



# Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

**AUBE** 

### **Objectifs**

Réaliser un état des lieux territorial addictologique par département et notamment sur :

- Les spécificités du territoire (en terme d'indicateurs, de consommation, de problématique particulière),
- D'offre de prise en charge du territoire (prévention, sanitaire, médicosociale),
- D'actions spécifiques mises en œuvre (ex : projet dans le cadre d'un appel à projet (AAP), actions expérimentales),
- Eventuels manques ou difficultés repérés.

#### Au sein de cette fiche :

- Quelques indicateurs socioéconomiques
- Des indicateurs en lien avec les troubles addictifs et par type de produits issus de l'exploitation de données
- Des informations qualitatives issues de la consultation d'acteurs

#### Méthodes

#### Recueil, extraction et traitement de bases de données comme :

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (ATIH-PMSI MCO).
- Baromètre Santé de Santé publique France (SpF).
- Inquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD).
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).
- / Institut national de la santé et de la recherche médicale- centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (Inserm-CépiDC).
- Observatoire français des drogues et des tendances addictives (Ofdt).
- Système National des Données de Santé (SNDS)- cartographie des pathologies (version V8). Détails complémentaires en page 2 pour ces indicateurs issus du SNDS et données de Consommation Inter-Régimes (DCIR).

#### Consultation d'acteurs par entretien téléphonique et visioconférence :

- Points de vue complémentaire aux données quantitatives (ressenti de terrain),
- Prise en charge (et actions de prévention),
- Relations partenariales,
- Ressources humaines et financements,
- Addictions sans substances.

#### Méthodologie

La totalité des acteurs de l'addictologie répertoriés dans l'annuaire GEA ont été contactés entre janvier et juillet 2023 (sur la base d'une extraction datant de janvier 2023). Une à deux relances par mail puis par téléphone ont été effectuées. Les acteurs de terrain composant l'échantillon final sont ceux qui ont répondu par la positive à notre demande d'entretien.

Ainsi **67 entretiens ont été effectués sur le Grand Est dont trois en Aube.** Un entretien pouvait réunir un ou plusieurs acteurs d'une même structure potentiellement porteuse de différents dispositifs. Un entretien a été incrémenté sur 3 territoires car les dispositifs portés par la structure concernée sont sur différents territoires. Ainsi l'addition du nombre d'entretiens présentés sur l'ensemble des fiches du Grand Est n'est pas égal à 67 mais à 69 entretiens. Des éléments complémentaires sur l'échantillon sont disponibles page 19.

Echanges avec les délégations territoriales des ARS : pour contextualiser les données et certains propos de la consultation des acteurs.





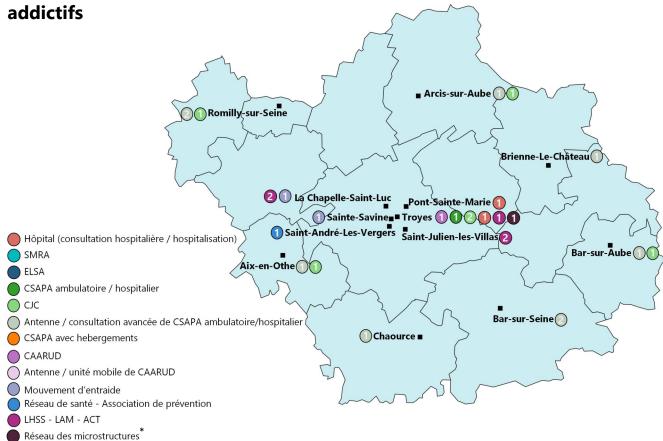
Taux standardisé	Taux pour 100 000 habitants standardisés sur la pyramide des âges de la France entière au 1 <sup>er</sup> janvier 2006. L'ensemble des taux est standardisé dans le document, sauf mention contraire. Les taux standardisés autorisent des comparaisons entre territoires qui n'ont pas la même structure d'âge de leur population et entre périodes. Les taux standardisés ne sont pas calculés lorsque l'effectif est inférieur à 20. Les taux sont calculés <b>selon le lieu de résidence</b> des personnes.
Secret statistique	Les nombres de cas ne sont pas indiqués lorsqu'ils sont inférieurs à 10.
Significativité	Les tests de significativité sont réalisés au seuil de 95 % par rapport au Grand Est pour les départements et par rapport à la France métropolitaine pour le Grand Est. La significativité statistique des évolutions entre périodes a également été testée.

## **Description des indicateurs quantitatifs**

Tous ces indicateurs sont calculés selon le lieu de résidence des personnes

	DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES				
Indice de vieillissement	L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les même proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il e favorable aux personnes âgées.				
Indice de défaveur sociale	La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (French Deprivation Index). Les valeurs les plus élevées du Fdep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation).				
	DONNÉES ISSUES DE L'ATIH-PMSI (MCO)				
Patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool	L'indicateur comprend la liste des codes CIM10 (Classification internationale des maladies) utilisés pour identifier les personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'usage d'alcool soit les codes suivants : E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, O354, P043, Q860, R780, Z502, Z714, Z721 issus de l'article « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », BEH 2015/24-25				
Patients hospitalisés pour un usage de drogue	L'indicateur comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. I Cf. Classification CIM 10 : <a href="https://icd.who.int/browse10/2008/fr">https://icd.who.int/browse10/2008/fr</a>				
	DONNÉES ISSUES DE L'INSERM-CÉPIDC				
Mortalité liée à l'alcool	L'indicateur comprend les décès liées aux : « tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx », « tumeur maligne de l'œsophage », « psychose alcoolique et alcoolisme », « cirrhose alcoolique ou sans précision (S.P) du foie ».				
Mortalité liée au tabac	L'indicateur comprend : « Cancer de la trachée, des bronches et du poumon », « Cardiopathie ischémique », « Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ».				
Mortalité par surdose	L'indicateur comprend les codes CIM-10 suivant : F11-F12 ; F14-F16 ; F19, X42, X62, Y12.				
	DONNÉES ISSUES DU SNDS - DCIR				
Patients traités pour un trouble addictif	Nombre de personnes ayant un séjour hospitalier ou une prise en charge à 100 % (en affection de longue durée - ALD) pour un trouble addictif.				
Patients traités pour une addiction liée à l'alcool	L'indicateur comprend les personnes en ALD (au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR) (affection morbide principale (MMP), affection étiologique (AE) ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.				
Patients traités pour une addiction liée au tabac	L'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac <b>et/ou</b> les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.				
Patients traités pour une addiction liée au cannabis	L'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du cannabis, <b>et/ou</b> les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.				
Patients traités pour une addiction liée aux autres substances	L'indicateur comprend les Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis), <b>et/ou</b> personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.				
Bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique	L'indicateur comprend les bénéficiaires ayant eu un remboursement pour un médicament de classe ATC N07-BA-01 et N07-BA-02 (substituts nicotiniques). Cela inclut les patchs nicotiniques.				
Bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés	L'indicateur comprend les personnes ayant eu un remboursement pour un médicament de classe ATC N07BC (substitut aux opioïdes) délivré en pharmacie.				

29 lieux de mises en œuvre recensés pour la prise en charge des troubles



SMRA = Soins médicaux et de réadaptation en addictologie

ELSA = équipe de liaison

CSAPA = centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CJC = consultation jeune consommateur

CAARUD = centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

LHSS = Lit halte soins santé ; LAM = lit d'accueil médicalisé ; ACT = appartements de coordination thérapeutique. Ces structures ne sont pas spécifiques pour la prise en charge addictologique. Néanmoins, un certains nombre de personnes souffrant d'un trouble addictif est pris en charge par ce type de structure.

