plusieurs professionnels de la prévention sont actuellement engagés dans un programme de prévention et de réduction des risques « Plus Belle la Nuit », géré par l'association Bus 31/32.

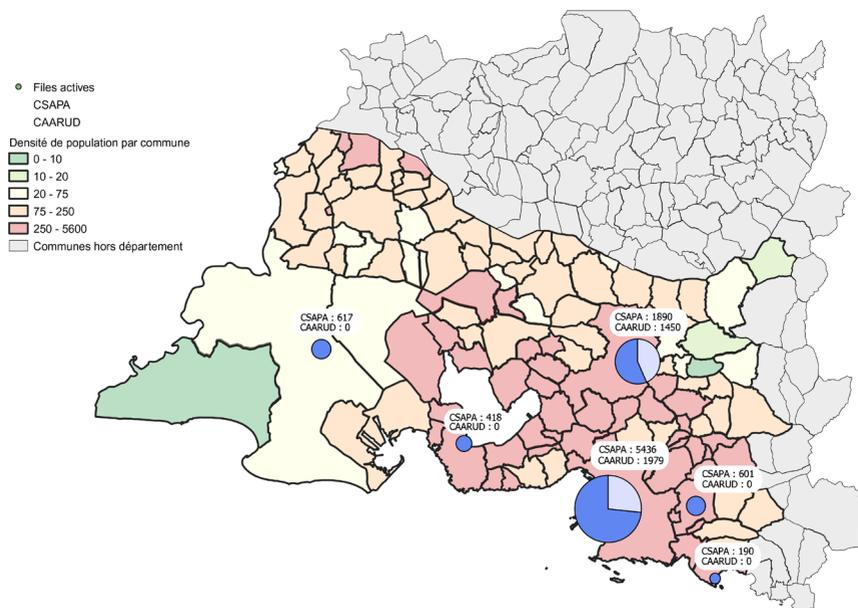
S'agissant des produits, l'OFDT signalait dès 2010 le site marseillais comme atypique du fait de l'importance des usages locaux de médicaments psychotropes non opiacés : benzodiazépines, antiparkinsoniens (Artane® ou Akineton®), peu présents ailleurs en France métropolitaine, mais également Ritaline®, médicament amphétaminique dont la prescription est réglementairement restreinte. Le détournement de la Ritaline® parmi les usagers de drogues précaires reste aussi une spécificité du sud-est de la France (région de Marseille et de Nice), depuis son émergence en 2004.

**Tableau 24. Description du dispositif médico-social dans les Bouches-du-Rhône**

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	13	20,6	166,9	187,5	9167
	<i>Dont : CJC</i>	7	0,7	13,7	14,4	1128
	<i>Dont : hébergement<sup>17</sup></i>	2	0,1	28,3	28,4	103
	<i>Dont : référent prison<sup>18</sup></i>	5	0,5	2,8	3,3	793
	CAARUD	6	1,6	65,2	66,8	4249

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

**Carte 12. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans les Bouches-du-Rhône<sup>19</sup>**



17. 1 Centre thérapeutique résidentiel (La Corniche) et 1 centre d'hébergement d'urgence et de transition (Mas Thibert).

18. Pour tous les départements : les chiffres se réfèrent à l'activité des CSAPA en milieu pénitentiaire (dans le 13, 5 CSAPA ont fourni des chiffres sur le nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire) et sur les nombres d'ETP consacrés à ces interventions.

19. Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal ; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

## Var

Le département du Var se décompose en trois grandes zones géographiques :

