



Diagnostic Partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse

Juillet 2019



Délégation territoriale de la Meuse



Préfecture de la Meuse

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU GRAND EST (ORS Grand Est)

Site internet : <http://ors-ge.org> - E-mail : contact@ors-ge.org

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69

Document réalisé par :

- Nicolas Berthier, ORS Grand Est
- Emilie Gardeur, ORS Grand Est
- Sabrina Boime, ORS Grand Est
- Michel Bonnefoy, ORS Grand Est

Avec la participation d'Olivier Le Nezet et de Christophe Palle – OFDT

Avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

SOMMAIRE

CADRE ET CONTEXTE	4
1. La MILDECA et le plan gouvernemental	4
2. Rappel de définitions	5
3. Rappel des définitions des indicateurs de mesure	6
4. De l'alcoologie, tabacologie, toxicologie à l'addictologie	6
5. L'addictologie classe ainsi différents niveaux d'usage	7
6. Déterminants de la santé	9
LA COMMANDE ET LA METHODE	10
LA MEUSE, PORTRAIT DE TERRITOIRE	13
1. Un département rural	13
2. Des disparités régionales et infra-départementales	14
3. Synthèse	16
APPROCHE QUANTITATIVE : ETAT DES LIEUX DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	19
1. Éléments de cadrage : Les consommations de substances psychoactives en France métropolitaine	19
2. Les données d'enquêtes déclaratives : une source d'information à l'échelle de l'ancienne région Lorraine et du Grand Est	23
3. Données des forces de l'ordre liées aux usages de substances psychoactives	26
4. Données de soins et d'état de santé de la population liées aux consommations de substances psychoactives	29
5. L'offre de soins en Meuse	34
6. Analyse du public et des moyens des CSAPA en Meuse	36
L'APPROCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE : LE PUBLIC ET LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION EN MEUSE	45
1. Publics concernés	45
2. Comportements de consommation	51
3. Les ressources locales	60
4. Les problématiques identifiées	68
PROPOSITIONS ET PRECONISATIONS	73
1. Le Partenariat	73
2. L'offre de soins	75
3. L'offre de prévention	76
4. Les alternatives	78
5. Focus : Le réseau	80
CONCLUSION PARTIELLE	82
ANNEXE	84

CADRE ET CONTEXTE

L'ampleur et l'augmentation de la consommation de produits psychoactifs et d'élargissement du périmètre des addictions (avec et sans produit) posent des défis majeurs pour la préservation de la santé et de la sécurité de la population. La lutte contre les drogues et les toxicomanies répond ainsi à un impératif de santé publique, de sécurité et de respect de la loi. La liaison fine entre l'offre légale, et/ou illégale de produits psychoactifs et les consommations, démontre l'importance de la coordination entre lutte et dispositifs de prévention.

1. La MILDECA et le plan gouvernemental

Créée en 1982, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie, devenue la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), répond à cette nécessité d'articulation d'une politique publique par nature interministérielle. De fait, la politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives couvre des domaines complémentaires tels que : recherche et observation, prévention, santé et insertion, application de la loi, lutte contre les trafics, et coopération internationale.



A l'issue du plan gouvernemental 2013-2017 qui avait porté la politique de lutte contre les conduites addictives au cours des cinq années précédentes, la MILDECA a proposé, en lien avec les ministères concernés, une actualisation et une intensification de cette politique, afin de protéger les populations, en particulier les plus jeunes, dont tout produit confondu, leurs niveaux de consommation étant parmi les plus élevés en Europe.

Le plan 2018-2022 en cours qui détermine les priorités gouvernementales en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives, s'articule ainsi autour de 6 grands défis :

- Protéger dès le plus jeune âge ;

- Mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société ;
- Améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic ;
- Renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion ;
- Renforcer la coopération internationale ;
- Créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire.

Inscrit dans une temporalité longue, ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs en matière de prévention et promotion de la santé.

