Octobre 2023

57

Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

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 huit dans la 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.

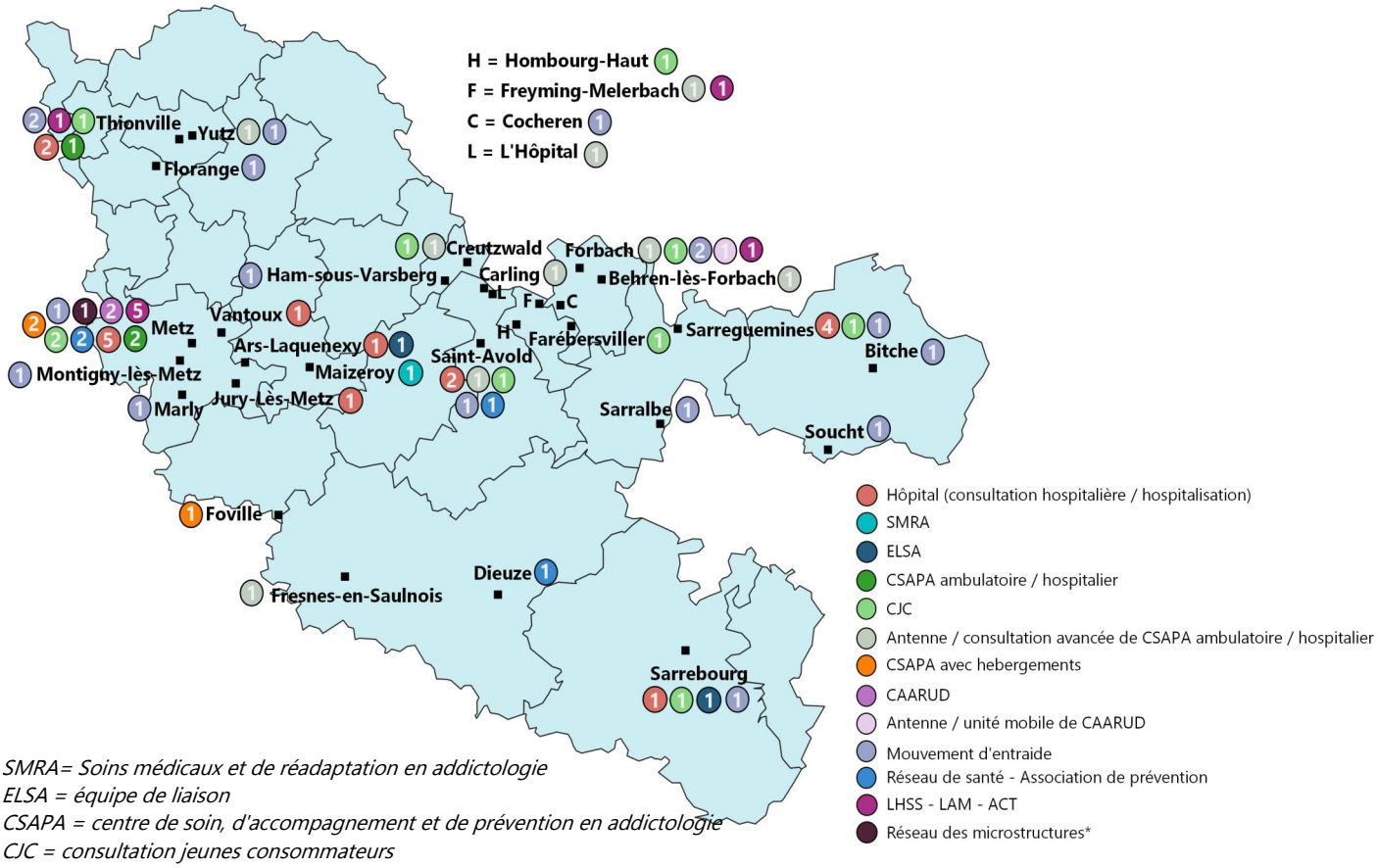
Description de quelques indicateurs quantitatifs

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

DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES	
Indice de vieillissement	L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.
Indice de défaveur sociale	La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (French Deprivation Index). Les valeurs les plus élevées du Fdep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation).
DONNÉES ISSUES DE L'ATIH-PMSI (MCO)	
Patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool	L'indicateur comprend la liste des codes CIM10 (Classification internationale des maladies) utilisés pour identifier les personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'usage d'alcool soit les codes suivants : E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K852, K860, O354, P043, Q860, R780, Z502, Z714, Z721 issus de l'article « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », BEH 2015/24-25
Patients hospitalisés pour un usage de drogue	L'indicateur comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. I Cf. Classification CIM 10 : https://icd.who.int/browse10/2008/fr
DONNÉES ISSUES DE L'INSERM-CÉPIDC	
Mortalité liée à l'alcool	L'indicateur comprend les décès liées aux : « tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx », « tumeur maligne de l'œsophage », « psychose alcoolique et alcoolisme », « cirrhose alcoolique ou sans précision (S.P) du foie ».
Mortalité liée au tabac	L'indicateur comprend : « Cancer de la trachée, des bronches et du poumon », « Cardiopathie ischémique », « Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ».
Mortalité par surdose	L'indicateur comprend les codes CIM-10 suivant : F11-F12 ; F14-F16 ; F19, X42, X62, Y12.
DONNÉES ISSUES DU SNDS - DCIR	
Patients traités pour un trouble addictif	Nombre de personnes ayant un séjour hospitalier ou une prise en charge à 100 % (en affection de longue durée - ALD) pour un trouble addictif.
Patients traités pour une addiction liée à l'alcool	L'indicateur comprend les personnes en ALD (au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR) (affection morbide principale (MMP), affection étiologique (AE) ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années. .
Patients traités pour une addiction liée au tabac	L'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac **et/ou** les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.
Patients traités pour une addiction liée au cannabis	L'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du cannabis, **et/ou** les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.
Patients traités pour une addiction liée aux autres substances	L'indicateur comprend les Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis), **et/ou** personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (MMP, AE ou DA) - durant au moins une des 2 dernières années.
Bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique	L'indicateur comprend les bénéficiaires ayant eu un remboursement pour un médicament de classe ATC N07-BA-01 et N07-BA-02 (substituts nicotiniques). Cela inclut les patchs nicotiniques.
Bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés	L'indicateur comprend les personnes ayant eu un remboursement pour un médicament de classe ATC N07BC (substitut aux opioïdes) délivré en pharmacie.

OFFRE DE SOINS

84 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 microstructures portent 7 microstructures sur le département*
Source : Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

Nombre et taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans dans la 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)	3 (29)	0,4 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	9 (116)	1,1 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	3 (13)	0,4 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	10 (93)	5,8* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Droques (CAARUD)	2 (13)	0,3 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	1 (8)	0,1 (0,5)
Microstructure en addictologie	7 (41)	0,9 (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)	17 (54)	2,2 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	2 (22)	0,3 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	1 (5)	0,1 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	2 (7)	0,3 (0,2)
Association de prévention	2 (13)	0,3 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	17 (74)	2,2 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	8 (48)	1,0 (1,2)

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

Hébergements

12 places en centre thérapeutique résidentiel (CTR).

17 places en appartements thérapeutiques relais (ATR).

12 places en réseau famille d'accueil (RFA).

56 lits en SMRA.

La DT57

Dans le cadre de cette étude, la DT ARS de la Moselle a été contactée mais aucun entretien n'a été réalisé.

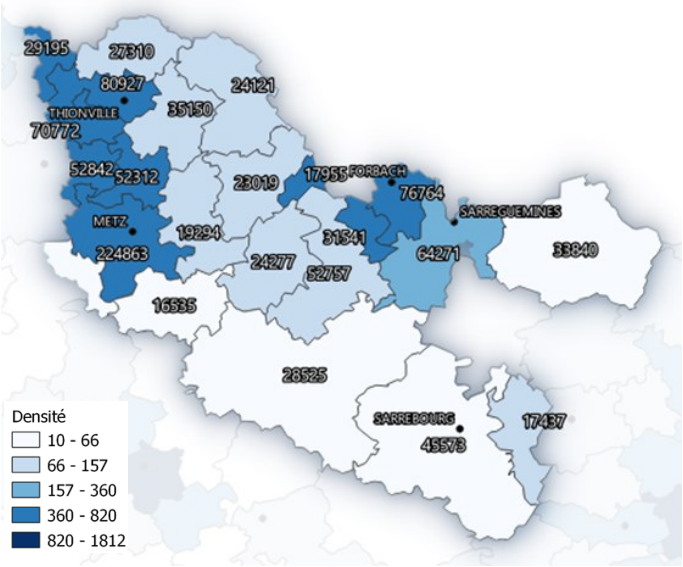
Les taux de lieux de mises en œuvre calculés ci-dessous n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La Moselle, un département :

- Urbain, avec une densité de population beaucoup plus importante qu'en Grand Est (168,4 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Un petit peu plus vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 87,2 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté un peu plus élevé qu'en Grand Est (15,6 % vs 14,7 % en région en 2019).