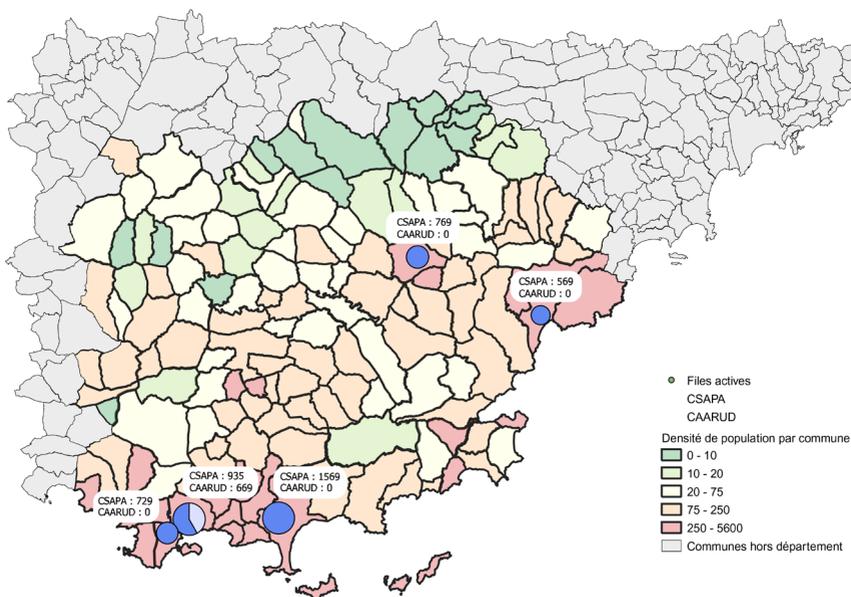
- La frange littorale sud du département, très urbanisée. On y compte de nombreux territoires en politique de la ville, et une bande côtière favorable aux affluences estivales et aux manifestations festives grands publics et privées (clubs, plages privées...). Ces deux espaces sont des lieux de consommation qui nécessitent des interventions spécifiques et adaptées aux différents types de publics (saisonniers, touristes...).
- Une zone péri-urbaine. L'accélération de la périurbanisation engendre une progression massive des espaces urbanisés et contribue à la fragmentation des espaces naturels et agricoles.
- Un arrière-pays plus rural, où se déroulent les manifestations festives alternatives. Les acteurs de la réduction des risques en milieu festif sont peu nombreux et manquent de moyens pour aller vers les publics.

**Tableau 25. Description du dispositif médico-social dans le Var**

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	5	10,1	57,8	67,9	4571
	<i>Dont : CJC</i>	4	0,1	6,9	7,0	275
	<i>Dont : référent prison</i>	2	0,5	4,0	4,5	582
	CAARUD	2	0	6,8	6,8	943

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

### Carte 13. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans le Var<sup>20</sup>



20. Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal ; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

## Vaucluse

Le territoire du Vaucluse est contrasté sur le plan topographique. Il comporte des zones urbaines et rurales, des plaines, des plateaux et des territoires de montagne, avec des difficultés d'accès aux soins dans les zones rurales et montagneuses et une offre de soins se situant principalement aux alentours d'Avignon. Le département est essentiellement jeune, et les revenus sont particulièrement faibles dans les zones urbaines en frontière avec les Alpes de Haute-Provence. Le milieu rural vauclusien présente globalement les mêmes caractéristiques que le milieu rural des autres départements de la région PACA (ORS PACA, 2019f), avec des consommations d'alcool importantes et des usagers avec des difficultés d'accès aux matériels et aux conseils de réduction des risques. Comme dans les Bouches-du-Rhône, les intervenants rencontrés dans le Vaucluse<sup>21</sup> signalent une dégradation de l'état sanitaire des usagers de drogues : des personnes en situation de grande précarité, dont les consommations prédominantes sont des polyconsommations parfois massives, entre-autres de médicaments détournés.

Par ailleurs, le phénomène d'expansion des consommations de cocaïne sous forme basée se poursuit dans la région, comme le signalent plusieurs CAARUD, notamment le CSAPA-CAARUD d'Avignon : *« Il y a de nouvelles pratiques de cocaïne basée par des gens qui n'avaient jamais basé et qui se mettent à baser depuis qu'ils sont en AT (appartements thérapeutiques). Est-ce par influence au sein des AT ou plus globalement une pratique de basage qui se diffuse ? (...) ils disent bien qu'ils sont dans une autre recherche, et que le basage, de cocaïne mais aussi de Subutex, répond à leurs attentes ; alors qu'ils ne faisaient que sniffer le Subutex ou la cocaïne. Et une de ces personnes, c'est une rencontre qui l'a amenée à baser. Toujours à l'ammoniaque, on a retrouvé des casseroles. (...) Notamment via un couple qui est passé par les AT. Cette année ça fait la sixième personne qui nous dit avoir appris à baser avec eux. »* (Duport, 2019 à paraître).

