Octobre 2023

68 Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

HAUT-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 huit dans le Haut-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

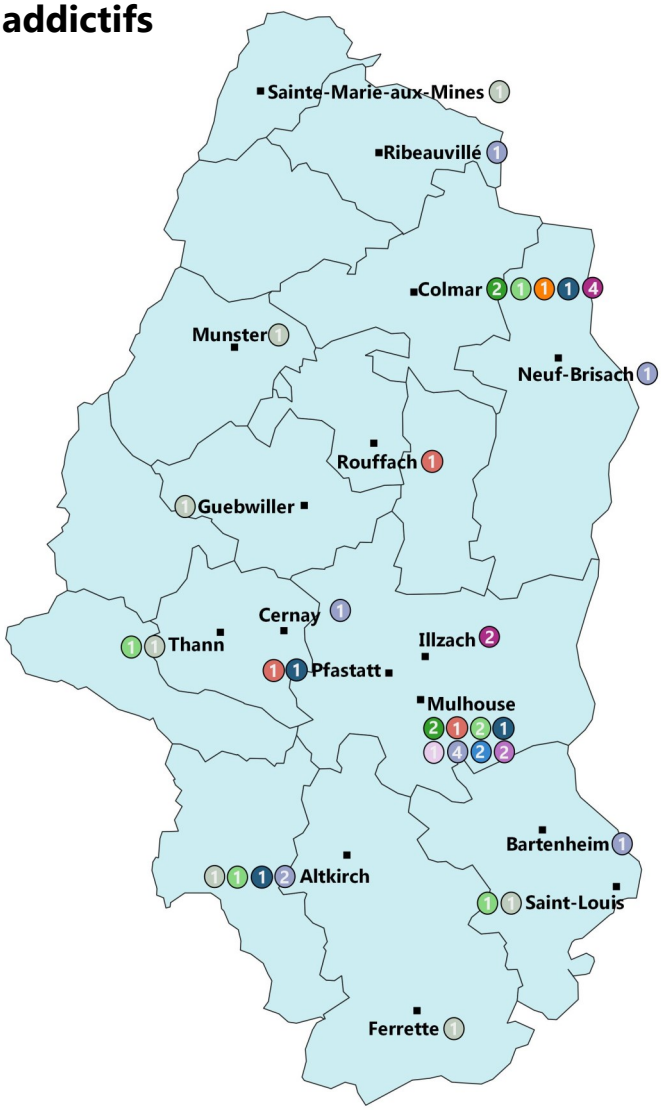
Description de quelques indicateurs quantitatifs

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

52 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*

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.
**Le réseau des microstructure n'apparait pas sur la carte car son siège sociale est situé dans le Bas-Rhin et porte 6 microstructure dans le Haut-Rhin*
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 Haut-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)	4 (29)	0,7 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	7 (117)	1,1 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	1 (13)	0,2 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	6 (94)	4,0* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	2 (14)	0,4 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	1 (21)	0,2 (0,5)
Microstructure en addictologie	6 (41)	1,1 (1,0)
Halte Soins Addictions (anciennement Salle de consommation à moindre risques)	0 (2)	0,0 (0,0)
Service hospitalier (hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, consultation hospitalière, hospitalisation de jour)	3 (54)	0,5 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	4 (22)	0,7 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	0 (5)	0,0 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	0 (7)	0,0 (0,2)
Association de prévention	2 (13)	0,4 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	10 (74)	1,8 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	6 (48)	1,1 (1,2)

**nombre de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 12-25 ans*
Calcul effectué à partir de la population estimée (2020)
Source : Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

Hébergements

17 places en appartements thérapeutiques relais (ATR).

La DT68

D'après la DT68, la proximité de la frontière est une particularité à prendre en compte lors des questions addictologiques.

Concernant l'offre de soins addictologique, le manque de place en sevrage hospitalier est une problématique pour le département.

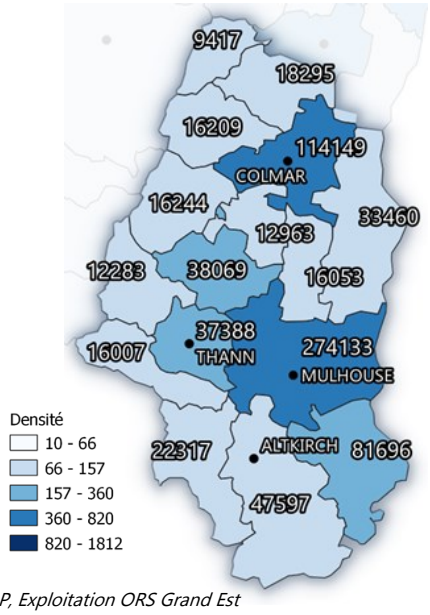
Les taux de lieux de mises en œuvre calculés n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Le Haut-Rhin, un département :

- Urbain, avec une densité de population beaucoup plus importante qu'en Grand Est (217,6 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Un peu moins vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 84,1 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté plus faible qu'en Grand Est (13,0 % vs 14,7 % en région en 2019).

Densité de population et nombre d'habitants en 2019 par EPCI du Haut-Rhin (en habitants/km²)



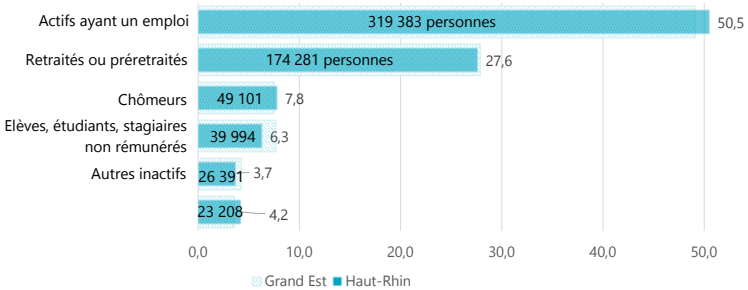
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Haut-Rhin	767 086	124 549 (16 %)	150 185 (20 %)
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 %)

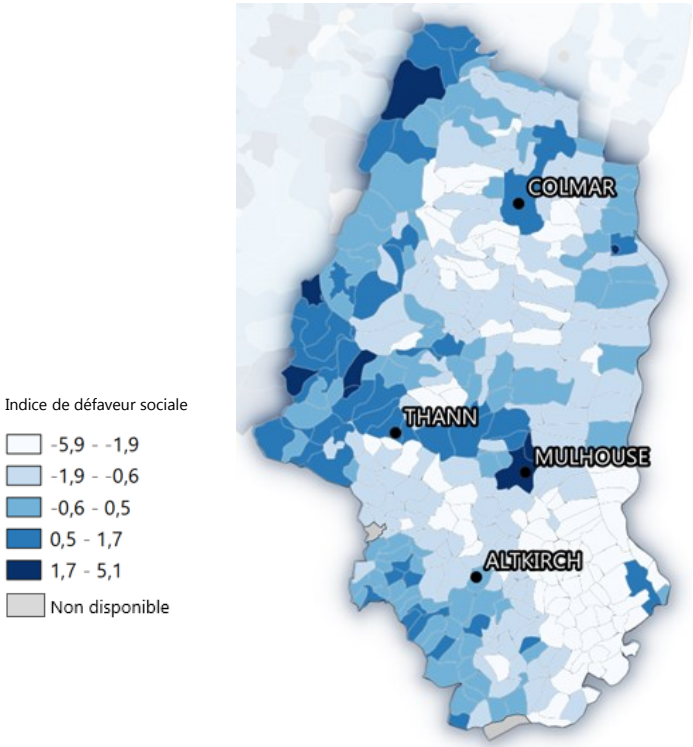
Dans Le Haut-Rhin, 16 % des habitants ont entre 15 -29 ans et 20 % ont 65 ans et plus.

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



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Haut-Rhin :	0,2 %	84,1	13,0 %
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).

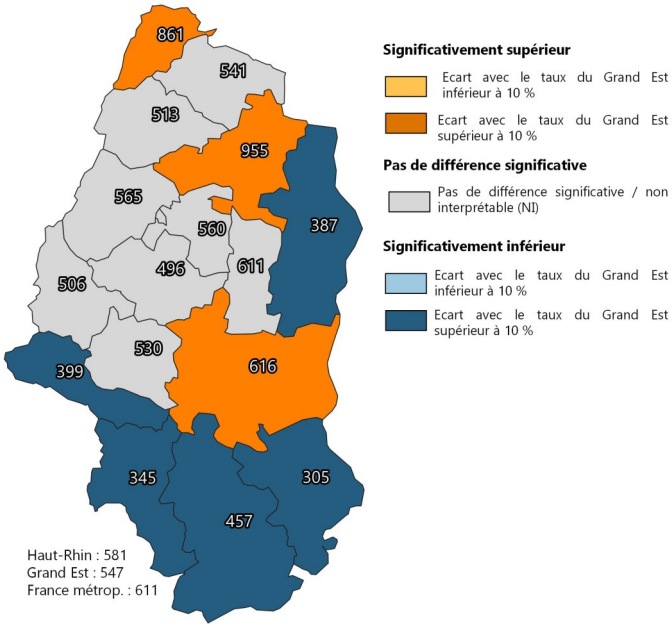
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Haut-Rhin

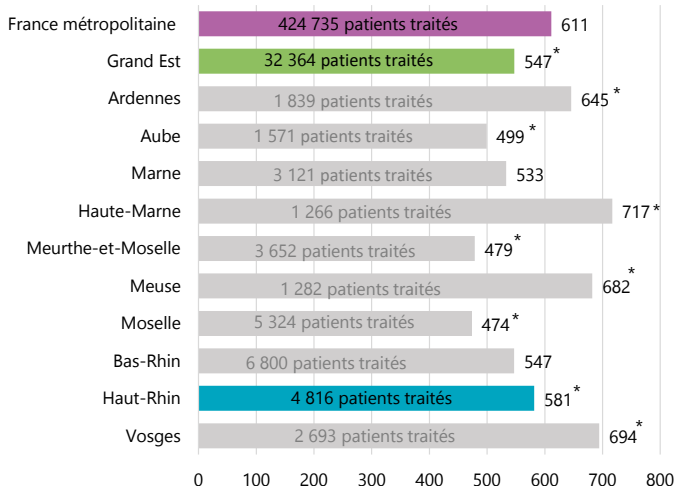
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

4 816 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 581 pour 100 000 habitants dans Le Haut-Rhin. Il est statistiquement supérieur à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants).
- 8 EPCI du Haut-Rhin ont un taux statistiquement différent du Grand Est dont une sur-prévalence sur la CA Mulhouse Alsace Agglomération (1 801 patients), la CA Colmar Agglomération (1 164 patients) et la CC du Val d'Argent (83 patients).

