Octobre 2023

Observatoire Régional de la Santé GRAND EST

54

Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

MEURTHE-ET-MOSELLE

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 douze dans la Meurthe-et-Moselle.** 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.

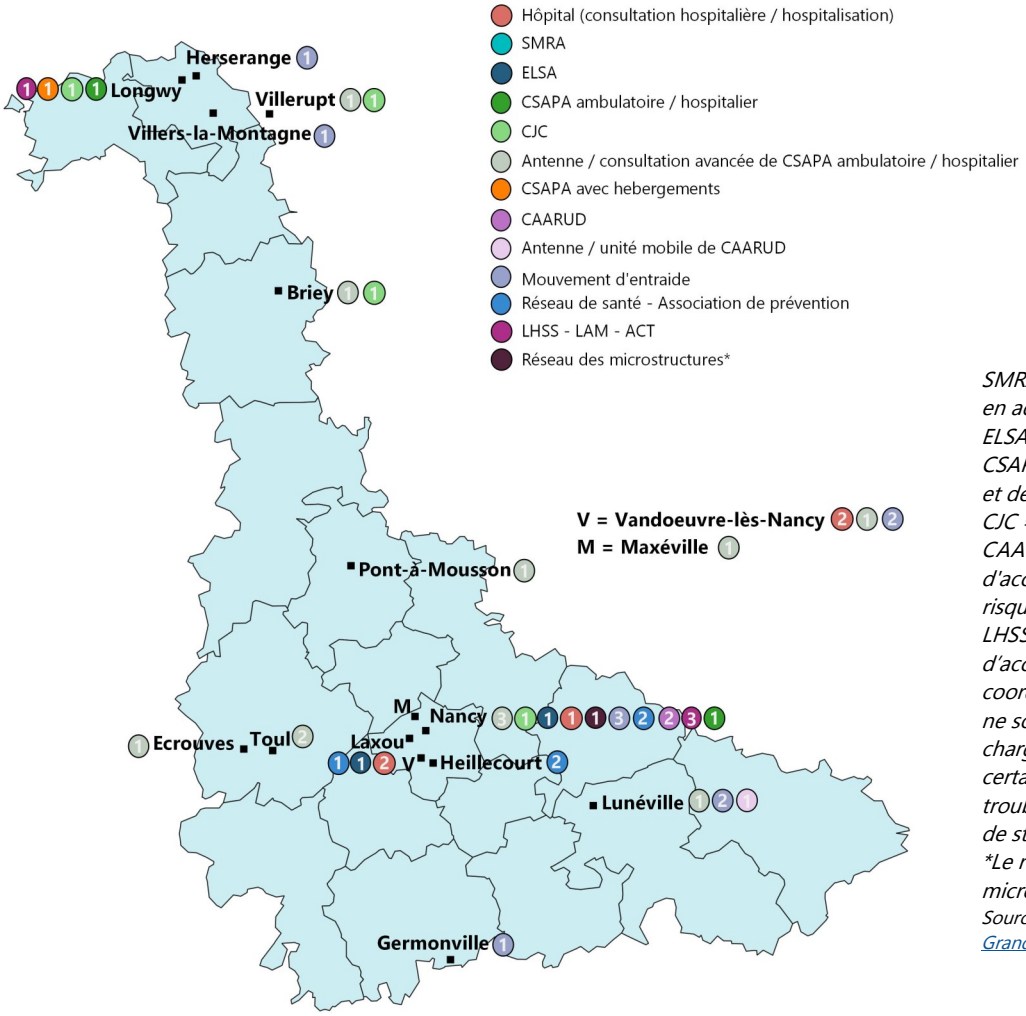
Description des indicateurs quantitatifs

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

57 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.
**Le réseau des microstructure porte 9 microstructures sur le département*
Source : Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions

Nombre et taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans en Meurthe-et-Moselle (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)	2 (29)	0,4 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	12 (116)	2,2 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	1 (13)	0,2 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	4 (93)	2,8* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Droques (CAARUD)	2 (14)	0,4 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	1 (21)	0,2 (0,5)
Microstructure en addictologie	9 (41)	1,6 (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)	5 (54)	0,9 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	2 (22)	0,4 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	0 (5)	0,0 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	3 (7)	0,5 (0,2)
Association de prévention	2 (13)	0,4 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	10 (74)	1,8 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	4 (48)	0,7 (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-dessous n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

Hébergements

2 places en appartements thérapeutiques relais (ATR).

La DT54

D'après la DT54, il n'y a pas de problématique spécifique addictologique sur le département autre que ce qui est présenté pour le Grand Est ou pour la France

Dans le département de la Meurthe-et-Moselle, les acteurs addictologiques du territoire sont bien ancrés et sont force de proposition. Les CSAPA sont répartis géographiquement (Nord/Sud), mais les zones rurales sont difficilement touchées.

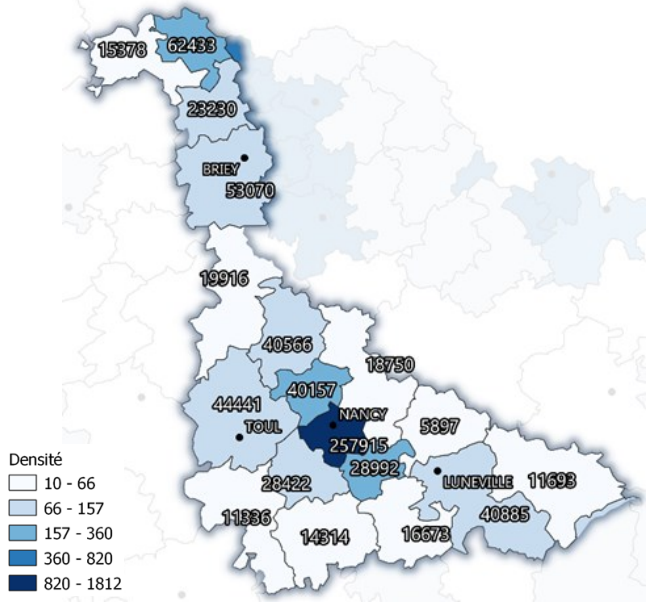
Des actions « aller-vers » par les CAARUD ont notamment été mises en place récemment en lien avec des structures sociales (CHRS) dans les secteurs lunévillois/Val de Lorraine.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La Meurthe-et-Moselle, un département :

- Urbain, avec une densité de population beaucoup plus importante qu'en Grand Est (139,9 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Moins vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 81,5 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté un peu plus élevé qu'en Grand Est (15,0 % vs 14,7 % en région en 2019).

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



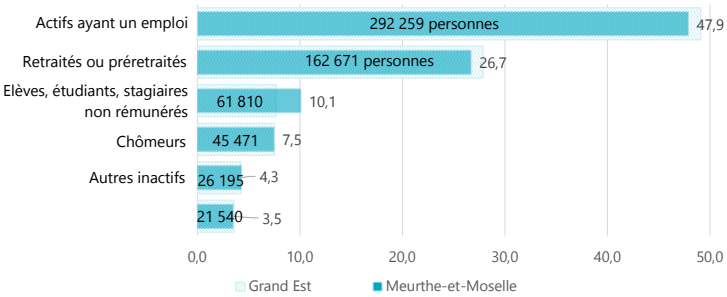
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Meurthe-et-Moselle	733 760	145 427 (20 %)	141 078 (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 %)

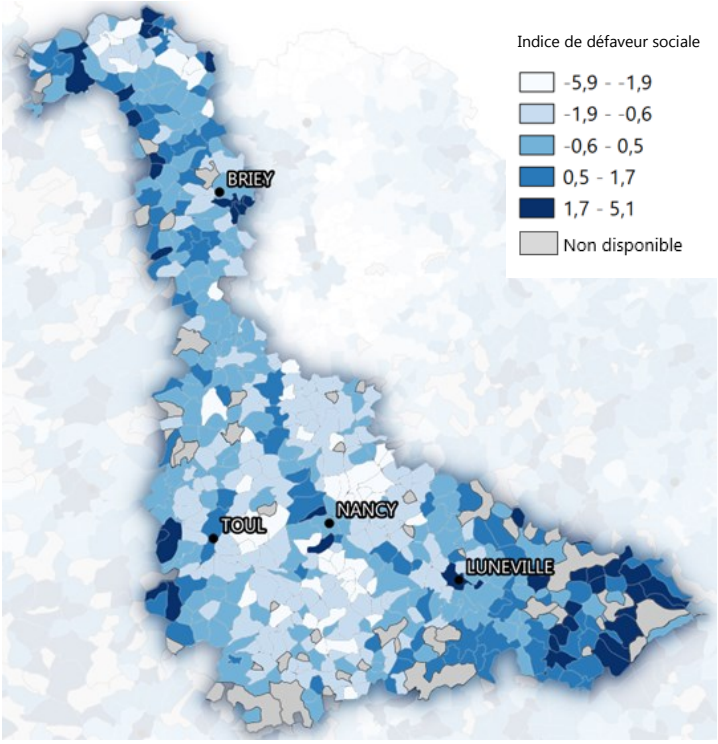
Dans La Meurthe-et-Moselle, 20 % des habitants ont entre 15-29 ans et 19 % ont 65 ans et plus.