2. Rappel de définitions

Le terme « drogue » est souvent employé en lieu et place de l'ensemble des substances ou produits psychoactifs dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience. Ce terme continue de marquer ainsi durablement les représentations collectives sur ce qui est un produit à risque et ce qui ne le serait pas.

Les produits psychoactifs ont pour effet d'agir directement sur le circuit de récompense du cerveau. Ce circuit de la récompense est impliqué dans le renforcement des comportements et sur d'autres circuits dont dépend la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages (Reynaud, 2016). Si la notion de plaisir issue lors des premières consommations peut conduire à l'envie de continuer, elle peut aussi engendrer les plus fragiles et/ou les plus sensibles à ne plus pouvoir être maître de leurs consommations ou de leurs comportements, les addictions sans produit, tels que les jeux de hasard et d'argent, le sport intensif, les jeux vidéo, internet... s'inscrivant de même dans ce rapport au circuit de récompense.

On évoque classiquement deux catégories de produits : ceux licites et ceux illicites. Les licites possèdent comme particularités de pouvoir se procurer légalement ces substances comme par exemple le tabac, l'alcool et les médicaments ayant des effets psychoactifs (tranquillisants, opioïdes). Leurs usages peuvent par contre être illicites dans certaines circonstances : conduite automobile au-delà d'un seuil pour l'alcool, consommation dans certains lieux publics pour le tabac, usage hors prescription pour les médicaments. Les produits illicites comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne ne peuvent être achetées légalement en France. Le terme de « stupéfiants » désigne l'ensemble de produits (selon une liste publiée au Journal officiel) dont l'usage est interdit ou réglementé. Certains médicaments opioïdes peuvent être achetés légalement avec une prescription médicale tout en étant classés parmi les stupéfiants. Des sanctions sont prévues par la loi pour leur utilisation hors prescription.

3. Rappel des définitions des indicateurs de mesure

Les consommations sont variables selon l'intensité et la fréquence :

- **Expérimentation**
 - Au moins un usage au cours de la vie, on mesure ainsi plus la présence d'un produit dans la société que la réalité des niveaux de consommation.
- **Usage actuel / au cours de l'année**
 - Au moins une consommation au cours de l'année
 - Tabac : Déclarer fumer de temps en temps
- **Usage récent ou dans le mois**
 - Au moins une consommation au cours des 30 derniers jours
- **Usage régulier**
 - Au moins 10 usages ou plus lors des 30 derniers jours
 - Tabac : Déclarer un usage quotidien
- **Usage quotidien**
 - Au moins une consommation renouvelée par jour
- **Alcoolisation Ponctuelle Importante**
 - 6 verres ou plus en une même occasion
 - Au moins une fois par mois (mensuel)
 - Au moins une fois par semaine (hebdomadaire)
- **Ivresse(s) dans l'année**
 - Déclarer avoir été ivre au moins une fois durant les 12 derniers mois
- **Ivresses répétées**
 - Déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les 12 derniers mois
- **Usage à risque chronique ou de dépendance**
 - Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes
 - Consommation de plus de 14 verres par semaine pour les femmes
 - Consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine

Ces différentes catégories ne sont pas exclusives les unes des autres, ainsi les consommateurs quotidiens appartiennent aussi à la catégorie des consommateurs réguliers qui appartiennent à celles des consommateurs dans l'année... Il y a donc dans l'indicateur des expérimentateurs, l'ensemble de toutes les catégories en plus de ceux qui n'ont été qu'expérimentateurs. De même que le choix des termes pour désigner les modes et les produits est important, la connaissance et la relativisation des indicateurs sont essentielles.