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



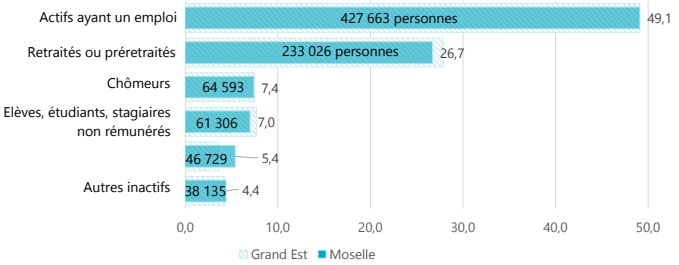
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Moselle	1 046 543	175 946 (17 %)	204 225 (20 %)
Grand Est	5 556 219	975 101 (18 %)	1 107 379 (20 %)
France métrop.	65 096 768	11 387 134 (17 %)	13 042 259 (20 %)

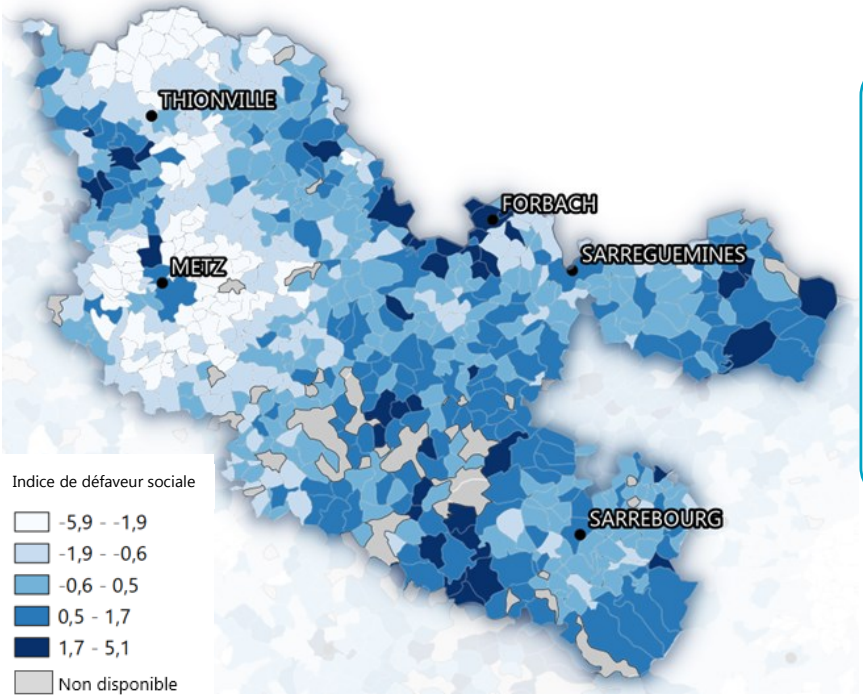
En Moselle, 17 % des habitants ont entre 15-29 ans et 20 % ont 65 ans et plus.

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



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Moselle :	0,0 %	87,2	15,6 %
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).

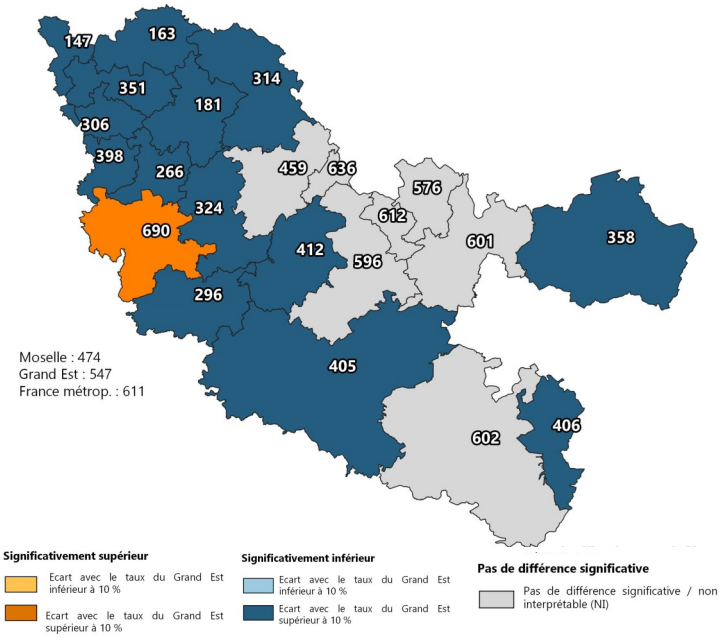
En complément, d'autres indicateurs sont disponibles à l'échelle infra-départementale dans la mise à jour des portraits EPCI, zones d'implantation et départements du Grand Est : Moselle

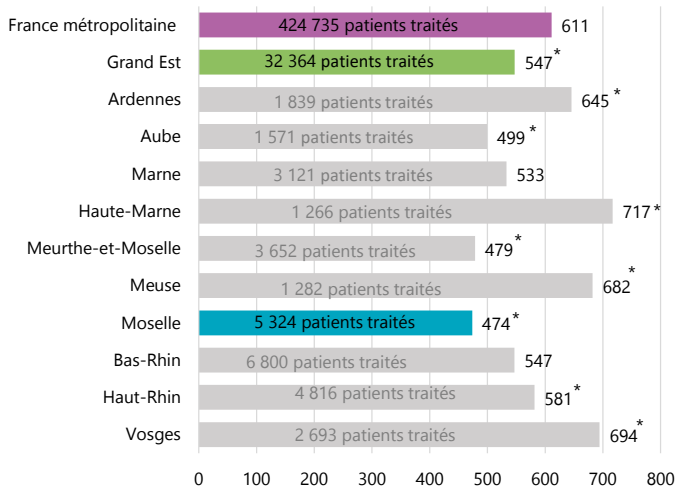
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

5 324 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 474 pour 100 000 habitants en Moselle. Il est statistiquement inférieur à celui observé en Grand Est (474 pour 100 000 habitants) et est notamment le plus faible de la région.
- De nombreux EPCI (14) de la Moselle ont un taux statistiquement inférieur au Grand Est mais Metz Métropole enregistre un taux statistiquement supérieur (690 pour 100 000 hab. pour un effectif de1 686 patients).

Notes

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

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

Un patient peut en revanche être traité pour plusieurs substances (polyconsommation). Ceci explique la différence entre le nombre total de patients traités pour au moins un trouble addictif et la somme de patients traités pour troubles addictifs liés à chaque produit.

En 2019, des troubles addictifs liés à :

ALCOOL

3 175 patients

TABAC

2 135 patients

CANNABIS

304 patients

AUTRES SUBSTANCES

848 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.

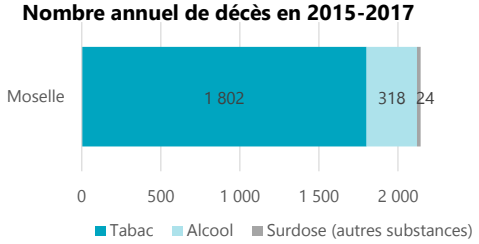
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

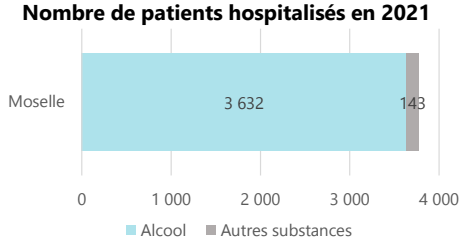
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (3 632 patients en Moselle), alors que seuls 143 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance.
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (1 802 décès par an).

