Octobre 2023

88 Diagnostics addictologiques départementaux en Grand Est

VOSGES

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 sept dans les Vosges.** 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.

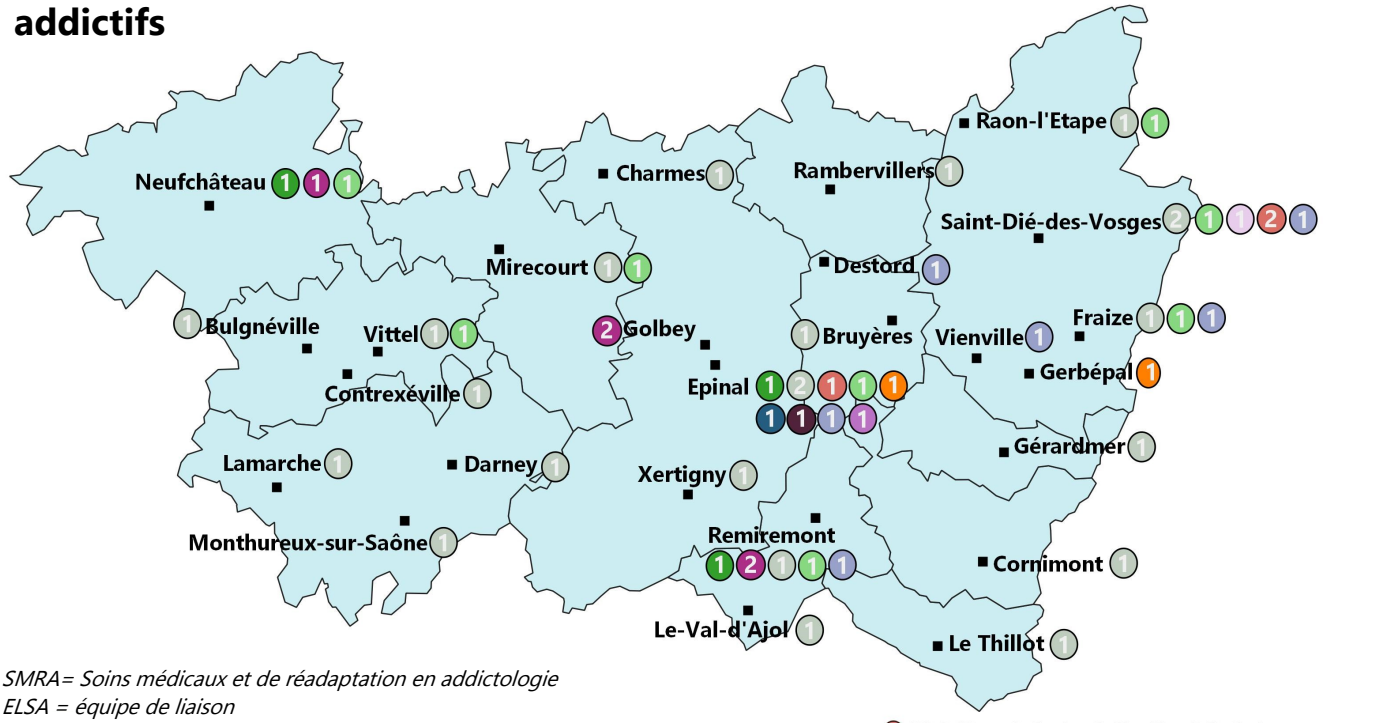
Description de quelques indicateurs quantitatifs

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

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



SMRA= Soins médicaux et de réadaptation en addictologie
ELSA = équipe de liaison
CSAPA = centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CJC = consultation jeunes consommateurs
CAARUD = centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
LHSS = Lit halte soins santé ; LAM = lit d'accueil médicalisé ; ACT = appartements de coordination thérapeutique. Ces structures ne sont pas spécifiques pour la prise en charge addictologique. Néanmoins, un certains nombre de personnes souffrant d'un trouble addictif est pris en charge par ce type de structure.
**Le réseau des microstructures porte 3 microstructures sur le territoire*
Source : Annuaire des structures addictologiques - Grand Est Addictions (extraction janvier 2023)

- Hôpital (consultation hospitalière / hospitalisation)
- SMRA
- ELSA
- CSAPA ambulatoire / hospitalier
- CJC
- Antenne / consultation avancée de CSAPA ambulatoire / hospitalier
- CSAPA avec hebergements
- CAARUD
- Antenne / unité mobile de CAARUD
- Mouvement d'entraide
- Réseau de santé - Association de prévention
- LHSS - LAM - ACT
- Réseau des microstructures*

Nombre et taux de lieux de mises en œuvre pour 100 000 habitants de 15-75 ans dans les Vosges (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)	1,1 (0,7)
Antenne ou consultation avancée de CSAPA ambulatoire	22 (116)	8,2 (2,8)
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) avec hébergement	2 (13)	0,7 (0,3)
Consultation jeune consommateur (CJC)	8 (93)	14,2* (9,6)
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	1 (14)	0,4 (0,3)
Antenne ou unité mobile de CAARUD	1 (21)	0,4 (0,5)
Microstructure en addictologie	3 (41)	1,1 (1,0)
Halte Soins Addictions (anciennement Salle de consommation à moindre risques)	0 (2)	0,0 (0,0)
Service hospitalier (hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, consultation hospitalière, hospitalisation de jour)	3 (54)	1,1 (1,3)
Equipe de liaison en addictologie (ELSA)	1 (22)	0,4 (0,5)
Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie (SMRA)	0 (5)	0,0 (0,1)
Réseau de santé "en addictologie"	0 (7)	0,0 (0,2)
Association de prévention	0 (13)	0,0 (0,3)
Mouvement d'entraide (addictologie)	6 (74)	2,2 (1,8)
Lit halte soins santé (LHSS), lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)	5 (48)	1,9 (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).

7 places en appartements thérapeutiques relais (ATR).

La DT88

D'après la DT88, le maillage est correct mais pas suffisant au niveau de la prise en charge hospitalière (notamment lors de recherches de place pour sevrage) avec notamment l'absence de service hospitalier dans l'Ouest Vosgien.

Les partenaires (notamment CSAPA) sont bien répartis ce qui permet de couvrir le territoire Vosgien de manière égale.

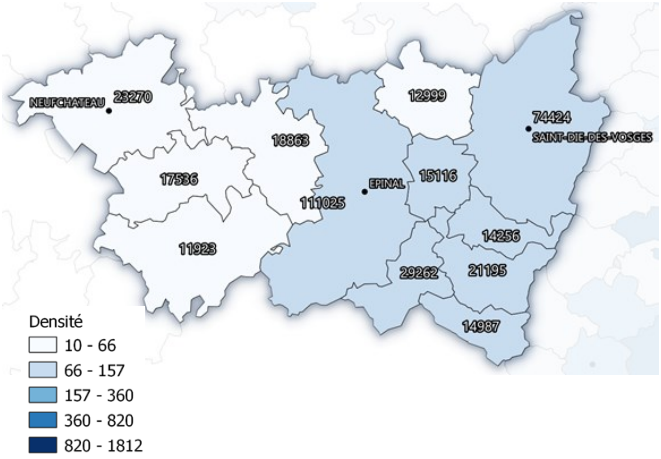
Les taux de lieux de mises en œuvre calculés ci-dessus n'intègrent pas la taille des lieux de mises en œuvre qui peuvent être très variables d'un lieu à un autre.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les Vosges, un département :

- Rural, avec une densité de population beaucoup moins importante qu'en Grand Est (62,1 hab./km² vs 96,7 en région en 2019).
- Beaucoup plus vieillissant que le Grand Est (indice de vieillissement : 108,5 vs 86,2 en région en 2019).
- Avec un taux de pauvreté un peu plus élevé qu'en Grand Est (15,2 % vs 14,7 % en région en 2019).

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



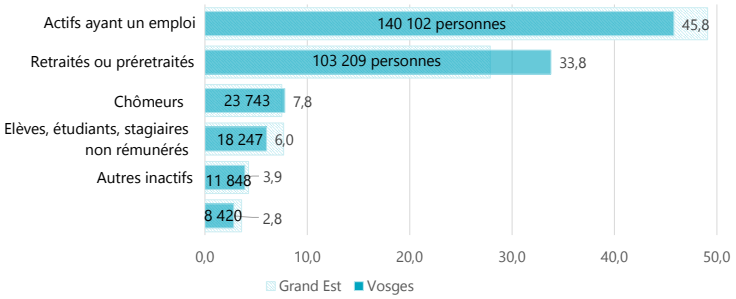
Source : Insee-RP, Exploitation ORS Grand Est

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

	Tout âge	15-29 ans	65 ans et plus
Vosges	365 499	54 394 (15 %)	86 825 (24 %)
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 %)

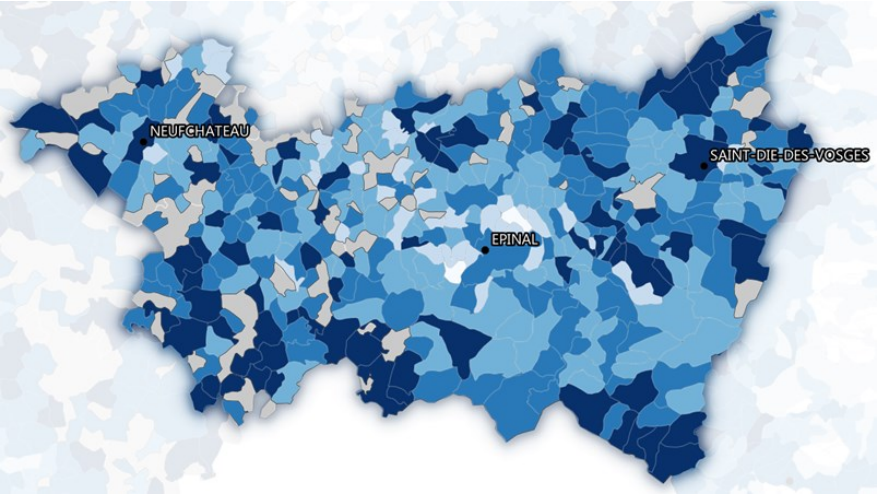
Dans Les Vosges, 15 % des habitants ont entre 15-29 ans et 24 % ont 65 ans et plus.