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

2 557 patients

TABAC

1 767 patients

CANNABIS

286 patients

AUTRES SUBSTANCES

1 246 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.

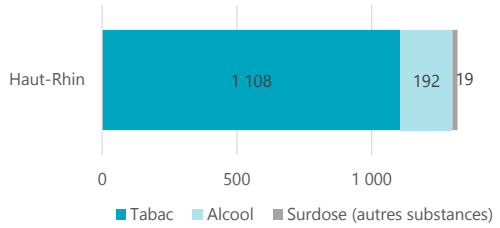
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

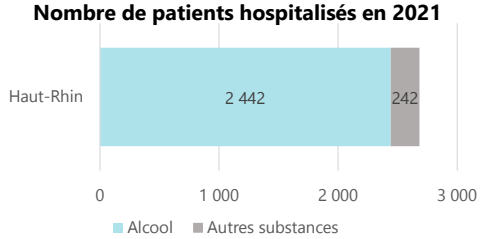
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (2 442 patients dans le Haut-Rhin), alors que 242 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (1 108 décès par an).

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

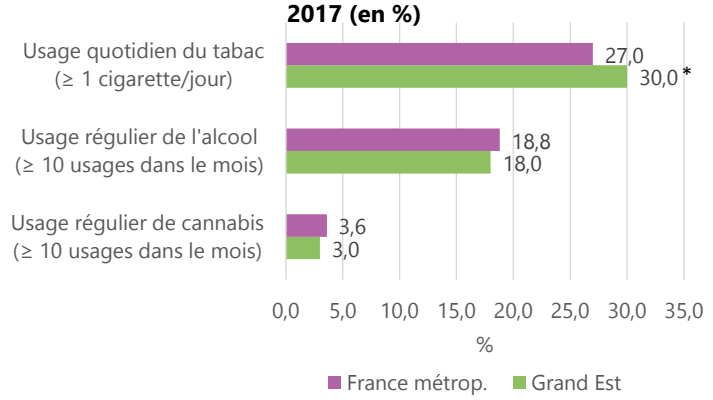
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et les CAARUD du département *(cf. plus de détails page 19)*

- Un peu moins de 4 170 patients ont été pris en charge par les 4 CSAPA ambulatoires du Haut-Rhin en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (4 patients sur 10).
- Dont 395 jeunes au sein des 5 sites de CJC du Haut-Rhin, principalement pour une prise en charge liée à de la cyberaddiction (3 jeunes sur 10) et du cannabis (3 jeunes sur 10).
- Au sein des 2 CAARUD, 637 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/antennes pour un peu moins de 16 360 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

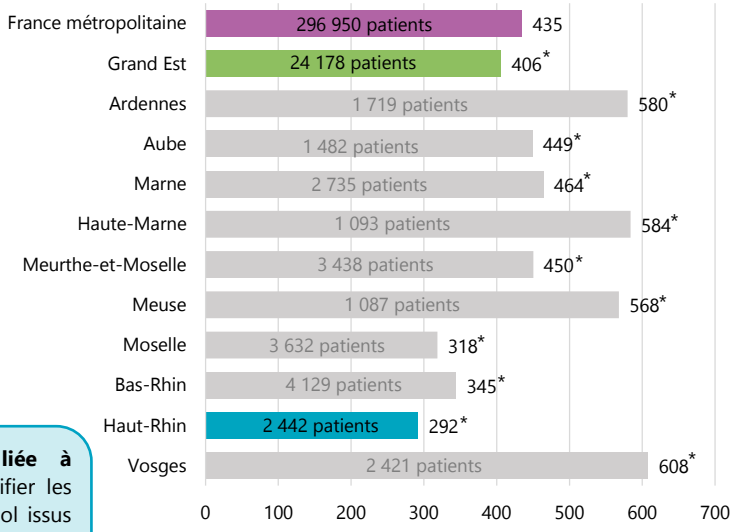
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A 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

2 442 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 182 patients de 15-29 ans et 940 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 292 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (406 pour 100 000 habitants) et notamment le plus faible du Grand Est.
- Et en diminution de -22,6 % 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

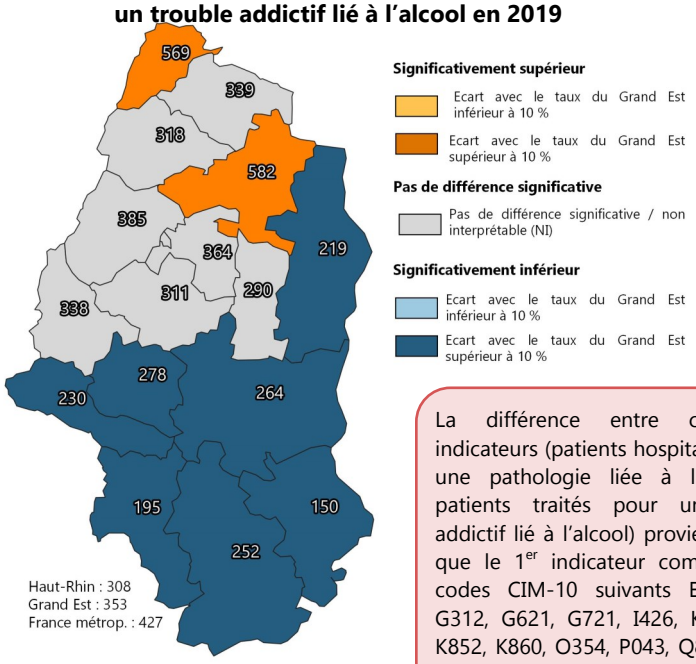
Notes

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.

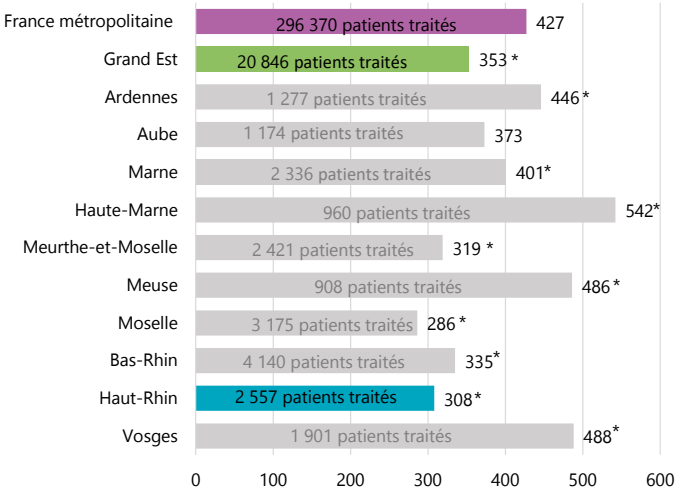
2 557 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

- Dont 258 patients de 15-29 ans et 671 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 308 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (353 pour 100 000 habitants) et notamment l'un des plus faibles du Grand Est. 2 EPCI toutefois en surprévalence (et 7 en sous).
- Et en diminution de -15,8 % depuis 2015 (évolution significative).

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



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



** 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

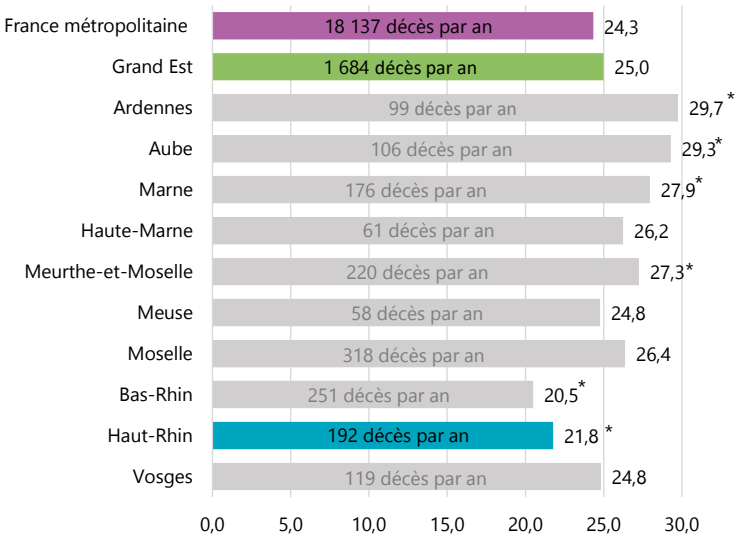
La différence entre ces deux indicateurs (patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool et patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool) provient du fait que le 1er indicateur comprend les codes CIM-10 suivants E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, O354, P043,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

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.

