Octobre 2023

51

Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

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 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 en Marne.** 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 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.

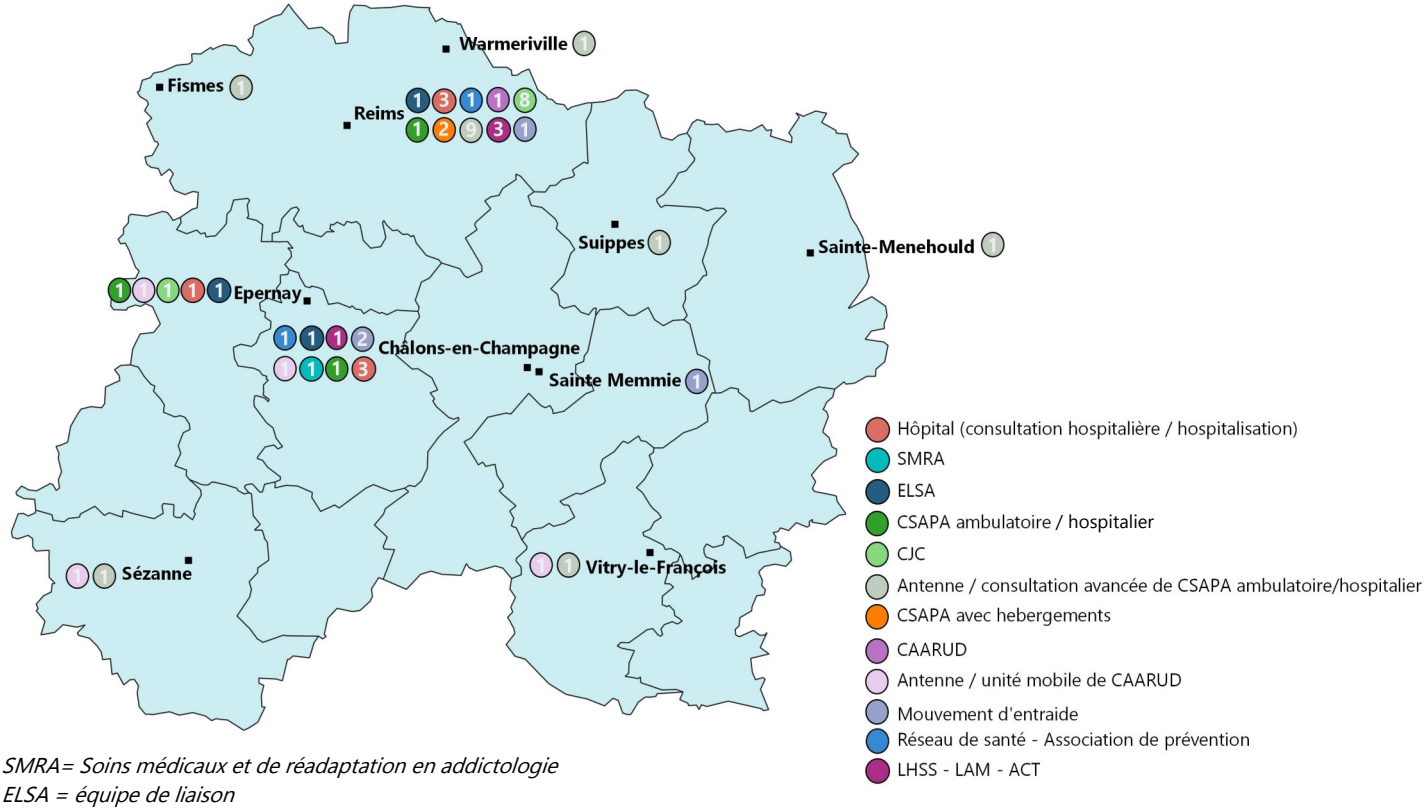
Description des indicateurs quantitatifs

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

DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES	
Indice de vieillissement	L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les 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

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



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) - 1 CJC ouverte sur Fismes depuis

Nombre et taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans dans la Marne (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)	3 (29)	0,7 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	15 (116)	3,6 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	2 (13)	0,5 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	9 (93)	8,4* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	1 (14)	0,2 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	4 (21)	1,0 (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)	7 (54)	1,7 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	3 (22)	0,7 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	1 (5)	0,2 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	1 (7)	0,2 (0,2)
Association de prévention	1 (13)	0,2 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	4 (74)	1,0 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT)	4 (48)	1,0 (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

10 places en centre thérapeutique résidentiel (CTR)

10 places en appartements thérapeutiques relais (ATR)

20 lits en Soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA)

La DT51

Selon la DT51, le maillage territorial est satisfaisant, mais cela ne veut pas dire que cela répond aux besoins de la population.

Une microstructure à Reims est en cours de réflexion à la suite des colloques organisés par GEA/Addica.

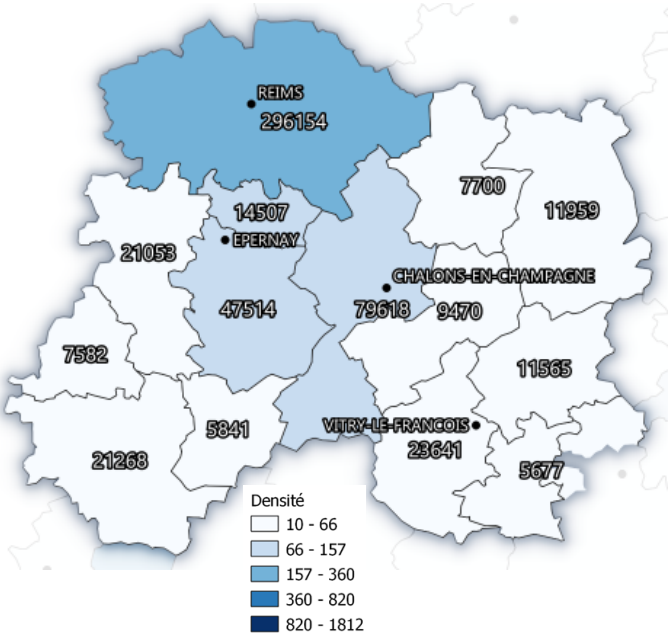
Les taux de lieux de mises en œuvre calculés n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La Marne, un département :

- Rural, avec une densité de population moins importante qu'en Grand Est (69,4 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Moins vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 79,7 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté similaire au Grand Est (14,5 % vs 14,7 % en région en 2019).

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



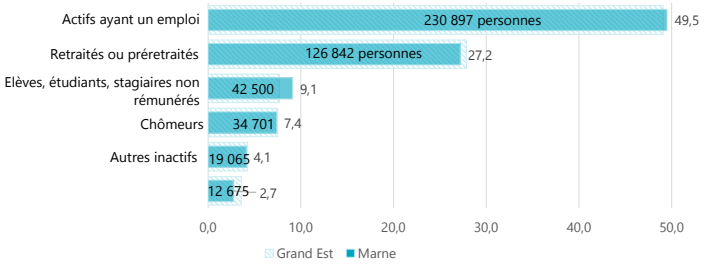
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Marne	566 855	108 461 (19 %)	109 704 (19 %)
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 %)

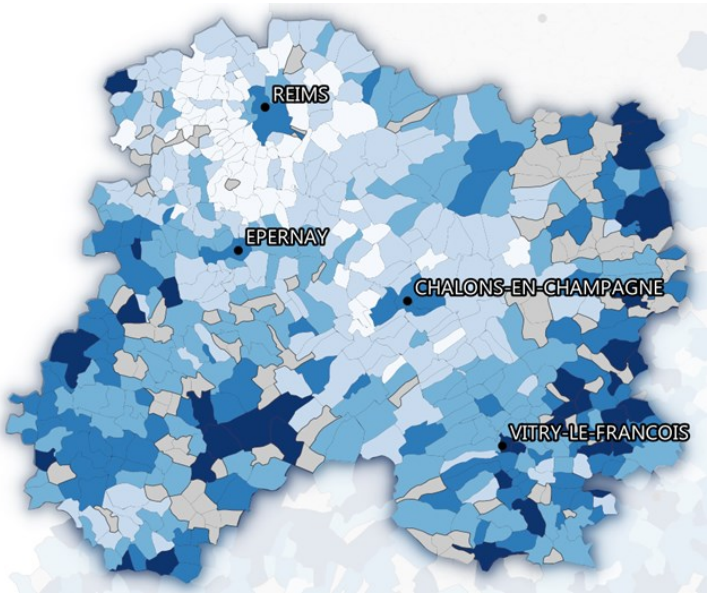
Dans la Marne, 19 % des habitants ont entre 15-29 ans et 19 % ont 65 ans et plus.

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



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Marne :	-0,1 %	79,7	14,5 %
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).

Indice de défaveur sociale
- -5,9 - -1,9
- -1,9 - -0,6
- -0,6 - 0,5
- 0,5 - 1,7
- 1,7 - 5,1
- Non disponible

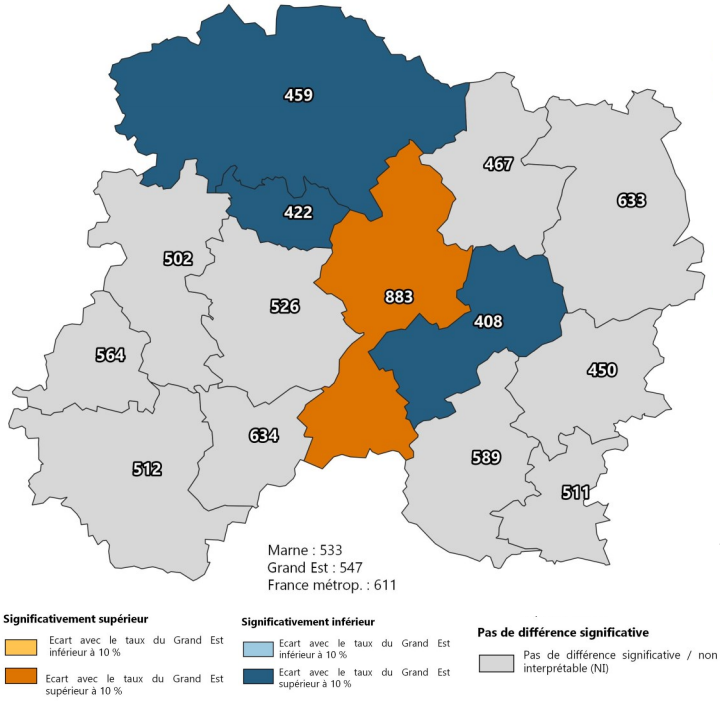
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Marne

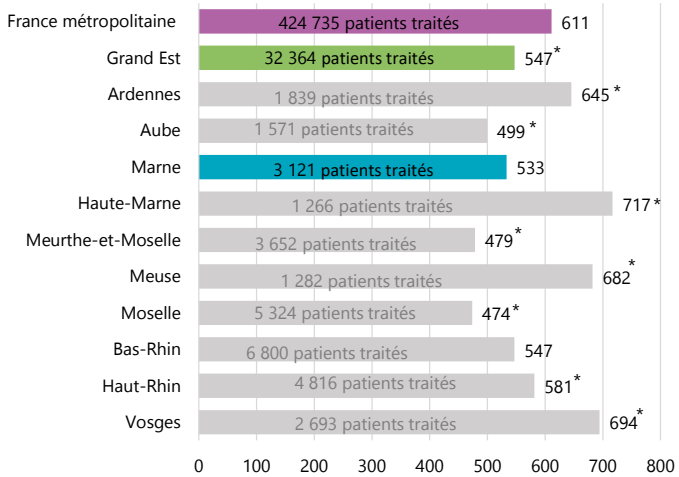
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

3 121 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 533 pour 100 000 habitants dans la Marne. Il est légèrement inférieur à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitant pas significative.
- 4 EPCI de la Marne ont un taux statistiquement différent du Grand Est dont la CA de Châlons-en-Champagne qui enregistre une sur-prévalence de patients pris en charge (avec un effectif de 728 patients traités et un taux standardisé de 883 pour 100 000).

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

2 336 patients

TABAC

656 patients

CANNABIS

190 patients

AUTRES SUBSTANCES

378 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.

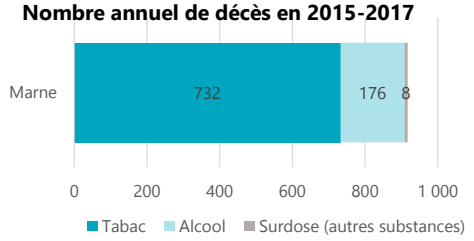
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

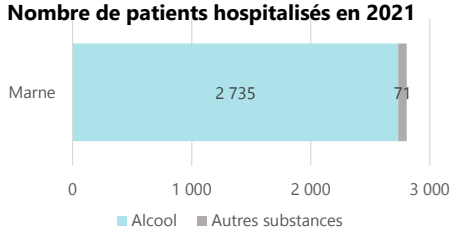
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (2 735 patients dans la Marne), alors que seuls 71 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (732 décès par an).

Nombre annuel de décès en 2015-2017



Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

Nombre de patients hospitalisés en 2021



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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

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

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

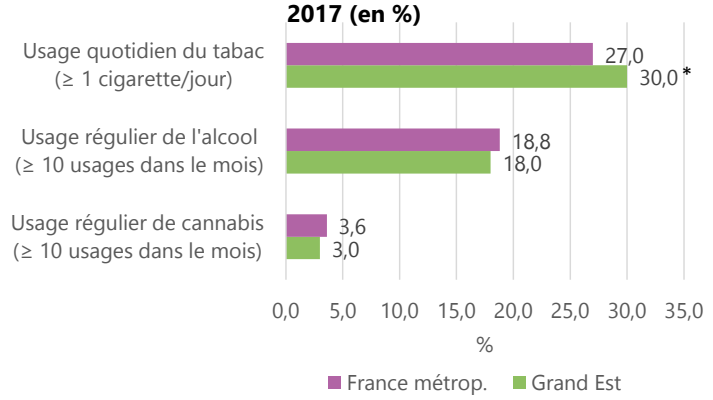
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et le CAARUD du département *(cf. plus de détails page 18)*

- Un peu plus de 3 580 patients ont été pris en charge par les 3 CSAPA ambulatoires de la Marne en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (4 patients sur 10).
- Dont un peu moins de 400 jeunes au sein des 9 sites de CJC de la Marne, principalement pour une prise en charge liée au cannabis (7 jeunes sur 10).
- Au sein du CAARUD, un peu plus de 100 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/ antennes pour un peu moins de 850 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

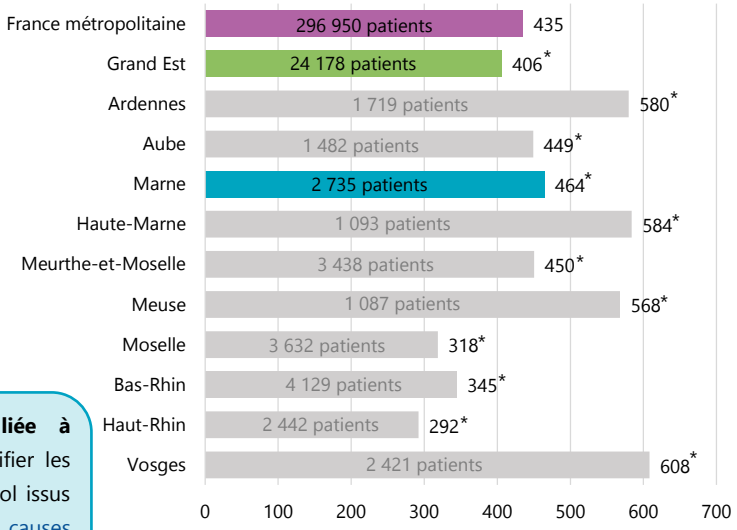
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A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

2 735 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 161 patients de 15-29 ans et 877 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 464 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (406 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -11,6 % 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

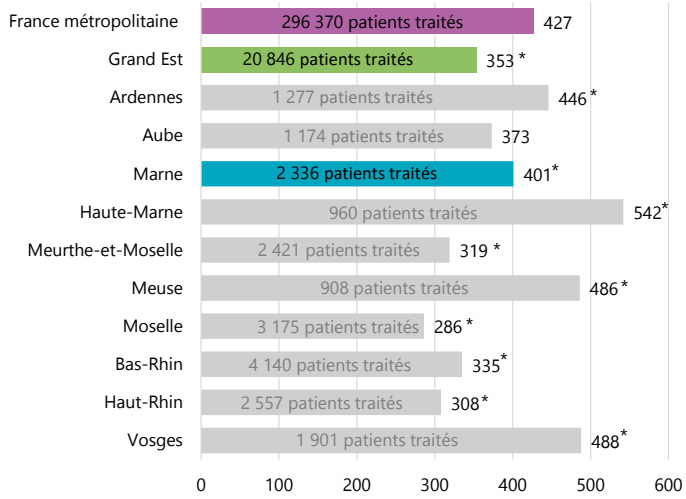
Notes

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.

2 336 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

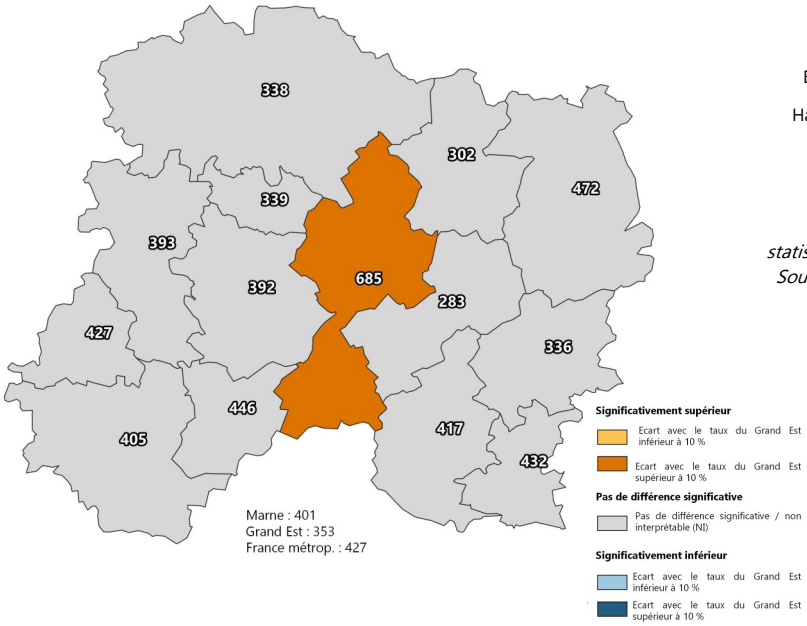
- Dont 188 patients de 15-29 ans et 451 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 401 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (353 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -6,1 % depuis 2015 (évolution significative).

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



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

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



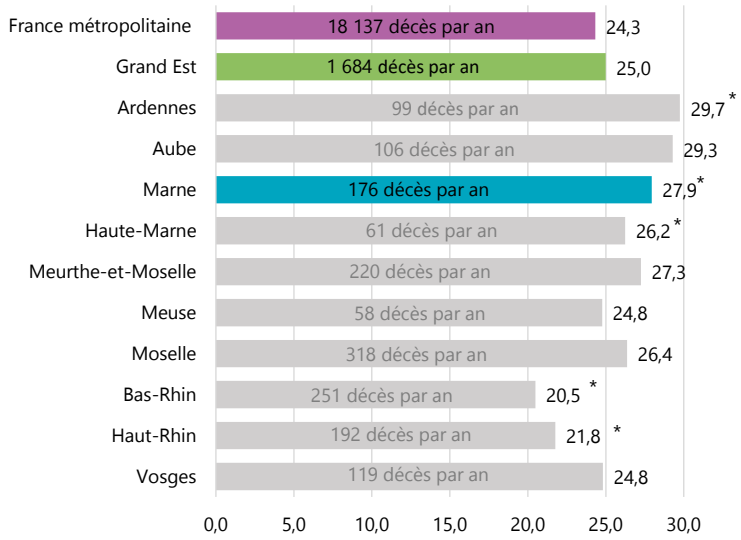
Notes

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

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

176 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 27,9 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -11,7 % par rapport à 2012-2014 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, seul trois ont un nombre de décès annuels supérieur à dix :
  - La CU du Grand Reims (88 décès annuels).
  - La CA de Châlons-en-Champagne (22 décès annuels).
  - Le CA Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne (20 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.

31 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 31 décès annuels moyens calculé sur les années 2017-2019-2021 (266 en Grand Est ; 3 212 en France métrop.).
- Part de personnes tuées dans un accident avec un conducteur alcoolisé similaire au Grand Est (mais effectif assez faible).
- En augmentation alors que dans le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans la Marne).

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
Marne	20 %	31 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

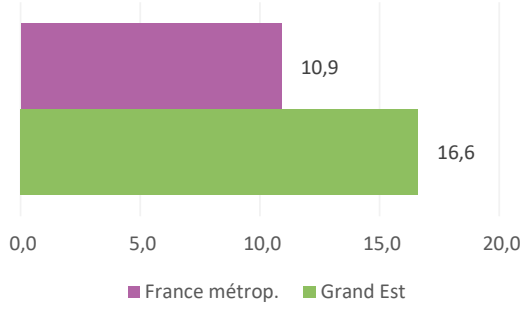
Les acteurs attestent d'une prise en charge fréquente de personnes concernées pour un trouble lié à l'alcool au sein de leur structure. Deux précisions sont apportées à propos de ce produit :

- Un acteur relève la fréquence de la « *polyaddiction tabac-alcool* »,
- Un autre interpelle sur *« la majoration de la consommation d'alcool »* et « un *passage à la consommation d'alcool fort* » suite à la pandémie de la Covid-19.

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



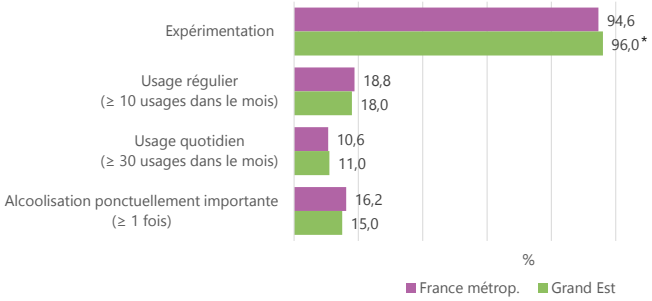
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- 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.

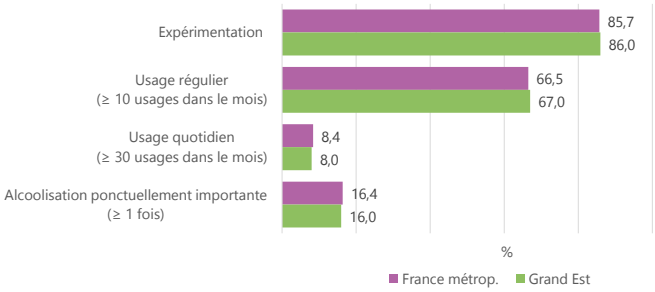
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

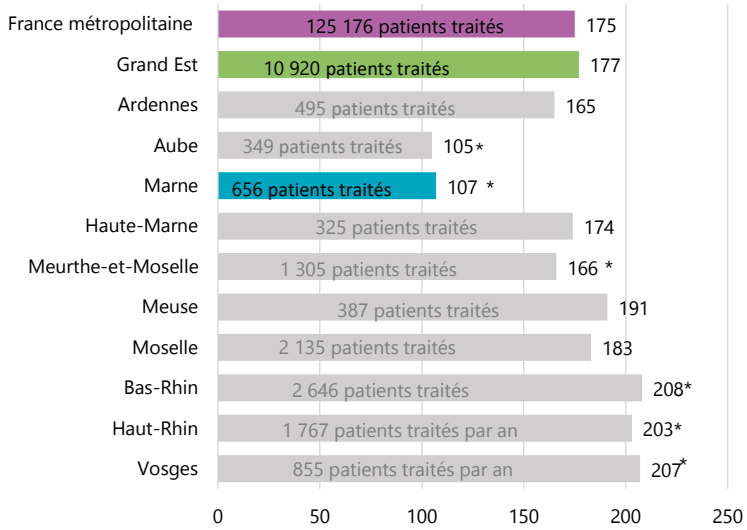
- Mise à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine.
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.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

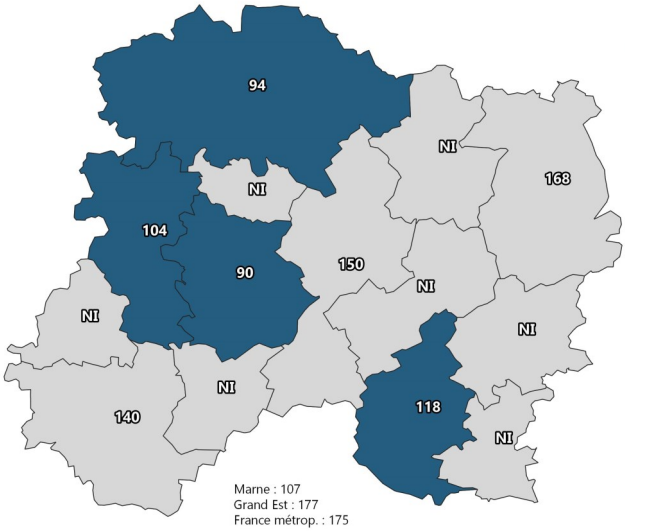
TABAC

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

- Dont 16 patients de 15-29 ans et 213 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 107 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (177).
- En augmentation de +55,1 % depuis 2015 (évolution significative).

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





** statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de la France métropolitaine pour le Grand Est*
NI = non interprétable (les taux standardisés ne sont pas calculés lorsque l'effectif est inférieur à 20)
Source : SNDS - cartographie des pathologies (G8) ; exploitation ORS Grand Est

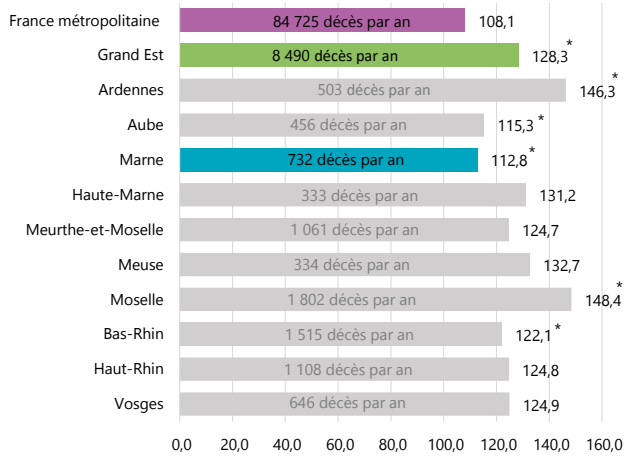
Notes

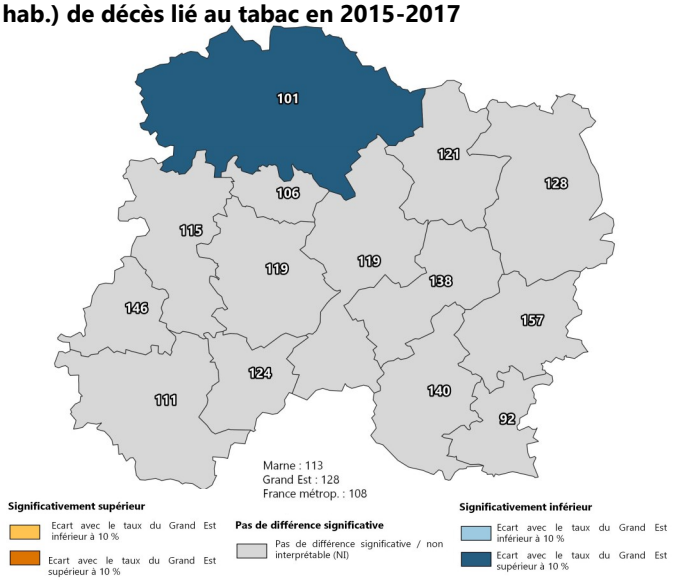
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic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

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

- Taux standardisé de 113 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible par rapport à la région (128)
- En diminution de -4,9 % par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).

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





- Un taux significativement inférieur au niveau régional repéré dans la CU du Grand Reims avec un effectif de 309 décès annuels

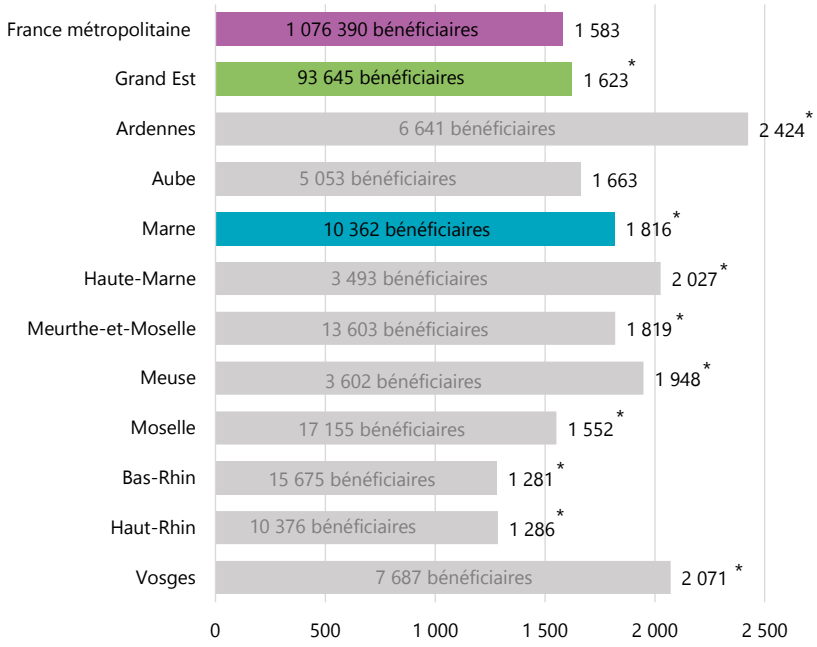
**statistiquement différent du Grand Est pour les départements et par rapport à la France métropolitaine pour le Grand Est*
Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

Notes

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

10 362 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 1 292 patients de 15-29 ans et 1 062 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 816 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants).
- 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

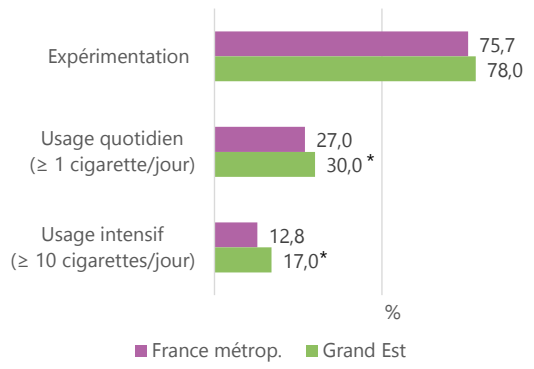
Lorsqu'ils sont interrogés sur les consommations courantes des personnes prises en charge dans leur structure, les acteurs mentionnent rarement le tabac. Toutefois cela ne signifie pas que le public en question n'en consomme pas. En effet, des acteurs du Grand Est explicitement questionnés sur la consommation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

- le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie,
- le tabac n'est pas considéré comme une drogue par les usagers,
- la consommation de tabac est dite « *plus discrète* » que la consommation d'alcool par exemple. 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

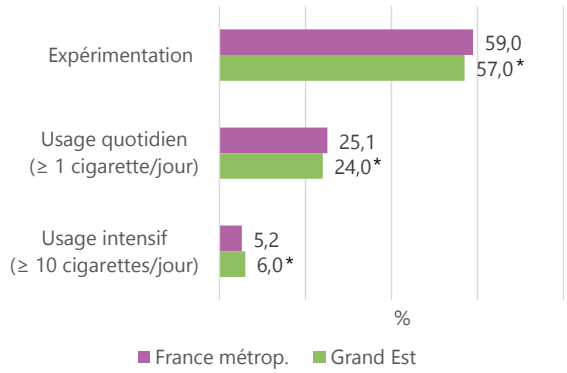
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

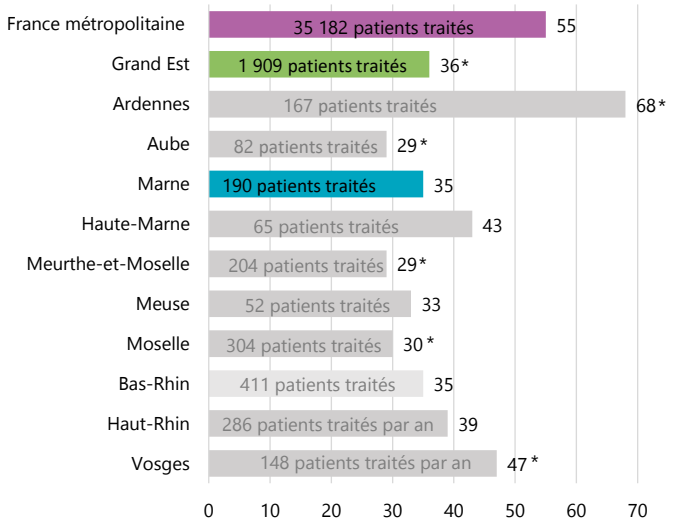
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 77 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 35 pour 100 000 habitants similaire au Grand Est (36 pour 100 000 habitants).
- En augmentation de +59,1 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, trois ont un effectif supérieur à 10 donc la CA de Châlons-en-Champagne qui a un taux standardisé (54 pour 100 000 hab.) statistiquement supérieur à la région avec un effectif de 46 patients traités.

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



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

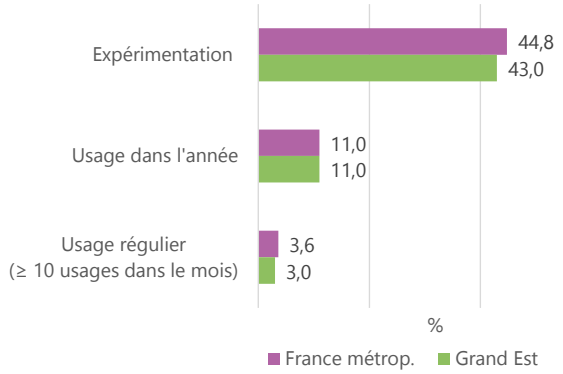
Notes

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

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

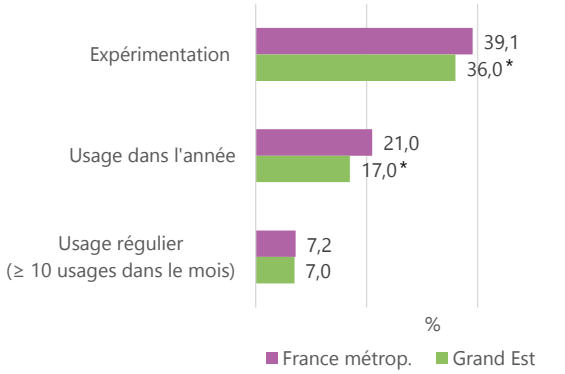
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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



**statistiquement différent par rapport à la France métrop.*
Effectifs : 2 159 personnes en Grand Est ; 25 319 personnes en France métrop.
Source : Ofdt, d'après le Baromètre santé 2017 de SpF

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



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

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Le cannabis 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

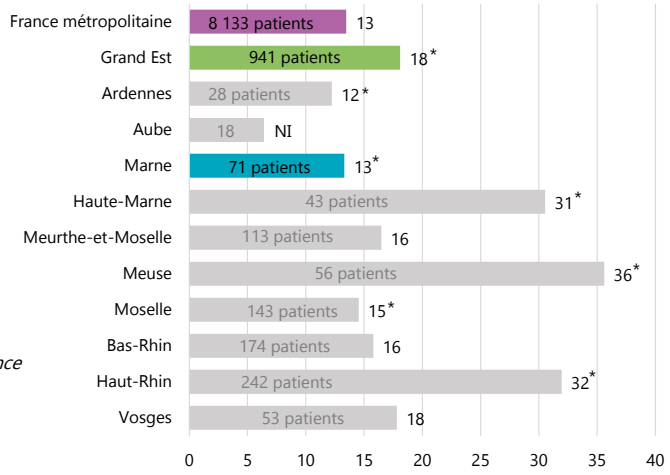
Notes

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...

71 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 23 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 13 pour 100 000 habitants, statistiquement plus faible de celui du Grand Est (mais effectifs assez faibles).
- Mais en augmentation de +109 % depuis 2016 (évolution significative), ce qui pourrait révéler une hausse de la consommation de ces autres substances.

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



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

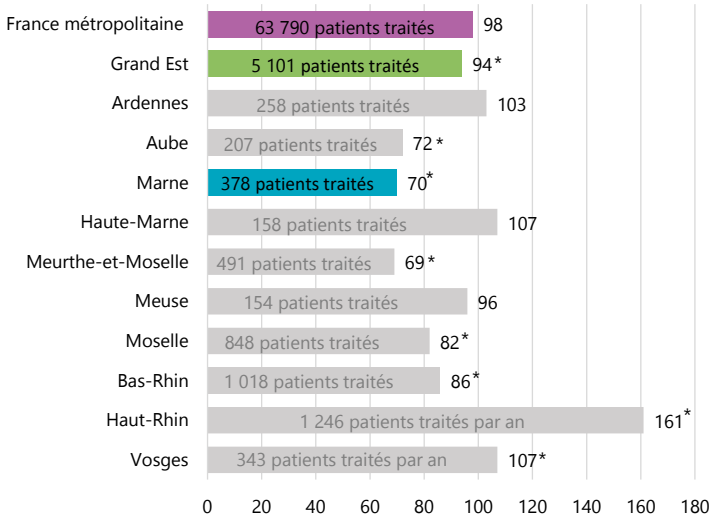
Notes

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

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

- Dont 61 patients de 15-29 ans et 15 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 70 pour 100 000 habitants plus faible par rapport au Grand Est (différence statistiquement significative).
- En augmentation de +14,8 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, la CA de Châlons-en-Champagne a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (124 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 96 patients traités.

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

Nouveaux Produits de Synthèse et CBD

D'après les témoignages recueillis, la consommation de Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) est un phénomène nouveau sur le territoire de la Marne. Un acteur de terrain explique que les NPS sont arrivés entre 2018 et 2019 avec un pic de consommation relevé en 2021. À sa connaissance, un décès a été attribué aux NPS sur le territoire. Il note également que son équipe rencontre dorénavant « *plus de consommateurs de NPS que de consommateurs d'héroïne ou cannabis* ».

Concernant les NPS consommés sur le territoire, cinq acteurs de terrain évoquent les cannabinoïdes de synthèse. Sont également mentionnés le HHC, le PTC, ainsi qu'un « *CBD de synthèse* » et un « *faux CBD* » qui seraient particulièrement consommés en milieu rural ainsi que sur Epernay, et qui arrivaient progressivement sur Reims au moment de l'enquête. D'après Drogues Info Services, le HHC (hexahydrocannabinol) « *est une substance obtenue par synthèse chimique et proche du THC, le principal principe actif du cannabis* » qui était distribué par les magasins spécialisés dans la vente de CBD (ces propos sont antérieurs à la classification du HHC comme stupéfiant à partir du mardi 13 juin 2023 par l'ANSM et donc à l'interdiction de la vente sur le territoire). 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* ».

On peut supposer que les appellations « *faux CBD* » et « *CBD de synthèse* » font référence au HHC ou au PTC étant donné qu'il s'agit de produits de synthèse imitant les principes actifs du cannabis.

Une consommation de CBD par le public dit « *jeune* » est également relevée par deux acteurs de terrain.

Cocaïne et crack

La consommation de cocaïne et de crack a été mentionnée respectivement par trois acteurs de terrain comme étant un phénomène notable et récent sur le territoire. Un acteur nuance le propos et parle plutôt d'un « *retour* » de la cocaïne. Quant au crack il serait présent sur le territoire depuis environ cinq ans, et ce davantage à l'ouest du département (la proximité avec Paris est pointée).

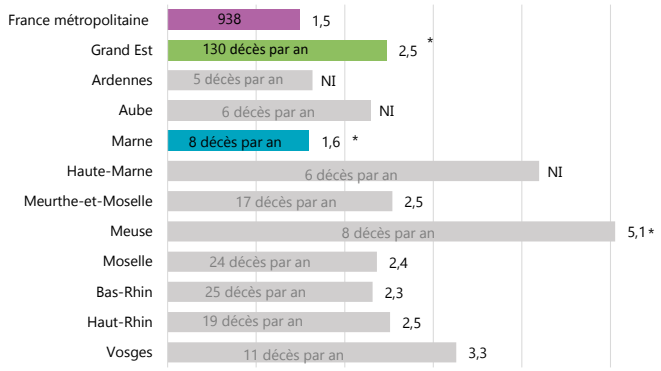
Opioïdes

Tout comme le cannabis, les opioïdes sont davantage mentionnés que l'alcool par les acteurs marnais lorsqu'ils sont questionnés sur les consommations courantes des personnes accompagnées (deux acteurs ont mentionné les opiacés et deux autres l'héroïne). Là encore on peut uniquement supposer que les opioïdes font partie des préoccupations quotidiennes des professionnels rencontrés. Nous verrons p. 16 que l'accès aux traitements de substitution aux opiacés est un réel problème sur la Marne, ce qui peut justifier cette attention particulière portée à ce type de produit.

On note 8 décès annuels par surdose dans la Marne sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans la Marne (1,6 pour 100 000 hab.) statistiquement plus faible qu'en Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.). A nuancer au regard des effectifs assez faibles.
- 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



** différence statistiquement significative au Grand Est pour les départements, à la France métropolitaine pour le Grand Est*
NI = non interprétable (effectif < 20 sur la période)
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

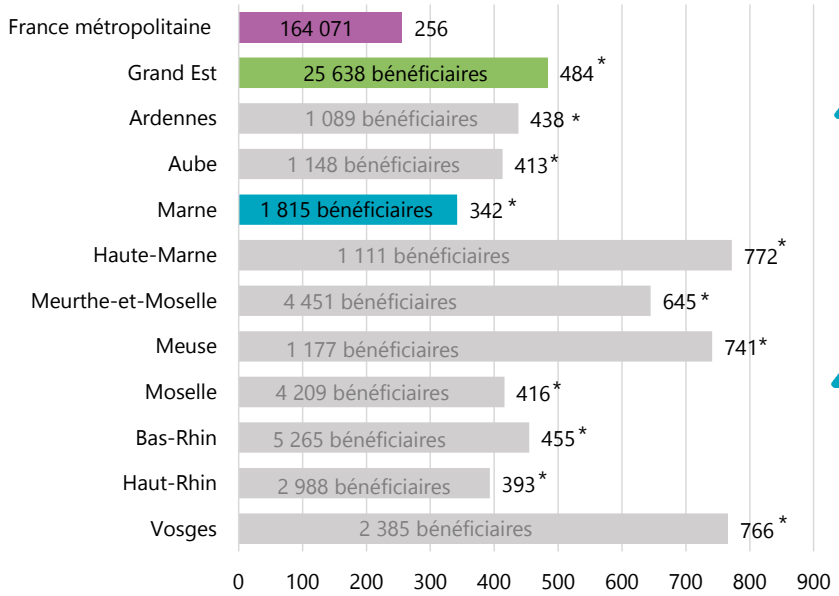
Notes

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.

AUTRES SUBSTANCES

1 815 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 162 patients de 15-29 ans et 15 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 342 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (484 pour 100 000 habitants) et le plus faible des départements
- 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

D'après le témoignage d'un acteur de terrain, la délivrance de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) pâtit du manque de médecins, à la fois au sein des structures, mais également à l'extérieur de celles-ci (cf. p 20).

Toujours d'après lui, l'unité de délivrance de TSO de sa structure a failli fermer faute de médecin au sein de l'équipe :

« On a failli fermer il y a deux ans l'unité de délivrance de TSO, alors que c'est une obligation, parce qu'on n'avait plus de médecin. On a finalement trouvé un médecin de 74 ans. »

Un acteur suggère la création d'une microstructure (apparemment une microstructure est en train d'être créée sur le quartier rémois) et plébiscite la montée en compétences des infirmières en pratiques avancées :

« prescrire TSO sous contrôle d'un médecin (...) ; ça réduirait le nombre d'heures de médecins. »

AUTRES SUBSTANCES

1 694 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Marne	1 439	1 556	1 458	1 244	1 694	**17,7 %**
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

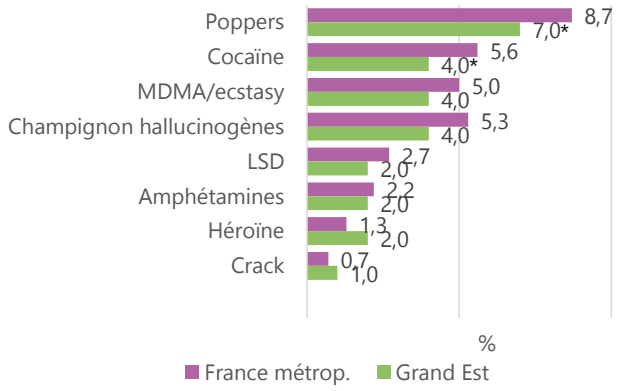
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Augmentation du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (+17,7 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

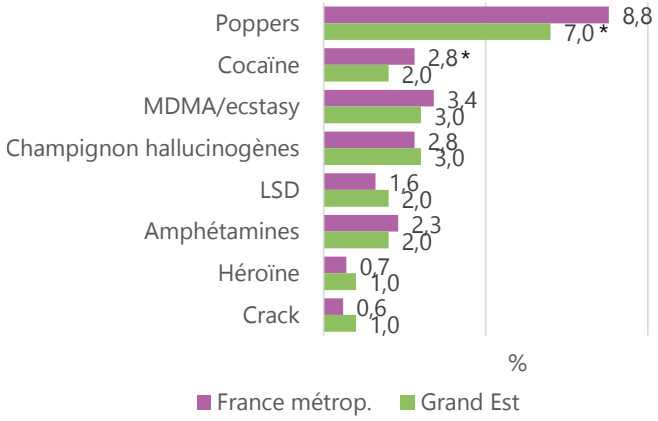
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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

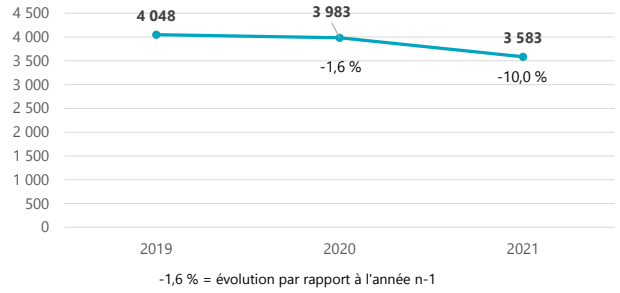
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop. excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DE LA 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.

3 583 patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoires de la Marne en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoire de la 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 Marne en 2021

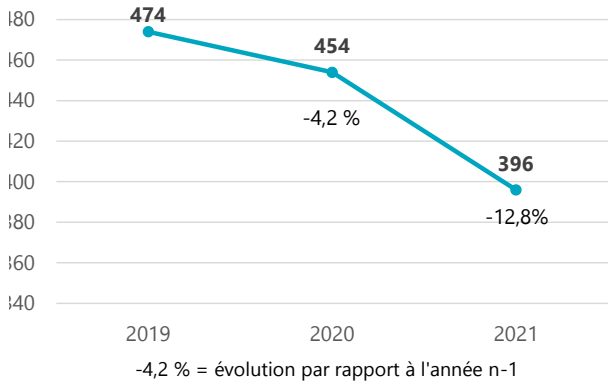
- 8 patients sur dix sont des hommes.
- 5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 7 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 4 patients sur dix ont comme addiction la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

- 51 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Marne en 2021 similaires à celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

396 jeunes vus au sein des neuf sites de CJC de la 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 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 :
  - 72,2 % Cannabis,
  - 8,3 % Alcool,
  - 4,5 % Tabac.

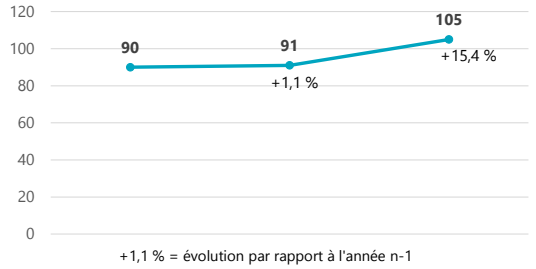
Notes

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

CAARUD DE LA MARNE

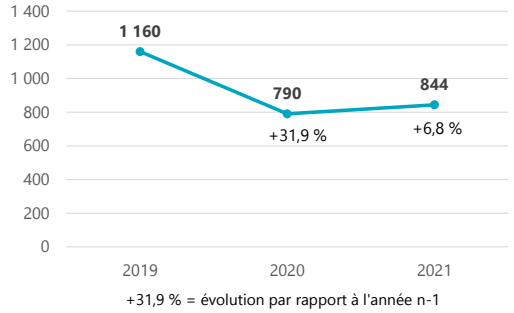
Une file active de 105 usagers vus au sein du CAARUD de la Marne en 2021

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



- Une file active en augmentation depuis 2019 mais une diminution du nombre de passages par les usagers en 2020 et 2021 par rapport à 2019 en lien avec la crise sanitaire liée à la Covid-19.

- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Cocaïne/Free base (29 pour 100 usagers),
  - Crack (26 pour 100 usagers),
  - Subutex (23 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon marnais

Huit entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Quatre structures médico-sociales,
- Quatre structures 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).

