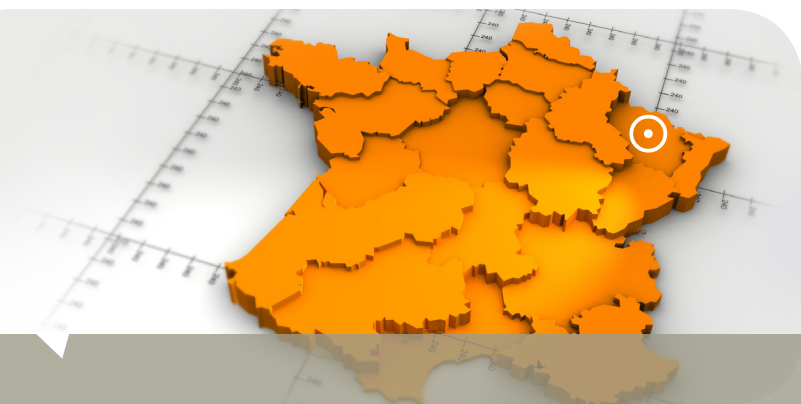


# Addictions en **Grand-Est**

## Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale



Mai 2017

### Coordination éditoriale

Christophe Palle

### Contributeurs

François Beck, Cristina Díaz-Gómez, Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle, Caroline Protais.

### Relecture

Julie-Émilie Adès, Ivana Obradovic

### Conception graphique

Frédérique Million

### Remerciements

Santé publique France pour les données issues du Baromètre santé, pour les ventes de traitements de substitution aux opiacés et de Stéribox® ; la DSN pour leur collaboration dans la mise en œuvre de l'enquête ESCAPAD ; les équipes et les usagers des CAARUD pour leur participation à l'étude ENA-CAARUD ; les équipes des CJC pour leur participation à l'étude CJC ; l'ONISR pour les données d'accidentalité ; les CSAPA, les CAARUD, les ARS et la DGS pour leur participation au recueil des données des rapports d'activité ; l'INSERM-CépiDC pour les données de mortalité ; la DGGN et la DGPN pour les interpellations pour ivresse publique ; la DGDDI pour les ventes de tabac et l'OCRIS pour les interpellations pour usage de produits illicites.

# SOMMAIRE

---

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Partie 1. Usages de produits psychoactifs en population générale (adultes et adolescents)</b>	<b>7</b>
1.1. Consommations de tabac	9
<i>État des lieux en France – chiffres et repères clés</i>	9
<i>Comparaisons régionales</i>	9
<i>Données locales – Anciennes régions</i>	12
<i>Évolutions régionales et métropolitaines</i>	12
1.2. Consommations d'alcool	14
<i>État des lieux en France</i>	14
<i>Comparaisons régionales</i>	14
<i>Données locales – Anciennes régions</i>	18
<i>Évolutions régionales et métropolitaines</i>	18
Consommations de cannabis	20
<i>État des lieux en France – chiffres et repères clés</i>	20
<i>Comparaisons régionales</i>	20
<i>Données locales – Anciennes régions</i>	23
<i>Évolutions régionales et métropolitaines</i>	23
Consommations de drogues illicites autres que le cannabis	25
<b>Partie 2. Activité des dispositifs médico-sociaux et caractéristiques de leur public</b>	<b>27</b>
Les CSAPA de la région et leur public	27
<i>Nombre de personnes prises en charge</i>	27
<i>Analyse des files actives par produit</i>	31
<i>Les actes</i>	34
<i>Moyens en personnel</i>	36
<i>Moyens financiers</i>	37
<i>Les spécificités du public des CSAPA de la région Grand-Est</i>	38

Consultations jeunes consommateurs (CJC)	41
<i>Le public des CJC et les vecteurs de recrutement</i>	42
<i>Produits et comportements à l'origine de la consultation</i>	42
<i>Caractéristiques principales des consultants</i>	44
Dispositifs CAARUD dans le Grand-Est : couverture géographique, publics et activité	46
<i>Répartition géographique, lieux d'accueil</i>	46
<i>Nombre d'utilisateurs en contact avec les CAARUD</i>	49
<i>Prestations et missions de RdRD</i>	50
<i>Effectifs et qualification des équipes</i>	51
<i>Moyens financiers d'intervention</i>	53
<i>Profil de la population rencontrée dans les CAARUD</i>	54
<b>Partie 3. Indicateurs socio-sanitaires</b>	<b>66</b>
Alcool	66
<i>Au niveau régional</i>	66
<i>Au niveau des anciennes régions</i>	69
Tabac	69
<i>Au niveau régional</i>	69
<i>Au niveau des anciennes régions</i>	72
Drogues illicites	72
<i>Au niveau régional</i>	72
<i>Au niveau des anciennes régions</i>	76
<b>Partie 4. Éléments qualitatifs sur la région Lorraine à partir des éléments du site Trend de Metz</b>	<b>78</b>
Quelques traits régionaux spécifiques	78
<i>Une position frontalière favorisant le trafic</i>	78
<i>Forte disponibilité de l'héroïne</i>	80
<i>Les décès par surdose</i>	82
Les phénomènes locaux qui s'intègrent dans une tendance nationale	83
<i>Une nouvelle « montée » de la cocaïne sur fond de forte disponibilité ?</i>	83
<i>Le retour du comprimé d'ecstasy s'ajoute à la diffusion de la MDMA</i>	83
<i>Des consommations de nouveaux produits de synthèse (NPS) qui restent discrètes</i>	84
<b>Synthèse</b>	<b>86</b>
<b>Annexes</b>	<b>92</b>
<i>Tableau des indicateurs socio-sanitaire par anciennes régions (détaillés selon le produit)</i>	93-94
<i>Mise à disposition du matériel de RdR par l'intermédiaire des CAARUD en 2014</i>	95
<i>Données des rapports d'activité en ambulatoire 2014, France, Grand-Est, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine</i>	96
<i>Liste des sigles</i>	103

## INTRODUCTION

---

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public qui a pour mission d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions. Il rassemble, via son dispositif permanent d'observations et d'enquêtes, des informations scientifiquement validées sur les substances licites (tabac et alcool) et illicites (cannabis et autres drogues). Il contribue également à l'évaluation des actions du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Enfin, il assure le rôle de relais national de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) : à ce titre, il a pour mission de fournir les données françaises sur le phénomène des drogues illicites et des toxicomanies, comparables au niveau européen.

L'objectif de ce Portrait de territoire est de favoriser une meilleure connaissance des spécificités de la région Grand-Est en ce qui concerne les consommations de drogues, les prises en charge des usagers par les structures médico-sociales spécialisées en addictologie implantées sur son territoire et les conséquences liées aux consommations de drogues. Cette étude s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles à l'échelon régional et infrarégional dans leurs éditions les plus récentes.

Le portrait de territoire se compose de quatre parties distinctes qui relèvent de domaines d'observation différents. Dans une première partie, les données épidémiologiques des enquêtes en population générale ESCAPAD et Baromètre santé seront analysées à l'échelle régionale. Des comparaisons entre les niveaux d'usage mesurés en Grand-Est et sur le reste du territoire sont établies à l'adolescence (17 ans) et à l'âge adulte (18-75 ans).

La deuxième partie est consacrée aux dispositifs médico-sociaux présents sur le territoire : les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Consultations jeunes consommateurs (CJC) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour

les usagers de drogues (CAARUD). L'implantation et l'activité des structures seront d'abord décrites avant de caractériser le profil des populations reçues.

La troisième partie s'intéresse aux conséquences sociales et sanitaires des usages de drogues à travers des sources de données externes aux dispositifs médico-sociaux et aux enquêtes : données de ventes des produits, accidents, interpellations, etc.

Enfin, la quatrième partie rend compte des observations du site de Metz du réseau TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues). Celles-ci apportent un éclairage qualitatif, complémentaire des données statistiques sur plusieurs aspects, tels que la disponibilité des produits illicites ou l'état des différents trafics de stupéfiants dans la région de Metz.

La synthèse des connaissances régionales en matière d'addictions mobilise des domaines d'études et des prismes d'observation de nature différenciée. Bien que centrées sur le même territoire, les sources utilisées diffèrent principalement par leur population-cible et par leur méthode d'enquête, d'observation ou de collecte des données. En préambule de chaque partie, un rappel méthodologique sur l'origine des données traitées aidera le lecteur à ne pas perdre de vue les contextes d'analyse. Les éléments saillants seront soulignés et discutés à la fin du document.

## **PARTIE 1. USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS EN POPULATION GÉNÉRALE (ADULTES ET ADOLESCENTS)**

---

Afin d'obtenir une image représentative des usages de produits psychoactifs dans la région Grand-Est, deux enquêtes nationales déclaratives ont été mobilisées : l'enquête ESCAPAD 2014 (Le Nézet *et al.*, 2015 ; Spilka *et al.*, 2015), représentative des adolescents de 17 ans, et l'enquête Baromètre santé 2014 (Beck *et al.*, 2015), représentative de la population âgée de 15 à 75 ans (voir encadrés page suivante).

Les résultats de ces deux enquêtes sont détaillés par produit et par sexe. Les niveaux d'usage mesurés dans la région sont comparés avec le reste du territoire métropolitain à l'aide de tests statistiques.

Les résultats d'ESCAPAD sont déclinés par ancienne région administrative, et les niveaux d'usage mesurés dans ces anciennes régions sont comparés au reste de la métropole. Compte tenu de la taille d'échantillon, les résultats de la dernière édition du Baromètre santé (2014) ne peuvent en revanche pas être analysés au niveau des anciennes régions administratives.

Enfin, l'évolution des niveaux de consommation dans la région parmi les jeunes de 17 ans est analysée à partir des exercices 2005, 2008, 2011 et 2014 de l'enquête ESCAPAD. Parmi les 15-75 ans, des données des trois dernières enquêtes du Baromètre santé (2005, 2010 et 2014) ont été mobilisées.

## ■ L'enquête ESCAPAD 2014

Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du service national, les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté. Le questionnaire porte sur la santé et les consommations de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites).

La huitième édition de l'enquête s'est déroulée du 17 au 21 mars 2014 dans tous les centres actifs, y compris dans les DOM. Au total, 26 351 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré et anonyme. L'échantillon métropolitain analysé concerne finalement 22 023 individus, dont 1 719 sur la région Grand-Est (environ 8% de l'échantillon global).

Des informations plus complètes sur la méthodologie et sur les résultats de l'enquête ESCAPAD, sont disponibles sur le site de l'OFDT [www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/](http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/). L'ensemble des données régionales cartographiées peuvent être consultées dans la base ODICER, également accessible sur le site de l'OFDT.

## ■ Baromètre santé

Santé publique France, anciennement Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), mène, depuis le début des années 1990, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une enquête qui aborde les comportements et attitudes de santé des Français âgés de 15 à 75 ans : le Baromètre santé, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire. Cette enquête permet notamment de décrire la consommation de substances psychoactives dans l'ensemble de la population mais aussi d'évaluer les liens avec d'autres facteurs.

Le terrain du Baromètre santé 2014, confié à l'institut IPSOS, s'est déroulé du 11 décembre 2013 au 31 mai 2014, auprès d'un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine. L'échantillon analysé concerne 15 635 individus sur la France métropolitaine, dont 1 375 sur la région Grand-Est (environ 9% de l'échantillon global).



## 1.1. Consommations de tabac

### État des lieux en France – chiffres et repères clés

Le tabac est l'un des produits psychoactifs les plus consommés en France. En 2014, 29 % de la population adulte (18-75 ans) déclarait fumer quotidiennement des cigarettes, soit 33 % des hommes et 25 % des femmes. La même année, près d'un jeune de 17 ans sur trois se déclarait fumeur quotidien (32,4 %). Le tabac est le seul produit psychoactif dont les niveaux de consommation sont proches parmi les hommes et les femmes à l'âge adulte et tout à fait comparables à l'adolescence.

### Comparaisons régionales

La consommation de tabac de l'ensemble de la population apparaît plus élevée dans la région Grand-Est que dans le reste du territoire, sauf parmi les plus jeunes (à l'exception des consommations les plus intensives).

En 2014, 30 % des jeunes âgés de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement (tableau 1), soit un peu moins que dans le reste du territoire (prévalence nationale de 32,4 %). L'usage intensif (au moins 10 cigarettes par jour) apparaît en revanche un peu plus fréquent dans la région (9 % contre 7,7 %), différence exclusivement portée par les garçons. Le Grand-Est est une des deux seules régions (avec l'Île-de-France) se distinguant par une moindre consommation de tabac chez les adolescents, par contraste avec la région voisine de Bourgogne-Franche-Comté et un quart Ouest du territoire hexagonal allant de la Bretagne à l'Occitanie, où les prévalences sont bien plus élevées (Carte 1).

**Tableau 1 - Usages de tabac à 17 ans, en 2014 dans le Grand-Est et dans la France métropolitaine (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 882)	Femmes (n = 837)	Ensemble (n = 1 719)	Hommes (n = 10 946)	Femmes (n = 11 077)	Ensemble (n = 22 023)
Expérimentation	64	65*	65*	66,8	70,1	68,4
Dans le mois : ≥ 1 usage	40	41*	41*	43,2	44,4	43,8
Quotidien : ≥ 1 cig/jour	31	29	30*	33,0	31,9	32,4
Intensif : ≥ 10 cig/jour	11*	7	9*	9,3	6,1	7,7

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

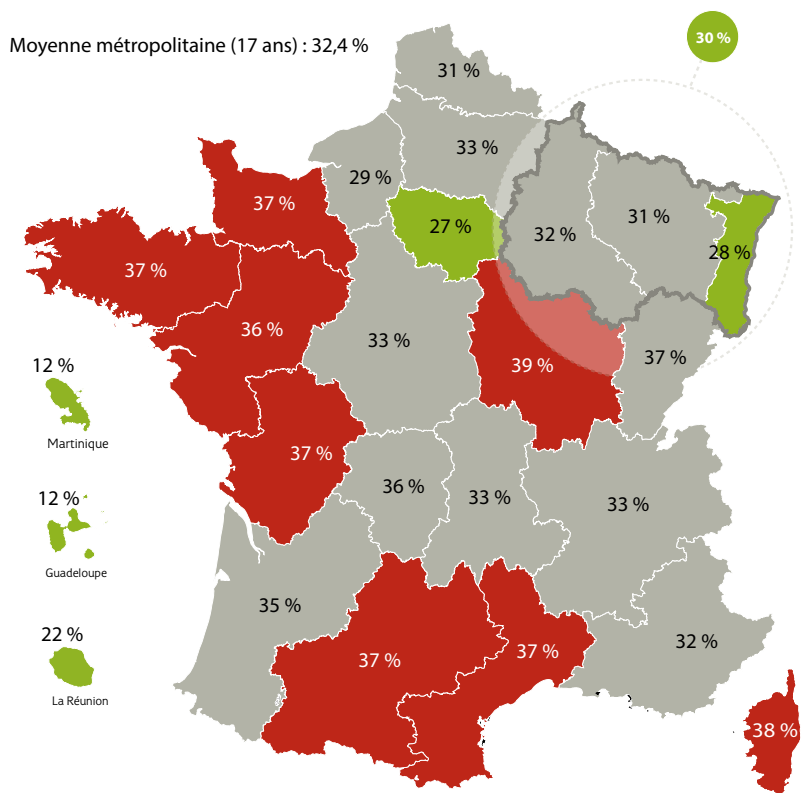
\* test de Chi2 significatif entre la région et le reste de la métropole  
Note de lecture : 12\* signifie que le tabagisme intensif des hommes dans la région est supérieur à celui de leurs homologues du reste de la France. Les chiffres indiquent une prévalence plus faible dans la région quand ils sont en vert et plus forte quand ils sont en rouge.

**Tableau 2 - Usages de tabac parmi les 15-75 ans, en 2014, dans le Grand-Est et dans la France métropolitaine (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 617)	Femmes (n = 758)	Ensemble (n = 1 375)	Hommes (n = 7 191)	Femmes (n = 8 444)	Ensemble (n = 15 635)
Expérimentation	83	77	80	84,6	75,2	79,9
Quotidien : ≥ 1 cig/jour	33	<b>29*</b>	<b>31*</b>	32,2	23,8	27,9
Intensif : ≥ 10 cig/jour	25	<b>22*</b>	<b>23*</b>	22,7	14,6	18,5

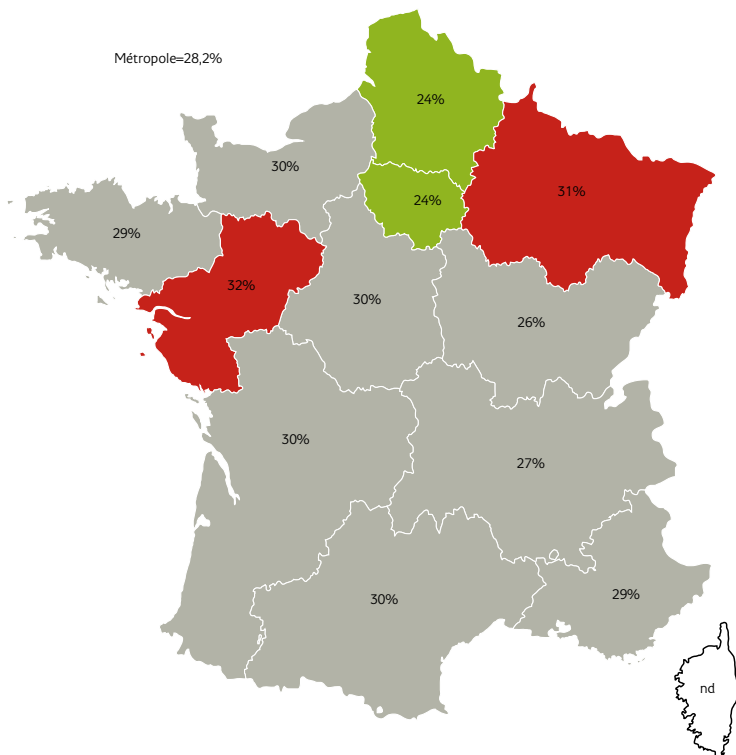
Source : Baromètre santé 2014, Santé publique France

**Carte 1 - Tabagisme quotidien (au moins 1 cigarette par jour) à 17 ans (2014)**



Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT

## Carte 2 - Tabagisme quotidien (au moins 1 cigarette par jour) parmi les 15-75 ans (2014)



Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

En 2014, les niveaux observés parmi les 15-75 ans montrent en revanche une surconsommation des habitants de la région (tableau 2)<sup>1</sup>, avec une proportion de fumeurs quotidiens supérieure à la moyenne nationale (31 % contre 27,9 %). À l'instar de la population adolescente, l'usage intensif est plus répandu dans la région (23 % contre 18,5 %). Ce niveau plus élevé de consommation dans la région est entièrement lié aux comportements tabagiques féminins, les hommes de la région Grand-Est ne se distinguant pas de leurs homologues masculins du reste du territoire. Contrairement à ce que l'on observe chez les jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans en région Grand-Est fait partie des plus élevées, avec celle des Pays de la Loire (carte 2). Chez ses voisins de l'Ouest, Hauts-de-France et Île-de-France, les prévalences se situent à un niveau bien inférieur.

1. Les différences observées peuvent s'expliquer par des disparités sociodémographiques et économiques entre les régions. Ainsi, une fois ces facteurs contrôlés, le tabagisme quotidien observé dans la région Grand-Est ne diffère pas du reste de la métropole.

## Données locales – Anciennes régions

On observe certaines disparités infrarégionales en termes de comportement tabagique à l'adolescence (tableau 3). Le constat général d'une moindre consommation quotidienne en région Grand-Est est principalement attribuable à un niveau de tabagisme notablement inférieur en Alsace (28 %). De même, le tabagisme intensif plus répandu dans la grande région est fortement lié à la situation en Lorraine, où 11 % des adolescents se déclarent concernés par cette pratique.

**Tableau 3 - Consommation de tabac à 17 ans dans les anciennes régions du Grand-Est, en 2014 (%)**

	Alsace (n = 544)	Champagne- Ardenne (n = 467)	Lorraine (n = 708)	France métropolitaine (n = 22 023)
Expérimentation	66	63*	65*	68,4
Dans le mois : ≥ 1 usage	40	41	40	43,8
Quotidien : ≥ 1 cig/jour	28*	32	31	32,4
Intensif : ≥ 10 cig/jour	8	9	11*	7,7

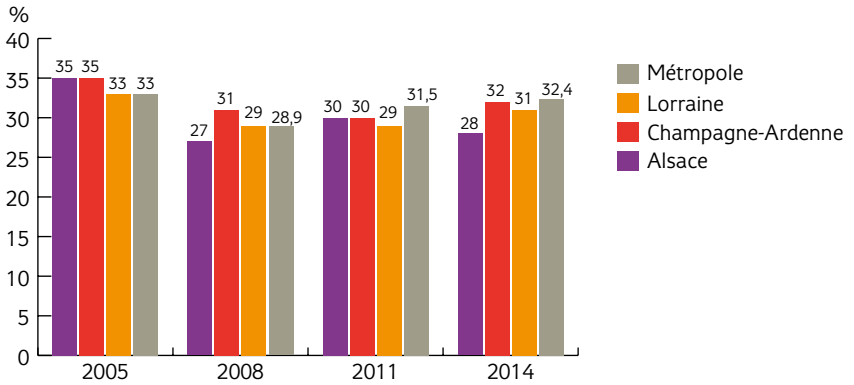
Source : ESCAPAD 2014, OFDT

## Évolutions régionales et métropolitaines

L'évolution de la consommation tabagique parmi les jeunes de la région Grand-Est s'avère relativement proche de la tendance observée sur l'ensemble du territoire (figure 1). Sur le plan national, les consommations de tabac ont retrouvé en 2014 le niveau enregistré dix ans auparavant (2005), après un recul prononcé entre 2005 et 2008. Ces oscillations se retrouvent en Lorraine, en Champagne-Ardenne et en Alsace mais, contrairement à l'évolution métropolitaine, le niveau atteint en 2014 se trouve nettement en deçà de celui de 2005, plus particulièrement en Alsace (- 7 points).

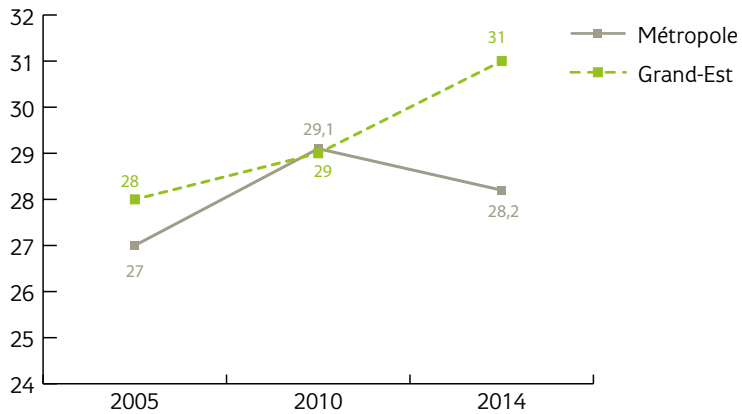
Au sein de la population générale regroupant les jeunes et les adultes (15-75 ans), on observe une hausse du tabagisme quotidien en région Grand-Est, qui est passé de 29 % à 31 % dans la période récente (entre 2010 et 2014), à rebours du mouvement de baisse constaté au plan national. Alors qu'elle ne se distinguait pas de celle du reste du territoire en 2005 et 2010, la consommation de tabac a notablement évolué de façon défavorable en région Grand-Est entre 2010 et 2014, ce qui appelle une attention renforcée des pouvoirs publics quant aux évolutions à venir (figure 2).

Figure 1 - Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans, de 2005 à 2014 (%)



Sources : ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014, OFDT

Figure 2 - Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les 15-75 ans, de 2005 à 2014 (%)



Source : Baromètre santé 2005, 2010, 2014, Santé publique France

## 1.2. Consommations d'alcool

### *État des lieux en France*

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France. En 2014, 86 % de la population déclarait avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois (Richard *et al.* 2015). Près de la moitié des personnes interrogées rapportaient une consommation au moins hebdomadaire d'alcool, principalement de vin et de bière. La consommation quotidienne, moins fréquente que pour le tabac, concerne environ un dixième de la population.

La même année, les adolescents de 17 ans étaient peu nombreux à déclarer une consommation quotidienne de boissons alcoolisées (1,8 % ; tableau 4). Ils étaient en revanche 12,2 % à déclarer un usage régulier (au moins 10 usages au cours du mois) et près d'un jeune sur deux interrogé (48,8 %) rapportait au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des 30 derniers jours. Un épisode d'API correspond à la consommation de cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion.

### *Comparaisons régionales*

Les jeunes de 17 ans de la région Grand-Est ne se distinguent pas du reste de la France, ni du point de vue de leur consommation d'alcool, ni de la prévalence des épisodes d'ivresse et d'alcoolisation ponctuelle importante (tableau 4). Cependant, sur la plupart des indicateurs d'ivresse ou d'API, les filles de la région se situent en deçà de leurs homologues du reste du territoire, laissant apparaître des différences garçons/filles accrues dans la région. À titre d'exemple, les sex ratio (% parmi les garçons / % parmi les filles) des ivresses répétées et des API répétées sont respectivement de 2,1 et 2,4 dans la région Grand-Est, contre 1,8 et 1,9 sur le plan national.

Du point de vue des consommations régulières d'alcool et d'API des jeunes, le Grand-Est, avec une prévalence proche de la moyenne métropolitaine, se différencie nettement de ses voisins immédiats, les Hauts-de-France et l'Île-de-France (qui ont des prévalences inférieures) et de la Bourgogne Franche-Comté (où la prévalence des consommations régulières est nettement plus élevée).

Comme parmi les adolescents, sur l'ensemble de la population (15-75 ans), la région ne se démarque pas du reste de la France sur l'ensemble des indicateurs portant sur l'alcool, à l'exception de l'API qui s'avère moins répandue dans la région (tableau 5). Pour les consommations de l'ensemble

de la population, le Grand-Est partage cette position moyenne avec la plupart des régions. La prévalence de la consommation quotidienne est ainsi assez homogène en France. Seules se distinguent la région Île-de-France par une prévalence plus faible et les régions méditerranéennes et le Centre par une prévalence plus élevée (Carte 5).