192 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 21,8 pour 100 000 habitants statistiquement inférieur à celui du Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants) et notamment l'un des plus faibles de la région.
- En diminution de –14,9 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, les trois ayant le plus de décès annuels sont :
  - La CA Mulhouse Agglomération (77 décès annuels),
  - La CA Colmar Agglomération (25 décès annuels),
  - Le CA Saint-Louis Agglomération (13 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.

14 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 32 décès annuels moyens calculé 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 que celle du Grand Est (mais effectif assez faible).
- Comme pour le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans le Haut -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
Haut-Rhin	16 %	14 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

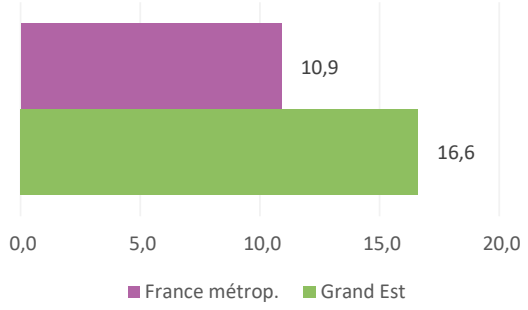
Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Quatre acteurs du territoire évoquent l'alcool lorsqu'ils sont interrogés à propos des consommations courantes des usagers composant leur file active. L'un d'eux précise que c'est le produit « *qui prédomine* » au sein de la file active de sa structure. Un autre ajoute qu'il voit de plus en plus de « *jeunes* » consommer de l'alcool, et ce en plus d'autres produits notamment le cannabis et le tabac (poly-consommation).

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



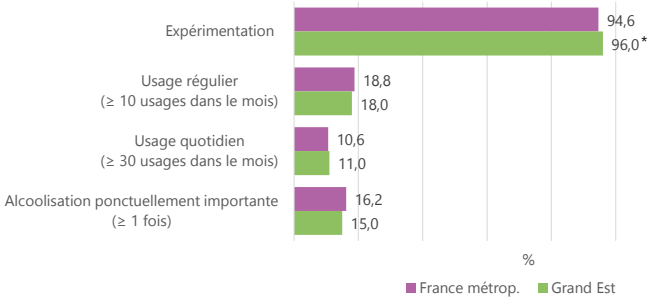
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- 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.

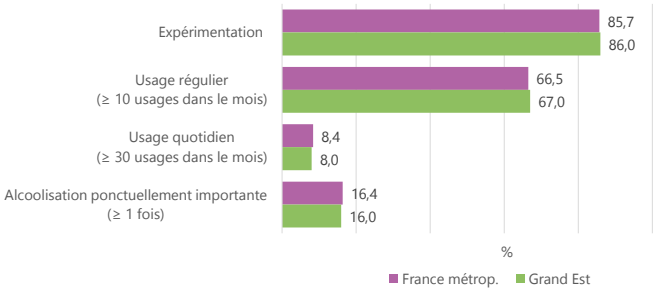
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

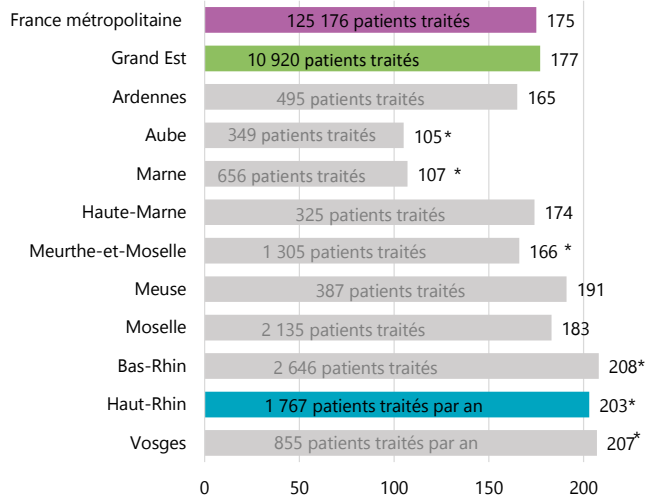
- Mise à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine.
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.
- 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

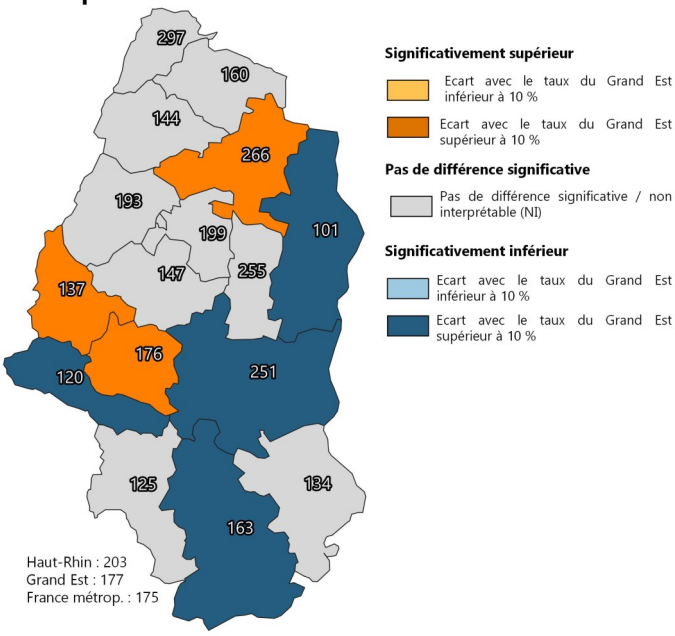
1 767 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 61 patients de 15-29 ans et 648 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 203 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (177) et notamment l'un des plus élevés du Grand Est. 3 EPCI avec des surprévalences.
- En augmentation de +56,2 % 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*
Source : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est



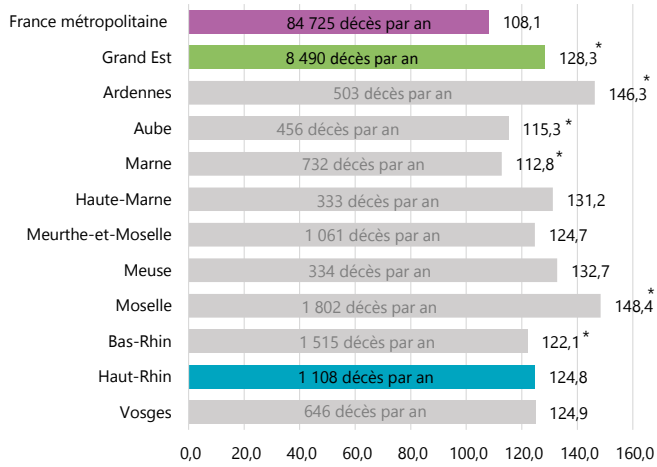
Notes

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.

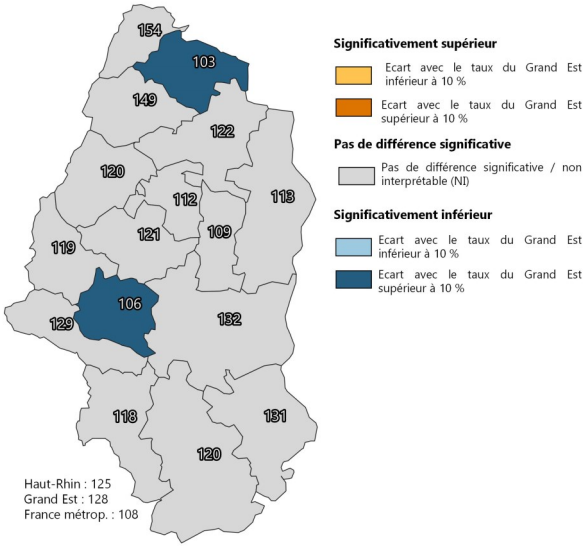
1 108 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 125 pour 100 000 habitants proche de celui de la région (128).
- En diminution de -7,4 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative).

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



**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



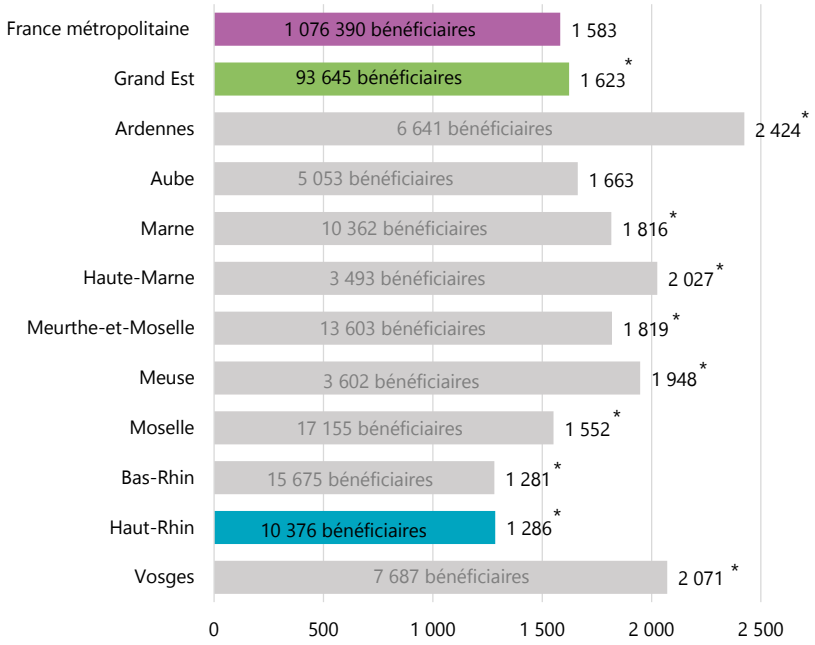
- Un taux significativement inférieur au niveau régional repéré dans la CC de Thann-Cernay et dans la CC du Pays de Ribauvillé mais à nuancer au regard des faibles effectifs (respectivement 48 et 27 décès annuels).