---

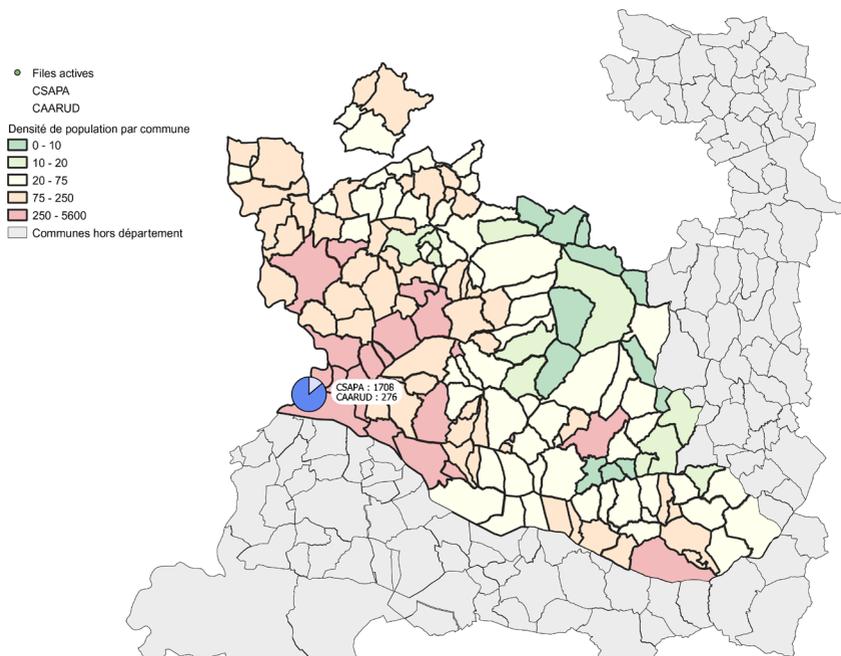
21. L'extension du dispositif TREND de l'OFDT en région PACA a fait l'objet d'une enquête exploratoire des sites ciblés pour l'élargissement, sur lesquels l'enquête sera réalisée à partir de 2019. S'y ajoutent des contacts avec des structures du Vaucluse, des Alpes-Maritimes et des Alpes-de-Haute Provence.

**Tableau 26. Description du dispositif médico-social dans le Vaucluse**

Type	Structures	Nb d'unités	ETP médicaux	ETP non médicaux	Total ETP	File active
Médico-social	CSAPA	2	3,0	31,6	34,6	1708
	<i>Dont : CJC</i>	2	0,0	1,9	1,9	157
	<i>Dont : référent prison</i>	2	0,0	0,8	0,8	240
	CAARUD	2	0,2	5,8	6,1	285

Source : Rapports d'activités CSAPA 2016 / Rapports d'activités CAARUD 2016

**Carte 14. Implantation et files actives CSAPA/CAARUD dans le Vaucluse<sup>22</sup>**



22 Pour les CSAPA, toutes files actives confondues (y compris CJC et pénitentiaire) sur le territoire communal ; pour les CAARUD, les files actives en local et en unité mobile (dont les interventions peuvent dépasser le territoire communal).

## ANNEXES \_\_\_\_\_

**Références bibliographiques** 66

**Sigles** 69

## Références bibliographiques

**Sites accessibles au 24/07/2019, publications de l'OFDT disponibles sur <https://www.ofdt.fr/>**

ARS PACA (2018a) [Cadre d'orientations stratégiques 2018-2028](#). Marseille, Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côtes-d'Azur, 20 p.

ARS PACA (2018b) [Schéma régional de santé 2018-2023](#). Marseille, Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côtes-d'Azur, 375 p.

Bertrand J., Charles J.-C. (2018) [Baromètre Social 2017](#). Les cahiers du DROS, n° 20, 16 p.

Cadet-Taïrou A., Dambélé S. (2014) Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. Saint-Denis, OFDT, 51 p.

Cadet-Taïrou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S. (2018) Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015. Résultats de l'enquête nationale 2015 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (ENa-CAARUD). Saint-Denis, OFDT, 56 p.