Nombre annuel de décès en 2015-2017



Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

Nombre de patients hospitalisés en 2021



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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

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

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

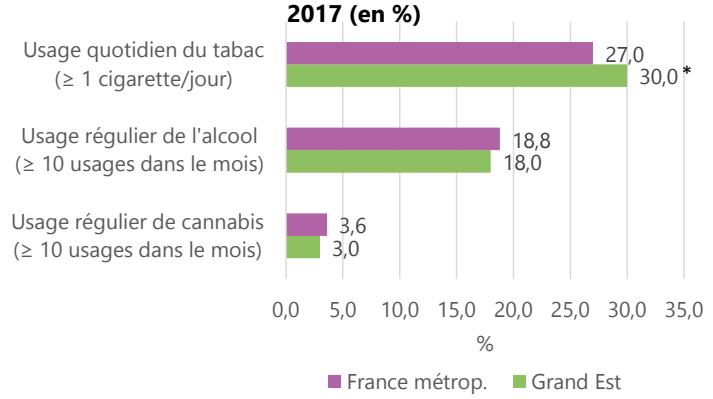
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et les CAARUD du département *(cf. plus de détails page 18)*

- Un peu moins de 2 630 patients ont été pris en charge par les 3 CSAPA ambulatoires de la Moselle en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (5 patients sur 10).
- Dont un peu moins de 200 jeunes au sein des 10 sites de CJC de la Moselle, principalement pour une prise en charge liée au cannabis (4 jeunes sur 10).
- Au sein des 2 CAARUD, un peu plus de 690 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/ antennes pour un peu moins de 7 670 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

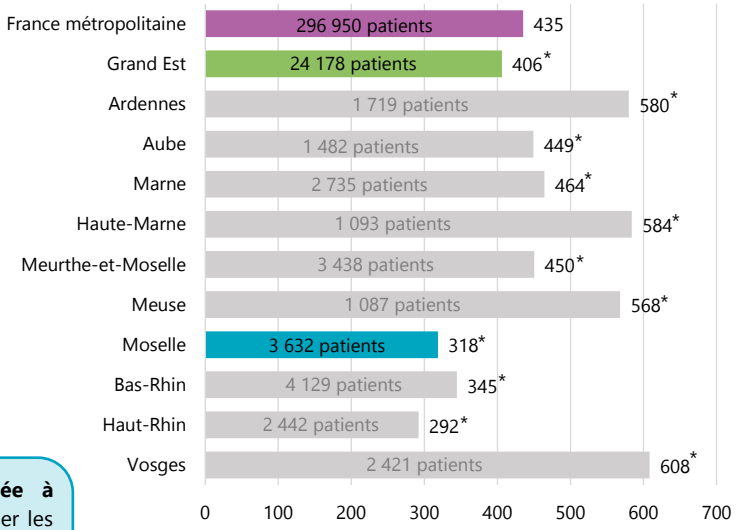
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A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

3 632 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 239 patients de 15-29 ans et 1 193 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 318 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (406 pour 100 000 habitants) et notamment l'un des plus faibles du Grand Est.
- Et en diminution de –21,1 % depuis 2016 (évolution significative).
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques d'hospitalisations variables ?

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



** statistiquement différent du Grand Est pour les départements, statistiquement différent de la France métropolitaine pour le Grand Est*
Source : Atih-PMSI (MCO), exploitation ORS Grand Est

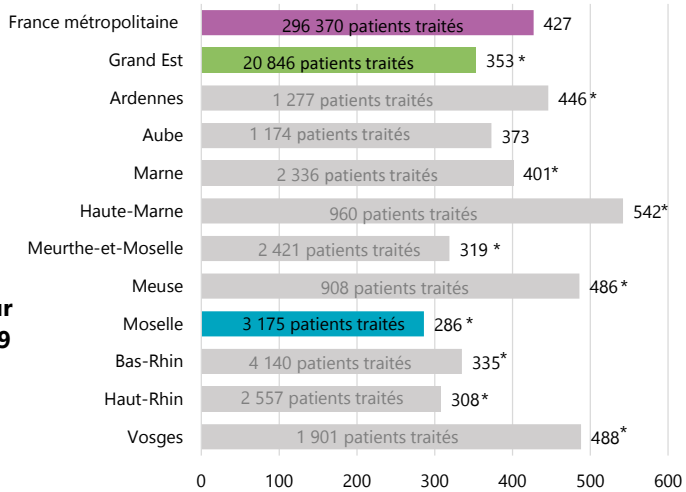
Notes

L'indicateur **patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool** comprend la liste des codes CIM10 utilisés pour identifier les personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'usage d'alcool issus de l'article suivant : « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », BEH 2015/24-25. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

3 175 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

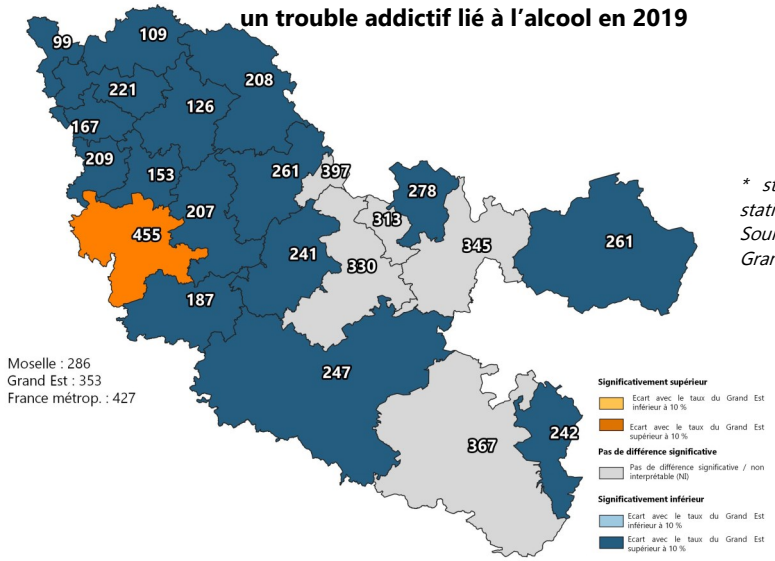
- Dont 364 patients de 15-29 ans et 631 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 286 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (353 pour 100 000 habitants) et notamment le plus faible du Grand Est. Metz Métropole en surprévalence toutefois.
- Et en diminution de -15,1 % depuis 2015 (évolution significative).

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



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

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



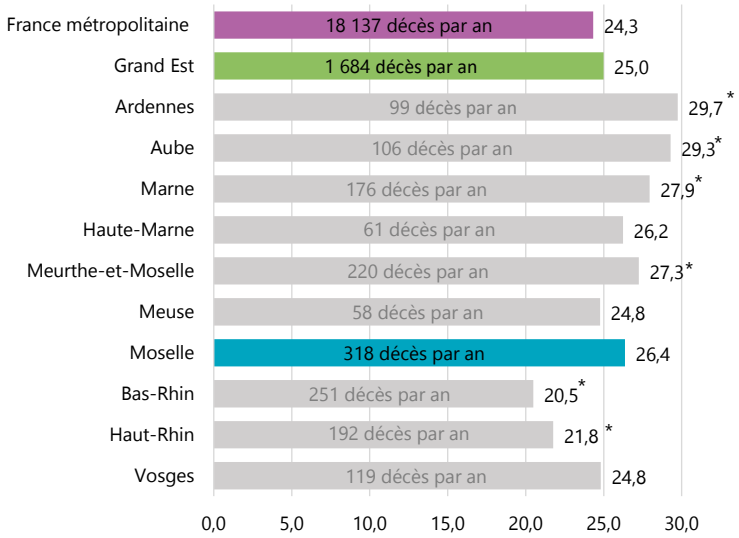
Notes

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

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

318 décès annuels liés à l'alcool sur la période 2015-2017

Taux standardisé (pour 100 000 hab.) de décès liés à l'alcool en 2015-2017



**statistiquement différent du Grand Est*
Source : Inserm - CépiDC ; exploitation ORS Grand Est

- Taux standardisé de 26,4 pour 100 000 habitants proche de celui du Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- En diminution de -3,9 % par rapport à 2012 -2014 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, les trois ayant le plus de décès annuels sont :
  - Metz Métropole (67 décès annuels),
  - La CA de Forbach Porte de France (27 décès annuels),
  - Le CC Portes de France Thionville (22 décès annuels).

Notes

L'indicateur **Mortalité liée à l'alcool** comprend les décès liées aux : « tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx », « tumeur maligne de l'œsophage », « psychose alcoolique et alcoolisme », « cirrhose alcoolique ou sans précision (S.P) du foie ». Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

34 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 41 décès annuels moyens calculé sur les années 2017-2019-2021 (266 en Grand Est ; 3 212 en France métrop.).
- Part de personnes tuées avec un conducteur alcoolisé proche du Grand Est (mais effectif assez faible).

Part moyenne dans la mortalité des personnes tuées dans un accident avec un conducteur alcoolisé entre 2013-2017 et 2017-2021

	2013-2017	2017-2021
Moselle	23 %	34 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Sept acteurs ont évoqué l'alcool lorsqu'ils sont interrogés sur les consommations fréquentes des personnes prises en charge dans leurs structures. Pour la plupart d'entre eux il s'agit de la principale problématique prise en charge (ce qui peut dans certains cas s'expliquer par l'orientation de la structure et les services proposés).

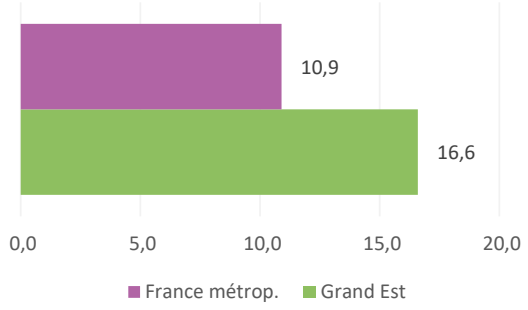
Plusieurs points sont relevés à propos de la consommation d'alcool sur le territoire :

- Plusieurs acteurs notent que les consommateurs d'alcool consomment également d'autres produits, notamment le tabac. L'un d'eux a identifié une co-consommation fréquente d'alcool, de cannabis et de médicaments chez les « *jeunes* » (notamment des psychotropes, cf. p 15),
- Un acteur mentionne de fréquentes comorbidités psychiatriques chez les personnes prises en charge pour leur consommation d'alcool (ex : dépressions, états psychotiques),
- Enfin un autre acteur fait part d'une augmentation des demandes d'accompagnement de la part de femmes concernant l'alcool.