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.

10 376 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 1 007 patients de 15-29 ans et 1 357 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 286 pour 100 000 habitants statistiquement plus faibles qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants), et notamment l'un des plus faibles du Grand Est. Le taux est de plus plus faible par rapport à la France métrop.
- 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 trois acteurs de terrain. L'un d'eux note une augmentation de femmes concernées par cette problématique au sein de sa file active et précise que « *peu de services intègrent le tabac dans leur prise en charge* ».

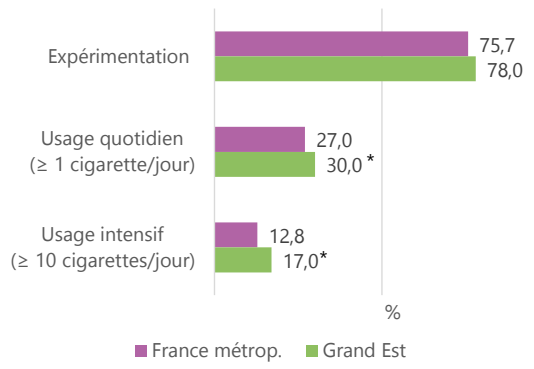
Nous relevons que, lorsqu'ils sont interrogés sur les consommations des personnes composant la file active de leur structure, les acteurs mentionnent rarement le tabac. Toutefois cela ne signifie pas que le public en question n'en consomme pas. En effet, des acteurs du Grand Est explicitement questionnés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

- le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie,
- le tabac n'est pas considéré comme une drogue par les usagers,
- la consommation de tabac est dite « *discrète* » contrairement à 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 (ex : troubles cognitifs) et des heurts/incidents plus évidents.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

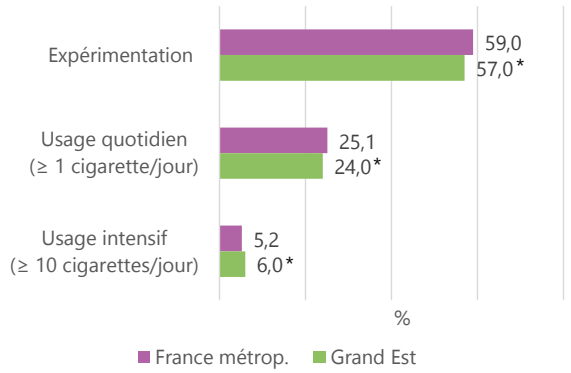
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

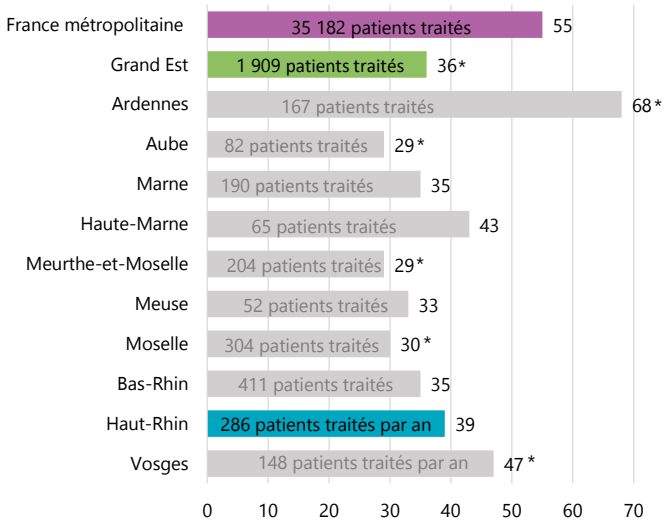
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 92 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 39 pour 100 000 habitants proche de celui du Grand Est (36 pour 100 000 habitants) (différence statistiquement non significative).
- Stable (+2,6 %) depuis 2015 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, quatre ont un effectif supérieur à 10 dont les CA Mulhouse Alsace Agglomération et CA Colmar Agglomération avec des taux standardisés statistiquement supérieurs à la région (respectivement 46 et 71 pour 100 000 hab.).

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

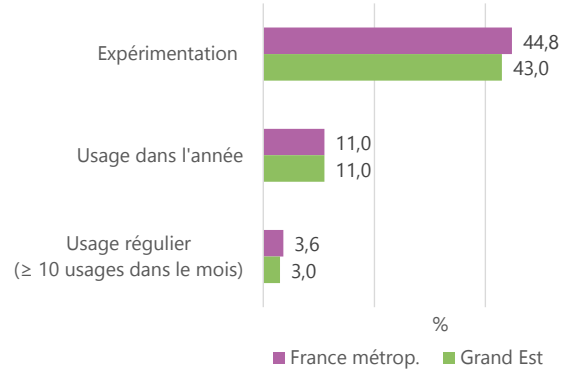
Notes

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

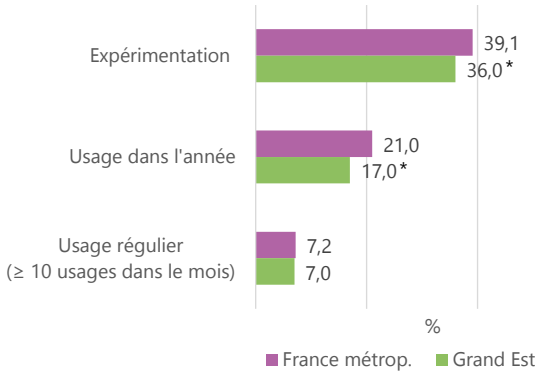
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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 a été mentionné par cinq acteurs de terrain lorsqu'ils ont été questionnés sur les consommations courantes des personnes composant la file active de leur structure. 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 la prise en charge de la consommation de cannabis est courante et/ou que les acteurs y sont sensibles.

AUTRES SUBSTANCES

Notes

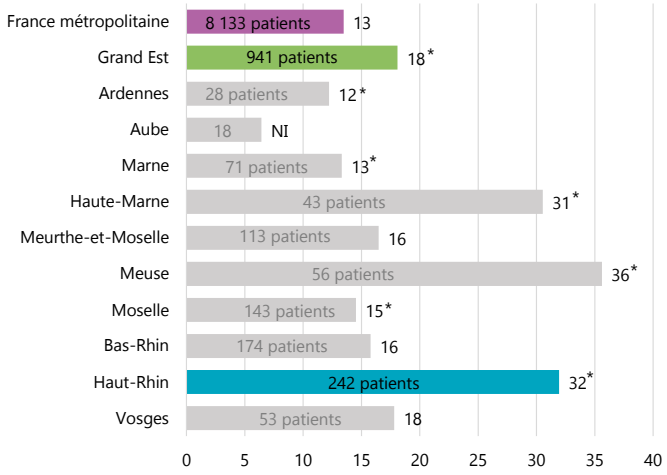
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc...

242 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 29 patients de 15-29 ans et 20 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 32 pour 100 000 habitants statiquement plus élevé qu'en Grand Est et notamment l'un des plus élevés de la région.
- En augmentation de +23 % 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



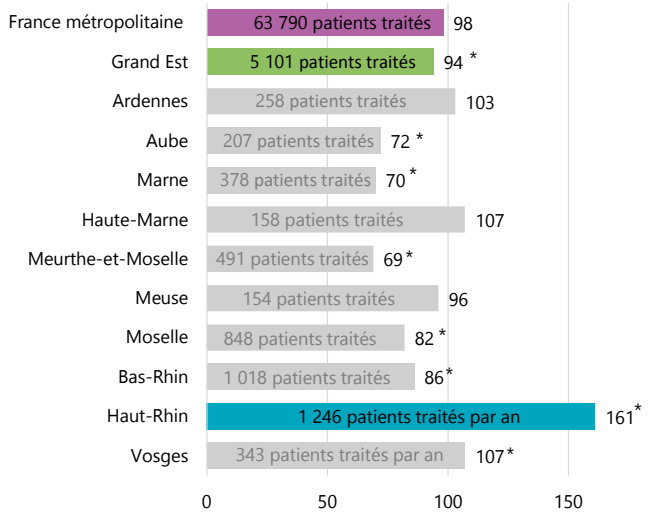
Notes

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.

1 246 patients traités pour un trouble addictif lié à une autre substance en 2019

- Dont 139 patients de 15-29 ans et 94 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 161 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est, et notamment le plus élevé de la région.
- En augmentation de +47,7 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, la CA Colmar Agglomération et la CA Mulhouse Alsace Agglomération ont des taux standardisés statistiquement supérieurs à la région (respectivement 247 et 211 pour 100 000 habitants).

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



** différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est*
Source : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

Notes

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

AUTRES SUBSTANCES

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Cocaïne/crack

Six acteurs du territoire ont identifié la consommation de cocaïne et/ou de crack au sein de leur file active. La consommation de cocaïne est en augmentation sur Mulhouse d'après deux acteurs de terrain. Le produit est d'autant plus accessible qu'un service de livraison à domicile existerait.

La consommation de crack est également en augmentation sur le territoire d'après les témoignages. Un acteur de terrain se dit étonné de voir dernièrement des femmes « *qui semblent très jeunes* » (environ la vingtaine) consommant du crack au sein de la file active.