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



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Meurthe-et-Moselle :	0,0 %	81,5	15,0 %
Grand Est :	0,0 %	86,2	14,7 %
France métrop. :	0,3 %	83,8	14,5 %

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



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

Notes

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

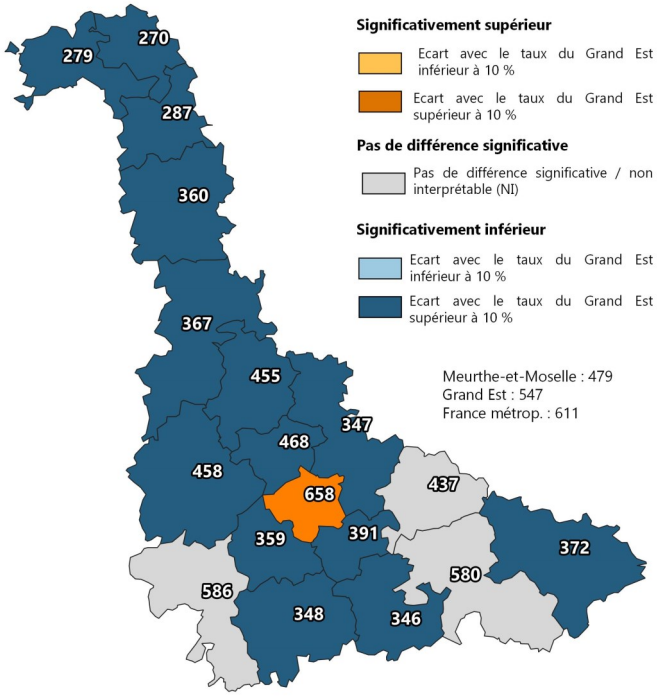
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Meurthe-et-Moselle

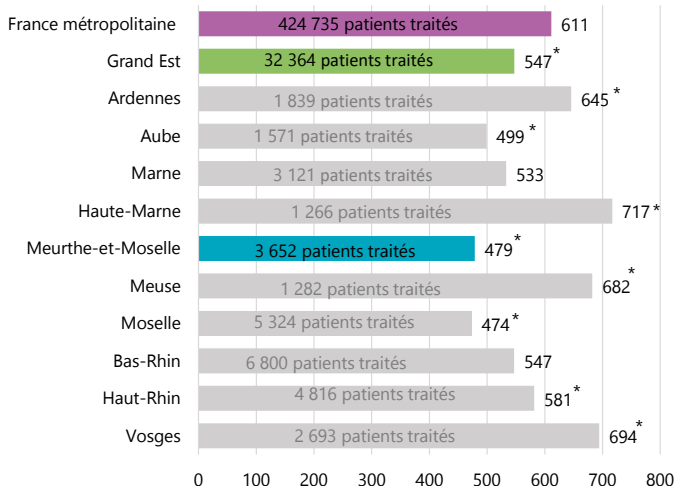
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

3 652 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 479 pour 100 000 habitants dans La Meurthe-et-Moselle. Il est statistiquement inférieur à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants) (différence statistiquement significative).
- 15 EPCI de la Meurthe-et-Moselle ont un taux standardisé statistiquement différent du Grand Est dont une sur-prévalence repérée sur la Métropole du Grand Nancy (effectifs = 1 716 patients).

Notes

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

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

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	TABAC	CANNABIS	AUTRES SUBSTANCES
2 421 patients	1 305 patients	204 patients	491 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.

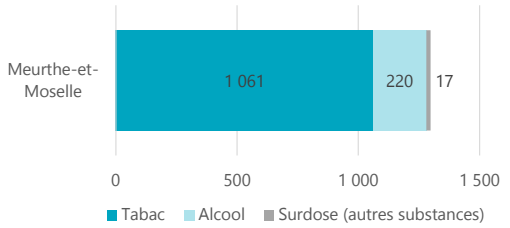
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

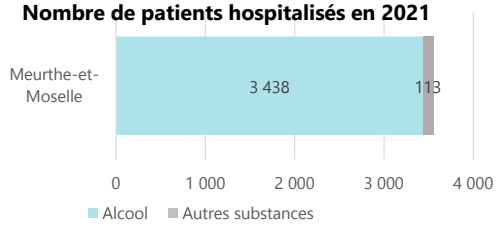
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (3 438 patients en Meurthe-et-Moselle), alors que 113 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (1 061 décès par an).

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

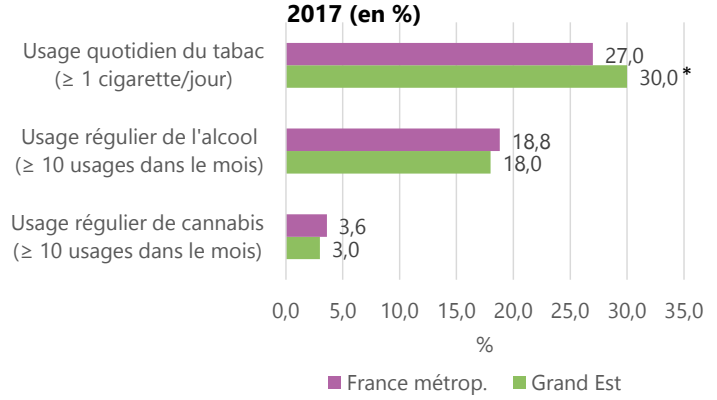
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et le CAARUD du département *(cf. plus de détails page 18)*

- Un peu plus de 3 690 patients ont été pris en charge par les 2 CSAPA ambulatoires de la Meurthe-et-Moselle en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (4 patients sur 10).
- Dont un peu moins de 50 jeunes au sein des 4 sites de CJC de la Meurthe-et-Moselle, principalement pour une prise en charge liée au cannabis (4 jeunes sur 10).
- Au sein des CAARUD, 586 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/antennes pour un peu plus de 4 380 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

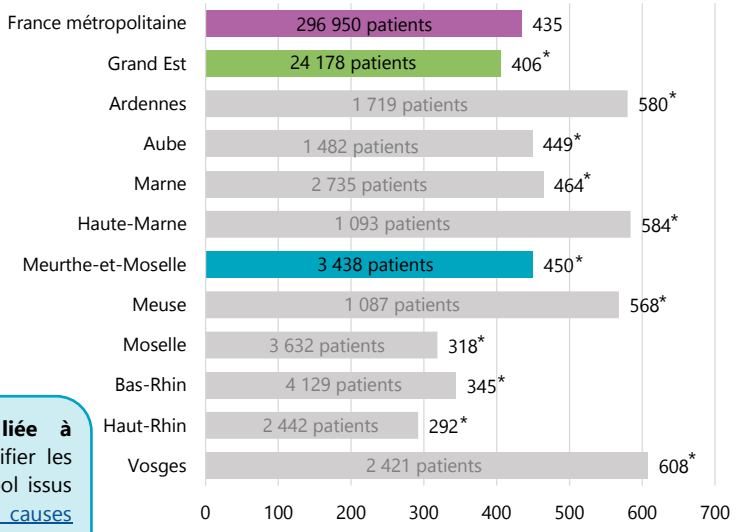
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A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

3 438 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 343 patients de 15-29 ans et 1 086 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 450 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (406 pour 100 000 habitants).
- En augmentation de +7,9 % 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

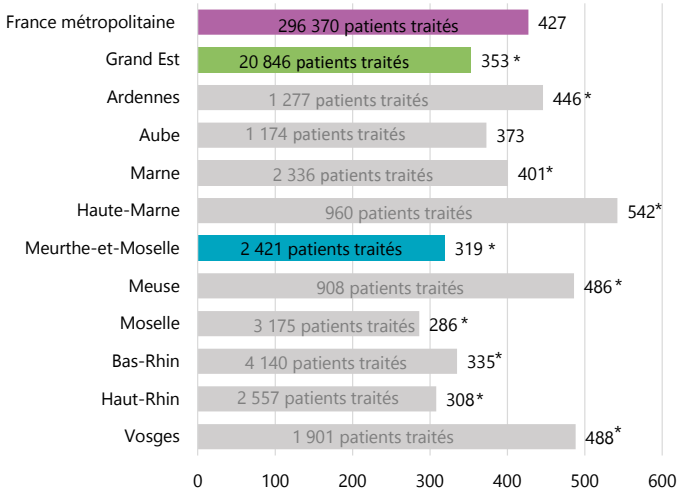
Notes

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 patients.

2 421 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

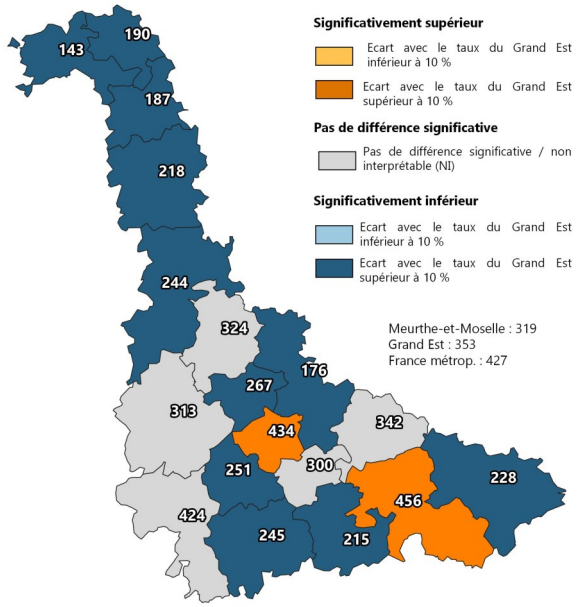
- Dont 359 patients de 15-29 ans et 494 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 319 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (353 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -4,2 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).

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



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

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



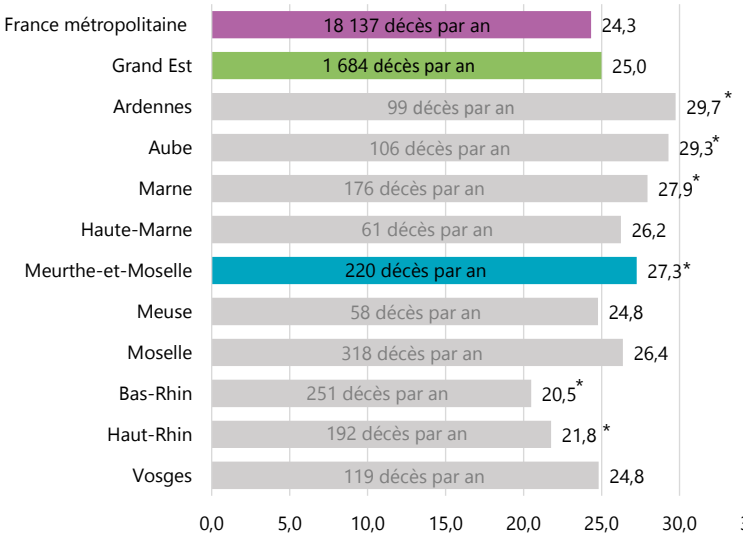
Notes

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

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.

220 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 27,3 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé que celui du Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- Stable (0,1 %) par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, les trois ayant le plus de décès annuels sont :
  - La Métropole du Grand Nancy (71 décès annuels),
  - La CC Orne Lorraine Confluences (18 décès annuels),
  - Le CC du Territoire de Lunéville à Baccarat (16 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 ».