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



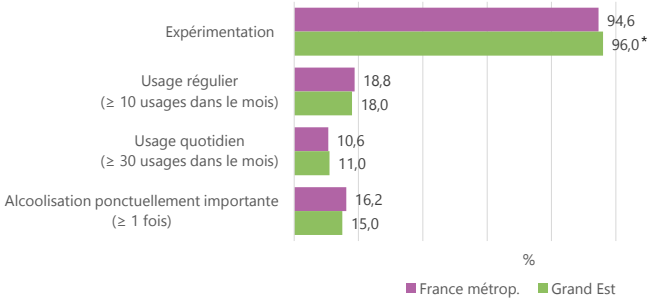
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- 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.

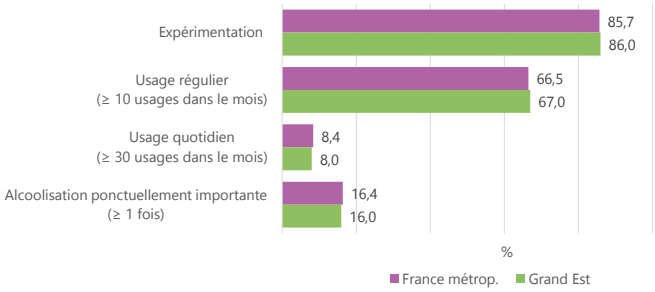
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

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

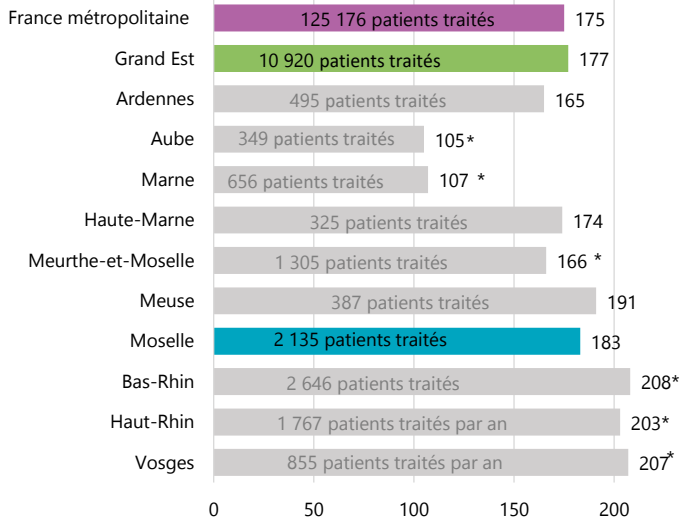
- Mis à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine.
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.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

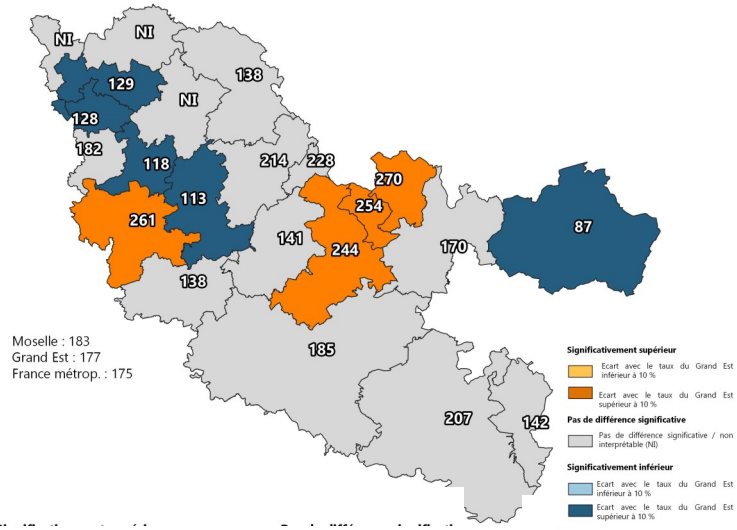
TABAC

2 135 patients traités pour un trouble addictif lié au tabac en 2019

- Dont 81 patients de 15-29 ans et 527 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 183 pour 100 000 habitants proche de la région (177), 4 EPCI enregistrant toutefois des surprévalences
- En augmentation de +4,6 % depuis 2015 (différence statistiquement non significative).

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





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

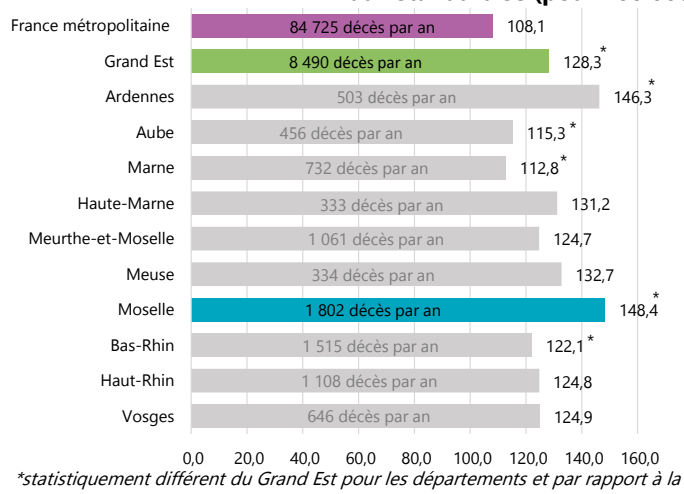
Notes

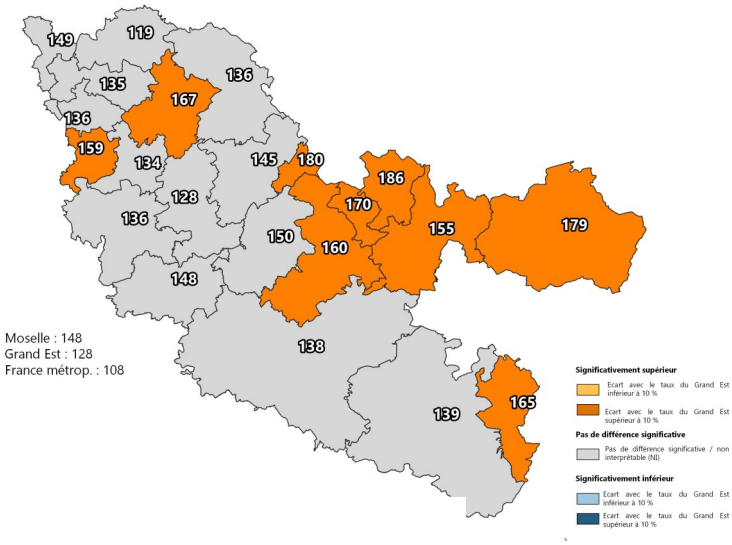
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic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

1 802 décès annuels liés au tabac sur la période 2015-2017

- Taux standardisé de 148 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (108) et notamment le plus élevé du Grand Est.
- Stable (+0,3 %) 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

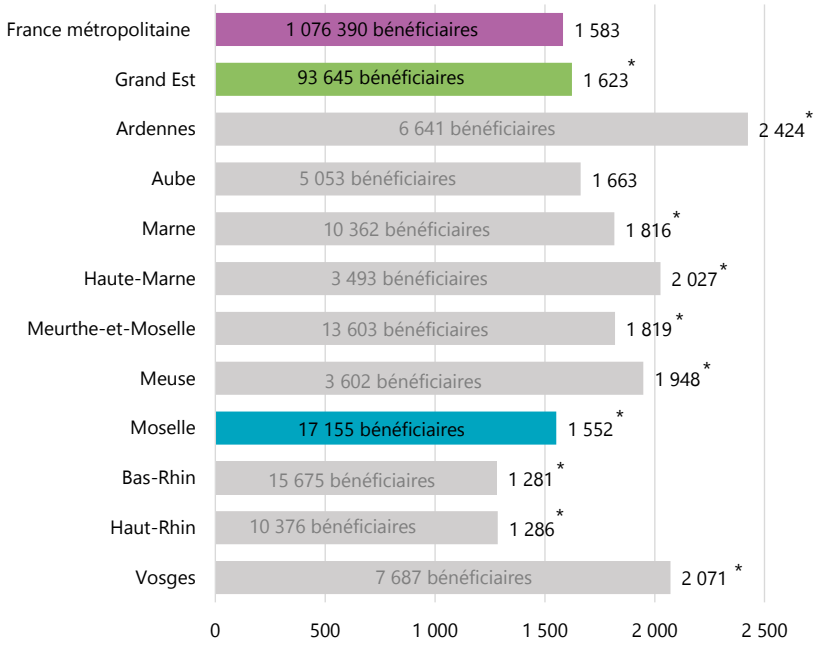
- Un taux significativement supérieur au niveau régional repéré dans 9 EPCI de la Moselle dont la CA de Forbach Porte et France (175 décès annuels) et la CA de Sarreguemines Confluences (126 décès annuels).