\*Le réseau de microstructure porte 2 microstructures sur le département

Source: Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

#### Nombre et taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants dans l'Aube (et en **Grand Est)**

	Nombre de lieux de mises en œuvre (Grand Est)	Taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans (Grand Est)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ambulatoire/hospitalier)	1 (29)	0,4 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	9 (116)	4,0 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	0 (13)	0,0 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	6 (93)	11,0* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	1 (14)	0,4 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	0 (21)	0,0 (0,5)
Microstructure en addictologie	2 (41)	0,9 (1,0)
Halte Soins Addictions (anciennement Salle de consommation à moindre risques)	0 (2)	0,0 (0,0)
Service hospitalier (hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, consultation hospitalière, hospitalisation de jour)	2 (54)	0,9 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	0 (22)	0,0 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	0 (5)	0,0 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	0 (7)	0,0 (0,2)
Association de prévention	1 (13)	0,4 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	2 (74)	0,9 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	5 (48)	2,2 (1,2)

œuvre

autre.

réalisé.

La DT10

calculés gauche n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un

Les taux de lieux de mises en

Dans le cadre de cette étude, la DT ARS de l'Aube a été contactée mais aucun entretien n'a été

\*nombre de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 12-25 ans

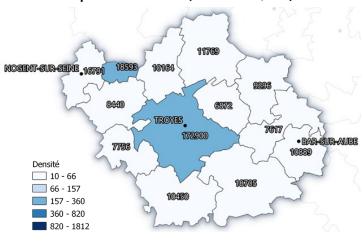
Source: Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

10

### L'Aube un département :

- / Rural, avec une densité de population moins importante qu'en Grand Est (51,7 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- / Plus vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 88,3 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté plus élevé qu'en Grand Est (16,3 % vs 14,7 % en région en 2019).

# Densité de population et nombres d'habitants en 2019 par EPCI de l'Aube (en habitants/km²)



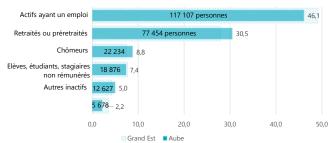
Source: Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

# Nombre d'habitants et part des 15-29 ans (%) et des 65 ans et plus dans l'Aube, le Grand Est et la France métrop. en

2019						
	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus			
Aube	310 242	52 738 (17 %)	66 541 (21 %)			
Grand Est	5 556 219	975 101 (18 %)	1 107 379 (20 %)			
France métrop.	65 096 768	11 387 134 (17 %)	13 042 259 (20 %)			

Dans l'Aube, 17 % des habitants ont entre 15-29 ans et 21 % ont 65 ans et plus.

#### Part de personnes selon le type d'activité dans l'Aube et en Grand Est en 2019 (en %)



#### Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019 Indice de vieillissement 2019

Taux de pauvreté en 2019

Aube : 0,1 %

Grand Est : 0,0 %

France métrop. : 0,3 %



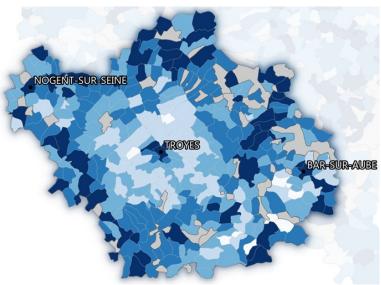
88,3 86,2 83.8



16,3 % 14,7 %

14,5 %

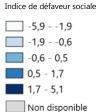
# Représentation de l'indice de défaveur sociale en 2019 par commune



Source : Insee (recensement), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi), exploitation ORS Grand Est

#### **Notes**

La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (French Deprivation Index). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation).



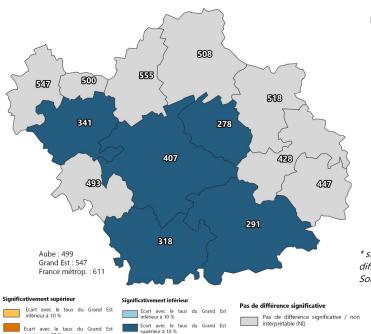
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Aube

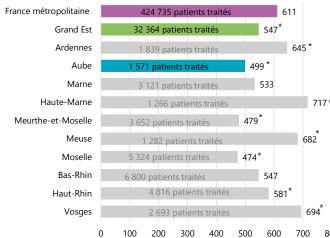
# **MADDICTIONS: QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Les deux prochaines pages (5 & 6) présentent des informations générales sur la prise en charge addictologique dans le département de l'Aube. Les pages suivantes (7 & suivantes) présenteront des indicateurs par type de produits (alcool, tabac, cannabis et autres substances).

### 1 571 patients traités pour au moins un trouble addictif en 2019

Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour au moins un trouble addictif en 2019





\* statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de la France métropolitaine pour le Grand Est

Source : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

- Le taux de patients traités pour au moins un trouble addictif est de 499 pour 100 000 habitants dans l'Aube. Il est inférieur à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants) (différence statistiquement significative).
- Cinq EPCI de l'Aube ont un taux statistiquement plus faible par rapport au Grand Est, mais à noter que les effectifs de ces derniers sont assez faibles (de 20 à 36 patients traités).

### En 2019, des troubles addictifs liés à :



ALCOOL

1 174 patients



**TABAC** 

349 patients

Source: SNDS - cartographie des pathologies (G8); exploitation ORS Grand Est

#### **Notes**

La prise en charge d'une personne ayant des troubles addictifs repose généralement sur l'association d'un traitement médicamenteux, d'un suivi psychologique individuel et collectif et d'un accompagnement social.

Dans le cadre des statistiques présentées ici, seules les personnes ayant un séjour hospitalier ou une prise en charge à 100 % (en affection de longue durée - ALD) pour un trouble addictif sont repérées. Il s'agit d'une petite partie de l'ensemble des personnes ayant un trouble addictif. L'indicateur est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

Un patient peut en revanche être traité pour plusieurs substances (polyconsommation). Ceci explique la différence entre le nombre total de patients traités pour au moins un trouble addictif et la somme de patients traités pour troubles addictifs liés à chaque produit.



**CANNABIS** 

82 patients



**AUTRES SUBSTANCES** 

207 patients

Ces chiffres mêmes s'ils sont sous-estimés permettent de comparer les territoires entre eux et les différentes périodes.

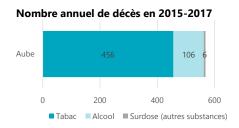
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre et pratiques de prises en charge.



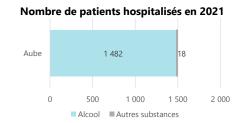
# ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

# L'alcool, le produit engendrant le plus de prise en charge pour des troubles addictifs parmi le tabac, le cannabis et les autres substances

- / Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (1 482 patients dans l'Aube), alors que seuls 18 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (456 décès par an).



Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est



Source: SNDS - PMSI-MCO; exploitation ORS Grand Est

#### Ce qu'en disent les acteurs de terrain

La mortalité par surdose (autres substances) est sous-estimée en lien avec la manière dont les surdoses sont déclarés. En effet, en cas de suspicion de décès par surdose, le médecin qui remplit le certificat de décès peut en cocher l'obstacle médico-légal. Un officier de police judiciaire doit alors venir sur les lieux et prévenir le parquet qui décidera de la suite à donner à l'enquête. Le recueil des données est essentiellement conditionné par les pratiques des procureurs, des médecins légistes et des experts toxicologues .