21 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

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

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
Meurthe-et-Moselle	27 %	21 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Sept acteurs du territoire ont mentionné l'alcool lorsqu'ils ont été questionnés sur les consommations courantes des personnes prises en charge au sein de leur structure. Deux d'entre eux travaillent auprès d'un public en situation de précarité. L'alcool est plusieurs fois présenté comme l'un des produits les plus consommés par les usagers.

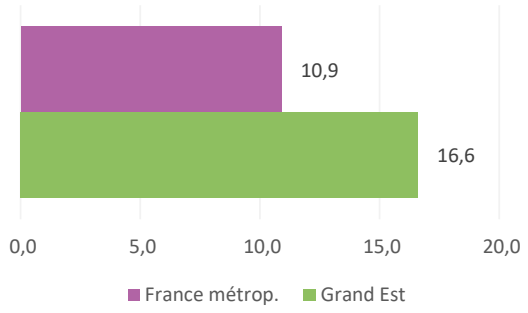
Trois acteurs alertent également sur la consommation d'alcool par le public dit « *jeune* » car celui-ci

- Serait touché par la consommation ou l'addiction à l'alcool de plus en plus précocement,
- Serait particulièrement enclin à pratiquer le binge drinking.

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



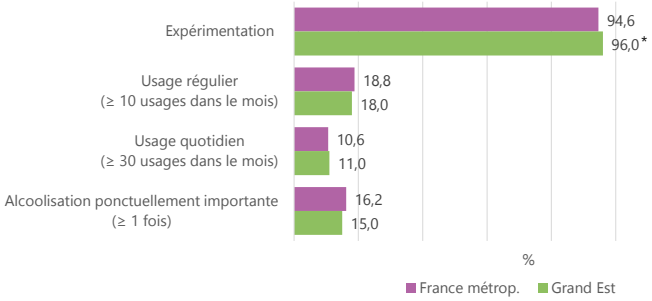
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- 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.

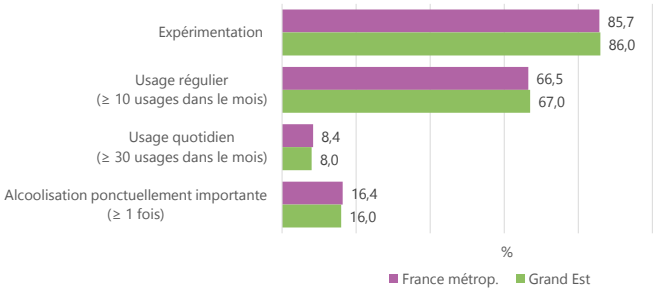
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

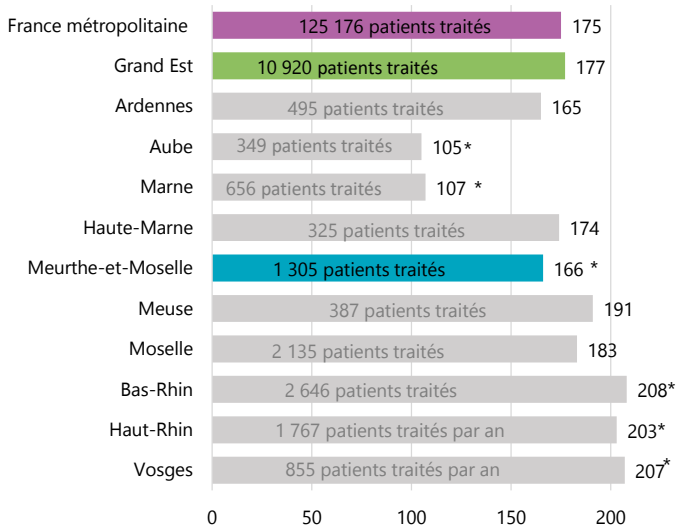
- Mis à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches (pas de différence statistique) de ce qui est observé en France métropolitaine.
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France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

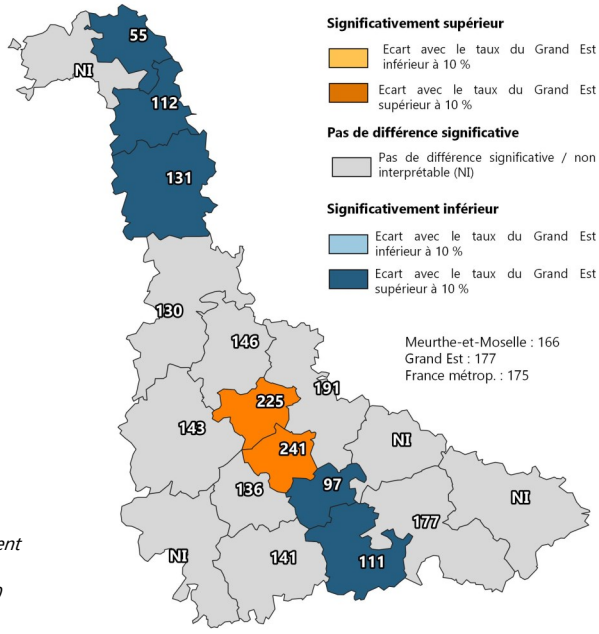
TABAC

1 305 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 46 patients de 15-29 ans et 426 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 166 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région.
- Mais en augmentation de +9,2 % depuis 2015 (évolution significative)

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





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

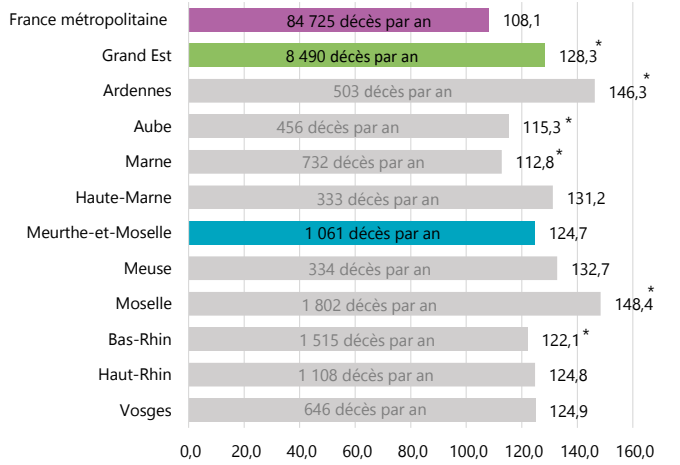
Notes

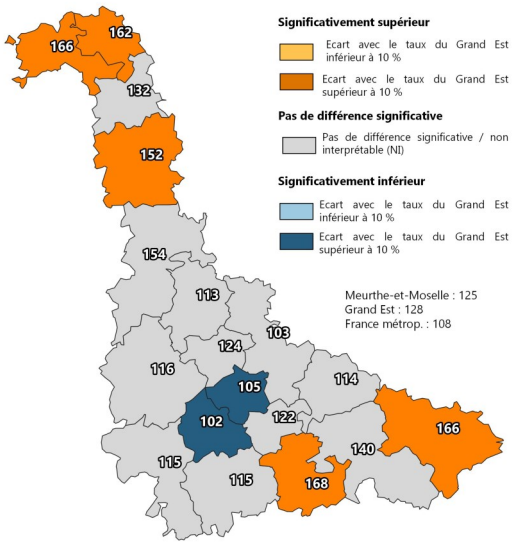
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic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

1 061 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 125 pour 100 000 habitants proche de celui de la région (plus élevé qu'en Fr. metr.)
- En diminution de -4,8 % par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).

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





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

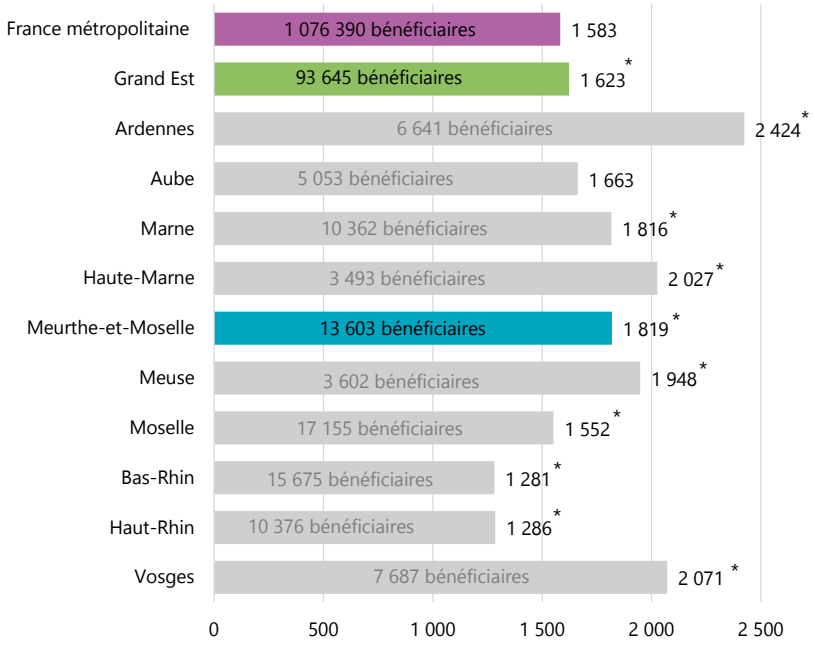
- 7 EPCI ont un taux statistiquement différents du Grand Est donc 5 en sur-prévalence et 2 en sous-prévalence.

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 patients.

13 603 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 1 634 patients de 15-29 ans et 1 558 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 819 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 patients.