4. De l'alcoologie, tabacologie, toxicologie à l'addictologie

Deux changements majeurs ont impacté notre société, le premier étant la notion de performance individuelle et collective, dans son travail, (*la compétition mondiale ; la culture de la gagne ; être à la hauteur*) mais aussi dans sa vie (« *se faire plaisir, jouir : champion local du bonheur* » au quotidien). Le deuxième, la banalisation de l'usage des substances psychoactives : des médicaments à la cocaïne en passant par l'alcool, le Viagra® et la caféine (*A chaque problématique, à chaque « challenge » du quotidien : une réponse chimique !*) vient complexifier d'autant la problématique des comportements et consommations addictives.

Ainsi selon le Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances (2e édition Paris : Larousse, 2004), l'addictologie est un champ d'investigation théorique et pratique centré sur les comportements auto-aliénants, les addictions, en particulier les

pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances.

L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'Homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'auto-modifier (pharmacologie, histoire des drogues...), et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...).

La naissance de l'addictologie correspond à la conjugaison de données épidémiologiques montrant un accroissement des poly-consommations¹, de données cliniques indiquant de fortes similitudes entre les différentes conduites addictives, et de données sociopolitiques traduisant une volonté de plus en plus large de décloisonner les approches pour globaliser et améliorer les politiques de santé publique dans ces domaines. Cette conjonction a donné une base objective à la nécessité de « dépasser l'approche par produit pour s'intéresser aux comportements de consommation » (Philippe J. PARQUET), et à la notion d'addictologie visant « au-delà du clivage par produit, à étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives » (Michel REYNAUD).

5. L'addictologie classe ainsi différents niveaux d'usage

L'usage simple est une consommation qui n'entraîne pas de complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des effets nocifs sur l'autre. La plupart du temps l'usage simple ne conduit pas à une quelconque escalade.

L'abus qui est un mode de consommation inadéquat qui génère une souffrance ou altère le fonctionnement : Par exemple l'usage de drogues dans des situations dangereuses (conduite/machinerie...) ou des infractions répétées (violences ou accidents). L'abus peut provoquer l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux, ainsi que l'incapacité à remplir ses obligations professionnelles, scolaires... L'abus n'est pas uniquement lié à la quantité consommée en une seule fois.

L'usage nocif qui représente une consommation préjudiciable à la santé et qui provoque des dommages physiques/psychiques au consommateur : soit par la substance, soit par le mode de consommation. Cet usage peut créer des dommages sociaux, il est généralement désapprouvé par les autres et par l'environnement social et culturel.

La dépendance, brutale ou progressive, est installée quand un usager ne peut plus se passer de consommer sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. Ces troubles

¹ La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives. Lorsque plusieurs produits sont consommés lors d'une même occasion, on parle d'usage concomitant. Ces modes d'association (prise simultanée ou non) existent non seulement au sein de la population française mais également parmi les usagers de drogues, engendrant de sérieuses conséquences sanitaires et soulevant de nouveaux enjeux en matière de traitement des dépendances. Dans la population française, compte tenu de la faible prévalence des usages de la plupart des produits, l'étude de la polyconsommation se limite à l'association d'alcool, de tabac et de cannabis. En revanche, l'observation des phénomènes de polyconsommation auprès de groupes d'usagers de drogues pris en charge concerne l'ensemble des produits licites et illicites.

« Polyconsommation-OFDT »

Dans le Baromètre santé de Santé publique France (population adulte) comme dans l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (jeunes de 17 ans), la polyconsommation est abordée par le biais de la consommation régulière (au moins 10 usages dans le mois, et tabac quotidien) d'au moins deux des trois produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis, sans qu'il soit possible d'établir s'il s'agit d'usages concomitants. En 2014, une telle pratique demeure peu courante puisqu'elle ne concerne que 9,0 % de la population adulte. Elle atteint son niveau maximal parmi les 18-25 ans, qui sont une des tranches d'âges les plus consommatrices de tabac et de cannabis (13,2 %). La polyconsommation régulière des trois produits est rare, puisqu'elle concerne 1,8 % des hommes et 0,3 % des femmes âgés de 18-64 ans. – « Rapport national à l'OEDT – 2017 »

de manque, appelés « syndrome de sevrage », peuvent être extrêmement douloureux (par exemple pour l'héroïne). La vie quotidienne du consommateur dépendant est occupée, voire même monopolisée par la recherche et la prise du produit.