Notes

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

17 155 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 1 767 patients de 15-29 ans et 2 010 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 1 552 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants), mais proche de celui de la France métropolitaine.
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSN pour le Grand Est est statistiquement plus élevé par rapport à la France métropolitaine.
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques de prescriptions variables ?

Notes

Bénéficiaires d'un traitement de substitution nicotinique : il s'agit des bénéficiaires ayant eu un remboursement pour un médicament de classe N07-BA-01 et N07-BA-02 (substituts nicotiniques). Cela inclut les patchs nicotiniques. L'indicateur est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

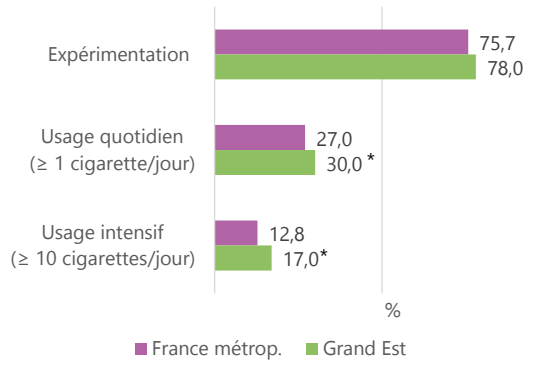
La quasi-totalité des acteurs ayant mentionné la consommation d'alcool ont également mentionné une consommation de tabac par les usagers pris en charge (cinq acteurs l'ont évoqué). Un seul acteur du territoire note une augmentation de cette consommation et un autre précise que « *le tabac n'est pas* (leur) *priorité* », ce pourquoi ils renvoient les personnes concernées vers un tabacologue du territoire.

Notons que d'après plusieurs témoignages d'acteurs du Grand Est, la consommation de tabac est dite « *discrète* » comparée à la consommation d'alcool qui attire davantage l'attention des professionnels dans la mesure où elle occasionne des dommages sur la santé (ex : troubles cognitifs) et des heurts plus évidents. Pour autant, le taux de mortalité liée au tabac est la plus élevée du Grand Est.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

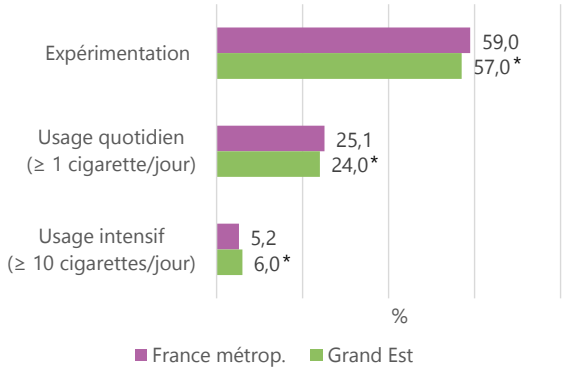
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

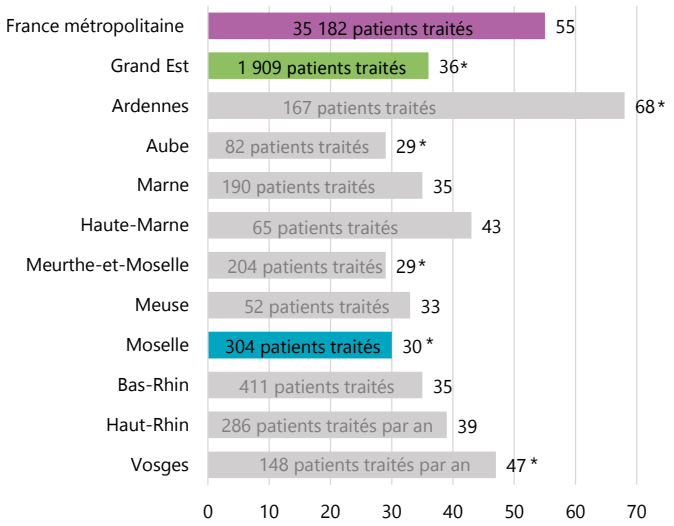
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 106 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 30 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est (36 pour 100 000 habitants) et notamment l'un des plus faibles de la région.
- Mais en augmentation de +25,0 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, neuf ont un effectif supérieur à 10 dont Metz Métropole qui a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (48 pour 100 000 hab.) 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

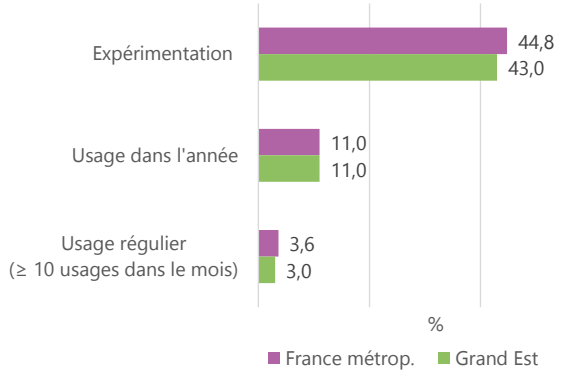
Notes

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 personnes.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

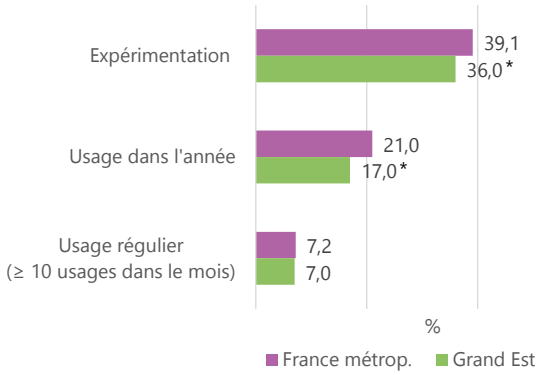
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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



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

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



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

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

La consommation de cannabis est évoquée par cinq acteurs du territoire. L'un d'eux note une augmentation de cette consommation mais il ne saurait dire s'il s'agit d'un phénomène territorial dans la mesure où le public pris en charge au sein de la structure peut provenir de divers territoires du Grand Est. Deux acteurs associent cette consommation à un public dit « *jeune* » qui aurait par ailleurs une tendance à la poly-consommation.

AUTRES SUBSTANCES

Notes

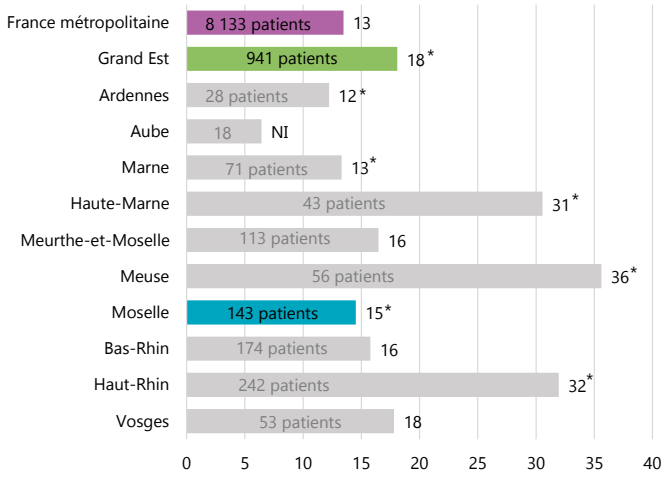
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc...

143 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 31 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 15 pour 100 000 habitants statistiquement inférieur à celui du Grand Est (18 pour 100 000 hab.).
- En augmentation de +22 % depuis 2016 (différence statistiquement non significative).

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

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



Notes

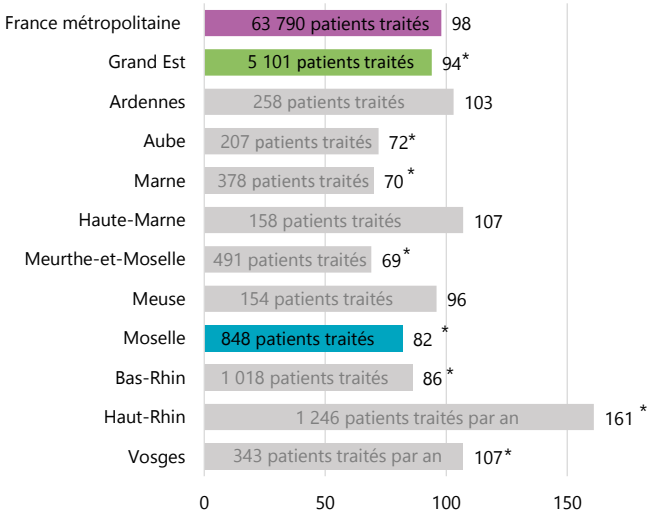
L'indicateur **patients hospitalisés pour un usage de drogue** comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

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

- Dont 117 patients de 15-29 ans et 54 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 82 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en Grand Est.
- En diminution de -11,8 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, 16 EPCI ont un effectif supérieur à 10 dont Metz Métropole qui a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (123 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 290 patients traités.