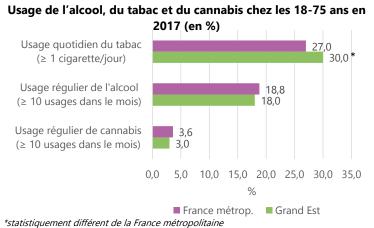
Ofdt. Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France. Janv. 2017

# Une prise en charge médico-sociale assurée par le CSAPA et le CAARUD du département (cf. plus de détails page 18)

- / Un peu plus de 2 340 patients ont été pris en charge par le CSAPA ambulatoire de l'Aube en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (5 patients sur 10).
- / Dont un peu moins de 420 jeunes au sein des 6 sites de CJC de l'Aube, principalement pour une prise en charge liée au cannabis (4 jeunes sur 10).
- / Au sein du CAARUD, un peu plus de 130 usagers ont été vus au sein du local principal/antennes pour un peu plus de 940 passages/contacts.

## DES DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

# Un usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans en Grand Est plus important qu'en France métropolitaine et un usage régulier de l'alcool et du cannabis similaire à la France métrop.



Source : Baromètre santé 2017 de SpF ; exploitation ORS Grand Est

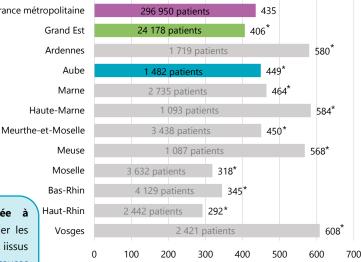
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métropolitaine).
- / A noter : <u>l'enquête ESCAPAD 2022</u> a montré chez les jeunes de 17 ans une baisse de tous les usages de drogues depuis la précédente enquête de 2017.

Grand Est



### 1 482 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 68 patients de 15-29 ans et 526 de Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients hospitalisés en MCO pour une pathologie liée à l'alcool en 2021 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 449 pour 100 000 France métropolitaine habitants statistiquement plus élevé qu'en région (406 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -8,2 % depuis 2016 (évolution significative).
- Des disparités très fortes au niveau des départements des pratiques d'hospitalisations variables?



\* statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de la France métropolitaine pour le Grand Est Source: Atih-PMSI (MCO), exploitation ORS Grand Est

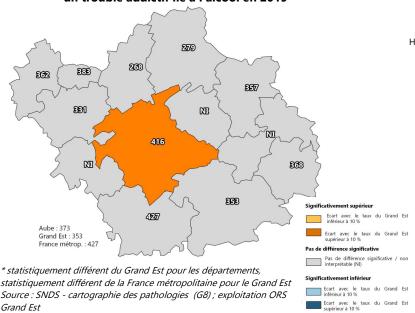
#### **Notes**

L'indicateur patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool comprend la liste des codes CIM10 utilisés pour identifier les personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'usage d'alcool iissus de l'article suivant : « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », BEH 2015/24-25. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

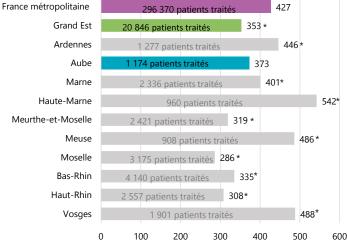
## 🔈 1 174 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

- Dont 133 patients de 15-29 ans et 238 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 373 pour 100 000 habitants non statistiquement différent de la région (353) mais un taux plus élevé dans la CA Troyes Champagne Métropole (416).
- En augmentation de +4,8 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).

#### Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019



#### Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019



#### **Notes**

#### l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR) (affection morbide principale (MMP), affection étiologique (AE) ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

Patients traités pour une addiction liée à l'alcool :

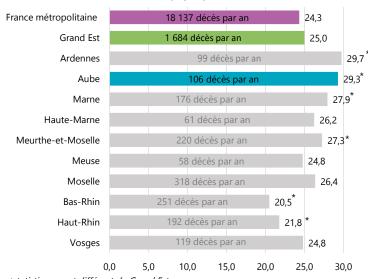
La différence entre ces deux indicateurs (patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool et patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool) provient du fait que le 1er indicateur comprend les codes CIM-10 suivants E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, O354, P043, Q860, R780, Z502, Z714, Z721 tandis que le 2nd indicateur comprend le code CIM-10 F-10.





### 106 décès annuels liés à l'alcool sur la période 2015-2017

# Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de décès liés à l'alcool en 2015-2017



\*statistiquement différent du Grand Est Source : Inserm - CépiDC; exploitation ORS Grand Est

- Taux standardisé de 29,3 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -5,2 % par rapport à 2012 -2014 (différence statistiquement non significative).
- Aucun EPCI de l'Aube n'a un nombre de décès annuels supérieur à 10 sur la période 2015-2017.

#### **Notes**

L'indicateur **Mortalité liée à l'alcool** comprend les décès liées aux : « tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx », « tumeur maligne de l'œsophage », « psychose alcoolique et alcoolisme », « cirrhose alcoolique ou sans précision (S.P) du foie ». Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

# 48 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 23 décès annuels moyens sur les années 2017-2019-2021 (266 en Grand Est ; 3 212 en France métropolitaine).
- Part de personnes tuées dans un accident avec un conducteur alcoolisé plus élevée par rapport au Grand Est (mais effectif assez faible).
- En augmentation alors que dans le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans l'Aube).

Part moyenne dans la mortalité des personnes tuées dans un accident avec un conducteur alcoolisé entre 2013-2017 et 2017-2021

	2013-2017	2017-2021
Aube	36 %	48 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

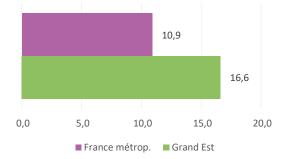
Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière



## DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

### Un taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique plus élevé en Grand Est

Taux brut d'interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants de 15-74 ans en Grand Est et en France métrop. en 2017

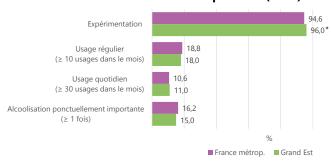


Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- Augmentation en Grand Est de +21,2 % par rapport à 2015 (vs +1,9 % en France métropolitaine).
- Les données administratives telles que les interpellations pour ivresse sur la voie publique, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici de la présence d'individus en état d'ivresse sur la voie publique, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

### Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

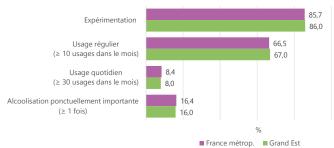
Usage de l'alcool à l'âge adulte (18-75 ans) en 2017 en Grand Est et en France métropolitaine (en %)



\* statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs : 2 159 personnes en Grand Est ; 25 319 personnes en France métropolitaine

Source : Ofdt, d'après le Baromètre santé 2017 de SpF

# Usage de l'alcool à 17 ans en 2017 en Grand Est et en France métropolitaine (en %)



\* statistiquement différent de la France métropolitaine

Effectifs : 3 046 jeunes en Grand Est ; 39 115 jeunes en France métropolitaine Source : Escapad, Ofdt

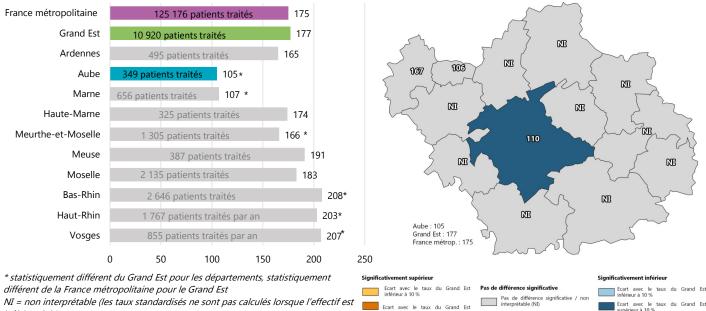
- / Mis à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine.
- / L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 % depuis 2005) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.
- ✓ D'après les données d'<u>ESCAPAD 2022</u>, l'usage régulier de l'alcool à 17 ans en France métrop. (58,6 %) est en baisse par rapport à 2017 (évolution depuis 2005 = -12 %).