Concernant le mode de consommation, un acteur se dit désormais davantage préoccupé par l'injection de cocaïne que par l'injection d'héroïne (apparemment en baisse). A contrario un autre acteur explique que « *les gens osent moins l'injection par peur, mais osent plus facilement la pipe alors que c'est le même produit et que cette façon provoque peut-être un craving encore plus fort.* » Selon lui c'est le public qui s'adonne à la pratique du chemsex qui « *passe plus vite à l'injection* ».

Enfin, deux acteurs ont fait part de leurs difficultés à accompagner ce type de consommation/addiction, faute de traitements de substitution. Or d'autres formes d'accompagnements semblent exister (cf. p 23-24).

Opioïdes

Quatre produits, faisant partie de la famille des opioïdes selon la définition de l'Ofdt, ont été mentionnés par les acteurs du territoire : l'héroïne (mentionnée par deux acteurs), la Codéine, le Tramadol et le Fentanyl (chacun mentionné une seule fois).

Comme évoqué précédemment la consommation d'héroïne, tout particulièrement par injection, est estimée en baisse par l'un des acteurs du territoire :

> « *L'héro chez nous y'en a toujours, mais beaucoup moins. On a toujours des injecteurs mais de moins en moins… ils sont toujours là parce qu'on est frontalier avec la Suisse et l'Allemagne.* »

Un autre acteur explique que les usagers de sa file active consomment moins d'héroïne car ils sont davantage sous substitution.

Les trois autres produits sont des médicaments détournés de leur usage initial par les usagers. Le patch de fentanyl est « *cuisiné* » de sorte à pouvoir être injecté (problématique également présentée dans le Bas-Rhin). En ce qui concerne la Codéine et le Tramadol, l'acteur atteste d'une « *épidémie réelle depuis trois-quatre ans, surtout quand on a modifié les conditions de délivrance et de prescription.* » Il ajoute que les personnes concernées par ces produits n'ont jamais consommé d'héroïne.

Médicaments et mésusages

D'autres médicaments potentiellement addictifs sont consommés sur le territoire : les benzodiazépines (mentionnées par trois acteurs) et le Lyrica (mentionné par deux acteurs) qui ont pour point commun de servir, entre autres, au traitement des troubles anxieux.

Concernant les benzodiazépines, un acteur souligne que l'addiction commence par une prescription. Il pointe également la complexité de la prise en charge des personnes qui y sont sujettes, car celles-ci peuvent se retrouver placées en post-cure après un sevrage, ressentir de l'angoisse, et ainsi recevoir à nouveau des benzodiazépines. Un autre acteur du territoire a entendu parler d'une consommation de benzodiazépines après les « plans chems » dans l'optique de « *mieux dormir* » ou de « *redescendre* ».

Le Lyrica quant à lui serait « *plus récent* » et présent « *sur le marché noir, dispo partout et consommé par des personnes auxquelles on ne s'attend pas* », ce pour quoi il n'est plus possible de *se « fier au profil du patient* ». Un acteur ajoute que ce produit est « *très problématique* » notamment pour la médecine de ville :

> « *Il génère des tensions et de la violence. Il provoque du nomadisme médical (…) les médecins de ville nous appellent car ils sont débordés avec ça. Les poly-consommateurs arrivent chez nous avec leur prescription et une dépendance au Lyrica et on se retrouve avec ça…* »

Le mésusage du Lyrica est également mentionné sur le territoire du Bas-Rhin et le détournement de ce médicament a déjà été relevé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

AUTRES SUBSTANCES

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Autres produits associés aux « chemsexeurs-euses »

D'après 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 a été mentionnée par trois acteurs qui font état de ressentis plutôt divergents : pour l'un il s'agit d'un phénomène plutôt rare (une à deux personnes prises en charge par année), pour un autre ces situations se font de plus en plus fréquentes au sein de la file active de sa structure. Ce dernier ajoute que le public concerné est plutôt un public masculin HSH.

Les produits mentionnés sont les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) ainsi que de la méthamphétamine, la cocaïne (injection), et les benzodiazépines.

D'après les informations présentées par la MILDECA, on peut également supposer une consommation de cathinones de synthèse, d'ecstasy/MDMA *« et parfois de la* kétamine et du GHB*»*. Ces consommations de drogues peuvent être accompagnées *« de prises de médicaments qui favorisent l'érection, d'alcool et de poppers. »*

Parmi les NPS consommés, l'alpha PVP est pointé par un acteur :

« On en entend parler depuis deux-trois ans. »

Il précise que le produit est très cher (150 euros le gramme), ce qui en fait un produit de luxe. Toujours selon lui, les usagers se procurent l'alpha PVP et la méthamphétamine en Suisse. Un autre acteur souligne l'impact de la Suisse sur cette problématique :

« Il existe un petit milieu HSH pratiquant le chemsex à Bâle, ce qui fait que certains produits sont présents sur notre territoire. »

Enfin un acteur précise que dans le cas des *« chemsexeurs-euses »* il n'est pas forcément question d'addiction aux produits mentionnés.

Proximité avec la Suisse et accès à une diversité de produits

Trois acteurs du sud du territoire font un lien entre la proximité de la Suisse et la grande diversité de produits identifiés. L'un d'eux présente Bâle comme « *une plaque tournante* » de la drogue. Un autre ajoute :

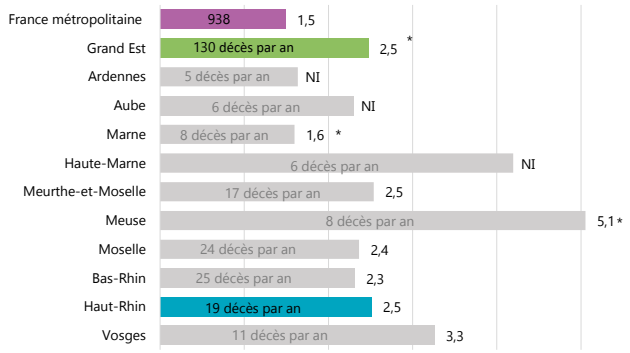
« Maintenant les produits sont disponibles partout. Avant trouver cocaïne et du THC de synthèse c'était pas évident, il fallait connaitre. Aujourd'hui la cocaïne est dispo partout en sud alsace et la proximité de Bâle joue. »

Enfin, un professionnel attire également notre attention sur le fait que le sud du Haut-Rhin est un territoire « *plutôt riche* », ce qui peut également faciliter l'accès à des produits psychoactifs plus onéreux.

On note 19 décès annuels par surdose dans le Haut-Rhin sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans le Haut-Rhin (2,5 pour 100 000 habitants) est similaire à celui observé dans le Grand Est.
- A noter que le taux du Grand Est est statistiquement supérieur à celui de la France métropolitaine.

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

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.

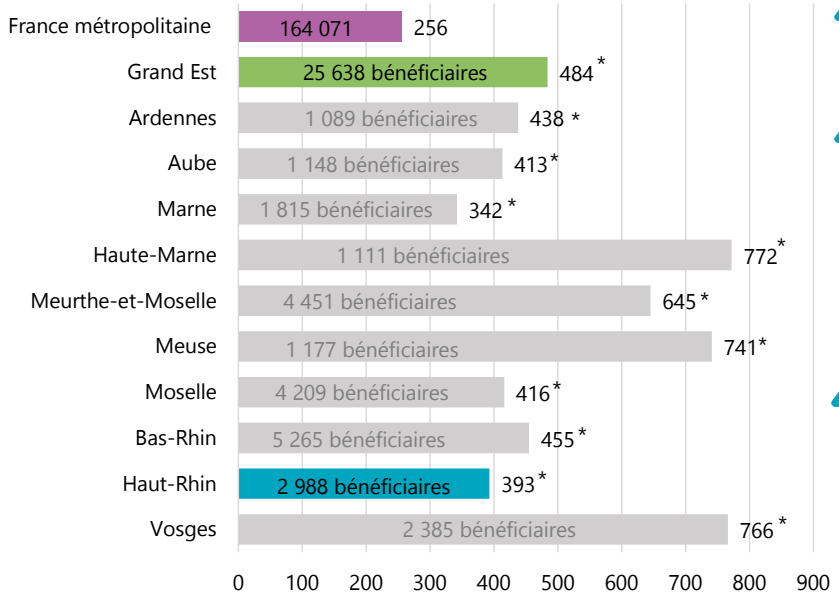
Ofdt. Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France. Janv. 2017

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.

2 988 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 192 patients de 15-29 ans et 17 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 393 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (484 pour 100 000 habitants), et notamment l'un des plus faibles du Grand Est
- 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

L'usage des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) a apparemment joué un rôle notable dans la baisse de la consommation d'héroïne sur le territoire (cf. p 15).

Un acteur souligne cependant l'existence d'un marché parallèle de revente de Subutex, tout particulièrement sur Mulhouse :

« *Les allemands viennent chercher ici le Subutex. Il y a de la revente des traitements car ils n'en trouvent pas en Allemagne, ce qui peut faire augmenter le prix de vente du Subutex sur le marché parallèle.* »

Et donc rendre ce commerce d'autant plus attractif.