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

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



Notes

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

AUTRES SUBSTANCES

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Cocaïne crack

La cocaïne ou son dérivé, le crack, ont été mentionnés par quatre acteurs rencontrés. Ils en parlent comme d'un phénomène nouveau sur le territoire qui concerne une minorité d'usagers. L'un d'eux considère toutefois que cette consommation connait une augmentation sur le territoire.

Médicaments détournés

La consommation de médicaments, potentiellement détournés de leur usage initial, est mentionné par trois acteurs de terrain. Il s'agit principalement de psychotropes (ex : benzodiazépines). Comme pour la cocaïne, cette consommation semble concerner qu'une minorité d'usagers pris en charge. D'après l'un des témoignants, ces médicaments peuvent être consommés en parallèle d'autres produits psychoactifs tels que l'alcool ou le cannabis et ce tout particulièrement par des « *jeunes* » (moins de 30 ans).

CBD

Le CBD est mentionné par deux acteurs de terrain. L'un d'eux associe tout particulièrement cette consommation au public dit « *jeune* ». L'autre interpelle sur les problématiques de prise en charge liées à ce produit : « *Le CBD nous pose problème. Nous en interdisons la consommation dans les murs car souvent le dosage n'est pas contrôlé, et le produit n'est pas toujours le même. Même si le taux de THC est réduit, il est présent dans le CBD.* »

GHB

Le GHB est également mentionné par deux acteurs de terrain, dont un qui précise que cette consommation reste relativement rare. Le second acteur associe cette consommation au public « *jeune* », à l'instar du CBD.

Nouveaux Produits de Synthèse

Un seul acteur de terrain évoque les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS), plus précisément le « *cannabis de synthèse* » et informe qu'il « *commence à en entendre parler, c'était pas le cas il y a quelques mois* ». Un autre évoque quelques cas de personnes s'adonnant au chemsex ce qui peut également laisser supposer la consommation de cathinones de synthèse ainsi que d'un ensemble d'autres produits (cf. MILDECA).

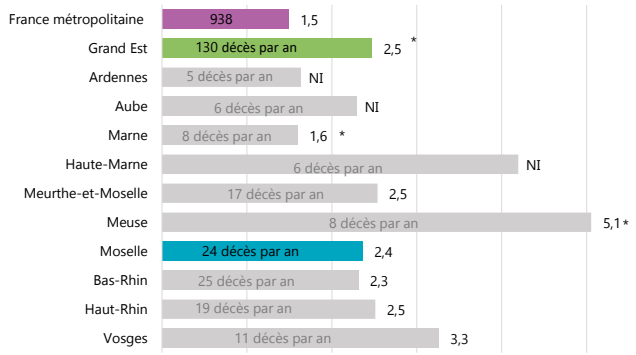
Opioïdes

Un seul acteur de terrain évoque explicitement la présence d'opioïdes sur le territoire : il perçoit une baisse de consommation d'héroïne (comparée à la consommation de la cocaïne qu'il estime en augmentation).

On note 24 décès annuels par surdose dans la Moselle sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans la Meurthe-et-Moselle (2,4 pour 100 000 hab.) similaire à celui du Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.).
- Mais un taux pour le Grand Est statistiquement supérieur à celui de la France métropolitaine (1,5 pour 100 000 hab.).

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



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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

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

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

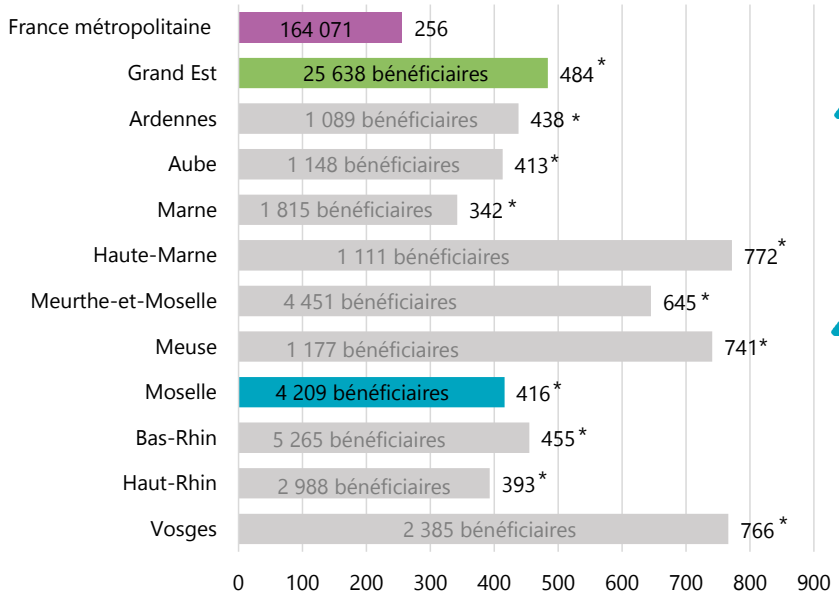
Notes

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

AUTRES SUBSTANCES

4 209 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 251 patients de 15-29 ans et 18 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 416 pour 100 000 habitants statistiquement plus faible qu'en région (484 pour 100 000 habitants).
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSO pour le Grand Est est statistiquement bien plus élevé (+89 %) par rapport à la France métropolitaine.

Notes

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrains

Peu d'informations sont rapportées concernant l'usage des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) sur ce territoire. Un acteur évoque des difficultés avec la médecine de ville car certains d'entre eux « *refusent de faire de la substitution* » (cf. p 20-21). Cette problématique se retrouve également sur d'autres territoires du Grand Est et semble fréquemment associée à un manque de formation des médecins de ville à l'addictologie et peut-être à un manque de temps.

AUTRES SUBSTANCES

1 901 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Moselle	2 358	2 038	1 957	1 716	1 901	**-19,4 %**
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

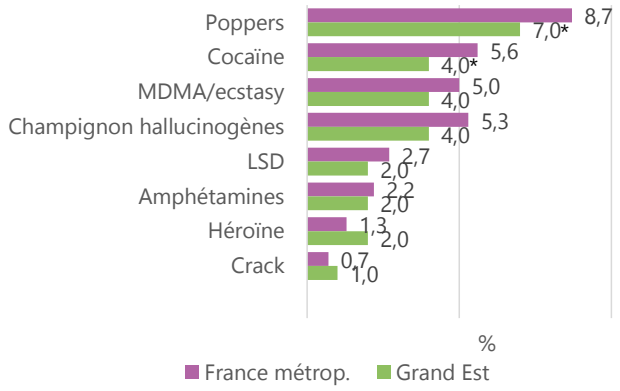
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Diminution du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (-19,4 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

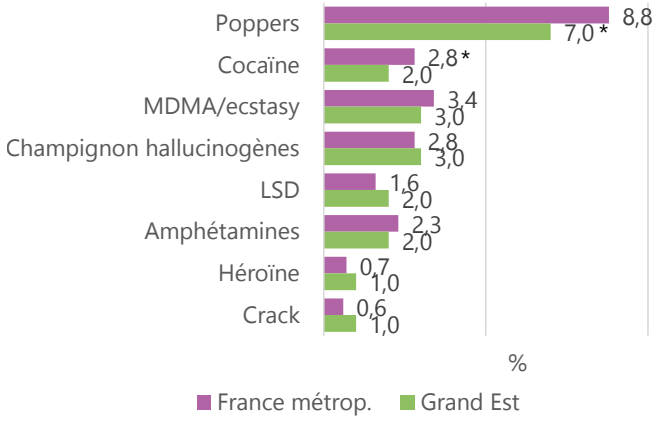
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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

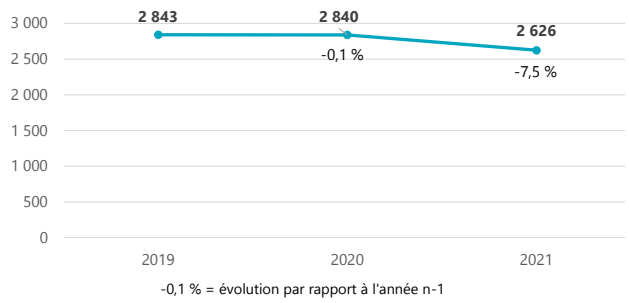
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop. excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DE LA 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.