Nous pouvons synthétiser ces définitions sous la forme suivante :

Usage = pas plus !

Abus = encore, encore !

Dépendance = pas moins !

DÉPENDANCE

- VOULOIR **n'est plus** POUVOIR
- SAVOIR **ne suffit pas** à POUVOIR



Le risque étant que plus il y a d'usage, plus il y a risque d'abus, plus il y a risque de dépendance. Alors que la classification internationale des maladies (CIM10) en vigueur jusqu'en 2022 se réfère toujours aux notions d'usage nocif et de dépendance. Une approche différenciée des consommations de produits psychoactifs a été introduite par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} version (Diagnostic and Statistical Manual, DSM5) en 2013. Il s'agit de passer d'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle².

Les catégories centrales d'abus et de dépendance sont remplacées au profit de la notion de « troubles de l'usage de substances » (« mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative »). Les troubles de l'usage sont considérés comme légers, modérés ou sévères selon le nombre de critères réunis :

Critères liés à la catégorisation des consommations de substances psychoactives			
Critères	DSM-4 Dépendance	DSM-4 Abus	DSM-5 Trouble lié à l'usage de produits psychoactifs
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Abandon des activités	X		X
Poursuite malgré les conséquences physique et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir des obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving			X

Trouble léger : 2-3 critères Trouble modéré : 4-6 critères Trouble sévère : 7-11 critères

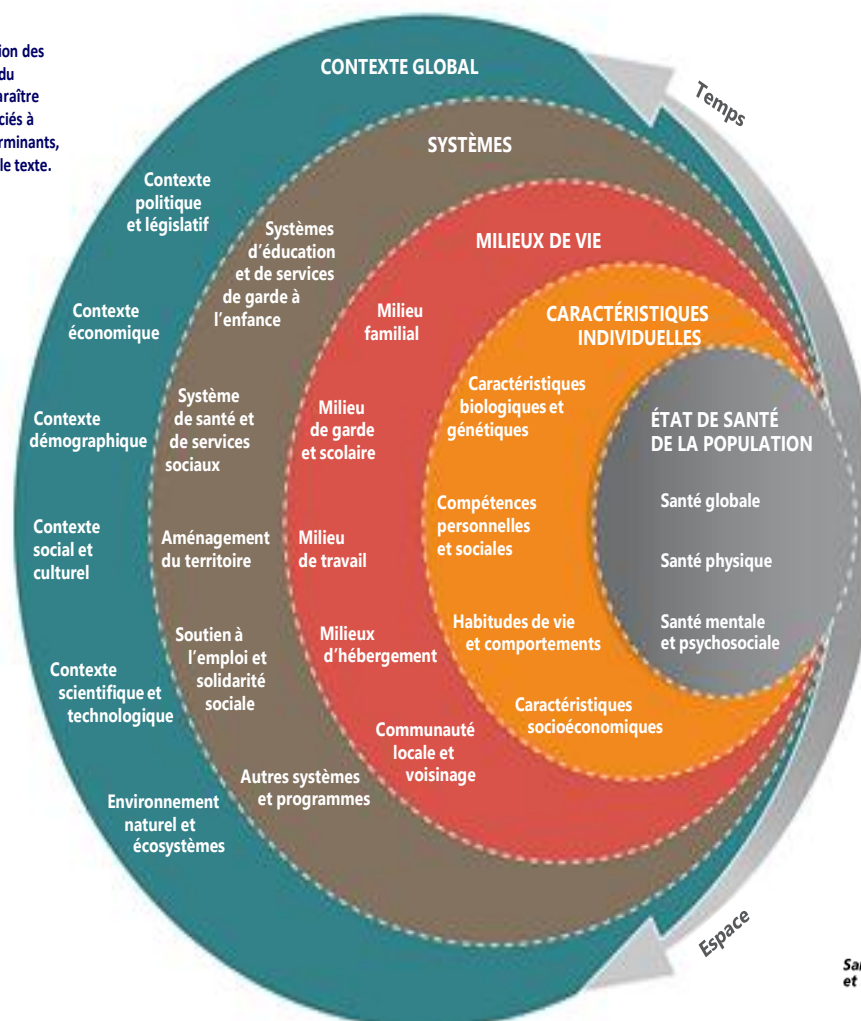
² Reynaud 2016 « l'addiction peut se définir comme l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne » et « la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »

6. Déterminants de la santé

Les problématiques des comportements et consommations face aux produits psychoactifs nécessitent un cadre légal, policier, et judiciaire, important. Pour autant il ne faut pas oublier que ces comportements et consommations rentrent dans une dimension de la santé qui se doit d'être présente au moment des analyses. Ainsi si la santé, telle que convenue depuis la déclaration de 1946 de l'OMS en préambule de sa constitution, n'est pas qu'une simple absence de maladie ou d'infirmité, mais un équilibre holistique bio-psycho-social, les regards portés sur les populations concernées par l'addictologie méritent de rappeler que la santé est aussi le résultat de déterminants, parmi lesquels nous pouvons trouver : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture...

Carte de la santé et de ses déterminants

Pour obtenir une explication des principales composantes du schéma et pour faire apparaître une liste d'exemples associés à chaque catégorie de déterminants, pointez votre curseur sur le texte.



Source : La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir, 2012

LA COMMANDE ET LA METHODE

Le diagnostic sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse a été mené à l'initiative de la préfecture du département avec le soutien de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé en Meuse. Il avait pour objectif d'actualiser les informations issues du diagnostic précédent réalisé en 2011 par l'ORSAS-Lorraine et le CMSEA sous l'autorité de la Cellule d'Appui MILDT coordonnée par l'ORSAS-Lorraine. Ce diagnostic répondait à l'objectif de mise à disposition d'informations, constamment réactualisées afin d'aider le niveau régional et départemental à définir les axes et les actions et évaluer les évolutions dans le cadre du « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 ». Ce plan fixait pour objectif la prévention de l'usage des drogues illicites et l'abus d'alcool et notamment « la baisse du nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une problématique d'alcool d'ici 2011 [ce qui] constitue[ait] l'objectif central du plan gouvernemental ». Le tabac n'était à cette période pas intégré aux différents plans MILDECA et relevait d'un axe spécifique sous la responsabilité de l'ARS et la problématique des poly-consommations émergeait aussi seulement alors.

Ce diagnostic a, à l'époque, confirmé l'irruption de l'héroïne sur ce territoire, la banalisation du cannabis notamment chez les publics collégiens et lycéens et les caractéristiques des modes de consommation liés à un territoire particulièrement rural, l'absence de CAARUD et les différenciations territoriales Meuse Nord et Meuse Sud.

Il a été suivi d'un travail plus spécifique à la demande de la MILDT en 2013 sur « Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord Meusien » qui a démontré la problématique de « l'entre soi » comme poids à la fois pour les initiations, l'acquisition, le partage et les modes de consommation. La prégnance d'un impact de proximité, voire dans l'espace familial, et d'un taux de précarité élevé sont identifiés comme des déterminants forts dans la problématique.

Enfin une étude pour l'évolution de la filière addictologie en Meuse a été réalisée par le CREA Champagne-Ardenne en février 2017. Elle souligne un maintien du déséquilibre Meuse Nord, Meuse Sud, un renforcement, une diversification et une évolution de l'offre en CSAPA, une diffusion harmonisée des rapports d'activités des structures spécialisées, une mise à disposition d'un répertoire recensant la totalité des structures et acteurs de la filière et enfin une coordination renforcée entre acteurs et partenaires.