**Tableau 4 - Consommations d'alcool et ivresses à 17 ans dans le Grand-Est et dans la France métropolitaine, en 2014 (%)**

	Grand-Est			Métropole			
	Hommes (n = 882)	Femmes (n = 8373)	Ensemble (n = 1719)	Hommes (n = 10 946)	Femmes (n = 11 077)	Ensemble (n = 22 023)	
<b>Alcool</b>	Expérimentation	<b>92*</b>	88	90	90,2	88,3	89,3
	Dans le mois : ≥ 1 usage	<b>79*</b>	65	72	76,2	67,5	72,0
	Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	19	6	12	17,5	6,8	12,2
	Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	2	<0,5	1	2,9	0,6	1,8
<b>Ivresse</b>	Expérimentation	65	<b>51*</b>	58	63,8	53,8	58,9
	Dans l'année : ≥ 1 usage	55	<b>38*</b>	47*	55,2	42,7	49,0
	Dans l'année : ≥ 3 usages (répétés)	32	<b>15*</b>	24	32,1	18,3	25,3
	Dans l'année : ≥ 10 usages (réguliers)	12	3	8	13,0	4,7	8,9
<b>API</b>	Dans le mois : ≥ 1 usage	55	40	48	54,6	42,9	48,8
	Dans le mois : ≥ 3 usages (répétés)	28	<b>12*</b>	20	28,3	15,2	21,8
	Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	4	<b>1*</b>	3	4,7	1,3	3,0

Source : ESCAPAD 2014, OFDT







## Données locales – Anciennes régions

La consommation de boissons alcoolisées diffère très légèrement selon les anciennes régions administratives (tableau 6). Ainsi, si l'usage régulier d'alcool apparaît plus répandu en Champagne-Ardenne (16 %), l'indicateur d'ivresse dans l'année en Lorraine s'avère pour sa part inférieur à celui du reste du territoire. Pour tous les autres indicateurs, les anciennes régions se situent dans la moyenne nationale.

**Tableau 6 - Consommation d'alcool et ivresses dans les anciennes régions à 17 ans en 2014 (%)**

	Alsace (n = 544)	Champagne-Ardenne (n = 467)	Lorraine (n = 708)	France métropolitaine (n = 22 023)	
<b>Alcool</b>	Expérimentation	88	91	91	89,3
	Dans le mois : ≥ 1 usage	72	76	71	72,0
	Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	10	<b>16*</b>	12	12,2
	Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	1	1	2	1,8
<b>Ivresse</b>	Expérimentation	56	60	58	58,9
	Dans l'année : ≥ 1 usage	48	49	<b>45*</b>	49,0
	Dans l'année : ≥ 3 usages (répétés)	26	23	23	25,3
	Dans l'année : ≥ 10 usages (réguliers)	9	7	8	8,9
<b>API</b>	Dans le mois : ≥ 1 usage	48	50	46	48,8
	Dans le mois : ≥ 3 usages (répétés)	20	20	20	21,8
	Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	2	2	3	3,0

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

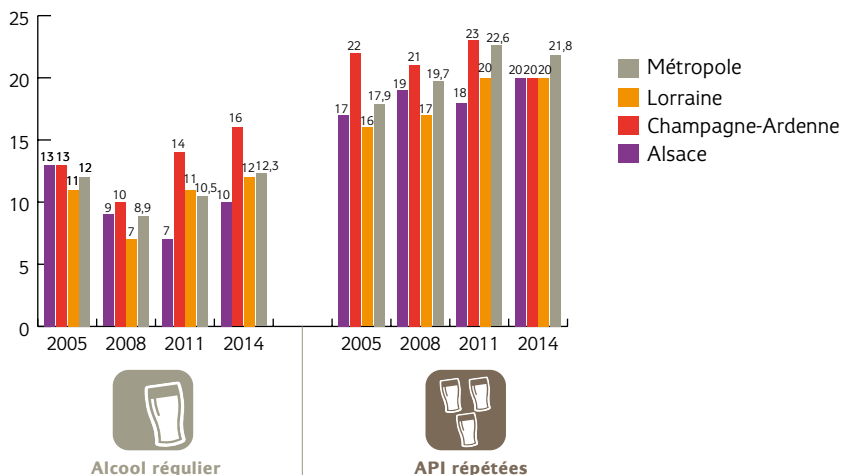
## Évolutions régionales et métropolitaines

Parmi les adolescents de 17 ans, l'usage régulier d'alcool apparaît en hausse entre 2011 et 2014 en région Grand-Est, à l'image de l'évolution nationale. À l'inverse, les API répétées sont en baisse. Concernant les trois anciennes régions, les baisses ou hausses constatées sur cette même période pour les deux indicateurs ne sont pas significatives.

La région Champagne-Ardenne se distingue par son évolution et la reconfiguration des comportements d'usage d'alcool au cours des 10 dernières années : en 2005, elle se distinguait par des API répétées plus

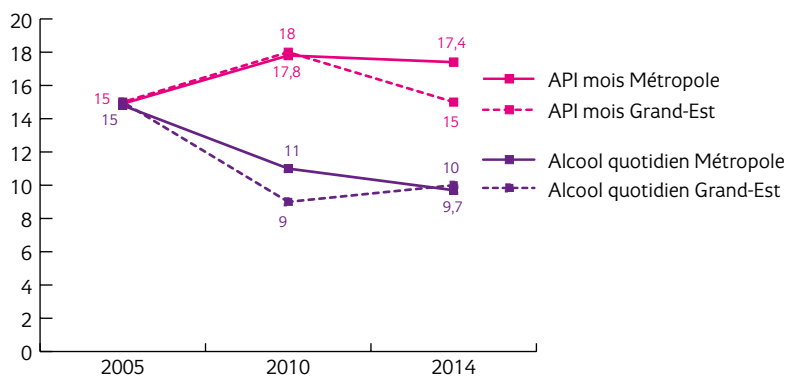
fréquentes que sur le reste du territoire, ce qui n'est plus le cas en 2014. Au contraire, l'usage régulier d'alcool plus répandu en 2014 se situait dans la moyenne en 2005.

Figure 3 - Évolution de l'usage régulier d'alcool et de l'API répétée à 17 ans entre 2005 et 2014 (%)



Sources : ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014, OFDT

Figure 4 - Évolution de l'usage quotidien d'alcool et de l'API au cours du mois parmi les 15-75 ans entre 2005 et 2014 (%)



Source : Baromètre santé 2005, 2010, 2014, Santé publique France

La région Grand-Est s'inscrit dans la tendance globale de diminution de la consommation quotidienne d'alcool. En 2014, sur le plan national comme dans la région, une personne sur dix de 15-75 ans est concernée par un tel usage, contre 15 % en 2005. Par ailleurs, l'API au cours du mois parmi les habitants de la région a diminué entre 2010 et 2014, passant de 18 % à 15 % contrairement à l'ensemble du territoire, où l'indicateur est stable.

## Consommations de cannabis

### *État des lieux en France – chiffres et repères clés*

Le cannabis est le produit illicite le plus répandu dans la population française. En 2014, l'expérimentation du cannabis s'élevait à 42 % parmi les 18-64 ans, 50 % des hommes et 33 % des femmes. Parmi les jeunes générations, le premier usage du cannabis se déroule en moyenne peu après 15 ans. À 17 ans, près d'un jeune sur deux déclarait avoir déjà fumé du cannabis en 2014. Comme à l'âge adulte, les jeunes hommes de 17 ans s'avèrent davantage consommateurs que les femmes.

### *Comparaisons régionales*

Les adolescents de la région Grand-Est déclarent moins souvent qu'ailleurs consommer du cannabis. Les indicateurs d'usage de cannabis de la région sont tous significativement inférieurs à la moyenne métropolitaine, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le niveau d'expérimentation atteint 42 % alors qu'il s'élève à 47,8 % sur l'ensemble du territoire (tableau 7). De même, l'usage régulier de cannabis (10 usages et plus dans le mois) ne concerne que 7 % des jeunes de la région contre 9,2 % des 17 ans dans leur ensemble. La région s'inscrit pour ces consommations dans un espace géographique beaucoup plus large (carte 6). Elle fait en effet partie du carré de régions situées au nord de la France où l'usage régulier du cannabis à 17 ans est plus faible qu'ailleurs, par opposition aux deux régions les plus méridionales : Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Occitanie.

À l'instar des adolescents, l'ensemble de la population (15-64 ans) de la région Grand-Est apparaît sous-expérimentatrice de cannabis : seuls 36 % des 15-64 ans de la région déclarent avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie contre 41 % sur l'ensemble du territoire métropolitain. Environ 10 % des individus interrogés l'ayant fait au cours des douze derniers mois, sans différence avec le reste du territoire (tableau 8).

Les différences de genre s'avèrent en revanche assez proches de celles observées sur l'ensemble du territoire, avec une surconsommation des hommes dans des proportions comparables.

Le gradient Nord-Sud observé pour les consommations régulières des adolescents n'apparaît pas pour les consommations de l'ensemble de la population.

**Tableau 7 - Consommations de cannabis à 17 ans, en 2014 (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 882)	Femmes (n = 837)	Ensemble (n = 1 719)	Hommes (n = 10 946)	Femmes (n = 11 077)	Ensemble (n = 22 023)
Expérimentation	45*	39*	42*	49,8	45,8	47,8
Dans l'année : ≥ 1 usage	37*	29*	33*	41,1	35,3	38,2
Dans le mois : ≥ 1 usage	25*	17*	21*	29,1	21,9	25,5
Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	9*	5	7*	12,5	5,8	9,2
Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	5	2	3	5,6	2,3	4,0

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

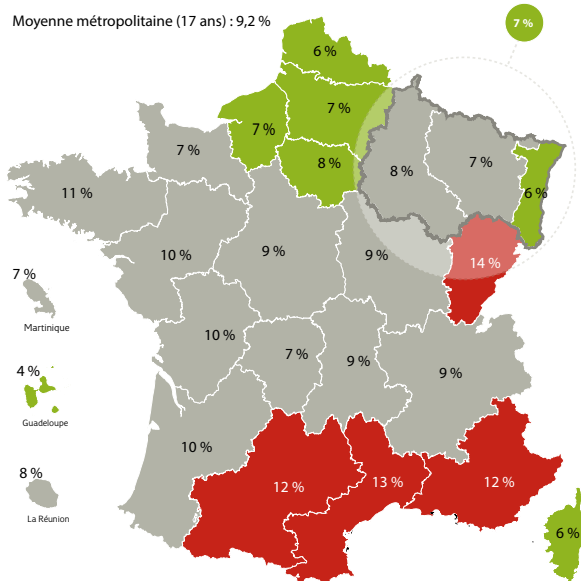
**Tableau 8 - Consommations de cannabis parmi les 15-64 ans en 2014 (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 554)	Femmes (n = 648)	Ensemble (n = 1 202)	Hommes (n = 6 357)	Femmes (n = 7 131)	Ensemble (n = 13 4884)
Expérimentation	47	27*	36*	49,3	33,7	41,4
Dans l'année : ≥ 1 usage	14	6	10	15,1	7,6	11,3
Dans le mois : ≥ 1 usage	7*	4	5*	9,5	4,0	6,7
Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	3	1*	2*	4,9	1,8	3,3
Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	2	0	1	2,5	1,0	1,8

Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France

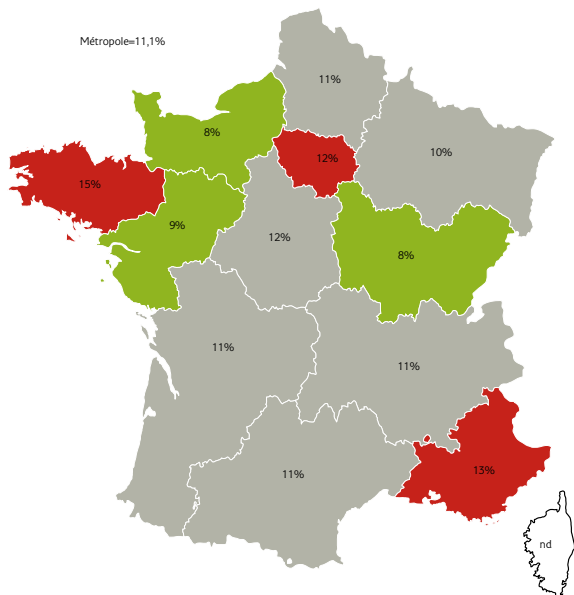
## Carte 6 - Usage régulier de cannabis (10 fois et plus dans le mois) à 17 ans (2014)

Moyenne métropolitaine (17 ans) : 9,2 %



Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT

## Carte 7 - Usage dans l'année de cannabis parmi les 15-64 ans (2014)



Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

## Données locales – Anciennes régions

Concernant la population adolescente, les trois anciennes régions se distinguent relativement peu les unes des autres vis-à-vis de la consommation de cannabis. Ainsi, si la région Champagne-Ardenne et la Lorraine présentent un niveau d'expérimentation inférieur au reste de la métropole, la région Alsace compte relativement moins d'usagers réguliers (6 % contre 9,2 %).

Tableau 9 - Consommation de cannabis dans les anciennes régions à 17 ans, en 2014 (%)

	Alsace (n = 544)	Champagne-Ardenne n = 467)	Lorraine (n = 708)	France métropolitaine (n = 22 023)
Expérimentation	45	42*	41*	47,8
Dans l'année : ≥ 1 usage	35	34	31*	38,2
Dans le mois : ≥ 1 usage	22*	21*	20*	25,5
Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	6*	8	7	9,2
Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	3	4	3	4,0

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

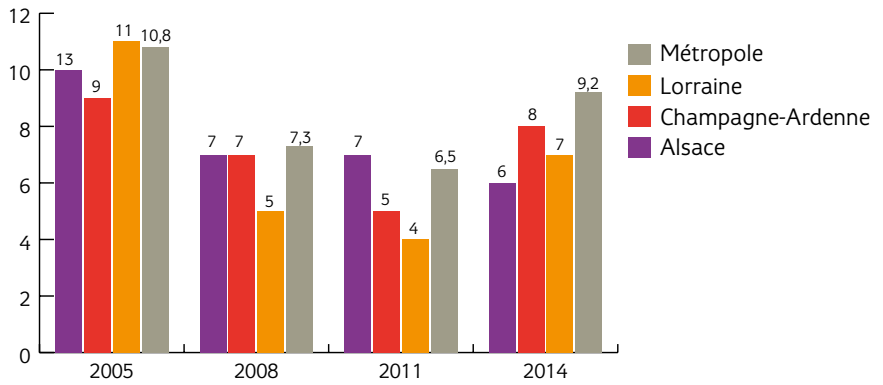
## Évolutions régionales et métropolitaines

Après un recul important entamé au début des années 2000, la consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans est en hausse depuis plusieurs années. Entre 2011 et 2014, l'expérimentation a augmenté de 6 points, passant de 41,5 % à 47,8 %. Les usages plus fréquents de cannabis ont également progressé au cours de la même période ; près d'un jeune sur dix (9,2 %) déclarait fumer au moins 10 fois dans le mois en 2014, alors qu'ils n'étaient que 6,5 % en 2011.

En population jeune, la région Grand-Est se caractérise par un regain significatif de l'usage régulier de cannabis à 17 ans, entre 2011 et 2014, tout particulièrement en Lorraine et en Champagne-Ardenne. Cette hausse récente contraste avec la période antérieure (entre 2005 et 2011), marquée par un net recul de l'usage régulier de cannabis : ce retournement de tendance est observable tant en Lorraine qu'en Champagne-Ardenne (un peu moins nettement en Alsace), où les niveaux de consommation ont baissé plus nettement que sur l'ensemble du territoire (figure 5).

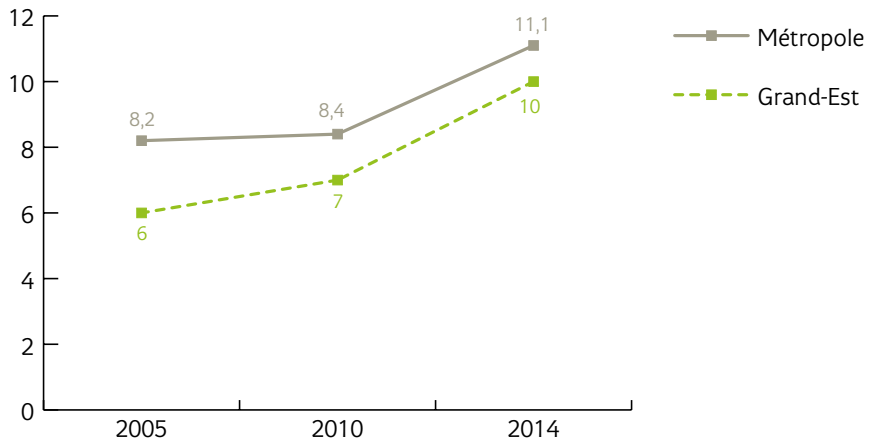
À l'échelle de la population adulte en revanche, la région suit parfaitement l'évolution de la consommation constatée sur le plan métropolitain, avec une tendance orientée à la hausse depuis 2005.

Figure 5 - Évolution de l'usage régulier de cannabis à 17 ans entre 2005 et 2014 (%)



Sources : ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014, OFDT

Figure 6 - Évolution de l'usage de cannabis dans l'année parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2014 (%)



Source : Baromètre santé 2005, 2010, 2014, Santé publique France



## Consommations de drogues illicites autres que le cannabis

Les niveaux d'expérimentation de substances illicites autres que le cannabis, qui demeurent faibles à 17 ans comme à l'âge adulte (entre 3 % et 5 %), ne laissent pas apparaître de différenciation géographique marquée. Les profils régionaux sont peu différenciés pour les consommations rares, à quelques exceptions près.

**Tableau 10 - Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis à 17 ans en 2014 (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 882)	Femmes (n = 837)	Ensemble (n = 1 719)	Hommes (n = 10 946)	Femmes (n = 11 077)	Ensemble (n = 22 023)
Champignons hallucinogènes	4	2	3	5,0	2,7	3,8
Poppers	6	4	5	5,7	5,2	5,4
MDMA/ecstasy	3*	3	3*	4,2	3,5	3,8
Cocaïne	2*	4	3	3,2	3,3	3,2
Heroïne	1	1	1	1,0	1,0	1,0
Amphétamines	3	3	3	3,2	2,3	2,8
LSD	2	1	1	1,9	1,3	1,6
Crack	1	1	1	1,0	1,1	1,1

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

**Tableau 11 - Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-64 ans, en 2014 (%)**

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 554)	Femmes (n = 648)	Ensemble (n = 1 202)	Hommes (n = 6 357)	Femmes (n = 7 131)	Ensemble (n = 13 4884)
Poppers	5*	2*	4*	9,8	4,9	7,3
Cocaïne	5*	1*	3*	8,1	3,2	5,6
Champignons hallucinogènes	6	2*	3*	6,6	2,8	4,7
MDMA/ecstasy	5	2	3*	6,0	2,6	4,3
Heroïne	2	0	1	2,4	0,6	1,5
Amphétamines	2*	1	1*	3,4	1,2	2,3
Crack	1	0	0	1,0	0,3	0,6

Source : Baromètre santé 2014, Santé publique France

Les adolescents du Grand-Est ne sont globalement pas moins expérimentateurs de ces substances que ceux du reste du territoire. Parmi les 15-64 ans, le niveau d'expérimentation est plus faible que dans le reste de la France pour tous les produits illicites présentés dans le tableau 11. Par exemple, 3 % des personnes interrogées de la région déclarent avoir déjà pris de la cocaïne au cours de leur vie, soit presque deux fois moins qu'au plan national (5,6 %).

### Références bibliographiques

Beck F, Guignard R., Richard J.-B., Léon C. (2013) Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis, INPES, coll. Études Santé Territoires, 97 p.

Beck F, Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. (2015) Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*, OFDT, n° 99, 8 p.

Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Lermenier A., Wilquin J.-L., Nguyen-Thanh V. (2015) La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*, INPES, n° 31, 6 p.

Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. (2015) Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, OFDT, n° 102, 4 p.

Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Nguyen-Thanh V., Beck F., Arwidson P. (2015) La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions*, INPES, n° 32, 6 p.

Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F. (2015) Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, OFDT, n° 100, 8 p.

## PARTIE 2. ACTIVITÉ DES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX ET CARACTÉRISTIQUES DE LEUR PUBLIC

---

### Les CSAPA de la région et leur public

#### **Rapports d'activité des CSAPA**

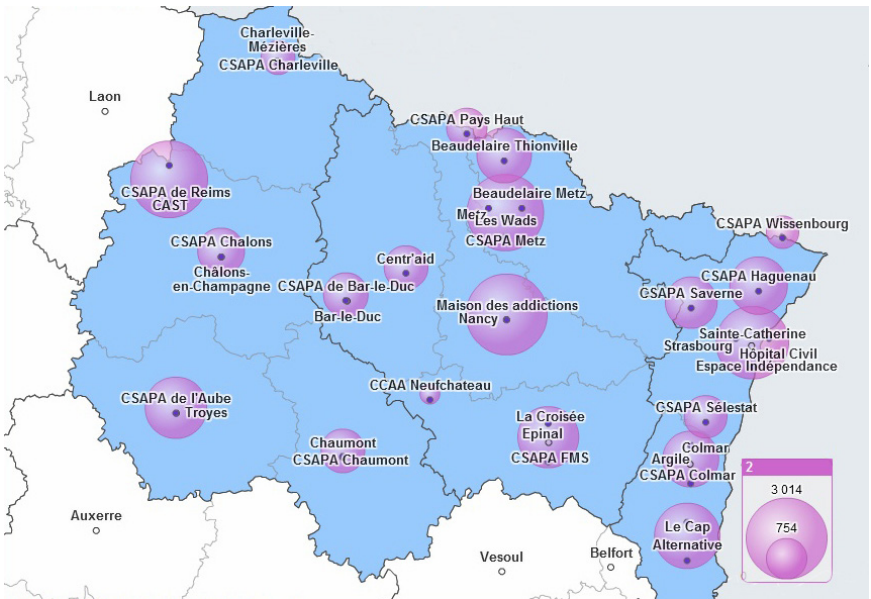
Les données mobilisées proviennent de l'exploitation des rapports d'activité de l'ensemble des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire pour l'année 2014. Pour chaque CSAPA décompté correspond un rapport d'activité. Les patients accueillis dans les CSAPA avec hébergement ne représentent qu'une toute petite fraction (entre 1 % et 2 %) du nombre total de patients pris en charge. Compte tenu de la possibilité de doubles comptes entre ces deux catégories de CSAPA, seuls les patients et l'activité des CSAPA en ambulatoire sont pris en compte ici. Quelques données provenant du recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) sont également détaillées à la fin de cette section. Pour plus d'informations sur les rapports d'activité et RECAP, on se référera au n°110 de la lettre Tendances (Palle, 2016).

#### ***Nombre de personnes prises en charge***

La région Grand-Est comprend 28 CSAPA en ambulatoire (carte 8), 4 CSAPA avec hébergement, tous centres thérapeutiques résidentiels (CTR) et un CSAPA intervenant exclusivement en milieu pénitentiaire. Les trois quarts des CSAPA en ambulatoire indiquent disposer d'une consultation jeunes consommateurs (CJC), proportion supérieure à la moyenne nationale (67 %). Environ six CSAPA sur dix interviennent en milieu carcéral, proportion

également un peu supérieure à la moyenne nationale (52 %). L'Alsace se distingue cependant par une proportion particulièrement faible pour cet indicateur (36 %), ce qui s'explique peut-être en partie par la présence d'un CSAPA en milieu pénitentiaire à la maison d'arrêt de Strasbourg. La plupart des CSAPA (19 sur 28) se déclarent « généralistes ». Seuls 4 se disent spécialisés dans l'accueil des patients en difficulté avec l'alcool et 5 dans celui des usagers de drogues illicites. Un peu moins de la moitié des CSAPA en ambulatoire est en gestion hospitalière, proportion plus élevée qu'au niveau national (40 %). La proportion de CSAPA en gestion hospitalière est particulièrement importante en Alsace (67 %).

**Carte 8 - Implantation et file active des CSAPA en ambulatoire dans le Grand-Est en 2014**



Source : *Rapports d'activité des CSAPA 2014, DGS/OFDT*

Note : à Strasbourg, la file active du CSAPA en milieu pénitentiaire n'est pas incluse dans le chiffre à partir duquel est calculée la taille du symbole représentant la file active dans la commune

Le nombre de personnes prises en charge est à peu près identique dans les quatre plus grandes villes de la région : Strasbourg, Nancy, Metz et Reims (carte 8). Une deuxième catégorie de villes moins peuplées, telles que Troyes, Epinal, Colmar, Mulhouse et Charleville-Mézières accueillent un nombre plus faible mais également à peu près semblable de patients.

En Alsace, deux CSAPA hospitaliers, qui ne sont pas situés dans des grandes villes, accueillent aussi un nombre similaire de patients. Le troisième niveau est constitué de CSAPA situés dans des villes comme Châlons-en-Champagne, Chaumont ou Bar-Le-Duc et de CSAPA situés dans des communes de moindre importance.

Les CSAPA en ambulatoire de la région ont accueilli en 2014 environ 28 400 patients consommateurs. Les CTR ont hébergé 160 patients. En outre, 71 patients ont séjourné dans un appartement thérapeutique résidentiel géré par un CSAPA en ambulatoire.

Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de patients pris en charge dans les CSAPA en ambulatoire est plus élevé dans la région Grand-Est qu'au niveau national (70 patients pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans vs 60 en moyenne). La Champagne-Ardenne se situe au-dessus de la moyenne régionale avec 80 patients pour 10 000 habitants, alors que la Lorraine se situe en dessous (62 pour 10 000) et l'Alsace dans la moyenne régionale. Les CSAPA en ambulatoire ont également accueilli environ 1 600 personnes de l'entourage des patients, soit 4,0 personnes pour 10 000 habitants, valeur légèrement plus faible qu'au niveau national (4,4). L'Alsace se distingue par un nombre plus élevé de personnes de l'entourage accueillies (5,8 pour 10 000 habitants vs 3 dans les deux autres régions).

**Tableau 12 - Nombre de CSAPA en ambulatoire, nombre de patients en France, dans la région Grand-Est et ses trois sous régions en 2014**

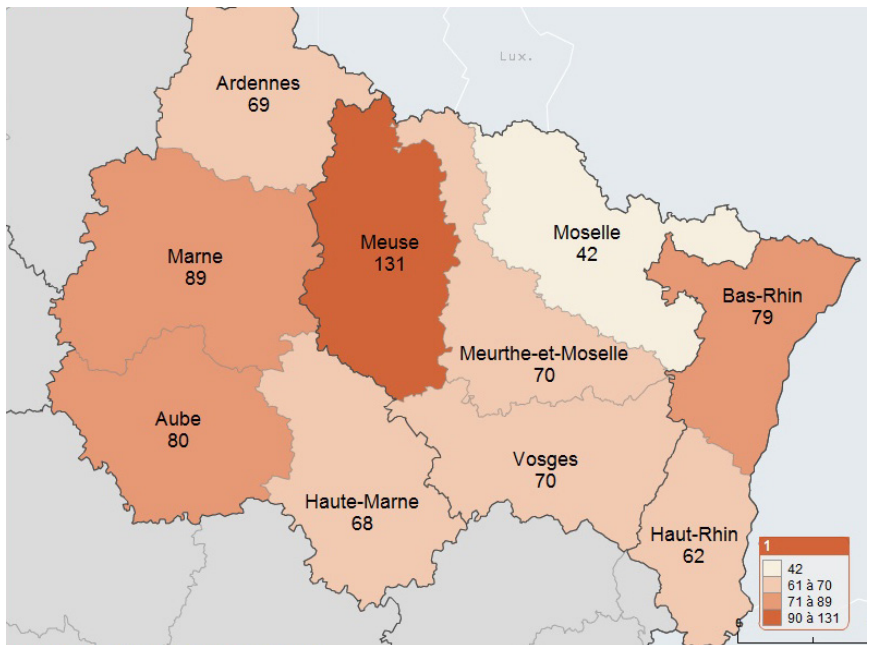
	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Nombre de CSAPA en ambulatoire	371	28	11	6	11
Nombre de CSAPA pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	0,78	0,69	0,79	0,62	0,64
Nombre de patients consommateurs pris en charge	288 221	28 370	9 937	7 746	10 687
Nombre de patients pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	60	70	72	80	62

Source : Rapports d'activité des CSAPA 2014, DGS/OFDI

Des disparités plus importantes apparaissent au niveau départemental (Carte 9). Le ratio du nombre de personnes prises en charge par habitant est beaucoup plus faible en Moselle qu'ailleurs, et plus élevé dans la Meuse.