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

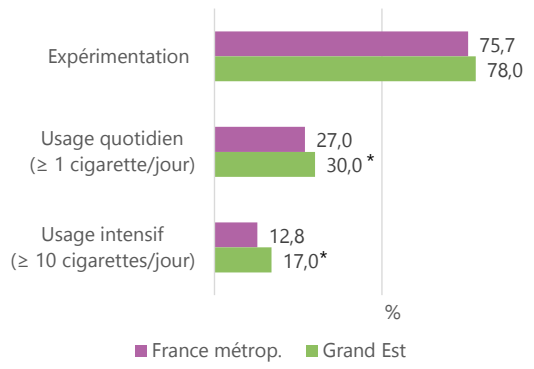
La consommation de tabac est mentionnée par quatre acteurs de terrain, dont deux travaillant auprès d'un public en situation de précarité. Un acteur observe que le tabac est « *le produit n°1* » chez les femmes enceintes. Toutefois, l'un d'eux pointe le manque de prise en charge de cette consommation, tout en précisant que les professionnels sont également sujets à la consommation de tabac. En effet, d'après les témoignages recueillis sur le Grand Est, la consommation de tabac semble « *oubliée* » car :

- le tabac n'est pas considéré comme une drogue par les usagers
- l'addiction au tabac est dite « *discrète* » alors que l'addiction à l'alcool « *est une addiction bruyante qui crée des troubles visibles* ». 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.
- le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

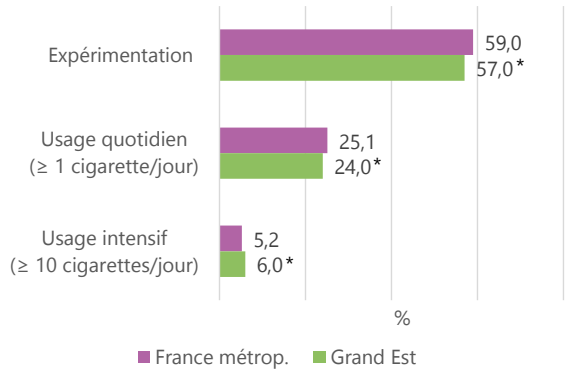
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

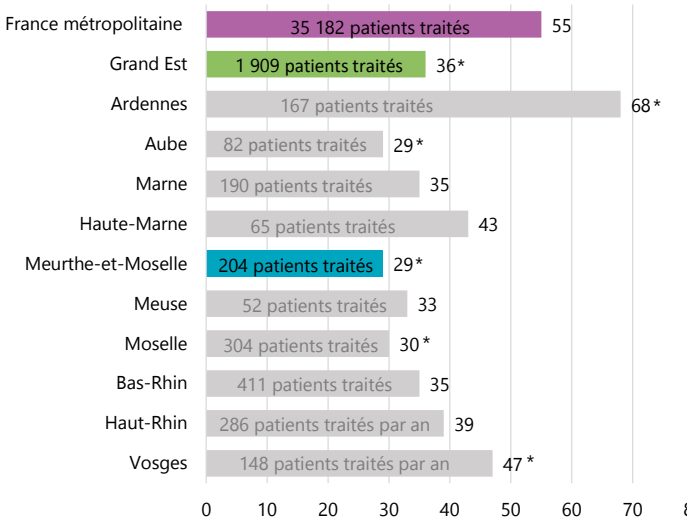
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 79 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 29 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible par rapport au Grand Est (36 pour 100 000 habitants).
- En augmentation de +61,1 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, quatre ont un effectif supérieur ou égal à 10 dont la Métropole du Grand Nancy qui a un taux standardisé (45 pour 100 000 hab.) statistiquement supérieur à la région avec un effectif de 117 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

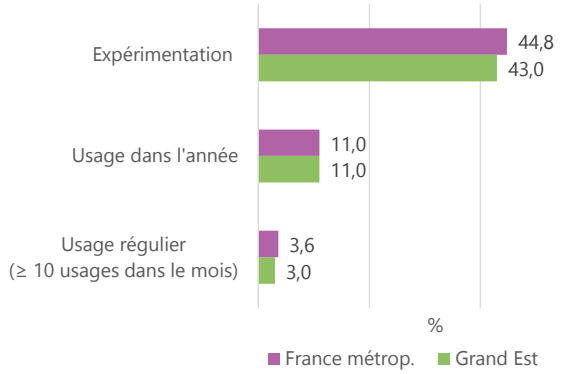
Notes

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 patients.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

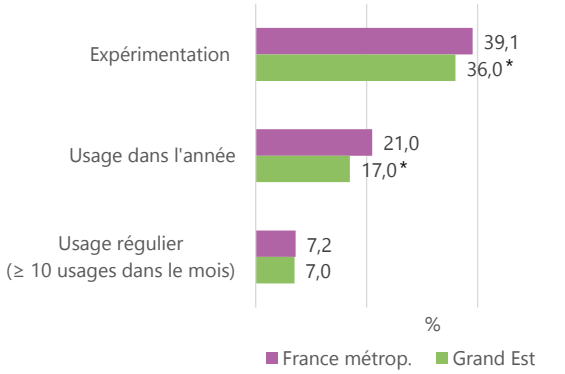
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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

Sept acteurs de terrain mentionnent la consommation de cannabis (dont trois qui travaillent avec un public en situation de précarité). Cette consommation est présentée comme plus « *ponctuelle* » / « *moins fréquente* » chez les adultes, comparée au public dit « jeune » qui en aurait une consommation plus importante (notamment les lycéens). Un acteur observe également une augmentation de la consommation de cannabis « *chez les jeunes femmes enceintes* ».

AUTRES SUBSTANCES

Notes

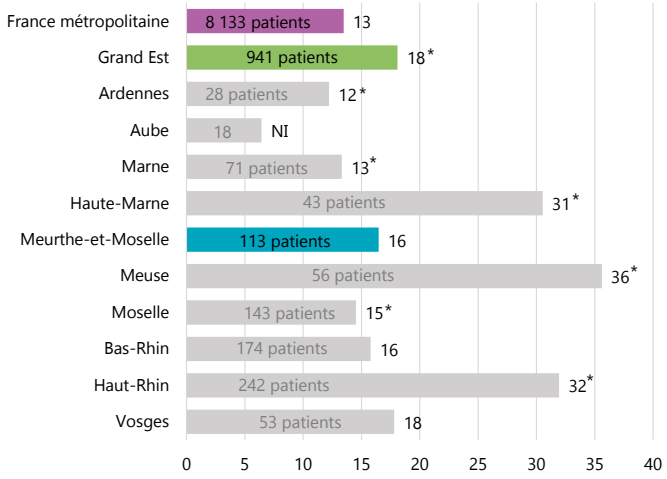
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc...

113 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 26 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 16 pour 100 000 habitants, proche de celui du Grand Est.
- En augmentation de +97 % depuis 2016 (évolution significative).

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

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



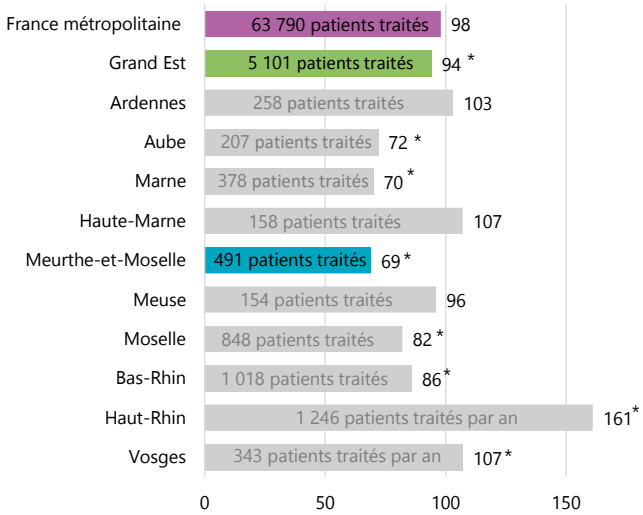
Notes

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

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

- Dont 86 patients de 15-29 ans et 18 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 69 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est (et taux le plus faible des départements).
- Stable (évolution = -2,8 %) depuis 2015 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, 10 ont un effectif supérieur à 10 dont la Métropole du Grand Nancy qui a taux statistiquement supérieur à celui du Grand Est (110 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 275 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 patients.

AUTRES SUBSTANCES

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Cocaïne et crack

Durant les entretiens, quatre acteurs de terrain évoquent la consommation de cocaïne ou de son dérivé, le crack. Deux d'entre eux travaillent auprès d'un public en situation de précarité. Il s'agit du produit le plus consommé par les travailleurs et travailleuses du sexe.

Cette consommation de cocaïne est souvent évoquée en même temps que la consommation d'héroïne pour y être comparée : l'un des acteurs estime que la consommation de cocaïne a augmenté comparativement à la consommation d'héroïne en baisse. Un autre professionnel observe quant à lui une consommation équivalente des deux produits qui sont « *moins chers* » et « *à la mode* ».

Concernant le mode de consommation, deux acteurs précisent que la cocaïne est plutôt sniffée qu'injectée. Concernant le crack deux acteurs témoignent du développement d'un « *savoir-faire* » pour baser la cocaïne par les usagers du territoire.

Opioïdes

L'héroïne est le seul produit appartenant à la famille des opioïdes (selon la définition de l'Ofdt) mentionné en Meurthe-et-Moselle. Sept acteurs de terrain évoquent sa consommation.

Comme présenté précédemment, la consommation d'héroïne est estimée équivalente ou moindre que celle de cocaïne sur ce territoire. D'après les témoignages, ce produit touche également le public « *jeune* » et le mode de consommation par injection est moins fréquent.

Deux acteurs notent une consommation plutôt importante aux alentours de Nancy. L'un d'eux a relevé des cas d'overdose, notamment sur deux lieux d'hébergement situés dans ce périmètre.

Enfin l'un des professionnels lie cette consommation d'héroïne avec la proximité avec les pays proches ou voisins, notamment la Hollande qui « *inonde leur marché* ». Toujours d'après lui, cette consommation d'héroïne sur le territoire n'a rien de nouveau, c'est une spécificité liée à la situation géographique du territoire.

Médicaments et mésusages

Le mésusage de médicaments est évoqué par un seul acteur de terrain qui précise « *qu'avant on faisait pas attention aux médicaments* ».

Public « *jeune* »

Sur ce territoire une grande diversité de produits est attribuée au public dit « *jeune* ». Trois acteurs évoquent la consommation « *importante* » de protoxyde d'azote, et l'un d'eux précise que cela concerne surtout les étudiants et « *jeunes de cité* ».

Le second professionnel parle également d'une consommation de « Pète Ton Crâne » (PTC) et de poppers. D'après Addictions France Grand Est, le PTC aussi dit « *Buddha Blue* » est un « *cannabinoïde de synthèse à vapoter qui imite les effets du THC* ». Selon le professionnel les « *jeunes* » consomment tous ces produits « *en même temps* ». Toujours d'après lui, il n'est pas question d'addiction dans leur cas mais plutôt de « *mésusage* ».

D'après les témoignages, le public « *jeune* » consomme également du CBD (deux mentions), du HHC hexahydrocannabinol), des Puffs, et des Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) (une mention chacun).

D'après Drogues Info Services, le HHC « *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).