Parallèlement de nombreux articles, émissions de télévision, de radios font état depuis le début des années 2010 de la situation du département meusien en tant que territoire fortement marqué par les conduites addictives et en particulier de consommation d'héroïne. Cette prévalence de consommation d'héroïne ainsi que de nombreuses interpellations pour usage illicite d'opiacés sont ainsi des marqueurs pour ce territoire, marqueurs confirmés alors par l'enquête spécifique MILDT/TREND/Meuse Nord.

Concernant l'étude actuelle, la partie quantitative présente les mêmes limites que pour les études statiques précédentes. En effet la spécificité rurale du département et le poids de cette structure sur sa démographie montre les limites des études statistiques pour un territoire de moins de 200 000 habitants. La Meuse est d'ailleurs un département qui a perdu des habitants depuis les dernières enquêtes. Or les données disponibles sont issues soit d'enquêtes en population générale, soit de rapports et statistiques d'activité des structures en charge de l'offre de soins, de prévention, ou de répression des infractions. Les enquêtes en

population générale nécessitent des échantillons représentatifs de la population du territoire étudié. Elles ont donc besoin d'être conséquente en nombre de sondés pour garantir la fiabilité et la représentativité statistique, et sont souvent organisées à un échelon à minima régional.

Dans le cadre d'une déclinaison d'une enquête telle que le baromètre santé, ou ESCAPAD la proportion de Meusiens intégrée rend impossible l'obtention de valeurs significatives et notamment dans le cadre de distinction par genre et catégories d'âges. Pour autant et même si la Meuse possède en propre quelques caractéristiques, elle appartient à une ante région (La lorraine) et à la région Grand Est. Certaines de ses données sont ainsi comparables à l'échelon administratif supérieur.

Enfin, l'apport des statistiques issues de l'activité de la police ou de la gendarmerie permet de rendre compte d'une certaine réalité de la problématique, mais rend compte surtout de l'activité de ces services. De même les rapports d'activités des établissements ou services de soins sont importants mais ne présentent des données que pour les personnes prise en charge et non de la problématique générale. C'est pourquoi nous avons opté en complément pour une démarche de recueil de données de méthode qualitative et participative.

Cette méthode permet la sollicitation des savoirs et représentations des différents acteurs territoriaux, et ainsi la mise en partage, en commun ou en opposition des différentes expériences et expertises. L'objectif étant alors à la fois de permettre aux acteurs locaux de se concerter autour de situations problématiques communes et de formuler des propositions et/ou des recommandations dans ce cadre d'évaluation de la filière addictologie. La méthodologie d'animation repose sur le principe d'entretiens collectifs. Trois réunions ont ainsi été organisées entre le 17 décembre 2018 et le lundi 25 février 2019. Lors de la première séance, les professionnels se sont attachés à poser des constats et observations sur les comportements addictifs. La seconde rencontre a permis de recenser les réponses existantes sur le territoire en matière de prévention et de soin. Enfin, l'objectif de la troisième réunion a été de formuler des possibles propositions d'actions.