Chalumeau M. (2010) Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Chalumeau M., Stawinski A., Toufik A., Cadet-Taïrou A. (2010) Les CAARUD en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Díaz Gómez C., Milhet M. (2016) Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*, OFDT, n° 113, 6 p.

Duport C. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Marseille en 2017, *Addiction Méditerranée* ; OFDT, 107 p.

Duport C. (2019 à paraître) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Marseille en 2018, *Addiction Méditerranée* ; OFDT.

Gandilhon M. (2016) Les jeunes dans les trafics de drogues illicites. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 103-106.

Gandilhon M., Cadet-Taïrou A. (2015) Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponse publique. *Tendances*, OFDT, n° 104, 4 p.

Obradovic I. (2015) Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». *Tendances*, OFDT, n° 101, 8 p.

ORS PACA (2019a) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Alpes de Haute-Provence - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 20 p.

ORS PACA (2019b) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Alpes Maritimes - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 22 p.

ORS PACA (2019c) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches du Rhône - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 20 p.

ORS PACA (2019d) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Hautes Alpes - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 20 p.

ORS PACA (2019e) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département du Var - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 20 p.

ORS PACA (2019f) [Portrait socio-sanitaire et environnemental du département du Vaucluse - 2018](#). Marseille, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, SIRSéPACA, 16 p.

Palle C., Rattanatray M. (2018) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 109 p.

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre santé (2018) [La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 14-15, p. 265-273.

Protais C., Díaz Gómez C., Spilka S., Obradovic I. (2016) Évolution du public des CJC (2014-2015). *Tendances*, OFDT, n° 107, 4 p.

Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2019) [La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 89-97.

Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A. (2018a) Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017. Saint-Denis, OFDT, 54 p.

Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S. (2018b) Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*, OFDT, n° 123, 8 p.

Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. (2018c) Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances*, OFDT, n° 128, 6 p.

Zurbach E. (2013) Les usages de drogues en milieu rural - le site de Pertuis, capitale du pays d'Aigues (non publié), *TREND Marseille*, 30 p.

## Sigles

<b>API</b>	Alcoolisation ponctuelle importante
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASA-CAARUD</b>	Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD
<b>CAARUD</b>	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
<b>CépiDc</b>	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CJC</b>	Consultation jeunes consommateurs
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>DCPJ</b>	Direction centrale de la police judiciaire
<b>DGDDI</b>	Direction générale des douanes et des droits indirects
<b>DGPN</b>	Direction générale de la police nationale
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>ELSA</b>	Equipe de liaison et de soins en addictologie
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>ENa-CAARUD</b>	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
<b>ESCAPAD</b>	Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée défense et citoyenneté
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>HDJ</b>	Hôpital de jour
<b>ILS</b>	Infraction à la législation sur les stupéfiants
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
<b>JDC</b>	Journée défense et citoyenneté
<b>LSD</b>	Diéthylamide de l'acide lysergique
<b>MDMA</b>	Méthyl-dioxy-méthylamphétamine
<b>OCRTIS</b>	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
<b>ODICER</b>	Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions
<b>OFDT</b>	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
<b>ONISR</b>	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de Santé
<b>PACA</b>	Provence-Alpes-Côte-D'azur
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>RDR</b>	Réduction des risques
<b>RdRD</b>	Réduction des risques et des dommages
<b>RECAP</b>	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>SDF</b>	Sans domicile fixe
<b>TREND</b>	Tendances récentes et nouvelles drogues
<b>TSO</b>	Traitement de substitution aux opiacés
<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

Ce portrait de territoire, conçu par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), propose un état des lieux complet des consommations de substances psychoactives et de l'offre médico-sociale dans le champ des addictions observées dans la région PACA en 2017.

Il s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles les plus récentes : enquêtes en population générale, statistiques administratives, enquêtes auprès des professionnels des dispositifs d'accueil et de soins aux personnes souffrant d'addictions (CSAPA, CAARUD, consultations jeunes consommateurs) et dispositif TREND.



Conception graphique et mise en page - Frédérique Million (OFDT)

Copyright photos en couverture : © Estherpoon / © glorcza / © saboniser / © redkoala - Fotolia.com

ISBN : 979-10-92728-32-3