Le professionnel qui a relevé l'usage des Puffs précise que cela concerne « *des personnes de plus en plus jeunes* ». Il rappelle que ce produit peut « *initier la future consommation de cigarettes et faciliter l'addiction au tabac…* »

Concernant les NPS, un acteur de terrain explique que les « *jeunes* » consomment « *tous les dérivés de cannabis* (cannabis de synthèse) *et de la 3MMC (…) ces produits commencent à arriver parce qu'ils sont moins chers, mais il y a beaucoup plus d'impacts sanitaires pour les consommateurs.* »

Là encore la proximité avec d'autres pays est pointée, notamment le Luxembourg.

Chemsex

Un seul acteur témoigne de la présence d'usagers pratiquant le chemsex au sein de sa file active. D'après le Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions, le chemsex consiste en « *l'utilisation de produits psychoactifs en contexte sexuel* » dans des situations homosexuelles ou hétérosexuelles. D'après les informations présentées par la MILDECA, on peut supposer une consommation de « cathinones *(4-MEC, 3-MMC, …), cocaïne, méthamphétamine*, ecstasy/MDMA, *parfois de la* kétamine *et du GHB.* » Consommations pouvant être accompagnées *« de prises de médicaments qui favorisent l'érection, d'alcool et de poppers.* »

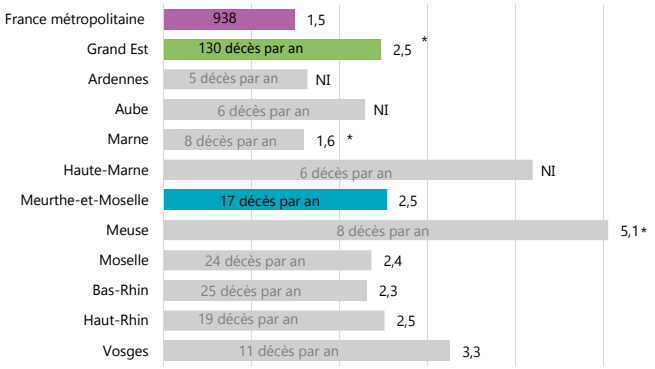
L'acteur précise que cela concerne plutôt un public masculin HSH. Il explique avoir identifié cette problématique chez quelques usagers déjà accompagnés suite à une formation sur le sujet. On peut questionner l'impact de cette formation sur la capacité des professionnels de cette structure à identifier la problématique du chemsex au sein de leur file active.

AUTRES SUBSTANCES

On note 17 décès annuels par surdose dans la Meurthe-et-Moselle sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans La Meurthe-et-Moselle est similaire à celui du Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.) (différence statistiquement non significative).
- Mais à noter que le taux standardisé de décès par surdose pour le Grand est statistiquement supérieur à celui de la France métropolitaine.

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



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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

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

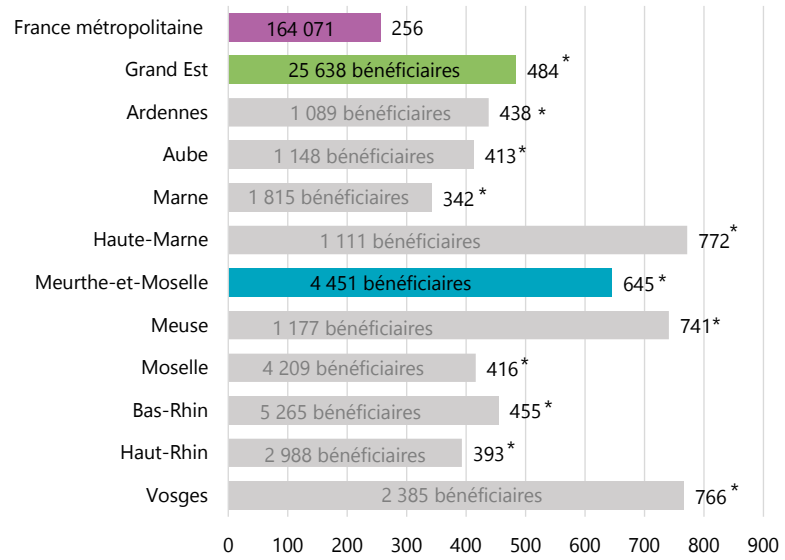
Ofdt. Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France. Janv. 2017

Notes

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

4 451 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 248 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 645 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (484 pour 100 000 habitants).
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSO pour le Grand Est est statistiquement bien plus élevé (+89 %) par rapport à la France métropolitaine.

Notes

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

L'accès aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) peut s'avérer complexe sur le territoire. En effet, un acteur de terrain mentionne des réticences de la part des médecins et pharmaciens quant à la délivrance de TSO. Il explique :

« On peut rencontrer des difficultés avec certaines pharmacies. On a téléphoné à l'une d'elle parce qu'elle ne voulait plus qu'on leur envoie de patients pour la Méthadone. Leur motif était la rupture de stock à cause de fournisseurs incapables de renflouer stock, mais c'est la seule pharmacie qui n'en a pas ! C'est étonnant ! On a compris… on sait qu'une petite partie des patients peuvent perturber le fonctionnement du cabinet d'un généraliste ou d'une pharmacie parce qu'ils donnent une certaine image de la patientèle. On tente alors de les garder ici. »

AUTRES SUBSTANCES

2 003 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Meurthe-et-Moselle	2 572	1 972	1 754	1 408	2 003	**-22,1 %**
Grand Est	13 380	12 350	11 557	9 673	11 927	**-10,9 %**
France métrop.	174 368	171 973	163 395	146 100	204 227	**17,1 %**

Source : Etat 4001, exploitation ORS Grand Est

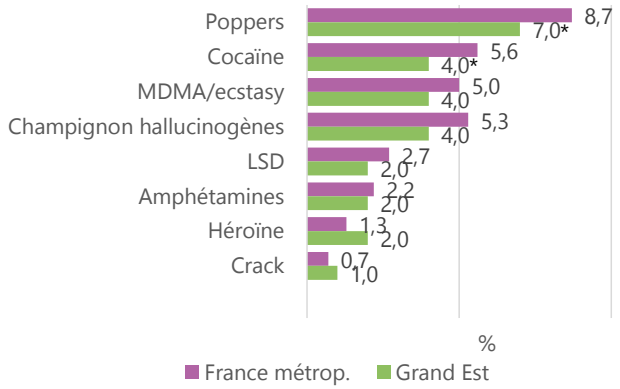
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Diminution du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (-22,1 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

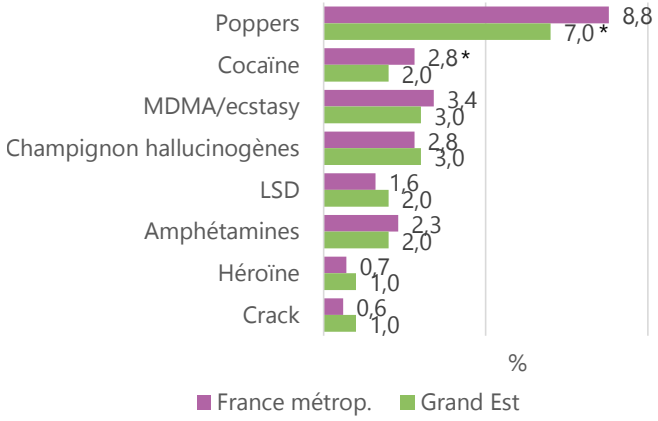
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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

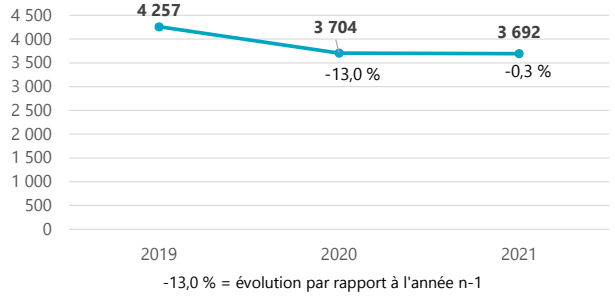
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE

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.

3 692 patients vus au moins une fois au sein des 2 CSAPA ambulatoires de la Meurthe-et-Moselle en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoire de la Meurthe-et-Moselle en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 2 CSAPA/2 en 2019, 2 CSAPA/2 en 2020 et 2 CSAPA/2 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 Meurthe-et-Moselle en 2021

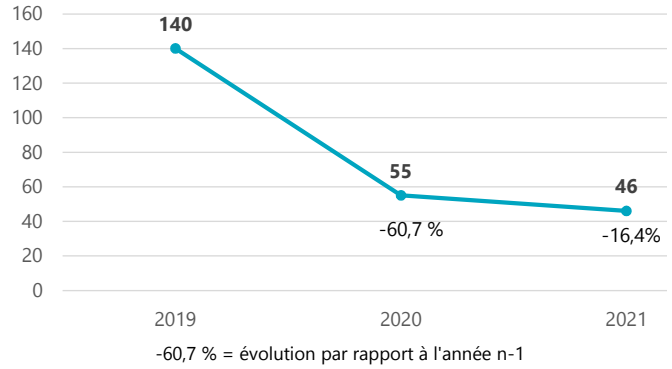
- 8 patients sur dix sont des hommes.
- 6 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 8 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 4 patients sur dix ont comme addiction la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

- 33 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Meurthe-et-Moselle en 2021 proches de celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

46 jeunes vus au sein des quatre sites de CJC de la Meurthe-et-Moselle en 2021

File active en CJC en 2019, 2020 et 2021



Répondants : 2 CSAPA/2 en 2019, 1 CSAPA/2 en 2020 et 1 CSAPA/2 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 des données manquantes sur les années 2020 et 2021 mais aussi 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 :
  - 54,3 % Cannabis,
  - 26,1 % Alcool,
  - 8,6 % Tabac.