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

Prise en charge

Accès à l'accompagnement et aux soins

- D'après les témoignages, deux publics peinent à accéder à certains services addictologiques.
- Les « *jeunes* » sont mentionnés par deux interlocuteurs : dans un cas il s'agit d'un public que les professionnels ont *« du mal à faire venir »* au sein de leur structure ; dans l'autre cas, les « *jeunes* » ne sont pas acceptés dans la structure sanitaire en question (SMRA).
- La population rurale du territoire peine également à accéder à l'accompagnement par manque de transports en commun. Des stratégies sont envisagées pour pallier cette problématique :

> *« Parfois les patients ont des problèmes de transport, les horaires des transports communs posent problème. Et si les personnes ne sont pas prises en charge à 100 %, on ne peut pas faire de bon de transport. Pour pallier, on a développé des entretiens téléphoniques ou on passe par l'UDAF . »*

> *« Il y a des problèmes de déplacement des personnes en milieu rural. On aimerait faire plus de consultations délocalisées, mais on est obligé de prendre sur la dotation globale pour le faire, et ça pose problème pour ses permanences historiques »*

Prendre en charge des usagers présentant des comorbidités

- Trois acteurs de terrain font part d'une augmentation notable au sein de leur file active de personnes dites en situation « c*omplexe* »/« *lourde* » pour cause de fragilités psychiques, comorbidité psychiatriques, troubles cognitifs, etc. Faute de possibilité de relais avec le secteur de la psychiatrie, les équipes se retrouvent à devoir conserver ces usagers dans leur file active et doivent faire face à des comportements parfois violents pour lesquels ils ne sont pas formés.

Relations partenariales

Une bonne dynamique partenariale

- Les acteurs de la Marne témoignent d'une assez bonne coordination entre eux. L'un d'eux explique qu'ils ont mis en place « *une instance qui regroupe les structures ambulatoires sur l'agglomération rémoise* » qui a pour objectif « *de proposer/coordonner l'offre de soins et aussi voir comment les patients circulent*. » Ils se rendent également dans les structures partenaires afin de « *se présenter, voir l'offre et voir les difficultés* ». L'existence d'Addica sur ce territoire doit également représenter un atout notable pour la coordination de l'offre de soin.

Des difficultés à effectuer des relais

- Des difficultés de relais avec la psychiatrie et la médecine de ville sont relevées.
- Face à l'augmentation de personne présentant des situations « *complexes* » le relai avec la psychiatrie s'avère nécessaire pour beaucoup de structures, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas de psychiatre dans leur équipe (trois acteurs ont souligné ce manque). Or, le secteur de la psychiatrie est « *surchargé* », d'où une attente importante pour la prise en charge (faits mentionnés par deux acteurs).
- Un acteur évoque la difficulté à faire des relais avec la médecine de ville. Il explique cela par la baisse du nombre de médecins sur le territoire, mais aussi par le refus de certains médecins de prendre en charge leurs usagers, notamment pour de la délivrance de TSO. Sans possibilité de pouvoir faire sortir ces usagers de leur file active, celle-ci se gonfle et le service se voit contraint de créer une liste d'attente pour la prise en charge.

Autres problématiques

- Des soucis de communication sont relevés concernant la médecine de ville ainsi qu'un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Ils ne transmettraient pas les informations nécessaires au suivi des usagers.
- Enfin le fait que certaines structures soient fléchées pour la prise en charge d'un produit spécifique (ex : alcool) peut également entraîner une augmentation de la file active. Ainsi, une structure se retrouve à devoir gérer un grand nombre d'injonctions de soin car les partenaires l'ont identifié comme le relais le plus pertinent.

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Ressources humaines et financement

- Nous l'avons évoqué, les acteurs du territoire font état d'un manque de médecins et de psychiatres au sein de leurs équipes, mais le manque de personnel s'étend à bien d'autres corps de métier (ex: infirmières, neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, secrétaires, assistantes de service sociales, cadres de santé, …). Ce manque est associé à des suppressions de poste ou encore à des difficultés de recrutement. La problématique des financements est soulignée :

« (l'addictologie) est notre activité principale et c'est la partie où on est le moins financé… »

- Un acteur précise également que les nouveaux professionnels recrutés ne sont pas forcément spécialisés en addictologie, d'où un temps de formation à prévoir. Or, le fait d'avoir une « *petite équipe* » et de devoir investir du temps dans la formation des nouveaux venus impacte négativement la conception et le déploiement de nouveaux projets. Ainsi, un acteur explique qu'il ne répond pas à de nombreux appels à projets, et ce volontairement par manque de personnel pour mettre en place les projets et les encadrer. Au total, trois acteurs font ce même constat.

« En effet, l'absence de médecin présent à temps plein et l'absence de cadre de santé au sein de notre service freine énormément la mise en œuvre des projets de service, puisque nous n'avons ni les compétences ni de temps suffisant pour travailler à leur mise en place. »

Les addictions sans substance

- Les acteurs disent rencontrer peu de personnes concernées par les addictions sans substance au sein de leur file active, cependant il convient de nuancer ce constat. En effet, sur le territoire de la Marne deux structures sanitaires disent ne pas prendre en charge les addictions sans substance ainsi que les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA).

- L'un des acteurs explique cela par un manque de formation de l'équipe à ce sujet. Cependant, ce manque de formation peut impacter la capacité des équipes à identifier les addictions sans substance.

- 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 de certains troubles du comportement, notamment sexuel ou alimentaire.

En résumé

La Marne est un territoire rural avec :

- Des indicateurs montrant
  - une prévalence de patients traités légèrement plus élevée concernant l'alcool ; mais une diminution de -6,1 % 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 élevés du Grand Est ; mais en diminution entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - A l'inverse une prévalence de patients traités l'une des plus faibles en ce qui concerne le tabac ; mais en augmentation de +55,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. A l'inverse, concernant les substituts nicotiniques, le département enregistre un taux plus élevé qu'en Grand Est et France métrop. de patients en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac le plus faible du Grand Est, sans évolution notable (différence statistiquement non significative) entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence similaire au Grand Est concernant le cannabis ; mais une augmentation de +59,1 % du taux de patients traités pour trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019 (190 patients cette dernière année).
  - Concernant les drogues illicites (hormis le cannabis), une tendance plutôt également à la sous prévalence d'après les indicateurs disponibles mais en augmentation de +14,8 % du taux de patients traités pour autres substances entre 2015 et 2019. Par ailleurs, le taux de patients bénéficiaires de TSO le plus faible du département du Grand Est mais des difficultés remontées par les acteurs pour leur prescription.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - L'arrivée de nouveaux produits sur le territoire, notamment les NPS, la cocaïne et le crack
  - Le public « *jeune* » et la population rurale qui rencontrent des difficultés d'accès à la prise en charge
  - Des relais difficiles avec
    - la médecine de ville concernant la prise en charge de la prescription des TSO
    - et la psychiatrie pour les soutenir sur la prise en charge de « *situations complexes* »
  - D'où un impact notable sur la file active des structures qui ont débuté la prise en charge de ces usagers
  - Une bonne dynamique partenariale sur le territoire
  - Un manque de ressources humaines qui impacte la conception et le déploiement de nouveaux projets.
  - Un besoin de formation des professionnels à l'addictologie et notamment aux addictions sans substances.
- un projet de microstructure.

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