Entre 2010 et 2014, la croissance des files actives en Lorraine a varié entre 8 % et 14 % selon les départements. En Alsace, la progression a été beaucoup plus forte dans le Bas-Rhin (13 %) que dans le Haut-Rhin (3 %). Dans la région Champagne-Ardenne, il existe également un fort contraste entre l'augmentation de 19 % de la file active des CSAPA de la Marne et la baisse de 20 % de celle de l'unique CSAPA de la Haute-Marne. La taille d'échantillon et les incertitudes liées à la représentativité des données n'ont pas permis de déterminer les évolutions au niveau le plus fin dans les Ardennes et dans l'Aube.

**Carte 9 - Nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA ambulatoire pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans par département en 2014**



Source : Rapports d'activité des CSAPA 2014, DGS/OFD

## Analyse des files actives par produit

Le nombre de personnes accueillies est réparti en fonction du produit posant le plus de problème cité lors de la consultation. Rapportées au nombre d'habitants, les files actives sont dans la région Grand-Est supérieures à la moyenne nationale pour tous les produits sauf pour le cannabis. La différence apparaît plus marquée pour les patients accueillis pour usage de tabac (6,2 vs 3,6) et d'alcool (36 vs 31), (tableau 13). La répartition en pourcentage suivant les grands types de produits (tableau 14) ne diffèrent en fait que pour le tabac, surreprésenté dans le Grand-Est, et le cannabis à l'inverse sous-représenté.

**Tableau 13 - Nombre de patients pris en charge pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans suivant le produit consommé posant le plus de problèmes en 2014**

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Alcool	31	36	41	37	31
Tabac	3,6	6,2	7	8,0	4,8
Cannabis	12	10	7	18	8
Opiacés, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes	11	14	13	13	15
Addictions sans substances	1,7	1,8	2,6	1,8	1,1
Autres	0,4	0,6	0,4	0,6	0,9

Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDT

**Tableau 14 - Répartition des patients pris en charge suivant le produit consommé posant le plus de problèmes en 2014 (%)**

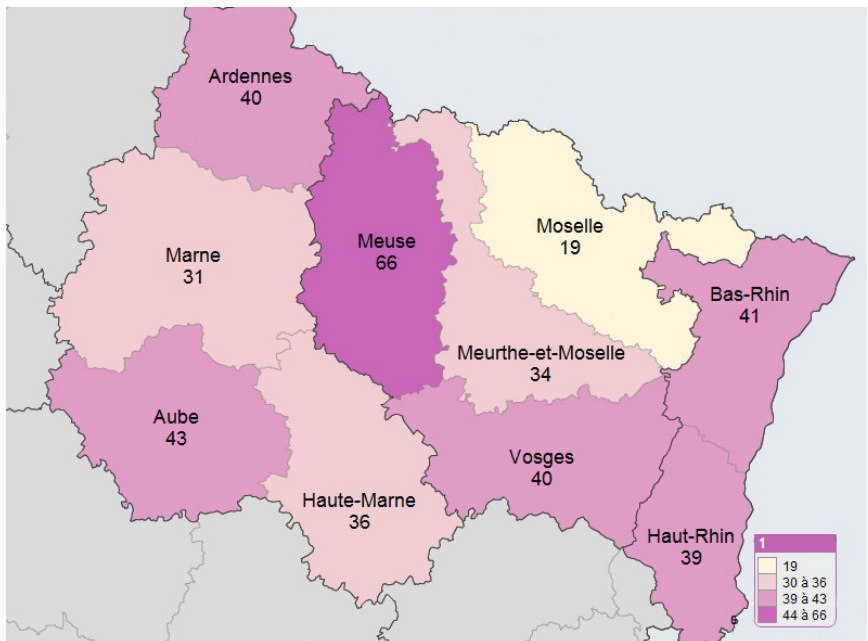
	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Alcool	51	52	57	47	51
Tabac	6,1	9,1	9,6	10,1	7,8
Cannabis	20	15	10	23	13
Opiacés, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes	19	20	18	17	25
Addictions sans substances	2,8	2,6	3,7	2,3	1,9
Autres	0,7	0,9	0,5	0,8	1,4

Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDT

Au sein de la région, l'Alsace se démarque par un nombre plus élevé (relativement à la population) de prises en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et plus faible pour le cannabis. L'importance des prises en charge pour un problème d'alcool dans les CSAPA d'Alsace est probablement en partie liée au nombre relativement élevé de CSAPA hospitaliers dans ce territoire. Dans les autres régions françaises et dans les autres territoires du Grand-Est, les services hospitaliers prenant en charge ce type de patients ont moins souvent le statut de CSAPA et n'apparaissent donc pas dans les statistiques fournies ici. La Champagne-Ardenne, se caractérise par un nombre élevé de personnes vues pour usage de cannabis. La Lorraine ne se différencie véritablement que par une file active par habitant plus faible d'usagers d'alcool et de tabac.

Si le niveau de prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool est homogène dans les deux départements d'Alsace, il est en revanche très contrasté en Lorraine, la Moselle s'opposant à la Meuse, comme pour l'ensemble des prises en charge. Le rapport Meuse – Moselle pour cet indicateur est d'ailleurs à peu près identique pour les prises en charge alcool et pour l'ensemble des prises en charge.

**Carte 10 - Nombre de consommateurs d'alcool pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans**

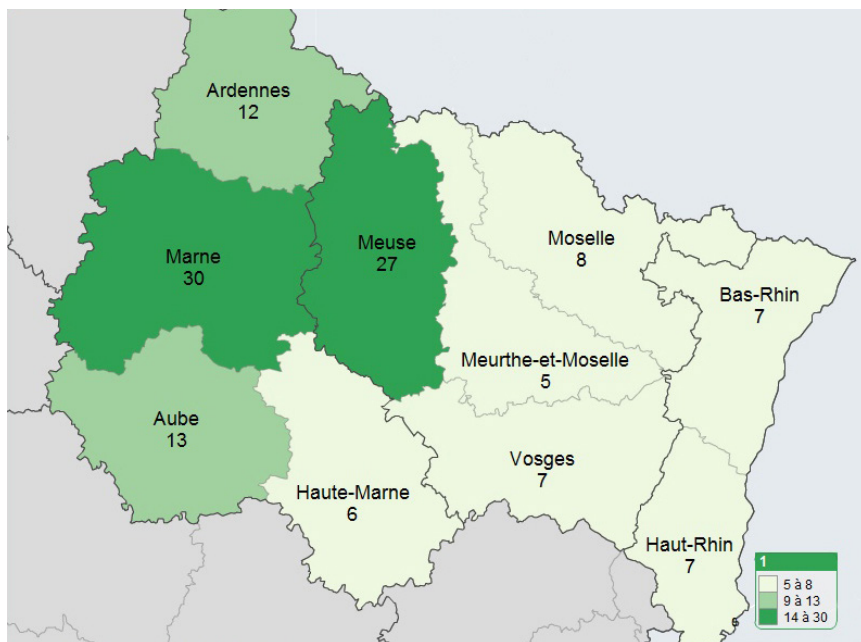


Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDT



En ce qui concerne le cannabis, le contraste apparaît très net entre les territoires situés à l'Est, caractérisé par un ratio faible de prise en charge par habitant et ceux plus à l'Ouest dans lesquels ce ratio est de deux à quatre fois plus élevé.

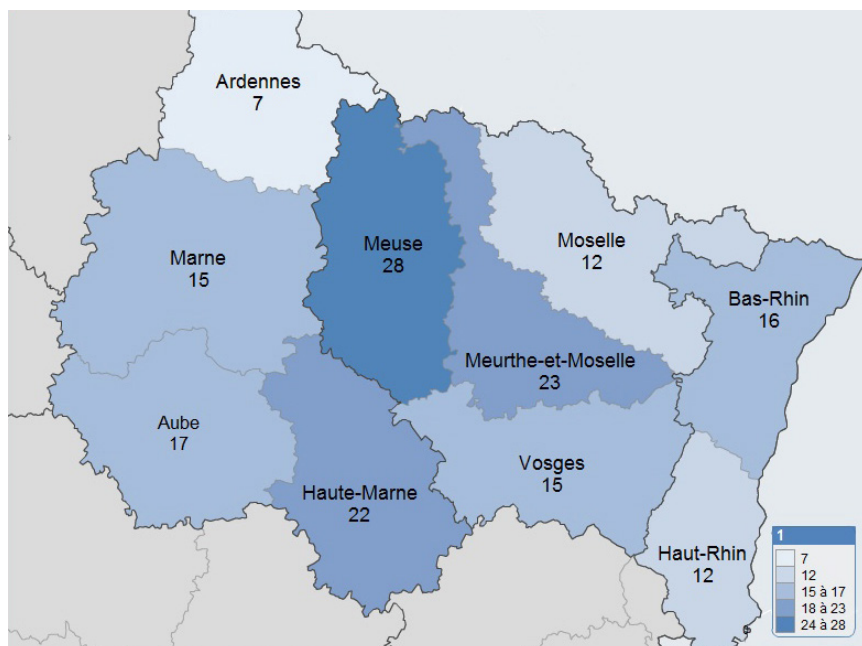
**Carte 11 - Nombre de consommateurs de cannabis pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans**



Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDJ

Cette opposition ne se retrouve pas dans le cas des prises en charge pour usage des autres drogues illicites ou mésusage de médicaments. Les produits consommés cités en premier dans cette population sont les opiacés, de façon encore plus prononcée dans le Grand-Est que dans le reste de la France. La cocaïne est en revanche moins souvent mentionnée dans cette région. Les Ardennes surtout, et, dans une moindre mesure, la Moselle et le Haut-Rhin, s'opposent à la Meuse et à la Meurthe-et-Moselle et à la Haute-Marne par un nombre moins élevé de prises en charge par habitant.

Carte 12 - Nombre de consommateurs d'opiacés, cocaïne et autres substances (hors addictions sans substances, et tabac) pris en charge pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2014



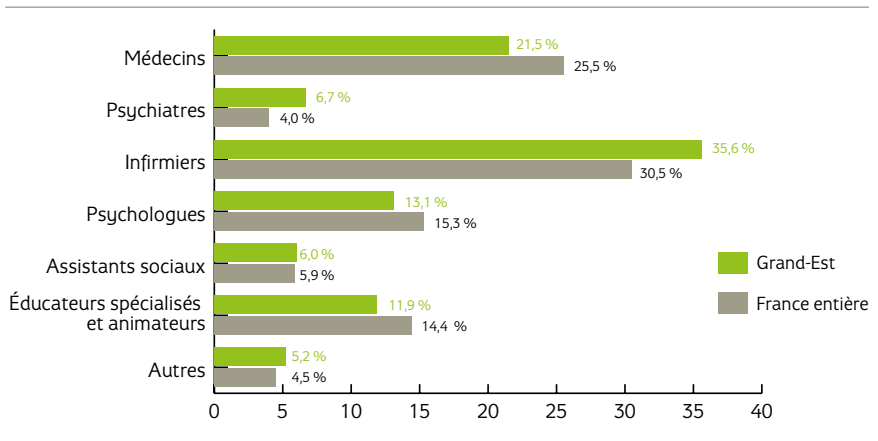
Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDI

## Les actes

L'activité des CSAPA est principalement retracée à partir de l'enregistrement des actes/consultations avec les usagers suivant les professions. Du point de vue de la répartition des actes, le Grand-Est se distingue par des proportions un peu plus élevées d'actes de médecins, de psychologues et d'éducateurs et moindres d'infirmiers et de psychiatres (Figure 7). Dans cette région comme dans la France dans son ensemble, la moitié des actes infirmiers ont trait aux traitements de substitution aux opiacés. Si au niveau du Grand-Est dans son ensemble, la répartition selon les actes diffère assez peu de la moyenne nationale, des disparités beaucoup plus importantes apparaissent à l'échelon des anciennes régions. L'Alsace se différencie de la moyenne nationale par une part plus élevée des actes de médecins et plus faible d'actes de psychiatres, la Lorraine par une proportion très élevée d'actes d'éducateurs spécialisés. Mais c'est surtout en Champagne-Ardenne que la répartition se distingue de la moyenne nationale, avec une part élevée d'actes de médecins, de psychologues et d'actes « Autres » et plus faibles

d'actes d'infirmiers et d'actes de psychiatres. Il faut cependant considérer avec prudence les chiffres relatifs aux actes, surtout quand le nombre de CSAPA concerné devient faible comme c'est le cas en Champagne-Ardenne (6 CSAPA). L'enregistrement des actes ne se fait peut-être pas de façon homogène d'un CSAPA à l'autre et des erreurs difficilement vérifiables peuvent facilement se glisser dans les documents sur lesquels s'appuient ces statistiques.

**Figure 7 - Répartition des actes patients suivant les professions en 2014 (en %)**



Source : *Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDT*

A population égale, le nombre d'usagers ayant bénéficié d'une prescription de méthadone par un médecin exerçant dans un CSAPA est à peu près le même dans le Grand-Est et dans la France entière (5,9 usagers pour 10 000 habitants vs 5,7). Sur ce point l'ancienne région Champagne-Ardenne se distingue par un nombre de patients nettement plus élevé (9,1).

En ce qui concerne le dépistage des hépatites B et C et du VIH, les nombres de patients ayant pu en bénéficier sont également assez proches dans le Grand-Est de la moyenne nationale, à population égale. Un dépistage a pu être réalisé pour 3,8 usagers (pour 10000 habitants) contre 4,4 au niveau national dans le cas de l'hépatite B, pour 4,7 usagers contre 4,9 dans le cas de l'hépatite C, et pour 5,8 contre 5 pour le dépistage du VIH. Le nombre de patients dépistés apparaît globalement plus important que dans les autres sous-régions en Champagne-Ardenne. L'Alsace se démarque par un nombre de dépistages plus faible pour le VHB (2,9) et la Lorraine par un nombre de dépistages plus important pour le VIH (7,0).

Pour les données sur les traitements de substitution aux opiacés comme pour les données sur les dépistages, il faut là aussi considérer les chiffres avec prudence. Le nombre assez important de CSAPA ne renseignant pas ces questions, sans qu'on puisse savoir si ces activités ne sont pas prises en charge par le CSAPA ou si les données ne sont pas recueillies, introduit des marges d'incertitude non négligeables.

### *Moyens en personnel*

En 2014, les CSAPA en ambulatoire de la région Grand-Est ont employé 355 équivalents temps plein (ETP). Leur répartition suivant les professions diffère globalement assez peu entre le Grand-Est et la France entière. La part des ETP d'éducateurs apparaît cependant plus élevée dans la région (15 % vs 11 %) en raison d'un pourcentage particulièrement élevé de ce type d'emploi en Lorraine (19 %) et dans une moindre mesure en Champagne-Ardenne (16 %). Des disparités apparaissent ainsi au sein de la région. Les ETP de médecins généralistes sont sous représentés en Lorraine (5 % vs 8 %) alors que ceux des infirmiers sont sur représentés (29 % vs 21 %). En Champagne-Ardenne ce sont les ETP d'infirmiers qui paraissent relativement peu nombreux (12 % vs 21 %) et les ETP « Autres » plus nombreux, ce dernier écart étant lié à la présence dans un même CSAPA de 3,7 ETP de conseiller en économie sociale et familiale et de 2,4 ETP de secrétaire médico-social. Compte tenu du nombre relativement faible d'ETP, les disparités en pourcentage peuvent parfois être liées à des différences assez faibles d'effectifs. L'Alsace se caractérise par des proportions plus élevées de médecins généralistes (11 % vs 8 %) et d'assistants de service social (12 % vs 6 %) et moindre d'éducateurs (10 % vs 15 %).

**Tableau 15 - Nombre de CSAPA en ambulatoire, nombre de patients et d'ETP en France, dans la région Grand-Est et ses trois sous régions en 2014**

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Nombre de CSAPA en ambulatoire	371	28	11	6	11
Nombre d'ETP	3 869	355	114	101	140
Nombre d'ETP pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	8,3	9,1	9,2	10,5	8,1
Nombre de patients par ETP	73	77	77	76	76

Source : *Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFD*

En cohérence avec le plus grand nombre de patients pris en charge dans les CSAPA du Grand-Est, le nombre d'ETP pour 100 000 habitants employés dans ces structures est plus élevé que la moyenne nationale (9,1 vs 8,3). Au niveau infrarégional, la Champagne-Ardenne se situe à un niveau plus élevé que les autres territoires avec 10,5 ETP pour 100 000 habitants.

Le nombre de patients par ETP dans les CSAPA en ambulatoire de la région est d'environ 77, valeur également un peu supérieure à la moyenne nationale (73) (tableau 15). Ce ratio est à peu près identique dans les trois territoires du Grand-Est. Les ETP semblent être répartis entre territoires de façon proportionnelle aux nombre de patients accueillis.

D'après les données figurant dans les rapports d'activité des CSAPA du Grand-Est, les activités d'hébergement ont mobilisé 65 ETP, dont 57 pour les quatre CTR en 2014. Le total réel doit être un peu supérieur, aucun ETP n'ayant été déclaré pour un ATR et un réseau de familles d'accueil. La répartition des ETP suivant les professions est assez semblable dans la région et au niveau national, si on fait abstraction de la part beaucoup plus faible des ETP classés en « Autres » relativement au niveau national (3 % vs 15 %). La part des ETP d'animateurs est cependant inférieure dans la région Grand-Est (7 % vs 13 %) et celle des ETP d'éducateurs spécialisés supérieure (45 % vs 37 %).

### ***Moyens financiers***

En 2014, les recettes budgétaires des CSAPA en ambulatoire du Grand-Est se sont élevées à 26,7 millions d'euros, dont 24,8 millions proviennent de l'enveloppe médico-sociale du fond de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM). Le total des recettes varie selon les CSAPA entre 238 000 euros et 2,36 millions d'euros avec un budget médian d'environ 740 000 euros. Le montant moyen des recettes par CSAPA s'établit à près de 955 000 euros contre 812 000 euros au niveau national. Cette différence semble liée à un ratio du nombre de CSAPA pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans inférieur dans la région Grand-Est à celui de la France entière (0,69 vs 0,78). Dans le territoire Champagne-Ardenne, tout particulièrement, l'activité de soins médico-sociaux en addictologie est concentrée sur 6 CSAPA contre 11 dans les deux autres régions. La file active globale est inférieure en Champagne-Ardenne mais les CSAPA accueillent en moyenne davantage de personnes que dans les deux autres territoires.

Rapporté à la population, le montant consacré au financement des CSAPA en ambulatoire est un peu plus élevé dans le Grand-Est qu'au niveau national : le budget des CSAPA de la région représente un montant de 6,6 euros par habitant âgé de 15 à 74 ans contre 6,1 euros pour la France entière. Ce

montant est nettement inférieur à la moyenne régionale en Lorraine (6,0 euros par habitant) ; il est sensiblement égal à la moyenne en Alsace (6,8 euros par habitant) ; enfin, il est supérieur en Champagne-Ardenne (7,3 euros par habitant).

Le total des charges indiquées dans les rapports d'activité hébergement par les CSAPA offrant ce type de prestation s'élève à environ 4,8 millions d'euros en 2014, dont 4,2 millions pour les quatre CTR. Le montant total des recettes couvrant les dépenses d'hébergement se situe sans doute entre 5,2 millions et 5,4 millions, les données budgétaires étant manquantes pour trois ATR. La moyenne des recettes budgétaires par CSAPA avec hébergement s'établit à 1 million d'euros en région Grand-Est, chiffre voisin de la moyenne nationale. Les données budgétaires étant manquantes au niveau national dans un nombre non négligeable de CSAPA offrant des prestations d'hébergement, il est difficile de comparer les montants par habitant consacrés aux activités d'hébergement.

### *Les spécificités du public des CSAPA de la région Grand-Est*

En ce qui concerne les caractéristiques des personnes prises en charge, tous produits confondus, la région Grand-Est se différencie globalement assez peu de la moyenne nationale. La proportion de nouveaux patients y est cependant un peu plus faible (39 % vs 43 %) (Tableau 16) en raison notamment d'un pourcentage faible en Lorraine. Les différences infra régionales sont en revanche plus marquées. Le public des CSAPA d'Alsace apparaît ainsi plus âgé, un peu moins masculin et comprend une proportion plus élevée de personnes mieux insérées, caractéristiques probablement liées à la part plus importante de prises en charge de personnes en difficulté avec l'alcool dans ce territoire. La part du public ayant déjà utilisé la voie intraveineuse semble cependant plus élevée qu'ailleurs. L'orientation vers le CSAPA par un médecin de ville et par une équipe de liaison ou une consultation hospitalière est en outre beaucoup plus fréquente qu'au niveau régional et national dans ce territoire. En Champagne-Ardenne, le public est plus jeune, un peu plus masculin, et comprend peu d'utilisateurs de la voie intraveineuse. Les personnes accueillies sont moins souvent orientées par les médecins de ville et les équipes hospitalières et d'avantage par la Justice dans le cadre des obligations de soins. Ces différentes caractéristiques sont vraisemblablement liées à la proportion plus élevée de prises en charge pour usage de cannabis. La Lorraine se différencie moins de la moyenne régionale. La proportion de patients mieux insérés y est plus faible, tout comme la part des orientations par des équipes hospitalières ou des médecins de ville.

Les caractéristiques des patients sont liées aux grandes catégories de produits pour lesquels ils sont pris en charge (alcool ou tabac, cannabis, ensemble des autres produits, dont principalement opiacés et cocaïne). Les

caractéristiques moyennes des personnes prises en charge dans les CSAPA d'un territoire géographique dépendent en grande partie de la répartition des patients entre ces catégories.

**Tableau 16 - Caractéristiques des patients pris en charge dans les CSAPA en France, dans la région Grand-Est et dans ses trois sous-régions (%)**

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
% de nouveaux patients	43	39	40	44	36
% d'hommes	77	77	74	79	78
% de 40 ans et plus	48	48	57	42	44
% RSA	16	18	13	18	21
% d'orientations par une équipe de liaison ou une consultation hospitalière	5	5,8	12	2,6	2,5
% orientation par la Justice, post-sentenciel	14	12	10	18	10
% en dépendance	58	59	62	52	60
% ayant déjà utilisé la voie intraveineuse	16	18	25	8	20

Source : *Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDT*

Les données RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) permettent de comparer les caractéristiques des patients entre territoires en distinguant les profils moyens des patients pris en charge pour chacune des trois catégories mentionnées. En raison du manque d'exhaustivité, seuls 16 CSAPA ambulatoire du Grand-Est sur 28 ont fourni des données RECAP 2015 exploitables, les différences doivent être interprétées avec prudence. Seules les plus importantes sont rapportées ici.

## Alcool

Les caractéristiques de ce public ne se différencient pas vraiment des moyennes nationales, au regard des indicateurs disponibles. L'âge moyen et la répartition par tranche d'âge est identique aux valeurs nationales. La proportion plus élevée d'ouvriers (30 % vs 25 %) est une des rares spécificités régionales, observables en fait pour toutes les addictions considérées. Les usagers d'alcool du Grand-Est sont également un peu moins nombreux à consommer chaque jour de l'alcool (45 % vs 50 %).

## Cannabis

L'âge moyen de ces usagers est à peu près identique à la moyenne nationale mais la part des moins de 20 ans est un peu plus faible dans le Grand-Est (24 % vs 27 %). On retrouve également parmi eux une proportion plus élevée d'ouvriers (27 % vs 21 %) et moindre de sans professions (41 % vs 49 %) ; sont également plus élevées dans cette région les parts des personnes disposant d'un logement indépendant de façon durable (46 % vs 41 %) et de revenus d'emplois (44 % vs 36 %).

## Opiacés cocaïne et autres produits

Relativement à la moyenne nationale, les usagers d'opiacés et de cocaïne du Grand-Est sont en moyenne un peu moins âgés (36 vs 37,5), avec une moindre proportion de 40 ans et plus (34 % vs 40 %) ; la proportion d'ouvriers est là encore plus élevée (36 % vs 28 %) et celle des sans professions plus faible (28 % vs 34 %) ; l'héroïne est plus fréquemment citée comme produit à l'origine de la prise en charge (61 % vs 54 %) ; le pourcentage de consommateurs de cocaïne est plus faible (17 % vs 23 %) ; l'héroïne est moins souvent injectée (14 % vs 19 %), plus souvent sniffée (71 % vs 60 %), et moins souvent consommée chaque jour (55 % vs 62 %).

## Référence bibliographique

Palle C. (2016) Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. *Tendances*, OFDT, n° 110, 8 p.



## Consultations jeunes consommateurs (CJC)

### L'enquête CJC 2014-2015

Depuis 2005, l'OFDT évalue de manière régulière le dispositif des consultations jeunes consommateurs. L'objectif de l'enquête réalisée en 2014 et 2015 était de comparer, à l'échelle nationale, le public accueilli à un an d'intervalle (Obradovic, 2015, Protais et al., 2016) alors qu'une campagne de communication grand public a été menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) du 12 Janvier au 8 Février 2015. Elle a été réalisée auprès de l'ensemble des structures identifiées comme exerçant une activité de CJC en 2014. Il a été demandé aux professionnels de remplir un questionnaire pour chaque personne reçue pendant une période donnée, en 2014 (du 24 mars au 30 juin) puis en 2015 (du 20 avril au 20 juin), qu'il s'agisse d'un consommateur ou de son entourage. Le questionnaire comprenait un socle de questions communes au volet d'enquête précédent, afin de garantir la comparabilité des résultats. Il a cependant été raccourci la deuxième année pour maintenir un bon taux de réponse. Il comprenait quatre parties : les circonstances et les motifs de la consultation ; des éléments sociodémographiques du consommateur (sexe, âge, situation socio-économique, niveau de diplôme, etc.) ; les substances consommées (tabac, alcool, cannabis, autres substances) ; la décision prise à l'issue de la consultation.

Parmi les 260 structures recensées au niveau national, 212 ont répondu à l'enquête en 2014 et 199 en 2015, soit un taux de participation avoisinant les 80 % en moyenne sur les deux années. Au total, 8270 questionnaires exploitables ont été collectés. Parmi l'ensemble des structures gérant des CJC en région Grand-Est, 95 % ont répondu à l'enquête menée par l'OFDT en moyenne sur les deux années, ce qui assure une très bonne représentativité des résultats.

