Octobre 2023

52

Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

HAUTE-MARNE

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 publiqueOrsge54 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.

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

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

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.

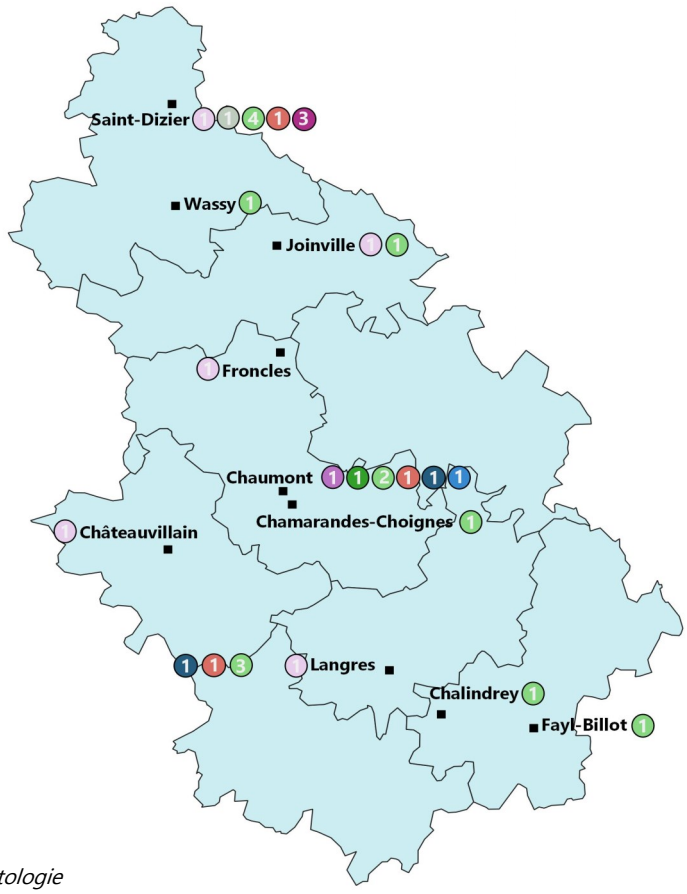
Description de quelques indicateurs quantitatifs

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

32 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

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.
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 la Haute-Marne

	Nombre de lieux de mises en œuvre (Grand Est)	Taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans (Grand Est)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ambulatoire/hospitalier)	1 (29)	0,8 (0,7)
Antennes ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	2 (116)	1,6 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	0 (13)	0,0 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	14 (93)	53,6* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	1 (14)	0,8 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	5 (21)	4,0 (0,5)
Microstructure en addictologie	0 (41)	0,0 (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)	2,4 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	2 (22)	1,6 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	0 (5)	0,0 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	0 (7)	0,0 (0,2)
Association de prévention	1 (13)	0,8 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	0 (74)	0,0 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT)	3 (48)	2,4 (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)

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

La DT52

La Haute Marne est un département très rural avec des lignes autoroutières facilitant les trafics.

Concernant l'offre de prise en charge, il y a un manque au niveaux des soins et des sevrages (cf. p21). Il y a un CSAPA ambulatoire mais pas de CSAPA avec hébergement. A noter que le CSAPA ambulatoire a plusieurs antennes donc cela permet de couvrir le département, en plus de la réalisation de consultations avancées dans les maisons de santé pluridisciplinaires (ces consultations avancées ont été initiées à l'aide d'un contrat local de santé).

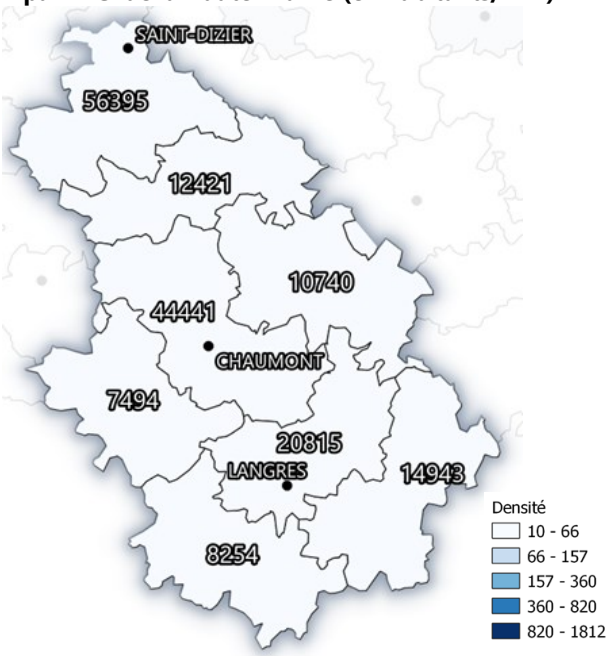
Cependant, à noter qu'ils sont confrontés à des difficultés de recrutements de médecins et/ou addictologues. Pour palier à ce désert médical, des téléconsultations sont mises en place.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La Haute-Marne un département :

- Très rural, avec une densité de population beaucoup moins importante qu'en Grand Est (27,8 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Beaucoup plus vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 117,1 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté similaire au Grand Est (14,8 % vs 14,7 % en région en 2019).

Densité de population et nombres d'habitants en 2019 par EPCI de la Haute-Marne (en habitants/km²)



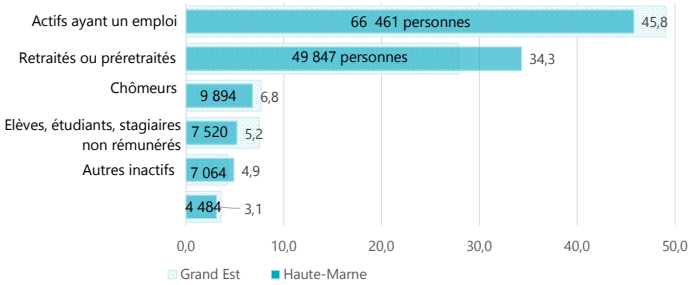
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Haute-Marne	172 512	25 997 (15 %)	42 547 (25 %)
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 %)

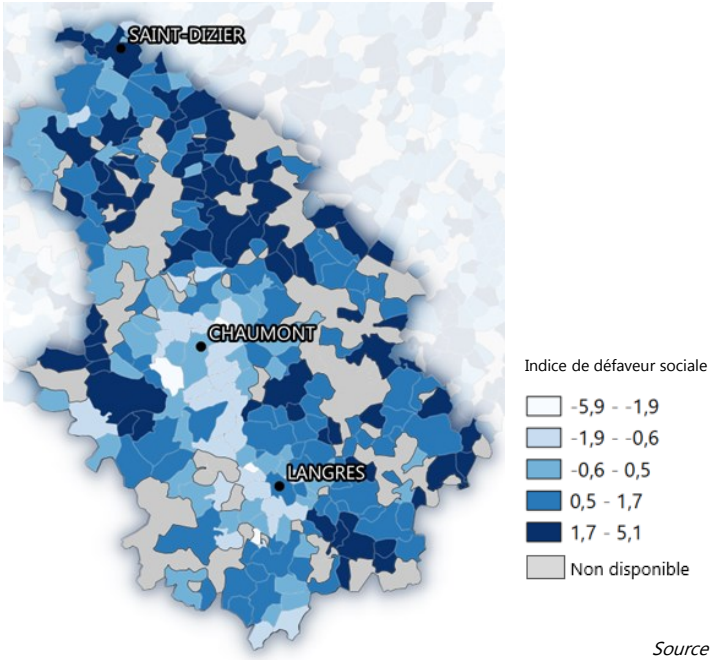
Dans la Haute-Marne, 15 % des habitants ont entre 15-29 ans et 25 % ont 65 ans et plus.