AUTRES SUBSTANCES

1 593 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Haut-Rhin	1 298	1 282	1 248	1 180	1 593	**22,7 %**
Grand Est	13 380	12 350	11 557	9 673	11 927	**-10,9 %**
France métrop.	174 368	171 973	163 395	146 100	204 227	**17,1 %**

Source : Etat 4001, exploitation ORS Grand Est

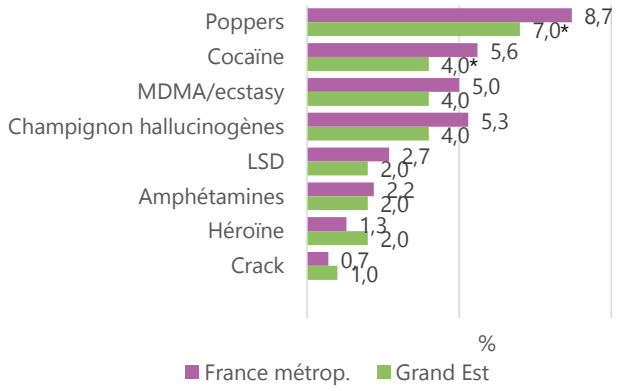
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Augmentation du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (+22,7 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

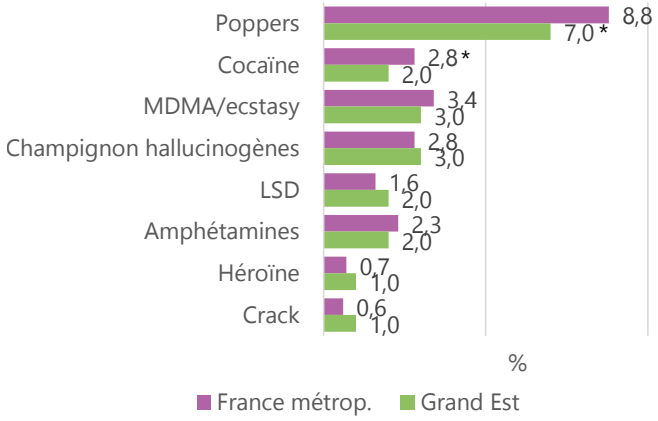
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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



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

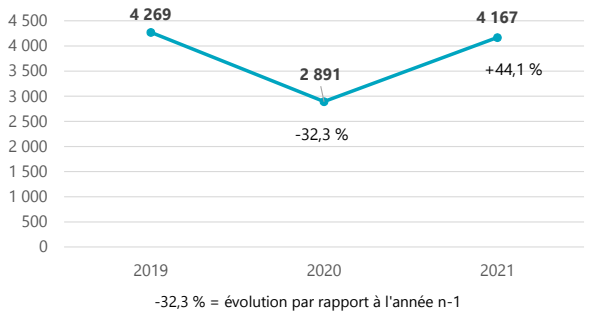
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop. excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DU HAUT-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.

4 167 patients vus au moins une fois au sein des 4 CSAPA ambulatoires du Haut-Rhin en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoire du Haut-Rhin en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 4 CSAPA/4 en 2019, 4 CSAPA/4 en 2020 et 4 CSAPA/4 en 2021
Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

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

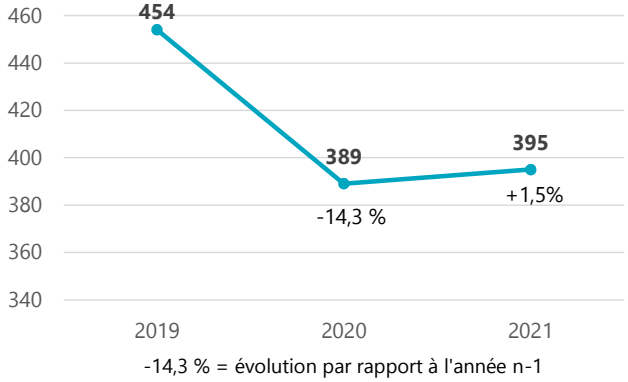
- 7 patients sur dix sont des hommes.
- 5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 9 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 4 patients sur dix ont comme addiction la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

- 50 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA du Haut-Rhin en 2021 proches de celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

395 jeunes vus au sein des cinq sites de CJC du Haut-Rhin en 2021

File active en CJC en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 2 CSAPA/4 en 2019, 2 CSAPA/4 en 2020 et 2 CSAPA/4 en 2021. A noter que deux CSAPA disent réaliser des CJC sur le département du Haut-Rhin
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 :
  - **33,9% Cyberaddiction**,
  - 32,1 % Cannabis,
  - 9,1 % Tabac.

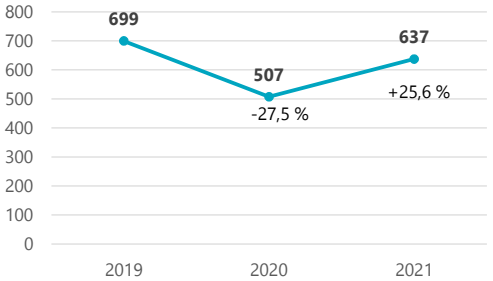
Notes

Le produit le plus consommé a été renseigné pour 100 % de la file active des CJC.

CAARUD DU HAUT-RHIN

Une file active de 637 usagers vus au sein des 2 CAARUD du Haut-Rhin en 2021

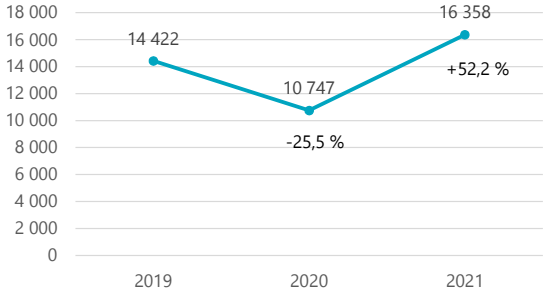
File active au sein du local principal/antennes des CAARUD du Haut-Rhin en 2019, 2020 et 2021



-27,5 % = évolution par rapport à l'année n-1

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

Contacts réalisés au sein du local principal/antennes des CAARUD du Haut-Rhin en 2019. 2020 et 2021



-25,5 % = évolution par rapport à l'année n-1

- Une file active en diminution en 2020 puis une hausse en 2021 sans un retour à la file active de 2019 (en lien sans doute avec la crise sanitaire liée à la Covid-19) tout comme le nombre de contacts/ passages même si le nombre de contacts est plus élevé en 2021 par rapport à 2019.
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Cocaïne/Free base (41 pour 100 usagers),
  - Alcool (37 pour 100 usagers),
  - Cannabis (30 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon haut-rhinois

Huit entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Deux structures médico-sociales,
- Trois structures sanitaires,
- Deux mouvements d'entraide,
- Une structure « mixte » (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 pas téléphone (afin de préserver l'anonymat de la personne). Ils duraient entre 30 minutes et 1 heure.
- Les acteurs étaient invités à parler de l'ensemble des dispositifs portés par la structure représentée, mais fréquemment un focus était effectué sur les dispositifs les plus connus des acteurs sollicités.
- Nous rappelons qu'il s'agit de données déclaratives qui peuvent présenter différents biais. L'interprétation proposée prend en considération les biais identifiés, et de ce fait certains résultats seront nuancés, relativisés.

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

Les acteurs sont sensibles à l'évolution sociographique de leur file active, car il leur faut adapter l'offre et le parcours de soin à celle-ci. Les publics qui préoccupent particulièrement les acteurs du territoire sont les suivants.

S'adapter aux nouveaux profils d'usagers

- Quatre acteurs de terrain font part d'une augmentation ou d'une part importante de personnes touchées par des troubles psychiatriques ou cognitifs au sein de leur file active (ex : dépression, schizophrénie, syndrome de Wernicke-Korsakoff).
- Les usagers concernés par ces comorbidités confrontent les professionnels à différentes problématiques. Un acteur se questionne : « *que faire d'eux ?* » Notamment lorsqu'ils s'avèrent âgés. Plus les usagers accumulent les problématiques de santé et/ou économico-sociales plus il semble difficile de trouver des espaces adaptés pour les prendre en charge. Face à la multiplication des pathologies, certains services peuvent avoir le sentiment que la prise en charge de ces usagers ne relève pas de leur responsabilité, d'où un phénomène de « *renvoi de la balle* » entre les différentes spécialités. Un acteur du Haut-Rhin évoque l'exemple d'une personne schizophrène et consommatrice de produits stupéfiants :

« *Elle se sentait persécutée par sa voisine et elle l'a frappée. La psychiatre a dit que cela était dû à sa consommation de produits, donc ça relevait de la justice et non de la psychiatrie. On se renvoie la balle.* (…) *on se sent seul avec ces situations complexes.* »

- La comorbidité psychiatrique représente également un frein à l'accès aux services somatiques. Un acteur évoque cette difficulté et l'explique par « *la peur de la psy* ». Ces usagers restent donc souvent bloqués dans les premières structures qui les ont pris en charge, d'où un impact possible sur leur file active.
- Ces situations complexes sont d'autant plus délicates à prendre en charge que les professionnels disent manquer de formation :

« *On n'est pas très armé sur cette question* »

- L'acteur cité évoque que ce manque de connaissance impacte leur capacité à repérer les personnes atteintes de troubles psychiatriques/cognitifs chez les usagers pris en charge.
- Enfin, un acteur estime qu'il y a un enjeu pour sa structure concernant la prise en charge des troubles cognitifs et notamment du syndrome de Wernicke-Korsakoff.
- Quatre acteurs semblent préoccupés par les situations de poly-consommation/addiction, soit parce qu'elles s'avèrent de plus en plus fréquentes au sein de la file active, soit parce qu'elles concernent déjà la majorité des usagers pris en charge. Les représentants des mouvements d'entraide évoquent des difficultés à accompagner les personnes poly-consommatrices car les bénévoles sont généralement plus à l'aise avec la problématique de l'alcool. Ce sont donc des usagers qu'ils vont préférer réorienter vers les CSAPA (il en va de même pour tous les usagers consommant un seul produit autre que l'alcool).
- Enfin un acteur fait part de plusieurs éléments concernant la file active de sa structure :
  - une augmentation du public féminin,
  - une baisse d'usagers ne bénéficiant pas d'une couverture sociale.
- Toutefois, il explique qu'il devient difficile de « *rattacher une consommation à une population ethnique ou sociale* » car actuellement « *tout le monde consomme de tout* ».