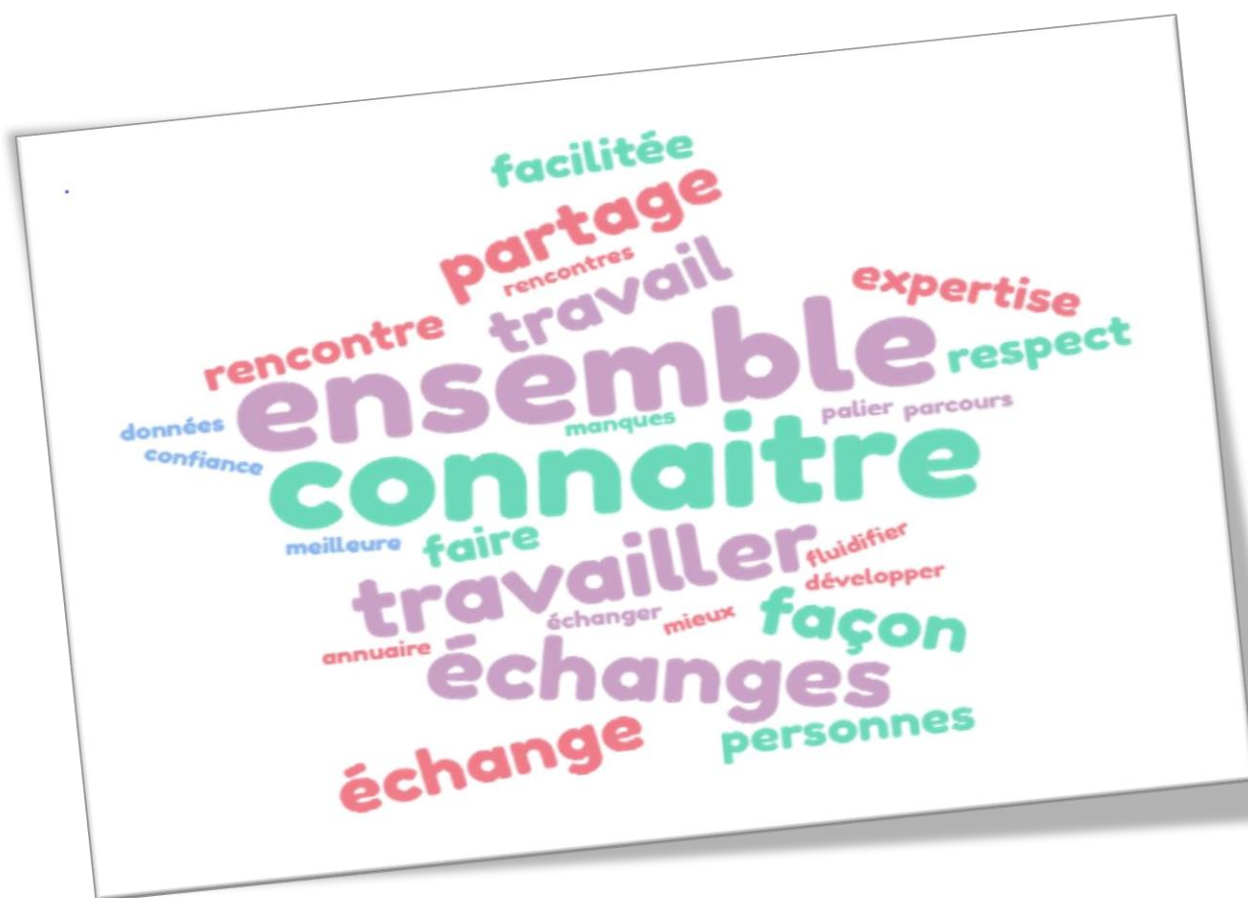
Les réunions ont eu lieu dans les locaux de la préfecture de Bar-le-Duc, que nous remercions encore pour la qualité de leur accueil, et se sont déroulées sur des demi-journées. Le choix des structures sollicitées a été effectué en liaison avec les services de la préfecture et la délégation territoriale de l'ARS Grand Est en Meuse. Nous avons tenté de veiller à la représentativité et à la diversité des différents acteurs concernés (liste des participants en annexe), et 35 structures ont donc été invitées, structures représentant le champ social, éducatif, sanitaire, médico-social, judiciaire... Ainsi, 22 participations ont pu ainsi être mobilisées.