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



	Taux d'accroissement annuel moyen 2014-2019	Indice de vieillissement 2019	Taux de pauvreté en 2019
Vosges :	-0,5 %	108,5	15,2 %
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

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 : Vosges

Notes

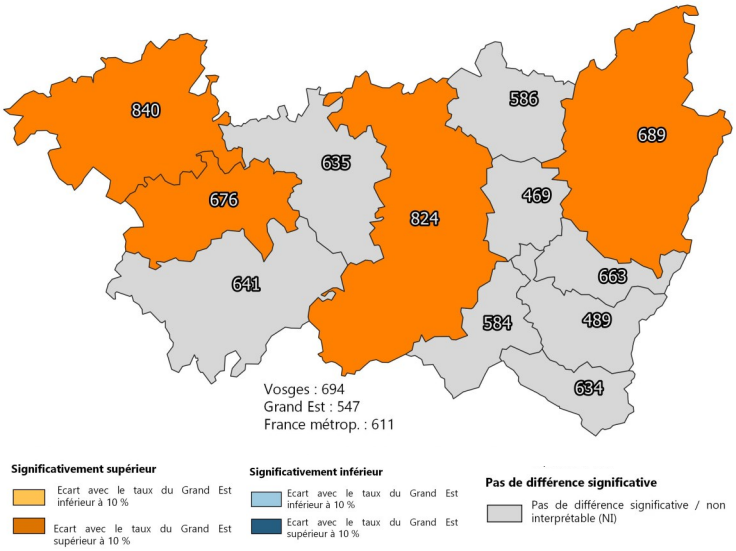
La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (French Deprivation Index). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur 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).

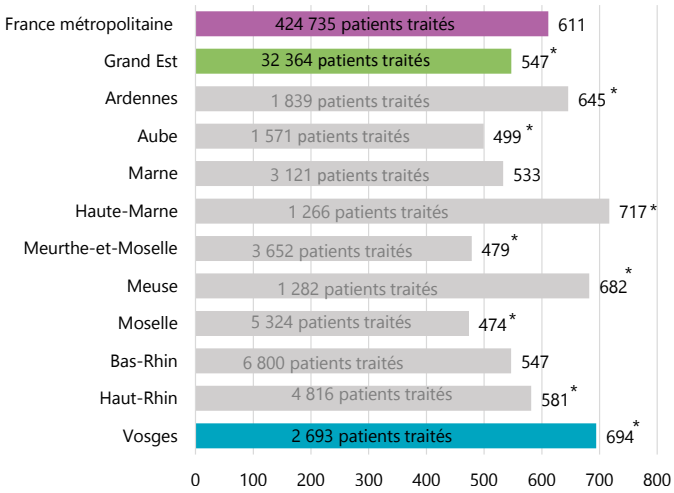
ADDICTIONS : QUELQUES INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

2 693 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 694 pour 100 000 habitants dans Les Vosges. Il est supérieur (et même le plus élevé de la région) à celui observé en Grand Est (547 pour 100 000 habitants) (différence statistiquement significative).
- 4 EPCI des Vosges ont un taux statistiquement supérieur au Grand Est dont la CA d'Epinal (effectif = 1 000 patients) ; il semble que cela corresponde aux EPCI avec le plus d'offres de prise en charge.

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

1 901 patients

TABAC

855 patients

CANNABIS

148 patients

AUTRES SUBSTANCES

343 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.

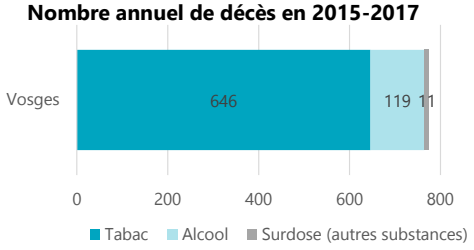
Il est toutefois difficile d'interpréter les sur-prévalences ou sous-prévalences de prise en charge. Différents facteurs peuvent intervenir : moindre ou sur-prévalence effective, présence ou non d'une offre de prise en charge pouvant aussi impacter les taux de patients traités, organisation de l'offre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

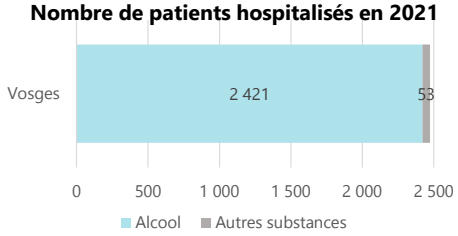
- Il engendre aussi un nombre important de patients hospitalisés (plus de 2 420 patients dans les Vosges), alors que seuls 53 patients ont été hospitalisés pour usage d'une autre substance
- En revanche, le tabac est le produit causant le plus de décès (646 décès par an).

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

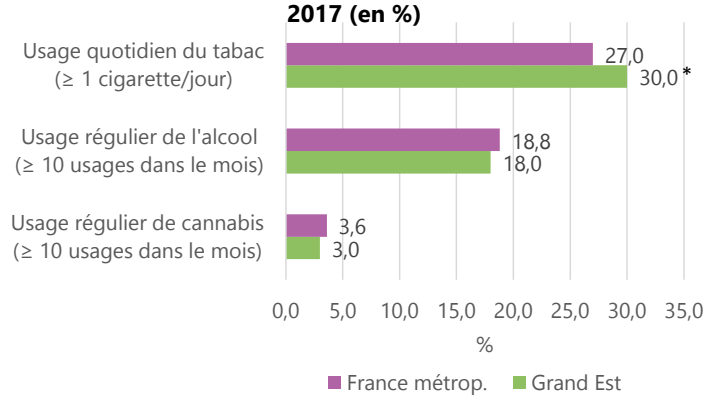
Une prise en charge médico-sociale assurée par les CSAPA et le CAARUD du département *(cf. plus de détails page 18)*

- Un peu moins de 2 100 patients ont été pris en charge par les 3 CSAPA ambulatoires des Vosges en 2021, principalement pour une prise en charge liée à l'alcool (7 patients sur 10).
- Dont un peu plus de 110 jeunes au sein des 8 sites de CJC des Vosges, principalement pour une prise en charge liée à de la cyberaddictions (4 jeunes sur 10).
- Au sein du CAARUD, 390 usagers ont été vus en 2021 au sein du local principal/antennes pour un peu moins de 3 010 passages/contacts.

DES DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

Un usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans en Grand Est plus important qu'en France métropolitaine et un usage régulier de l'alcool et du cannabis similaire à la France métrop.

Usage de l'alcool, du tabac et du cannabis chez les 18-75 ans en 2017 (en %)



**statistiquement différent de la France métrop.*

Source : Baromètre santé 2017 de SpF ; exploitation ORS Grand Est

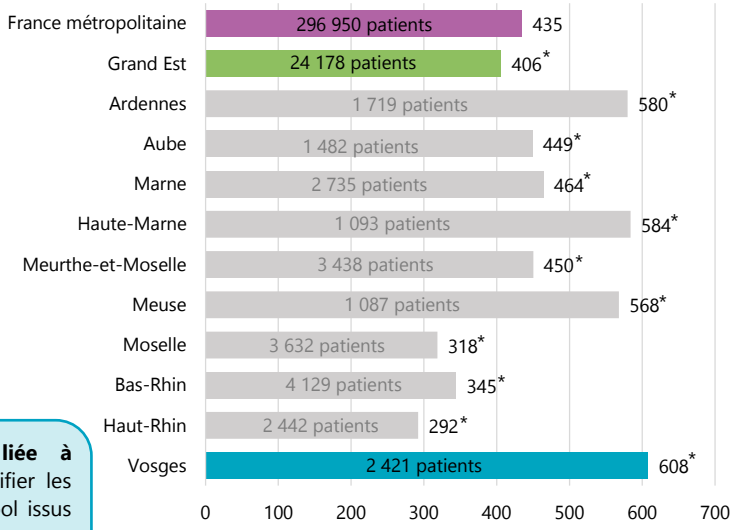
- Parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, l'usage quotidien du tabac chez les 18-75 ans est le plus fréquent (30,0 %) dans le Grand Est en 2017, comme en France métropolitaine, avec de plus une part de consommants significativement plus élevée dans la région (30,0 % vs 27,0 % en France métrop.).
- A noter : L'enquête ESCAPAD 2022 a montré chez les jeunes de 17 ans une baisse de tous les usages de drogues depuis la précédente enquête de 2017.

ALCOOL

2 421 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en 2021

- Dont 215 patients de 15-29 ans et 793 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 608 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (406 pour 100 000 habitants) ; taux le plus élevé des département de la région.
- Mais stable depuis 2016 (évolution +0,5 % statistiquement non significative).
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques d'hospitalisations variables ?

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



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

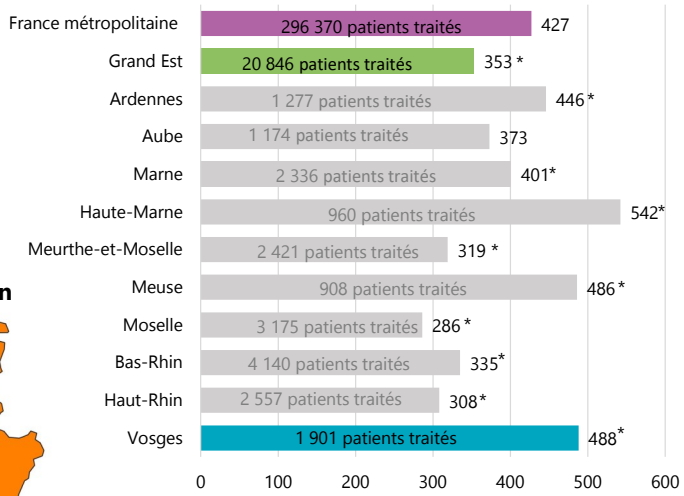
Notes

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

1 901 patients traités pour un trouble addictif lié à l'alcool en 2019

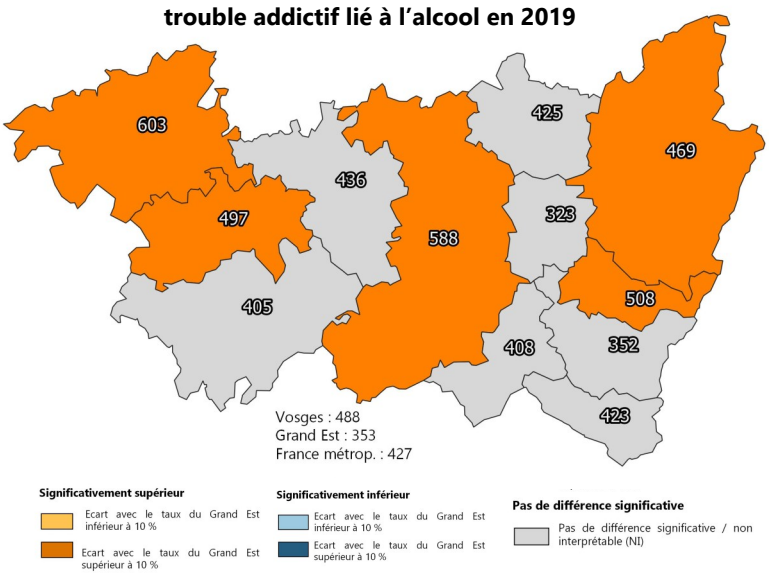
- Dont 270 patients de 15-29 ans et 430 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 488 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (353 pour 100 000 habitants) et est notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- Mais stable depuis 2015 (évolution de -1,8 % statistiquement non significative).

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



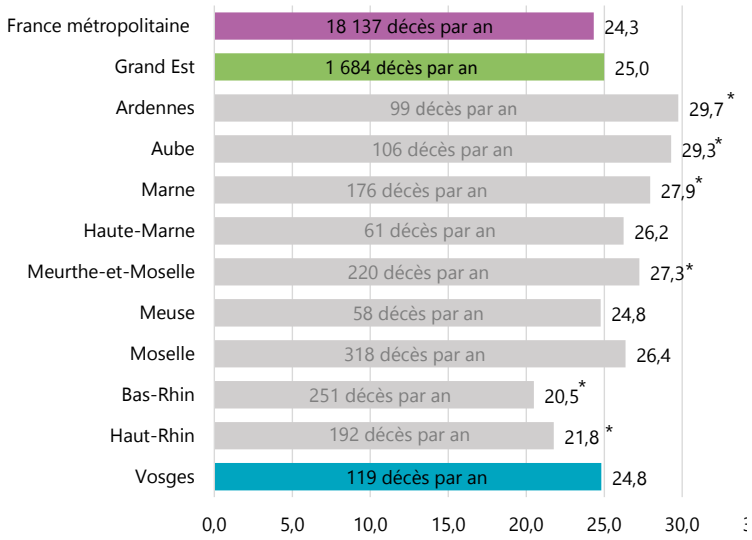
Notes

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 personnes.

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

119 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 24,8 pour 100 000 habitants similaire à celui du Grand Est (25,0 pour 100 000 habitants).
- En diminution de –12,9 % par rapport à 2012-2014 (différence statistiquement non significative).
- A l'échelle des EPCI, les trois ayant le plus de décès annuels sont :
  - La CA de St-Dié-des-Vosges (33 décès annuels),
  - La CA d'Epinal (27 décès annuels),
  - Le CC de la Région de Rambervillers (13 décès annuels).

Notes

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

30 % des personnes tuées dans un accident de la route le sont avec un conducteur alcoolisé en 2017-2021

- 20 décès annuels moyens calculés 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).
- En augmentation alors que dans le Grand Est et la France métropolitaine, les parts sont relativement constantes (mais effectif assez faible dans les Vosges).

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
Vosges	21 %	30 %
Grand Est	26 %	30 %
France métrop.	29 %	27 %

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

L'alcool est mentionné par six acteurs de terrain, dont deux travaillant avec un public en situation de précarité. Un acteur de l'hébergement fait part d'un phénomène de « *compensation* » de la consommation d'alcool par « *une consommation massive de coca, jusqu'à s'en rendre malade* ». Selon l'acteur, le coca remplace l'apport en sucre anciennement procuré par l'alcool.

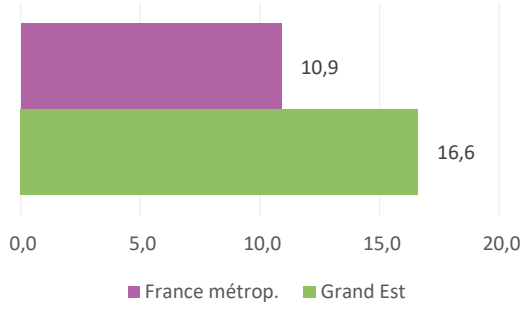
Les acteurs travaillant auprès du public en situation de précarité observent que l'alcool est le produit le plus consommé au sein de la file active de la structure. L'un d'eux fait part d'un phénomène nouveau (survenu après la pandémie de covid19) concernant les chantiers d'insertion :

« On est préoccupé parce que les personnes arrivent alcoolisées (...), elles prennent des risques sur leur lieu de travail. (...) Le parcours d'insertion peut s'arrêter... »

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

Un taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique plus élevé en Grand Est

Taux brut d'interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants de 15-74 ans en Grand Est et en France métrop en 2017



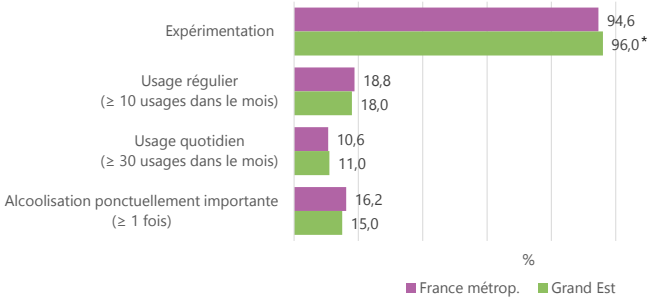
Source : Ofdt , d'après DGGN, DGPN, Préfecture de Police de Paris

- Augmentation en Grand Est de +21,2 % par rapport à 2015 (vs +1,9 % en France métrop.).

⚠ Les données administratives telles que les interpellations pour ivresse sur la voie publique, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici de la présence d'individus en état d'ivresse sur la voie publique, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

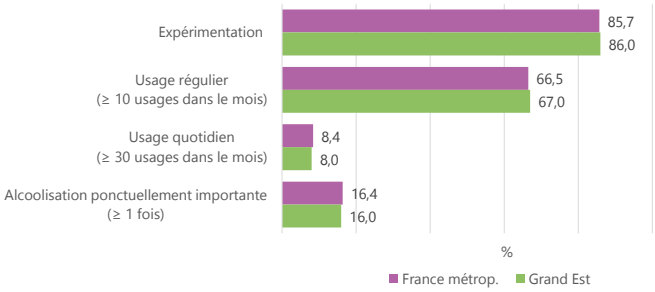
Un usage de l'alcool environ similaire à celui observé en France métropolitaine

Usage de l'alcool à l'âge adulte (18-75 ans) en 2017 en Grand Est et en France métropolitaine (en %)



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

Usage de l'alcool à 17 ans en 2017 en Grand Est et en France métropolitaine (en %)



** statistiquement différent de la France métropolitaine*
Effectifs : 3 046 jeunes en Grand Est ; 39 115 jeunes en France métropolitaine
Source : Escapad, Ofdt

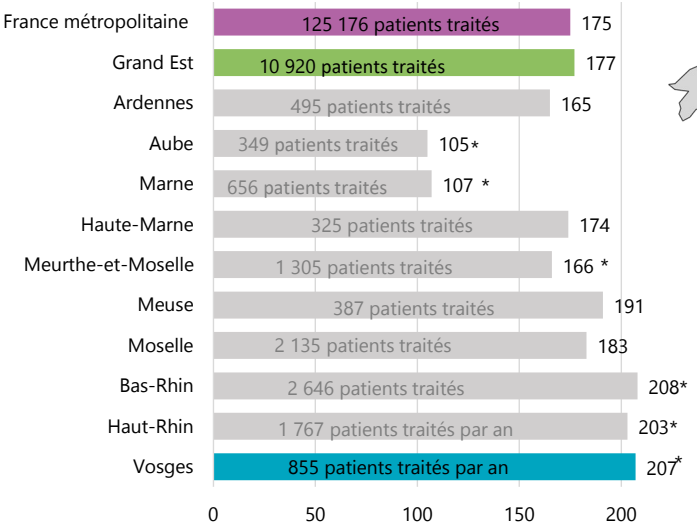
- Mise à part pour l'expérimentation des 18-75 ans, les parts de populations consommant de l'alcool en Grand Est sont proches de ce qui est observé en France métropolitaine.
- L'usage régulier de l'alcool chez les 18-75 ans en diminution en Grand Est (-18,2 %) et en France métrop. (-16,8 %) depuis 2005.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

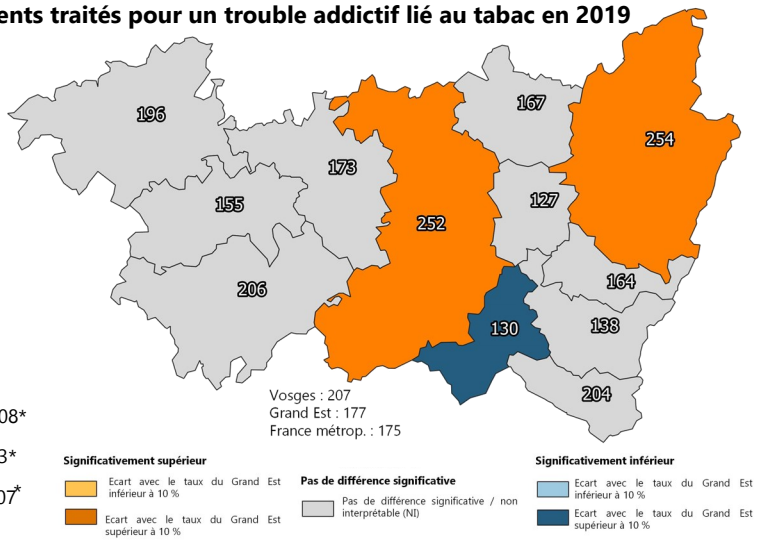
TABAC

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

- Dont 23 patients de 15-29 ans et 241 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 207 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (177). 2 EPCI en surprévalence
- En augmentation de +35,3 % depuis 2015 (évolution significative).

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





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

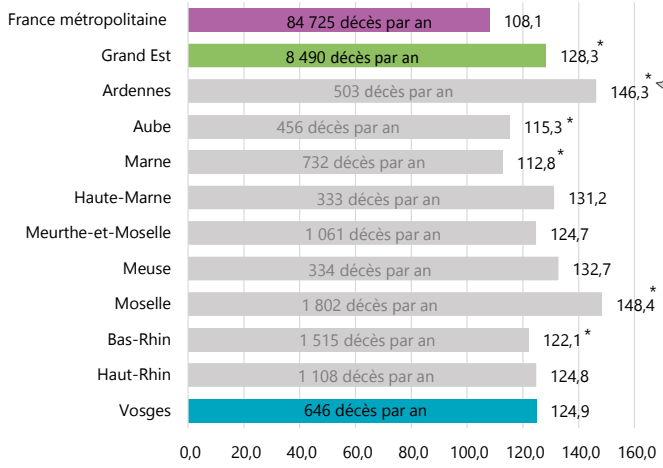
Notes

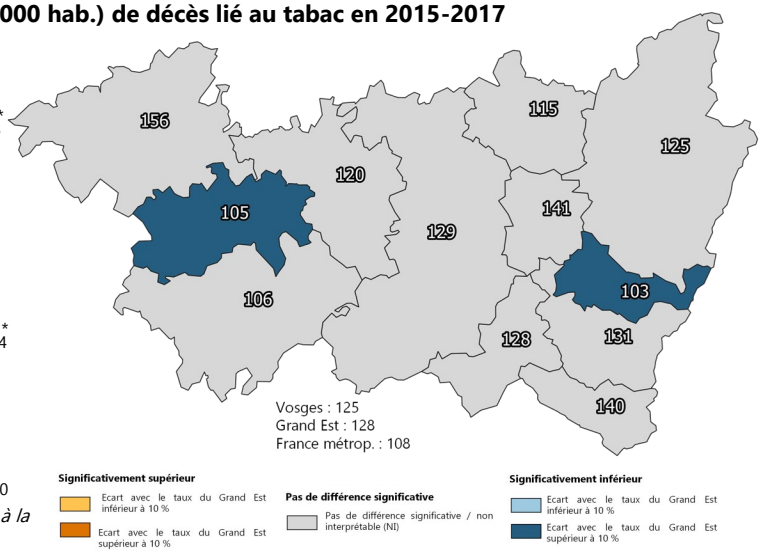
Patients traités pour une addiction liée au tabac : l'indicateur comprend les personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic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

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

- Taux standardisé de 125 pour 100 000 habitants proche de celui de la région (128).
- En diminution de -3,5 % 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

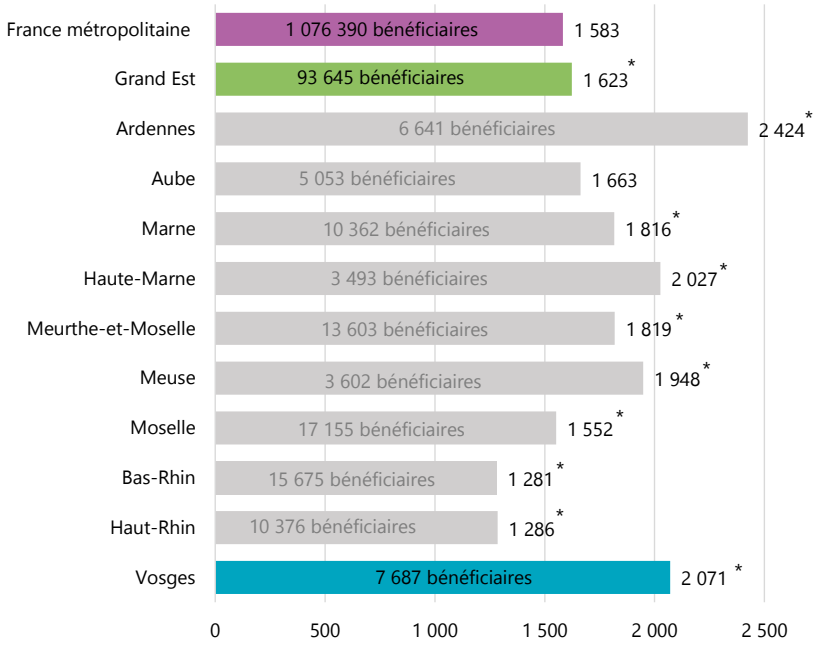
- Un taux significativement inférieur au niveau régional repéré dans la CC Terre d'Eau et dans la CC Gérardmer Hautes Vosges mais à nuancer au regard des faibles effectifs (respectivement 27 et 23 décès annuels).

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.

7 687 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 938 patients de 15-29 ans et 975 de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 2 071 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (1 623 pour 100 000 habitants) et est notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSN pour le Grand Est est déjà statistiquement plus élevé par rapport à la France métropolitaine.
- Des disparités très fortes au niveau des départements ; des pratiques de prescriptions variables ?

Notes

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Quatre acteurs de terrain évoquent le tabac lorsqu'ils sont questionnés sur les consommations courantes des usagers de leur file active. La moitié d'entre eux travaille avec un public en situation de précarité. Ces derniers précisent que la quasi-totalité, voire la totalité, des personnes prises en charge fument. Le représentant d'un mouvement d'entraide ajoute à propos de ce produit :

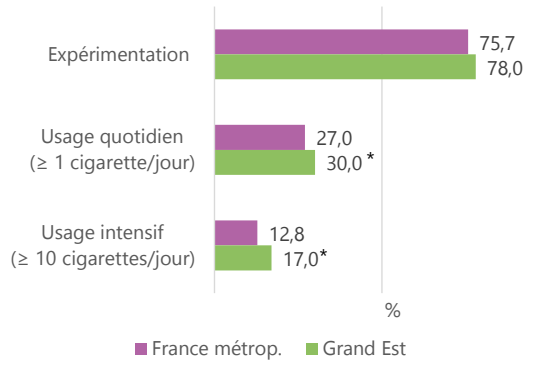
« *On ne parle jamais de tabac. Les gens ne pensent pas que c'est une drogue* ».

Ce témoignage laisse entendre les usagers sont moins préoccupés par cette consommation que par d'autres. A noter que, d'après plusieurs témoignages d'acteurs du Grand Est, le tabac est rarement le produit qui conduit l'usager à demander une prise en charge en addictologie. De plus, cette consommation est dite « *discrète* » comparé 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.

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

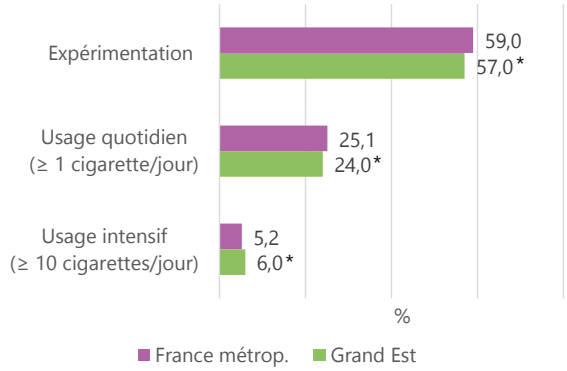
Un usage du tabac à 17 ans en Grand Est statistiquement différent de la France métrop.

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.

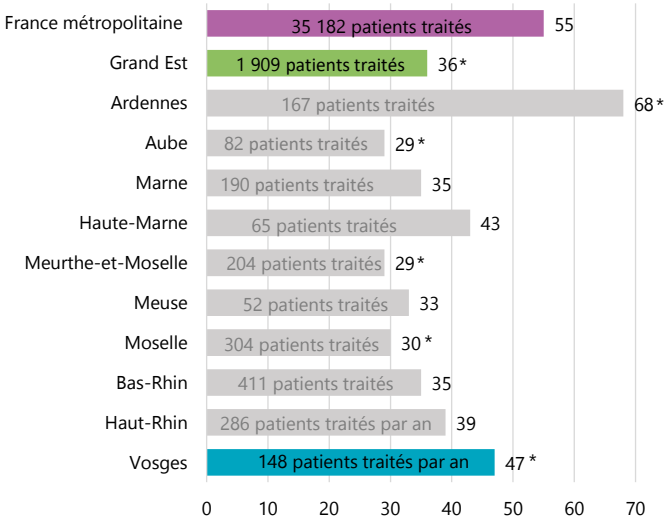
- Les données d'ESCAPAD 2022 montrent également une diminution de l'usage quotidien du tabac à 17 ans avec une prévalence de 15,6 % en France métrop.

CANNABIS

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

- Dont 53 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 47 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est (36 pour 100 000 habitants) est est notamment l'un des plus élevés du Grand Est.
- En augmentation de +46,9 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, trois ont un effectif supérieur à 10 dont la CA d'Epinal qui a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (57 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 59 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

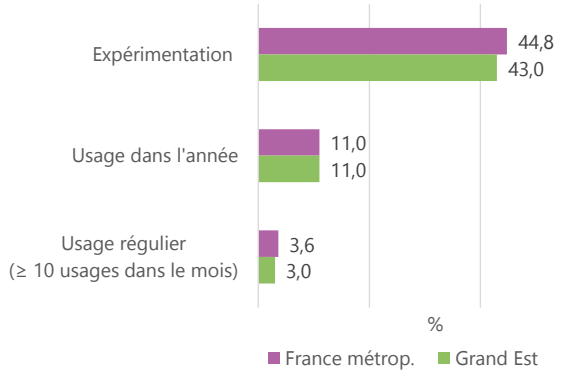
Notes

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

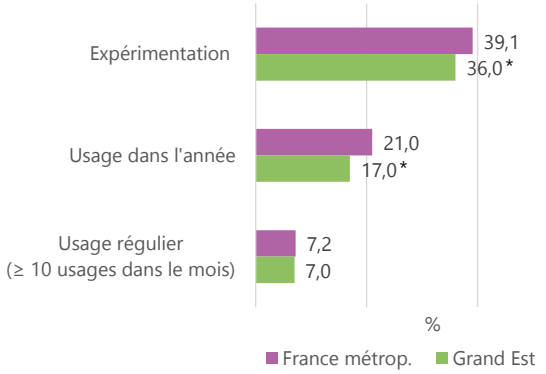
Une expérimentation et un usage du cannabis à 17 ans en Grand Est statistiquement inférieurs à la France métrop.

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

Deux acteurs de terrain évoquent une consommation de cannabis et l'un d'eux précise que cela concerne tout particulièrement le public dit « *jeune* » qu'il situe entre 18 et 24 ans. La consommation de cannabis est également observée chez les personnes embauchées dans le cadre de chantiers d'insertion.

AUTRES SUBSTANCES

Notes

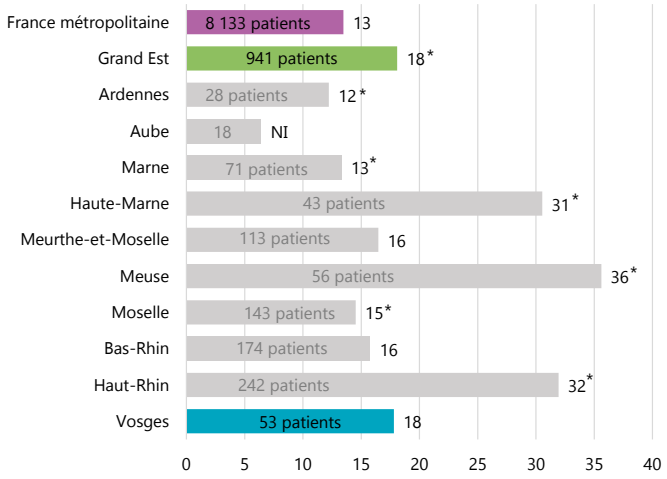
Les autres substances désignent toutes substances psycho-actives (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis). Cela comprend donc toutes les autres drogues illicites que le cannabis comme par exemple l'héroïne, la cocaïne, etc...

53 patients hospitalisés pour un usage de drogue illicite en 2021

- Dont 15 patients de 15-29 ans et <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 18 pour 100 000 habitants, similaire à celui du Grand Est.
- En augmentation de +26 % 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

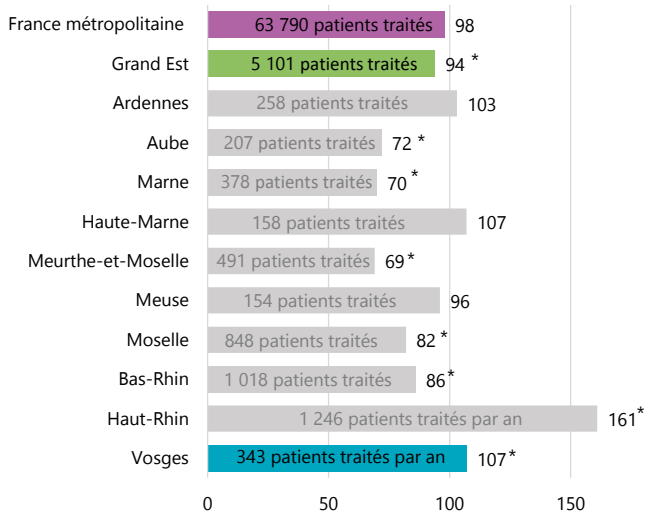
L'indicateur **patients hospitalisés pour un usage de drogue** comprend la liste des codes CIM10 suivants : EF11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62 ou Y12. Il est calculé selon le lieu de résidence des personnes.

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

- Dont 41 patients de 15-29 ans et 16 patients de 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 107 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en Grand Est.
- En augmentation de +25,9 % depuis 2015 (évolution significative).
- A l'échelle des EPCI, la CA d'Epinal a un taux standardisé statistiquement supérieur à la région (131 pour 100 000 hab.) avec un effectif de 138 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 et crack

La cocaïne est mentionnée par quatre acteurs de terrain dont trois travaillant avec un public en situation de précarité. Les avis sur l'importance de cette consommation divergent : l'un parle d'une augmentation, un autre relève « *peu* » d'usagers concernés. Quant au crack, un acteur parle d'une « *arrivée récente* » sur le territoire. Un professionnel se montre préoccupé par les femmes consommant de la cocaïne : selon lui elles sont nombreuses à se « *prostituer* » pour se procurer le produit. Il qualifie ce phénomène récent de « *véritable fléau* ».

Opioïdes

Quatre acteurs mentionnent des produits appartenant à la famille des opioïdes sur ce territoire. L'héroïne est mentionnée une fois. Un acteur dit avoir observé beaucoup d'overdoses depuis le déconfinement, car les produits sont « *moins coupés* ». Toujours selon lui, l'injection est moins pratiquée et « *les gens consomment en solitaire, ils commandent leurs produits sur internet avec Uber. Depuis le confinement ça a pris une place importante.* »

Deux acteurs évoquent le détournement de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), plus précisément de la Méthadone. Un acteur précise que les TSO « *sont peu utilisés à bon escient, ils servent juste quand la personne n'a pas de cam'* ».

Médicaments et mésusages

Deux acteurs de terrain mentionnent l'usage d'autres médicaments potentiellement « *détournés* », notamment les benzodiazépines.

Autres consommations

Le protoxyde d'azote et le CBD sont des produits mentionnés par un seul acteur chacun. L'un d'eux note que « *les produits arrivent tard* (dans les Vosges) *par rapport aux autres départements* ». Cet avis est partagé par un autre acteur du territoire.

Pour autant, deux professionnels mentionnent la présence de Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) sur leur territoire d'activité. L'un d'eux précise que cela concerne le public « *jeune* » et ajoute :

« *Le temps de se former à ces nouveaux produits on se retrouve dépassé par l'arrivée de nouvelles drogues.* »

Enfin, 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.* »

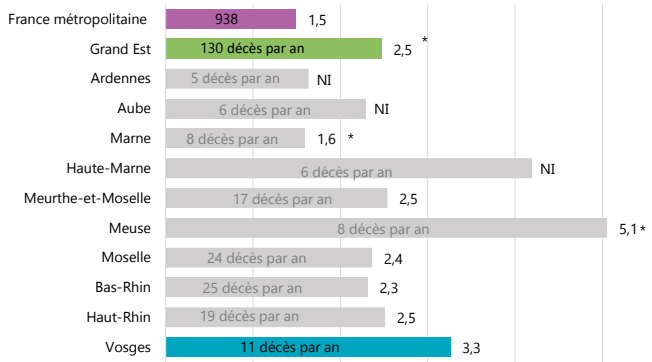
L'acteur précise que l'équipe a participé à un colloque sur ce sujet il y a cinq ans de cela. Les professionnels ne pensaient pas qu'ils seraient confrontés à ce type de problématique, et pourtant plusieurs cas se sont présentés depuis. Forts de ce temps d'information, les membres de l'équipe « *avaient les ressources et connaissances* » pour accompagner ces usagers.

Enfin, il précise également que la pratique du chemsex peut être associée à une addiction sans produit, tout particulièrement l'addiction au sexe.

On note 11 décès annuels par surdose dans les Vosges sur la période 2015-2017

- Un taux standardisé de décès par surdose dans les Vosges (3,3 pour 100 000 hab.) un peu plus élevé qu'en Grand Est (2,5 pour 100 000 hab.) (différence statistiquement non significative).
- A noter en revanche que le taux standardisé de décès par surdose pour le Grand Est est statistiquement supérieur à celui de la France métropolitaine (1,5 pour 100 000 hab.).

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



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

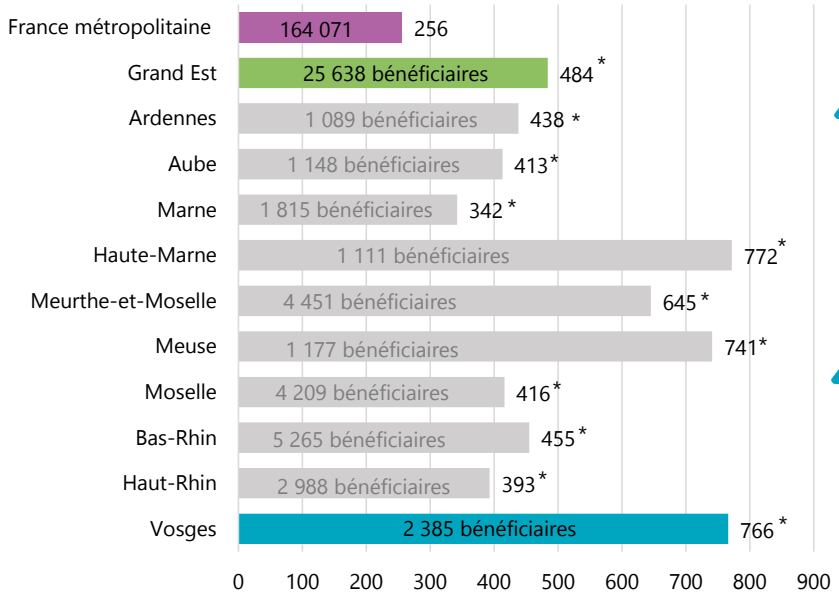
Notes

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

2 385 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 <10 chez les 65 ans et plus.
- Un taux standardisé de 766 pour 100 000 habitants statistiquement plus élevé qu'en région (484 pour 100 000 habitants) et est notamment l'un des plus élevés du Grand Est
- Dans un contexte où le taux standardisé de bénéficiaires d'un TSO pour le Grand Est est statistiquement bien plus élevé (+89 %) par rapport à la France métropolitaine.

Notes

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

Ce qu'en disent les acteurs de terrain

Deux acteurs de terrain font part de la « *frilosité* » des médecins lorsqu'ils sont invités à prendre le relais sur la prescription des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) :

« *On se renvoient la balle pour le Subutex.*»

L'un d'eux précise que certains usagers « *font peur* », ce pour quoi ils les accompagnent fréquemment lors du premier entretien avec le médecin afin de « *créer la confiance entre le médecin et l'usager* ». On peut se demander dans quelle mesure les représentations pesant sur les usagers de drogue influencent les comportements des médecins.

L'un des acteurs fait part de formations en addictologie réalisées auprès des généralistes du territoire et note que « *cela fait gagner en confiance vis-à-vis de nous* (professionnels de l'addictologie). *Les généralistes acceptent davantage de prendre des relais sachant qu'on est là, qu'on est derrière.* »

AUTRES SUBSTANCES

930 personnes interpellées pour usage de stupéfiants en 2021

Interpellation pour usage de stupéfiants en 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Vosges	1 146	958	841	852	930	**-18,8 %**
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

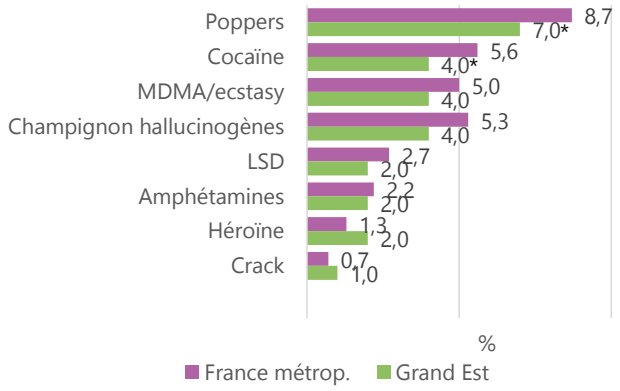
⚠ Les données administratives, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici l'usage de stupéfiant, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie.

- Diminution du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiant depuis 2017 (-18,8 %).

DONNEES DISPONIBLES UNIQUEMENT À L'ECHELLE DU GRAND EST

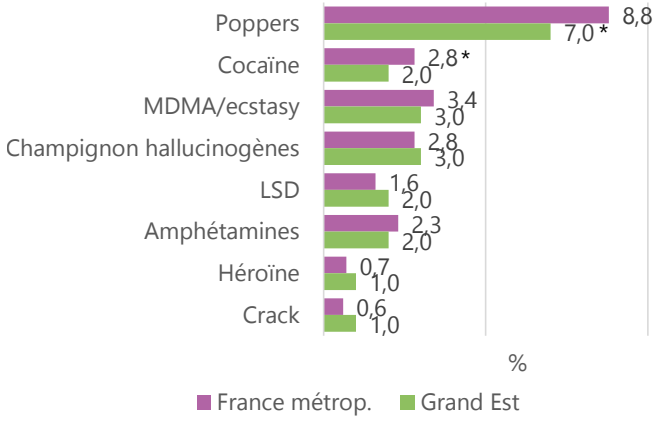
Une expérimentation de poppers et de cocaïne statistiquement inférieure à la France métrop. à l'âge adulte et à 17 ans

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

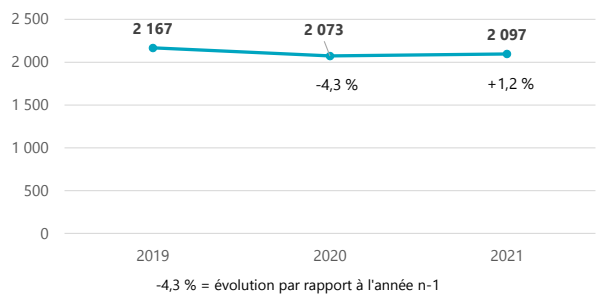
- Plutôt moins d'expérimentation de substances en Grand Est par rapport à la France métrop. excepté l'héroïne et le crack (mais différence statistiquement non significative).
- D'après les données d'ESCAPAD 2022, on observe toutefois une augmentation de l'expérimentation de poppers à 17 ans en France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

LES CSAPA AMBULATOIRES DES VOSGES

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.

2 097 patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoires des Vosges en 2021

Patients vus au moins une fois au sein des 3 CSAPA ambulatoires des Vosges 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 des Vosges en 2021

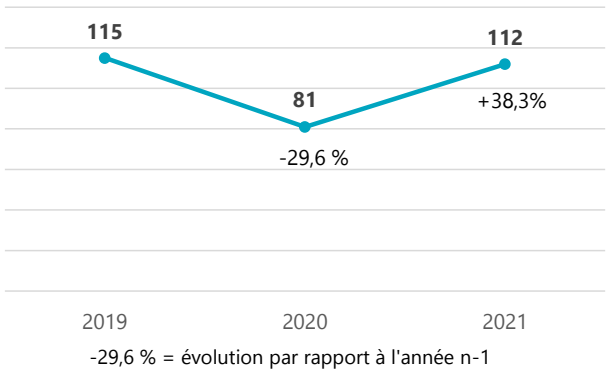
- 8 patients sur dix sont des hommes.
- 5 patients sur dix ont entre 30 et 49 ans.
- 9 patients sur dix sont originaires du département de prise en charge.
- 9 patients sur dix ont un logement durable.
- 5 patients sur dix perçoivent des revenus de l'emploi.
- 7 patients sur dix ont comme addiction la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

- 37 % de nouveaux patients en 2021.
- Caractéristiques des patients vus au sein des CSAPA des Vosges en 2021 proches à celles observées en 2019 en Grand Est hormis que plus de patients sont pris en charge pour une problématique liée à l'alcool.

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

112 jeunes vus au sein des huit sites de CJC des Vosges 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 entre 2019 et 2021, en lien sans doute avec la crise sanitaire liée à la Covid-19.
- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les jeunes consommateurs vus en CJC :
  - 41,2 % Cyberaddiction,
  - 11,7 % Cannabis,
  - 11,7 % Tabac.

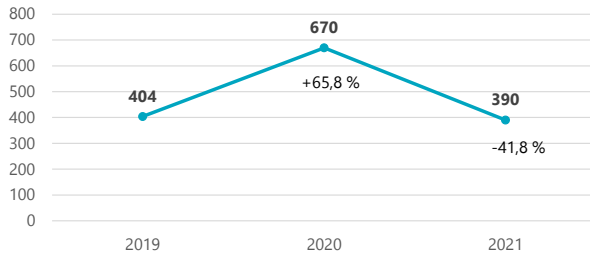
Notes

! Le produit le plus consommé a été renseigné pour seulement 15 % de la file active des CJC. Les chiffres ci-dessus doivent être interprétés avec précaution.

CAARUD DES VOSGES

Une file active de 390 usagers vus au sein du CAARUD des Vosges en 2021

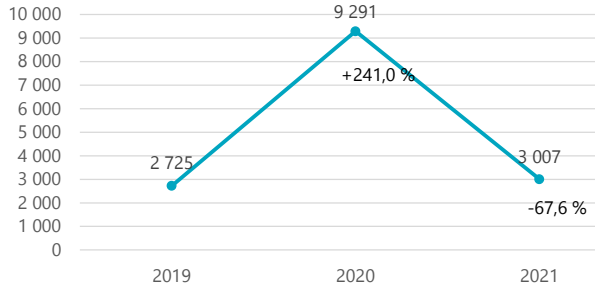
File active au sein du local principal/antennes du CAARUD des Vosges en 2019, 2020 et 2021



+65,8 % = évolution par rapport à l'année n-1

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

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



+241,0 % = évolution par rapport à l'année n-1

- Une file active en augmentation en 2019 tout comme le nombre de contacts très important réalisé en 2020 (9 291 contacts). Des années 2019 et 2021 similaires en terme de file active et contacts/passages ce qui peut laisser à penser à la mise en place d'une politique particulière en 2020 en lien avec la crise sanitaire ou une erreur de saisie dans le RA.

- Les trois produits les plus consommés en 2021 par les usagers vus au sein des CAARUD :
  - Cocaïne/Free base (26 pour 100 usagers),
  - Alcool (23 pour 100 usagers),
  - Héroïne (17 pour 100 usagers).

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Profil de l'échantillon vosgien

Sept entretiens réalisés avec des acteurs du territoire représentant :

- Cinq structures médico-sociales,
- Un mouvement d'entraide,
- Une structure « mixte » (ex : une association portant à la fois des dispositifs médico-sociaux et des dispositifs sanitaires).

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

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

Réalisation des entretiens

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

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Prise en charge

Une augmentation de la file active

- Quatre acteurs impliqués dans la première étape de la prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD, hôpitaux) font face à une augmentation notable de leur file active.

- En découle une augmentation des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous. Situation qui impacte la prise en charge de différentes façons :
  - possible agressivité de la part des usagers (violences verbales),
  - augmentation du risque de rupture de soin,
  - perte de sens de l'accompagnement :

« *Pour une demande de méthadone, 15 jours d'attente ça va, mais avec les délais actuels on ne peut plus justifier du temps… le temps n'a plus de sens !* »

- Face à cette augmentation de la file active que les professionnels ne s'expliquent pas, les ressources humaines peuvent s'avérer insuffisantes (cf. p 23). Un acteur précise que cette situation impacte également les membres de l'équipe qui veulent malgré tout « *faire de la qualité* ».

Prendre en charge des usagers présentant des troubles cognitifs

- Deux acteurs du territoire évoquent la présence de plus en plus importante de personnes présentant des troubles cognitifs au sein de leur file active, troubles souvent liés à leur âge. L'un d'eux évoque les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ce public :

« *Comment on fait pour travailler avec quelqu'un qui n'a plus de mémoire et des troubles cognitifs importants ? (…) Il faut s'adapter car la personne est en souffrance, et on doit beaucoup plus mobiliser l'entourage. Par exemple la femme car la personne ne se souvient plus de ce qu'elle fait. (…) Certaines personnes toxicomanes en vieillissant glissent vers l'alcoolisme… elles n'ont pas l'âge pour être en EHPAD mais elles ne peuvent pas non plus être en appartement autonome, et les structures… ça n'existe pas ou très peu* ! »

- Face à cette problématique, les professionnels d'une des structures rencontrées se sont rapprochés du centre de mémoire du territoire, notamment pour la prise en charge de usagers sujets à la maladie d'Alzheimer.

Autres problématiques

- Une autre difficulté rencontrée concerne l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) à l'injection. Un acteur explique :

« *L'ETP doit être sur orientation médicale, mais on s'est toujours dit que les médecins auraient du mal à orienter les personnes pour apprendre à s'injecter le produit qu'ils viennent de leur prescrire… c'est très étrange, c'est pour ça que ça n'a jamais vraiment fonctionné. C'était imaginé et discuté sans même avoir eu recours aux* (professionnels de la structure en question) *à l'époque et donc ça ne marche pas.* »

- Le représentant d'un mouvement d'entraide a été rencontré sur ce territoire, il nous fait part de difficultés propres à ce type d'association. D'après lui les bénévoles se sentent « *parfois démunis dans l'accompagnement* » notamment lorsqu'ils font face à des usagers consommant d'autres produits que l'alcool :

« *On n'a personne pour accompagner aujourd'hui d'autres troubles addictifs que l'alcool. Sans formation, je ne me sens pas capable de le faire. Je vais le diriger ailleurs.* »

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais

- Trois acteurs du territoire font part d'un manque prégnant de relais par les médecins généralistes. Deux explications sont avancées :
  - une situation de « *désert médical* » sur le territoire,
  - une certaine « *frilosité* » de la part d'une partie des médecins du territoire, notamment lorsqu'il s'agit de prendre en charge la prescription de TSO (cf. p 16).

- Le territoire présente toutefois plusieurs atouts permettant de créer du lien avec la médecine de ville :
  - la création d'une CPTS et la mise en place de soirées thématiques (RPIB, TSO),
  - du temps de médecin coordinateur dédié à la prise de contact et de formation des médecins généralistes (attribué à une structure du territoire),
  - la présence d'acteurs addictologiques au sein des CLS et la création d'actions en lien avec la prise ou charge ou la prévention des addictions.

Relations partenariales

Des difficultés à effectuer des relais (suite)

- Deux acteurs de terrain relèvent également un manque de relais vis-à-vis du secteur de la psychiatrie : « *c'est bouché de partout* ». Outre la surcharge d'activité, un acteur nous fait part de difficultés à créer du lien avec ce secteur qui semble manquer d'intérêt pour les problématiques addictologiques.

Un manque de dispositifs

- Quatre acteurs de terrain expriment des difficultés concernant l'accès à un sevrage. Le manque de lits spécialisés en addictologie sur le territoire est tout particulièrement relevé.
- D'après eux, les usagers doivent patienter entre trois et quatre mois pour bénéficier d'un sevrage. Dans certains car ils peuvent se retrouver hospitalisés dans d'autres services (hôpitaux psychiatriques, maison de repos) d'où un possible refus de prise en charge :

« *A Ravenel y'a pas d'unité d'addicto donc les gens ne veulent pas aller en sevrage chez eux parce que… ils veulent pas se retrouver avec d'autres pathologies, et y'a la réputation…voilà !* »

- Un recours consiste à envoyer les usagers à se faire sevrer dans d'autres départements (la Moselle, le Bas-Rhin ou encore dans le département du Nord).
- Ce manque de places et les délais importants concernent aussi les services de post-cure. Pour pallier le manque de places un acteur dit pratiquer le « *surbooking* » :

« *Aujourd'hui il faut attendre trois voire quatre mois pour avoir un lit de sevrage… Il faut donc que la structure anticipe et adapte les demandes des patients qui souhaitent intégrer la structure en post-sevrage. La structure ne pouvant pas se projeter à 100% est obligée de faire du surbooking, comme les avions, c'est à dire de réserver plus de places qu'ils n'en ont en réalité car certains n'auront pas pu aller en cure de sevrage.* »

- Par ailleurs, deux acteurs pointent que l'Ouest Vosgien ne possède plus de service hospitalier addictologique ce qui pose problème pour effectuer des relais.
- Concernant le secteur de l'hébergement, un professionnel fait part des difficultés de communication qu'il rencontre avec les services hospitaliers spécialisés en addictologie.
- Un autre relève le besoin de mettre en place de l'accueil en famille car le seul réseau de ce type est situé à Metz et les familles d'accueil dans le sud-ouest de la France. D'après lui « *il y a de la demande pour ce dispositif* ».
- Notons qu'un acteur mentionne le réseau HéTAGE comme un atout notable pour le territoire.

Une bonne dynamique partenariale malgré des divergences de culture addictologique

- D'après les témoignages, les structures médicosociales du territoire sont en contact et travaillent de façon complémentaire (les CSAPA et le CAARUD tout particulièrement). Ils se sont répartis le territoire et les problématiques selon leur localisation et parfois selon leurs affinités historiques en matière de produits (bien que, théoriquement, les CSAPA traitent toutes les addictions). Le partenariat entre ces structures ouvre la voie à la création de projets communs, on peut parler d'une volonté de créer une dynamique commune.
- Toutefois un acteur a le sentiment que les acteurs du territoire « *se reposent beaucoup* » sur eux.
- Un autre souligne une divergence de culture addictologique, notamment entre le secteur du médico-social et le secteur sanitaire. Cette divergence est présentée comme potentiellement problématique :

« *On n'a pas les mêmes critères, pour eux trois bières c'est pas grave, il faut que les structures hospitalières changent sur ce point.* »

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Relations partenariales

Une bonne dynamique partenariale malgré des divergences de culture addictologique (suite)

- L'acteur relève également une certaine « *fermeture* » du secteur sanitaire face aux problématiques addictologique. Selon lui ces problématiques ne seraient pas « *leur priorité* ». Plus globalement il pointe une forme de régression généralisée concernant l'approche des addictions :

« *On sent que le public est de nouveau stigmatisé, on leur ferme les portes. À l'époque c'était plus ouvert, sachant qu'on revient à un durcissement niveau justice et policier, on revient dans un discours très sanction, très délinquant, on sent qu'ils reculent sur les avancées qui ont été faites.* »

- Cette différence de culture addictologique s'observe aussi du côté des mouvements d'entraide et des structures portant des hébergements. Le représentant du mouvement d'entraide explique qu'ils « *promeuvent l'alcool zéro* », approche qui peut s'opposer à celle de la Réduction des Risques et des Dommages liés à l'Alcool (RdRDA) qui voit l'abstinence non pas comme l'unique solution mais comme une option possible selon le projet de l'usager.

- Les structures portant des hébergements sont également partagées quant à l'application de la RdRD. L'un des acteurs travaillant dans ce secteur dit pratiquer une « *politique de l'adaptation* » bien qu'officiellement ils n'autorisent pas la consommation de substances illégales ainsi que du tabac et de l'alcool au sein des logements. Autrement dit, ils maintiennent l'interdit officiellement, mais dans la pratique ils font preuve de « *souplesse et d'adaptation* ». Pour lui, cette politique « *marche plus ou moins bien.* » Un autre acteur de l'hébergement explique qu'au sein de sa structure « *la consommation est accompagnée plutôt qu'interdite* ». Pour autant, ce même acteur relève des difficultés concernant des « *personnes qui ne respectent pas leurs engagements* » par rapport à leur consommation d'alcool.

- D'après les témoignages recueillis sur l'ensemble du Grand Est, cette différence de culture addictologique est tantôt perçue comme problématique pour la bonne coordination des soins, tantôt comme un atout dans la mesure où cela offre davantage de choix aux usagers.

Ressources humaines et financement

Des financements insuffisants et incertains

- Trois acteurs de terrain font part d'un manque de budget et/ou de difficultés à se projeter sur l'activité de la structure faute de visibilité sur les budgets alloués. L'une des difficultés vient des financements non pérennes perçus via les appels à projets :

« *On peut renseigner un appel à projet, on peut avancer dans les projets, sauf que si c'est pas pérenne, on ne peut pas embaucher de manière pérenne… Là on a une éduc en CDD, et on aimerait la garder, mais on n'en a pas les moyens. On doit trouver des financements. Si on ne nous donne pas les moyens de garder les gens motivés… Surtout dans l'addicto ou ça devient rare ! Surtout en 2023 ! (…). On a besoin d'une visibilité à long terme.* »

- L'acteur souligne au passage le temps important passé à candidater aux appels à projets :

« *Les appels à projets c'est des usines à gaz et ça ça freine !* »

- Un autre acteur oriente notre attention sur la perception tardive des financements :

« *Le budget 2022 on l'a eu en décembre 2022… difficile d'anticiper avec le budget qui arrive en fin d'année.* »

- Or, face à l'augmentation de la file active (cf. p 20), il est nécessaire de pouvoir s'adapter rapidement et donc de pouvoir renforcer l'équipe, chose qui s'avère difficile dans ces conditions.

- Une des stratégies développées consiste en « *l'utilisation d'un reliquat pour rajouter un poste* ». Le recours à l'ARS pour obtenir un poste supplémentaire est mentionné, mais l'acteur témoignant craint de ne pas percevoir les fonds à temps en procédant de la sorte.

- Un autre acteur fait part de « bons échanges » avec la DT du territoire et présente cela comme un atout notable.

LA CONSULTATION DES ACTEURS

Ressources humaines et financement

Conditions salariales et difficultés à recruter

- L'inégalité de traitement des membres de l'équipe dans le cadre du Ségur de la santé est également pointée par deux acteurs du territoire. En effet, certains professionnels n'ont pas bénéficié des augmentations de salaire prévues par le Ségur d'où un sentiment d'inégalité difficile à justifier :

« *C'est une injustice incroyable et ultra compliquée car les infirmières ont eu le Ségur et pas le personnel administratif* (secrétaire, comptable, direction). *Soi-disant qu'ils ne sont pas au contact des usagers, sauf que si, et c'est souvent eux qui se prennent les premières charges. Ce sont des personnes essentielles au fonctionnement des structures donc ça c'est difficilement entendable. Ils font partie d'une équipe et en plus ils n'ont pas la formation pour accueillir les violences. Ils n'ont pas les mêmes ressources et c'est eux qu'on paye le moins.* »

- Faute de moyens financiers, la présence d'un médecin est réduite et s'avère insuffisante :

« *Les médecins c'est difficile, on a que des petits bouts. Une demi-heure en plus par demi-journée ça ferait quatre heures en plus par mois, ça ferait quatre patients (pris en charge) en plus.* »

- Mais la difficulté d'obtenir du temps médical est également liée à une difficulté à recruter :

« *Ça va être de pire en pire, parce que les moyens médicaux… on n'a pas les moyens financiers, et puis on n'a pas les médecins pour recruter. Cet été c'est galère avec les remplacements (de congés), heureusement qu'on a nos vieux médecins qui sont là et qui tiennent la route. On ne peut pas recruter en fait, même en vacation généraliste.* »

- Ces difficultés de recrutement concernent également d'autres professions : un acteur nous informe qu'il recherche un psychologue et dit n'avoir reçu aucune candidature pour le poste.
- Faute de recrutement, des postes restent vacants pendant un temps au sein de certaines structures ce qui va nécessairement impacter le réseau addictologique local qui compte sur la possibilité d'effectuer des relais.
- Enfin, nous relevons que deux structures du territoire fonctionnent différemment : au lieu d'embaucher elles passent des conventions avec les libéraux. L'un d'eux y voit un bénéfice pour l'usager en matière de choix et d'autonomie.

Impacts sur les activités et les projets des structures

- Ces problématiques de financement et de recrutement impactent la capacité des structures à augmenter leurs ressources humaines et, de ce fait, leur activité. Entre autres :
  - l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) (mentionné par deux acteurs)
  - Les actions qui relèvent de l'«*aller vers* » (mentionné par deux acteurs), notamment les consultations avancées et l'activité du CAARUD :

« *Notre territoire d'activité s'étend de plus en plus sur le département même si on n'arrive pas encore à atteindre certains territoires. On a besoin de faire de l'aller vers, et pour ça on a besoin que l'équipe grossisse car c'est du trajet et on a besoin de mettre deux personnes en même temps pour faire face à des situations critiques.*»

  - La prévention (mentionnée par un acteur de terrain) :

« *On n'a pas de service prévention. C'est un sujet en discussion (…). Dans CSAPA y'a un P (*comme Prévention*), mais c'est un financement à part. Pour moi, ça fait partie de notre offre de service. Une éduc' va arriver et va répondre à ce besoin car nous sommes contactés par plein d'entreprises, mais on n'a pas le temps alors on oriente vers (*autre structure du territoire*). Mais on aimerait en faire.* »

- Le manque de moyens humains va également impacter l'implication des acteurs du territoire dans les appels à projets. En effet, le personnel de direction manque de temps à consacrer à ces activités, et il arrive que les appels à projets soient déjà clôturés lorsqu'ils en prennent connaissance.

Les addictions sans substances

- Les addictions sans substances sont souvent présentées comme des cas rares, isolés. L'addiction sans substances la plus mentionnée est celle des Jeux d'Argent et de Hasard (JAH) (mentionnée par sept acteurs de terrain dont deux travaillant avec un public en situation de précarité). Notons que « *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* » comme le rappelle l'Association Addictions France.

- D'après les témoignages, ces addictions sont souvent associées à une consommation/addition à des produits. Deux acteurs précisent que les usagers concernés « *viennent avec la porte d'entrée, addiction avec substance* » et que leurs problématiques comportementales sont découvertes plus tardivement. A ce propos des acteurs du Grand Est ont pointé un manque de formation concernant les addictions sans substances, ce qui enjoint à questionner la capacité des professionnels à détecter ces problématiques.

- D'autres problématiques d'addictions sans substances sont également repérées, toujours de façon isolée, telles que : les addictions aux écrans et réseaux sociaux (mentionnés deux fois), l'addiction au sexe (mentionnées deux fois), les achats compulsifs et les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (mentionnés une seule fois).

- L'addictions aux écrans et aux réseaux sociaux concerne tout particulièrement le public jeune d'après l'un des acteurs qui en fait mention. Il ajoute « *c'est nouveau et de plus en plus prégnant mais eux ne le ressentent pas comme ça donc on a des difficultés à les faire consulter et à les orienter.* »

- On note également que les achats compulsifs mentionnés se font par internet et de ce fait via un écran.

En résumé

Les Vosges sont un territoire rural avec :

- Des indicateurs montrant :
  - A priori une sur-prévalence par rapport aux Grand Est (une des plus élevées) concernant les addictions à l'alcool ; mais sans augmentation 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, le département a un taux de décès similaire au Grand Est ; sans évolution notable entre 2012 -2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence (une des plus élevées du Grand Est) en ce qui concerne le tabac ; avec une augmentation de +35,1 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au tabac entre 2015 et 2019. Pour les substituts nicotiniques, le département enregistre l'un des taux les plus élevés du Grand Est de patients en bénéficiant. Concernant les décès, le département a un taux de décès lié au tabac similaire au Grand Est ; sans évolution notable entre 2012-2014 et 2015-2017.
  - Une prévalence plus élevée au Grand Est concernant le cannabis ; et en augmentation de +46,9 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié au cannabis entre 2015 et 2019 (148 patients cette dernière année).
  - Concernant les drogues illicites (hors cannabis), une tendance à la sur-prévalence d'après les indicateurs disponibles ; et en augmentation de 25,9 % du taux de patients traités pour un trouble addictif lié aux autres substances entre 2015 et 2019. Par ailleurs, le taux de patients bénéficiaires de TSO un des plus élevés du département du Grand Est.
- Une consultation d'associations et de structures concernées par les troubles addictifs mettant en évidence :
  - De nouvelles problématiques liées à l'alcool :
    - une consommation problématique de coca-cola pour compenser le sucre apporté par l'alcool,
    - une consommation risquée d'alcool sur les chantiers d'insertion.
  - Des addictions comportementales découvertes plus tardivement car l'attention (des usagers et des professionnels ?) est davantage portée sur les addictions avec substances.
  - Une consommation de cocaïne et de crack qui interpelle les professionnels notamment en ce qui concerne le public féminin.
  - Une consommation d'opioïdes et notamment de TSO détournés de leur usage initial.
  - Quelques nouveaux produits tels que les NPS, le protoxyde d'azote et le CBD, mais qui « arrivent tardivement » comparés à d'autres territoires.
  - Une augmentation de la file active des services impliqués dans la première étape de la prise en charge des addictions qui impacte négativement à la fois les usagers et les équipes de professionnels.
  - Des usagers plus âgés d'où une augmentation des troubles cognitifs qui complexifient la prise en charge.
  - Des difficultés à effectuer des relais (TSO) avec la médecine de ville et le secteur de la psychiatrie et un manque de places pour effectuer un sevrage ou une postcure.
  - Une bonne dynamique partenariale malgré des différences de culture addictologique.
  - Un manque de financements pérennes et de visibilité sur les budgets alloués, qui poussent les acteurs au développement de stratégies.
  - Des difficultés à recruter.

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