## 349 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 18 patients de 15-29 ans et 96 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 105 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (177).
- Mais en augmentation de +72,1 % depuis 2015 (évolution significative).

#### Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019



inférieur à 20)

Source: SNDS - cartographie des pathologies (G8); exploitation ORS Grand Est

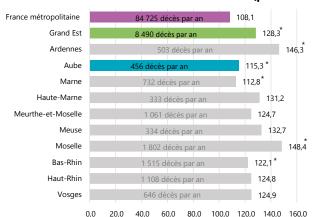
#### Notes

Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR) (affection morbide principale (MMP), affection étiologique (AE) ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

## 456 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 115 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (128).
- En diminution de -4,4 % par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).

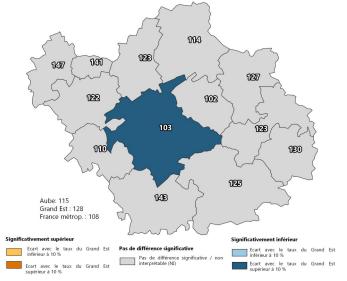
#### Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de décès lié au tabac en 2015-2017



Un taux significativement inférieur au niveau régional repéré dans la CA Troyes Champagne Métropole.

#### **Notes**

L'indicateur Mortalité liée au tabac comprend : "Cancer de la trachée, des bronches et du poumon", "Cardiopathie ischémique, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.



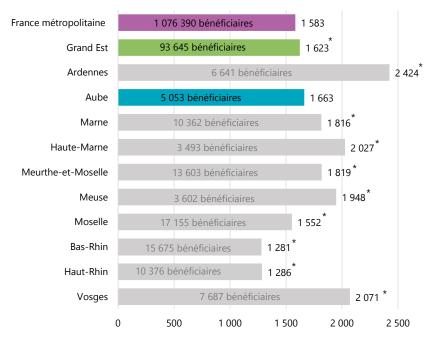
\*statistiquement différent du Grand Est pour les départements et par rapport à la France métropolitaine pour le Grand Est

Source : Inserm - CépiDC; exploitation ORS Grand Est



### 🗦 5 053 bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique en 2019

# Nombre et taux standardisé (pour 100 000 hab.) de bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique en 2019



- Dont 681 patients de 15-29 ans et 532 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 663 pour 100 000 habitants un peu plus élevé qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants) mais différence statistiquement non significative.
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSN pour le Grand Est est statistiquement plus élevé par rapport à la France métropolitaine.
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques de prescriptions variables ?

#### **Notes**

**Bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique :** il s'agit des bénéficiaires ayant eu un remboursement pour un médicament de classe N07-BA-01 et N07-BA-02 (substituts nicotiniques). Cela inclut les patchs nicotiniques. L'indicateur est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

#### Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Lorsqu'ils sont interrogés sur les consommations des personnes composant la file active de leur structure, les acteurs mentionnent rarement le tabac. Toutefois cela ne signifie pas que le public en question n'en consomme pas. En effet, des acteurs du Grand Est explicitement questionnés sur la consommation de tabac des usagers confirment alors qu'un grand nombre d'entre eux fument (tout particulièrement le public en situation de précarité). La consommation de tabac semble donc « *oubliée* ». Plusieurs informations tirées des entretiens réalisés sur le Grand Est permettent d'éclairer ce phénomène :

- le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie,
- le tabac n'est pas considéré comme une drogue par les usagers,
- ♦ la consommation de tabac est dite « *plus discrète* » que la consommation d'alcool par exemple. Celleci attire davantage l'attention des professionnels dans la mesure où elle occasionne des dommages sur la santé (ex : troubles cognitifs) et des heurts/incidents plus évidents.

<sup>\*</sup> statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de la France métropolitaine pour le Grand Est Source : SNDS-DCIR ; exploitation ORS Grand Est

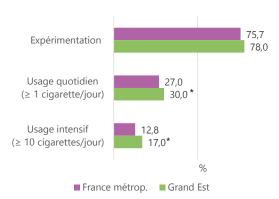




### DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

# Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

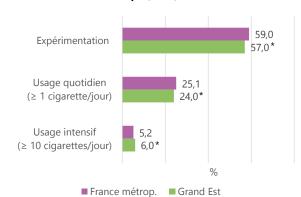
Usage du tabac à l'âge adulte (18-75 ans) en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



<sup>\*</sup> statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs : 2 159 personnes en Grand Est ; 25 319 personnes en France métrop

Source : Ofdt, d'après le Baromètre santé 2017 de SpF

# Usage du tabac à 17 ans en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



\* statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs : 3 046 jeunes en Grand Est ; 39 115 jeunes en France métropolitaine Source : Escapad, Ofdt

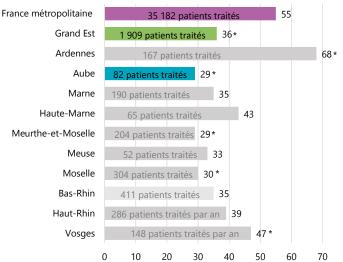
- Dans le Grand Est, les parts de 18-75 ans consommant du tabac en usage quotidien ou intensif sont, en 2017, plus élevées qu'en France métropolitaine alors que l'expérimentation et l'usage quotidien parmi les 17 ans semblent concerner moins de personnes dans la région par rapport à la France. L'usage intensif reste plus fréquent pour ceux-ci dans la région.
- Les données du <u>Baromètre santé 2021</u> confirme la diminution de la prévalence de l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans depuis 2014. Elle s'élève en 2021 à 26,8 % en région et 25,3 % en France métrop.
- Les données d'<u>ESCAPAD 2022</u> montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métropolitaine.



## 82 patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis en 2019

- ✓ Dont 37 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 29 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (36 pour 100 000 habitants).
- ✓ En augmentation de +26,1 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).
- ✓ A l'échelle des EPCI, seule la CA Troyes Champagne Métropole a un effectif supérieur à 10 (55 patients traités) avec un taux standardisé de 33 pour 100 000 hab. proche de celui de la région (différence statistiquement non significative).

# Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis en 2019



Source : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

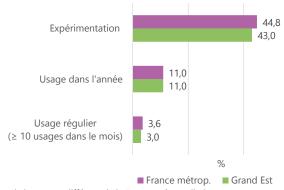
#### **Notes**

Patients traités pour une addiction liée au cannabis : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du cannabis, et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

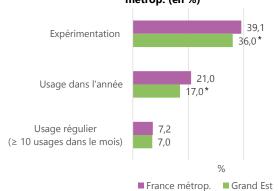
### DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

# Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métropolitaine

Usage du cannabis à l'âge adulte (18-75 ans) en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



\* statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs : 2 159 personnes en Grand Est ; 25 319 personnes en France métrop. Source : Ofdt, d'après le Baromètre santé 2017 de SpF Usage du cannabis à 17 ans en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



\*statistiquement différent par rapport à la France métrop. Effectifs : 3 046 jeunes en Grand Est ; 39 115 jeunes en France métrop. Source : Escapad, Ofdt

- L'usage du cannabis à l'âge adulte en Grand Est similaire à celui de la France métrop. alors que parmi les 17 ans l'expérimentation et l'usage dans l'année sont moins fréquents dans la région qu'en France métropolitaine.
- ✓ Et les données d'ESCAPAD 2022 montrent une diminution de -47 % de l'usage régulier du cannabis (3,8 %)

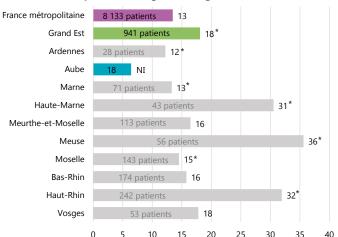


Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc.