Part de personnes selon le type d'activité dans la Haute-Marne et en Grand Est en 2019 (en %)



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Haute-Marne :	-0,9 %	117,1	14,8 %
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



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 : Haute-Marne

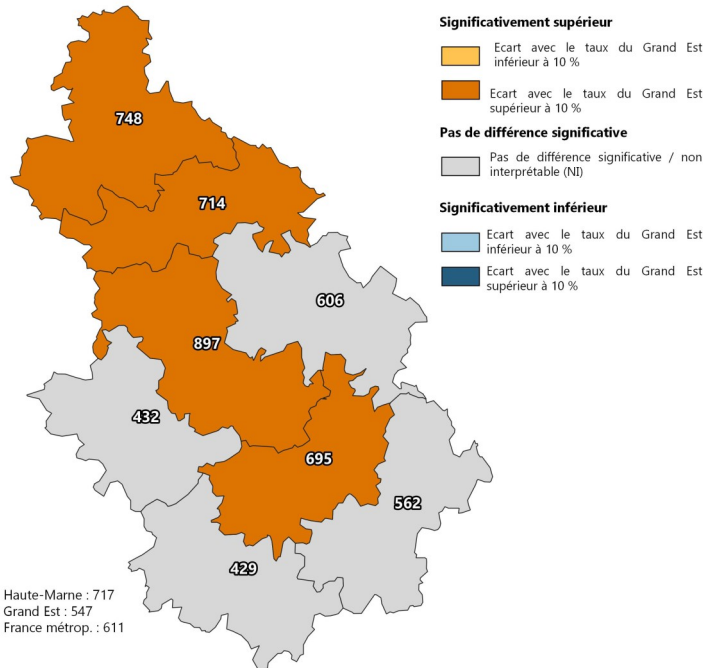
Source : Insee (recensement), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi), exploitation ORS Grand Est

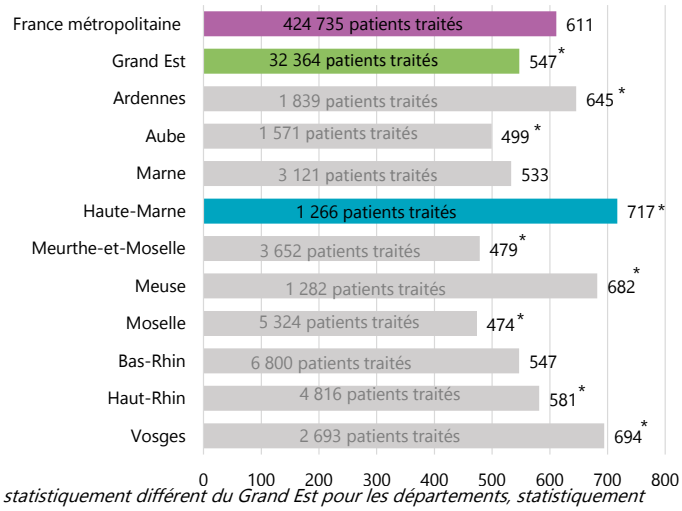
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

1 266 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 ifférent de la France métropolitaine pour le Grand Est
ource : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

- Le taux de patients traités pour au moins un trouble addictif est de 717 pour 100 000 habitants dans la Haute-Marne. Il est statistiquement supérieur à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants). C'est aussi le taux le plus élevé de la région.
- 4 EPCI de la Haute-Marne ont un taux statistiquement supérieur au Grand Est dont une sur-prévalence de 897 pour 100 000 habitants sur la CA de Chaumont avec 390 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

960 patients

TABAC

325 patients

CANNABIS

65 patients

AUTRES SUBSTANCES

158 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.

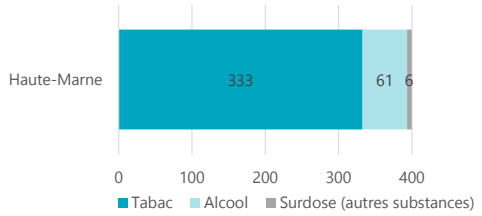
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

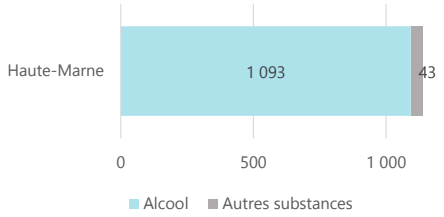
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (1 093 patients dans la Haute-Marne), alors que seuls 43 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (333 décès par an).

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

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

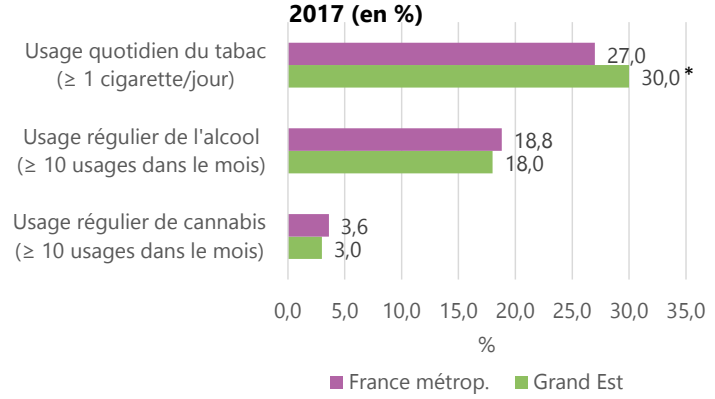
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et le CAARUD du département *(cf. plus de détails page 18)*

- Un peu plus de 1 220 patients ont été pris en charge par le CSAPA ambulatoire de la Haute-Marne en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (4 patients sur 10).
- Dont un peu moins de 100 jeunes au sein des 14 sites de CJC de la Haute-Marne, principalement pour une prise en charge lié au cannabis (4 jeunes sur 10).
- Au sein du CAARUD, un peu plus de 466 usagers ont été vus au sein du local principal/antennes pour 1 710 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

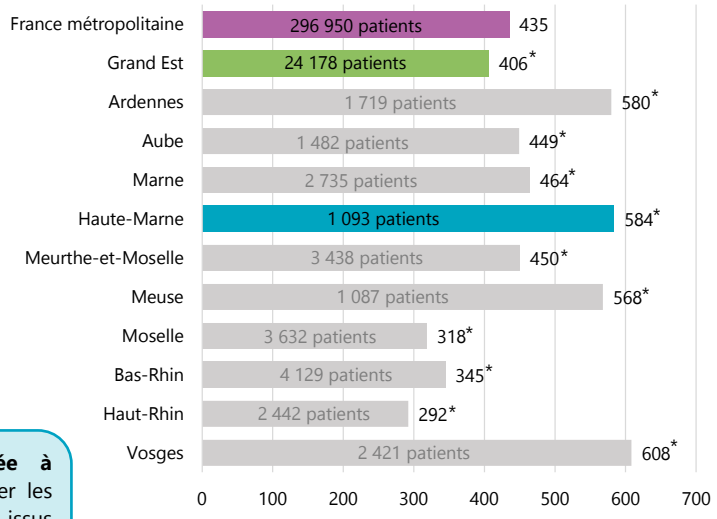
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A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

1 093 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 99 patients de 15-29 ans et 338 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 584 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (406 pour 100 000 habitants) et qui est notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- Stable (+0,7 %) depuis 2016 (évolution non 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

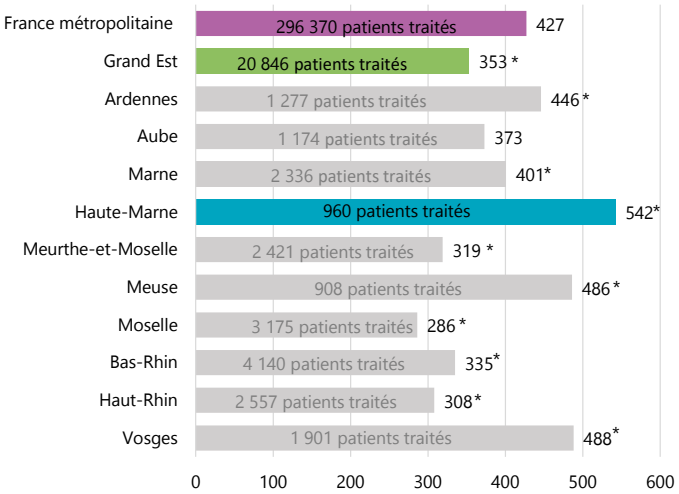
Notes

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.

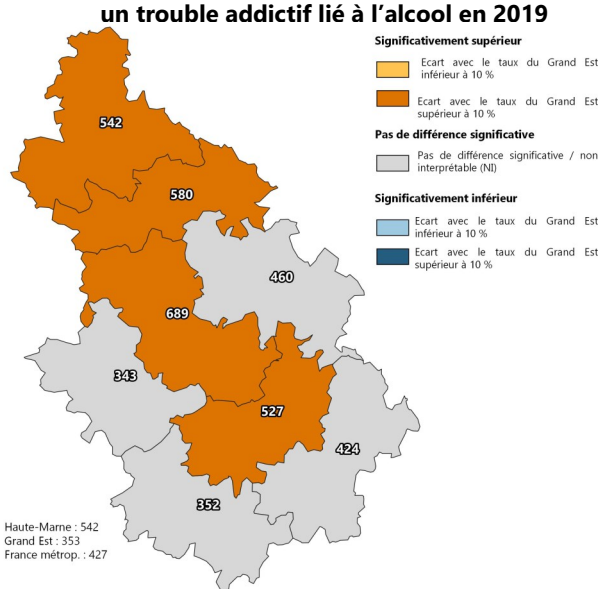
960 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

- Dont 119 patients de 15-29 ans et 191 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 542 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (353 pour 100 000 habitants) et est notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- En augmentation de +4,6 % depuis 2015 (évolution non significative). 4 EPCI en sur-prévalence

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



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



Notes

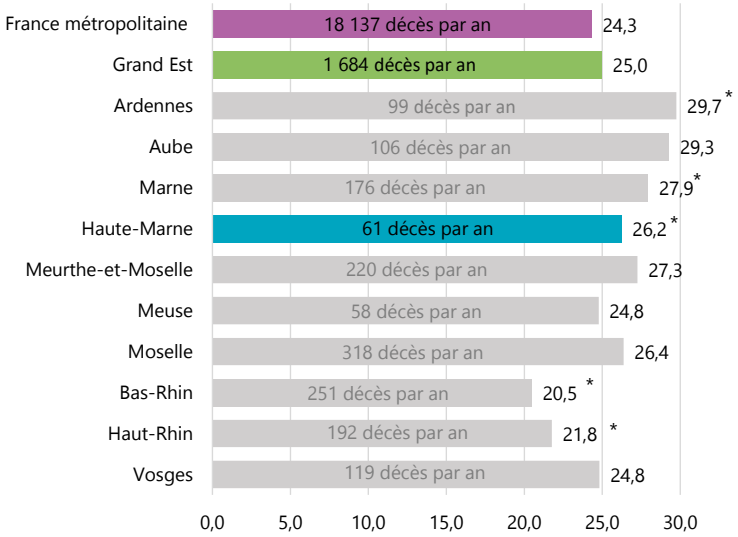
Patients traités pour une addiction liée à l'alcool : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO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

** 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.

61 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 26,2 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- En diminution de –18,8 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, les trois EPCI ayant le plus de décès annuels sont :
  - La CA de Saint-Dizier Der et Blaise (21 décès annuels),
  - La CA de Chaumont (17 décès annuels),
  - La CC du Grand Langres (7 décès annuels).
- Aucun EPCI n'a un taux statistiquement différent du Grand Est (mais effectifs assez faibles).

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.

20 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 31 décès annuels moyens 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).

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
Haute-Marne	36 %	20 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

- En augmentation alors que dans le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans la Haute-Marne).

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

L'alcool est mentionné par quatre acteurs du territoire questionnés sur les consommations courantes des usagers composant leur file active. Ce produit est soit le premier produit présenté par les acteurs, soit il est estimé comme le produit le plus consommé par les personnes prises en charge au sein de la structure. L'un des acteurs parle même d'une *« grosse dynamique alcool »* sur ce territoire. Cette consommation d'alcool peut être associée à celle d'ecstasy, phénomène en augmentation d'après l'acteur qui en témoigne.

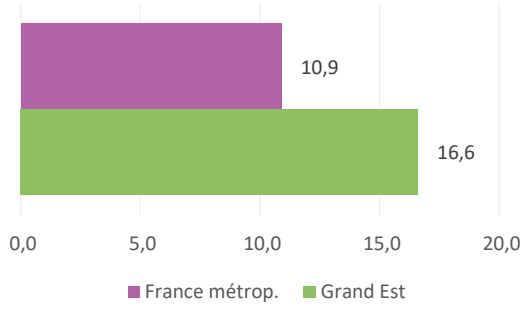
Dans certaines situations la consommation d'alcool peut s'avérer particulièrement complexe à prendre en charge pour les acteurs de l'addictologie. En effet, deux acteurs évoquent le transfert de l'addiction à un produit vers l'alcool, c'est notamment le cas d'anciens consommateurs d'opioïdes stabilisés par des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Ces situations peuvent alors nécessiter une co-substitution (cf. p21).

Enfin, les personnes présentant des *« démences alcooliques »* confrontent régulièrement les professionnels d'une structure participante à des problèmes de prise en charge et d'orientation (cf. p20)

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



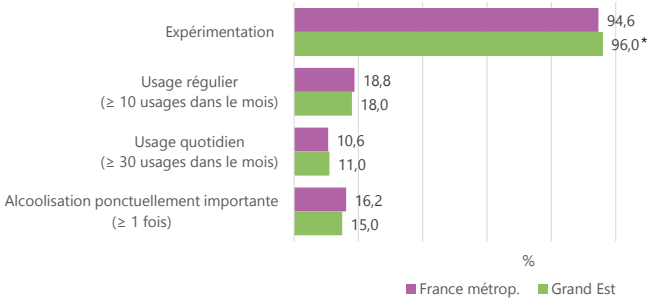
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- 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.

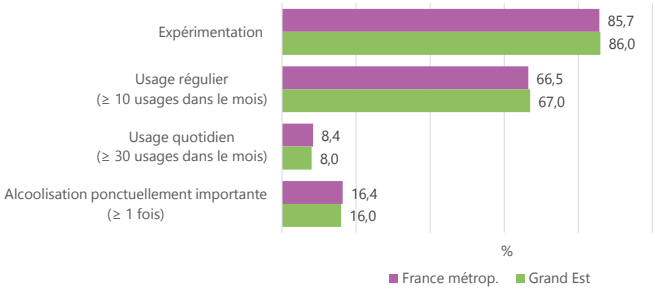
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

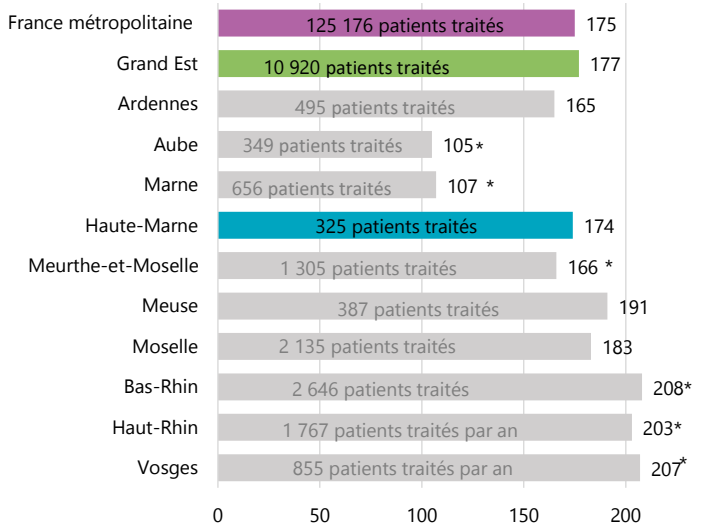
- Mise à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.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

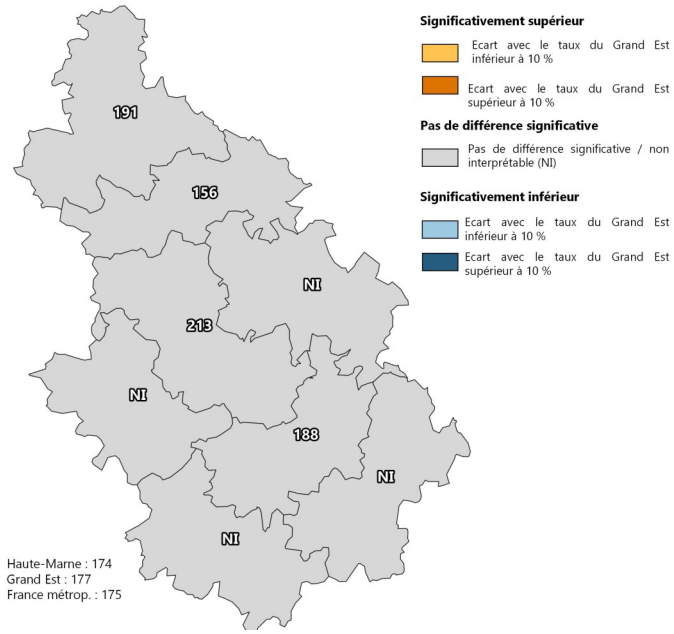
TABAC

325 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 11 patients de 15-29 ans et 86 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 174 pour 100 000 habitants proche du Grand Est (177).
- Mais en augmentation de +24,3 % 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

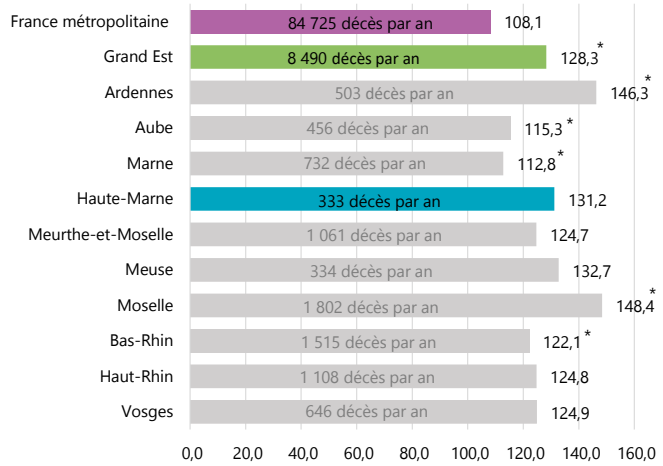
Notes

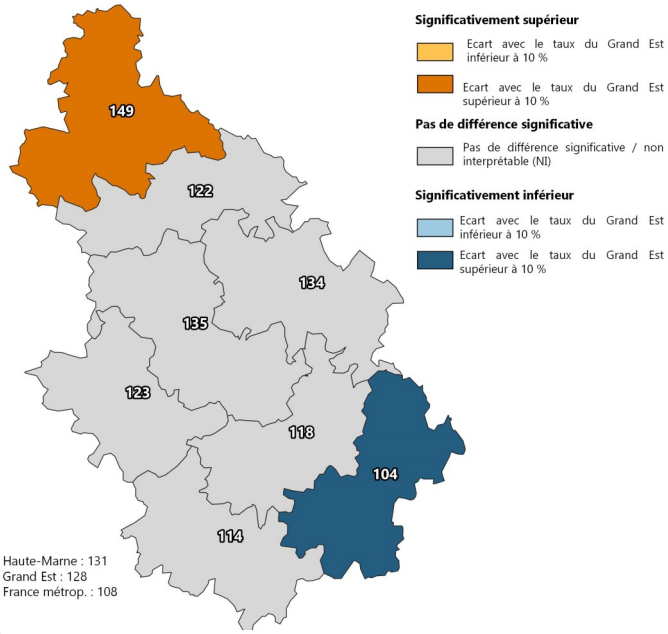
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic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

333 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 131 pour 100 000 habitants proche du Grand Est (128).
- En augmentation de +8,2 % par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).

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





- Un taux significativement supérieur au niveau régional dans la CA de Saint-Dizier Der et Blaise (149 pour 100 000) pour 115 décès annuels.

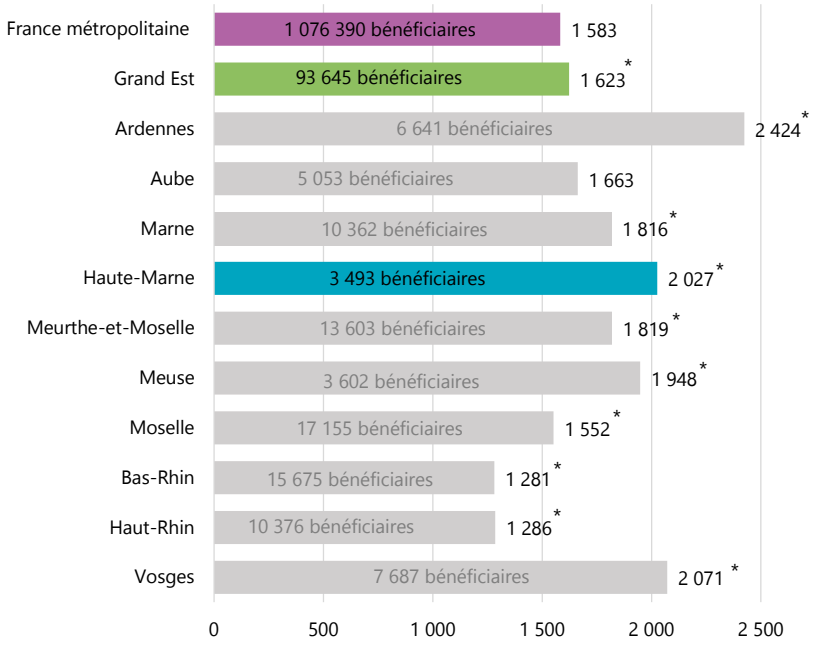
Notes

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.

**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

3 493 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 405 patients de 15-29 ans et 402 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 2 027 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants) et notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSN pour le Grand Est est déjà 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

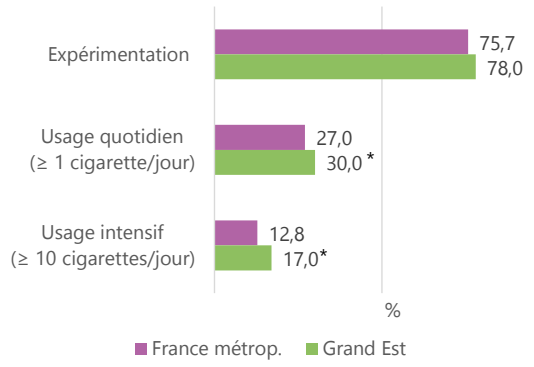
Le tabac est mentionné par trois acteurs de terrain dont un travaillant avec du public en situation de précarité. Ce dernier précise que la totalité des personnes accompagnées fument et qu'ils « *tentent de travailler dessus* » notamment en leur fournissant des vapoteuses grâce à l'association La Vape du Cœur. Il soulève également une difficulté lorsqu'il s'agit de faire le relais avec les tabacologues du territoire.

Un autre explique que le tabac est le « *second produit* », autrement dit, le tabac est consommé par les usagers mais ce n'est pas ce produit qui les conduit à demander un accompagnement en addictologie. Notons que d'après des témoignages d'acteurs du Grand Est, le tabac n'est pas forcément considéré comme une drogue par les usagers et les dommages associés à cette consommation peuvent s'avérer plus discrets et tardifs comparés à ceux occasionnés par d'autres produits (ex : alcool, héroïne, etc.). Ainsi le tabac n'est pas la priorité des usagers et nous faisons l'hypothèse que cela impacte la prise en charge de cette consommation/addiction. En outre, le fait que ce produit soit présenté comme secondaire par les patients peut également orienter l'attention des acteurs de l'addictologie sur d'autres consommations, plus « *visibles* » et apparemment plus problématiques, d'où un risque de sous-déclaration involontaire de la consommation de tabac et de non prise en charge.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

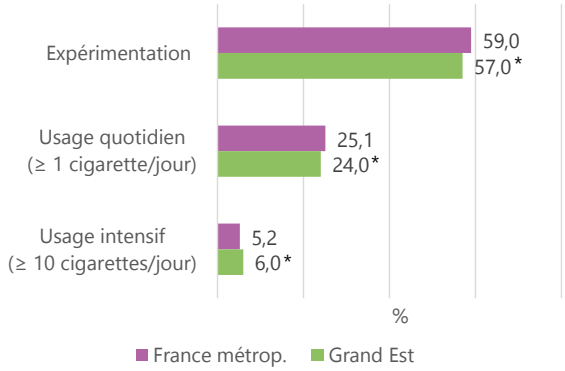
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

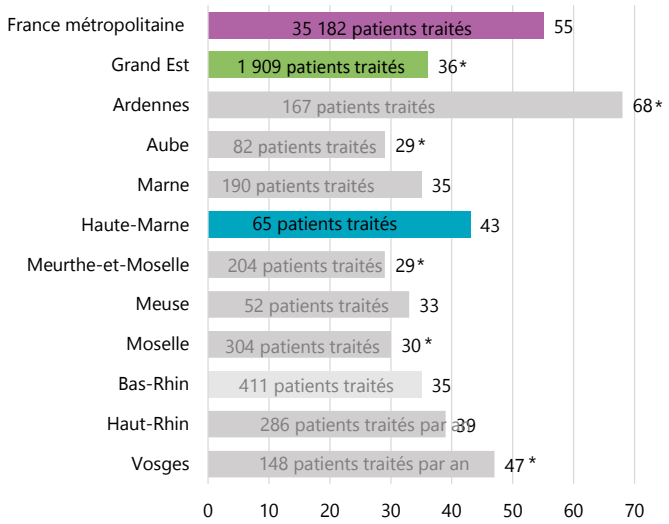
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 25 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 43 pour 100 000 habitants, non significativement différent du Grand Est (36 pour 100 000 habitants) (effectif assez faible).
- En augmentation de +72,0 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, la CA de Chaumont a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (62 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 26 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

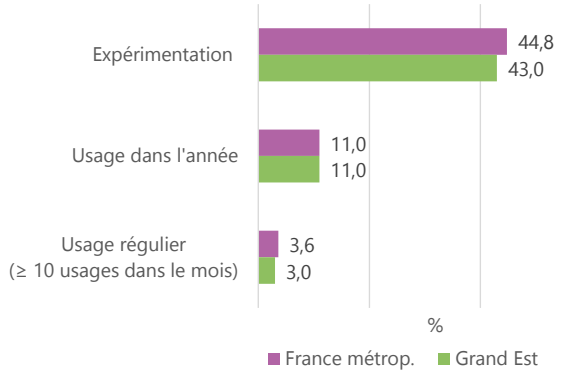
Notes

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

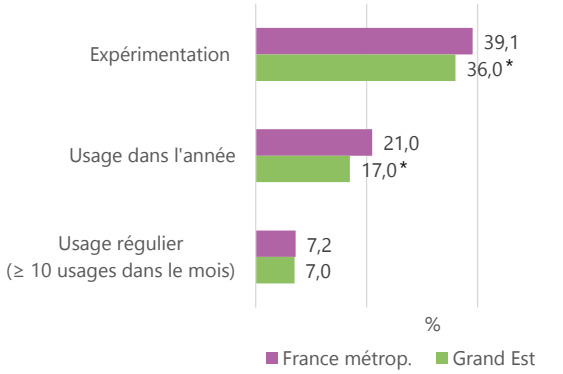
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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.
- 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 par trois acteurs du territoire. Aucune information complémentaire n'est apportée concernant cette consommation ou sa prise en charge, hormis une augmentation de la consommation de ce produit au sein du public « *jeune* » d'après un des acteurs de terrain.

AUTRES SUBSTANCES

Notes

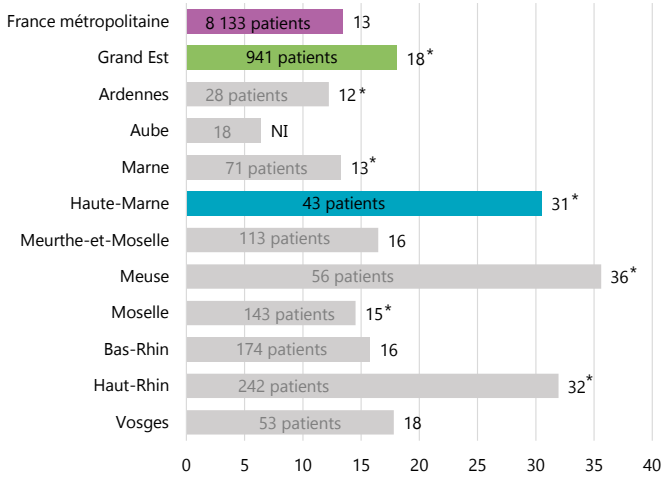
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis),. Cela comprend donc toutes les autres drogues illicite que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne etc...

43 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 12 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 31 pour 100 000 habitants, statistiquement plus élevé que celui du Grand Est et est notamment l'un des plus élevés de la région (mais effectif assez faible).
- En augmentation de +34 % depuis 2016 (différence statistiquement non 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



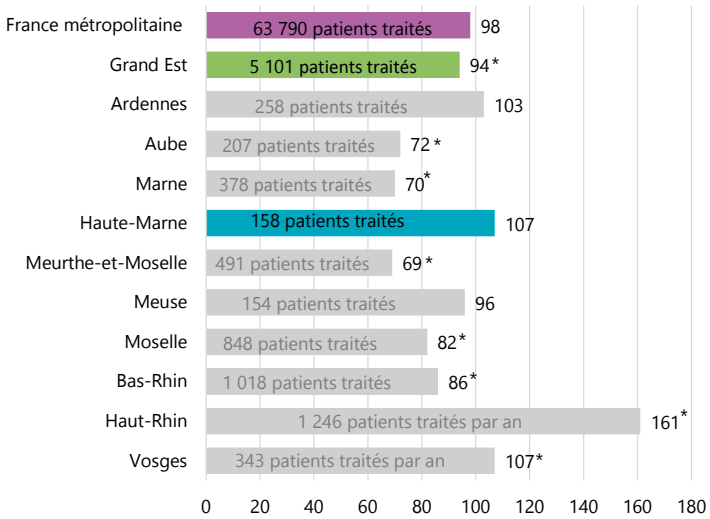
Notes

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.

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

- Dont 23 patients de 15-29 ans et <10 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 107 pour 100 000 habitants, proche du Grand Est (différence statistiquement non significative).
- En augmentation de +21,6 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, les CA de Chaumont et la CA de Saint-Dizier Der et Blaise ont des taux standardisés statistiquement supérieurs à la région (94 pour 100 000 hab.) avec respectivement des taux de 146 et 135 pour 100 000 hab.

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

La cocaïne a été mentionnée par quatre acteurs dont un travaillant avec un public en situation de précarité. Celui-ci précise que la consommation de ce produit est en augmentation. Un autre confie que cette consommation concerne également le public « *jeune* ».

Opioïdes

Trois acteurs de terrain évoquent des opioïdes lorsqu'ils sont questionnés sur les consommations courantes des personnes prises en charge au sein de leur structure. L'héroïne est mentionnée dans deux cas. Un acteur travaillant auprès d'un public en situation de précarité, relève un phénomène nouveau : les consommateurs d'héroïne se mettent à consommer également de la cocaïne. Un autre acteur souligne que *« deux changeurs de seringue ont été installés récemment »* alors que, selon lui, cela aurait pu être réalisé depuis un certain temps. Il laisse entendre que la prise en charge des opioïdes *« rame »* sur le territoire.

« Pète Ton Crâne » (PTC)

D'après Addictions France Grand Est, le Pète Ton Crâne (PTC) aussi dit « *Buddha Blue* » est « un cannabinoïde de synthèse à vapoter qui imite les effets du THC ». Il est mentionné par deux acteurs du territoire qui précisent que cette consommation concerne le public « *jeune* », notamment les lycéens. L'un d'eux ajoute que les professionnels de son service se sentent « *démunis en termes de prise en charge* » concernant le PTC (cf. p21).

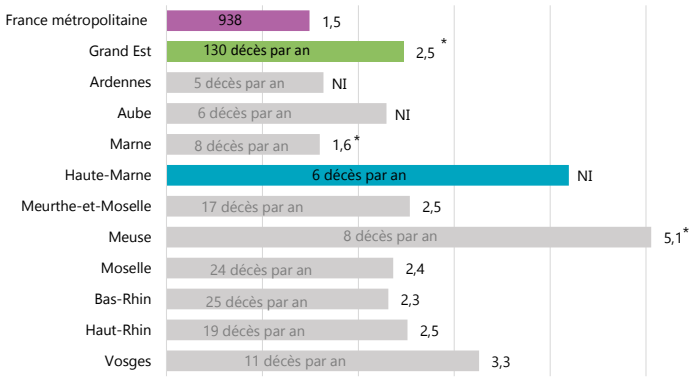
Pour conclure, un acteur nous informe d'une nouvelle façon de se procurer les produits illégaux, la livraison à domicile:

« On n'est plus sur du point de vente, du coup ça passe en dessous des radars. C'est un énorme problème, ça augmente l'accessibilité des produits. »

On note 6 décès annuels par surdose dans la Haute-Marne sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans la Haute-Marne non interprétable au regard des effectifs assez faibles (< 20 sur la période).
- A noter en revanche que le taux standardisé de décès par surdose pour le Grand Est est statistiquement supérieur à celui de la France métropolitaine (1,5 pour 100 000 hab.).

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



Ce qu'en disent les acteurs de terrain

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

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

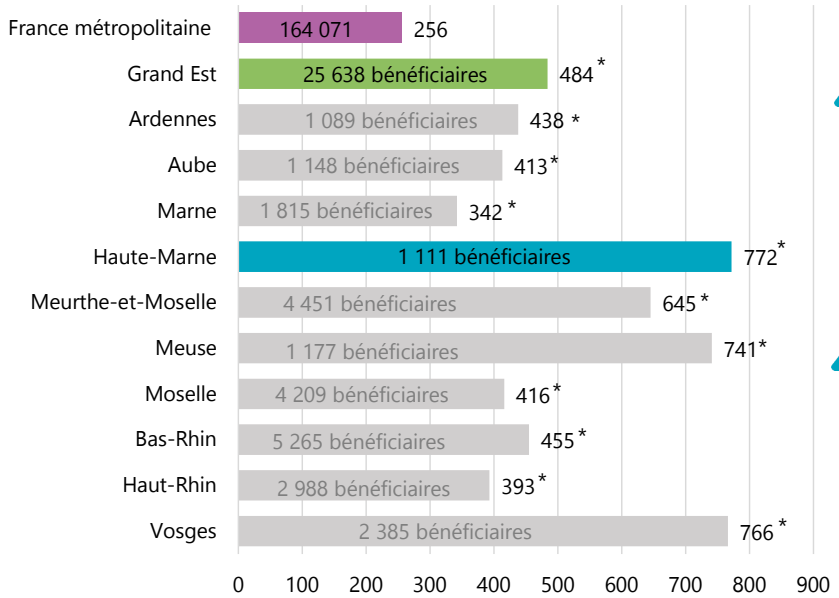
Notes

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

AUTRES SUBSTANCES

1 111 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 104 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 772 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (484 pour 100 000 habitants) et qui est notamment le plus élevé 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

Malgré des taux élevés de bénéficiars (cf. ci-dessus), l'accès aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) semble particulièrement complexe sur le territoire, d'où un risque de « rechute ». Deux acteurs de terrain présentent les raisons de cette difficulté et formulent quelques propositions pour y palier.

Concernant la délivrance de TSO, certaines pharmacies « ne sont pas facilitantes » notamment lorsqu'il s'agit de délivrances journalières. Certains médecins se montrent également « *peu rassurés* ». Certaines représentations concernant les usagers de drogues peuvent en partie éclairer les craintes relevées. Face à la frilosité des pharmacies, l'acteur à développer une alternative : le projet consiste à prendre en charge la délivrance des TSO avec l'aide d'une préparatrice en pharmacie qui serait en binôme avec un médecin.

D'après un autre acteur de terrain, il manque également un centre méthadone et l'action du CAARUD ne suffit pas à couvrir les besoins du territoire. Face à la difficulté d'obtenir les TSO, certains usagers doivent passer par la pharmacie de garde. Il suggère d'ouvrir la possibilité à chaque accueil de service d'urgence de délivrer de la méthadone pour une journée et devenir ainsi un lieu de « *dépannage* ».

Enfin, d'après le même acteur, l'accès au Buvidal est également complexe. Ce traitement n'est pas toujours accessible dans les CSAPA car ils n'ont pas forcément les moyens financiers pour fournir cette option. Les patients doivent alors passer par l'hôpital de jour pour en bénéficier gratuitement.

AUTRES SUBSTANCES

519 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Haute-Marne	501	599	635	474	519	**3,6 %**
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

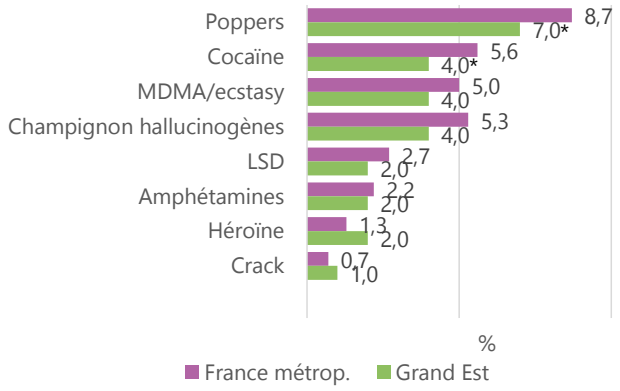
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Augmentation du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (+3,6 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

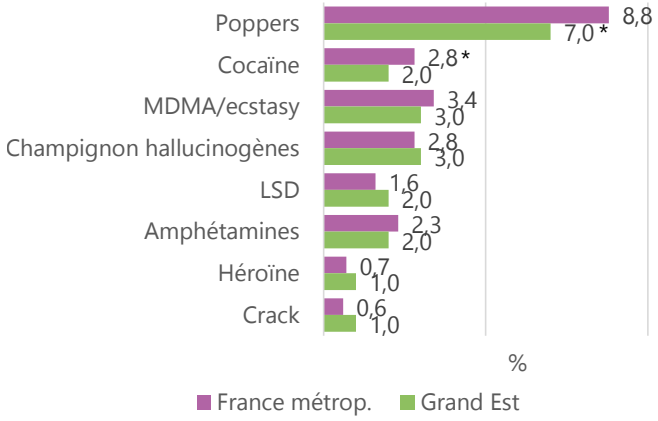
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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

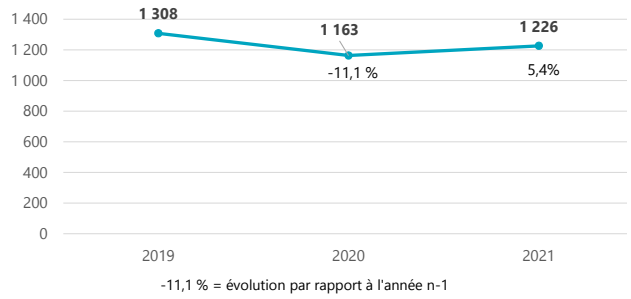
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop. excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DE LA HAUTE-MARNE

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.

1 226 patients vus au moins une fois au sein des CSAPA ambulatoires de la Haute-Marne en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoires de la Haute-Marne en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 3 CSAPA/3 en 2019, 3 CSAPA/3 en 2020 et 3 CSAPA/3 en 2021
Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Haute-Marne en 2021

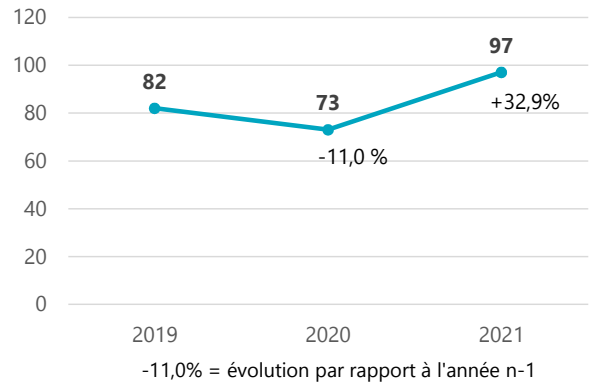
- 8 patients sur dix sont des hommes.
- 4 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 9 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 4 patients sur dix ont comme addiction la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

- 31 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Haute-Marne en 2021 similaires à celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

Au moins 97 jeunes vus au sein des sites de CJC de la Haute-Marne en 2021

File active en CJC en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 2 CSAPA/3 en 2019, 2 CSAPA/3 en 2020 et 2 CSAPA/3 en 2021
Source : Rapport d'activité des CSAPA - ARS Grand Est, exploitation ORS Grand Est

- File active en CJC qui a augmenté en 2021, après une légère diminution en 2020 sans doute liée à la crise sanitaire (Covid-19).
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les jeunes consommateurs vus en CJC :
  - 40,2 % Cannabis,
  - **22,7 % Cyberaddiction**,
  - 15,4 % Alcool.

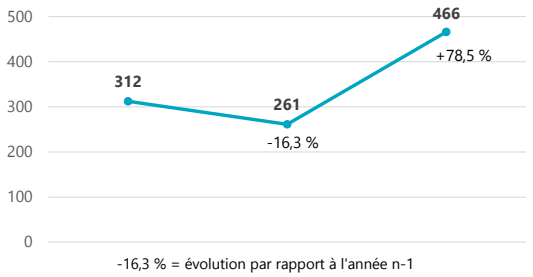
Notes

Le produit le plus consommé a été renseigné pour l'ensemble de la file active des CJC.

CAARUD DE LA HAUTE-MARNE

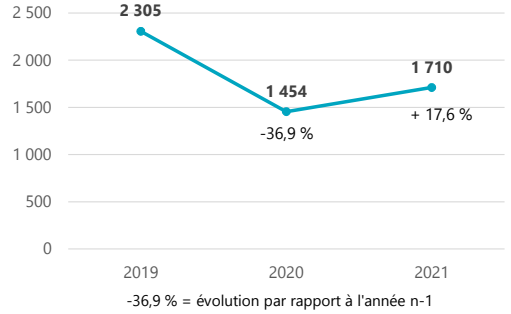
Une file active de 466 usagers vus au sein du CAARUD de la Haute-Marne en 2021

File active au sein du local principal/antennes du CAARUD des de la Haute-Marne en 2019, 2020 et 2021



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

Contacts réalisés au sein du local principal/antennes du CAARUD de la Haute-Marne en 2019, 2020 et 2021



- File active au sein du local principal/antennes impactée par la crise sanitaire en 2020, comme les contacts réalisés qui sont un peu moins nombreux en 2020 et en 2021 par rapport aux années précédentes. On observe une augmentation de la file active en 2021 par rapport à 2019 et 2020.
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein du CAARUD :
  - Cannabis (40 pour 100 usagers),
  - Alcool (37 pour 100 usagers),
  - Héroïne (39 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon haut-marnais

Quatre entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- une structure médico-sociale,
- deux structures sanitaires,
- une structure mixte.

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).

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

Réalisation des entretiens

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

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Relations partenariales

Des liens à améliorer

- D'après les témoignages le CSAPA et les centres hospitaliers semblent en lien et ils se coordonnent plutôt bien entre eux. Malgré tout, plusieurs points d'amélioration sont soulignés.
- Selon un acteur de terrain, les relations entre une structure sanitaire et le CSAPA ainsi que le CAARUD sont « *balbutiantes* ». Elles ne sont pas forcément actées par une convention, ou alors celle-ci peut s'avérer relativement ancienne. Selon lui, il faudrait alors actualiser les conventions existantes et y spécifier « *comment coordonner et orienter les patients* ».
- Un autre acteur mentionne également un problème de clarté concernant la filière addictologique du territoire et évoque des divergences d'opinion quant à la répartition des activités et la coordination entre le secteur médico-social et le secteur médical.

Un manque de dispositifs

- Une problématique d'accès au sevrage est évoquée par une structure du médico-sociale. Pourtant sur le territoire deux centres hospitaliers proposent des lits de sevrages, mais en trop faible quantité d'après l'acteur rencontré : jusqu'à huit lits disponibles pour ces deux CH. A noter que les lits ne sont pas « *fléchés addicto* ».
- Concernant la post-cure, ce service n'est plus proposé sur le territoire. Un service de post-cure existait avant la pandémie, mais il n'a pas été réouvert depuis. D'après un acteur de terrain, les patients souhaitant réaliser une post-cure sont orientés en dehors du territoire (ex : sur Châlons-en-Champagne).
- Enfin, un acteur déplore l'absence d'unité Korsakoff sur le territoire. Il fait état des difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit d'orienter les patients atteints de « *démences alcooliques* » vers une Maison d'Accueil Spécialisée. Le temps d'attente souvent très long contraint les professionnels à garder le patient au sein de leur service.
- Enfin une ELSA s'est également arrêtée de fonctionner, d'où une difficulté à faire du lien avec certains services (ex : oncologie).

Un manque de médecins

- La « *pénurie de médecins* » mentionnée par trois interlocuteurs complexifie l'accès aux soins. Dans un contexte rural, certains patients se retrouvent à devoir réaliser des trajets importants afin d'être pris en charge, ce qui peut en décourager certains :

« 40 km (pour bénéficier de soins), l'addict ne vient pas »

- Le manque de médecin peut également impacter les parcours de soins des usagers bénéficiant déjà d'un accompagnement : les médecins ont moins de temps à consacrer à leurs patients et notamment à ceux qui peuvent s'avérer « *compliqués* ». Il s'avère également difficile voire impossible de changer de médecin traitant si cela s'avère nécessaire.
- Cette pénurie de médecin impacte également les structures rencontrées.
- Certaines structures s'organisent pour pallier ce manque : au sein de certaines structures participantes les professionnels de l'addictologie se retrouvent à *« faire des ordonnances généralistes ».* D'autres ont essayé de développer les téléconsultations, mais cette solution ne convient pas à un public en situation de précarité. Un autre acteur explique que cela impacte son équipe lorsque les professionnels accompagnent des usagers *« parfois jusqu'à Nancy »* pour qu'il puisse accéder aux centres de soin.
- Un acteur relève le besoin de créer une CPTS sur St Dizier.

Des difficultés à effectuer des relais

- Le manque de médecin a également un impact direct sur la prise en charge des usagers. En effet, un acteur témoigne de l'impossibilité de pouvoir faire le relais avec la médecine de ville dans ce contexte. Il se retrouve contraint de conserver les usagers dans leur file active qui, de fait, s'amplifie.
- D'après les témoignages il s'avère également difficile de faire le relais avec les tabacologues ainsi qu'avec les hébergements tels que les LHSS ou foyers d'accueils. Concernant les hébergements, un acteur précise que le timing est primordial : il faut obtenir le logement au bon moment, ce qui nécessite beaucoup d'organisation et d'anticipation en amont. Or, le temps d'attente pour un logement peut être de plusieurs semaines. Ce temps d'attente peut s'expliquer en partie par la crainte de certains résidents à quitter les logements :

« C'est un appartement pas cher et la personne ne peut se projeter, quand bien même elle touche les APL. Pourtant c'est abordé dès l'entrée mais il y a une perte la réalité… encore plus cette année avec l'augmentation du coût de l'énergie, des logements. C'est très anxiogène. Les résidents reculent leur sortie… »

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Relations partenariales

- Certains relais sont également complexes à réaliser car les professionnels se « *renvoient la balle* », chacun estimant que la problématique de l'usager relève de la responsabilité de l'autre spécialité. Cela arrive tout particulièrement avec le secteur de la psychiatrie (mentionné par deux acteurs) :

« S'ils ont des problèmes d'alcool alors ils n'ont plus de problèmes psy et ils les renvoient en addicto. »

- Un acteur relève la même problématique lorsqu'il s'agit d'orienter des usagers présentant des Troubles du Comportements Alimentaire (TCA) vers certaines structures spécialisées en addictologie:

« On a beaucoup de transfert d'addiction autres sur l'alcool ou vers l'alimentation. Nous ne sommes pas formés à ça et quand les patients vont vers l'addicto, l'addicto renvoie la balle. C'est compliqué pour le patient. »

Prise en charge

- Les pratiques et consommations évoluent à grande vitesse comme en atteste l'un des acteurs rencontrés. Par conséquent, il importe de savoir s'adapter aux nouvelles pratiques, nouveaux produits ou encore aux nouveaux profils d'usagers.
- La poly-addiction/poly-consommation est un phénomène relativement récent qui confrontent les professionnels à de nouvelles problématiques :

« Que faire des patient poly-addicts? On les met où? Ce sont des usagers complexes en matière de prise en charge. »

« Aujourd'hui, ces gens-là on se les renvoit. »

- En outre l'addiction à différents produits peut nécessiter une co-substitution (ex: TSO et alcool, cf. p8) et donc de développer de nouvelles stratégies de dosages pharmacologiques.

« Il faut inventer une prise en charge spécifique pour ces patients-là. »

- Notons que, d'après les données chiffrées d'une structure contactée, les poly-addictions concernent un peu plus d'un quart de leur file active.
- Toujours à propos de cette nécessité d'adaptation, un acteur relève l'existence d'un nouveau public poly-addict qui a la particularité d'être professionnellement actif. De fait, ces personnes ne peuvent se rendre disponibles en journée. Il s'avère alors nécessaire d'adapter les horaires d'ouverture de la structure pour permettre l'accès aux soins et à l'accompagnement à ce nouveau public.
- La même problématique est relevée pour les addictions sans substances (phénomène nouveau également, cf. p22).
- Le manque d'« *informations* » (de formation ?) au sujet de ces nouvelles problématiques complexifie leur prise en charge et nous supposons que cela peut également impacter la capacité des équipes à identifier les problématiques d'addictions sans substances chez les usagers qu'ils accompagnent.
- Enfin un acteur souligne le fait que leur file active tend à rajeunir, or les « *jeunes* » ont tendance à consommer des Nouveaux Produits de Synthèse (cf. p15). La liste et la composition de ces nouveaux produits sont en constante évolution, d'où la difficulté de rester à jour :

« On peine à répondre aux questions car nous-même on ne sait pas. De plus en plus, on nous parle de produits qu'on ne connaît pas forcément. Ça va vite, c'est difficile de suivre les nouveaux produits. »

- S'adapter à la nouveauté est donc une nécessité, et cela implique une certaine marge de manœuvre en matière de ressources humaines et financières afin de pouvoir dédier du temps à la création de nouveaux projets, à la formation, etc. Or les acteurs témoignent de difficultés également sur ces points.

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Ressources humaines

- La quasi-totalité des structures rencontrées témoignent de difficultés en matière de ressources humaines. Il leur semble nécessaire d'augmenter le temps de travail de certains professionnels voire dans certains cas d'augmenter les effectifs. A ce propos un acteur souligne que certains postes sont vacants/manquants, un autre mentionne des effectifs instables d'où « *un niveau médical fragile* » et la nécessité de former régulièrement le nouveau personnel.

- D'après les témoignages, cette problématique de ressources humaines est liée à une difficulté à recruter du personnel et/ou à un manque de financement.

Les addictions sans substance

- Les acteurs disent rencontrer peu de personnes concernées par les addictions sans substances au sein de leur file active, cependant il convient de nuancer ce constat. En effet, un acteur explique que le service n'est pas connu pour sa prise en charge des addictions sans substances, et pour cause :

« *On prend en charge (les addictions sans substances) mais c'est compliqué pour les équipes (…) on l'aborde mais on est plus à l'aise sur les questions de produits que sans produits. (…) les membres de l'équipe ne se sentent pas assez informés sur le sujet.* »

- Or ce manque d'information peut impacter la capacité des équipes à identifier les addictions sans substances.

- Ajoutons à cela que certains troubles comportementaux ne sont pas encore reconnus par la communauté addictologique comme étant effectivement des addictions. Comme le rappelle l'Association Addictions France « *Les addictions aux jeux de hasard et d'argent et aux jeux vidéo sont les seuls troubles comportementaux reconnus dans la classification internationale des addictions* ». Cela peut également induire une sous-déclaration d'autres troubles du comportement (ex : troubles du comportements alimentaire).

En résumé

La Haute-Marne est un territoire rural avec :

- Des indicateurs montrant :
  - Une prévalence—l'une des plus élevées du Grand Est concernant l'alcool ; mais sans évolution notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour trouble addictif lié à l'alcool entre 2015 et 2019. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié à l'alcool statistiquement plus élevé qu'en Grand Est ; mais en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence similaire au Grand Est concernant le tabac, mais en augmentation de +24,3 % du taux de patients traités pour trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. Ce taux peut être observé en parallèle avec les substituts nicotiniques où le département enregistre l'un des taux plus élevés du Grand Est de patient en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac similaire au Grand Est ; mais en augmentation entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une tendance à une sur-prévalence aussi concernant le cannabis même si les faibles effectifs ne permettent pas d'identifier une différence statistiquement significative ; mais augmentation de +72,0 % du taux de patients traités pour trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019 (65 patients cette dernière année).
  - Concernant les drogues illicites, une tendance à la sur-prévalence d'après les indicateurs disponibles (un des plus élevé du Grand Est) ; avec une augmentation significative (+26 %) entre 2015 et 2019 du taux de patients traités pour une addiction à une autre substance. Par ailleurs, le taux de patients bénéficiaires de TSO est le plus élevé du département de la région, malgré un sentiment de difficultés d'accès par les acteurs pour la prescription.
  - Plusieurs EPCI et en particulier la CA de Chaumont avec des sur-prévalences de patients traités (alcool, cannabis, autres substances)
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Différents problèmes liés à l'alcool
  - Un souci de prise en charge et d'orientation des démences alcooliques
  - Des soucis de co-substitution pour les anciens consommateurs d'opioïdes qui ont basculé sur la consommation d'alcool
  - Des nouveautés :
    - Une augmentation de la consommation de cocaïne, souvent en parallèle d'une consommation d'héroïne (phénomène nouveau)
    - Une consommation de PTC par les « jeunes »
  - Des relations partenariales à renforcer et la nécessité de rechercher un accord sur la façon de se répartir les activités sur le territoire ainsi que sur la façon de coordonner les parcours de soin
  - Un manque de dispositifs (lits de sevrage, post-cure) et de médecins libéraux qui limitent la possibilité de faire des relais, d'où un impact sur la file active des structures impliquées dans la première étape de la prise en charge des addictions
  - Une évolution des profils d'usagers, plus jeunes et davantage sujets à la poly-consommation et parfois insérés professionnellement, ce qui implique d'adapter la prise en charge (horaires)
  - D'où le besoin d'une marge de manœuvre en matière de ressources humaines et de financements, ce qui semble faire défaut à une grande partie des structures du territoire
  - Un besoin de formation concernant 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 Vandoeuvre-lès-Nancy

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