2 626 patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoires de la Moselle en 2021

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



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

Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Moselle en 2021

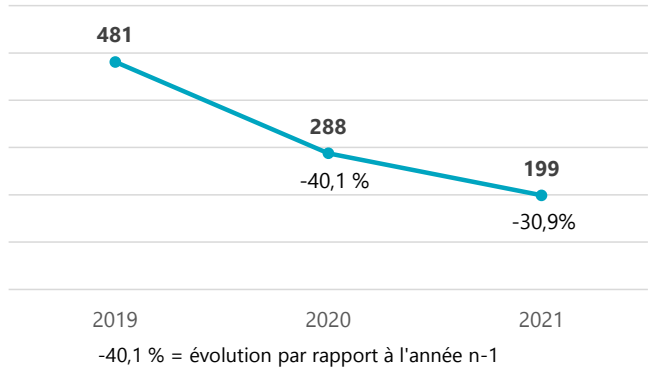
- 7 patients sur dix sont des hommes.
- 5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 8 patients sur dix ont un logement durable.
- 4 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 5 patients sur dix ont comme addiction la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

- 44 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA de la Moselle en 2021 proches à celles observées en 2019 en Grand Est.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

199 jeunes vus au sein des dix sites de CJC de la Moselle en 2021

File active en CJC en 2019, 2020 et 2021



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

- File active en CJC qui a diminué depuis 2019, sans doute 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 :
  - 45,0 % Cannabis,
  - 16,8 % Alcool,
  - 12,4 % Tabac.

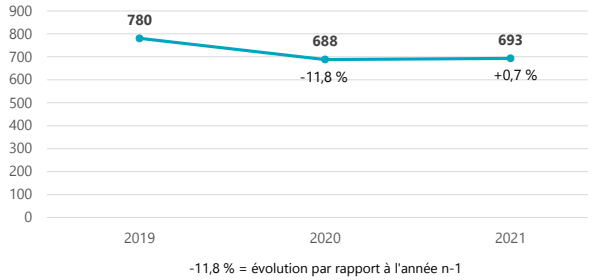
Notes

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

CAARUD DE LA MOSELLE

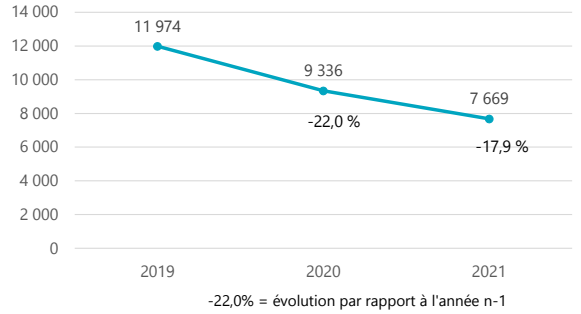
Une file active de 693 usagers vus au sein des 2 CAARUD de la Moselle en 2021

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



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

Contacts réalisés au sein du local principal/antennes des CAARUD de la Moselle en 2019, 2020 et 2021



- Une file active en légère baisse entre 2019 et 2020 puis stable en 2021 par rapport à 2020, tandis qu'on observe une diminution du nombre de contacts depuis 2019, pouvant être mis en lien avec la crise sanitaire liée à la Covid-19.

- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Alcool (42 pour 100 usagers),
  - Cannabis (36 pour 100 usagers),
  - Cocaïne (24 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon mosellan

Huit entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Deux structures médico-sociales,
- Quatre structures sanitaires,
- Deux mouvements d'entraide.

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

Accès à l'accompagnement et aux soins

- Sur ce territoire peu d'acteurs mentionnent une augmentation problématique de la file active. L'un d'eux attribue ce phénomène à une meilleure visibilité de leur structure (via des articles de presse, leur site internet, etc.).
- Le problème qui semble davantage préoccuper les acteurs du territoire est l'accès aux soins. Trois acteurs du territoire pointent une problématique de mobilité, surtout pour les usagers n'ayant pas ou plus leur permis, faute d'un réseau de transport en commun suffisant. Ils font part de lieux mal desservis ou d'un nombre de navettes trop faibles par jour.
- Face à cette problématique les acteurs tentent de développer l'aller-vers (CAARUD mobile, consultations décentralisées, maraudes, etc.), ainsi que d'autres stratégies telles que le remboursement du transport lorsque cela est possible (respect du cadre réglementaire).
- La problématique de l'accès au soin est également reliée à la répartition des structures et des dispositifs spécialisés en addictologie sur le territoire. Un acteur évoque une « *zone assez désertique* » au sud du département de la Moselle. Selon lui « *un CSAPA à Sarrebourg, ça changerait tout* ».

Des difficultés pour réaliser les actions de prévention

- Certaines structures réalisent des actions de prévention et peuvent également rencontrer des difficultés dans ce domaine, c'est tout particulièrement le cas avec le milieu scolaire. En effet, deux acteurs peinent à pouvoir faire de la prévention auprès des jeunes scolarisés :

  « *En milieu scolaire c'est compliqué car la population n'est pas forcément réceptive.* »

  « *Avant on rencontrait 2 000 enfants ou étudiants par an, et aujourd'hui plus que 200. On est moins sollicité de ce côté.* »

- Selon l'un d'eux, être en relation avec la « *médecine scolaire* » est un atout pour la prévention au sein des écoles.
- A contrario, l'un d'eux note des progrès du côté des entreprises :

  « *On a beaucoup de contacts avec la médecine du travail, il y a une prise de conscience sur les risques au travail, les comportements à risques. On est sollicité pour faire de la prévention dans ces milieux.* »

Autres problématiques

- Un acteur rencontre des difficultés de financement concernant le Bivudal. Il dit ne pas savoir s'il va être financé et si oui « *pour combien de patients* », sachant qu'il va y avoir de la demande pour ce traitement selon lui.
- Un autre acteur évoque des freins concernant l'application de certains principes de la RdRD dans le cadre hospitalier :

  « *Parfois les relations sont compliquées au niveau institutionnel, nos décisions doivent être légitimées par la CME* (Commission Médicale d'Etablissement). *La RdR peut poser des soucis psychologiques et moraux aux soignants. Proposer une seringue, culturellement, c'est compliqué. (…) On a une grande liberté dans notre travail quotidien, mais l'institution peut nous limiter.* »

- On retrouve là des différences de culture addictologique pouvant s'avérer problématiques dans la prise en charge ainsi que dans la coordination des parcours (cf. p 22).

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais

- Deux acteurs peinent à effectuer des relais avec la médecine de ville. Cela est dû au manque de médecin (départs à la retraite), mais également au refus de certains médecins restant de prendre en charge les usagers de la filière addictologique, notamment lorsqu'il s'agit de prescrire des TSO.
- Un autre acteur estime que les médecins généralistes renvoient les usagers vers eux sur le tard, autrement dit, quand la situation est déjà aggravée. En outre, ils transmettent peu d'informations ce qui génère un retard supplémentaire dans la prise en charge. Pour s'expliquer le manque d'investissement des médecins, l'acteur suppose que « *Les patients addicto embêtent les médecins…* ».
- On peut se demander si ces professionnels partagent certaines représentations négatives concernant les usagers de drogue et dans quelle mesure cela est susceptible d'impacter leur volonté de prendre en charge ce type de public.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais (suite)

- Le manque de relais avec le secteur de la psychiatrie est également évoqué par deux acteurs de terrain. L'un d'eux explique que « *La psy arrive moins à absorber notre file active… ce qui l'impacte forcément.* ». Un autre acteur explique qu'il lui est tout particulièrement difficile de relayer des usagers présentant « *différentes comorbidités* » car la psychiatrie leur « *renvoie la balle* ». Les professionnels de ce secteur semblent estimer que ces usagers n'ont pas le bon profil pour intégrer leur structure :

« Vous (secteur de l'addictologie) c'est les punks à chien et nous (secteur de la psychiatrie) c'est les gens qui pensent » (propos d'un acteur de la psychiatrie relayé par l'un des acteurs rencontrés)

- Cependant l'acteur souligne qu'il est nécessaire de travailler « *tous ensemble pour avoir une approche globale de la personne* », or cela implique de parvenir à un accord sur l'orientation et le parcours des usagers sujets à ces pathologies.

- Notons que cette problématique de relais avec le secteur de la psychiatrie ne semble pas concerner la totalité du territoire :

« en Moselle Est, il y'a une équipe mobile de psychiatrie qui est gérée par le CHS de Sarreguemines qui fonctionne très bien avec les partenaires locaux. On se coordonne très bien avec eux, y'a une fluidité, mais il n'y a pas ça sur Metz, il n'y a pas d'équipe mobile ou en tout cas elle n'est pas encore active. »

- D'après les témoignages, il serait également complexe de relayer vers les partenaires les usagers qui n'ont pas accès aux droits sociaux ou dont la situation n'est pas régularisée.