# 🛂 18 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

✓ Dont <10 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.

Un taux standardisé non interprétable pour le département de l'Aube (effectif < 20).</p> Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients hospitalisés en MCO pour un usage de drogue illicite en 2021



\* différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est NI = non interprétable (les taux standardisés ne sont pas calculés lorsque l'effectif est inférieur à 20) Source : Atih-PMSI (MCO), exploitation ORS Grand Est

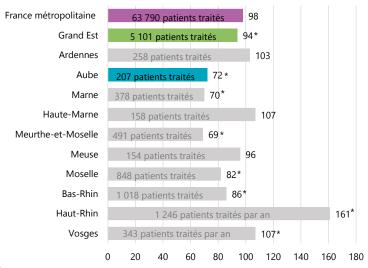
#### **Notes**

L'indicateur **patients hospitalisés pour un usage de drogue** comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes. Cf. Classification CIM 10 : <a href="https://icd.who.int/browse10/2008/fr">https://icd.who.int/browse10/2008/fr</a>

## 207 patients traités pour un trouble addictif lié à une autre substance en 2019

- Dont 33 patients de 15-29 ans et 11 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 72 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est (94).
- En diminution de -2,7 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, 5 ont un effectif ≥ 10 dont seule la CA Troyes Champagne Métropole a un taux standardisé (84 pour 100 000 hab.) interprétable avec un effectif de 137 patients traités.

Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients traités pour un trouble addictif lié à une autre substance en 2019



<sup>\*</sup> différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est

Source: SNDS - cartographie des pathologies (G8); exploitation ORS Grand Est

#### Notes

Patients traités pour une addiction liée à une autre substance : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR) (affection morbide principale (MMP), affection étiologique (AE) ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

#### Ce qu'en disent les acteurs de terrain

#### Cocaïne et crack

L'une des nouveautés sur le territoire c'est l'augmentation de la consommation de <u>cocaïne</u> et <u>crack</u>, mentionnée par deux acteurs de terrain. Il est intéressant de souligner que la consommation de ces produits concerne à la fois un public en situation de précarité et un public actif professionnellement. D'après un témoignage, ces consommateurs actifs cherchent à se détacher du stéréotype du consommateur de crack, sans doute de peur de subir la stigmatisation associée:

« Ici on ne parle pas de crack, c'est un gros mot, ici on parle de « cocaïne basée » car le crack fait référence aux crackers parisiens. Les consommateurs qui restent insérés n'ont pas du tout envie qu'on les assimile à l'idée qu'on s'en fait : des gens qui dorment sous les ponts et qui agressent tout le monde. »

Nous verrons également plus loin que ce public inséré professionnellement contraint les structures à adapter leur prise en charge (cf. p 22).

#### Cannabinoïdes de synthèse

La seconde nouveauté sur le territoire c'est la consommation de <u>cannabinoïdes de synthèse</u> relevée là aussi par deux informateurs. D'après l'un d'entre eux cette consommation « *monte en flèche* » sur le territoire. Elle est souvent mise en valeur par l'analyse de produit ramenés par les parents. Un acteur de terrain précise que cette consommation concerne particulièrement le public « *jeune* » mais il ne veut pas cibler un espace spécifique du territoire, argumentant que « *c'est une affaire de période, on peut avoir un pic à un endroit, mais qui ne va pas forcément rester localisé* ».

## On note 6 décès annuels par surdose dans l'Aube sur la période 2015-2017 🗫

- Un taux standardisé de décès par surdose dans l'Aube non interprétable (effectif < 20).</p>
- / Mais à noter : un taux statistiquement plus élevé en Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.) par rapport à la France métropolitaine (1,5 pour 100 000 hab.).

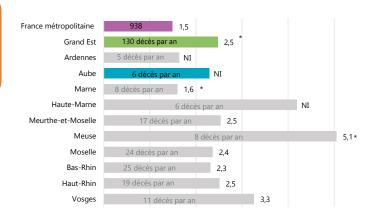
#### Ce qu'en disent les acteurs de terrain

La mortalité par surdose par est sous-estimé en lien avec la manière dont les surdoses sont déclarés.

Ofdt. <u>Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France</u>. <u>Janv. 2017</u>

\* différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est NI = non interprétable (effectif < 20) Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

#### Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de décès par surdose en 2015-2017



#### **Notes**

L'indicateur **Mortalité par surdose** comprend les codes CIM-10 suivant : F11-F12 ; F14-F16 ; F19, X42, X62, Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes. Cf. Classification CIM 10 : <a href="https://icd.who.int/browse10/2008/fr">https://icd.who.int/browse10/2008/fr</a>.

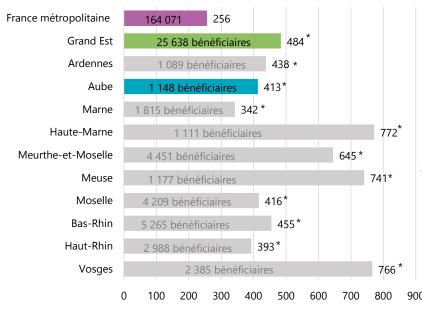
**AUBE** 





## 📚 1 148 bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés en 2019

# Nombre et taux standardisé (pour 100 000 hab.) de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés en 2019



- Dont 112 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.</p>
- Un taux standardisé de 413 pour 100 000 habitants statistiquement moins élevé qu'en région (484 pour 100 000 habitants).
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSO pour le Grand Est est statistiquement bien plus élevé (+89 %) par rapport à la France métropolitaine.

#### **Notes**

**Bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés :** il s'agit des patients ayant eu un remboursement pour un médicament de classe ATC N07BC (substitut aux opioïdes) délivré en pharmacie. L'indicateur est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

<sup>\*</sup> différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est Source : SNDS ; exploitation ORS Grand Est



## 👫 464 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

#### Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	<b>Evolution 2017-2021</b>
Aube	600	771	638	527	464	-22,7 %
Grand Est	13 380	12 350	11 557	9 673	11 927	-10,9 %
France métrop.	174 368	171 973	163 395	146 100	204 227	17,1 %

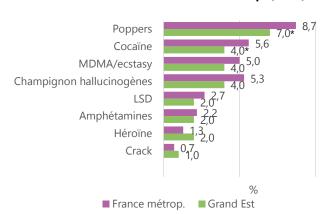
Source: Etat 4001, exploitation ORS Grand Est

- Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.
- Diminution du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (- 22,7 %).

## DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

### Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

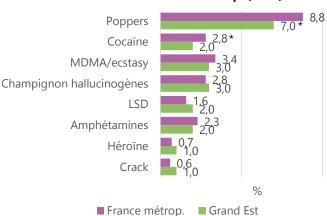
#### Expérimentation d'autres substances entre 18-75 ans en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



\*statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs: 2 159 personnes en Grand Est; 25 319 personnes en France métro-

Source : Ofdt, d'après le Baromètre santé 2017 de SpF

#### Expérimentation d'autres substances à 17 ans en 2017 en Grand Est et en France métrop. (en %)



\*statistiquement différent de la France métropolitaine Effectifs: 3 046 jeunes en Grand Est; 39 115 jeunes en France métropolitaine Source: Escapad, Ofdt

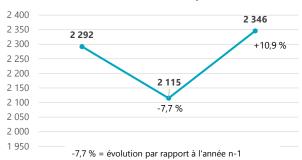
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France métrop en 2022 (11 %).

# LES CSAPA AMBULATOIRES DE L'AUBE

Les données (déclaratives) de l'activité des CSAPA et des CAARUD font l'objet d'une autre étude actuellement en cours et, un premier travail d'exploitation des résultats avait eu lieu dont sont issus les quelques résultats présentés ci-dessous. Toutefois avaient notamment été repérées des hétérogénéités dans les données collectées. Le travail actuellement mené vise à identifier les difficultés et axes d'amélioration pour le remplissage des rapports d'activité par les structures.

# 2 346 patients vus au moins une fois au sein du CSAPA ambulatoire de l'Aube en 2021

# Patients vus au moins une fois au sein du CSAPA ambulatoire de l'Aube en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 1 CSAPA/1 en 2019, 1 CSAPA/1 en 2020 et 1 CSAPA/1 en 2021 Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

# Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de l'Aube en 2021

Ø

8 patients sur dix sont des hommes.



5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.



9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.



7 patients sur dix ont un logement durable.



5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.

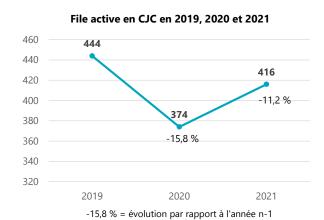


5 patients sur dix ont comme addiction la plus dommageable l'alcool.

- / 50 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein du CSAPA de l'Aube en 2021 similaires à celles observées en 2019 en Grand Est.

# CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

## 👫 416 jeunes vus au sein des six sites de CJC de l'Aube en 2021



Répondants : 1 CSAPA/1 en 2019, 1 CSAPA/1 en 2020 et 1 CSAPA/1 en 2021 Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

- File active en CJC qui a diminué entre 2019 et 2021, en lien avec la crise sanitaire liée à la Covid-19.
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les jeunes consommateurs vus en CJC :
  - 41,2 % Cannabis,
  - 17,9 % Alcool,
  - 10,1 % Tabac.

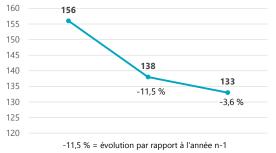
#### **Notes**

Pour un peu plus de 5 % (20 jeunes), le produit le plus consommé n'est pas renseigné.



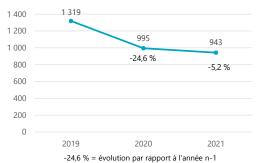
### 👫 Une file active de 133 usagers vus au sein du CAARUD de l'Aube en 2021

File active au sein du local principal/antennes du CAARUD de l'Aube en 2019, 2020 et 2021



Source : Rapport d'activité des CAARUD - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

Contacts réalisés au sein du local principal/antennes du CAARUD de l'Aube en 2019, 2020 et 2021



- / File active au sein du local principal/antennes semble impactée par la crise sanitaire.
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Héroïne (19 pour 100 usagers),
  - Alcool (18 pour 100 usagers),
  - Cannabis (14 pour 100 usagers).

#### Notes

La cocaïne/free base fait probablement partie des produits les plus consommés. La cocaïne/free base apparait dans les trois produits les plus consommés en 2019 et 2020 dans l'Aube. Il est possible qu'une erreur de saisie soit présente pour l'année 2021 (1,0 pour 100 usagers, vs 24,0 en 2020 et 39,5 en 2019).



#### Profil de l'échantillon aubois

Trois entretiens ont été réalisés avec des acteurs du territoire représentant des structures du secteur médicosocial. Nous précisons que ce territoire présente peu de structures et peu de diversité, d'où la taille et la composition de cet échantillon.

Un entretien peut réunir un ou plusieurs acteurs d'une même structure potentiellement porteuse de différents dispositifs (ex: un représentant qui présente à la fois un service hospitalier et un ELSA) ou des acteurs de différentes structures porteuses amenées à collaborer (ex : deux représentants de deux CSAPA différents qui partagent les mêmes locaux).

Pas de témoignage de la part de mouvements d'entraide sur ce territoire : la sous-représentation des mouvements d'entraide dans les échantillons territoriaux est liée au fait que nous avons principalement eu contact avec les représentants Grand Est des associations en question. Les entretiens sont alors incrémentés dans la base de donnée du territoire d'activité du représentant contacté.

#### Réalisation des entretiens

- Les entretiens ont été effectués en visioconférence ou dans les locaux des structures contactées et quelques rares fois pas téléphone (afin de préserver l'anonymat de la personne). Ils duraient entre 30 minutes et 1 heure.
- Les acteurs étaient invités à parler de l'ensemble des dispositifs portés par la structure représentée, mais fréquemment un focus était effectué sur les dispositifs les plus connus des acteurs sollicités.
- Nous rappelons qu'il s'agit de données déclaratives qui peuvent présenter différents biais. L'interprétation proposée prend en considération les biais identifiés, et de ce fait certains résultats seront nuancés, relativisés.



# Ressources humaines et financement

#### Des appels à projets qui complexifient les rapports entre les partenaires du territoire

- Trois acteurs soulèvent divers problèmes concernant les appels à projets.
- L'un d'eux ressent une « *obligation* » à répondre aux appels à projets, même sans espoir d'obtenir un financement. Cela lui semble nécessaire afin de manifester l'existence de la structure qu'il représente auprès des acteurs locaux (ex : mairie, préfecture) :
- « S'ils ne nous voient pas passer dans les appels à projet on n'existe pas ! C'est une autre problématique, plus politique. Parfois je réponds à des appels à projet en sachant que je ne les aurai pas, juste pour exister. »
- Il fait part également d'un sentiment d'inégalité, surtout lorsque des conditions sont posées pour pouvoir postuler à ces appels à projets :
  - « (L'appel à projet) était écrit en précisant qu'il fallait être présent sur cinq départements pour pouvoir y répondre. Donc ce qui fait qu'en réalité on se demande pour qui a été écrit cet appel à projet ? Si c'est pour des associations qui sont présentes sur au moins cinq départements... là il y en a deux trois qui pouvaient y répondre. (...) On se retrouve parfois sur des appels à projets qui sont écrits pour des partenaires qui sont déjà connus d'avance. »
- Pour pouvoir postuler, de « *petites* » structures se voient contraintes de fusionner avec d'autres structures :
- « On est quand même toujours dans la destruction des plus petits. On est obligé de faire des groupements, des fusions... en tout cas, pour des associations plus isolées c'est difficile de maintenir une existence. »
- Outre le sentiment d'inégalité, les appels à projet peuvent générer de la compétition, aussi bien entre les structures d'un même secteur qu'entre les structures de secteurs différents. En effet, d'après un autre acteur de terrain, cette dynamique de financement par appels à projets semble attiser une compétition entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social dans la mesure où les structures des deux secteurs peuvent candidater à un même appel à projet. Il explique :
- « Il n'y a pas d'arbitrage concernant les appels à projets qui ont une vocation médico-sociale, l'hôpital peut répondre aussi, donc on se retrouve en concurrence sur ces projets. (...) ça ne facilite pas nos relations même si elles sont cordiales... (...) il y a un risque de rivalité. Quand il faut défendre sa survie bah... vous allez sur des terrains qui sont pas forcément les vôtres. Ça ne facilite pas la coopération et les usagers ont besoin d'espaces ambulatoires et d'espaces hospitaliers. »
- Notons que l'acteur cité a une certaine conception de la répartition des tâches entre secteur sanitaire et secteur médico-social, conception qui ne fait pas forcément l'unanimité.
- Enfin, un acteur rappelle que cela prend beaucoup de temps de répondre à ces appels, or ce temps n'est pas financé.