Un public « jeune » à rapprocher des soins

Par ailleurs, trois acteurs partagent le sentiment que le public « *jeune* » est de plus en plus concerné par la consommation de produits psychoactifs, voire par les addictions, soit :

- parce qu'ils rencontrent des « *jeunes* » qui « *goûtent* »/consomment de plus en plus tôt (d'après des observations réalisées lors des actions de prévention),
- soit parce qu'ils rencontrent de plus en plus de « *jeunes* » au sein de la file active de leur structure (tout particulièrement la tranche 16 ans et plus).

Un acteur souligne que les « *jeunes* » rencontrés sont souvent en situation de poly-consommation/poly-addiction (alcool et cannabis principalement).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

Un public « jeune » à rapprocher des soins (suite)

- La question de leur prise en charge n'est pas explicitement abordée par les acteurs du territoire mais on perçoit une préoccupation particulière concernant ce public. Sur d'autres territoires du Grand Est le souci est d'arriver à rapprocher les « *jeunes* » des services de soin (« *jeunes* » qui ne se sentent pas forcément concernés par les addictions, qui peuvent se sentir mal à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à la file active classique des structures spécialisées dans l'addictologie.).

Augmentation de la file active

- Concernant la capacité de prise en charge des services impliqués dans la première étape de la prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD, hôpitaux), un seul acteur du territoire nous fait part spontanément d'une augmentation de la file active de sa structure. Il précise :

> « *On est sur un temps d'attente d'un mois et demi à deux mois. Ça augmente régulièrement depuis des années et on est submergé de demandes, déjà avant la covid. On est en tension entre le travail à faire* (prise en charge des usagers) *et le travail qu'il faudrait faire pour développer les structures. On peut pas faire plus, tout est booké. On manque de moyens face à l'augmentation des demandes.* »

- Si les autres acteurs concernés n'ont pas spontanément mentionné une augmentation de leur file active, trois partenaires l'ont relevée. Ces derniers ont développé des stratégies pour faire face au temps de prise en charge. Un acteur a mis en place des visites à domicile afin d'éviter les ruptures de soin en attendant que le relais soit fait. Un autre a développé un arrangement avec un CSAPA du territoire pour qu'une demi-journée soit « *réservée pour leurs patients* » et obtenir ainsi des rendez-vous plus rapidement. Cela peut questionner quant à l'égal accès aux soins dans la mesure où cette stratégie peut générer une filière d'accès privilégiée à l'accompagnement addictologique. Rappelons que ces stratégies sont des réponses à une problématique visant à réduire les impacts négatifs susceptibles de peser sur les usagers. Les stratégies peuvent diverger d'une structure à une autre car elles sont fonction des ressources et leviers dont chacune dispose.

- Cependant, la surcharge d'activité des services impliqués dans la première étape de la prise en charge des addictions aurait ravivé la dynamique de complémentarité avec certains mouvements d'entraide, comme en témoigne ce représentant :

> « *Durant un temps les CSAPA étaient dans l'aisance financière. Ils trouvaient peu d'intérêt aux associations comme la nôtre, on était ignoré. Mais maintenant que ces structures sont davantage en difficulté et débordées, on est à nouveau mobilisé et on travaille davantage en complémentarité.* »

Des difficultés pour réaliser les actions de prévention

- Les mouvements d'entraide accomplissent régulièrement des actions de prévention. Ils rencontrent des obstacles concernant les actions en milieu scolaire et professionnel :

> « *On a des problèmes en milieu scolaire, l'accès dépend du bon vouloir des chefs d'établissement (…) c'est toujours les mêmes qui sont volontaires.* »

- Il en va de même avec le milieu professionnel où c'est généralement le « *patron* » qui se montre peu enclin à faire intervenir les mouvements d'entraide au sein de l'entreprise.

- L'acteur cité note toutefois que la présence d'une infirmière au sein de l'établissement scolaire est un levier qui facilite souvent la mise en place d'une intervention.

Autres problématiques de prise en charge

- Un mouvement d'entraide pointe un déséquilibre dans la répartition des points d'écoute sur le territoire alsacien, d'où le projet de créer une section supplémentaire sur le Haut-Rhin.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais

- Les relais sont parfois difficiles à effectuer sur le territoire notamment avec la médecine de ville, le secteur de la psychiatrie, de l'hébergement, ainsi qu'avec les services de sevrage et de post-cure.

- En effet, trois acteurs de terrain évoquent un manque de médecins traitants sur le territoire du Haut-Rhin. Ils déplorent de nombreux départs à la retraite non remplacés. Faute de médecins, l'un des acteurs rencontrés se dit même contraint de faire des prescriptions de médecine générale.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais (suite)

- Même constat pour le secteur de la psychiatrie (deux acteurs en attestent). Un acteur dit de la psychiatrie de ville qu'elle est « *surbookée* », et de la psychiatrie hospitalière qu'elle est « *sinistrée en psychiatres* ». De ce fait, ils se sentent « *dans une impasse* » lorsqu'il s'agit d'effectuer des relais, et ce au moment où ils font face à une augmentation notable des cas de comorbidités psychiatriques (cf. p 21). Ce manque de professionnels dans le secteur de la psychiatrie peut également éclairer le phénomène de « *renvoi de la balle* » évoqué précédemment.

- La difficulté de relai se ressent également dans le secteur de l'hébergement, comme en témoignent deux acteurs de terrain :

« *Ça peut être très très long* (pour accéder au logement)*, et c'est un coût pour notre service parce que durant ce temps on garde le patient* ».

- L'acteur en question dit avoir gardé un « *patient* » durant quatre mois, le temps que le relais avec le secteur de l'hébergement soit effectué et éviter ainsi la rupture des soins.

- Un autre nuance cette situation en la comparant « *à une époque on savait pas quoi faire du patient le vendredi soir.* » Selon lui, même s'ils peuvent encore rencontrer des difficultés de relai à l'heure actuelle, le réseau partenarial est désormais plutôt important en ce qui concerne l'hébergement.

- Enfin, deux acteurs de terrain relèvent une baisse de possibilités d'hospitalisation des usagers, notamment pour réaliser des sevrages. L'un d'eux dit « *essayer d'éviter les hospitalisations, c'est difficile à programmer* », tout en rappelant qu'il s'agit d'une étape nécessaire dans certains parcours.

Des liens à améliorer

- Concernant la dynamique de réseau, un évènement est évoqué au cours de trois entretiens : la dissolution en 2021 du pôle inter-hospitalier qui liait le service addictologique du GHRMSA et celui du CH de Pfastatt. Cet événement a visiblement déstabilisé la filière addictologique du territoire.

- Par ailleurs, la bonne coordination des parcours est aussi impactée par le non-partage des bilans réalisés par les différents acteurs de l'addictologie du territoire. D'après un acteur, cela crée une perte de temps, aussi bien pour les professionnels que pour les usagers, car à chaque réorientation les usagers doivent réexposer leur problématique et leur parcours.

- Le même acteur relève également des différences de façon de faire quant à la prise en charge addictologique sur le Haut-Rhin :

« *Il y a trop de définitions différentes de l'addiction. (…) Ce qui manque c'est une lecture commune de l'addiction.* »

- Il relève un ensemble de pratiques qui relèvent soit du manque de formation, soit d'une divergence de culture addictologique. Il mentionne entre autres :

  - des jugements pesant sur les « *patients addicts* »,
  - des discours permissifs à propos de la consommation de produits psychoactifs,
  - des désaccords sur la conception de l'addiction (qui, pour lui, relève de la maladie),
  - des discours qui opposent secteur sanitaire et secteur médico-social :

« Il y a cette *idée que le médico-social prendrait le patient dans son ensemble et que le sanitaire ne ferait que le sevrer, c'est faux.* (…) *cette vision est dépassée.* »

  - Des différences de conceptions sur la façon de prendre en charge certaines addictions, comme par exemple l'addiction à la cocaïne :

« *On a une divergence d'opinion sur la prise en charge de la cocaïne. Nous on arrive à la prendre en charge, on applique les protocoles nationaux, mais le souci là encore c'est que certains partenaires considèrent qu'il n'y a rien à faire pour ces patients. Le problème c'est la vision de la cocaïne.* »

- Ce manque d'unité au sein de la filière addictologique peut impacter la coordination des soins et le travail en réseau. Il souligne également l'impact pour l'usager qui se retrouve « *confronté à différentes conceptions de la prise en charge et des addictions tout au long de son parcours.* »

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Relations partenariales

Des liens à améliorer

- Notons toutefois que sur d'autres territoires du Grand Est cette différence de culture addictologique, lorsqu'elle ne relève pas d'un manque de formation, peut être perçue comme un atout pour les usagers. En effet, certains professionnels estiment que cela offre un plus grand panel de choix aux usagers. Certains mouvements d'entraide ont une approche différente de celle des services médico-sociaux et sanitaires parce que leur accompagnement est souvent axé sur la problématique de l'alcool et qu'ils promeuvent l'abstinence. Un témoignage montre que la coexistence des différentes approches peut effectivement s'avérer intéressante pour certains usagers :

  « Cette évolution des services addicto vers la prise en charge de tous types d'addictions est parfois problématique, certains usagers sont gênés par le fait d'être mélangés (sous-entendu avec des personnes consommant d'autres produits). »

- Face à ces difficultés de coordination, le territoire dispose d'un atout : une commission de coordination addictologique.