Dans la région Grand-Est en 2017, les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont gérées par 24 opérateurs, des CSAPA pour la plupart. La moitié de ces structures relèvent d'un centre hospitalier et l'autre du secteur associatif. Ces opérateurs hébergent un point de consultation principal, mais ils peuvent également mettre en place des antennes dans des communes aux alentours ainsi que des points de « consultation avancée ». Au total, 45 communes

(voir carte 13) disposent de points de consultation CJC dans la région. La file active des CJC du Grand-Est peut être estimée à environ 3 000 consultants en 2014 dont environ 1 200 pour la Champagne-Ardenne, 1 000 pour la Lorraine, et 800 pour l'Alsace. À population égale, les usagers vus dans les CJC sont deux fois plus nombreux en Champagne-Ardenne que dans les deux autres anciennes régions (12,8 consultants pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans vs 5,8 en Alsace et en Lorraine). Metz, Reims, Troyes, Mulhouse et Châlons-en-Champagne apparaissent comme les cinq villes déclarant le plus de personnes accueillies en CJC.

### ***Le public des CJC et les vecteurs de recrutement***

Les proportions de personnes vues seules ou accompagnées dans une CJC ne diffèrent pas dans le Grand-Est (respectivement 72 % et 26 %) des moyennes nationales (73 % et 26 %). Il existe en revanche des disparités au niveau infra régional. La part des personnes vues seules est ainsi nettement plus faible en Lorraine (61%) qu'en Alsace (78 %) et en Champagne-Ardenne (80 %) (Tableau 17).

Dans le Grand-Est, plus d'un consultant sur cinq s'adresse aux CJC spontanément, soit quatre points de plus que la moyenne nationale. Mais la région se différencie particulièrement par l'importance des orientations par le milieu sanitaire, deux fois plus élevée qu'au niveau national (13 % vs 6 %). Cette caractéristique est vraisemblablement liée à la représentation plus importante des structures dépendant du secteur hospitalier parmi les opérateurs gérant une CJC dans la région. À l'inverse les personnes vues dans les consultations du Grand-Est sont nettement moins orientées par la justice (36 % vs 42 %) et par le milieu scolaire ou éducatif (10% vs 14 %). La répartition des personnes accueillies suivant les orientations diffère cependant en Champagne-Ardenne où la part des orientations judiciaires est beaucoup plus importante que la moyenne régionale (44 % vs 36 %) alors que celle des démarches spontanées est plus basse de 10 points. Ce taux élevé des orientations judiciaires s'explique notamment par une part élevée des orientations par la PJJ sur ce territoire (16% contre 5% en moyenne nationale). L'Alsace se caractérise par un recrutement sanitaire particulièrement important (17 %). La Lorraine se distingue peu de la moyenne régionale, sinon par une part d'orientations sanitaires légèrement plus faible (9 % vs 13 %).

### ***Produits et comportements à l'origine de la consultation***

Près de huit consommateurs sur dix s'adressent aux CJC au titre d'un seul produit et environ 13 % en citent plusieurs, proportion légèrement supérieure à la moyenne nationale (11%). Cette part est toutefois plus importante en Champagne-Ardenne où le recours à la CJC pour plusieurs

produits culmine à 18 %. Par ailleurs, 7 % du public a recours à une CJC du Grand-Est pour une addiction comportementale, proportion qui ne diffère que très légèrement de la moyenne nationale

La région Grand-Est se différencie de l'ensemble du territoire français par une proportion plus faible de personnes citant le cannabis comme motif de la demande (72 % vs 79 %) et une proportion plus importante citant l'alcool (17 % vs 13 %). La sur représentation de ce dernier produit est particulièrement élevée en Alsace où sa part atteint 20 %. Dans ce territoire, le pourcentage de personnes citant le tabac est également au-dessus de la moyenne régionale (12 % vs 8 %), alors que celle du cannabis se situe en dessous (67 % vs 70 %). En Champagne-Ardenne, la répartition suivant les produits est à peu près la même qu'au niveau régional. La Lorraine se caractérise, quant à elle, par une part élevée de prise en charge liée au cannabis et une part plus faible liée à l'alcool et au tabac.

Pour la cocaïne et les jeux vidéo, la région Grand-Est ne se démarque pas de façon nette du niveau national.

Carte 13 - Points de consultations principales et avancées des CJC dans la région Grand-Est



Source : OFDT, 2017

### ***Caractéristiques principales des consultants***

Le public des CJC de la région Grand-Est se distingue par une part de mineurs un peu plus faible que dans l'ensemble de la France (38 % contre 41 %), malgré quelques disparités infrarégionales : la prédominance des mineurs est particulièrement marquée en Alsace (36 %), alors qu'en Lorraine ce pourcentage est voisin de la moyenne nationale. L'âge moyen du public (20,3 ans) est légèrement supérieur à celui observé au niveau national (19,8 ans).

Sur le plan des consommations, les consultants des CJC apparaissent tout d'abord encore plus fumeurs (quotidiens) qu'en moyenne (86 % vs 80 %) (Figure 4). Cette caractéristique est particulièrement prononcée en Lorraine où 91 % des consultants déclarent être des fumeurs quotidiens contre 80% en Champagne-Ardenne.

Si les jeunes reçus dans les CJC du Grand-Est sont moins consommateurs d'alcool dans le mois que dans l'ensemble du territoire, la proportion d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante déclarés (API) parmi eux est à l'inverse plus élevée (44 % vs 40 %). Cette spécificité est plus prononcée en Champagne-Ardenne où 52 % du public reçu déclare au moins un épisode d'API dans le mois. Cette caractéristique est à mettre en lien avec la hausse du recours à la CJC pour une consommation d'alcool sur ce territoire.

La proportion des usagers récents de cannabis en région Grand-Est est inférieure à la moyenne nationale (66 % vs 72 %). Cette caractéristique est plus marquée en Champagne-Ardenne où la part des personnes déclarant au moins une consommation de cannabis dans le mois est la plus basse de la région avoisinant les 55 %.

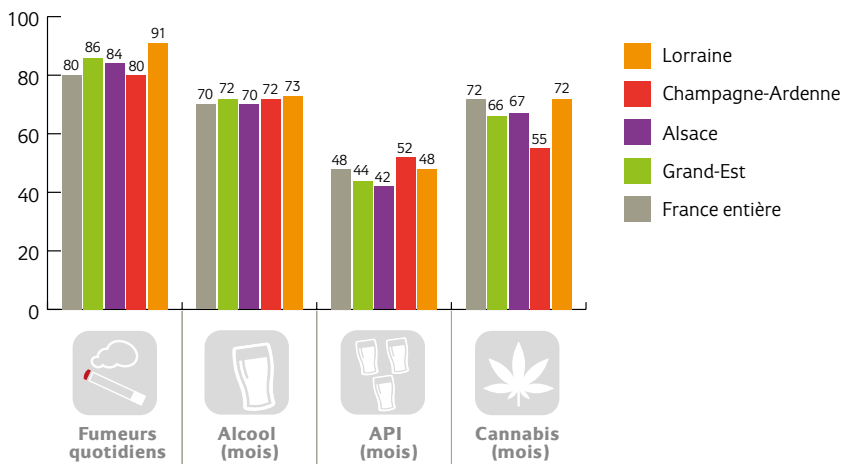
Sur le plan de l'insertion sociale, les consultants vus dans la région Grand-Est se trouvent, quelle que soit leur tranche d'âge, dans des situations socio-professionnelles plus difficiles qu'ailleurs. La proportion de chômeurs est plus importante que dans le reste de la France : elle avoisine les 18 % contre 14 % sur l'ensemble du territoire. Cette caractéristique des consultants est particulièrement prononcée en Alsace et en Champagne-Ardenne où le taux de chômage est respectivement de 22 % et 17 %. Au contraire, les consultants de la Lorraine paraissent dans des situations socio-professionnelles moins difficiles : la part des actifs en situation d'emploi est de 20 % alors que celle des chômeurs avoisine 13 %.

**Tableau 17 - Profil du public reçu en CJC dans la région Grand-Est (%)**

	France entière (n = 8 270)	Grand-Est (n = 729)	Alsace (n = 323)	Champagne- Ardenne (n = 162)	Lorraine (n = 244)
<b>Type de consultant reçu</b>					
Consommateur venu seul	73	72	78	80	61
Entourage venu seul	1	2	2	1	3
Consommateur venu avec son entourage	26	26	20	20	37
<b>Caractéristiques socio-démographiques des consommateurs reçus</b>					
Âge moyen	19,8	20,3	20,7	19,7	20,2
mineurs	41	38	36	39	41
18-25 ans	50	52	54	55	49
+ de 26 ans	9	9	10	6	10
Hommes	81	80	80	85	81
Chômeurs	14	18	22	17	13
Actifs employés	14	17	18	11	20
<b>Motif de la demande</b>					
Consommation d'un produit	79	80	80	75	82
Consommation de plusieurs produits	11	13	8	18	16
Addiction sans produit	8	7	9	7	2
Consommation de produit et addiction sans produit	2	1	3	0	0
<b>Produit et comportement à l'origine de la demande</b>					
Personnes reçues pour un problème avec le cannabis	79	72	67	70	79
Personnes reçues pour un problème avec l'alcool	13	17	20	20	10
Personnes reçues pour un problème avec le tabac	6	8	12	7	3
Personnes reçues pour un problème de cocaïne	3	2	2	1	3
Personnes reçues pour un problème avec le jeu vidéo	6	4	4	6	4
<b>Orientation vers la CJC</b>					
Personnes venues consulter spontanément	17	21	25	12	21
Personnes orientées par la justice	42	36	31	44	39
Personnes orientées par la famille	17	18	18	16	17
Personnes orientées par le milieu scolaire ou le milieu socio-éducatif	14	10	8	12	11
Personnes orientées par le milieu sanitaire	6	13	17	13	9

Source : Enquête « Consultations jeunes consommateurs » 2015, OFDT

Figure 8 - Consommations de produits psychoactifs chez les consultants CJC en 2015



Source : Enquête « Consultations jeunes consommateurs » 2015, OFDT

## Dispositifs CAARUD dans le Grand-Est : couverture géographique, publics et activité

### Répartition géographique, lieux d'accueil

La région du Grand-Est comprend 12 CAARUD dont 9 sont implantés dans des agglomérations urbaines de plus de 100 000 habitants et 3 dans des communes de moins de 70 000 habitants. Aucune structure n'est présente en milieu rural. Les grandes villes comme Metz, Nancy et Mulhouse sont dotées de deux structures, contre une seule dans les communes moins peuplées de Charleville-Mézières, Chaumont, Reims, Troyes et Epinal. Il existe un seul CAARUD à Strasbourg mais sa file active est plus importante qu'à Metz et à Nancy. Bar-le-Duc et le département de la Meuse ne comptent aucun CAARUD (Carte 14 page 48).

## Le dispositif des CAARUD

Prévu par la loi de santé du 9 août 2004, les **Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)** constituent un élément central de la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en France. L'OFDT exploite depuis 2006 les rapports d'activité annuels des CAARUD afin de suivre l'activité du dispositif (Cadet-Taïrou et Dambélé, 2014 ; Chalumeau, 2010 ; Chalumeau et al., 2010). En 2009, le questionnaire proposé aux structures a été révisé afin d'améliorer le recueil d'information et de permettre une exploitation standardisée des différentes entités. Le module actuel est issu d'une réflexion commune menée à l'initiative de l'Association française pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues (AFR) en collaboration avec l'OFDT et les autorités sanitaires. Les rapports d'activité de 2014 ont récemment permis de réaliser la première exploitation nationale exhaustive du dispositif (Díaz Gómez, à paraître ; Díaz Gómez et Milhet, 2016). Ces données ont été mobilisées pour décrire l'implantation des CAARUD dans le Grand-Est et comparer leur activité au reste du territoire. Les évolutions d'une année sur l'autre n'ont pas pu être traitées, compte tenu de la faible comparabilité des données avec les éditions précédentes.

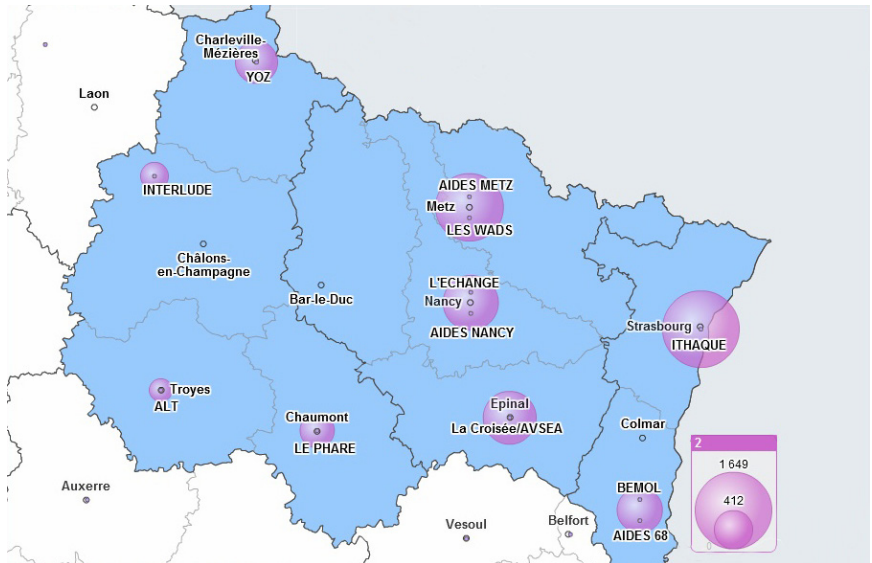
Rapporté à la population, le nombre de CAARUD est identique dans le Grand-Est à celui de l'ensemble de la France (Tableau 18). L'ancienne région Champagne-Ardenne apparaît cependant mieux dotée, relativement à la taille de sa population, et l'Alsace sous-dotée. Il faut cependant noter que, en raison du faible nombre de CAARUD, un seul centre en plus ou en moins peut faire basculer d'une catégorie à l'autre.

Toutes les structures de RdRD de la région accueillent leurs publics dans un local fixe, à l'exception d'un CAARUD situé en Champagne-Ardenne qui accueille les usagers au sein d'une unité mobile. Six CAARUD ont mis en place des antennes (une seule pour deux structures, au moins deux dans les autres). La moitié des centres sont pourvus d'une unité mobile (bus, camion). C'est le cas de l'ensemble des structures en Champagne-Ardenne, mais en Lorraine et en Alsace, seuls les CAARUD de Metz et de Strasbourg

en disposent. La majorité des lieux d'accueil organise des sorties de rue, mais la moitié d'entre eux seulement intervient dans les squats ou dans le cadre d'une permanence. Enfin, un tiers des équipes effectuent des visites en prison ou font de la RdRD en partenariat avec des officines de pharmacie. La région se distingue ainsi par un faible nombre d'interventions dans les squats et les prisons.

La proportion de nouveaux patients dans les lieux fixes est plus faible dans les CAARUD du Grand-Est qu'au niveau national (26 % vs 32 %) et plus forte dans les unités mobiles (42% vs 32 %). La part de nouveaux patients est singulièrement peu élevée dans les lieux fixes en Alsace (20 % vs 30 % dans les deux autres anciennes régions) alors que ce pourcentage est particulièrement important dans les unités mobiles en Champagne-Ardenne (49 % vs 39 % dans les deux autres anciennes régions).

**Carte 14 - Les CAARUD dans le Grand-Est, position géographique et taille de la file active par ville en 2014**



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2014, OFDT-DGS



## Nombre d'usagers en contact avec les CAARUD

En 2014, les CAARUD de la région du Grand-Est ont accueilli un peu plus de 6 300 usagers de drogues. Ce chiffre inclut l'ensemble des personnes suivies par les intervenants des CAARUD, quel que soit le lieu d'accueil (local fixe ou unité mobile) ou la modalité d'intervention (rue, squat, prison, permanence). Plus de la moitié des usagers accueillis (3 500 personnes) sont vus dans les lieux d'accueil fixe. Un peu plus d'un tiers (2 300 personnes) sont rencontrés par les unités mobiles et les équipes de rue, en nombre égal pour chacune de ces modalités. Les usagers restants ont été vus dans le cadre d'une permanence, dans un squat ou dans un établissement pénitentiaire.

À population égale, les CAARUD du Grand-Est accueillent le même nombre d'usagers qu'en moyenne en France (15,6 usagers pour 10 000 habitants âgés de 15 ans à 74 ans vs 15,5). La fréquentation des CAARUD est cependant inférieure à la moyenne nationale en Champagne-Ardenne (12,4 personnes) et supérieure en Lorraine (17,0 personnes).

**Tableau 18 - Population, nombre de CAARUD, nombre d'usagers et nombre d'ETP, en France, dans la région Grand-Est et ses trois sous-régions en 2014**

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
Population des 15-74 ans	47 769 727	4 070 076	1 383 392	969 075	1 717 609
Nombre de CAARUD	144	12	3	4	5
Nombre de CAARUD pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	0,30	0,29	0,22	0,41	0,29
Nombre d'usagers vus dans les CAARUD en 2014	73830	6346	2224	1199	2923
Nombre d'usagers des CAARUD pour 10 000 habitants âgés de 15 à 50 ans	15,5	15,6	16,1	12,4	17,0
Nombre d'ETP en 2014	839	54	16	19	19
Nombre d'ETP pour 100000 habitants âgés de 15 à 74 ans	1,76	1,32	1,13	2,01	1,08
Nombre d'usagers par ETP	88	118	142	62	157

Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2014, DGS/OFDJ

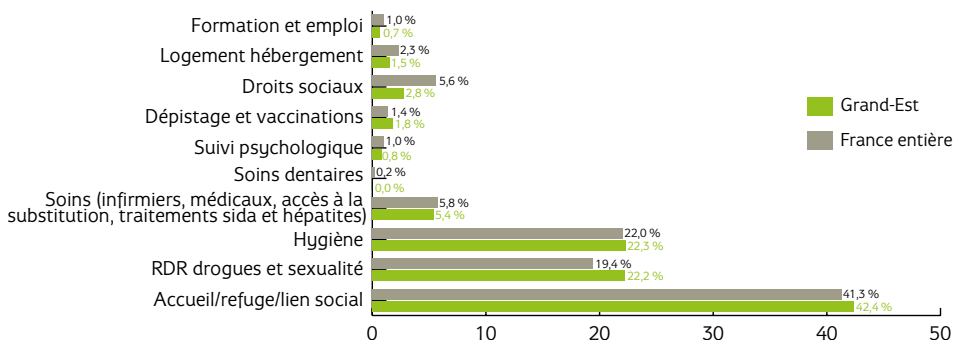
## Prestations et missions de RdRD

Les prestations proposées diffèrent suivant les CAARUD. Tandis que l'ensemble des lieux d'accueil de la région du Grand-Est offrent aux usagers un espace d'accueil et de repos, fournissent de la nourriture et permettent un accès au téléphone et à Internet, l'accès aux espaces sanitaires (douches, laveries) n'est proposé que par deux tiers d'entre eux et seul un quart des CAARUD procurent des casiers et consignes pour garder des effets personnels des usagers.

Les CAARUD accueillent des usagers de drogues souvent désinsérés. L'un des défis majeurs des intervenants consiste donc à établir un lien social durable avec ces personnes. Ainsi, environ quatre actes sur dix, dans la région Grand-Est comme au niveau national, concerne l'accueil des usagers et la création de lien social. La répartition des actes dans le Grand-Est est très semblable à celle observée au niveau national. Seuls les actes visant à favoriser l'accès aux droits sociaux paraissent nettement plus représentés dans la région.

Comme on le constate au niveau national, l'accès au dépistage des maladies infectieuses et à la vaccination occupe une place très marginale dans les interventions (1,4 % dans la région Grand-Est contre 1,8 % en France entière). En 2014, neuf structures ont renseigné le nombre d'usagers dépistés dans l'année. Ce taux de réponse est légèrement supérieur à la moyenne nationale (75 % dans le Grand-Est contre 65 % en France entière).

Figure 9 - Répartition des actes suivant le type d'intervention dans le Grand-Est et en France en 2014



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2014, OFDT-DGS

Les données montrent qu'un peu plus d'un dépistage sur dix est effectué dans la région du Grand-Est (16 % pour le VHB et 13 % pour le VHC). Ainsi, le nombre de personnes dépistées dans les structures de la région s'élève à 400 pour l'hépatite B et 500 usagers pour l'hépatite C. Le nombre d'usagers ayant débuté le schéma vaccinal anti-VHB ou l'ayant complété est inférieur à 100 personnes (76 et 85 personnes respectivement).

Les modalités d'intervention sont assez homogènes entre les différentes structures. L'ensemble des CAARUD du Grand-Est proposent des entretiens individuels et jouent un rôle de plateforme d'orientation vers des structures spécialisées si besoin. La quasi-totalité des structures offre également un accompagnement personnalisé et organise des ateliers (photos, théâtre...) pour les usagers. Seule une minorité des structures réunissent des groupes d'entraide et d'auto-support (3 CAARUD sur 12). Par ailleurs, les professionnels se consacrent également à favoriser l'acceptabilité sociale de ces lieux auprès des autorités locales (83 % des structures contre 85 % au niveau national), des riverains (75 % des centres en région, pourcentage identique à l'échelon national) et de la police (67 % dans le Grand-Est et 65 % des structures au niveau national). Dix structures sur douze rencontrent des partenaires du réseau sanitaire mais seule une minorité d'entre-elles tisse des liens avec les pharmacies d'officine (4 structures). Ainsi, en 2014, moins d'une quarantaine de pharmacies ont participé aux programmes d'échange de seringues (PES) dans la région.

### *Effectifs et qualification des équipes*

En 2014, les actions de réduction des risques et des dommages conduites par les CAARUD de la région du Grand-Est ont mobilisé 53,7 équivalents temps plein (ETP) (Tableau 18), comprenant les ETP de bénévoles. Le nombre d'ETP par habitant est plus faible dans le Grand-Est que pour l'ensemble de la France (1,3 pour 100 000 habitants âgés de 18 ans à 50 ans vs 1,8). La différence est même plus importante si on ne tient pas compte des bénévoles dont la part dans les ETP est plus élevée dans le Grand-Est. Le rapprochement entre le nombre de patients et le nombre d'ETP fait apparaître un nombre de patients accueillis par ETP plus élevé dans le Grand-Est qu'au niveau national (118 vs 88).

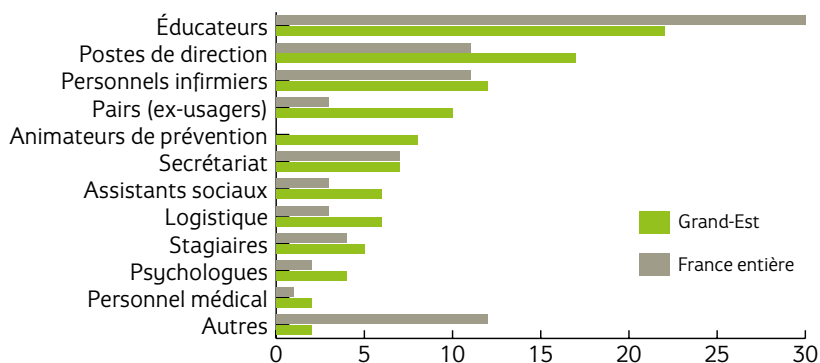
Il existe de fortes disparités au niveau infra-régional : le nombre d'ETP par habitant est près de deux fois plus élevé en Champagne-Ardenne qu'en Alsace ou en Lorraine (2,0 vs 1,1). Le nombre de patients par ETP est bien plus faible dans cette ancienne région Champagne-Ardenne que dans les deux autres (62 vs respectivement 142 et 157). Les difficultés spécifiques de transport en Champagne-Ardenne rendent peut-être nécessaire que les intervenants des CAARUD aient plus souvent à accompagner les usagers que dans les autres territoires.

La répartition des ETP par type d'intervenant dans le Grand-Est diffère peu de celle observée pour la France entière. Comme au niveau national, les personnels infirmiers sont faiblement représentés (12 % des ETP en Champagne-Ardenne contre 11 %) et les proportions de psychologues (4 % contre 2 %), d'assistants sociaux (3 % contre 6 %), ou de médecins (2 % contre 1 %) sont peu importantes. Les disparités sont plus marquées pour les postes restants. C'est ainsi la part des ETP d'éducateurs et d'animateurs de prévention qui apparaît bien inférieure dans la région (30 % contre 44 %). À l'opposé, les postes de direction, secrétariat et logistique occupent 29 % des emplois dédiés au sein des CAARUD du Grand-Est contre 21 % au niveau national. On observe par ailleurs, que la présence de pairs (ex-usagers) est plus marquée dans la région qu'au niveau national (10 % contre 3 %).

À l'échelon des anciennes régions, il existe quelques différences de structure dans l'offre professionnelle au sein des CAARUD. Toutefois, les disparités observées en pourcentage entre territoires concernent des effectifs assez faibles.

En Alsace, les ETP des éducateurs (29 %), de psychologues (6 %), de médecins (6 %) et du personnel chargé de la logistique (11 %) apparaissent relativement plus nombreux que dans les structures des autres territoires du Grand-Est. Ainsi, les ETP d'éducateurs ne représentent que 18 % des emplois et le temps médical concerne seulement 1 % des ETP en Champagne-Ardenne. En Lorraine, les postes de logistique représentent 3 % des emplois et le temps de psychologue ne mobilise que 2 % de l'ensemble des ETP.

Figure 10 - Répartition des ETP des CAARUD en 2014 par type d'intervenant (en %)



Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2014, OFDT-DGS

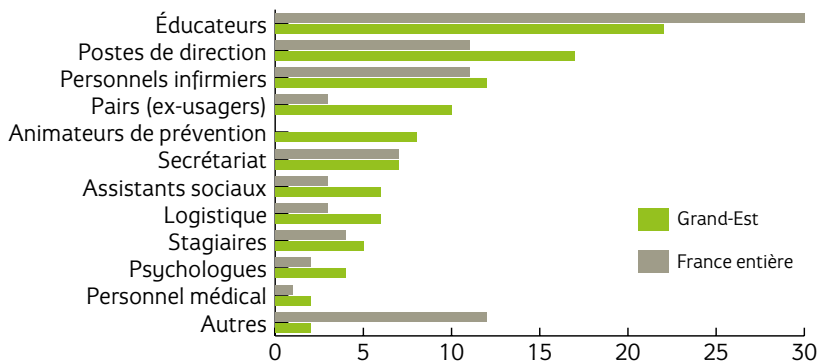
Les CAARUD situés en Lorraine emploient relativement plus d'animateurs de prévention mais ce pourcentage reste semblable au niveau national (15 % en Lorraine contre 14 % à l'échelon national). La proportion d'assistants sociaux paraît également bien plus importante dans cette ancienne région (11 % en Lorraine contre 3 % en France entière).

La Champagne-Ardenne se caractérise, quant à elle, par une proportion plus élevée de pairs (ex-usagers) au sein des équipes des structures de la région (18 % en Champagne-Ardenne contre 3 % en France entière).

### *Moyens financiers d'intervention*

En 2014, le financement du dispositif CAARUD dans le cadre du Fonds de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance-maladie (ONDAM) dans la région (11 structures répondantes, une réponse manquante parmi les structures implantées en Champagne-Ardenne, à Chaumont en Haute-Marne) représente 3,1 millions d'euros. Les dotations versées par CAARUD en 2014 varient entre 120 000 euros et 650 000 euros, l'enveloppe médiane étant d'environ 200 000 euros. La moitié des centres a reçu une subvention comprise entre 170 000 euros et 380 000 euros. L'autre moitié se répartit de façon égale entre les structures recevant une subvention inférieure à 170 000 euros d'une part, et supérieure à 380 000 euros d'autre part.

**Figure 11 - Répartition des ETP en 2014 suivant les professions par ancienne région**



Source : Rapports d'activité ASA CAARUD en 2014, OFDT-DGS

**Tableau 19 - Dotation ONDAM aux CAARUD par département du Grand-Est en 2014**

	Enveloppe ONDAM versée aux structures du département	Nombre de CAARUD	Répartition départementale de l'enveloppe ONDAM du Grand-Est (%)
Ardennes	272 603	1	8,67
Aube	167 855	1	5,34
Marne	271 238	1	8,62
Haute-Marne	<i>Non renseigné</i>	1	/
Meurthe et Moselle	396 213	2	12,60
Moselle	502 281	2	15,97
Bas-Rhin	664 747	1	21,13
Haut-Rhin	682 511	2	21,70
Vosges	188 079	1	5,98

Source : Rapports d'activité ASA-CAARUD en 2014, OFDT-DGS

D'autres sources de financement complètent le budget de fonctionnement des centres. Le montant total des recettes des CAARUD s'est élevé à 3,4 millions d'euros en 2014.

Les ressources des structures servent principalement à la rémunération du personnel non bénévole, à la location des équipements et infrastructures et à l'achat du matériel pédagogique et de RdRD (voir annexe présentant la distribution de matériel de RdRD assurée par les CAARUD en 2014) distribué aux usagers.

### ***Profil de la population rencontrée dans les CAARUD***

Cette partie porte sur les caractéristiques des usagers vus dans les CAARUD du Grand-Est et leurs spécificités relativement à l'ensemble du public de ces structures en France. Les données utilisées proviennent principalement d'une enquête épidémiologique menée périodiquement auprès des usagers de ces centres (voir encadré sur l'enquête ENa-CAARUD, p. 60). En 2015, toutes les structures de la région ont participé à l'enquête menée par l'OFDT une semaine donnée. Au total, 319 usagers ont été inclus dans l'enquête pour la région Grand-Est : 83 pour l'Alsace, 46 en Champagne-Ardenne et 190 en Lorraine<sup>2</sup>.

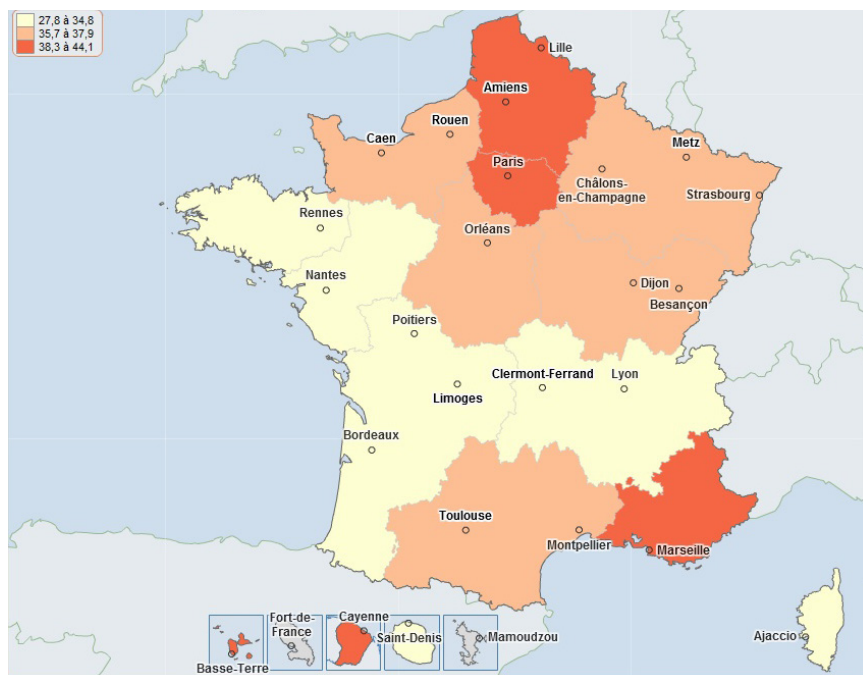
2. Ces effectifs par anciennes régions sont trop réduits pour permettre de comparer systématiquement les 3 entités mais les différences seront soulignées quand elles semblent corroborer par d'autres éléments, notamment qualitatifs (site du dispositif TREND à Metz).

## Données sociodémographiques

Si l'âge moyen des usagers fréquentant les CAARUD de la région Grand-Est est comparable à celui des usagers des autres régions, les premiers se caractérisent par une proportion de moins de 25 ans particulièrement faible (3 % vs 7 % – voir tableau 20). Cet écart s'accompagne d'une plus grande part des 25-34 ans. Au niveau infra-régional, l'âge moyen paraît plus élevé en Alsace qu'en Lorraine (40,1 ans contre 36,9 ans).

La part des femmes parmi les usagers des CAARUD du Grand-Est est identique à celle observée au niveau national (19 %). Les données des rapports d'activité des CAARUD montrent cependant que la part des femmes dans le public rencontré par les unités mobiles des CAARUD du Grand-Est atteint 45 %, chiffre beaucoup plus élevé qu'au niveau national (23 %).

Carte 15 - Âge moyen par région des usagers des CAARUD interrogés en 2015



Source : ENaCAARUD 2015

La proportion des usagers des CAARUD de la région identifiés comme étant en situation de grande précarité (voir encadré) se situe très en deçà du niveau national (9 %\*\* vs 19 %), au profit des personnes faiblement précarisées (44 %\* vs 37 %)<sup>3</sup> (voir Tableau 20). Cette différence s'explique surtout par de meilleures conditions de logement : près de six usagers sur dix bénéficient de leur propre logement et on compte deux fois moins de sans domicile fixe dans la région (7 %\*\* vs 16 %). Concernant les ressources, les usagers du Grand-Est se distinguent en 2015 par une moindre part de personnes n'ayant aucun revenu ou des revenus illégaux et non officiels alors qu'ils sont à l'inverse beaucoup plus souvent bénéficiaires du RSA (54 %\*\* vs 41 %).

### **Score de précarité socio-économique**

Ce score a été créé pour les usagers des CAARUD à partir de trois variables catégorisées de la manière suivante.

#### **Couverture santé :**

- 0 : affilié à la sécurité sociale avec une couverture complémentaire ;
- 1 : affilié à la sécurité sociale sans couverture complémentaire (CMU ou non) ;
- 2 : pas d'affiliation à la sécurité sociale (avec ou sans aide médicale d'État (AME)).

#### **Logement :**

- 0 : dans son logement ou chez des proches plus de 6 mois ;
- 1 : en institution ou provisoire (moins de 6 mois dans son logement ou chez des proches) ;
- 2 : autre situation (camion/caravane, squat, hôtel, sans abri - quelle que soit la durée).

#### **Origine des ressources :**

- 0 : revenus d'emplois et allocations chômage ;
- 1 : prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers ;
- 2 : autres ressources (illégalles ou non officielles) et sans revenus.

---

3. Il faut souligner qu'il y a de fortes disparités au sein de la grande région : alors qu'aucun usager n'a été classé comme fortement précaire en Champagne-Ardenne en 2015, les usagers précaires représentent 17 % du public interrogé en Alsace (13 usagers sur les 75 pour lesquels le score a pu être calculé) et 8 % en Lorraine (14 usagers sur les 169 pour lesquels le score a pu être calculé).



**Tableau 20 - Caractéristiques sociodémographiques des usagers des CAARUD (% - 2015)**

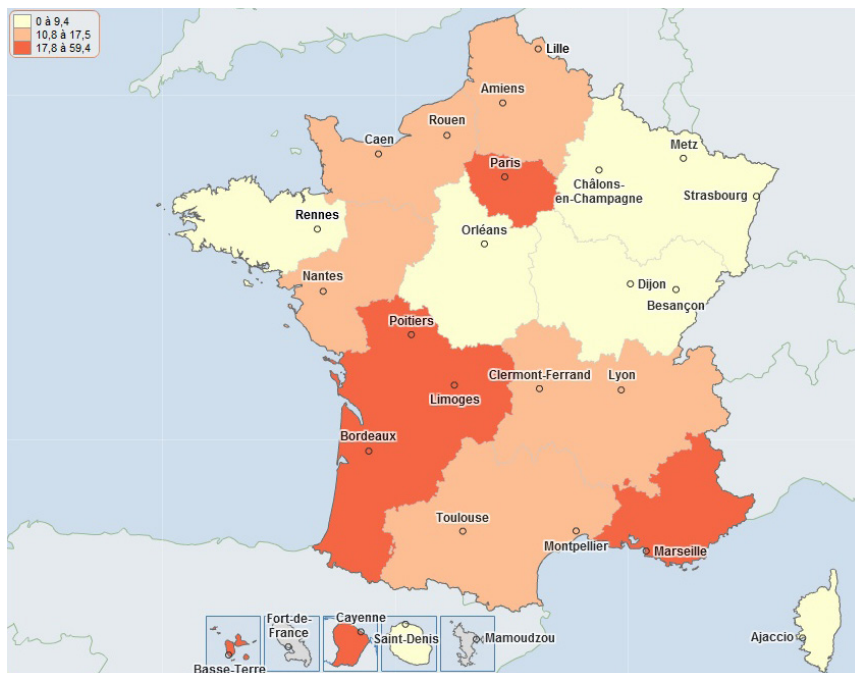
	Grand-Est (n = 319)	France entière (n = 3 129)
<b>Démographie</b>		
Âge moyen	37,9	38,2
Moins de 25 ans	3**	7
25-34 ans	37*	31
Au moins 35 ans	60	62
Part des femmes	19	19
<b>Insertion sociale</b>		
Précarité faible	44*	37
Précarité forte	9**	19
<b>Logement</b>		
Dans son propre logement	56**	44
Amis / proches / institution	28	25
Camion, squat, chambre d'hôtel	9**	15
Sans abri, logement de fortune	7**	16
<b>Ressources</b>		
Revenus d'emploi et allocations chômage	21	19
Prestations sociales et revenus provenant d'un tiers	66*	60
Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenus	13**	21

\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 5 %

\*\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 1 %

Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

Carte 16 - Part d'usagers des CAARUD classés comme « fortement précaires » en 2015



Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

## Consommations et pratiques

Le nombre moyen de substances consommées par les usagers du Grand-Est est proche de la moyenne nationale (voir Tableau 21). Comparativement aux trois régions voisines, les usagers des CAARUD du Grand-Est apparaissent comme faiblement poly-usagers par rapport à la Bourgogne-Franche-Comté (37 % ont consommé au moins quatre substances différentes – alcool et cannabis compris – contre 49 %) et se rapprochent plus des Hauts-de-France (34 %) et, dans une moindre mesure, de l’Île-de-France<sup>4</sup> (27 %).

4. La moyenne métropolitaine (41 %) est fortement influencée à la baisse par le poids de l’Île-de-France, faiblement polyconsommatrice, en termes d’effectifs. Ainsi, la proportion du Grand-Est ne se détache pas significativement de celle de la métropole mais est en fait parmi les moins élevées, certaines régions atteignant 55 % à 70 % d’usagers ayant consommé au moins 4 substances différentes dans le mois.

Ces usagers se démarquent toutefois par des consommations plus prégnantes d'opiacés (87 %\*\* en ont consommé dans le mois précédant l'enquête et quasiment tous les usagers sont concernés en Champagne-Ardenne). Il s'agit notamment d'héroïne (la moitié en a consommé dans le mois, dont 28 %\* tous les jours contre 20 % au niveau national) mais aussi de Buprénorphine haut dosage (BHD) et de méthadone. Les benzodiazépines font aussi plus souvent partie des produits consommés dans les 30 jours précédant l'enquête : la moitié des usagers en a consommé, contre quatre sur dix au niveau national. Les usagers des CAARUD du Grand-Est sont, à l'inverse, moins consommateurs de stimulants, notamment de cocaïne basée<sup>5</sup> et en particulier sous sa forme déjà prête à l'usage, le crack (4 %\*\* vs 22 %), que dans l'ensemble de la population des CAARUD. La part des usagers fréquentant les CAARUD se disant en traitement de substitution aux opiacés est significativement supérieure à la moyenne nationale.

Les profils de consommation des usagers des CAARUD de la région sont moins marqués par la culture des espaces festifs que d'autres régions (en particulier les façades sud et ouest de la France)<sup>6</sup>. Le poids de la jeunesse en errance y apparaît moindre au profit d'une présence plus importante d'usagers qui restent insérés socialement, en particulier du fait des prestations sociales, et dont les pratiques d'usage demeurent majoritairement centrées sur la consommation d'opiacés.

Il est difficile d'observer avec certitude des différences entre sous-régions à ce niveau d'effectifs, même quand les différences apparaissent statistiquement significatives, celles-ci pouvant refléter le recrutement des CAARUD pendant les deux semaines d'enquête. Les usagers lorrains semblent davantage consommateurs d'héroïne que leurs voisins d'Alsace et de Champagne-Ardenne (54 %\* vs 41 %). Les usagers des CAARUD alsaciens pour leur part, déclarent plus fréquemment un usage d'amphétamine (22 %\*\* vs 10 % pour l'ensemble des deux autres régions) de même qu'un usage de sulfate de morphine (18,5 % vs 4,6 %)\*\*.\*.

---

5. Transformation du chlorhydrate de cocaïne en free base après adjonction, d'un composé basique, le plus souvent de l'ammoniaque.

6. Ce qui ne signifie pas que l'espace festif alternatif techno y est faiblement présent où que les consommations de psychotropes y sont moindres qu'ailleurs, mais que ces usagers recourent peu aux CAARUD ou encore que les produits emblématiques de l'espace festif (ecstasy/MDMA ou hallucinogènes) sont peu accessibles aux usagers plus « traditionnels ».

**Tableau 21 - Consommations dans le mois de substances psychoactives parmi les usagers des CAARUD (% - 2015)**

	Grand-Est (n = 319)	France entière (n = 3 129)
Nombre moyen de substances consommées	4,1	4,2
Cannabis	77	76
Alcool	66	69
Opiacés	<b>87**</b>	73
Héroïne	<b>49**</b>	32
Buprénorphine haut dosage	<b>46**</b>	35
Méthadone	<b>44**</b>	34
Sulfates de morphine	<b>9**</b>	19
Stimulants	<b>46**</b>	57
Cocaïne / Free base/ Crack	<b>43**</b>	51
Dont cocaïne basée	<b>22**</b>	32
MDMA/ecstasy	<b>8**</b>	15
Amphétamines	13	17
Hallucinogènes	11	15
Plantes hallucinogènes	<b>4*</b>	7
Kétamine	6	7
LSD	8	10
Benzodiazépines	<b>50**</b>	40

\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 5 %

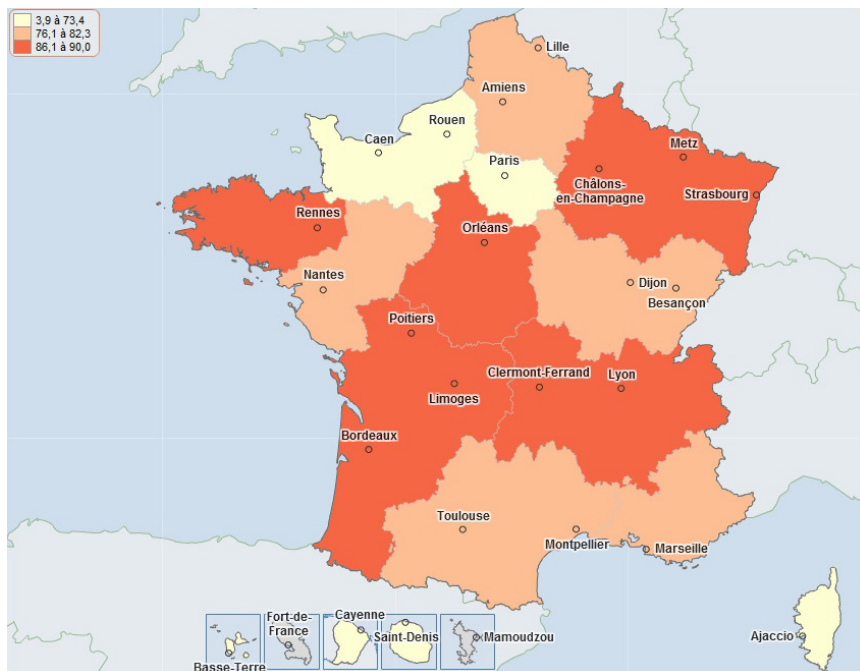
\*\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 1 %,

Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

La voie injectable apparaît très utilisée par les usagers des CAARUD de la région Grand-Est comparés à l'ensemble du territoire français. Plus des trois quarts d'entre eux (76 %\*\*) ont déjà recouru à l'injection au cours de leur vie et près de six usagers sur dix (59 %\*\* – voir tableau 22) déclarent l'avoir pratiquée dans le mois précédant l'enquête, en particulier en Champagne-Ardenne où plus de sept usagers sur dix ont récemment injecté une substance. Pris indépendamment, aucun opiacé<sup>7</sup> ni stimulant n'est pourtant significativement plus souvent injecté par ses usagers récents dans la région Grand-Est que dans le reste de la France. Mais la fréquence plus importante des pratiques d'injection est avant tout liée à la plus grande consommation d'héroïne, produit injecté par la moitié des usagers des CAARUD français. Le partage, par les injecteurs, d'au moins un élément du matériel d'injection au cours du mois précédent, se situe à un niveau équivalent à la moyenne nationale.

7. La BHD pourrait être un peu plus souvent injectée par les usagers des CAARUD de la région, mais cette différence n'est pas statistiquement significative (50 % vs 45 %, NS).

Carte 17 - Part des usagers récents d'opiacés parmi les usagers des CAARUD, 2015



Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

Tableau 22 - Pratiques liées aux consommations de produits psychoactifs parmi les usagers des CAARUD (% - 2015)

	Grand-Est (n = 319)	France entière (n = 3 129)
Personnes s'étant injecté un produit au cours du mois précédant l'enquête	59**	48
Partage d'au moins un élément du matériel parmi le % d'injecteurs récents	23	27
Absence de test VHC au cours de la vie	15	17
Tests (négatifs) datant de moins de 6 mois	42	44
Dernier test, positif au VHC	24	24
Personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés	70**	55

\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 5 %

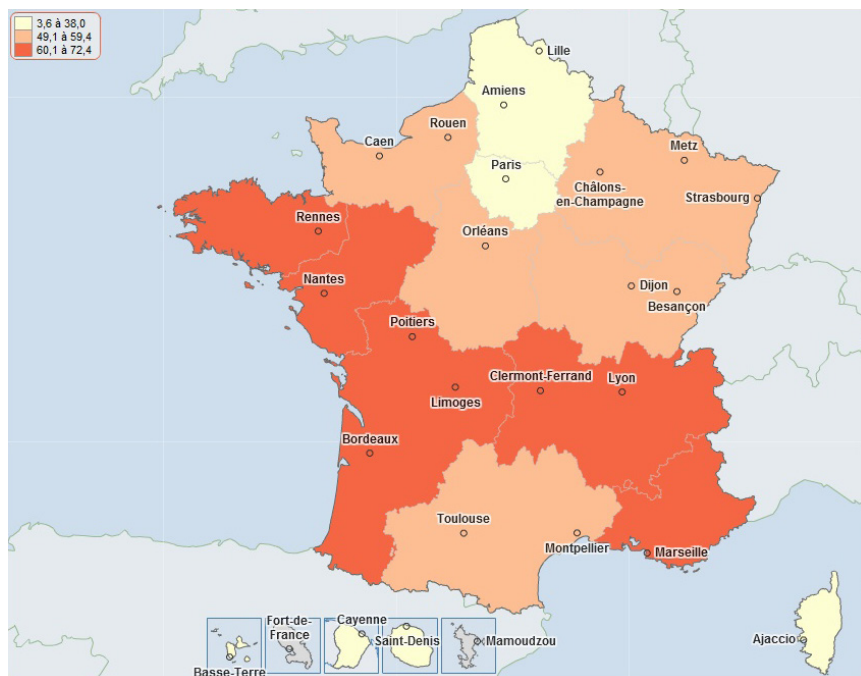
\*\* différence statistiquement significative avec un risque d'erreur inférieur à 1 %,

Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

Il faut noter que la pratique de l'injection pourrait néanmoins connaître une diminution, comme l'observe le site TREND de Metz en Lorraine (Bailly *et al.*, 2016). La part des injecteurs récents s'élevait en effet, en 2012, à 68 %\* (vs 59 % en 2015, écart significatif<sup>8</sup>). Selon le site TREND messin, cette baisse résulterait du passage plus fréquent des injecteurs vers une pratique de chasse au dragon (inhalation à chaud), « encouragée » par les professionnels des CARRUD, car permettant d'obtenir des effets proches de l'injection pour un niveau de risque moindre.

L'héroïne n'est pas plus injectée par ses usagers récents dans les CAARUD du Grand-Est qu'au niveau national. Le mode d'usage majoritaire est le sniff (53 %\* des usagers récents vs 43 % au niveau national) au détriment de la voie fumée (16 %\*\* vs 27 %)⁹.

**Carte 18 - Part des usagers des CAARUD déclarant une pratique d'injection dans les 30 derniers jours**



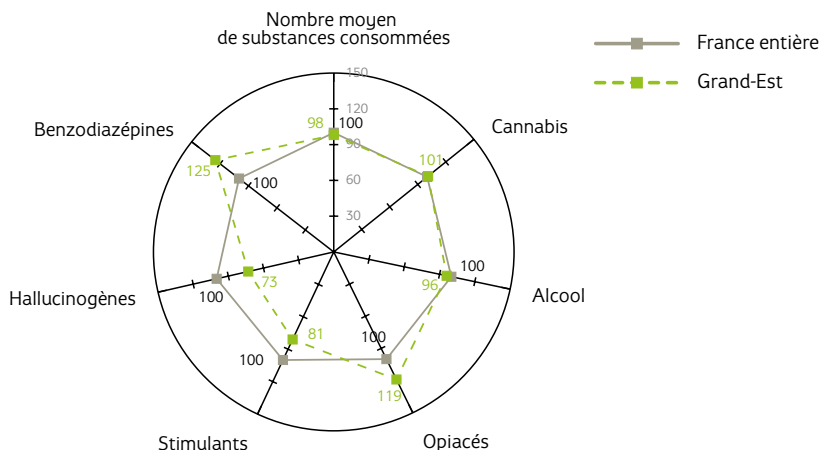
Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

8. Ce taux, égal à 46 % en 2012, étant resté stable au plan national.

9. Le faible usage de la voie fumée parmi les usagers des CAARUD du Grand-Est témoigne probablement de la part plus modérée que dans d'autres régions des usagers problématiques issus de l'espace festif techno alternatif, où s'est d'abord développé ce mode d'usage. L'utilisation plus large du sniff confirme quant à elle l'usage d'opiacés par des populations qui restent socialement insérées.

Les usagers de BHD apparaissent plutôt orientés vers une démarche de sevrage (arrêter ou diminuer sa consommation), déclarée par 72 %\*\* des usagers récents comme effet recherché (contre 60 % au niveau national), avec une plus faible proportion que la moyenne française d'usagers obtenant la BHD hors prescription (12 %\*\* des usagers récents contre 23 % au plan national). Cependant, le sniff, est plus souvent utilisé pour la prise (34 %\*\* vs 21 %) que dans le reste de la France. Pour ce qui est de la méthadone, aucun indicateur ne se détache fortement du niveau national alors que les sulfates de morphine, moins souvent consommés qu'au niveau national, semblent utilisés davantage dans une logique de traitement (22 %\* des usagers récents seulement contre 46 % en France déclarent la « défonce » comme effet recherché) avec une proportion d'obtention par prescription supérieure à la moyenne nationale (61 %\* vs 39 %). Il est vrai que, dans une logique de « défonce », l'héroïne apparaît plus accessible dans la grande région que sur l'ensemble du territoire national (Lahaie et Cadet-Tairou, 2014).

**Figure 12 - Indices comparatifs Grand-Est/France entière des usages récents (au cours des 30 derniers jours) de substances psychoactives parmi la population fréquentant les CAARUD en 2015**



Note de lecture : les chiffres présentés ici sont des indices comparatifs. Lorsque l'indice est supérieur à 100 (valeur de la métropole), le comportement dans la région est plus fréquent que sur l'ensemble du territoire métropolitain. Une valeur de 125 signifie que l'usage est supérieur de 25 % à la moyenne nationale.

Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

## L'enquête ENa-CAARUD

Cette enquête exhaustive se déroule parmi l'ensemble des structures de réduction des risques de France labellisées CAARUD. Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, de suivre leurs consommations et d'objectiver l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes. Elle permet de plus, d'adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population.

### Références bibliographiques

Bailly F., De Marne A., Diény L. (2016) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Metz (Lorraine) en 2015. Metz, CMSEA ; OFDT, 39 p.

Cadet-Taïrou A., Dambélé S. (2014) Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. Saint-Denis, OFDT, 51 p.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.

Chalumeau M. (2010) Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Chalumeau M., Stawinski A., Toufik A., Cadet-Taïrou A. (2010) Les CAARUD en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Díaz Gómez C., Milhet M. (2016) Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*, OFDT, n° 113, 6 p.

Díaz Gómez C. (à paraître) Les CAARUD en 2014. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. Saint-Denis, OFDT.

Lahaie E., Cadet-Taïrou A. (2014) Héroïne : composition, prix, connaissances des usagers. Saint-Denis, OFDT, 55 p.



Obradovic I. (2015) Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs". *Tendances*, OFDT, n° 101, 8 p.

Palle C. (2016) Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. *Tendances*, OFDT, n° 110, 8 p.

Protais C., Díaz Gómez C., Spilka S., Obradovic I. (2016) Évolution du public des CJC (2014-2015). *Tendances*, OFDT, n° 107, 4 p.

## PARTIE 3. INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES

---

### Alcool

#### **Une situation contrastée vis-à-vis des dommages socio-sanitaires liés à l'alcool**

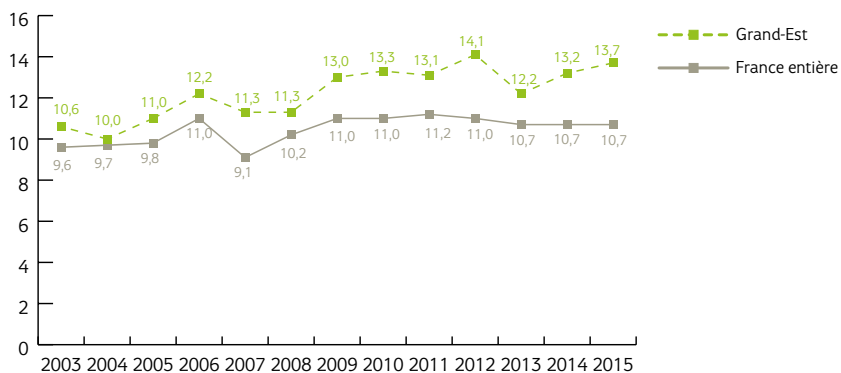
##### *Au niveau régional*

Certains indicateurs disponibles témoignent d'une prévalence des dommages socio-sanitaires liés à l'alcool supérieurs à la moyenne nationale dans le Grand-Est.

C'est le cas des accidents corporels avec alcoolémie illégale et des interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM). Ainsi, l'accidentalité avec présence d'alcool est presque 30 % supérieure dans cette région par rapport au niveau national (voir figure 13), à population égale : cette tendance persiste depuis au moins une dizaine d'années, alors que les accidents mortels avec présence d'alcool sont plutôt moins fréquents (voir tableau 23). Les IPM sont en revanche toujours au-dessus de la moyenne française, de près de 40 % en 2015 (voir figure 14).

Mais d'autres indicateurs reflètent une situation moins défavorable. Selon les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), les hospitalisations pour un problème de dépendance à l'alcool (sevrage) ou pour alcoolisme aigu (intoxication aiguë) sont en revanche bien en deçà (de 20 % à 35 %) de la moyenne nationale. Quant à la mortalité liée aux usages d'alcool, reflet des consommations passées, elle est globalement dans la moyenne. Ainsi, on compte 2,6 décès prématurés (avant 65 ans) liés à l'alcoolisme pour 10 000 habitants dans la région contre 2,5 au niveau national. Pour compléter la perspective, soulignons que le ratio hommes/femmes de la mortalité en lien avec une consommation d'alcool est lui aussi proche de la moyenne (3,6 hommes pour 1 femme, à population équivalente, dans le Grand-Est, contre 3,4 pour la France entière).

**Figure 13 - Évolution comparée de la part des accidents corporels avec alcool parmi ceux au taux d'alcoolémie connu (%)**



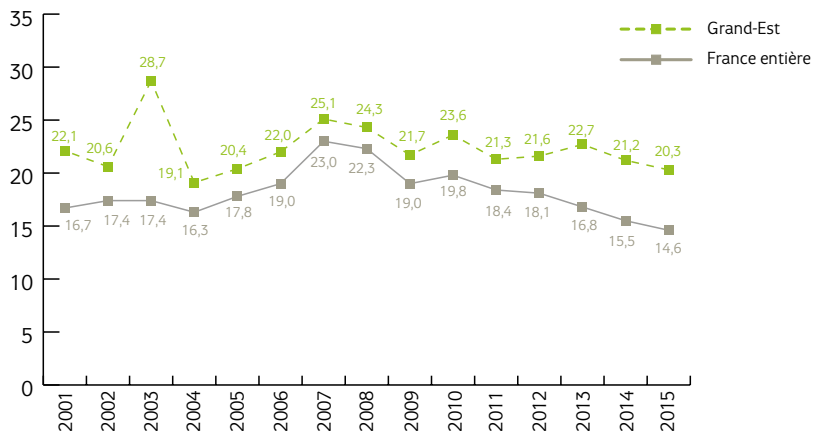
Source : ONISR

**Tableau 23 - Indicateurs sanitaires et sociaux liés à l'usage d'alcool**

Alcool		Grand-Est	France entière
Interpellations pour ivresse sur la voie publique <sup>1</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 20 à 69 ans	20,3	14,6
Accidents corporels avec alcool <sup>2</sup> (2015)	Pour 100 accidents corporels au taux d'alcoolémie connu	13,7	10,7
Accidents mortels avec alcool <sup>2</sup> (2015)	Pour 100 accidents mortels au taux d'alcoolémie connu	24,3	30,7
Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhoses <sup>3</sup> (2014)	Pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	2,6	2,5
Séjours hospitaliers pour éthylisme avec dépendance <sup>4</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans	13,9	20,8
Séjours hospitaliers pour éthylisme aigu <sup>4</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans	16,4	19,9

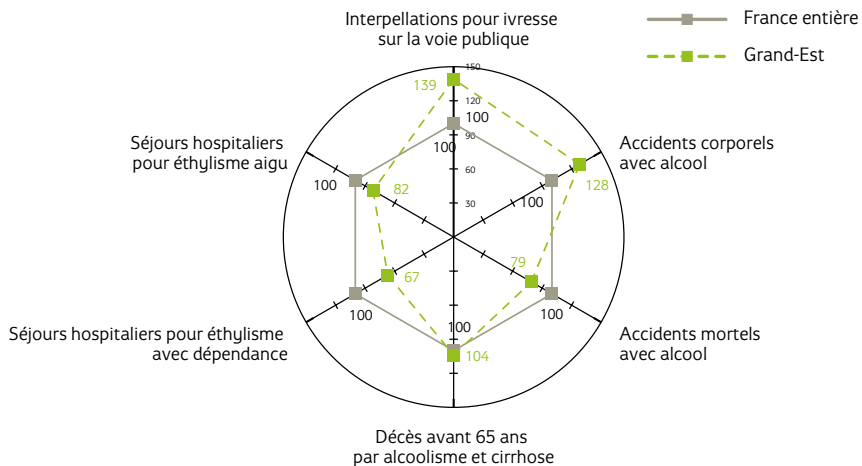
Sources : (1) Rapports d'activité des CSAPA ; (2) DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris ; (3) ONISR ; (4) INSERM-CépiDc

**Figure 14 - Évolution comparée des interpellations pour ivresse publique manifeste pour 10 000 habitants de 20 à 69 ans**



Source : DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris

**Figure 15 - Comparaison des indicateurs alcool Grand-Est/France**



Sources : DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris ; ONISR ; INSERM-CépiDc ; PMSI

Note de lecture : Les chiffres présentés ici sont des indices comparatifs. Lorsque l'indice est supérieur à 100 (valeur de la France), le comportement dans la région est plus fréquent que sur l'ensemble du territoire français. Une valeur de 125 signifie que l'usage est supérieur de 25 % à la moyenne nationale.

Au total, les indicateurs de dommages socio-sanitaires liés à l'alcool placent la région Grand-Est dans une position relativement défavorable par rapport à la moyenne nationale sous deux rapports : IPM et accidents corporels avec alcool. À l'inverse, les séjours hospitaliers par éthylisme se situent en-deçà de la moyenne nationale (figure 15).

### *Au niveau des anciennes régions*

Au sein du périmètre régional, les trois anciennes régions se différencient parfois fortement par la prévalence des problématiques socio-sanitaires liées à la consommation d'alcool. L'Alsace se distingue de la moyenne régionale par une plus faible mortalité par alcoolisme et cirrhose (1,6 décès pour 10 000 habitants vs 2,6) et par une plus forte part des accidents mortels de la route lié à l'alcool (29,8 % vs 24,3 %) et un plus fort nombre de séjours pour éthylisme avec dépendance 23,4 séjours pour 10 000 habitants vs 13,9). En Champagne-Ardenne, la part des accidents corporels avec alcool se situe nettement au-dessus de la moyenne régionale (18,3 % vs 13,7 %) et le nombre de séjours pour éthylisme avec dépendance qui se situe en-dessous (10,7 vs 13,9). La Lorraine ne s'écarte des moyennes régionales que pour ce dernier indicateur, avec une valeur particulièrement faible, surtout si on la compare à la moyenne nationale (8,1 vs 20,8). Les indicateurs de ces trois territoires sont relativement proches pour les IPM et les séjours hospitaliers avec éthylisme, même si leur niveau se situe en Alsace, pour les deux indicateurs, un peu en dessous de la moyenne régionale.

## **Tabac**

### **Une sur-mortalité régionale liée au tabac malgré des ventes de tabac moins élevées**

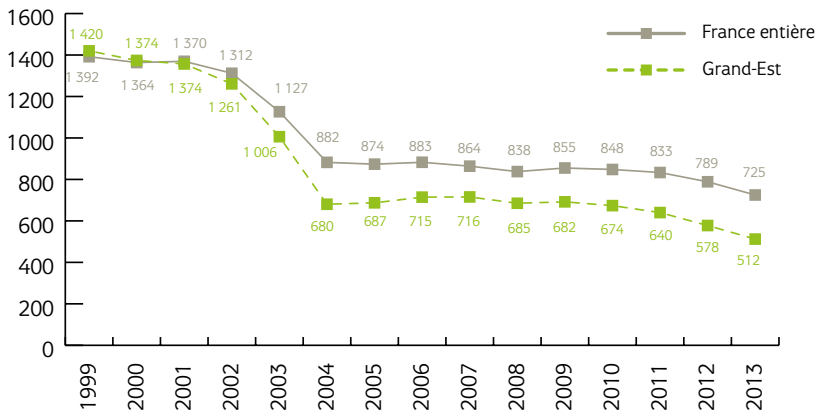
#### *Au niveau régional*

Concernant le tabac, l'élément le plus prégnant est le différentiel très important entre les ventes de tabac par habitant dans le réseau buraliste de la région Grand-Est et celles réalisées au niveau métropolitain (hors Corse). Ainsi, les ventes de cigarettes, qui étaient plutôt proches de la moyenne continentale au début des années 2000, se situent maintenant à un niveau inférieur dans cette région frontalière (1,4 fois moindre) (voir figure 16). Comme pour la grande région voisine, les Hauts-de-France, l'écart s'est creusé suite aux fortes hausses de prix intervenues en 2003-2004 : le différentiel de prix avec l'Allemagne, le Luxembourg et la Belgique a incité un certain nombre de fumeurs à s'approvisionner dans ces pays, faisant baisser les ventes dans le réseau buraliste. Comme c'est toujours le cas aujourd'hui (au moins 1 euro d'écart de prix fin 2016), les achats transfrontaliers se maintiennent et les ventes de tabac sont plus faibles comparées à celles au niveau métropolitain (hors Corse).

Les ventes de tabac à rouler sont elles aussi bien moins importantes que la moyenne (82 grammes par habitant dans le Grand-Est contre 133 dans l'Hexagone).

Alors que le report des cigarettes vers le tabac à rouler constitue au niveau national une possibilité intéressante pour certains fumeurs de réduire le coût financier de leur tabagisme, les fumeurs du Grand-Est, qui ont accès à des cigarettes moins chères dans les pays frontaliers, n'ont pas besoin de recourir à cette alternative.

**Figure 16 - Évolution comparée des ventes de cigarettes dans le réseau buraliste par habitant (unités)**



Source : DGDDI

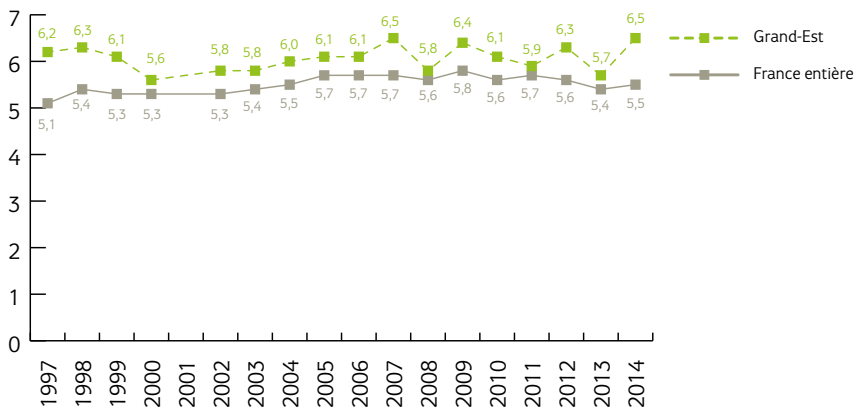
**Tableau 24 - Indicateurs sanitaires et sociaux liés à l'usage de tabac**

Tabac		Grand-Est	France entière
Ventes de cigarettes <sup>1</sup> (2013)	Par habitant (tous âges)	512,3	724,9
Ventes de tabac à rouler <sup>1</sup> (2013)	Par habitant (tous âges)	82,4	132,9
Décès avant 65 ans par cancers de la trachée, des bronches et des poumons <sup>2</sup> (2014)	Pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	6,5	5,5

Sources : (1) DGDDI ; (2) INSERM-CépiDc

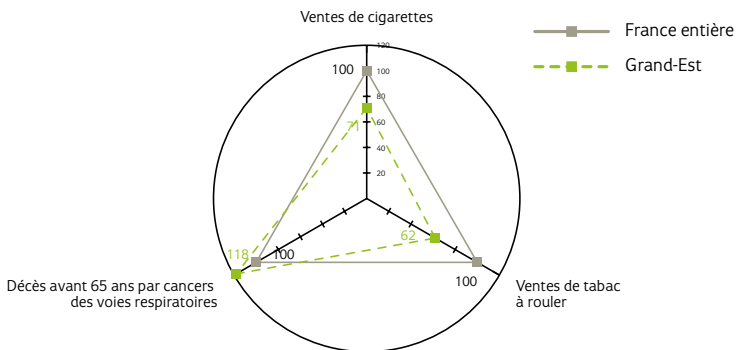
La mortalité liée à la consommation de tabac, reflet des usages des décennies précédentes, est quant à elle supérieure à la moyenne nationale (France entière). Ainsi, les décès liés au tabagisme sont environ 10 % à 20 % plus nombreux dans la région (voir figure 17). Par ailleurs, en 2014, ils touchent 2,2 hommes pour une femme, le sex-ratio s'établissant à 2,3 au niveau national.

**Figure 17 - Évolution comparée des décès avant 65 ans par cancers du poumon, des bronches et de la trachée pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans**



Source : INSERM-CépiDc

**Figure 18 - Comparaison des indicateurs tabac Grand-Est/France**



Sources : DGDDI ; INSERM-CépiDc

Note de lecture : Les chiffres présentés ici sont des indices comparatifs. Lorsque l'indice est supérieur à 100 (valeur de la France), le comportement dans la région est plus fréquent que sur l'ensemble du territoire français. Une valeur de 125 signifie que l'usage est supérieur de 25 % à la moyenne nationale.

Au final, les indicateurs liés aux usages de tabac dans la région Grand-Est apparaissent cohérents. L'accès à un tabac moins cher dans les pays limitrophes de la France entraîne un moindre niveau de ventes dans le réseau buraliste mais avec des conséquences sanitaires qui continuent de peser sur la mortalité dans cette région (voir figure 18).

### *Au niveau des anciennes régions*

À un niveau plus fin, les ventes de cigarettes sont bien inférieures en Lorraine qui a une frontière commune avec les trois pays limitrophes (Belgique, Allemagne, Luxembourg) : ce territoire optimise les possibilités d'acheter le tabac moins cher à l'étranger. Elles sont plus proches de la moyenne nationale en Champagne-Ardenne, au sein de laquelle seules les Ardennes sont frontalières de la Belgique. L'Alsace, dont la frontière longe l'Allemagne, se trouve dans une situation intermédiaire. Toutefois, on ne retrouve pas exactement la même logique concernant le tabac à rouler puisque la région où les buralistes en vendent le moins, à population égale, est l'Alsace, devant la Lorraine, où ces ventes sont aussi deux fois plus importantes qu'en Champagne-Ardenne. En termes de mortalité, les deux anciennes régions les plus à l'ouest ont un nombre de décès liés au tabagisme quasi-équivalent et plus important qu'au niveau national, alors que l'Alsace est plus proche de la moyenne française (voir annexes - tableau tabac). Concernant le sex-ratio de ces décès, il y a très peu d'écart entre Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne.

## **Drogues illicites**

### **Des problèmes sanitaires assez présents liés aux autres drogues illicites que le cannabis**

#### *Au niveau régional*

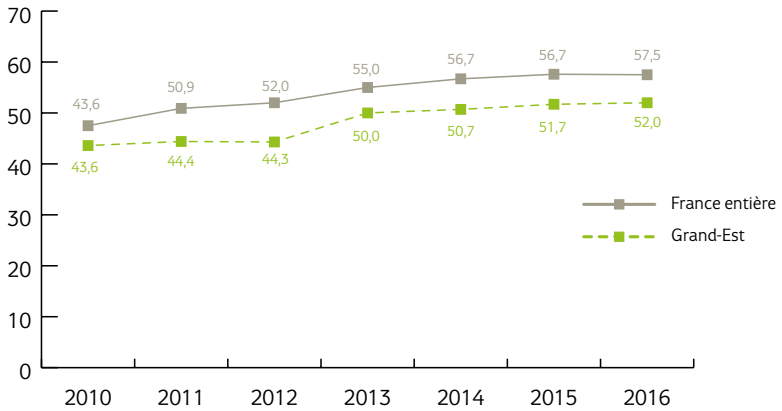
En région Grand-Est, les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) affichent un niveau sensiblement inférieur à la métropole, quels que soient le produit en cause et le type d'infraction (usage ou trafic). Ce volume d'interpellations augmente cependant de façon quasi-constante, à l'image de la tendance nationale (voir figure 19).

Des chiffres datant de 2010 (dernière année disponible) montrent que le volume d'interpellations pour usage de cannabis, après avoir été proche du niveau national jusqu'en 2005, est passé en-deçà entre 2005 et 2010 (voir figure 20). À l'inverse, les interpellations d'usagers de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy sont bien plus fréquentes, à population égale, dans la région Grand-Est que sur le reste du territoire (voir figure 18). Par ailleurs, l'écart a eu tendance à s'accroître depuis la fin des années 1990, avec des



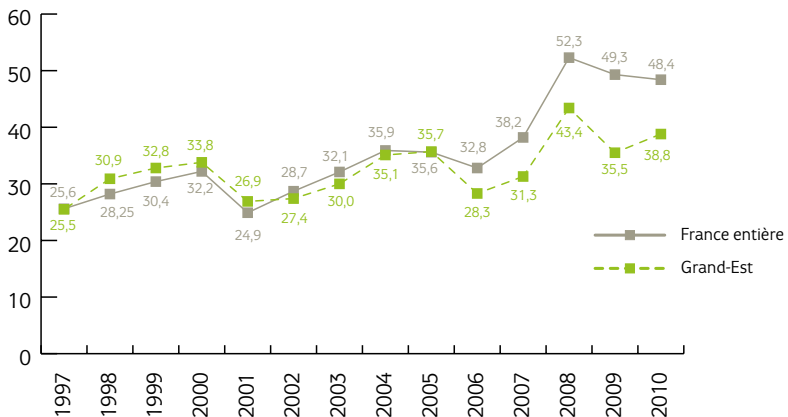
interpellations 2,5 fois plus nombreuses dans le Grand-Est qu'au niveau national. Cette situation n'est probablement pas étrangère au fait que la région se trouve sur les principales routes du trafic de drogues illicites.

**Figure 19 - Évolution comparée des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans**



Source : Etat 4001 (DCPJ - ministère de l'Intérieur)

**Figure 20 - Évolution comparée des interpellations pour usage de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans**



Source : OCRTIS

Les indicateurs disponibles en termes de prise en charge et de soins comme de mortalité liée aux drogues illicites (hors cannabis) confirment la prégnance de ces produits en région Grand-Est (tableau 25).

**Tableau 25 - Indicateurs sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illicites**

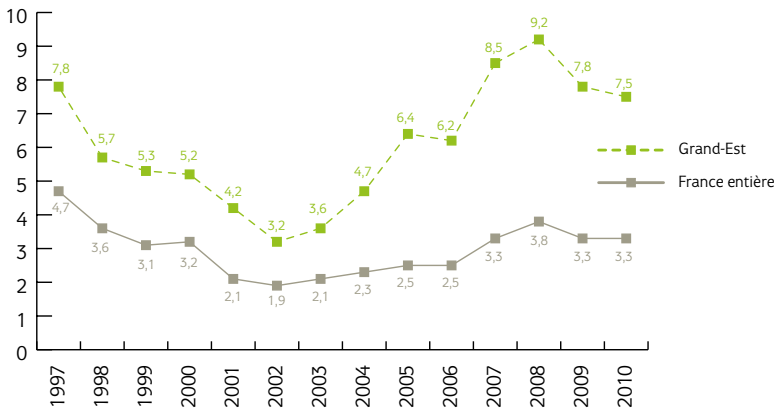
<b>Drogues illicites</b>		Grand-Est	France entière
Interpellations pour usage de cannabis <sup>1</sup> (2010)	Pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	38,8	48,4
Ventes de Stéribox <sup>2</sup> (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	12,3	6,6
Ventes de Subutex <sup>2</sup> (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	24,3	12,4
Patients traités par méthadone <sup>3</sup> (2016)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	288,4	164,8
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy <sup>1</sup> (2010)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	7,5	3,3
Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	52,0	57,5
Interpellations pour usage de stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	42,9	47,8
Interpellations pour trafic de stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	1,9	2,6
Accidents mortels avec présence de stupéfiants <sup>5</sup> (2015)	Pour 100 accidents mortels avec dépistage stupéfiants réalisé	11	22,7
Décès par surdoses <sup>6</sup> (2014)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	1,6	0,8

Sources : (1) OCRGIS ; (2) InVS-Siamois ; (3) Bouchara-Recordati ; (4) Etat 4001 (DCPJ - ministère de l'Intérieur); (5) ONISR ; (6) INSERM-CépiDc

Concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO), les ventes de Subutex sont deux fois supérieures à celles enregistrées au niveau national, à population égale. Les ventes de matériel de réduction des risques observent la même dynamique. L'estimation du nombre de patients traités par méthadone indique une surreprésentation de ces patients dans le Grand-Est comparé au reste du territoire : à population égale en 2016, il y en a 75 % de plus que la moyenne nationale.

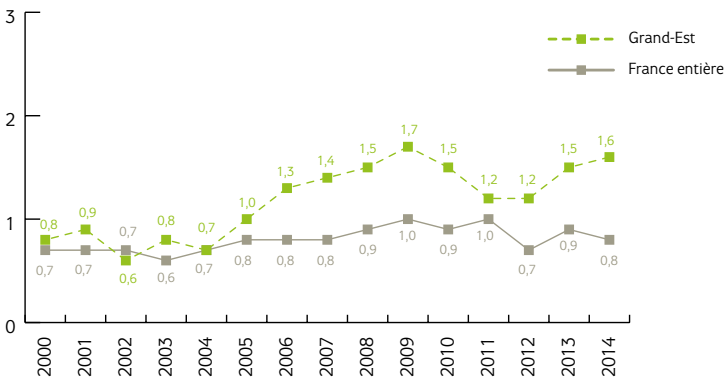
La mortalité qui découle de ces consommations de drogues illicites est particulièrement importante au regard de la situation métropolitaine : les surdoses mortelles ont atteint depuis une petite dizaine d'années des niveaux 1,5 à 2 fois plus élevés dans le Grand-Est qu'au niveau national (voir figure 22). Enfin, pour ce qui est des accidents mortels pour lesquels au moins un des conducteurs a été dépisté positif aux stupéfiants, le niveau dans le Grand-Est est extrêmement bas puisque 11 % des accidents sont concernés contre le double au niveau national.

**Figure 21 - Évolution comparée des interpellations pour usage de cocaïne, d'héroïne ou d'ecstasy pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans**



Source : OCRTIS

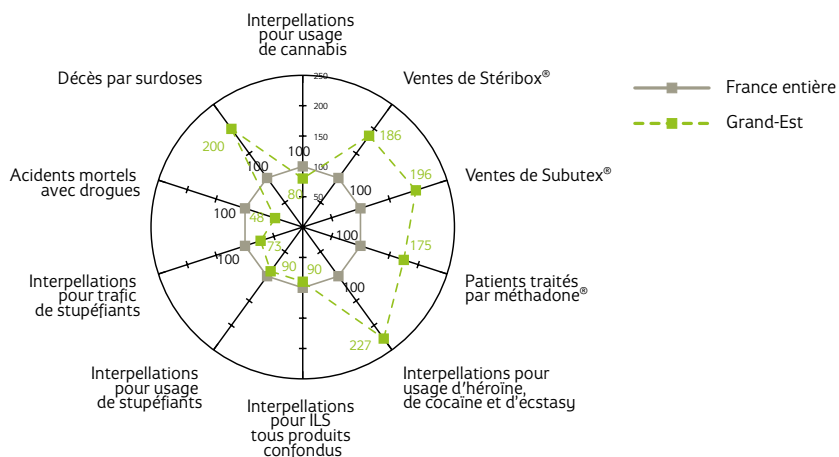
**Figure 22 - Évolution comparée des surdoses mortelles pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans**



Sources : INSERM-CépiDc

Au final, la région Grand-Est apparaît comme une région plutôt moins concernée par les conséquences socio-sanitaires des usages de cannabis (moins d'interpellations et d'accidents mortels en présence de drogues, cette drogue étant souvent du cannabis, plus fréquemment recherchée et consommée que les autres) mais plus par celles qui découlent des autres produits illicites, notamment les opiacés, comme en témoigne la figure 23.

Figure 23 - Comparaison des indicateurs drogues illicites Grand-Est/France



Sources : InVS-Siamois ; Bouchara-Recordati ; OCRTIS ; Etat 4001 (DCPJ - ministère de l'Intérieur) ; ONISR ; INSERM-CépiDc

### Au niveau des anciennes régions

Au sein de l'ensemble régional, l'Alsace est sensiblement moins concernée par les interpellations pour ILS (44 contre 52 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans dans le Grand-Est), notamment en ce qui concerne les usagers de cannabis. En revanche, les interpellations pour ILS, et particulièrement d'usagers de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy, se détachent à la hausse en Lorraine par rapport à la grande région mais aussi par rapport à la France : on y compte ainsi 10 interpellations d'usagers de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans, soit trois fois plus que sur le reste du territoire. S'il y a de grandes différences en

termes d'interpellations pour usage, c'est moins le cas lorsqu'il s'agit de trafic. Rapportés à la population, les décès par surdose ont été en 2014 trois fois plus fréquents en Lorraine qu'en Champagne-Ardenne ou qu'au niveau national alors que les accidents mortels de la route avec présence de drogues y sont dans la moyenne régionale mais bien en dessous du chiffre moyen de la France.

Concernant les traitements de substitution aux opiacés et la réduction des risques liés à ces consommations de drogues illicites hors cannabis, les ventes de Subutex sont inférieures de 35 % en Champagne-Ardenne comparées aux deux autres anciennes régions (17,5 boîtes pour 100 habitants contre 26 en Alsace et en Lorraine), de même que les ventes de Stéribox® en Alsace par rapport à la Lorraine. En résumé, c'est dans ce dernier territoire que la situation socio-sanitaire liée aux drogues illicites semble la moins bonne (voir annexes – tableau autres drogues illicites).

**La base ODICER** (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions) regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional, dans le domaine des addictions et dépendances aux substances licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy, etc.). Les données sont centralisées par l'OFDT depuis 1997 pour la France métropolitaine, et depuis 2006 pour les départements d'outre-mer (DOM) - [www.odicer.ofdt.fr](http://www.odicer.ofdt.fr).

## **PARTIE 4. ÉLÉMENTS QUALITATIFS SUR LA RÉGION LORRAINE À PARTIR DES ÉLÉMENTS DU SITE TREND DE METZ**

---

La proximité géographique de la Lorraine avec la Belgique et les Pays-Bas mais aussi l'Allemagne et le Luxembourg est un facteur déterminant la situation de l'offre de drogues illicites dans la région. Les grands ports d'Anvers, Amsterdam et Rotterdam sont des portes d'entrée majeures de la cocaïne en Europe. En outre, la Belgique et les Pays-Bas constituent des zones de production importantes d'herbe de cannabis et de drogues de synthèse. La Belgique et les Pays-Bas sont devenus des marchés secondaires non seulement de ces substances mais aussi de l'héroïne brune produite en Afghanistan. Ainsi, le marché régional des drogues et, plus largement, tout le secteur nord-est de la France, est alimenté par un trafic transfrontalier, animé soit par des importateurs en gros, soit par des petits réseaux d'usagers-revendeurs se livrant au trafic dit de « fourmi ». Dès lors, cette situation assure une forte disponibilité des produits illicites, non seulement dans les métropoles de la région (comme Metz) mais aussi dans les zones périurbaines et rurales.

### **Quelques traits régionaux spécifiques**

#### ***Une position frontalière favorisant le trafic***

Au croisement de l'A31 (qui traverse les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg jusqu'au sud de la France, l'Italie et l'Espagne) et de l'A4 (qui rejoint l'Île-de-France), la Lorraine apparaît comme un carrefour majeur du trafic d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. L'axe reliant Thionville à Nancy, qui passe par l'ancien bassin sidérurgique et Metz, concentre la plus grande part du trafic organisé. Cet axe a une ramification vers Longwy et plus particulièrement Mont-Saint-Martin, ville frontalière avec la Belgique et le Luxembourg qui constitue une porte d'entrée des stupéfiants en provenance des Pays-Bas. Mont-Saint-Martin est souvent présenté par la police comme « la base arrière » de trafiquants wallons (Schléret *et al.*, 2015).

La demande en produits stupéfiants caractéristique d'une zone de forte densité urbaine et la proximité des Pays-Bas (où le prix de l'héroïne, notamment en semi-gros, est peu élevé) constituent des facteurs propices

également au développement des petits trafics plus individuels et artisanaux. Les zones problématiques, hormis l'axe Thionville-Nancy, se situent autour de Verdun et de Bar-le-Duc en Meuse, de Forbach en Moselle et de Saint-Dié dans les Vosges (Schlérét *et al.*, 2015).

Cela ne veut pas dire pour autant que les autres grandes communes de Lorraine ne sont pas concernées. Bien au contraire, mais la densité du trafic y semble proportionnellement et comparativement moins intense. Dans ces secteurs prévaut plutôt un système artisanal porté par des usagers-revendeurs. L'étude sur les drogues en milieu rural qu'avait réalisée l'équipe TREND Lorraine en 2013 avait montré que, autour de Verdun, le deal local est surtout le fait d'usagers-revendeurs qui se rendent plusieurs fois par mois à Maastricht ou à Rotterdam (aux Pays-Bas) pour acheter 20 ou 30 grammes d'héroïne qu'ils revendent dans leurs réseaux pour financer leur propre consommation (Bailly *et al.*, 2016 ; Schlérét *et al.*, 2013). Il existe également un approvisionnement régional même si les lieux d'achat auprès de grossistes et semi-grossistes peuvent fluctuer en fonction des actions policières frontalières et transfrontalières et de la qualité des produits vendus. Ainsi, depuis 2013, Nancy est devenue un des principaux centres d'approvisionnement, d'une héroïne considérée initialement comme de « mauvaise qualité » car très coupée, puis bénéficiant d'une meilleure réputation depuis 2015 (Bailly *et al.*, 2016).

**Tableau 26 - Prix des drogues en Lorraine en 2015 et prix médian national**

	<b>Principaux produits</b>	<b>Unité</b>	<b>Prix relevés</b>	<b>Médiane nationale</b>
<b>Marché noir</b>	Amphétamines	1 g	10 €	13 €
	Cannabis	Herbe 1 g	7-13 €	11 €
		Résine 1 g	5-10 €	7 €
	Cocaïne	1 g	80 €	84 €
	Héroïne	1 g	40-45 €	40 €
	LSD	Buvard	10-15 €	10 €
	MDMA	Goutte	10-20 €	
		Ecstasy 1 cp	5-10 €	10 €
		Poudre 1g	50 €	54 €
	Buprénorphine haut dosage	Comprimé 8 mg	4-20 €	4+ €
		Plaquette de 7 cp	20-40 €	20- €
	Méthadone	Flacon de 60 mg	4-10 €	7+ €
		Gélule de 200 mg	5-20 €	7+ €
	Sulfate de morphine	Boite de 14 gélules	40-80 € (soit 3 à 7 €/le cp.)	cp : 7- €

Sources : TREND Metz/CMSEA, TREND/ OFDT

Le trafic de proximité organisé évolue cependant en Lorraine. À l'image de ce qui est observé dans la plupart des autres régions, on constate la mise en œuvre de la part des dealers, de stratégies « d'aller-vers », évitant autant que faire se peut aux clients socialement insérés, le risque d'interpellation, notamment dans les « cités » dites « sensibles » de plus en plus surveillées : commandes par téléphones portables, suivies de livraison sur rendez-vous ou au domicile de l'acheteur ou encore du dealer (notamment en milieu rural pour cette dernière modalité) ou encore promotions sur l'héroïne annoncées par SMS. Une autre évolution du trafic évoqué par le site TREND lorrain tient à la multiplication d'allers-retours permettant le transport de petites quantités, vendues en flux tendus, afin de minimiser les risques en cas d'interpellation. Enfin, dans les zones de sécurité prioritaire, le trafic d'héroïne a évolué pour se déplacer vers les communes limitrophes.

Les prix des principales drogues vendues sur les marchés illicites lorrains ne présentent pas de singularité par rapport aux prix enregistrés dans d'autres régions. Même le prix moyen de l'héroïne, très disponible, n'est pas inférieur à la moyenne française sur l'ensemble de la Lorraine, contrairement à la sous-région voisine du Nord-Pas-de-Calais où le coût moyen du gramme reste en deçà de 20 euros. Une étude menée en 2011 sur la composition et les prix de l'héroïne en circulation en France avait montré une pureté moyenne de l'héroïne lorraine assez élevée (deuxième après l'Île-de-France) pour un prix moyen qui restait dans la moyenne française (Lahaie et Cadet-Taïrou, 2014). Le site TREND lorrain rapportait jusqu'en 2015 d'importants écarts, en termes de prix et de qualité, connus des usagers, entre les marchés de l'héroïne selon leur implantation géographique régionale : héroïne « d'entrée de gamme » accessible pour 10 euros le gramme à Nancy, produit de meilleure qualité entre 35 et 60 euros le gramme en Moselle et dans les Vosges. Le site TREND de Metz signale qu'en 2015-2016 ces disparités tendent à se réduire.

### ***Forte disponibilité de l'héroïne***

Contrastant avec le constat d'une quasi disparition de l'héroïne au profit des sulfates de morphine dans les sites méridionaux du dispositif TREND (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2014), la Lorraine se caractérise, en raison de sa position géographique, par une forte disponibilité du produit, sous forme d'héroïne brune quasi exclusivement.

Les profils des usagers d'héroïne sont relativement diversifiés. La coordination TREND note cependant la présence, parmi ces usagers, d'une forte proportion de bénéficiaires des minima sociaux qui vivent dans la précarité (Bailly *et al.*, 2016) et la consomme en début de mois lorsque les ressources le permettent en alternant avec les médicaments de substitution. Si le marché des opiacés dans la région Lorraine est dominé par l'héroïne



## **Méthodologie du dispositif TREND**

Pour remplir sa mission d'observation, le dispositif TREND national s'appuie en premier lieu sur un réseau de huit coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Les outils de recueil utilisés sont essentiellement qualitatifs : observations ethnographiques menées en continu ; questionnaires qualitatifs destinés aux structures ou associations en contact avec les usagers de drogues ; groupes focaux (« sanitaires », « répressifs »), qui visent à dresser des diagnostics rapides de la situation avec des professionnels du champ.

Les données locales à partir desquelles cette synthèse est rédigée sont issues d'un recueil spécifique au dispositif TREND, dont le recueil est coordonné par le CSAPA « les Wads-CMSEA » avec le soutien technique et méthodologique du département de recherche en sciences humaines de l'Université Lorraine et de sources externes. Il s'agit :

- d'observations ethnographiques et entretiens non directs auprès d'usagers, de bénévoles et de professionnels ;
- de témoignages succincts sur des faits marquants ;
- de comptes rendus d'observations de fêtes ou soirées, notes ;
- de quatre groupes focaux : avec des usagers, avec des intervenants sanitaires, avec des intervenants du domaine social et avec des représentants des services répressifs ;
- de questionnaires qualitatifs renseignés par des associations de réduction des risques ;
- de données statistiques en population générale ou sur l'activité des services socio-sanitaires ou répressifs ;
- d'une revue de presse régionale ;
- de collectes d'échantillons de produits, dans le cadre du Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES).

mais aussi dans les milieux les plus marginalisés par le détournement de buprénorphine haut dosage, considérée comme toujours très disponible, il existe également un marché parallèle de méthadone, plus artisanal, mais qui permet aux usagers de pratiquer l'auto-substitution avant de faire une demande de soins.

L'héroïne est une substance très peu visible dans le milieu festif lorrain, les éventuelles consommations de cette substance y restant cachées car toujours assez vivement réprochées. Dans ce contexte la substance est essentiellement sniffée, parfois fumée soit en inhalant les vapeurs de l'héroïne chauffée (chasse au dragon), soit par combustion dans un joint. Le site lorrain note, en 2016, une possible hausse de son expérimentation en espace festif, liée à une image qui deviendrait moins effrayante<sup>10</sup>. Cette observation demande cependant à être confirmée.

Concernant les médicaments, si le trafic régional de Skénan a connu un coup d'arrêt en 2013, du fait des poursuites réalisées à l'encontre des professionnels impliqués, un trafic de BHD semble subsister, spécifiquement à destination de l'Allemagne où ce médicament est peu disponible (Cadet-Tairou *et al.*, 2015 ; Schléret *et al.*, 2015).

### ***Les décès par surdose***

Depuis 2014, les intervenants lorrains en addictologie constatent une montée du nombre de surdoses. Alors qu'au plan national les surdoses documentées apparaissent majoritairement liées à des utilisations inadéquates de méthadone, (l'héroïne venant ensuite), en Lorraine, ces décès pourraient plutôt être majoritairement en lien avec les usages d'héroïne. Or les données du registre français des causes de mortalité (CépiDC) souffrent d'une sous-déclaration avérée concernant les décès en lien avec les drogues et ne permettent le plus souvent pas, de déterminer le produit en cause. En outre, les laboratoires médico-légaux locaux ne participent pas au dispositif DRAMES du réseau des Centres d'évaluation des d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) et il semble très difficile d'obtenir des informations des procureurs en cas de décès, sur d'éventuels résultats d'analyses toxicologiques. Dans ce contexte, les causes de cette montée du nombre de surdoses qui semble confirmée par les chiffres (voir données de mortalité) restent floues : diffusion des usages d'héroïne vers des populations plus à risque (qui ne seront pas forcément repérées par les enquêtes en population générale), augmentation de la pureté de l'héroïne circulant en Lorraine, usages détournés de méthadone, etc. Ce phénomène demanderait à être exploré, d'autant plus qu'il serait également observé dans la région allemande adjacente.

Pour mémoire, c'est du site TREND de Lorraine qu'étaient venus en 2008, les premiers signes d'une progression du nombre des surdoses liés à un accroissement de la pureté de l'héroïne circulante, conjugué à une diffusion de son usage parmi de jeunes usagers insérés qui pensaient ne pas prendre de risques en la consommant pas voie nasale de manière récréative.

---

10. Premières analyses délivrées par la Coordination TREND Metz sur les données collectées en 2016.

## Les phénomènes locaux qui s'intègrent dans une tendance nationale

### *Une nouvelle « montée » de la cocaïne sur fond de forte disponibilité ?*

La cocaïne est très présente dans le paysage des consommations lorraines que ce soit dans l'espace festif ou parmi les usagers les plus précaires. Cependant son accessibilité est limitée par son prix (entre 60 euros et 120 euros le gramme en 2015).

Toutefois, en 2016, la région Lorraine, probablement dans le cadre d'une tendance nationale, signale une disponibilité encore accrue, sur tout le territoire, qui va de pair avec un renforcement de son accessibilité via la possibilité grandissante d'acheter de très petites quantités, s'adaptant aux petits budgets (portion de gramme, trace...). Cette disponibilité croissante s'accompagne en 2016 de discours d'usagers très positifs sur la qualité du produit, laissant supposer la circulation d'un produit assez pur.

Si la cocaïne est particulièrement consommée par les personnes fréquentant les milieux électro (environ un tiers des usagers en avait pris dans les 30 derniers jours selon un relevé effectué par la coordination TREND, tant dans l'espace électro alternatif que commercial), elle reste également très présente dans les consommations des usagers précaires dont beaucoup l'injectent.

Confirmant une tendance de fond, des observations récentes font état de la poursuite de la diffusion de la consommation de la cocaïne sous forme basée (crack ou free base) tant en espace urbain que festif. Celle-ci est visible du fait de la fréquentation par des usagers insérés des CAARUD dans le but d'obtenir des pipes à crack.

Le free base est préparé à partir du chlorhydrate de cocaïne par adjonction d'ammoniaque ou plus rarement, de bicarbonate. La vente de cocaïne déjà basée comme sur le marché du crack à Paris, semble rester exceptionnelle en Lorraine.

### *Le retour du comprimé d'ecstasy s'ajoute à la diffusion de la MDMA*

Le nouveau cycle de diffusion du comprimé d'ecstasy entamé vers 2013, poursuit sa phase ascendante en espace festif avec des comprimés, plus attrayants, plus gros, plus dosés et donc plus dangereux. Celle-ci fait suite à la chute, au cours des années 2000, de l'intérêt pour les comprimés de MDMA (ou ecstasy), au profit des formes cristal ou poudre, qui avait sanctionné la multiplication des « arnaques ». Si la forme comprimé concurrence quelque peu la forme cristal dont l'offre dépasse maintenant parfois la demande, le site TREND note surtout un élargissement du public consommateur de l'un ou l'autre produit qui circulent largement dans des espaces festifs jusqu'alors

peu concernés (bars, fêtes privées...). Il s'ensuit une diffusion conséquente parmi les jeunes générations, toutes origines confondues. Considérés à tort comme sans danger ces produits donnent lieu à certaines consommations festives abusives<sup>11</sup>.

Ce phénomène participe à l'augmentation des consommations de substances psychotropes parmi les usagers de l'espace festif généraliste<sup>12</sup> où la MDMA/ecstasy n'est toutefois pas le seul produit concerné (la cocaïne et l'amphétamine également). Cette diffusion des pratiques de consommation aux espaces festifs généralistes est pour partie à mettre en lien avec l'évolution actuelle de la scène festive électro à l'origine d'une porosité plus importante entre différents types de publics (Bailly *et al.*, 2016 ; Cadet-Tairou *et al.*, 2016).

### ***Des consommations de nouveaux produits de synthèse (NPS) qui restent discrètes***

Comme sur l'ensemble du territoire national, après une période de curiosité, l'attrait des usagers de l'espace festif pour les NPS semble rester relativement modéré. Très peu visibles en espaces festifs, les NPS font l'objet d'échanges ou sont vendus en lieu et place de produits classiques. Les niveaux de connaissance de ces produits par les usagers des milieux festifs sont extrêmement hétérogènes. Les preuves de leur circulation persistante tiennent aux problèmes sanitaires qui peuvent survenir et dont la connaissance rend les usagers très méfiants (Bailly *et al.*, 2016).

### **Références bibliographiques**

Bailly F., De Marne A., Diény L. (2016) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Metz (Lorraine) en 2015. Metz, CMSEA ; OFDT, 39 p.

Bailly F., De Marne A., Diény L. (2016) Tendances récentes et nouvelles drogues - Metz. Synthèse des résultats 2015. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

---

11. Premières analyses des données 2016.

12. On appelle espace festif généraliste, les lieux ou événements non porteurs d'une culture musicale ou idéologique spécifique (festivals généralistes, soirées, étudiantes, certains bars...) par opposition à l'espace festif électro alternatif (free parties, raves, multisons) ou à l'espace électro commercial (soirées électro payantes en clubs, boîtes de nuit, bars électro...).

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T., Milhet M. (2016) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). *Tendances*, OFDT, n° 115, 8 p.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.

Lahaie E., Cadet-Taïrou A. (2014) Héroïne : composition, prix, connaissances des usagers. Saint-Denis, OFDT, 55 p.

Plancke L., Schléret Y. (2010) Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le Nord et l'Est de la France. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus à travers le dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 137-145.

Schléret Y., Monzel M., Scherrmann M. (2013) Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord Meusien. Metz, CMSEA, 44 p.

Schléret Y., Bailly F., De Marne A., Diény L. (2015) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Metz et en Lorraine en 2014. Metz, CMSEA ; OFDT, 58 p.

## SYNTHÈSE

---

Ce portrait de territoire vise à caractériser les spécificités de la région Grand-Est du point de vue de la situation des addictions et de leurs conséquences socio-sanitaires. Cet état des lieux est complété par une approche comparative des moyens en personnel (volume d'ETP intervenant dans les CSAPA et les CAARUD de la région) et de leurs activités, afin de favoriser l'aide au pilotage de l'ARS, dans la perspective du Plan régional de santé 2018-2027. L'analyse livrée ici porte sur le périmètre de la « nouvelle région » Grand-Est dans son ensemble, en détaillant les données pour les « anciennes régions » toutes les fois où l'échantillon suffit à garantir une bonne fiabilité des données.

Relativement à la moyenne nationale, la région Grand-Est se démarque d'abord par une forte consommation tabagique en population générale, en particulier parmi les femmes, plus souvent sujettes qu'ailleurs à un tabagisme intensif. Les niveaux de consommation de tabac s'avèrent cependant fort contrastés entre populations jeune et adulte : si la région Grand-Est se singularise (avec l'Île-de-France) par un tabagisme des adolescents inférieur à la moyenne nationale, elle figure, à l'inverse, dans le duo de tête des régions où le tabagisme quotidien culmine parmi les adultes (avec les Pays-de-Loire) : ce constat est particulièrement saisissant en Lorraine. Ces niveaux de consommation tabagique élevés contribuent à expliquer la surmortalité régionale liée au tabac.

Par opposition, les niveaux d'usage d'alcool observés en région Grand-Est la placent dans une situation plus favorable qu'ailleurs. Il faut toutefois souligner la forte prédominance masculine parmi les conduites d'ivresse alcoolique et les épisodes d'alcoolisation ponctuelle intensive, qui s'avère notablement plus marquée qu'ailleurs : tout se passe comme si les comportements d'alcoolisation excessive étaient, en région Grand-Est, plus « genrés » qu'ailleurs. En termes de conséquences sociosanitaires liées à la consommation d'alcool, les données font apparaître une spécificité importante en région Grand-Est : une prévalence plus élevée que la moyenne nationale des ivresses publiques et manifestes et de l'accidentalité routière liée à l'usage d'alcool. En regard des autres régions, les prises en charge en CSAPA liées à l'alcool sont certes comparativement plus élevées mais cette

caractéristique est largement attribuable aux spécificités de l'offre de soins en addictologie en Alsace (proportion importante de CSAPA hospitaliers accueillant majoritairement des consommateurs d'alcool). Par ailleurs, les données fournies par les CSAPA et les CAARUD font apparaître une file active d'utilisateurs plus élevée que la moyenne compte tenu des ETP dont ils sont dotés. Les données relatives aux actes ne montrent pas de grandes particularités pour les CSAPA comme pour les CAARUD.

Pour ce qui concerne les drogues illicites, la région Grand-Est se caractérise par une présence importante des opiacés et de l'héroïne en particulier. Le principal point positif semble être une consommation plus faible de cannabis, trait commun aux régions voisines des Hauts-de-France et d'Île-de-France. La consommation de cannabis apparaît même en baisse en population jeune dans certains secteurs de la région, comme la Lorraine. Cette moindre consommation régionale va de pair avec un niveau de prise en charge en deçà de la moyenne nationale dans la plupart des zones de la région.

Au-delà de cette brève synthèse, les points les plus marquants du profil de la région Grand-Est en matière d'addictions peuvent être résumés en cinq points principaux.

### **Tabac : un double phénomène de surconsommation féminine et de surmortalité régionale**

La région Grand-Est se différencie des autres régions françaises par une plus forte prévalence tabagique. Cet écart touche principalement la population féminine, qui fume à peine moins que les hommes alors que la différence de sexe est nettement plus marquée pour le reste de la métropole. La surconsommation tabagique des femmes de la région apparaît donc comme un des constats épidémiologiques principaux.

À l'inverse, le niveau de tabagisme des jeunes se situe, à 17 ans, en deçà de la moyenne nationale. Ce point positif doit cependant être nuancé car cette plus faible prévalence globale est imputable à la sous-consommation tabagique des jeunes Alsaciens. À l'échelle de l'ensemble des jeunes de la région, le niveau de tabagisme intensif apparaît plus élevé, en particulier en Lorraine.

Conséquence des consommations de tabac passées, les taux de décès provoqués par le tabac sont plus élevés dans le Grand-Est qu'en moyenne en France. Ce phénomène touche également davantage la Lorraine et, à un moindre degré, la Champagne-Ardenne, tandis que l'Alsace laquelle se situe dans la moyenne nationale. La surmortalité par cancer en Lorraine s'explique peut-être en partie par l'effet conjugué du tabagisme et des maladies professionnelles liées au passé industriel de ce territoire.

## Alcool : des prises en charge conséquentes

En termes de consommations d'alcool, la région Grand-Est se situe dans la moyenne nationale, à la fois en population jeune et adulte. Certains comportements d'usage spécifiques apparaissent même moins répandus qu'ailleurs : épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) parmi les hommes âgés de 15 à 75 ans, ivresses et API parmi les jeunes filles (à 17 ans).

Sur le plan des conséquences sanitaires de la consommation d'alcool, la situation en région Grand-Est semble, globalement, soit comparable à celle de l'ensemble de la France, soit plus favorable. Ainsi, le taux de mortalité pour les pathologies liées à l'alcool est le même qu'au niveau national – ce taux étant cependant bien plus bas en Alsace que dans l'ensemble de la France, et singulièrement plus élevé en Champagne-Ardenne. Les indicateurs de mortalité par accident de la route avec implication de l'alcool et d'hospitalisation pour éthylisme aigu et éthylisme avec dépendance sont également moins élevés en région Grand-Est. On relève cependant aussi quelques points négatifs : la région se démarque défavorablement pour les accidents corporels avec présence d'alcool et les interpellations pour ivresse publique. La valeur de ce dernier indicateur est cependant tributaire de l'activité des forces de police et de gendarmerie.

Dans un contexte où ni la consommation d'alcool ni ses conséquences ne semblent plus défavorables qu'au niveau national, les prises en charge liées à l'alcool apparaissent importantes dans les CSAPA et dans les CJC de la région. Cette caractéristique pourrait cependant résulter de l'importance de ces prises en charge en Alsace, qui se distingue par une proportion élevée de CSAPA hospitaliers accueillant très majoritairement des consommateurs d'alcool.

## Cannabis : des usages en deçà de la moyenne nationale

Les jeunes et les adultes de la région apparaissent moins consommateurs de cannabis que dans les autres régions, quelle que soit la fréquence d'usage considérée. Cette caractéristique se retrouve dans les régions voisines des Hauts-de-France et d'Île-de-France. En cohérence avec cette sous-consommation cannabique, le nombre d'utilisateurs de cannabis pris en charge en CSAPA est plus faible, par habitant, qu'au niveau national. Il existe cependant un contraste marqué entre quatre départements de l'Ouest de la région (tout particulièrement la Marne et la Meuse), où leur nombre est élevé et les autres départements (Alsace et Lorraine, hormis la Meuse), où il est très faible. Les jeunes vus en CJC sont également moins souvent pris en charge pour un usage de cannabis et, au demeurant, moins souvent consommateurs récents de cannabis qu'au niveau national.



Cette sous-représentation du cannabis dans la région (par rapport à la moyenne métropolitaine) est à mettre en parallèle avec la part plus importante de jeunes orientés vers la CJC par le milieu sanitaire (plutôt que par la justice), traits particulièrement marqués en Alsace. A cet égard, le nombre d'interpellations pour usage de cannabis par habitant apparaît nettement inférieur à la moyenne nationale. Comme on l'a relevé pour les IPM, les statistiques d'interpellations pour usage de stupéfiant posent cependant des problèmes d'interprétation et dépendent de l'activité des forces de l'ordre. Toutefois, en l'espèce, leur niveau relativement faible est cohérent avec la moindre consommation régionale de cannabis.

Le pourcentage d'accidents de la route mettant en cause un usage de stupéfiants (cannabis le plus souvent) apparaît également bien plus faible qu'en moyenne en région Grand-Est.

Ce faisceau d'indices confirme que la région Grand-Est connaît des problématiques liées au cannabis nettement plus limitées et circonscrites qu'ailleurs en France.

### **Autres substances illicites ou détournées : le poids de l'héroïne**

Du fait de la rareté des usages de drogues illicites en population générale (hors cannabis), les profils régionaux de consommation peuvent difficilement être décrits par le seul biais des grandes enquêtes statistiques. L'analyse repose donc principalement sur des données qualitatives telles que celles issues du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), qui permettent de décrire assez finement les caractéristiques des usagers et la dynamique de l'offre de stupéfiants au niveau régional.

Les données issues des enquêtes en population générale menées en population jeune et adulte ne font pas apparaître une plus forte expérimentation d'héroïne en région Grand-Est. Il existe cependant un faisceau convergent d'indices montrant une forte présence du produit dans cette région. Les observations de terrain rapportent tout d'abord une grande disponibilité de l'héroïne en Lorraine, phénomène qui s'explique par la proximité avec la Belgique et les Pays-Bas où usagers revendeurs et trafiquants peuvent facilement s'approvisionner. La situation en Champagne-Ardenne et en Alsace n'est sans doute pas très différente de ce point de vue.

Les données sur les personnes accueillies dans les CSAPA et les CAARUD du Grand-Est permettent de dégager deux constats principaux : tout d'abord, celui d'une surreprésentation des personnes prises en charge pour usage d'héroïne ; ensuite, celui d'une sous-représentation de celles liées aux stimulants dans ces deux types de structures. Les décès par surdose, vraisemblablement plus liés à l'héroïne dans ce territoire qu'ailleurs, sont également plus nombreux dans la région. Les ventes de méthadone sont,

à population égale, bien plus élevées dans la région qu'en France, indice supplémentaire de l'existence d'un problème spécifique de consommation d'opiacés au plan local. Pour la BHD, les dernières données disponibles (2011) montraient un niveau de vente deux fois plus élevé qu'au niveau national.

Les usagers de drogues illicites autres que le cannabis fréquentant les CSAPA et les CAARUD du Grand-Est paraissent en moyenne moins désinsérés socialement : la proportion d'usagers en grande précarité est moins importante qu'au niveau national. Davantage consommateurs d'opiacés, les usagers des CAARUD du Grand-Est ont pour cette raison plus souvent recours l'injection mais ce mode de consommation n'est pas plus fréquent qu'ailleurs si on limite la comparaison aux seuls usagers d'héroïne. Pas plus injecteurs qu'ailleurs, les usagers d'héroïne vus dans les CAARUD du Grand-Est se distinguent en revanche par une proportion plus forte d'utilisateurs du sniff et moindre de ceux qui fument cette substance.

### **Situation des dispositifs médico-sociaux**

La région Grand-Est comprend 28 CSAPA en ambulatoire et 12 CAARUD. Les CJC, gérées par 24 opérateurs (pour la plupart des CSAPA) se déploient sur une soixantaine de points de consultation.

Les 28 CSAPA en ambulatoire de la région Grand-Est, dont les moyens en personnel peuvent être évalués à 355 ETP en 2014, ont accueilli cette même année un peu plus de 28 000 patients. Par habitant, le nombre d'ETP des CSAPA de la région Grand-Est se situe au-dessus de la moyenne nationale (9,1 ETP pour 100 000 habitants vs 8,3). Cette meilleure dotation en ETP doit cependant être rapprochée d'un nombre de consommateurs pris en charge par habitant également supérieur à la moyenne nationale (70 personnes pour 10 000 habitants vs 60). Au total, le nombre de personnes prises en charge par ETP s'avère un peu supérieur dans le Grand-Est à la moyenne nationale (77 vs 73). Le déficit par rapport à la moyenne nationale est d'environ 28 ETP. Dans les anciennes régions, les ETP semblent avoir été répartis proportionnellement au nombre de patients : le rapport entre les nombres de patients et d'ETP est identique dans les trois territoires. Du point de vue de la répartition des patients suivant les grandes catégories de produits les plus dommageables (alcool, tabac, cannabis, autres drogues illicites, addictions sans substances), le Grand-Est ne se distingue de la moyenne nationale que par une proportion plus faible d'usagers de cannabis et un peu plus forte d'usagers de tabac. Parmi les usagers des drogues illicites autres que le cannabis, qui ne représentent qu'un peu moins de 20 % du public des CSAPA au niveau national comme au niveau

du Grand-Est, les usagers d'opiacés et d'héroïne sont surreprésentés dans la région. La répartition des ETP suivant les professions ne diffère dans le Grand-Est que par une proportion plus élevée d'ETP d'éducateurs. Au niveau des actes, on constate, en accord avec la répartition des ETP, une plus grande proportion d'actes d'éducateurs mais également de médecins et une proportion d'actes d'infirmiers et de psychiatres plus limitée. En ce qui concerne les prescriptions de traitements de substitution aux opiacés et les dépistages des hépatites B et C et du VIH, le Grand-Est ne semble pas se démarquer du reste de la France.

Le Grand-Est comprend 12 CAARUD dont le fonctionnement repose sur 54 ETP (bénévoles compris), ce qui correspond à un nombre d'ETP par habitant plus faible qu'au niveau national (1,32 vs 1,76). Ces structures ont accueilli un peu plus de 6 300 usagers de drogues en 2014, soit 15,6 usagers pour 10 000 habitants, nombre identique à celui constaté au niveau national. Le nombre d'usagers par ETP est plus important dans le Grand-Est qu'au niveau national (118 vs 88). Pour atteindre la moyenne nationale, la dotation en ETP des CAARUD devrait être augmentée de 18. Relativement au nombre d'usagers accueillis, les ETP semblent répartis de façon inégale entre les trois anciennes régions. Le nombre d'usagers par ETP est en effet plus de deux fois plus faible en Champagne-Ardenne qu'en Alsace et en Lorraine (62 vs respectivement 142 et 157). Contrairement au constat fait pour les CSAPA, les ETP d'éducateurs et d'animateurs de prévention ainsi que les ETP « Autres » sont très sous représentés dans les CAARUD du Grand-Est, alors que sont surreprésentés ceux des pairs, des assistants sociaux et de certains postes fonctionnels (direction, logistique). La répartition des actes suivant le type d'intervention dans les CAARUD est très semblable à la moyenne. La seule différence notable concerne la part des actes consacrés à l'obtention des droits sociaux, plus faible dans la région. En termes d'activité les CAARUD du Grand-Est semblent se distinguer par une part plus importante du public vus par les unités mobiles et par une intervention relativement faible dans les squats et en milieu pénitentiaire.

## ANNEXES

---

Tableau des indicateurs socio-sanitaire par anciennes régions (détaillés selon le produit)	93-94
Mise à disposition du matériel de RdR par l'intermédiaire des CAARUD en 2014	95
Données des rapports d'activité en ambulatoire 2014, France, Grand-Est, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine	96
Sigles	103

## Tableaux des indicateurs socio-sanitaires par anciennes régions (détaillés selon le produit)

<b>Alcool</b>		Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace	Grand-Est	France
Interpellations pour ivresse sur la voie publique <sup>1</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 20 à 69 ans	22,6	20,6	18,4	20,3	14,6
Accidents corporels avec alcool <sup>2</sup> (2015)	Pour 100 accidents corporels au taux d'alcoolémie connu	18,3	12,8	11,7	13,7	10,7
Accidents mortels avec alcool <sup>2</sup> (2015)	Pour 100 accidents mortels au taux d'alcoolémie connu	22,4	22,7	29,8	24,3	30,7
Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhoses <sup>3</sup> (2014)	Pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	3,3	2,9	1,6	2,6	2,5
Séjours hospitaliers pour éthylisme avec dépendance <sup>4</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans	10,7	8,1	23,4	13,9	20,8
Séjours hospitaliers pour éthylisme aigu <sup>4</sup> (2015)	Pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans	18,9	16,5	14,6	16,4	19,9

Sources : (1) DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris ; (2) ONISR ; (3) INSERM-CépiDc ; (4) PMSI

<b>Tabac</b>		Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace	Grand-Est	France
Ventes de cigarettes <sup>1</sup> (2013)	Par habitant (tous âges)	642,5	417,2	538,5	512,3	724,9
Ventes de tabac à rouler <sup>1</sup> (2013)	Par habitant (tous âges)	137	73,7	54,1	82,4	132,9
Décès avant 65 ans par cancers de la trachée, des bronches et des poumons <sup>2</sup> (2014)	Pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	7,0	6,9	5,7	6,5	5,5

Sources : (1) DGDDE ; (2) INSERM-CépiDc

<b>Drogues illicites</b>		Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace	Grand-Est	France
Interpellations pour usage de cannabis <sup>1</sup> (2010)	Pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	46,7	41	30,5	38,8	48,4
Ventes de Stéribox <sup>2</sup> (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	10,6	15,3	9,8	12,3	6,6
Ventes de Subutex <sup>2</sup> (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	17,5	26,7	26,2	24,3	12,4
Patients traités par méthadone <sup>3</sup> (2016)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	223,2	349,4	258,8	288,4	164,8
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy <sup>1</sup> (2010)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	4,6	10,1	6,1	7,5	3,3
Interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	50,7	59,7	43,6	52,0	57,5
Interpellations pour usage de stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	42,4	50,8	33,7	42,9	47,8
Interpellations pour trafic de stupéfiants <sup>4</sup> (2016)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	1,7	2,2	1,5	1,9	2,6
Accidents mortels avec présence de stupéfiants <sup>5</sup> (2015)	Pour 100 accidents mortels avec dépistage stupéfiants	8,5	12,3	12,2	11,0	22,7
Décès par surdoses <sup>6</sup> (2014)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	0,7	2,1	1,5	1,6	0,8

Sources : (1) OCRTIS ; (2) InVS-Siamois ; (3) Recordati-Bouchara ; (4) Etat 4001 (DCPJ - ministère de l'Intérieur) ; (5) ONISR ; (6) INSERM-CépiDc

## Mise à disposition du matériel de RdR par l'intermédiaire des CAARUD en 2014

	France entière	Grand-Est	Champagne- Ardenne	Lorraine	Alsace	Part (%) Grand- Est
<b>Matériel d'injection</b>						
Seringues à l'unité	4 469 577	500 923	91 790	277 868	131 265	11 %
Seringues en trousse : automates	431 434	39 818	8 988	22 730	8 100	9 %
Seringues en trousse : équipe	1 011 134	62 506	47 900	13 006	1 600	6 %
Seringues en trousse : réseau de pharmacies	885 202	27 628	21 408	6 220	0	3 %
<i>Nombre total seringues distribuées</i>	<i>6 797 347</i>	<i>630 875</i>	<i>170 086</i>	<i>319 824</i>	<i>140 965</i>	<i>9 %</i>
<i>Nombre de seringues récupérées</i>	<i>4 231 650</i>	<i>448 345</i>	<i>180 632</i>	<i>203 668</i>	<i>64 045</i>	<i>11 %</i>
<i>Taux de récupération</i>	<i>62 %</i>	<i>71 %</i>	<i>106 %</i>	<i>64 %</i>	<i>45%</i>	
Aiguilles	414 113	59 296	59 296	0	0	14 %
Cupules stériles	2 353 065	230 931	43 661	135 644	51 626	10 %
Filtres stériles	1 722 280	110 011	10 327	66 922	32 762	6 %
Eau (fioles de 5 ml)	2 635 272	270 505	53 238	146 121	71 146	10 %
Tampons alcoolisés	2 732 391	246 385	46 124	116 771	83 490	9 %
<i>Nombre total de trousses (automates, équipe)</i>	<i>1 163 885</i>	<i>64 976</i>	<i>39 148</i>	<i>20 978</i>	<i>4 850</i>	<i>6 %</i>
<b>Matériel de sniff</b>						
Petits carnets de feuilles	576 282	74 653	18 642	5 317	50 694	13 %
Sérum physiologique	112 668	16 437	13 733	45	2 659	15 %
Autre matériel sniff	13 906	3 194	2 751	137	306	23 %
<b>Matériel pour inhalation de crack</b>						
Doseurs	104 757	2 004	600	775	629	2 %
Embouts	50 236	1 644	191	1 108	345	3 %
Filtres crack	28 630	1 407	0	1 137	270	5 %
Feuilles alu	260 431	4 196	1 196	3 000	0	2 %
Lames	16 355	0	0	0	0	0 %
Grilles	1 474	0	0	0	0	0 %
Foyers	175	0	0	0	0	0 %
<i>Nombre total de kits</i>	<i>10 744</i>	<i>1 120</i>	<i>1 120</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>10 %</i>
<b>Matériel de prévention des IST</b>						
Préservatifs masculins	890 602	68 812	24 614	21 669	22 529	8 %
Préservatifs féminins	40 250	6 150	2 224	2 220	1 706	15 %
Gel lubrifiant	327 734	25 213	6 469	13 182	5 562	8 %
<b>Autre matériel RdR</b>						
Tubes de crème	244 479	44 641	14 447	3 916	26 278	18 %
Dosettes d'acide citrique ou ascorbique	29 381	7 434	375	1 216	5 843	25 %
Ethylotests	57 233	8 299	7 658	103	538	15 %
Bouchons à oreilles	18 775	0	0	0	0	0 %
Brochures, flyers (pharmacies partenaires)	41 554	9 098	8 448	500	150	22 %
Brochures, flyers (équipes caarud)	174 445	22 733	16 110	2 868	3 755	13 %

Source : Rapports d'activité type des CSAPA en 2014, DGS/OFDT

## Données des rapports d'activité en ambulatoire 2014, France, Grand-Est, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
Population des 15-74 ans	47 769 727	4 070 076	1 383 392	969 075	1 717 609
Nombre de CSAPA en ambulatoire	371	28	11	6	11
Nombre de patients	288 221	28 370	9 937	7 746	10 687
Nombre de personnes de l'entourage	20 894	1 608	796	300	512
Nombre de patients pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	60	70	72	80	62
File active moyenne par centre	777	1013	903	1291	972
<b>Répartition des CSAPA suivant leur spécialisation</b>					
% de CSAPA se déclarant généraliste	58	68	73	67	64
% de CSAPA se déclarant spécialisé sur les drogues illicites	20	18	18	17	18
% de CSAPA se déclarant spécialisé en alcoologie	22	14	9	17	18
<b>Répartition des CSAPA suivant le type de gestion</b>					
% de CSAPA géré par une association	58	48	36	60	55
% de CSAPA géré par un établissement de santé	40	48	64	20	45
% de CSAPA géré par un groupement de coopération sociale et médico-sociale	2	4	0	20	0
% de CSAPA géré par un groupement de coopération sanitaire	0	0	0	0	0
<b>Répartition des CSAPA suivant les activités facultatives</b>					
% centres intervenant en milieu carcéral	52	62	36	100	67
% centres prenant en charge les addictions sans substances	93	92	91	83	100
% centres avec consultations de proximité pour repérage des usages nocifs	66	80	55	100	100
% centres avec CJC	67	77	82	83	67
% centres participant à des actions de prévention	89	96	91	100	100
% centres participant à des actions de formation	89	96	100	83	100
% centres participant à des actions de recherche	45	54	27	67	78
<b>Nouveaux patients</b>					
% de nouveau patient	43	39	40	44	36
% de patients vus une seule fois	24	24	22	24	25
<b>Répartition des patients suivant le sexe</b>					
% d'hommes	77	77	74	79	78
% de femmes	23	23	26	21	22
Total	100	100	100	100	100
Taux de réponse sexe	99	99	100	95	100



	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
<b>Répartition des patients par tranche d'âge</b>					
% Mineurs	3,7	2,6	2,7	2,8	2,3
% 18-24	11	9	7	13	9
% 40 ans et plus	48	48	57	42	44
% Moins de 20 ans	6,7	4,1	4,1	4,3	4,0
% 20-24	8,3	7,9	5,6	11,4	7,6
% 25-29	12	13	10	14	14
% 30-39	25	27	23	28	30
% 40-49	25	25	27	23	24
% 50-59	16	16	19	14	14
% 60 ans et plus	6,8	7,5	11,1	5,3	5,8
Total âge	100	100	100	100	100
Taux de réponse âge	97	98	98	94	100
<b>Répartition des patients suivant l'origine géographique</b>					
% provenant du département	92	92	93	93	91
% provenant autre département de la région	5,4	3,5	1,6	2,8	5,6
% provenant hors région	2,8	4,2	5,1	4,1	3,7
Total origine géographique	100	100	100	100	100
Taux de réponse sur l'origine géographique	92	90	86	87	96
<b>Répartition des patients suivant les conditions de logement</b>					
logement durable	84	84	90	82	81
logement précaire	13	14	9	16	18
SDF	3,1	1,4	1,3	1,6	1,4
Total logement	100	100	100	100	100
Taux de réponse logement	89	89	92	88	89
<b>Répartition des patients suivant l'origine des ressources</b>					
Revenus de l'emploi (y comp, Ret, pens, invalid,)	46	47	55	45	40
ASSEDIC	12	13	13	13	13
RSA	16	18	13	18	21
AAH	6,7	4,7	4,0	5,7	4,6
Autres prestations sociales	2,0	2,7	2,4	2,3	3,3
Tiers	6,5	4,8	5,2	4,6	4,6
Autres ressources	11	10	7	10	13
Total ressources	100	100	100	100	100
Taux de réponse ressources	85	89	88	85	92

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
<b>Répartition des patients suivant le type d'orientation</b>					
Initiative du patient ou des proches	43	43	42	38	46
Médecin de ville	9,0	11,1	15	9,3	9,1
Equipe de liaison consult hospit,	4,7	5,8	11,7	2,6	2,5
Autre hôpital / autre sanitaire	6,0	7,5	6,1	8,6	7,9
Structure spécialisée médico-sociale ( CSAPA/ CAARUD)	3,9	2,8	2,1	5,3	1,7
Justice classement avec orientation	4,5	2,1	2,6	1,2	2,3
Justice orientation présentencielle	5,6	5,2	3,0	8,0	5,3
Justice orientation post-sentencielle	14	12	10	18	10
Institutions et services sociaux	4,6	5,3	2,4	4,5	8,4
Milieu scolaire/étudiant	1,3	0,6	0,5	0,6	0,7
Autre	3,2	4,6	4,0	3,5	5,9
Total origine demande de consultation	100	100	100	100	100
Taux de réponse origine demande de consultation	91	92	92	86	95
<b>Répartition des patients suivant le produit consommé posant le plus de problèmes</b>					
Alcool	51	51	57	46	50
Tabac	6,0	8,9	9	9,9	7,7
Médicaments psychotropes	1,2	1,6	1,6	1,5	1,5
Cannabis	19	15	10	23	13
Opiacés (hors substitution détournée )	13	14	12	13	17
Traitement de substitution détournés	2,7	3,7	3,3	1,7	5,4
Cocaïne et crack	2,7	1,6	1,5	1,6	1,7
Amphétamines ecstasy ...	0,4	0,4	0,7	0,3	0,2
Jeux d argent	1,1	1,0	1,2	0,8	0,9
Cyberaddiction	0,6	0,5	0,4	0,4	0,7
autres addictions sans substances	1,1	1,1	2,1	1,1	0,2
Autres (dont autres produits)	0,6	0,9	0,5	0,8	1,4
Total produits et addictions 1	100	100	100	100	100
Taux de réponse produit	88	86	88	84	85
<b>Répartition des patients suivant le deuxième produit consommé posant le plus de problèmes</b>					
Alcool	15	14	13	16	12
Tabac	48	52	53	59	46
Médicaments psychotropes	2,5	4,5	5,2	1,3	6,3
Cannabis	17	13	13	12	14
Opiacés (hors substitution détournée )	4,7	4,8	5,0	3,5	5,7
Traitement de substitution détournés	2,5	4,1	3,2	2,6	6,1

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
Cocaïne et crack	7,0	4,6	3,6	3,4	6,6
Amphétamines ecstasy ...	1,5	0,8	1,3	0,6	0,6
Jeux d argent	1,0	1,1	1,1	0,3	1,7
Cyberaddiction	0,6	0,3	0,6	0,2	0,2
autres addictions sans substances	0,3	0,4	0,2	0,2	0,8
Autres (dont autres produits)	0,5	0,3	0,3	0,4	0,2
Total produits et addictions 2	100	100	100	100	100
Taux de réponse produit	52	46	47	48	45
<b>Répartition des patients suivant le produit à l'origine de la prise en charge</b>					
Alcool	50	47	50	45	47
Tabac	4,6	7,9	9	7,8	6,8
Cannabis	18	12	10	18	10
Médicaments psychotropes	1,1	1,4	1,9	1,2	1,2
Opiacés (hors substitution détournée)	16	21	18	21	23
Traitement de substitution détournée	2,9	4,3	4,8	2,5	5,0
Cocaïne et crack	2,5	1,4	1,4	1,1	1,5
Amphétamines ecstasy ...	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2
Autres (dont autres produits)	0,9	1,4	1,3	0,8	2,0
Jeux d argent	1,1	1,1	1,5	0,8	1,0
Cyberaddiction	0,6	0,6	0,4	0,4	0,9
autres addictions sans substances	1,1	1,1	1,6	1,3	0,6
Total produits et addictions	100	100	100	100	100
Taux de réponse produit	88	86	85	84	89
<b>Nombre de patients par produit posant le plus de problèmes pour 10000 habitants âgés de 15 à 74 ans</b>					
Alcool	31	36	41	37	31
Tabac	3,6	6,2	6,8	8,0	4,8
Cannabis	12	10	7	18	8
Opiacés, stimulants, amphét, médicaments psych	11	14	13	13	15
Addictions sans substances	1,7	1,8	2,6	1,8	1,1
Autres	0,4	0,6	0,4	0,6	0,9
Total	60	70	72	80	62
<b>Répartition des patients suivant le type de consommation</b>					
en abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	13	13	12	19	10
en usage simple	6,3	4,6	3,7	6,7	3,9
en usage à risque ou en usage nocif	23	24	22	22	26
en dépendance	58	59	62	52	60

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
Total type d usage	100	100	100	100	100
Taux de réponse type d usage	78	77	76	74	79
<b>Répartition des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse</b>					
% ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	5,6	7,4	12,1	2,0	8,6
% n'ayant utilisé la voie intrav, antérieurement (pas dans le mois)	10	10,2	12,9	6,2	11,4
% ayant jamais utilisé la voie intraveineuse	84	82	75	92	80
Total utilisation voie intraveineuse	100	100	100	100	100
Taux de réponse utilisation voie intraveineuse	62	52	36	59	64
<b>Répartition des actes patients suivant les intervenants</b>					
% des actes médecins dans le total des actes patients	22	25	27	30	20
% des actes Psychiatres dans le total des actes patients	6,7	4,0	2,1	2,3	7,7
% des actes Infirmiers dans le total des actes patients	36	31	36	14	34
% des actes Infirmiers substitution dans le total des actes patients	18	16	14	12	23
% des actes Psychologues dans le total des actes patients	13	15	16	21	10
% des actes Assistants sociaux dans le total des actes patients	6,0	5,9	7,6	6,8	2,8
% des actes Educateurs spécialisés dans le total des actes patients	10	14	9	12	23
% des actes animateurs dans le total des actes patients	1,7	0,2	0,0	0,9	0,0
% des actes Autres dans le total des actes patients	5,2	4,5	1,7	13,4	2,3
Total	100	100	100	100	100
Nombre moyen d'actes par centre	8 282	9 472	10 854	9 812	7 904
<b>Nombre moyen d'acte par patient concerné</b>					
Nbre moyen d'acte médecin par patient	5	6	8	6	4
Nbre moyen d'acte psychiatre par patient	6	5	5	6	5
Nbre moyen d'acte infirmier par patient	10	6	9	4	5
Nbre moyen d'acte infirmier par patient substitution	29	33	29	15	66
Nbre moyen d'acte psychologue par patient	5	6	7	6	5
Nbre moyen d'acte assistant social par patient	4	5	6	4	3
Nbre moyen d'acte animateur par patient	13	6	18	3	5
Nbre moyen d'acte éducateur par patient	5	3	3	3	0
Nbre moyen d'actes autre par patient	4	4	3	4	3
<b>Répartition des actes entourage suivant les intervenants</b>					
% des actes médecins dans les actes entourage	6,7	8,2	12,3	3,1	1,8
% des actes Psychiatres dans les actes entourage	2,8	0,4	0,6	0,0	0,0

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
% des actes Infirmiers dans les actes entourage	11	12	15	3	14
% des actes Psychologues dans les actes entourage	50	57	65	72	25
% des actes Assistants sociaux dans les actes entourage	9,1	2,5	3,8	0,7	0,6
% des actes Educateurs spécialisés dans les actes entourage	12	14,5	3,2	9	46,9
% des actes animateurs dans les actes entourage	0,5	0,4	0,0	2,1	0,0
% des actes Autres dans les actes entourage	8,1	5,0	0,7	10,8	11,4
Total	100	100	100	100	100
Nombre moyen d'actes entourage par centre	177	238	357	192	144
<b>Sevrages (nombre pour 10000 habitants âgés de 15 à 74 ans)</b>					
Nbre moyen par centre de sevrages initiés dans l'année	10,0	13,3	13,5	17,0	11,0
Nbre moyen par centre de sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre	6,7	7,4	6,7	12,3	5,2
Nbre moyen par centre de sevrages assurés par l'hôpital et suivi par le centre	2,8	5,0	6,4	1,2	5,9
Nbre moyen par centre de patients dont le sevrage a été initié dans l'année	6,5	6,3	8,7	6,0	4,7
Nbre moyen par centre de patients dont le sevrage a été initié en ambulatoire dans l'année	4,0	3,1	4,4	2,2	2,5
Nbre moyen par centre de patients dont le sevrage a été assuré par l'hôpital et suivi par le centre	2,1	2,6	4,0	0,6	2,5
<b>Dépistage maladies infectieuses (nombre pour 10000 habitants âgés de 15 à 74 ans)</b>					
Nombre moyen de patients par centre ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B	4,4	3,8	2,9	5,3	3,6
Nombre moyen de patients par centre ayant débuté une vaccination contre l'hépatite B	0,7	1,1	0,6	1,6	1,4
Nombre moyen de patients par centre ayant complété le schéma vaccinal	1,2	1,7	1,0	2,2	2,0
Nombre moyen de patients par centre ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	4,9	4,7	4,1	5,6	4,6
Nombre moyen de patients par centre ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	5,0	5,8	4,5	5,5	7,0
<b>Traitement de substitution aux opiacés (nombre pour 10000 habitants âgés de 15 à 74 ans)</b>					
Nombre de patients sous traitement à la méthadone quel que soit le prescripteur	7,0	7,1	7,4	9,1	5,7
Nombre de patients sous traitement à la méthadone prescrit au moins une fois par le centre	5,7	5,9	5,5	9,1	4,5
Nombre de patients sous traitement à la méthadone initié par le centre	3,1	3,9	4,9	4,5	2,9
Nombre moyen de patients par centre sous traitement à la BHD quel que soit le prescripteur	3,6	2,9	3,2	4,0	2,0
Nombre moyen de patients par centre sous traitement à la BHD prescrit au moins une fois par le centre	2,7	2,3	1,8	5,2	1,2
Nombre moyen de patients par centre sous traitement à la BHD initié par le centre	1,2	0,8	1,5	0,9	0,2

	France entière	Grand-Est	Alsace	Champagne- Ardenne	Lorraine
<b>Répartition des ETP suivant les emplois</b>					
% ETP Médecin	9,3	8,0	11	8	5,4
% ETP Psychiatre	3,2	1,9	1,5	0,3	3,5
% ETP Autre médecin spécialiste	1,1	1,5	2,8	0,1	1,4
% ETP Psychologue	16	15	17	16	13
% ETP Infirmier	19	21	20	12	29
% ETP Aide-soignant	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
% ETP Autre paramédical	0,4	0,2	0,4	0,2	0,1
% ETP Assistant de service social	7,6	6,1	11,6	3,1	3,7
% ETP Educateur spécialisé	11	15	10	16	19
% ETP animateur	2,5	2,3	1,1	5,3	1,1
% ETP Directeur / Chef de service / Assistant de direction	6,9	7,2	6,5	8,7	6,7
% ETP Secrétaire / comptable/ agent administratif	16	15	15	15	14
% ETP Documentaliste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
% ETP Agent d'entretien	1,6	1,2	1,7	1,4	0,6
% ETP Autres	4,9	5,3	2,0	12,3	2,9
Total ETP	100	100	100	100	100
Nombre d'ETP pour 100000 habitants âgés de 15 à 74 ans	8,3	9,1	9,2	10,5	8,1
<b>Recettes budgétaires (en euros par habitant âgé de 15 à 74 ans)</b>					
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	5,6	6,1	6,2	6,8	5,6
Tota des recettes	6,1	6,6	6,8	7,3	6,0

## Liste des sigles

API	Alcoolisation ponctuelle importante
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ATR	Appartement thérapeutique relai
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTR	Centre thérapeutique résidentiel
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée défense et citoyenneté
ETP	Equivalent temps plein
HAS	Haute Autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IPM	Interpellation pour ivresse publique manifeste
JDC	Journée défense et citoyenneté
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA	Méthyl-dioxy-méthylamphétamine
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
ODICER	Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
PES	Programme d'échange de seringues
RDR	Réduction des risques
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RSA	Revenu de solidarité active

TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Ce portrait de territoire, conçu par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), propose un état des lieux complet des consommations de substances psychoactives et de l'offre médico-sociale dans le champ des addictions observées dans la région Grand-Est en 2016.

Il s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles : enquêtes en population générale, statistiques administratives, enquêtes auprès des professionnels des dispositifs d'accueil et de soins aux personnes souffrant d'addictions (CSAPA, CAARUD, consultations jeunes consommateurs) et dispositif TREND.



Conception graphique et mise en page - Frédérique Million (OFDT)

Copyright photos en couverture : © Frank Boston / © Estherpoon / © glorcza / © sabonizr / © redkoala - Fotolia.com

ISBN : 979-10-92728-17-0