#### **Des financements incertains**

- Les financements obtenus *via* les appels à projets ne sont pas forcément pérennes, d'où un « *manque de visibilité en termes de financement* » et des difficultés de gestion des ressources humaines. Un acteur partage son sentiment : pour lui, les appels à projets et les financements qui en découlent suivent une logique d'« *effet de mode* ». Autrement dit, l'ARS porte son attention sur un type d'action pendant un temps puis sur un autre, et finit par délaisser le premier. C'est ainsi que l'acteur s'explique l'arrêt des financements concernant des projets qui ont fait leurs preuves et qui nécessiteraient d'être maintenus.
- Là encore les acteurs développent des stratégies pour faire face à la difficulté rencontrée. Dans ce cas la stratégie consiste à « *redéployer les financements* » :
  - « Il y a tellement de demande, on nous demande tellement d'être partout… depuis (date) au moins je fais du redéploiement de moyens. C'est à dire qu'avec les mêmes moyens on co-déploit des actions.»
- / Mais là encore la stratégie a ses limites :
- « Le redéploiement de moyens c'est une activité phare dans notre secteur, mais bon encore faut-il avoir des moyens à redéployer sans épuiser tout le monde. »



# Ressources humaines et financement

#### Conditions salariales et difficultés à recruter

- Deux acteurs du territoire nous font part d'un manque de temps médical ainsi que de difficultés à recruter certains professionnels notamment des infirmières ou des travailleurs sociaux. La difficulté est telle qu'un acteur recherchant un infirmier confie « que la première candidature sera automatiquement acceptée ».
- Pour l'un d'eux, cela n'a là rien de surprenant étant donné qu'il s'agit de professions qui manquent de reconnaissances et dont les conditions salariales sont « extrêmement dégradées ». Une revalorisation des salaires à certes été opérée via le Ségur de la santé, mais l'acteur précise que cela n'a pas concerné la totalité des équipes, d'où un sentiment d'inégalité susceptible de créer des tensions supplémentaires :
- « On a des professionnels extrêmement engagés mais extrêmement tendus. Ça se crispe à cause d'une non reconnaissance de la société et sociale des conditions salariales qui sont extrêmement dégradées. On n'a toujours pas le Ségur pour tous, on a des salaires de base pour des diplômes de bac +3, bac + 4 qu'on embauche à 1300-1400 euros net par mois (...) Tout le monde se compare aujourd'hui, ça crispe encore plus. On sent aussi l'agressivité de certains professionnels qui peuvent nous en vouloir parce que... enfin oui et non, tant qu'on est dans la même équipe on arrive à dialoguer mais y'a des questions du type « pourquoi tu ne revalorises pas mon salaire ? » (...). En plus on va vers une augmentation de la violence (par certains usagers), et on n'est pas payés pour se faire taper dessus et surtout pour absorber toute la violence de la société, a un moment ce ne sera plus acceptable... et on va y arriver. »

#### Impacts sur les professionnels et sur les activités des structures

- Le manque de personnel a différents impacts sur la dynamique des structures porteuses répondantes. Tout d'abord cela a un impact notable sur la qualité et parfois même la possibilité d'accéder à une prise en charge. Quatre acteurs de terrain expliquent que le personnel se sent « essoufflé » faute de moyens de ressources humaines, d'où une difficulté à répondre « correctement » à la demande des usagers :
  - « On arrive au taquet par rapport au temps qui nous est dédié et on ne peut plus faire face à la demande et c'est très frustrant pour les équipes... »
- Un autre acteur, sans employer explicitement le terme, explique qu'ils se retrouvent contraints de trier les usagers :
- « Etant donné le faible temps des soignants (...) mais aussi de la taille réduite du dispositif, nous ne pouvons pas accueillir tous les profils... nous sommes vigilants et nous priorisons certains profils plus urgents ou qui ont besoin de plus d'aide. »
- Les acteurs concernés n'ont pas forcément relevé une augmentation de la file active, toutefois ils signalent une augmentation des situations « *complexes* » (patients agressifs) qui complexifient la prise en charge et épuisent les membres de l'équipe qui manquent de ressources pour y faire face (cf. p 22).
- Le fait de manquer d'effectif complexifie également le déploiement des nombreuses activités nécessaires pour couvrir les besoins du territoire (cf. p 22). Un acteur énumère durant l'entretien un très grand nombre d'actions menées sur le territoire et souligne qu'ils « jonglent sur l'ensemble des missions avec volonté de toutes les faire, mais parfois c'est compliqué en terme de management d'équipe. »



### Prise en charge

#### <u>L'hébergement</u>

- ✓ D'après les témoignages, les structures d'hébergement rencontrent des difficultés concernant le départ des résidents :
- « On a le sentiment que les résidents n'ont plus forcément la volonté de s'en sortir, ce qui n'était pas forcément le cas auparavant. Les résidents se sentent bien au sein de ces services et se mettent parfois volontairement en échec. Ils n'adhèrent pas au contrat personnel signé avec la structure et participent par obligation aux réunions et rendez-vous avec les collaborateurs (CSAPA, CAARUD, etc.) »
- Cela peut expliquer en partie que « la durée d'hébergement est bien plus longue dans les faits qu'en théorie. (...) Officiellement, la durée d'hébergement pour les LHSS sont de deux mois et pour les LAM de six mois. Dans les faits, elles sont respectivement de six et dix-huit mois. »
- Les structures d'hébergements rencontrent également des problèmes de prise en charge liés spécifiquement aux consommations et addictions du public accueilli, comme par exemple l'échange de produits entre résidents qui oscille entre « dépannage » et « trafic ». Cela peut générer des conflits au sein de la structure. Aussi les résidents ne sont pas forcément dans la structure de leur plein gré. D'après un acteur de terrain cela peut expliquer le manque de volonté de travailler sur leurs consommations/addictions qu'il a identifié.



# Prise en charge

#### S'adapter pour accompagner

- L'évolution des profils d'usagers présents dans les files actives peut enjoindre les équipes à adapter leur prise en charge de sorte à répondre au mieux à leurs besoins. Un acteur évoque la nécessité d'adapter les horaires d'ouverture de la structure afin d'ouvrir l'accès à l'accompagnement addictologique aux consommateurs de cocaïne/crack insérés professionnellement.
- De la souplesse, il en faut également pour pouvoir s'adapter aux conditions de travail imposées par le milieu pénitentiaire lorsqu'il s'agit d'accompagner les personnes incarcérées.
- Face au manque de structures et dispositifs sur ce territoire et aux difficultés de déplacement sur les espaces ruraux du territoire, les acteurs ont développé « *l'aller vers* ». Néanmoins, l'accompagnement proposé sur ces antennes ne peut être équivalent à celui proposé au siège de la structure :
- « Même si on fait de l'aller vers ça reste compliqué car on n'a pas forcément la totalité de l'accompagnement proposé sur chaque antenne comparée à ce qui est proposé (siège de la structure) notamment en terme médical (infirmier) donc les personnes sont amenées à devoir se déplacer pour bénéficier de suivi médical. »
- Le même acteur explique que « c'est intéressant de développer les interventions hors de nos structures, en maison d'arrêt, en maison de santé... mais ça demande du temps alors qu'on a moins de personnel. » Il nous est spécifié que le trajet pour se rendre sur les lieux d'une consultation avancée peut parfois nécessiter une heure de route.
- Ce besoin d'adaptation n'est pas nécessairement présenté comme un problème par les acteurs rencontrés. Toutefois ce point vient compléter et appuyer la problématique de ressources humaines et d'épuisement des équipes évoquée précédemment.