- Enfin, deux représentants de mouvement d'entraide ont été rencontrés sur ce territoire. Tous deux font part d'un désir commun d'accompagner les usagers « *avant, pendant et après* » leur prise en charge dans le secteur médico-social et sanitaire. Ils présentent leur mouvement comme une ressource complémentaire en matière de soutien et d'orientation des usagers ainsi que de leurs proches.

- Le travail en réseau avec les autres acteurs du territoire semble bien se faire :

  « On renvoie souvent des usagers aux CSAPA du territoire et inversement. On entretient de bonnes relations avec les professionnels du territoire (il mentionne trois partenaires du secteur médico-social et sanitaire). »

- Outre l'orientation vers le réseau addictologique local, ces mouvements peuvent s'avérer être une porte d'entrée vers le soin :

  « *Les consommateurs arrivent souvent tard jusqu'à nous* (vers la quarantaine), *et c'est souvent par notre biais qu'ils en arrivent aux soins.* »

- Un professionnel du territoire, qui fait régulièrement intervenir ce type d'association au sein de sa structure, note toutefois que certains de ces mouvements sont *« noyautés par des mouvements religieux »*, ce pour quoi il a demandé à ce qu'un soignant assiste à chaque intervention de sorte à *« éviter les glissements »*. Cette dimension religieuse semble concerner une minorité de mouvements d'entraide.

Ressources humaines et financement

Un manque de ressources pour postuler aux appels à projets

- Bon nombre d'activités dépendent de l'investissement des structures dans la candidature à différents appels à projets. Cela implique de trouver un financeur, voire plusieurs :

  « *Dans les appels à projets on ne vous prend pas si y'a pas de co-financements* ».

- Or, les structures ne disposent pas des mêmes ressources pour effectuer ce travail de recherche et de candidature, souvent long et complexe. Certaines associations disposent de personnel attribué à cette tâche (chargé de projet) d'autres non. Selon un acteur de terrain, cela joue dans les chances d'obtention d'un financement :

  « C'est de plus en plus les grosses associations, qui ont du personnel attribué à ces ingénieries de projet, qui décrochent les appels. Parce que souvent c'est eux seuls qui répondent, parce qu'on y arrive plus… pendant que je réponds à ces appels, je ne fais pas autre chose, et c'est souvent sur les fonctions support ou direction qu'on se retrouve à faire ça… »

Impacts sur les activités des structures

- Faute de temps et de compétences en interne, certains acteurs de terrain ne candidatent pas aux appels à projets :

  « *On est une petite structure, on n'a pas le temps.* »

- La prévention ne faisant pas partie de la dotation globale des CSAPA, cette mission pâtit tout particulièrement des difficultés de financements. Même si les structures parviennent à obtenir un financement, ils ne sont pas forcément pérennes :

  « Le souci c'est qu'on n'a pas de financement pour la prévention. Ça devrait faire partie de la dotation globale du CSAPA. C'est un gros problème, il faut être présent dans les écoles. Les financeurs nous entendent mais on ne devrait pas perdre autant de temps à ça, et ça a aussi des impacts sur les postes car ils sont plus précaires. On a besoin de financements pérennes sur la prévention ! »

Ressources humaines et financement

Impacts sur les activités des structures (suite)

- Or, la demande de prévention s'intensifie :

« *On a énormément de demandes de la part des écoles (…) y'a de plus en plus d'écoles qui prennent conscience et qui nous sollicitent.* »

Un manque de ressources humaines

- Quatre acteurs de terrain font part d'un manque de ressources humaines au sein de leur structure (particulièrement du personnel médical), d'où des conditions de travail que l'un d'eux qualifie de « *dégradées* ». Sont mentionnés : des départs à la retraite, des postes vacants, de l'absentéisme ainsi que du « *turn over* ».
- L'un d'eux explique « *le manque de temps médical* » par un déséquilibre entre les moyens financiers octroyés et l'augmentation des demandes de prise en charge. Sur d'autres territoires le manque de professionnels est également lié à des difficultés de recrutement, ce qui n'est pas explicitement évoqué sur ce territoire. Toutefois un informateur projetait d'embaucher un médecin retraité, ce qui peut laisser supposer un manque de candidats. Un autre dit « *bricoler* » face à cette situation, en formant un professionnel « *étranger* ».
- Un acteur précise que, face au « *turn over* », il doit sans cesse réinvestir du temps dans la formation des membres de l'équipe.
- Les mouvements d'entraide quant à eux font part à la fois d'un manque de « *forces vives* » et de formation :

« *L'association fonctionne uniquement avec des bénévoles dont le nombre est fluctuant* (pour cause de décès, de déménagement, etc.). *Une autre difficulté est le manque de formation, surtout sur les autres addictions* (autres que l'alcool) *et sur les troubles psychiques. On fait très peu de formation par manque de moyens mais aussi parce qu'on a du mal à mobiliser des infirmières ou des médecins le samedi* (jour où ils se réunissent). »

Les addictions sans substance

- Quelques addictions sans substances sont mentionnées sur le territoire : l'addiction au Jeux d'Argent et de Hasard (JAH), au sexe, aux écrans/réseaux sociaux ainsi que les Troubles du Comportement Alimentaires (TCA) (chaque trouble cité a été mentionné deux fois). Trois acteurs du sanitaire et un représentant d'un mouvement d'entraide précisent que ces problématiques sont plutôt rares, et trois d'entre eux renvoient alors les personnes concernées vers les CSAPA étant donné que leurs équipes prennent en charge toutes les addictions. Toutefois, l'un d'eux précise qu'« *il n'y a pas de prise en charge dédiée sur notre territoire, y compris au CSAPA.* »
- A ce propos, un acteur fait par des difficultés rencontrées lors de l'accompagnement de personnes sujettes aux TCA :

« *On travaille sur les TCA mais ce n'est pas toujours facile au niveau des équipes. C'est à la fois semblable et dissemblable et c'est parfois compliqué avec les anorexiques. C'est un métier ! mais on a un centre référent hospitalier pour les TCA à Colmar qui nous aide beaucoup.* »

- Ce même interlocuteur fait part d'une augmentation de personnes touchées par cette problématique au sein de sa file active.
- Enfin, ces problématiques comportementales ne sont pas toujours considérées comme des addictions. L'un des acteurs du territoire se questionne à ce propos :

« *il faut faire attention à ne pas surinterpréter. Je me demande si les addictions comportementales existent. On reconnait parfois un schéma addictif mais rien n'est prouvé sauf pour les JAH. Mais pour moi les TCA sont des addictions.* »

- Effectivement, les JAH sont les seules addictions sans substances reconnues par la classification internationale des maladies pour le moment. Cette interrogation concernant la dimension addictive de ces comportements problématiques peut potentiellement jouer un rôle dans la reconnaissance et la prise en charge, car s'il ne s'agit pas d'addictions à quel secteur incombe la responsabilité de la prise en charge ?

En résumé

Le Haut-Rhin est un territoire urbain avec :

- Des indicateurs montrant :
  - Une prévalence de patients traités beaucoup plus faible concernant l'alcool par rapport au Grand Est ; avec une diminution de -15,8 % 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 l'un des plus faibles du Grand Est ; et en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - A l'inverse l'un des plus élevés du Grand Est en ce qui concerne le tabac ; avec une augmentation de +56,2 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019), même si concernant les substituts nicotiniques, le département enregistre un taux plus faible qu'en Grand Est et France métrop. de patients en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac similaire au Grand Est ; et en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence similaire au Grand Est concernant le cannabis ; sans évolution notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019.
  - Concernant les drogues illicites, une tendance à la sur-prévalence d'après les indicateurs disponibles (un des plus élevés du Grand Est) ; avec une augmentation du taux de patients traités pour un trouble addictif lié à une autre substance de +47,7 % entre 2015 et 2019. Par ailleurs, le taux de patients bénéficiaires de TSO l'un des plus faibles du département du Grand Est., peut en lien avec la baisse de consommation de l'héroïne relatée par les acteurs de terrain.
  - Au sein du département, des EPCI parfois avec des surprévalences comparativement au Grand Est y compris pour l'alcool.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Une grande diversité de produits sur le territoire, attribuée à la proximité avec la Suisse.
  - Une augmentation notable de la consommation de crack et de cocaïne.
  - Du détournement de divers médicaments, opioïdes ou autres, obtenus soit sur prescription soit via un marché parallèle.
  - De la revente de Subutex sur un marché parallèle pour approvisionner un public allemand.
  - Une évolution des profils d'usagers, avec de plus en plus de personnes présentant des comorbidités psychiatriques ou cognitives et de la poly-consommation/addiction, d'où la nécessité d'adapter la prise en charge.
  - Une augmentation de la file active des services impliqués dans la première étape de la prise en charge des addictions, d'où le développement de stratégies par les partenaires afin d'éviter les ruptures des soins.
  - Des difficultés à effectuer des relais avec de nombreux partenaires du territoire (la médecine de ville, le secteur de la psychiatrie, de l'hébergement, services de sevrage et de post-cure).
  - Un évènement qui a déstabilisé la filière addictologique du territoire (la dissolution en 2021 du pôle inter-hospitalier) et une différence de conception ou de formation à l'addictologie qui peut complexifier les relations entre les partenaires.
  - Un manque de ressources humaines qui impacte négativement les activités de la structure et qui complexifie la recherche de financements via les appels à projets.
  - Les actions de prévention qui pâtissent du manque de budget (non intégrées dans dotation)
  - Des structures qui ne prennent pas forcément en charge les addictions sans substances.

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