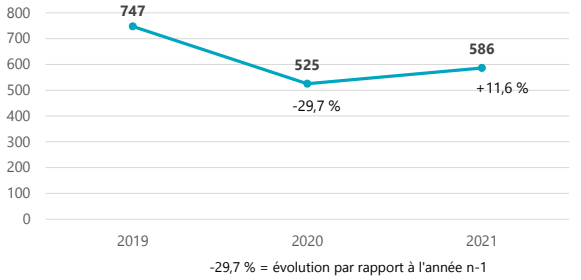
Notes

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

CAARUD DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE

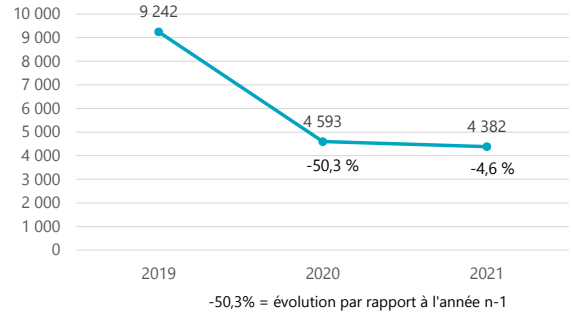
Une file active de 586 usagers vus au sein des CAARUD de la Meurthe-et-Moselle en 2021

File active au sein du local principal/antennes du CAARUD de la Meurthe-et-Moselle en 2019, 2020 et



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 Meurthe-et-Moselle en 2019, 2020 et 2021



- Une file active en baisse en 2020 et 2021 par rapport à 2019 en lien avec la crise sanitaire liée à la Covid -19. De même pour les passages/contacts au sein des CAARUD de la Meurthe-et-Moselle.

- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Cocaïne/Crack (52 pour 100 usagers),
  - Héroïne (50 pour 100 usagers),
  - Cannabis (37 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon meurthe-et-mosellan

Douze entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Cinq structures médico-sociales,
- Une structure sanitaire,
- Deux mouvements d'entraide,
- Trois structures « autres » (microstructures, réseaux d'addictologie, associations des prévention),
- Une structure « mixte » (ex : une association portant à la fois des dispositifs médico-sociaux et des dispositifs sanitaires).

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

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

Réalisation des entretiens

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

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

S'adapter aux nouveaux profils d'usagers

- Les acteurs sont sensibles à l'évolution sociographique de leur file active, car il leur faut adapter l'offre et le parcours de soin à celle-ci.
- Quatre acteurs constatent une dégradation de l'état de santé psychique et somatique des usagers ainsi que de leur situation sociale. En découlent « *des situations de plus en plus complexes à gérer et à accompagner* ». Il est précisé que ces usagers peuvent s'avérer violents, d'où quelques rares exclusions.
- Pour l'un d'eux, cette « *dégradation* » de l'état de santé des usagers est liée au vieillissement des usagers mais également au manque de médecin traitant sur le territoire (cf. p 22). Les usagers peinent ainsi à accéder aux soins et finissent par se tourner vers les urgences :

« *Y'a des patients qui ne connaissent que les urgences en matière de soins, mais c'est pas là qu'on met en place des soins pérennes.* »

- Concernant la situation sociale des usagers, un acteur mentionne des difficultés à prendre en charge certaines personnes issues de la « traite d'êtres humains » car elles posent des « *difficultés administratives* », ce qui complexifie les démarches.
- Un acteur précise d'ailleurs que cette dégradation sanitaire et sociale touche également les « *jeunes* » :

« Ça *concerne aussi les jeunes qui sont dans des situations sociales et sanitaires très alarmantes et qu'on voyait avant chez des patients de quarante ans et maintenant on le voit sur des patients de vingt ans.* »

- Il ajoute que « *certains sont déjà identifiés par la justice, soit par milieu scolaire* ». Il est tout particulièrement préoccupé par les « *jeunes* » ayant la vingtaine, car ces derniers échappent à l'accompagnement :

« *On s'aperçoit que la moyenne d'âge est relativement élevée, ils ont plutôt vingt ans que quinze et ils sont dans des situations déjà très dégradées* (…) *le jeune de vingt ans qui est dans sa première expérimentation on ne le voit pas en CJC car ni lui ni l'entourage ne s'en préoccupe.* »

- Pour lui il importe de revoir les modalités des CJC pour être davantage dans un axe de repérage et de sensibilisation des jeunes en vue d'éviter la dégradation de leur situation.
- Par ailleurs, un professionnel rencontré évoque une « *explosion des demandes en prison* ». Ainsi un public d'anciens détenus se fait de plus en plus présent au sein de la file active de la structure en question. Toujours d'après le professionnel, ce public poserait également des soucis de violence auxquels l'équipe doit faire face, ce qui peut complexifier la prise en charge.
- Enfin, un acteur de terrain note également la présence de personnes « *très insérées* » socialement au sein de sa file active. Ces usagers viennent « *chercher du matos en coup de vent* » ce qui empêche la transmission d'un message de prévention :

« *Avec les personnes insérées c'est plus compliqué de faire passer un message RdRD. Ils passent commande, ils prennent leur sac et ils se taillent. (…) l'idée serait d'avoir quelques minutes pour discuter mais on a pas toujours ce temps-là. (…) On a une dame qui dit venir pour son compagnon mais on a du mal à la faire entrer, elle veut être servie sur le trottoir. Ils veulent pas être vus, ni reconnus ni risquer de perdre leur emploi, ce qui est compréhensible, donc pas simple.* »

- Ainsi, la stigmatisation de la consommation de produits psychoactifs semble complexifier l'accompagnement d'un public plus inséré socialement et professionnel. Dans d'autres territoires du Grand Est, des acteurs questionnent l'intérêt de créer des espaces temps dédiés à ce nouveau public de sorte à ce qu'il ne se retrouve pas « mélangé » avec les autres usagers. Il faut également adapter les horaires pour faire face à leurs contraintes professionnelles.

Une augmentation de la file active

- Sur le Grand Est, nombre d'acteurs impliqués dans la première étape de la prise en charge des troubles addictifs (CSAPA, CAARUD, hôpitaux) font face à une augmentation notable de leur file active. Sur ce territoire la problématique est plus nuancée.
- Deux partenaires font part d'une augmentation de la file active, d'où des difficultés de prise en charge :

« *Le souci c'est les délais, mais comme partout. Quand quelqu'un veut entrer dans le soin c'est tout de suite maintenant, sauf que ça prend trois mois… Il faut compter plusieurs semaines avant d'avoir un premier rendez-vous qui ne sera pas forcément non plus le rendez-vous pour mettre en place le traitement… donc il a le temps de changer d'avis.* »

Prise en charge

Une augmentation de la file active (suite)

- Cette augmentation de la file active est très certainement rattachée à une autre problématique : la difficulté à effectuer des relais avec les partenaires du territoire (cf. p 22).
- A l'inverse, deux autres acteurs du territoire dépeignent une toute autre situation concernant les mouvements de la file active des structures qu'ils représentent. Le représentant d'une structure spécialisée dans l'addictologie à l'inverse, témoigne de délais moins importants pour la prise en charge : entre quinze jours et trois semaines pour un rendez-vous.
- Un autre acteur fait part quant à lui d'une baisse de la file active sur un territoire spécifique, proche de la frontière avec le Luxembourg. Cette baisse de la file active s'explique selon lui par l'ouverture d'une salle de consommation sur le territoire voisin :

« *Une salle de shoot a ouvert à quinze minutes d'ici, ce qui est pas mal en termes de RDR, mais du coup on a une population plus précaire qui se délocalise au Luxembourg. On a une chute de la file active car on suppose qu'ils vont dans cette salle de shoot.* »

- Il ajoute que cette baisse de la file active dure depuis quatre/cinq ans et que cela a contraint la structure à réduire ses jours d'ouverture.
- Enfin un acteur du territoire attire notre attention sur l'importance d'obtenir un suivi addictologique rapidement pour les femmes enceintes concernées par les consommations/addictions aux produits psychoactifs, car le temps est compté dans le contexte de la grossesse (cf. p 24).

Accès à l'accompagnement et aux soins

- Des problématiques de transports sont mentionnés par trois acteurs du département. L'un d'eux pointe tout particulièrement le nord du territoire. Il précise que les usagers doivent parfois bloquer une demi-journée, voire une journée entière afin d'honorer un rendez-vous dans cette partie du territoire, faute d'un nombre suffisant de navettes.
- En outre, deux acteurs évoquent les difficultés des usagers à se rendre en hôpital de jour. Chacun à développer une stratégie pour pallier ce problème de mobilité : l'un tente de faire rembourser le trajet, l'autre mobilise des membres de l'équipe pour amener les usagers sur place. Ce dernier note toutefois que cette stratégie à ses limites, car il y a trop de transports à effectuer.
- Un des acteurs relève une autre piste qui permettrait de faciliter l'accès aux soins : répartir davantage le personnel formé en addictologie sur le territoire, entre autres dans les services de maternité. Pour lui il est important d'avoir « *tout au même endroit* ».
- D'après les témoignages, d'autres difficultés peuvent également impacter l'accès aux soins :
    - La présence des forces de l'ordre à proximité d'un lieu de prise en charge addictologique (cela peut dissuader les consommateurs de produits illicites de s'y rendre),

Autres problématiques

- Des dispositifs trop onéreux et à la charge de l'usager comme c'est le cas du dispositif EAD (éthylotest anti-démarrage) :

« *Ce dispositif a été mis en place par préfecture mais il coûte très cher. C'est 1 500 euros pour l'installer sur la voiture, plus encore 200 euros par mois pour le louer (...) et la désinstallation coûte également 1 000 euros. Évidemment les gens que nous suivons n'ont pas l'argent pour mettre ça en place. Du coup ça touche une personne par an. (...) Tous les CSAPA ont cette référence EAD mais ça fonctionne nul part. le prix est bloquant vu que c'est à la charge de l'usager.* »

- Un acteur du territoire pointe un besoin de « *soutien supplémentaire » après un séjour en post-cure. Selon lui « il y a parfois une certaine fragilité chez les patients, et donc de fortes chances de rechutes. Il leurs faudrait donc un soutien supplémentaire.* »

Prise en charge

Autres problématiques (suite)

- Un acteur représentant une structure d'hébergement pointe également le besoin de former les professionnels à la RdRD (dynamique en cours dans la structure en question), car l'ancienne politique prohibitive pouvait créer des tensions (interdiction de consommation, fouille des sacs et des chambres), voire déboucher sur une interdiction d'accès au site pour certains usagers.

- Enfin un représentant de mouvement d'entraide souligne la difficulté de maintenir l'anonymat pour les membres de l'association tout en participant à des actions de prévention.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais

- Deux professionnels présentent un tableau contrasté du territoire concernant la possibilité de faire des relais avec la médecine de ville.