#### Gérer la violence des usagers

- Deux acteurs insistent sur l'augmentation des actes violents de la part des usagers accompagnés :
  - « On a une forte inquiétude à propos de la montée de violences de personnes qu'on n'arrive pas à canaliser ou orienter, parce que les orientations ne sont pas possibles. Mais on ne ferme pas nos portes »
- Pour eux cette problématique est « *multifactorielle* ». Ils formulent plusieurs hypothèses :
  - des problématiques psychiatriques,
  - une possible décompensation suite à la pandémie,
  - ♦ la consommation de certains produits tels que la cocaïne, le crack, ou les cannabinoïdes de synthèses (en augmentation sur le territoire selon les dires),
  - ♦ l'accueil collectif (propice aux « bagarres » entre usagers),
  - mais aussi le fait de se voir refuser la prise en charge par certains partenaires du territoire :
- « La personne vient souvent avec des demandes légitimes « Je veux voir le médecin parce qu'on m'a jeté de partout et je n'ai pas d'autres solutions. » Mais on n'a pas forcément la solution, ça génère des crispations. »
- À ce propos un acteur précise que, faute de solutions, certains patients peuvent être tentés de reprendre leur consommation afin de calmer leurs angoisses.
- / Face à cette violence les équipes souffrent d'un manque de formation, et surtout d'un manque de relais avec le secteur de la psychiatrie. Il arrive alors que les forces de l'ordre prennent le relais :

« Moi je n'ai jamais autant appelé la police et les pompiers que ces derniers temps. »



# Relations partenariales

#### Des difficultés à effectuer des relais

- Ces situations nécessitant un relais vers la psychiatrie se font de plus en plus nombreuses, or ce relais s'avère difficile voire impossible. Quatre acteurs évoquent un « désert psychiatrique » ainsi que médical :
  - « La moyenne d'âge des médecins dans l'Aube c'est 57,4 ans, donc on rencontre un problème de départs à la retraite non remplacés et donc une patientèle sans médecins. »
- Le relais avec la médecine de ville est d'autant plus compliqué lorsqu'il s'agit de la prescription des traitements de substitution et du suivi des personnes sujettes à une problématique d'alcool. L'un d'eux souligne : « on a un public particulier, c'est encore plus difficile pour eux de trouver un médecin ».
- Infin, d'après les témoignages, il n'y a qu'une seule cure de douze lits sur le département et aucune postcure.

#### Des liens à améliorer

- Un acteur explique que la coordination entre sa structure et le CAARUD pourrait être améliorée. Certes le matériel de prévention est mis à la disposition des personnes accompagnées, mais les professionnels « ne vont pas forcément permettre de travailler en réseau et penser à la coordination ». Une meilleure coordination nécessiterait des temps d'échanges entre les professionnels des deux structures afin de construire une façon de travailler « ensemble dans l'intérêt commun ». Or, cela ne fait pas encore partie des habitudes des uns et des autres d'après l'acteur cité.
- Plus globalement, deux points déjà évoqués en amont nous semblent susceptibles d'impacter les relations entre les structures du territoire et de ce fait la bonne coordination des parcours des usagers :
  - D'une part, le sentiment de compétition généré par les appels à projets,
  - ◆ D'autre part, la différence de conception concernant la répartition des activités entre le médico-social et le sanitaire.

#### Les addictions sans substances

- Concernant les <u>addictions sans substances</u>, deux acteurs évoquent l'addiction aux écrans. L'un d'eux mentionne également l'addiction aux jeux d'argents et aux jeux vidéo. D'après ces témoignages, il s'agit souvent de cas rares, cependant il convient de nuancer ce constat.
- In effet l'un des acteurs précise : « on n'est pas encore très marqué addictions sans produits », ce qui peut expliquer en partie le fait qu'ils rencontrent peu d'usagers concernés par ces problématiques. L'autre ajoute que « certaines addictions sont plus compliquées à percevoir et expliciter » comparées a une problématique d'alcool qui « qui se voit plus parce qu'elle engendre des problèmes de comportement. Il est plus facile de mettre des mots dessus, c'est plus accepté car c'est un produit légal et répandu. ».
- Le fait que ces pratiques soient plus discrètes et moins ancrées dans la culture populaire (et addictologique ?) nous amène à envisager un possible effet de sous-déclaration. Notons que « Les addictions aux jeux de hasard et d'argent et aux jeux vidéo sont les seuls troubles comportementaux reconnus dans la classification internationale des addictions » comme le rappelle <u>l'Association Addictions France</u>.

#### En résumé

#### L'Aube est un territoire rural avec :

- Des indicateurs montrant :
  - ◆ Une prévalence de patients traités proche de celle du Grand Est concernant l'alcool ; sans augmentation notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool entre 2015 et 2019. Concernant les décès, l'Aube a toutefois un taux de décès lié à l'alcool un des plus élevés de la région, mais stable entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - ◆ Une sous-prévalence (une des plus faibles du Grand Est) de patients traités en ce qui concerne le tabac ; mais une augmentation de +72,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. Concernant les décès, l'Aube a un taux de décès lié au tabac un des plus faibles de la région, et stable entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une sous-prévalence (une des plus faibles du Grand Est) de patients traités concernant le cannabis et sans évolution statistiquement significative.
  - ◆ Concernant les drogues illicites (hors cannabis), une tendance également à la sous-prévalence d'après les indicateurs disponibles (une des plus faibles du Grand Est) ; sans évolution notable (différence statistiquement non significative) depuis 2015.
- / Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Des nouveautés :
    - \* une hausse de la consommation de cocaïne et de crack,
    - \* l'arrivée des cannabinoïdes de synthèse, principalement consommés par les « jeunes ».
  - ◆ Une évolution des profils d'usagers, davantage insérés professionnellement, et une hausse des violences qui nécessitent d'adapter la prise en charge.
  - ◆ La nécessité de développer l' « aller-vers » pour compenser le manque de structures et de dispositifs du territoire.
  - ♦ Des résidents qui ne souhaitent pas quitter les hébergements, d'où une augmentation du temps d'attente.
  - Des difficultés à faire des relais avec la médecine de ville et la psychiatrie.
  - Un besoin de consolider le travail en réseau face aux sentiments de concurrence et d'injustice liés au financement via les appels à projet.
  - Des difficultés à embaucher de nouveaux professionnels.
  - Des structures pas encore suffisamment identifiées sur la prise en charge des addictions sans substances.







Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est et financée par l'Agence régionale de Santé Grand Est



Tél: 03 88 11 69 80 Mail: contact@ors-ge.org Site internet: www.ors-ge.org

### Observatoire Régional de la Santé Grand Est

### Siège

Hôpital Civil – Bâtiment 02, 1<sup>er</sup> étage 1 place de l'hôpital 67091 Strasbourg cedex

### **Site de Nancy** 2 rue Jacques Parisot 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy