Octobre 2023

67 Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

BAS-RHIN

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, médico-sociale),
- 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 socio-économiques
- 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).
- Enquête 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.

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 19 en Bas-Rhin.** Un entretien pouvait réunir un ou plusieurs acteurs d'une même structure potentiellement porteuse de différents dispositifs. Un entretien a été incrémenté sur trois 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 20.

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

QUELQUES REPÈRES ET DÉFINITIONS

Taux standardisé	Taux pour 100 000 habitants standardisés sur la pyramide des âges de la France entière au 1er 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 **selon le lieu de résidence** 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.

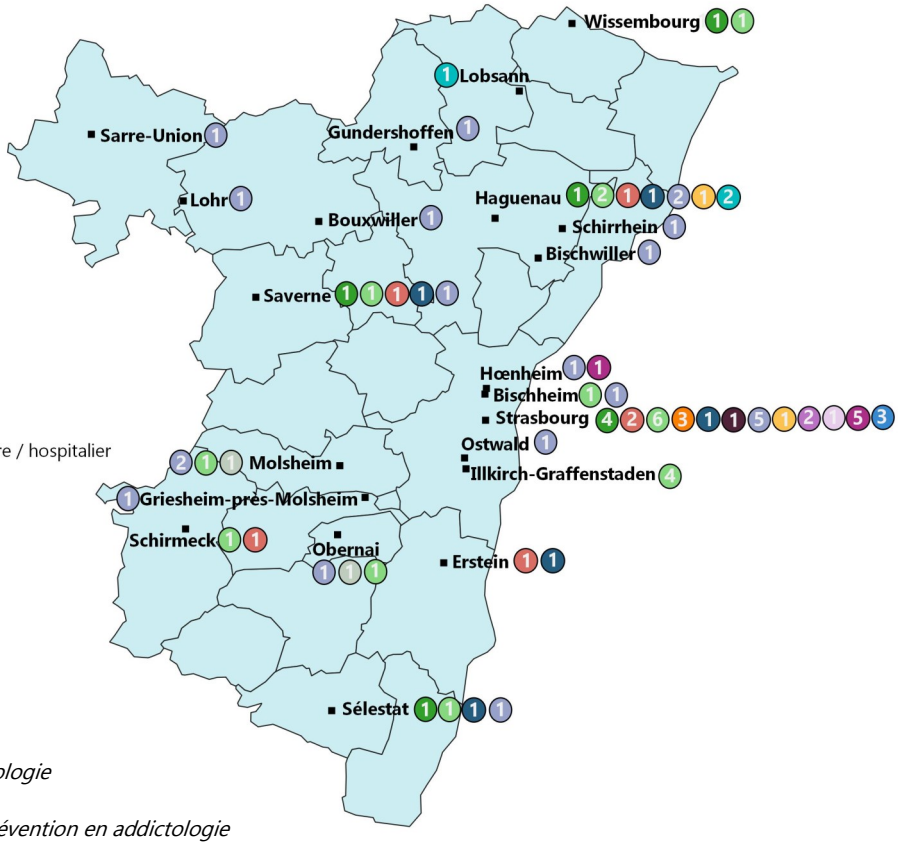
Description de quelques indicateurs quantitatifs

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 mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est 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 : https://icd.who.int/browse10/2008/fr
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 », « Broncho-pneumopathie 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 **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.
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.
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), **et/ou** 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.

OFFRE DE SOINS

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



- Hôpital (consultation hospitalière / hospitalisation)
- SMRA
- ELSA
- CSAPA ambulatoire / hospitalier
- CJC
- Antenne / consultation avancée de CSAPA ambulatoire / hospitalier
- CSAPA avec hebergements
- CAARUD
- Antenne / unité mobile de CAARUD
- Mouvement d'entraide
- Réseau de santé - Association de prévention
- LHSS - LAM - ACT
- Réseau des microstructures*
- HSA

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 jeunes consommateurs
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.
HSA = Halte Soin Addictions (anciennement salle de consommation à moindre risque)
**Le réseau des microstructure porte 12 microstructures dans 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 de 15-75 ans dans le Bas-Rhin (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)	8* (29)	0,9 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	1 (116)	0,1 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	3** (13)	0,3 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	19 (93)	9,0*** (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Droques (CAARUD)	2**** (14)	0,2 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	1 (21)	0,1 (0,5)
Microstructure en addictologie	12 (41)	1,4 (1,0)
Halte Soins Addictions (anciennement Salle de consommation à moindre risques)	2***** (2)	0,2 (0,0)
Service hospitalier (hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, consultation hospitalière, hospitalisation de jour)	6 (54)	0,7 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	4 (22)	0,6 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	3 (5)	0,3 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	0 (7)	0,0 (0,2)
Association de prévention	3 (13)	0,3 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	22 (74)	2,5 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	6 (48)	0,7 (1,2)

** un CSAPA réalise uniquement des consultations au sein d'une maison d'arrêt*
*** y est inclus l'expérimentation d'hébergement de la HSA Argos*
****nombre de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 12-25 ans*
*****y est inclus le dispositif Opali-Ne*
******y est inclus l'expérimentation ARIANA*
Calcul effectué à partir de la population estimée (2020)
Source : Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

Hébergements

10 places en CSAPA avec hébergements.

125 places en SMRA (dont 5 places en hospitalisations de jour).

La DT67

Dans le département du Bas-Rhin, l'offre addictologique est principalement hospitalière.

De plus, il est difficile de savoir si l'offre de prise en charge médico-sociale est suffisante sur le territoire notamment parce que les moyens sont confondus entre les services hospitaliers et les CSAPA portés par des hôpitaux.

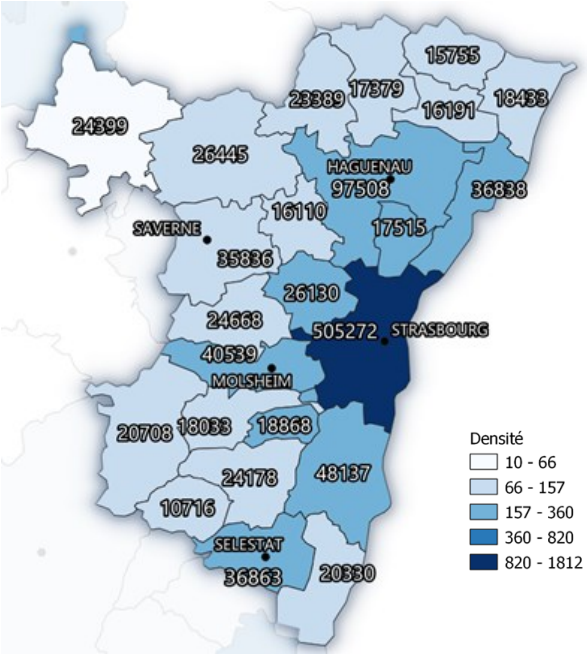
Les taux de lieux de mises en œuvre calculés n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Le Bas-Rhin, un département :

- Urbain, avec une densité de population beaucoup plus importante qu'en Grand Est (139,8 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Moins vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 78,7 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté plus faible que dans le Grand Est (13,2 % vs 14,7 % en région en 2019).

Densité de population et nombre d'habitants en 2019 par EPCI dans le Bas-Rhin (en habitants/km²)



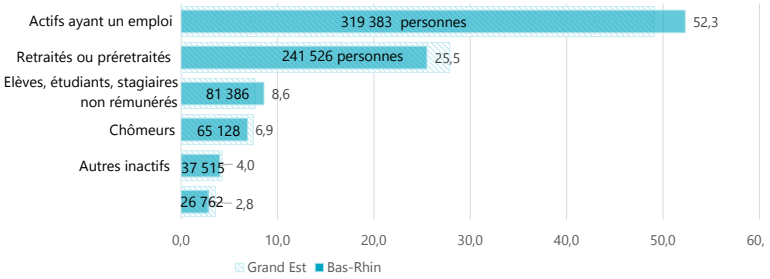
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

Nombre d'habitants et part des 15-29 ans (%) et des 65 ans et plus dans le Bas-Rhin, le Grand Est et la France métrop. en 2019

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Bas-Rhin	1 140 057	216 952 (19 %)	207 308 (18 %)
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 %)

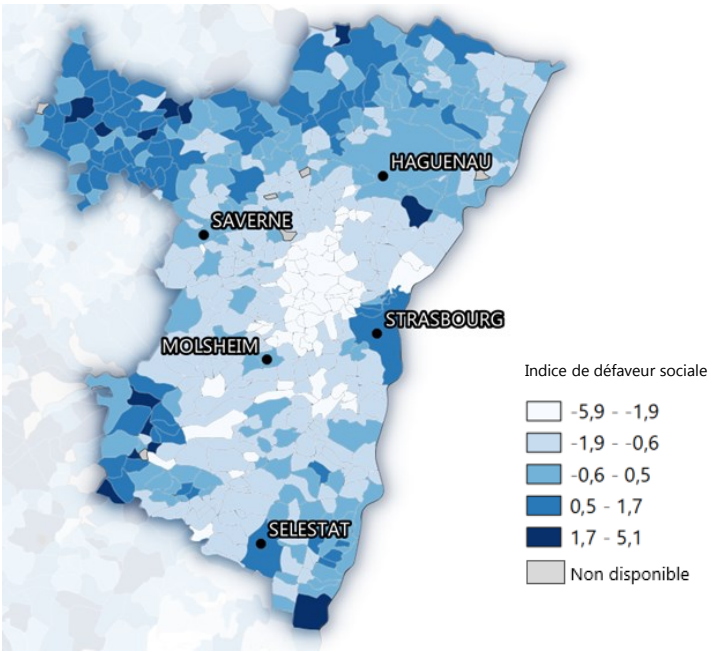
Dans le Bas-Rhin, 19 % des habitants ont entre 15-29 ans et 18 % ont 65 ans et plus.

Part de personnes selon le type d'activité dans le Bas-Rhin et en Grand Est en 2019 (en %)



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Bas-Rhin :	0,5 %	78,8	13,2 %
Grand Est :	0,0 %	86,2	14,7 %
France métrop. :	0,3 %	83,8	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).

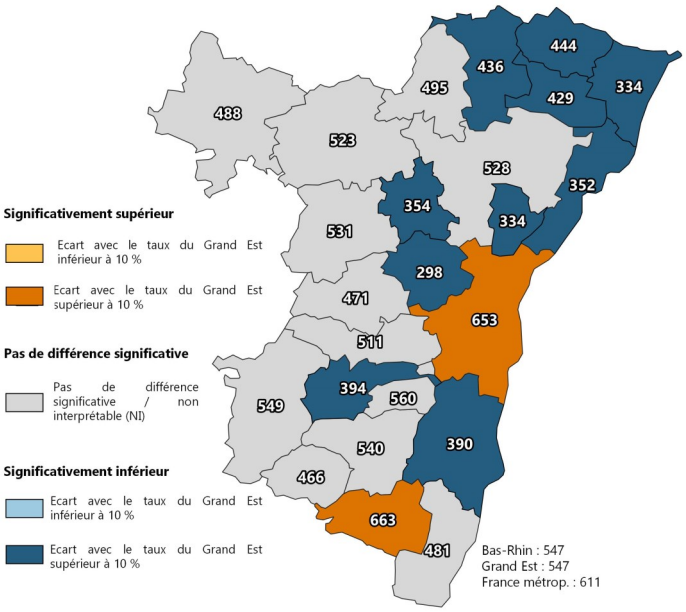
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Bas-Rhin

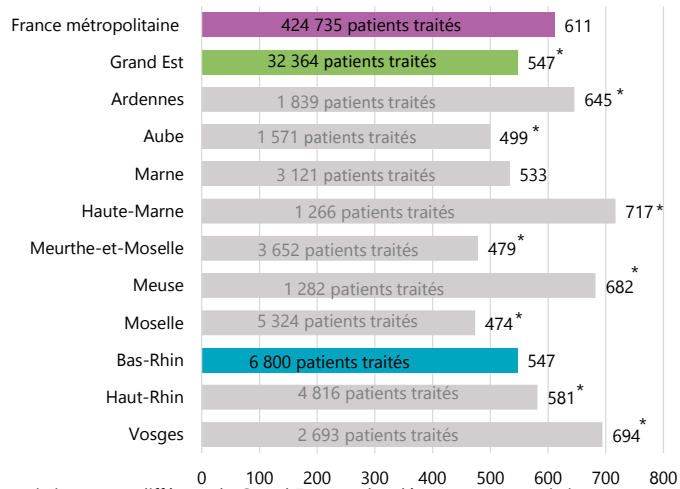
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

6 800 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 547 pour 100 000 habitants dans le Bas-Rhin. Il est similaire à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants).
- 12 EPCI du Bas-Rhin ont un taux statistiquement différent du Grand Est dont l'Eurométropole de Strasbourg et la CC de Sélestat qui enregistrent une sur-prévalence de patients pris en charge avec respectivement 3 455 et 279 patients traités.

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.

En 2019, des troubles addictifs liés à :

ALCOOL

4 140 patients

TABAC

2 646 patients

CANNABIS

411 patients

AUTRES SUBSTANCES

1 018 patients

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

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

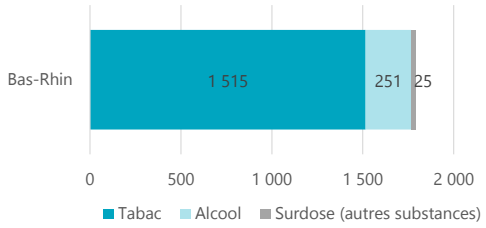
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

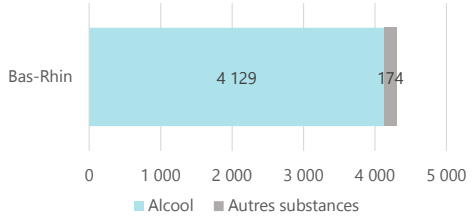
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (4 129 patients dans le Bas-Rhin), alors que 174 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (1 515 décès par an).

Nombre annuel de décès en 2015-2017



Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

Nombre de patients hospitalisés en 2021



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 déclarées . 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

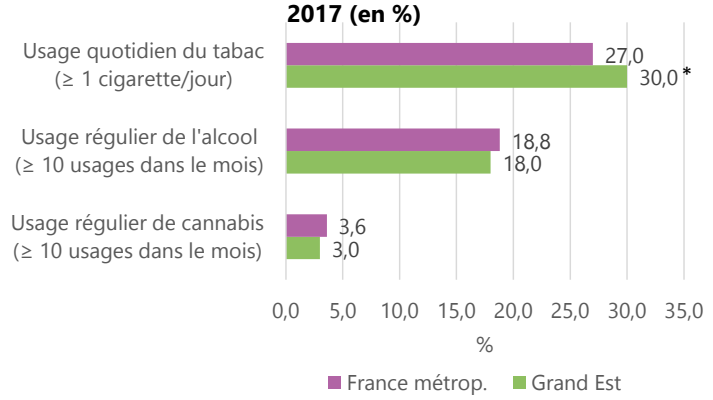
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et le CAARUD du département *(cf. plus de détails page 19)*

- Un peu plus de 8 250 patients ont été pris en charge par les 8 CSAPA ambulatoires du Bas-Rhin en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (5 patients sur 10).
- Dont un peu plus de 930 jeunes au sein des 19 sites de CJC du Bas-Rhin, principalement pour une prise en charge liée au cannabis (3 jeunes sur 10).
- Au sein du CAARUD, un peu plus de 1 750 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/ antennes pour un peu moins de 35 940 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.

Usage de l'alcool, du tabac et du cannabis chez les 18-75 ans en 2017 (en %)



**statistiquement différent de la France métrop.*

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

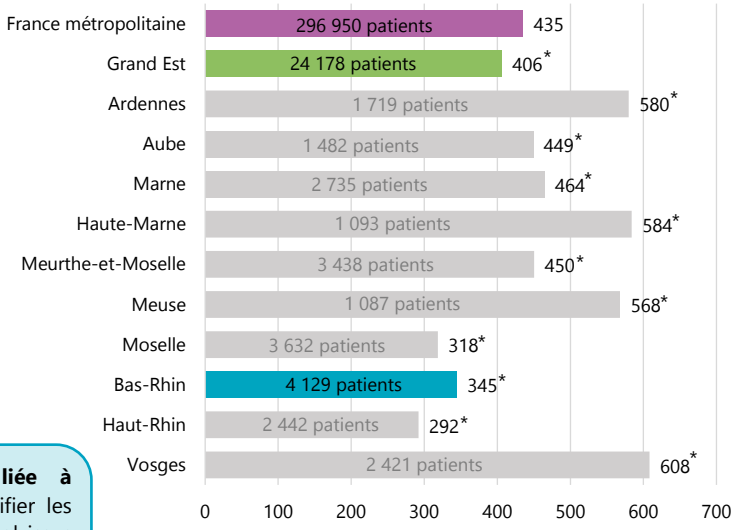
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A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

ALCOOL

4 129 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 338 patients de 15-29 ans et 1 528 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 345 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (406 pour 100 000 habitants) et notamment un des plus faibles du Grand Est.
- En diminution de -11,1 % depuis 2016 (évolution significative).
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques d'hospitalisations variables ?

Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients hospitalisés en MCO pour une pathologie liée à l'alcool en 2021



** 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

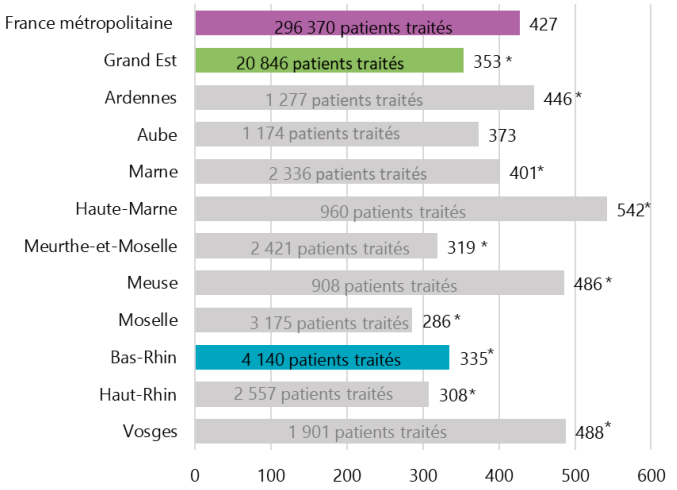
Notes

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 issus 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.

4 140 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

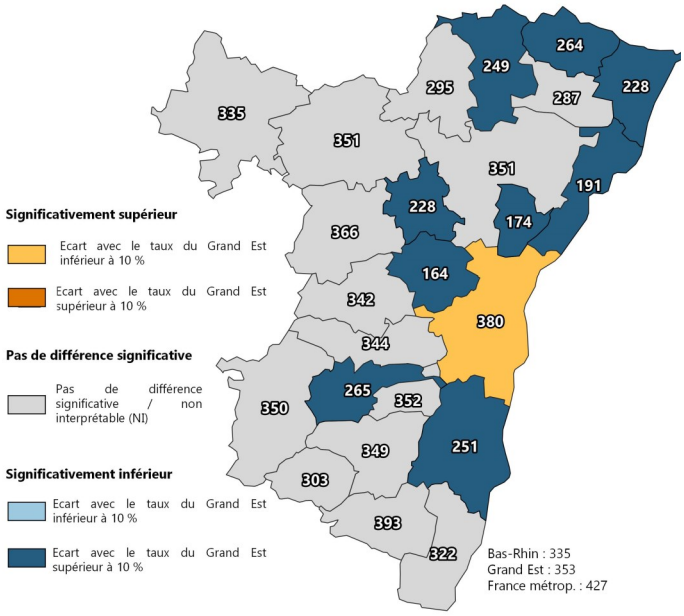
- Dont 513 patients de 15-29 ans et 1 062 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 335 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (353 pour 100 000 habitants).
- Évolution de +2,1 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).

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



** 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

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



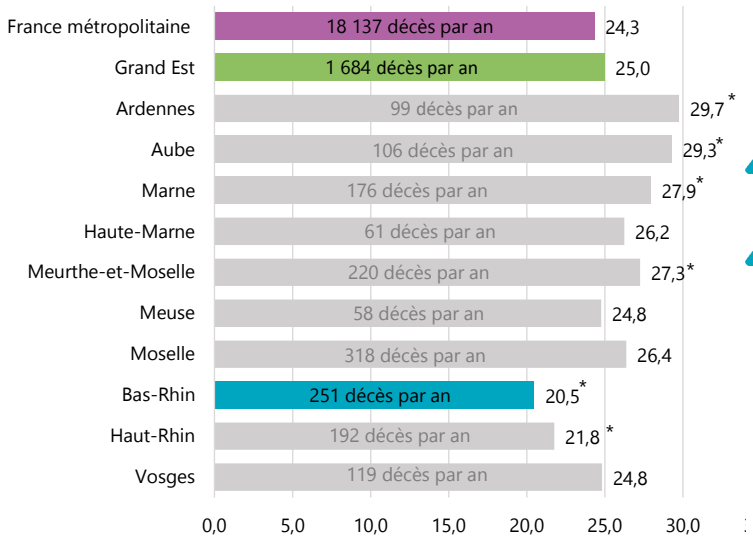
Notes

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) (manifestation 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.

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.

251 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 20,5 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants), et notamment le plus faible de la région.
- En diminution de –13,4 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, seul trois ont un nombre de décès annuels supérieur à dix :
  - La CC du Canton d'Erstein (10 décès annuels)
  - La CA de Haguenau (23 décès annuels)
  - L'Eurométropole de Strasbourg (103 décès annuels)

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.

17 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 43 décès annuels moyens calculés sur les années 2017-2019-2021 (266 en Grand Est ; 3 212 en France métrop.).
- Part de personnes tuées avec un conducteur alcoolisé plus faible qu'en Grand Est (mais effectif assez faible).
- En diminution alors que dans le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans le Bas-Rhin).

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
Bas-Rhin	28 %	17 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

En tout, onze acteurs de terrain ont mentionné l'alcool, lorsqu'ils ont été interrogés sur les consommations courantes des usagers pris en charge. Parmi eux trois ont à faire à un public en situation de précarité. Dans la majeure partie des cas, l'alcool est le produit le plus consommé par les usagers pris en charge au sein des structures participantes. Un acteur pointe deux phénomènes récents concernant la consommation d'alcool :

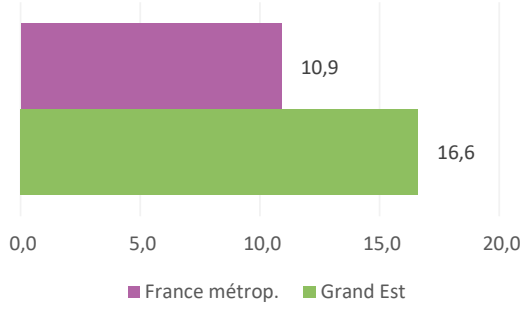
- une consommation d'alcool fort,
- et la recherche d'une ivresse rapide (dite « *binge drinking* »).

Un autre note une augmentation de la consommation d'alcool depuis deux à trois ans au sein du public en situation de précarité qu'il accompagne.

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



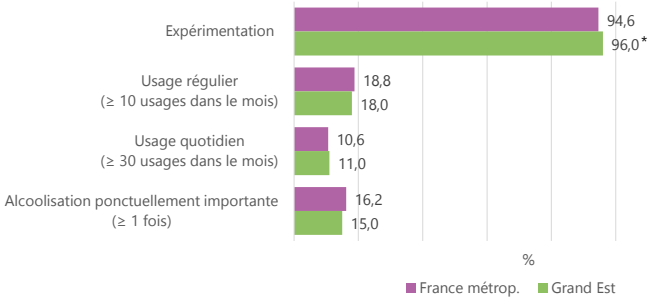
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- Augmentation en Grand Est de +21,2 % par rapport à 2015 (vs +1,9 % en France métrop.).

⚠ 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.

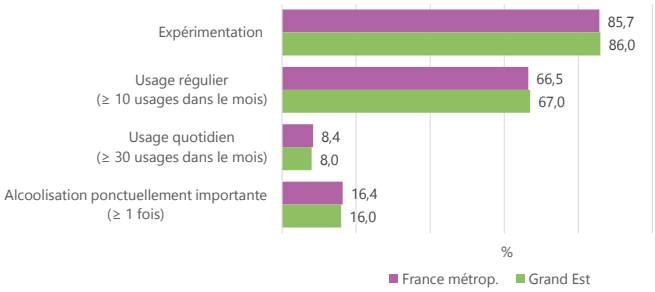
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

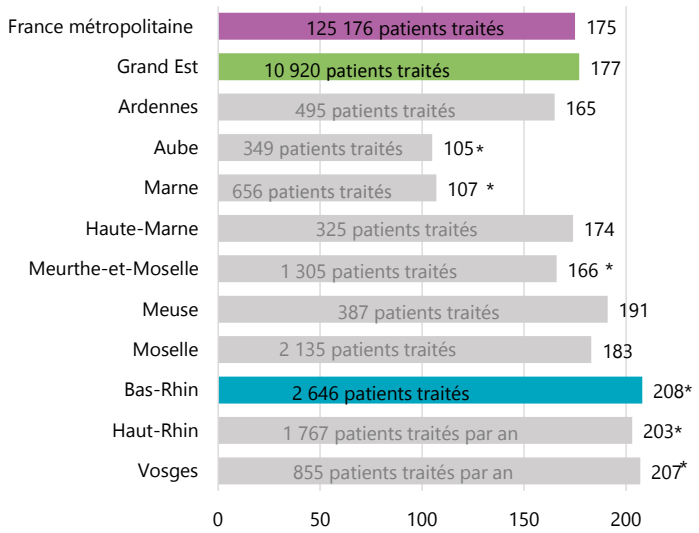
- Mise à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 % depuis 2005) et en France métrop. (-16,8 %)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

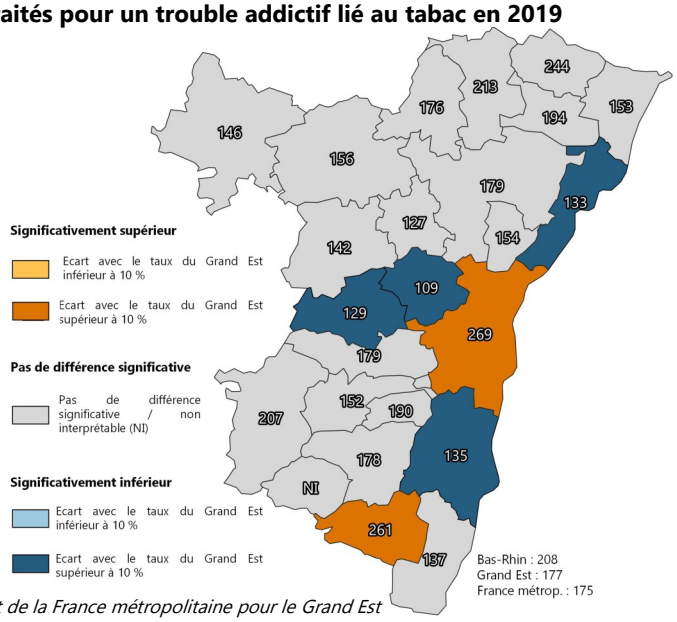
TABAC

2 646 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 82 patients de 15-29 ans et 778 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 208 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (177) et notamment un des plus élevés du Grand Est. 2 EPCI présentent une surprévalence.
- En augmentation de +23,1 % depuis 2015 (évolution significative).

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





** statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de 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 : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

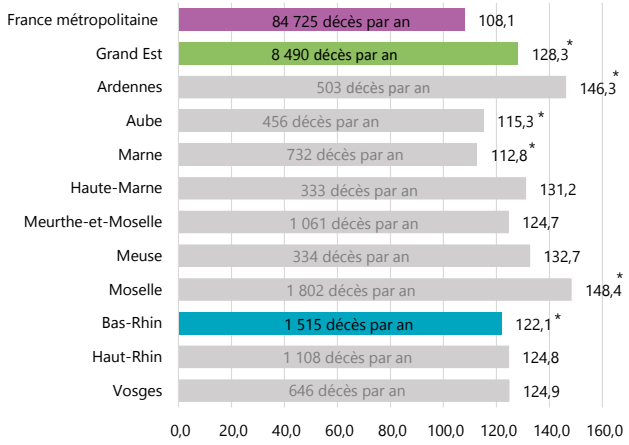
Notes

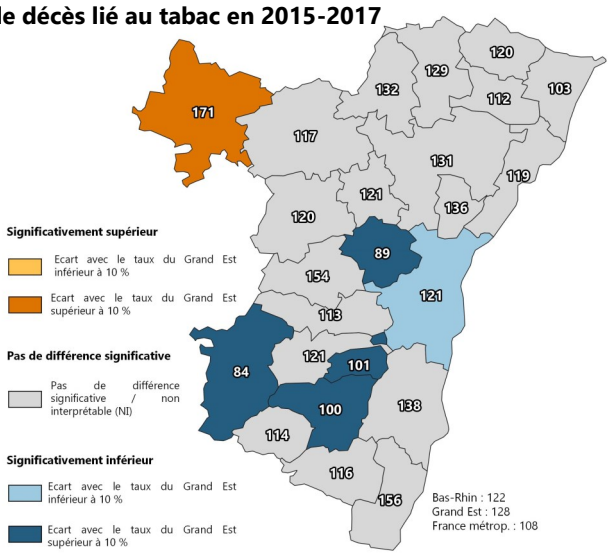
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic 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.

1 515 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 122 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (128) et notamment un des plus faibles du Grand Est.
- En diminution de -8,0 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative)

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





- Un taux significativement supérieur au niveau régional repéré dans la CC de l'Alsace Bossue mais un effectif faible (25 décès)

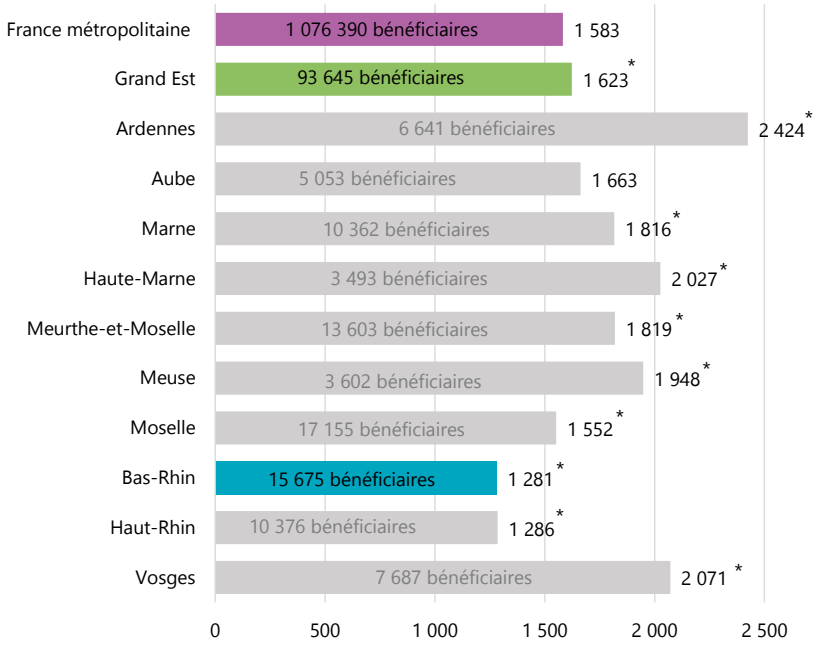
**statistiquement différent du Grand Est pour les départements et par rapport à la France métropolitaine pour le Grand Est*
Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

Notes

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

15 675 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



** 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

- Dont 1 692 patients de 15-29 ans et 1 815 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 281 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants), et notamment le plus faible de la région.
- 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

Le tabac est mentionné par six acteurs, dont deux travaillant auprès d'un public en situation de précarité. Ce public semble particulièrement concerné par la consommation de tabac, car les professionnels estiment que la quasi-totalité, voire la totalité de leur file active fume. Cette consommation pose un souci financier à ce public en situation de précarité. Un acteur évoque le partenariat entre sa structure et l'association la Vape du Cœur qui leur permet de fournir quatre vapoteuses par an aux usagers accompagnés. L'objectif est de « *répondre à un besoin financier plutôt qu'à un réel besoin d'arrêter le tabac.* »

Un autre acteur du territoire souligne que les soignants sont aussi sujets à la consommation de tabac. On peut se demander dans quelle mesure cela peut impacter la représentation que ces derniers ont de ce produit ainsi que la prise en charge de cette consommation.

Par ailleurs, il est possible que l'estimation donnée par les acteurs de terrain concernant la consommation de tabac soit involontairement minorée. En effet, les acteurs du Grand Est soulignent que :

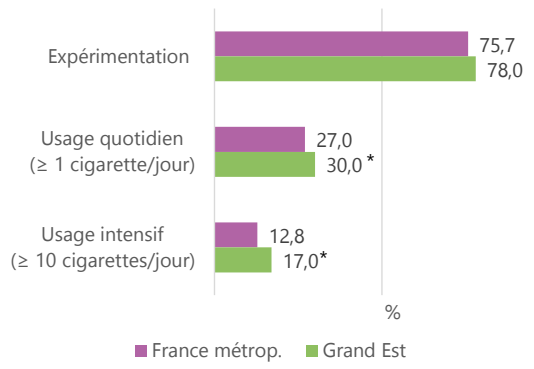
- le tabac n'est pas considéré comme une drogue par les usagers,
- le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie. Un acteur travaillant auprès de public précaire précise à ce propos qu'il est même difficile de travailler sur la consommation de cigarette, notamment lorsqu'il y a des comorbidités (obésité) car « c'est le dernier produit qu'ils veulent arrêter » d'après les dires des usagers.

En outre, la consommation de tabac est dite « *plus discrète* » que la consommation d'alcool par exemple. Celle-ci attire davantage l'attention des professionnels dans la mesure où elle occasionne des dommages sur la santé et des heurts/incidents plus évidents.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

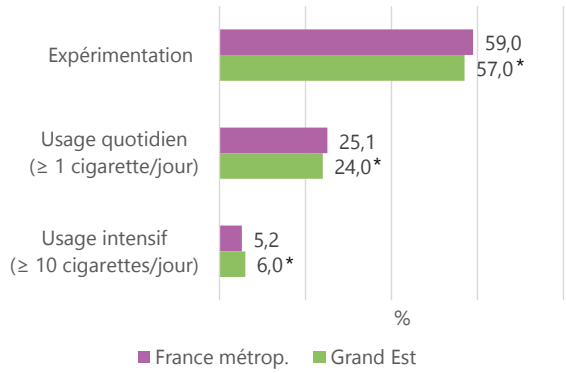
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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



** 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 Baromètre santé 2021** 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.

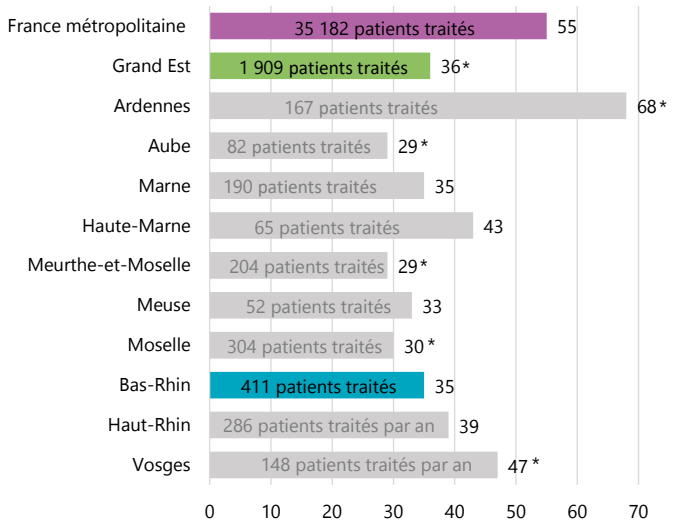
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

411 patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis en 2019

- Dont 126 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 35 pour 100 000 habitants similaire au Grand Est (36 pour 100 000 habitants).
- En augmentation de +52,2 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, seule l'Eurométropole de Strasbourg a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (48 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 268 patients traités.

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

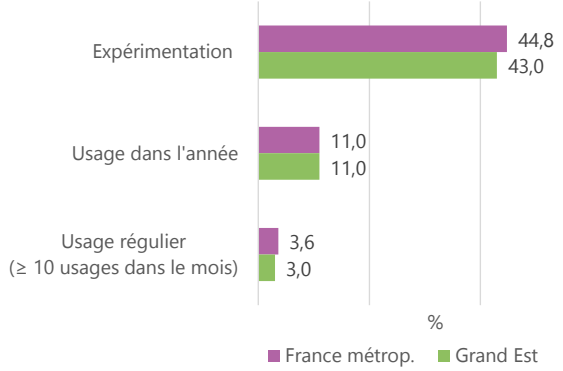
Notes

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

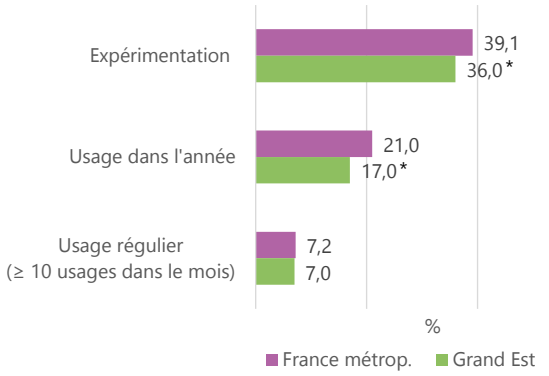
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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



**statistiquement différent par rapport à la France métrop.*
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.
- Et les données d'ESCAPAD 2022 montrent une diminution de -47 % de l'usage régulier du cannabis (3,8 %) en 2022 en France métropolitaine chez les 17 ans.

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Le cannabis est mentionné en tout par dix acteurs de terrain dont quatre travaillent auprès de personnes en situation de précarité. Il serait risqué d'en déduire que la consommation de cannabis ou la prise en charge de ce produit serait particulièrement importante sur ce territoire. En revanche, il est possible de supposer que les professionnels sont fréquemment confrontés à cette consommation et/ou qu'ils y sont sensibles.
Deux acteurs évoque la consommation de cannabis des *« jeunes »* qui ont tendance à d'autres produits (ex : alcool).

AUTRES SUBSTANCES

Notes

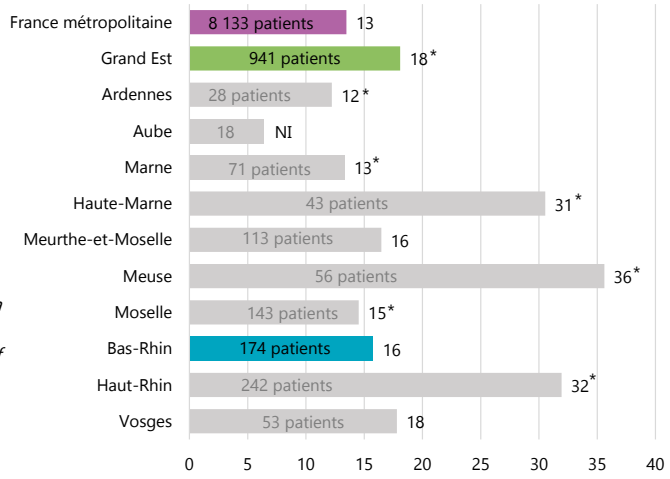
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc...

174 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 50 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 16 pour 100 000 habitants, statistiquement proche de celui du Grand Est (18) qui est plus élevé qu'en France.
- Mais en augmentation de +29,4 % depuis 2016 (évolution significative).

** 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

Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de patients hospitalisés en MCO pour un usage de drogue illicite en 2021



Notes

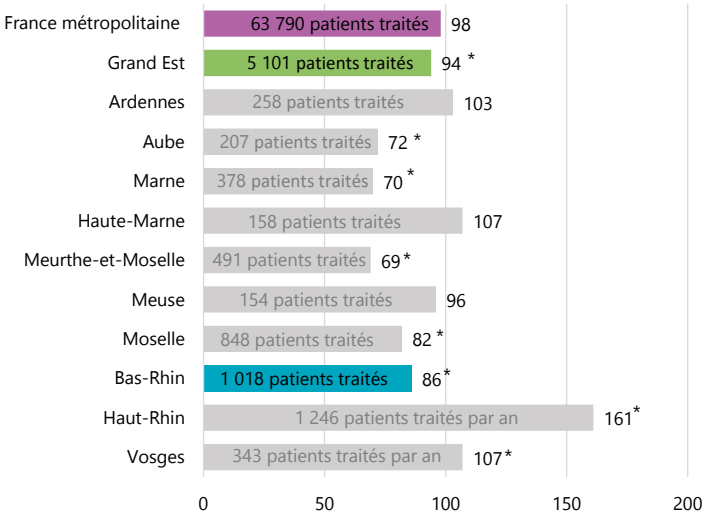
L'indicateur **patients hospitalisés pour un usage de drogue** comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

1 018 patients traités pour un trouble addictif lié à une autre substance en 2019

- Dont 143 patients de 15-29 ans et 79 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 86 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est.
- En augmentation de +16,2 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, l'Eurométropole de Strasbourg a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (111 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 582 patients traités.

** 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

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



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

Opioïdes

Différents opioïdes sont consommés sur ce territoire. Nous avons recensé quatorze mentions de produits faisant partie de la famille des opioïdes, selon la définition de l'Ofdt, dont :

- les opiacés, mentionnés par deux acteurs sans plus de précision sur le produit et sa consommation.
- l'héroïne, évoquée par quatre acteurs dont deux qui œuvrent auprès d'un public en situation de précarité. L'un deux, précise qu'il s'agit là du second produit consommé par les membres de leur file active après l'alcool.

Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) tels que le Subutex et la Méthadone, mentionnés par deux acteurs de terrain qui observent un détournement de ces produits de leur usage initial.

D'autres opioïdes médicamenteux sont détournés par les usagers du territoire, notamment le Skénan et surtout le Fentanyl .

Le Skénan est mentionné par un acteur travaillant auprès d'un public en situation de précarité, et le Fentanyl par cinq acteurs dont quatre travaillent également avec des usagers en situation de précarité. Ce dernier produit inquiète tout particulièrement les acteurs :

« Depuis 1 an le Fentanyl prend le pas sur les autres consommations. Il est consommé en détournant le Durogésic (un médicament qui en contient). Ce médicament se présente sous la forme d'un patch dont les usagers extraient la substance pour se l'injecter. Son injection représente la moitié des consommations (des usagers de la structure) »

D'après les témoignages, la consommation de ces patchs *« cuisinés »* n'est pas une nouveauté, mais elle est en augmentation. Un acteur associe cette problématique à un public de migrants géorgiens *« positifs au Fentanyl »*, venant dans les structures pour bénéficier d'un traitement de substitution par la Méthadone. Nous verrons plus loin que ce public, de par sa situation et ses demandes, confrontent les professionnels à de nombreuses difficultés en matière de prise en charge (cf. p 17 et 21).

Mésusage d'autres médicaments

D'autres médicaments sont consommés de façon détournée sur le territoire. La consommation de Lyrica, un antiépileptique, est en augmentation d'après un acteur. Ce produit est également repéré sur le territoire du Haut-Rhin où il est accessible sur le « *marché noir* » et consommé par des personnes qui ne correspondent pas au profil habituel des usagers pris en charge. Cela peut s'expliquer par le fait que ces usagers sont initialement des patients qui ont débuté la consommation de Lyrica sur prescription médicale avant d'en devenir dépendant. Le détournement de ce médicament a été relevé par L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

On nous rapporte également que certains usagers en situation de précarité « *gobent leurs traitements* ». Enfin les étudiants, tout particulièrement ceux de médecine, sont sujets au détournement de médicaments. D'après l'acteur qui en témoigne, cette consommation aide les étudiants à faire face à la pression des études.

Cocaïne et crack

La cocaïne et ses dérivés sont mentionnés par quatre acteurs, dont la moitié travaille auprès d'un public en situation de précarité. Deux d'entre eux notent une augmentation de la consommation de ce produit au point où *« la consommation de cocaïne est arrivée au niveau des consommations de cannabis »*. Un autre acteur manifeste son étonnement : le public précaire accompagné était attendu sur une consommation d'opioïdes, or contre toute attente la consommation principale est la cocaïne par voie injectable ou par inhalation du produit « *basé* » aussi appelé « crack ». Depuis deux ans l'injection a d'ailleurs laissé place à l'inhalation de crack.

Cette augmentation de la consommation de cocaïne et de crack pourrait s'expliquer en partie par la baisse du coût de ce produit (mentionné par un acteur) et la possibilité de commander les produits illicites sur internet et de se les faire livrer à domicile (mentionné par quatre acteurs).

Enfin, il importe de relever que certains des consommateurs de crack pris en charge sur le Bas-Rhin viennent de Paris faute de logements pour ce public en Ile-de-France.

Autres produits associés aux jeunes

Une grande diversité de produits est associée au public dit *« jeune »* par les acteurs rencontrés. Les « *jeunes* » consomment du cannabis et du protoxyde d'azote, mais d'après les témoignages, ce public consommerait également de la kétamine, du GHB, ou encore des Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) (ex: cannabinoïdes de synthèse, cathinones de synthèse). Un autre acteur évoque également la cigarette électronique qui, selon lui, *« est une porte d'entrée à la consommation chez les ado ».* Notons toutefois que ces produits ont été mentionnés une seule fois chacun.

Autres produits associés aux « chemsexeurs-euses »

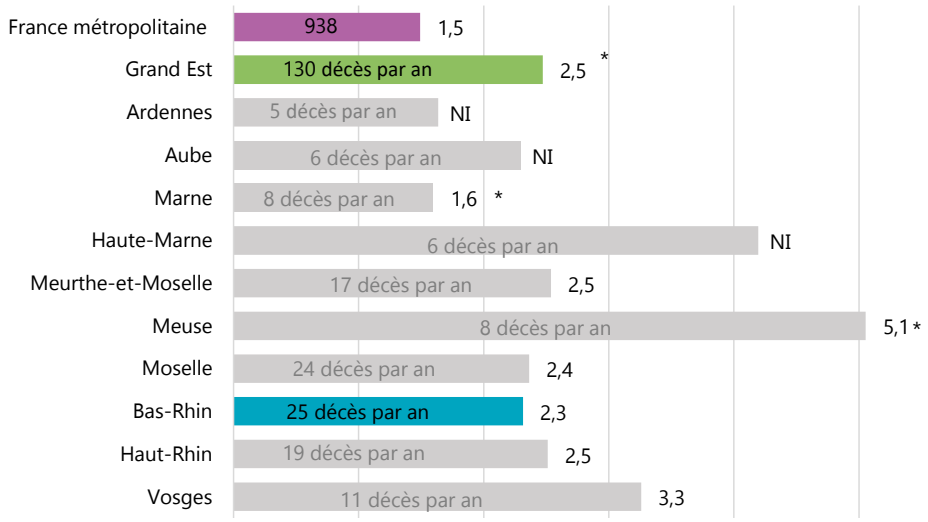
Selon le Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions, le chemsex consiste en « *l'utilisation de produits psychoactifs en contexte sexuel* » dans des situations homosexuelles ou hétérosexuelles. Cette pratique est mentionnée par quatre acteurs dont les ressentis sont divergents : pour certains il s'agit d'un phénomène plutôt rare, pour d'autres ces situations se font de plus en plus fréquentes. Hormis le poppers, les acteurs n'ont pas précisé les consommations des « *chemsexeurs-euses* » du territoire. D'après la MILDECA, on peut supposer une consommation de « *cathinones (4-MEC, 3-MMC, ...), cocaïne, méthamphétamine, ecstasy/MDMA, parfois de la kétamine et du GHB. Ces consommations de drogues s'accompagnent souvent de prises de médicaments qui favorisent l'érection, d'alcool et de poppers.* »

AUTRES SUBSTANCES

On note 25 décès annuels par surdose dans le Bas-Rhin sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans le Bas-Rhin (2,3 pour 100 000 hab.) proche de celui du Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.). A nuancer au regard des effectifs assez faibles.
- Un taux standardisé de décès par surdose du Grand Est statistiquement plus élevé que celui de la France métropolitaine (1,5).

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



** 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

Notes

L'indicateur **Mortalité par surdose** comprend les codes CIM-10 suivants : F11-F12 ; F14-F16 ; F19, X42, X62, Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

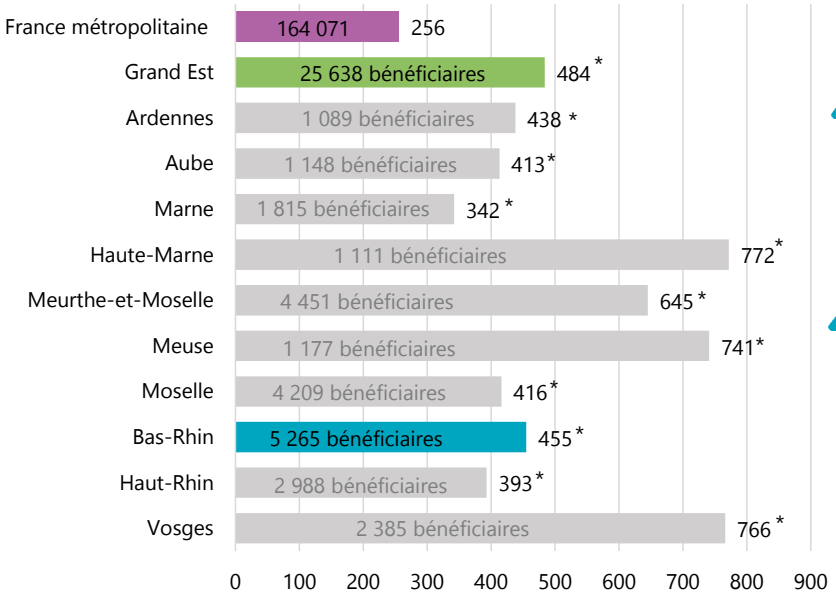
La mortalité par surdose est sous-estimée en lien avec la manière dont les surdoses sont déclarées.

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

AUTRES SUBSTANCES

5 265 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



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

- Dont 559 patients de 15-29 ans et 52 chez les 65 ans et plus
- Un taux standardisé de 455 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible 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.

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Le public géorgien « *positif au fentanyl* » (cf. p 15) recherche spécifiquement un traitement par la Méthadone. Un acteur expose sa difficulté à répondre à cette demande :

« On a la capacité de débuter la méthadone pour une personne par semaine... alors qu'on a cinq demandes par semaine (...) On ne sait pas comment faire face à ce qui va arriver. (...) On a l'impression d'être sous une vague. »

Ce constat a poussé l'acteur en question à contacter un partenaire local dans l'espoir qu'il puisse prendre en charge une partie de ces demandes de traitement par la Méthadone, mais ce dernier n'en avait pas la capacité.

AUTRES SUBSTANCES

1 660 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Bas-Rhin	2 201	1 978	1 694	1 273	1 660	**-24,6 %**
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

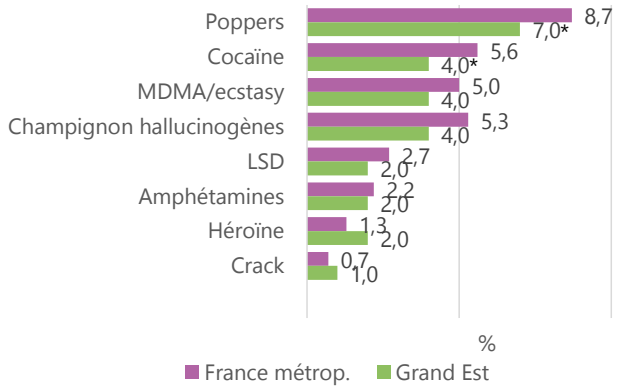
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Diminution du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (-24,6 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

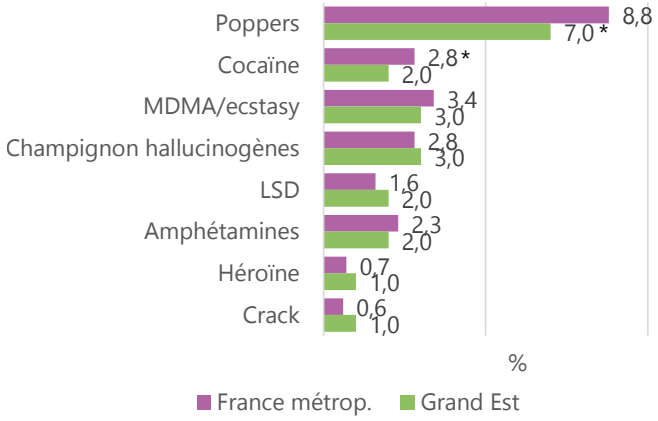
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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 métropolitaine
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

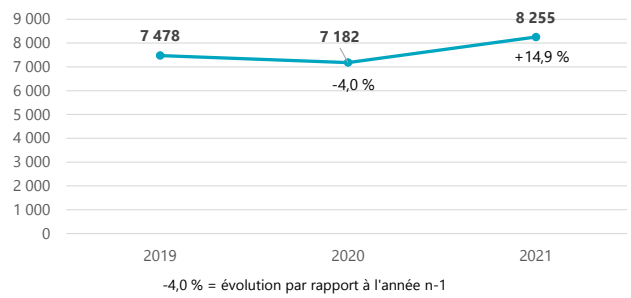
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DE LE BAS-RHIN

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.

8 255 patients vus au moins une fois au sein des 8 CSAPA ambulatoires du Bas-Rhin en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 8 CSAPA ambulatoire du Bas-Rhin en 2019, 2020 et 2021



Répondants : Répondants : 7 CSAPA/8 en 2019 et 2020, 8/8 en 2021
1 CSAPA est dédiée uniquement à une maison d'arrêt.
Même CSAPA non répondant en 2019 et 2020 (file active en CJC en 2021 = 65)
Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

Caractéristiques des patients vus au sein des 8 CSAPA du Bas-Rhin en 2021

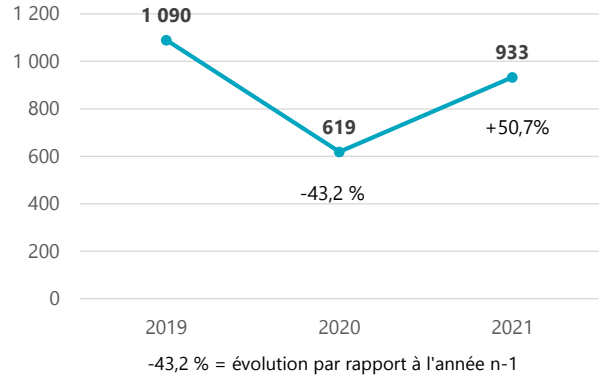
- 7 patients sur dix sont des hommes.
- 5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 8 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 5 patients sur dix ont comme addiction la plus dommageable l'alcool.

- 34 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de le Bas-Rhin en 2021 similaires à celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

933 jeunes vus au sein des 19 sites de CJC du Bas-Rhin en 2021

File active en CJC en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 5 CSAPA/8 en 2019, 5 CSAPA/8 en 2020 et 6 CSAPA/8 en 2021
A noter que parmi les 8 CSAPA, deux n'ont pas réalisé de CJC.
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 :
  - 20,6 % Cannabis,
  - 12,8 % Alcool,
  - 6,9 % Tabac.

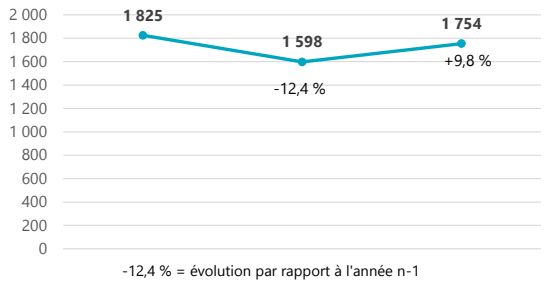
Notes

Le produit le plus consommé a été renseigné pour la totalité de la file active.

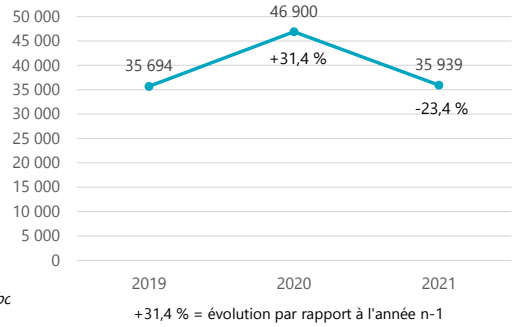
CAARUD DU BAS-RHIN

Une file active de 1 754 usagers vus au sein du CAARUD du Bas-Rhin en 2021

File active au sein du local principal/antennes du CAARUD du Bas-Rhin en 2019, 2020 et 2021



Contacts réalisés au sein du local principal/antennes du CAARUD du Bas-Rhin en 2019, 2020 et 2021



Un seul CAARUD ouvert en 2021. D'après l'annuaire de GEA, un 2e CAARUD est implantée sur Strasbc
Source : Rapport d'activité des CAARUD - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

- File active et contacts réalisés au sein du local principal/antennes semblent peu impacté par la crise sanitaire, avec même une augmentation du nombre de contacts réalisés en 2020.

- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein du CAARUD :
  - Cocaïne/Free base (63 pour 100 usagers),
  - Héroïne (43 pour 100 usagers),
  - Alcool (35 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon bas-rhinois

Dix-neuf entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Neuf structures médico-sociales
- Deux structures sanitaires
- Deux mouvements d'entraide
- Quatre structures « autres » (microstructures, réseaux d'addictologie, associations des prévention)
- Deux structures « mixtes » (ex : une association portant à la fois des dispositifs médico-sociaux et des dispositifs sanitaires)

Le regroupement des structures par catégories tel que proposé ci-dessus permet de présenter les résultats tout en préservant l'anonymat des acteurs et des structures qu'ils représentent.

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).

Réalisation des entretiens

- Les entretiens ont été effectués en visioconférence ou dans les locaux des structures contactées et quelques rares fois par 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

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

S'adapter aux nouveaux profils d'usagers

- Les acteurs sont sensibles à l'évolution des profils des usagers au sein de leur file active, car cela implique d'adapter l'offre et le parcours de soin. Les publics qui préoccupent particulièrement les acteurs du territoire sont les suivants :

- Comme évoqué précédemment, des acteurs du Bas-Rhin sont de plus en plus confrontés à un public migrant, plutôt masculin, provenant souvent des pays de l'est (usagers géorgiens, mais aussi ukrainiens depuis le début du conflit avec la Russie). Les acteurs du territoire rencontrent plusieurs difficultés vis-à-vis de ce public :

  - Ces usagers ont pour particularité d'avoir *« une toute autre logique »* concernant la prise en charge de l'addiction aux opioïdes, car pour eux l'offre de soin se limite au traitement par la Méthadone. Or, il s'avère difficile de répondre à leur demande de substitution par la Méthadone, faute de moyen (cf. p 15).

- Les usagers présentant des comorbidités psychiatriques (ex : borderline, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) se font également de plus en plus présents au sein de la file active des structures Bas-Rhinoises. Cinq acteurs de terrain témoignent de cette augmentation :

  « Globalement la majorité des patients ont une problématique psychiatrique adossée au comportement addictif. »

- Plusieurs acteurs du Grand Est associent l'augmentation de ces comorbidités psychiatriques et autres fragilités psychiques à la crise sanitaire du covid 19 ou encore à la pénurie de médecins (d'où une prise en charge tardive et une dégradation de l'état des usagers).

- Les acteurs font part de difficultés lorsqu'ils souhaitent orienter ces usagers vers d'autres structures :

  - Dans le secteur de l'hébergement on nous confie que ces personnes « épuisent les partenaires les uns après les autres », et ce jusqu'à ce que la structure en charge se retrouve à court de relai.

  - Les structures ont également du mal à renvoyer ces usagers vers les professionnels de la psychiatrie, car le secteur est surbooké (cf. p 24)

- On peut en déduire que, faute de relais, ces usagers se retrouvent alors bloqués dans la file active de la structure qui les a pris en charge initialement.

Faciliter l'accès aux soins des publics dits « *spécifiques* »

- Certains publics *« spécifiques »* sont au contraire peu visibles au sein des files actives des structures du territoire.

- Une attention particulière est portée aux femmes : cinq acteurs évoquent leur volonté d'accompagner ce public souvent minoritaire au sein des files active. Le représentant d'une structure d'hébergement ajoute :

  « *Nous rencontrons une grosse difficulté à accueillir le public féminin.* »

- Un seul acteur témoigne d'une augmentation du public féminin au sein de la file active, mais il faut préciser que la structure en question propose des consultations et des activités dédiées aux femmes.

- Un professionnel explique que ce n'est pas toujours facile d'approcher les « *jeunes* ». Bien souvent ils ne les rencontrent que dans le cadre des CJC.

Prise en charge

Faciliter l'accès aux soins des publics dits « *spécifiques* » (suite)

- Les « *chemsexeurs-euses* » sont également peu présents dans les files actives des structures participantes. Un acteur précise que ce public « *a du mal à rentrer dans les soins* ». Il est le seul à relever une augmentation de ce public au sein de la file active de sa structure. Notons que celle-ci, de par sa localisation et ses horaires d'ouverture, permet d'accéder au service addictologique « en toute discrétion ».

- La crainte d'être associé.e à la figure du « *toxicomane* » pourrait expliquer en partie la réticence de ces trois publics à « *entrer dans les soins* ». On peut également se demander dans quelle mesure la prédominance d'hommes adultes au sein des files actives provoque un effet repoussoir sur les « *jeunes* » et les femmes.

- Enfin, un professionnel du territoire explique que les problématiques d'addiction se retrouvent de plus en plus dans « *les campagnes et villages* » or « *ces zones sont peu touchées par une activité préventive. Il ne s'y passe rien. On a l'impression que c'est un territoire qu'on ne touche pas.* ». Un bus mobile a pour vocation de se rapprocher de ce public, mais pour l'acteur cité il s'agit « *d'une goutte d'eau dans la mer* ». Un autre acteur souligne le manque de transports en commun, notamment entre Haguenau et Strasbourg, ce qui peut considérablement complexifier l'accès aux soins.

Des règlements intérieurs qui contraignent la prise en charge

- Les règlements intérieurs des structures peuvent complexifier la prise en charge de certains usagers, notamment ceux sujets à la poly-consommation/aux poly-addictions. C'est le cas notamment au sein de la halte soin santé : la consommation d'héroïne y est permise, mais pas la consommation de cannabis. Les usagers consommant à la fois héroïne et cannabis peuvent alors se retrouver en porte à faux avec le règlement de la structure. L'acteur ajoute que l'interdiction de la consommation de certains produits au sein de cette structure « *constitue dans une certaine mesure une entrave à la prévention* ». Il faut souligner la poly-consommation est un phénomène de plus en plus important sur le territoire.

- L'analyse de produit illicite peut également être interdite au sein des structures, ce qui constitue également *« un frein à la prévention* » alors qu'il « *y a une forte demande de la part des usagers* ».

- L'interdiction de consommation au sein des structures peut également concerner des produits licites. En effet, certaines structures d'hébergement ne pratiquent pas la réduction des risques et des dommages associés à l'alcool sur ce territoire (deux acteurs en témoignent). Ainsi l'usager qui consomme de l'alcool au sein de la structure se retrouve en porte à faux avec le règlement. Pourtant, l'un des professionnels précise que « *dans 99 % des séjours il y aura une reprise de conso ponctuelle* » ne serait-ce que parce que l'alcool est disponible aisément dans les supermarchés environnants.

- La réticence quant à la détention de produits illicites ou d'alcool au sein d'une structure peut en partie s'expliquer par la crainte de conflits ou débordements associés à la consommation ou à l'échange/revente de produits.

Une augmentation de la file active

- Nombre d'acteurs impliqués dans la première étape de la prise en charge des troubles addictifs (CSAPA, CAARUD, hôpitaux) font face à une augmentation notable de leur file active. Cinq acteurs en attestent. L'un d'eux estime que la file active de sa structure a doublé en cinq ans. La création de listes d'attentes peut alors s'avérer nécessaire. Le délai de prise en charge dépasse le mois pour quatre structures participantes. Un seul acteur fait part d'une baisse de sa file active, mais cela n'est pas dû à une baisse des demandes de prise en charge : il s'agit d'une décision stratégique de la direction visant à préserver la qualité de l'accompagnement. Un acteur du territoire fait le lien entre la pandémie et l'augmentation des demandes d'accompagnement :

  « *Avec le confinement des gens se sont rendus compte de leur problématique* ».

- Cette augmentation de la file active n'est pas suivie d'une augmentation des moyens, notamment humains, d'où une surcharge d'activité (cf. p 25-26).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

Une augmentation de la file active (suite)

- Face à cette problématique les acteurs ont développé des stratégies :
  - Conserver « *deux-trois consultations de libre dans la semaine* » pour pouvoir prendre en charge les urgences aussi rapidement que possible. Cette stratégie permet à l'équipe de proposer un rendez-vous dans les cinq jours environ.
  - Réorienter les usagers vers d'autres structures (ex : autre CSAPA du territoire, microstructures) dans l'espoir qu'ils puissent prendre le relais.

- Un acteur du territoire suggère de créer une ou deux nouvelles structures (prioritairement un CSAPA sur Strasbourg), plutôt que de renforcer les ressources humaines des CSAPA strasbourgeois existants. Selon lui, cette solution permettrait d'augmenter la marge de manœuvre des usagers (localisation, affinités avec les professionnels). Il privilégie également cette solution arguant qu'«*avoir tout sur un même espace c'est ingérable* ». Les capacité d'accueil des structures existantes sont limitées. Nous verrons plus loin que la problématique de la surcharge d'activité s'étend à d'autres secteurs d'activité du territoire qui ont également un rôle important à jouer dans la prise en charge des addictions.

Des difficultés pour réaliser les actions de prévention

- L'accès à certains publics ciblés pour les actions de prévention peut s'avérer complexe.

- Le représentant d'un mouvement d'entraide explique que « *leur présence est parfois refusée sur certains évènements* ». Selon lui c'est parce qu'ils sont jugés « *inutiles* ». Le représentant d'un autre mouvement note que *« lorsque le représentant national ou régional n'est pas un professionnel cela ferme des portes aux groupes* ».

- Des représentants d'autres types de structures (ex : associations de prévention) évoquent une difficulté à intervenir auprès des salariés :

« Dès qu'on propose de faire des ateliers dans des entreprises, il y a des blocages. Parfois c'est nous qui refusons lorsque l'entreprise demande de faire une « action flash » de cinq minutes par salarié. Et on a du mal à se faire entendre que cinq minutes ce n'est pas assez pour faire de la prévention. Il y a une vraie différence d'approche entre les entreprises et nous. »

- L'un d'eux souligne l'importance de disposer de diagnostics afin d'adapter l'action aux besoins effectifs.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais

- Une grande partie des partenaires mobilisables dans le parcours de soin des usagers de produits psychoactifs se trouve actuellement en situation de saturation, d'où un sentiment global de perte de possibilité en matière de relais. Un acteur résume la situation et les impacts sur les parcours des usagers :

« Le principal frein à la coordination médico-sociale concerne les places disponibles au sein des différentes structures. Beaucoup de structures et de services sont saturés par la demande. Il y a un manque de places, mais aussi des délais qui s'allongent, ce qui impacte le suivi de la personne, son adhésion à ce qu'on lui propose, et sa capacité à se projeter, ce qui accentue sa précarité. »

- Les ressources particulièrement difficiles à mobiliser sur le territoire sont la médecine de ville, le secteur de la psychiatrie, l'hébergement et les lits de sevrage et post-cure.

- Les difficultés de relais avec la médecine de ville et le secteur de la psychiatrie sont respectivement mentionnées par cinq acteurs.

- Les médecins de ville s'avèrent peu disponibles d'où des délais d'attente particulièrement longs et « *dommageables pour la personne qui demande à être aidée* ». Faute de relais, un acteur explique que le service est « s*ubmergé* » par le nombre d'usagers qu'ils doivent « *garder pour la substitution aux opiacés* ».

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais (suite)

- Les professionnels de l'addictologie se retrouvent régulièrement à devoir pallier le manque de médecin :

« *Il y a une forte demande de soin médical au (nom du service) mais on n'est pas en capacité d'y répondre (prescriptions limitées). On ne peut pas se substituer à la médecine de ville.* »

- Face à cette problématique un acteur dit « *prospecter pour mettre en place de la téléconsultation* », notamment depuis la pandémie. Toutefois il précise que même si cela « *permet de répondre à des besoins, une première consultation en présentiel paraît importante.* »

- Même problématique en ce qui concerne les psychiatres ou psychologues du territoire : le relais s'avère difficile alors qu'il est de plus en plus nécessaire compte tenu de l'augmentation d'usagers présentant des comorbidités psychiatriques (cf. p21).

- Une difficulté est également relevée par trois acteurs du territoire concernant le relais avec les hébergements, notamment les hébergements d'urgence. L'un d'eux explique qu'il n'y « *a qu'un seul CHRS dans le coin* », ce qui complexifie la prise en charge et la création d'un projet de soins, notamment avec les usagers sans domicile fixe. Un autre ajoute qu'ils ont des difficultés à trouver des logements durables pour les usagers depuis la fin de la pandémie :

« *Il y avait plus de place sdepuis la covid, mais maintenant ça stagne un peu, ça embolise, on n'arrive pas à loger les personnes de façon décente et on sent que ça va s'accentuer prochainement.* »

- Malgré cela, deux acteurs soulignent que le territoire du Bas-Rhin dispose d'un atout de taille concernant l'orientation en hébergement : le réseau HéTAGE « *qui permet d'éviter les ruptures de contrat de soins* ».

- Enfin un acteur pointe un manque de structures permettant l'hospitalisation pour effectuer un sevrage. D'après lui, certains lits dédiés au sevrage n'ont pas réouvert suite à la pandémie. Un acteur précise qu'il faut deux mois d'attente pour un sevrage et jusqu'à cinq mois d'attente pour une post-cure.

Une bonne dynamique partenariale

- Globalement les acteurs du territoire attestent d'une bonne connaissance du réseau local. Sept d'entre eux expliquent qu'ils sont en relation avec les partenaires du territoire et qu'ils « *travaillent plutôt bien ensemble* ».

- Ces relations sont souvent générées puis portées par des salariés. Cela peut s'avérer être un atout, car le lien interpersonnel est fort, mais aussi une fragilité : si le salarié quitte la structure les relations partenariales peuvent alors se déliter. Par ailleurs, un acteur présente le CIRDD comme un atout du territoire contribuant à la « *communication transversale* ».

- Un professionnel vient nuancer ce tableau plutôt positif en précisant qu'il manque malgré tout une dynamique commune sur le territoire :

« *Il y a peut-être des projets communs à mettre en place, mais chacun fait face à ses propres difficultés. En plus c'est difficile pour les hospitaliers de mettre en place des projets, en lien avec le fonctionnement des hôpitaux : il y a moins de marge de manœuvre parce que ça doit passer par la direction des hôpitaux.* »

- Un autre acteur dit rencontrer des difficultés lors de la mise en place de projets nécessitant un travail partenarial : ces projets demandent un temps de préparation en amont, mais il s'avère difficile de mobiliser les partenaires. La surcharge de travail semble bloquer la dynamique.

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Des différences de culture addictologique : frein ou levier ?

Plusieurs acteurs évoquent des différences de « *philosophie* » / « *culture* » addictologique sur le territoire. Cette différence est présentée tantôt comme un atout, tantôt comme un frein pour le parcours de soin. Un professionnel explique qu'il prend en compte ces différences d'approche pour orienter les usagers dans le service le plus adapté. Cette diversité semble offrir une marge de manœuvre intéressante pour l'usager. Un autre, au contraire, voit en cette diversité l'absence d'une « *culture commune* » et déplore tout particulièrement l'existence de « *différentes écoles* » en matière de prévention.