- Enfin, concernant les lits de sevrage, deux acteurs du territoire parlent de « *denrée rare* » :

« Globalement, c'est la course pour trouver des lits de sevrage disponibles. »

- L'un d'eux a développé une stratégie pour permettre l'accès au sevrage, or cela s'avère source de problèmes supplémentaires :

« Quand on envoie quelqu'un en sevrage, on utilise service admission psy qui n'est pas un service de sevrage. Ça entraine des difficultés relationnelles. »

- Un acteur nous sensibilise à l'importance de préparer le sevrage au risque que celui-ci soit un échec. C'est pourquoi l'accès au sevrage au sein de la structure qu'il représente se fait désormais via la plateforme Doctolib. Cette stratégie permet de poser des filtres et d'éviter l'arrivée de patients qui ne sont pas encore « *prêts* » (ex : pas de bilans sanguins). Il s'agit là d'un tri des patients nécessaire à l'efficience du soin d'après l'acteur rencontré.

- La transition entre le sevrage et la post-cure doit aussi être anticipée pour se réaliser dans les meilleurs délais, or cela n'est pas toujours aisé à réaliser lorsqu'il existe une liste d'attente pour accéder à la post-cure. Pour faire face à cette problématique un acteur du territoire a développé des stratégies :
  - conserver le patient plus longtemps au sein du service,
  - ou reprendre le sevrage quinze jours avant la post-cure (notamment s'il y a rechute).

- Notons que les délais d'accès pour la post-cure sont dits « *acceptables* » par les acteurs du territoire.

- Enfin, un acteur pointe l'intérêt de doubler la durée d'hospitalisation en post-cure afin de prévenir le risque de rechute.

La nécessité de (re)créer une dynamique commune

- Malgré les difficultés évoquées, le territoire présente plusieurs atouts susceptibles de contribuer à des relations partenariales efficientes :
  - L'existence de CPTS,
  - L'existence de microstructures,
  - Ainsi qu'un Dispositif d »appui à la coordination (DAC) en lancement.

- En outre, bien que des difficultés d'accès à l'hébergement subsistent sur le territoire, deux acteurs présentent le réseau HéTAGE comme un atout qui « *facilite le contact des structures résidentielles et permet d'éviter les ruptures de parcours et de poursuivre le soin en résidentiel* ».

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Relations partenariales

La nécessité de (re)créer une dynamique commune (suite)

- Cependant, deux acteurs témoignent d'une bonne inclusion dans le réseau et d'une coordination plutôt aisée sur le territoire, trois autres pointent le besoin de développer une véritable dynamique de territoire.
- Si l'envie est là, plusieurs freins existent :
  - Un nombre important de partenaires sur le territoire, d'où des difficultés à se connaitre :

    « *Il y a beaucoup d'intervenants possibles, on ne se connait pas bien les uns les autres.* »

    « *Ça nécessite un gros travail pour tenir et garder le contact avec les acteurs.* »
  - Une charge de travail trop importante qui empêche de s'investir dans cette dynamique commune :

    « *On note une cassure depuis 2020. Tout le monde essaye de travailler comme il peut dans son coin avec ce qu'il a, et là on sent des gens qui ont envie de connaitre ce que fait l'autre, mais ils ont tellement la tête dans le guidon que ce n'est pas possible. (…) ça prend du temps de créer une telle dynamique, alors qu'on fait d'autres choses en parallèle… bref ça a un coût.* »
- Créer des temps d'échanges entre les partenaires du territoire permettrait également de travailler sur certaines représentations erronées pesant sur les services d'addictologie :

  « *Nos structures ne sont pas toujours connues et si c'est le cas, ils n'ont pas toujours les bonnes représentations. Il y a des perceptions très imagées, très clichées. Donc on a intérêt à expliquer qui nous sommes, ce que nous faisons et comment nous participons à cette dynamique de santé.* »
- L'acteur cité suggère le maintien des groupes de travail générés lors du CLS de sorte à conserver « *une logique de réseau* ».

Ressources humaines et financement

Diverses problématiques de financement

- L'obtention de financement nécessite souvent de postuler à des appels à projet, or ces démarches prennent du temps au point où certains acteurs de terrain préfèrent ne pas tenter leur chance. Par ailleurs, un des acteurs du sanitaire a le sentiment que les appels à projets « *correspondent beaucoup plus à l'ambulatoire qu'au sanitaire* ».
- D'autres problématiques concernant les finances sont pointées :
  - Dans le domaine du logement les budgets n'évoluent pas tandis que les loyers augmentent,
  - La prévention n'étant pas financée, les CSAPA s'ils veulent réaliser des actions de prévention doivent chercher des financements.
- Ce manque de ressources financières est susceptible d'impacter les ressources humaines et de ce fait diverses activités menées par les structures ou projets.

Un manque de ressources humaines

- Concernant les ressources humaines les acteurs font part de « *postes non assurés* », d'équipes « *trop petites* » et de personnel nécessitant d'être formé à l'addictologie (renouvellement des équipes). Les mouvements d'entraide manquent également de bénévoles et de ressources pour financer leur formation.

Les addictions sans substance

- Les addictions sans substances sont dites peu fréquentes (ex : addictions aux jeux), voire « *extrêmement rares* » (ex : addiction au sexe). Notons que d'après l'Association Addictions France, « *Les addictions aux jeux de hasard et d'argent et aux jeux vidéo sont les seuls troubles comportementaux reconnus dans la classification internationale des addictions.*». Cela peut également induire une sous-déclaration de certains troubles du comportement, notamment sexuel.
- Cependant, un acteur observe une augmentation des personnes présentant des addictions sans substances au sein de la file active de sa structure. Il explique :

« *On commence à être identifié sur ces points là et à avoir du monde. Le bouche à oreille peut faire augmenter la file. C'était déjà le cas avec l'alcool. Quand on a commencé à faire des accompagnements sur cette question, et donc à être identifié comme tel par les partenaires, ça a eu un impact sur la file active. Le premier produit avant c'était l'héroïne, maintenant c'est l'alcool.* »

- Ce témoignage nourrit également l'hypothèse selon laquelle la part des personnes sujette aux addictions sans substances pourrait s'avérer plus importante que ce que les acteurs en perçoivent actuellement au sein de leur file active. Notons également que certains considèrent que ces problématiques comportementales relèvent d'un « *transfert* » / « *glissement* » d'une addiction avec substance vers une addiction sans substance :

« Nous avons eu le cas une fois d'hospitalisation pour une addiction sans produit mais parce que le patient avait fait un transfert, il a remplacé sontaddiction à la cocaïne par une addiction aux écrans. »

En résumé

La Moselle est un territoire urbain avec :

- Des indicateurs montrant :
  - une sous-prévalence de patients traités par rapport au Grand Est (une des plus faibles) concernant l'alcool ; et en diminution de -15,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool entre 2015 et 2019. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié à l'alcool proche du Grand Est ; sans évolution notable entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence proche du Grand Est en ce qui concerne le tabac ; sans augmentation notable (différence statistiquement non significative) du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019 mais des EPCI en suprévalence. Pour les substituts nicotiniques, le département enregistre un taux plus faible qu'en Grand Est de patients en bénéficiant. En revanche, concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac le plus élevé du Grand Est ; mais sans évolution notable entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une sous-prévalence par rapport au Grand Est concernant le cannabis ; mais en augmentation de +25,0 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019 (304 patients traités cette dernière année).
  - Concernant les drogues illicites (hors cannabis), une tendance à la sous-prévalence d'après les indicateurs disponibles ; et en diminution de -11,8 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié aux autres substance entre 2015 et 2019.
  - La Métropole de Metz enregistre toutefois des surprévalences pour les différents produits ce qui pourrait être, entre autres, en lien avec l'offre de prise en charge sur le territoire.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - Une co-consommation d'alcool et de tabac identifiée par les professionnels (mais la prise en charge de la consommation de tabac n'est pas forcément considérée comme une priorité).
  - Une augmentation de consommation de cocaïne et crack.
  - Un détournement de médicaments, consommés en parallèle d'autres produits psychoactifs.
  - Une difficulté vis-à-vis du CBD et de son statut au sein des établissements.
  - Des structures pas encore suffisamment identifiées sur la prise en charge des addictions sans substances.
  - Des difficultés d'accès aux soins faute de transports en commun suffisants ainsi qu'une répartition inégale des structures sur le territoire.
  - Des difficultés d'accès également au milieu scolaire pour y réaliser de la prévention.
  - Des difficultés de financement du Bivudal.
  - Des difficultés à effectuer des relais avec la médecine de ville et la psychiatrie.
  - L'envie et le besoin de créer une dynamique de territoire autour des questions addictologiques mais des difficultés à maintenir un investissement faute de temps disponible.
  - Un manque de financements et de ressources humaines qui freinent les activités des structures et notamment la prévention.

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