- L'un d'eux atteste d'un manque important de médecin sur le nord du territoire :

« *C'est une catastrophe, on assiste impuissant au désertisme médical, du fait des retraites non remplacé. Les gens ne sont pas intéressés à venir dans le secteur* (…) *on a de moins en moins de médecin et plus en plus de demande.* »

- A l'inverse, aux alentours de Nancy la situation serait bien moins problématique :

« *On a la chance sur Nancy d'avoir encore un tissu de médecins libéraux, généraliste et psychiatre, plutôt correct* »

- Pour autant, ce professionnel mentionne également des difficultés à effectuer des relais avec la médecine de ville, mais pour une autre raison : une frilosité des médecins quant à la prise en charge du public addict. Le second acteur fait ce même constat dans le nord du département, ce qui aggrave la situation :

« *Ils* (les généralistes) *ne prennent pas de nouveaux patients car ils sont complets et le public intéresse toujours moins. Ça leur arrive de refuser des patients addicts.* »

- Faute de relais, certains usagers poursuivent leur parcours avec la structure qui les a pris en charge initialement, d'où un impact plus ou moins important sur la file active de celle-ci, et de ce fait sur les délais de prise en charge.

- A ce sujet, les acteurs soulignent l'existence de microstructures sur le territoire ainsi que de maisons de santé, ce qui peut s'avérer être un atout, mais l'un d'eux argue que « *même si les maisons de santé se créent, ce n'est pas pour autant que ça facilite l'orientation parce que de toute façon il y a un manque sur le territoire. Les départs de médecins sont très durs.* » En outre, certaines microstructures du territoire ont déjà dépassé leur quota imposé de patients.

- Une autre ressource non négligeable est mentionnée : l'existence d'une CPTS, mais là encore le professionnel cité relativise et dit :

« *Les projets sont toujours beaux mais la réalité est plus complexe* ».

- Toujours selon lui, le manque de médecin sur le nord du territoire serait lié au manque d'attractivité de cet espace comparé aux territoires frontaliers :

« *Le Luxembourg attire tous les professionnels, que ce soit les éduc', les inf', mais aussi les médecins.* (…) *Les médecins vont au Luxembourg car c'est très attractif niveau salaire… »*

- Outre les médecins, un professionnel du territoire relève également un manque d'addictologues en ville, et un autre pointe un souci de relai avec le secteur de la psychiatrie, et ce toujours dans le nord du territoire :

« *Le secteur est ravagé. Il faut cinq à six mois pour avoir un rendez-vous, donc c'est super compliqué d'orienter. Et on n'a pas de psychiatre sur le secteur.* »

- Enfin il manque aussi certains services sur le territoire : quatre acteurs de terrain font part de difficulté à trouver des lits de sevrage sur le territoire. Deux d'entre eux lient ce manque de lit à la fermeture de la médecine L sur Nancy.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais (suite)

- Des lits restent disponibles sur Lunéville et au besoin les acteurs orientent également les usagers vers les structures de la Moselle (Jury-Les-Metz, Sarreguemines). Toutefois, bon nombre d'acteurs du Grand Est font de même, d'où un temps d'attente important pour accéder aux soins :

« *On bosse toujours avec Jury mais ils sont acculés de tous les côtés. Les délais d'attente pour un sevrage c'est du jamais vu !* (Délais de trois à quatre mois contre un mois à un mois et demi par le passé) *Toutes les structures sollicitent les mêmes, donc on va jusqu'à Sarreguemines. On jette la pierre à personne car tout le monde est dans la même situation. Il n'y a pas d'autres structures ouvertes pour se spécialiser là-dessus sur le secteur* (…) *C'est compliqué de maintenir les patients qui ne comprennent pas forcément pourquoi ça prend autant de temps.* »

- L'acteur cité dit également réaliser des sevrages alcool grâce à un partenariat avec un service de psychiatrie du territoire, mais là encore ils sont « *tributaires de leur disponibilité*. »

Une bonne dynamique partenariale

- Sur la Meurthe-et-Moselle, le travail en réseau est présenté par la plupart des acteurs comme plutôt bon et fonctionnel. Cinq d'entre eux font part de « *bonnes* » voire de « *très bonnes* » relations avec les partenaires du territoire, de par la dimension rurale du département (au moins dans certaines zones). Ainsi, une dynamique commune d'entraide et de projets se dessine :

« *On a des relations familiales entre les partenaires. On s'entend bien, on se soutient bien, aussi parce qu'on est tous dans le même merdier, et puis y'a pas quinze-milles partenaires, c'est pas comme les grandes villes. C'est assez fluide même s'il manque des structures pour faire face à l'augmentation de la demande. On a une réunion de réseau par trimestre avec tous les acteurs du secteur pour faire un point d'étape, accueillir les nouvelles structures qui s'implantent sur le secteur. Ça fait longtemps qu'on organise ça, on avait besoin de faire du lien pour ne pas parachuter les usagers. À l'origine c'était une initiative de la psy parce qu'elle était en demande de lien, mais maintenant ça s'est complètement élargi* (…) *ça permet aussi de travailler des liens plus forts et de bosser sur des appels à projet.* »

« *On s'appuie beaucoup sur les partenariats. Tout seul on ne va pas bien loin. J'encourage les collègues à prendre contact avec autres structures pour échanger sur les pratiques, ça permet de s'enrichir les uns et autres. C'est important de pouvoir se soutenir car on a des gens très très malades, des psychotiques qui décompensent parce que leur traitement n'est pas assez fort, ou parce qu'ils ont loupé une injection et c'est important de pouvoir passer un coup de fil à un collègue pour pouvoir échanger sur une situation et faire une synthèse, et si l'usager est ok, et de le faire en sa présence* (…). *Ça fait du bien à l'usager car il se sent soutenu.* »

- Des réunions à l'initiative de la CPAM (COPIL) ou centrés sur l'action Mois Sans Tabac sont également présentées par l'acteur cité comme des temps d'échanges qui contribuent à cette dynamique commune. Notons également qu'un réseau de santé spécialisés en addictologie (Lorradict) est implanté sur le territoire, ce qui peut être un atout non négligeable.

- Enfin les acteurs disent s'être répartis les territoires d'action et les activités de sorte à travailler en complémentarité. Un acteur se dit également en situation de « *quasi-monopole* » sur le territoire ce qu'il estime également être un atout en matière de coordination.

Freins et points d'amélioration

- Ce tableau plutôt positif est toutefois à nuancer. Voici quelques pistes d'améliorations et freins relevés au cours des entretiens.

- Si les partenaires se connaissent à l'échelle du département, ce n'est pas forcément le cas à l'échelle du Grand Est :

« *Pour ce qui est de la coordination au niveau du Grand Est, l'orientation vers les structures n'est pas toujours facile. Il y a une certaine méconnaissance au niveau de la région et on n'a pas toujours le temps de chercher. On a tendance alors à travailler avec notre réseau de connaissances.* »

- Concernant les bonnes relations entre les partenaires du territoire, il y a deux ombres au tableau : la compétition et les différences de culture addictologique.

- Effectivement, malgré une répartition dite « *naturelle* » des activités et du territoire, la crainte de la concurrence subsiste (deux acteurs en témoignent). Le représentant d'une structure catégorisée comme « *autre* » a le sentiment que « *les acteurs du territoire ont peur qu'on leur vole leurs missions* ».

Relations partenariales

Freins et points d'amélioration (suite)

- Un acteur du secteur médico-social cette fois note que bien qu'il travaille en partenariat étroit avec l'une des structures du territoire, ils restent toutefois en « *concurrence* » sur certaines activités. Pour maintenir le partenariat l'acteur dit avoir décidé d'un « *pacte de non-agression* », autrement dit il ne se positionne pas sur certaines missions réalisées par le partenaire en question.

- Aussi, la coexistence de différences en matière de culture addictologique sur le territoire peut également complexifier les rapports entre les partenaires et de ce fait la coordination.

- Les mouvements d'entraide ont souvent une autre approche de l'addictologie et de ses objectifs, ce qui peut parfois empêcher certains partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales :

« On a des difficultés de coordination et de collaboration avec le CSAPA et l'hôpital. On n'a pas la même vision des choses que les professionnels de la santé. Les professionnels prônent plutôt une réduction des consommations, alors que nous on vise un arrêt total. »

- Notons que le représentant de ce mouvement d'entraide témoigne d'une certaine « *solitude* » / « *abandon* » par manque effectif de partenaires ? Par manque de connaissance du réseau ? Ou justement par désaccord sur la dynamique de l'accompagnement addictologique ? L'association collabore toutefois avec des structures frontalières (notamment en Belgique).

- Des différences de conceptions et de façon de faire séparent également le secteur public et le secteur privé. Un acteur du public explique à propos d'un partenaire privé :

« On a des difficultés avec eux mais ce n'est pas lié à la qualité du lien, c'est plutôt lié à leur politique d'établissement. C'est du privé, l'objectif premier est de remplir des lits donc ils font des accueils qui correspondent pas tout à fait aux orientations définies dans la convention, mais c'est la conséquence de déléguer de plus en plus au privé. »

- Un autre acteur pointe la différence de « *vision* » entre lui, professionnel du médico-social associatif, et un professionnel du médico-social hospitalier. Cette différence de vision semble cette fois dépasser le cadre de l'addictologie et affecte la possibilité de porter des projets communs :

« *On n'a pas la même vision des choses.* (…) *Quand c'est pas son idée il s'en désintéresse complètement* (évoquant un projet commun). *Nous, dès qu'on nous sollicite, on réfléchit au projet parce qu'on en a besoin. On a pas du tout les mêmes valeurs.* (…) *l'associatif c'est mieux pour le médico-social.* (…) *L'hospitalier, ne devrait pas faire du médico-social. »*

- Enfin un acteur présente son point de vue concernant le sevrage et le suivi des usagers (possibilité de changer de référent ou non au cours de l'accompagnement). Il promeut une autre façon de faire , comparé à ce qu'il perçoit des partenaires du territoire, et espère une « *modification de la culture professionnelle* » en la matière.

- Ce témoignage pointe à nouveau l'existence d'une culture addictologique sanitaire différente d'une culture addictologique plutôt médico-sociale. Si cet acteur espère un changement dans les façons de faire, il nous semble important de souligner que sur un autre territoire la diversité des approches addictologiques a été présentée comme un atout dans la mesure où cela ouvrait à un plus grand panel de choix pour l'usager.