Autres problématiques

- Les microstructures sont souvent présentées comme des atouts de taille pour la coordination des parcours, or ces dispositifs peinent à communiquer sur leur existence et leur fonction :

« Les microstructures ne sont pas beaucoup connues auprès de l'ordre des médecins car la communication externe leur est interdite pour des raisons évoquées de concurrence. Les microstructures depuis 2021 dépendent d'un nouveau mode de financement prévu dans l'expérimentation "équipe addicte" (article 51). Elles ont donc un cahier des charges qui les limite en matière de communication. Il arrive même que le réseau microstructure reçoive des demandes de la part de médecins intéressés, mais qu'il ne puisse pas y donner suite. »

- Les microstructures misent alors principalement sur « *le bouche à oreilles entre médecins* », tactique qu'un acteur estime « *relativement efficace* ». Les professionnels profitent également de temps d'interventions à la faculté de médecine ou de rencontre avec les maisons de santé pluriprofessionnelles pour se faire connaitre.

- Les mouvements d'entraides fonctionnement également par « *le bouche à oreilles* » faute de bénévoles compétents en matière de communication ou par choix politique.

- Concernant les structures d'hébergement, un acteur précise que le public qu'ils accompagnent n'est pas considéré comme « *prioritaire* » lorsqu'ils souhaitent les faire accéder à un autre type de logement. Ces derniers « *ont déjà un toit sur la tête* » (ils sont déjà logés par la structure évoquant cette difficulté). Sur ce point ils se disent « *tributaire du SIAO et des hébergements* ».

- Enfin trois acteurs évoquent des difficultés dans leurs relations avec la médecine de ville :
  - Les médecins participent peu à l'orientation des usagers vers les services d'addictologie.
  - Il est difficile d'envoyer les usagers vers la médecine de ville car « *il faut d'abord les rediriger vers une structure de sevrage.* »

Ressources humaines et financement

Des financements insuffisants et incertains

- Huit acteurs du territoire font part de difficultés de financements. Deux d'entre eux mentionnent un manque de moyens face à l'augmentation de l'activité :

« Le budget ne bouge pas, (…) alors que la file active monte en flèche depuis des années. »

- Parfois des financements sont obtenus mais sans garantie qu'ils soient pérennisés, ce qui menace le maintien de certains projets et complexifie la projection de la direction dans l'activité de sa structure.

- Un manque de visibilité sur le budget annuel impacte également la projection (deux acteurs relèvent ce point) :

« Les projets financés durant un an c'est ingérable… d'autant plus qu'on ne reçoit pas les fonds le premier janvier, c'est souvent à la moitié de l'année… c'est le fait du système, et non de l'ARS ou de la DGS. À l'heure actuelle je ne connais toujours pas mon budget pour 2023. »

Impacts sur les ressources humaines

- Ces problématiques financières ont un impact direct sur les ressources humaines à disposition, qui s'avèrent insuffisantes. Deux structures évoquent des postes vacants, dans l'un des cas c'est par difficulté à recruter.

- Pour faire face à ce manque de professionnels, un acteur a développé une stratégie : « la *mutualisation professionnelle* », mais cela s'avère peu satisfaisant :

« On ne peut plus faire grand-chose car tout le monde doit tout faire. »

Ressources humaines et financement

Impacts sur les activités et projets des structures (suite)

- Le manque de moyens financiers et humains va impacter l'activité des structures :

« *Ça fait plus de dix ans qu'on a le même nombre de professionnels donc on ne peut pas forcément répondre aux besoins de la population. On manque de temps.* »

- Parmi les activités impactées :
  - La coordination des parcours de soins
  - La création ou le maintien de nouveaux dispositifs/projets
  - L'accès à certains soins ou services :

    « *La thérapie familiale est très efficace mais on a les moyens d'en faire qu'une demie journée par mois ce qui n'est pas suffisant. On voudrait le proposer à plus de patients.* »

  - Et la mission de prévention (trois acteurs en attestent).

- L'un d'eux déplore cette perte d'investissement dans le préventif :

« *Plus on est dans le curatif, moins on serra dans le préventif. On est à rebrousse-poil de ce qui faudrait faire.* »

- Face à ces difficultés financières un acteur dit « *avoir la chance de pouvoir compter sur l'aide des collectivités locales* » (ex : participation financière de la CAF pour maintenir un dispositif).

Les addictions sans substance

Public « *jeune* »

- Plusieurs acteurs relèvent l'existence d'addictions sans substances chez le public « *jeune* ». Un acteur énumère plusieurs comportements problématiques tels que l'addiction aux réseaux sociaux, des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), ou encore l'addiction aux jeux vidéo. Un autre évoque l'addiction aux jeux sportifs ainsi qu'au sexe et au porno.

- Mais la problématique de l'addiction la plus relevée chez les « *jeunes* » est l'addiction aux écrans (cinq mentions). Toutefois il convient de préciser que sur ces cinq mentions, quatre concernent une demande d'information/ sensibilisation à destination du public jeune effectuée par des adultes (ex : parents, professionnels de l'éducation nationale, des missions locales, des centres socio-culturels, etc.). Cela interroge : les « *jeunes* » sont-ils effectivement sujets à l'addiction aux écrans ou bien est-ce la représentation des adultes qui en ont la charge ? Aussi, s'agit-il d'une addiction ou d'une simple consommation, peut-être excessive ? Un acteur rappelle que les jeunes ont besoin des écrans au quotidien, ne serait-ce que dans le cadre de leur scolarité. D'où la question : comment distinguer un usage des écrans problématique dans un tel contexte ? Un autre estime qu'il se n'agit pas d'un problème d'addiction, mais d'un souci de « *cadrage parental* ». Au final, trois acteurs rencontrés s'interrogent sur l'association de la consommation d'écran des « jeunes » à une addiction. Précisons que l'addiction aux écrans ne fait pas partie de la classification internationale des maladies (CIM 11) pour le moment.

Public adulte

- Concernant les adultes, les addictions sans substances sont soit présentées comme des situations anecdotiques, soit comme un phénomène en augmentation bien que restant minoritaire comparé aux addictions avec substances. D'après les témoignages, les usagers peuvent être concernés à la fois par une addiction avec substance et une addiction sans substance. Dans ce cas, l'addiction sans substance semble souvent minorée comparée à celle avec substance. Notons que d'après un acteur du territoire, les addictions sans substances ne sont pas « *la porte d'entrée* » vers l'accompagnement addictologique. Autrement dit, les personnes viennent avant tout pour travailler leur addiction avec substance.

- Différentes addictions sans substances sont associées au public adulte, principalement les Jeux d'Argent et de Hasard (JAH), mentionnés par sept acteurs du territoire. L'un d'entre eux est tout particulièrement préoccupé par les paris sportifs, précisant que ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur. Notons que les JAH sont les seules addictions sans substances reconnues par la classification internationale des maladies pour le moment. Cela pourrait expliquer en partie « l'intérêt » des professionnels pour cette addiction.

Les addictions sans substance

Public adulte (suite)

- Sont également mentionnées les addictions aux jeux vidéo (mentionnés par cinq acteurs), les « *troubles affectifs et sexuels* » (mentionnés par trois acteurs) et les Troubles du Comportement Alimentaire (également mentionnés par trois acteurs). Les TCA concernent souvent des *« femmes d'un certain âge »* qui peuvent par ailleurs présenter un problème d'alcool d'après un témoignage.
- Enfin, concernant le public adulte en situation de précarité le constat est relativement le même : la plupart du temps les addictions sans substances sont des « *cas isolés* », hormis dans deux structures d'hébergement :
  - l'acteur représentant la première structure concernée explique que la moitié de ses résidents ont un rapport problématique au numérique/ aux écrans. Ce comportement contrarie la prise en charge car ces usagers *« sont sur leur téléphone et se privent du collectif »*, or les temps collectifs font partie de la démarche thérapeutique.
  - L'acteur représentant la seconde structure estime que quinze à vingt locataires sont concernés par l'addiction aux JAH. Il précise qu'il est difficile de dialoguer à ce propos avec les usagers concernés, ils ont tendance à mentir. Il n'est pas facile d'estimer l'addiction aux jeux, mais la difficulté de certains à payer leur loyer est un indicateur intéressant d'après le professionnel.
- Nous pouvons nous demander dans quelle mesure la prise en charge en hébergement facilite l'identification des addictions sans substances, notamment parce qu'elle rend possible l'observation des comportements des usagers au quotidien. Nous faisons également l'hypothèse que les addictions sans substances ne sont pas si anecdotiques qu'il n'y paraît. Elles sont peut être juste plus discrètes, plus difficiles à évoquer, et de fait plus complexes à identifier (surtout si le focus est par ailleurs porté sur une addiction avec substance).

En résumé

Le Bas-Rhin est un territoire urbain avec :

- Des indicateurs montrant :
  - A priori une sous-prévalence de patients traités concernant l'alcool par rapport au Grand Est ; 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, le département a un taux de décès lié à l'alcool le plus faible du Grand Est ; et en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence - une des plus élevées - en ce qui concerne le tabac ; avec une augmentation de +23,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. A noter tout de même que concernant les substituts nicotiniques, le département enregistre l'un des taux les plus faibles du Grand Est de patients en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac l'un des plus faibles du Grand Est ; et en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence similaire au Grand Est concernant le cannabis ; mais en augmentation de +52,2 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019 (411 patients cette dernière année).
  - Concernant les drogues illicites (hors cannabis), une tendance à la sous-prévalence d'après les indicateurs disponibles par rapport aux Grand Est ; mais en augmentation de +16,2 % du taux de patients traités pour un trouble addictif liée aux autres substances entre 2015 et 2019.
  - L'Eurométropole de Strasbourg présente en particulier des surprévalences de patients pris en charge, ce qui pourrait être en lien avec la présence de certains publics mais aussi une offre d'accueil et prise en charge plus importante.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Une grande diversité d'opioïdes consommés sur le territoire, dont des médicaments détournés de leurs usages initiaux (TSO, Fentanyl et Skénan).
  - Une augmentation de la consommation de cocaïne, notamment basée.
  - Une grande diversité de produits et d'addiction sans substances associées au public « jeune »
  - Une évolution des profils d'usagers, avec de plus en plus d'usagers présentant des comorbidités psychiatriques et de personnes migrantes en provenance de l'est. D'où diverses difficultés de prise en charge
  - Un manque de ressources pour pouvoir répondre à la demande de méthadone, notamment du public Georgien.
  - Un réseau globalement surchargé face à l'augmentation des demandes de prise en charge et faute de financements suffisants pour y faire face.
  - D'où un manque de dynamique commune.
  - Des addictions sans substances possiblement minorées et suscitant moins l'attention des usagers comme des professionnels. Addictions qui peuvent cependant impacter négativement l'accompagnement en hébergement.

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

Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Siège
Hôpital Civil – Bâtiment 02, 1er étage
1 place de l'hôpital
67091 Strasbourg cedex

Site de Nancy
2 rue Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy

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