Autres difficultés

- Trois acteurs font part de difficultés à orienter des publics spécifiques. Les publics concernés sont les personnes issues de la traite d'êtres humains et les personnes souhaitant garder l'anonymat (qui posent des soucis administratifs), ainsi que les femmes enceintes. Concernant ces dernières, la problématique est autre, le souci est de parvenir à se coordonner rapidement entre partenaires car le temps est compté dans le contexte de la grossesse :

« *Il y a eu des problèmes par le passé du fait de la complexité de certaines situations qui demandent une très bonne coordination entre les différents professionnels.* (…) *or il peut y avoir un problème de disponibilité et le temps est compté avec la grossesse.* »

- L'acteur ajoute que certains addictologues ne sont pas forcément « *à l'aise avec les questions autour de la santé féminine* » d'où l'intérêt de les sensibiliser à ce sujet.

- Enfin, d'autres problématiques plus ciblées, susceptibles d'impacter le travail en réseau, sont également évoquées par les acteurs du territoire (chaque point est mentionné par un seul acteur) :

  - une structure médico-sociale demande à être rémunérée pour participer aux actions d'un partenaire,
  - le CLS de Nancy est estimé « *non opérationnel* », « *pas utile* », « *bloquant* » alors que cela pourrait s'avérer être une ressource intéressante supplémentaire pour le territoire.

Ressources humaines et financement

Un manque de ressources humaines

- Trois acteurs du territoire mentionnent explicitement un manque de ressources humaines qui fragilise leur activité :

« Il suffit d'un arrêt maladie…et on arrive plus à tourner correctement. »

- L'un d'eux lie ces arrêts maladie, fréquents et nécessaires, à la difficulté d'adaptation de certains jeunes professionnels face à l'augmentation de la cadence après la pandémie :

« *On a des jeunes professionnels qui sont venus pendant le covid où c'était confort, l'activité était ralentie. Et maintenant ils sont perdus depuis que l'activité a repris. Ils sont débordés par l'activité normale qui n'est pas évidente à gérer. On doit les rassurer. (…) parfois il est nécessaire de s'arrêter de prendre du recul et d'être arrêté quand il faut. Mais du coup ça génère des absences, c'est compliqué.* »

- Enfin, l'un des acteurs précise que, même si la situation n'est pas critique au sein de sa structure, il subit des « *tensions sur les effectifs* » et évoque notamment le départ de médecins qui ne sont pas remplacés.

Le financement par les appels à projet et ses limites

- Pour lancer de nouvelles activités, mais peut-être pas que, les gérants des structures postulent à des appels à projets. La recherche de financements via les appels à projets pose plusieurs problèmes, résumés dans cette citation :

« *On pourrait en dire beaucoup sur la politique d'appel à projet. On ne fonctionne plus que comme ça maintenant. Déjà cela nous met en concurrence, à la limite pourquoi pas, mais surtout c'est du court terme, on ne sait jamais si ça va être pérennisé, on l'apprend en général au dernier moment. C'est pas simple pour recruter des gens parce que dans un an ça peut s'arrêter, on ne sait pas. Et qu'est-ce qu'on fait des gens qu'on a pris en charge pendant un an ? On est beaucoup dans ces logiques-là aujourd'hui. (…) Certains dispositifs ont besoin de temps pour se mettre en place, pour se roder et être efficace et en plus ça met une pression de dingue. On est tout le temps dans les projets en fait. Alors on remplit des dossiers, mais les trois quarts ne sont pas reçus… ça prend un temps fou, et les dossiers sont complexes à renseigner. Les appels à projet ça peut être bien pour certains projets, mais là on va trop là-dedans…* »

A noter d'après l'ARS que ces appels à projet ne devraient pas être utilisés pour faire financer des activités classiques des structures.

- Outre la concurrence, c'est vraiment la pérennité des financements et la visibilité sur les ressources qui sont pointées (deux acteurs le mentionnent). En outre, plusieurs acteurs ont expliqué leur manque d'investissement dans les appels à projet justement par manque de ressources humaines.

- Un acteur estime également qu'il y a un souci de fléchage des moyens alloués à l'addictologie :

« *Il y a beaucoup de moyens en addicto mais ils sont très diffus : beaucoup d'acteurs différents qui se sentent concernés et qui mettent des moyens là-dessus y compris des acteurs qui ne sont pas forcément des acteurs du soin* (ex : collèges qui font de la prévention). *Chacun fait ça dans son coin, et on ne connait pas la pertinence de ce qui est fait… la police s'y met* (…), *la ville s'y met, tout le monde s'y met ! tout le monde créé des projets et tout le monde met du fric là-dedans alors qu'on aurait intérêt à centraliser les ressources.* »

Impacts sur les activités et projets des structures

- Le manque de ressources humaines et les difficultés de financement mentionnés précédemment ont un impact sur de nombreuses activités en cours ainsi que sur des projets innovants. Voici un aperçu non exhaustif des activités impactées :
  - les consultations de proximité et notamment le développement de CJC et d'autres interventions « *hors des murs* » (impact mentionné par trois acteurs qui ont fait part des difficultés de mobilité sur le territoire cf. p 21),
  - la prévention, notamment du tabac (deux acteurs le mentionnent),
  - la prise en charge des personnes incarcérées, alors que les demandes se font de plus en plus nombreuses (mentionné par un acteur),
  - la création de nouveaux dispositifs, par exemple un LHSS (mentionné par un acteur),
  - la mise en place de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (mentionné par un acteur).

- Pour faire face au manque de moyens, un des acteurs a pour stratégie de piocher dans les subventions globales afin de développer de nouveaux dispositifs et répondre ainsi aux besoins identifiés sur le territoire.

Les addictions sans substance

- Plusieurs addictions sans substance sont évoquées par les acteurs du territoire rencontrés, notamment : l'addiction aux écrans (évoquée par trois acteurs) les Jeux d'Argent et de Hasard (JAH), l'addition aux jeux vidéo et l'addiction au sexe (évoqués chacun par deux acteurs). Tous présentent ces addictions soit comme des cas isolés soit comme un faible pourcentage de leur file active.

- Un acteur attire l'attention sur les jeux d'argent et de hasard, présageant d'une augmentation prochaine d'usagers concernés par ce type de problématique :

« *Ce qui émerge c'est les paris sportifs. Je pense que ça va être la déferlante parce que ça touche la population jeune qui ne vient pas encore jusqu'aux soins. Ils viendront plus tard.* (…) *un casino à été créé à Nancy. On a des appréhensions mais aucune réalité effective pour le moment.* »

- Concernant l'addiction aux écrans les acteurs se disent « *beaucoup sollicité par des partenaires extérieurs concernant les jeunes et les écrans* », or pour eux il n'est pas forcément question d'addiction :

« *Les problèmes liés aux écrans, souvent c'est pas de l'addiction. C'est plutôt un problème éducatif, rien à voir avec des addictions.* »

- De ce fait ils œuvrent à « *casser le mythe des jeunes addicts aux écrans* » en rappelant que l'écran « *est un outil de socialisation normal aujourd'hui.* »

- Enfin pour ce qui est des rares cas d'addiction au sexe, un acteur suppose *« beaucoup d'erreurs d'aiguillage* » :

« *ça relève plus des troubles diysonctionnels de la personnalité ou des troubles de perversité, pas d'une addiction.*»

- Ainsi plusieurs acteurs de l'addictologie s'interrogent encore sur ces comportements et leur statut d'addiction. Rappelons que, pour le moment, les JAH sont les seules addictions sans substances reconnues par la classification internationale des maladies pour le moment.

En résumé

La Meurthe-et-Moselle est un territoire relativement urbain mais aussi avec des secteurs plus ruraux avec :

- Des indicateurs montrant :
  - A priori une sous-prévalence de patients traités par rapport au Grand Est (une des plus faibles) concernant l'alcool ; sans évolution notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool entre 2015 et 2019. Concernant les décès, la-Meurthe-et-Moselle a un taux de décès lié à l'alcool plus élevé qu'en région, mais sans évolution notable (différence statistiquement non significative) entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une sous-prévalence également en ce qui concerne le tabac ; mais en augmentation de +9,2 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. A noter que concernant les substituts nicotiniques, le département enregistre un taux plus élevé qu'en Grand Est de patients en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac proche du Grand Est, sans évolution notable (différence statistiquement non significative) entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une sous-prévalence par rapport au Grand Est concernant le cannabis ; mais en augmentation de +61,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019.
  - Concernant les drogues illicites (hors cannabis), une tendance à la sous-prévalence d'après les indicateurs disponibles ; sans évolution notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour un trouble addictif lié aux autres substance entre 2015 et 2019. A noter cependant que le nombre de patients hospitalisés en MCO pour un usage de drogue illicite a augmenté de +97 % entre 2016 et 2021 (113 patients cette dernière année).
  - En revanche au sein du département, la Métropole du Grand Nancy se démarque sur la base des indicateurs quantitatifs avec en général des sur-prévalences observées peut-être en lien avec l'offre de prise en charge.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Une consommation de cocaïne principalement sniffée, et le développement d'un savoir-faire pour la baser
  - Une proximité avec différents pays qui offre un accès privilégié à certains produits, et notamment à l'héroïne.
  - Un public « jeune » consommant une grande diversité de produits, notamment des NPS et surtout du protoxyde d'azote
  - Des usagers avec un état de santé et une situation sociale de plus en plus dégradés, y compris les « jeunes »
  - De plus en plus d'usagers susceptibles de faire preuve de violence (usagers présentant des comorbidités psychiatriques, anciens détenus), ce qui complexifie la prise en charge
  - Une situation contrastée entre le nord et le sud, avec de plus importantes difficultés d'accès aux soins dans le nord.
  - Des pays voisins qui attirent à la fois les professionnels de santé (salaires plus attractifs) et certains usagers (salle de consommation à moindre risque)
  - Une bonne dynamique partenariale bien que la crainte de la compétition et des différences de culture addictologique subsistent
  - Un manque de ressources humaines qui fragilise les équipes et une recherche de financements via des appels à projet qui ne permet pas d'obtenir des financements pérennes.
  - Une inquiétude face à une possible augmentation des personnes concernées par les jeux d'argent et de hasard (paris sportifs) et une forte sollicitation par les partenaires sur la consommation d'écrans des jeunes.

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