A noter que la première réunion a débuté par un exercice de « sprint écriture »³ où il s'agit, à froid, de compléter en un temps réduit, une phrase qui débutait ainsi « Pour moi le souci (problème, risques...) majeur est : ». De la même manière deux autres propositions ont été présentées au groupe, il s'agissait de compléter « l'action principale (urgente,

³ Le sprint d'écriture est un dispositif qui permet la co-rédaction d'un texte, selon un principe d'unité de temps et de lieu, et avec une méthode d'animation structurée. Cette méthode sert à mettre ses idées en commun et à les structurer pour produire un texte collaboratif autour d'une thématique définie par une question, ou un texte à compléter. Elle permet de facilement créer un texte (rapport d'activité, charte, vision partagé, article web...), en l'absence de prérequis en compétences rédactionnelles, dans un temps imparti, et au déroulé structuré.

Classiquement il s'agit d'une réunion présentielle, autour d'une grande table, où chacun s'écoute et respecte la parole des autres. On va être amenés à rédiger ce qui se dit. On ne supprime pas de texte, on le barre, on laisse la trace pour reprendre les idées. Nous n'avons conservé ici que la première partie avec 3 questions « structurantes » et un temps d'écriture volontairement contraint. L'objectif est d'obliger en introduction les participants à sortir de leur discours pré établi. Nous avons repris ici les traces d'écritures en « littéralisant » les phrases ou mots proposés.

immédiate...) à engager serait/est : », puis « un réseau c'est d'abord (...) ». Une dizaine d'entretiens individuels ont été réalisés en complément des rencontres collectives afin d'ajuster et/ou réajuster des éléments de perceptions, d'informations ou de connaissance.



Ainsi, le diagnostic qualitatif et participatif permet de donner du sens et de compléter les données quantitatives. Il a favorisé des temps de concertation entre acteurs, une meilleure connaissance et reconnaissance des missions et actions de chacun et ce en tenant compte des spécificités de la Meuse. Spécificités qui vous seront présentés dans ce document tant à propos des consommations de substances psychoactives que des caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires.

Les focus-groupes ont été complétés par une douzaine d'entretiens individuels ainsi que d'observations sur site.

LA MEUSE, PORTRAIT DE TERRITOIRE

Nous avons défini précédemment que considéré du point de vue de la santé publique, les comportements et consommations à risques de produits psychoactifs peuvent résulter d'un certain nombre de déterminants agissant sur la santé des populations. Ainsi quelques éléments de caractérisation de la situation démographique et socioéconomique vous sont présentés ici.

1. Un département rural

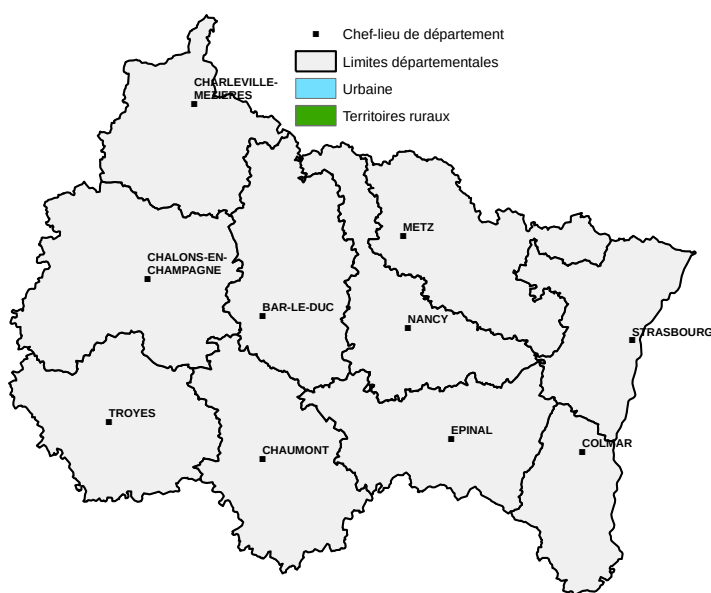
Au 1^{er} janvier 2015, la région Grand Est compte 5,5 millions d'habitants. La majorité de sa population (71 %) vit dans des espaces urbains à l'exception de deux départements, la Meuse et la Haute-Marne. La Meuse qui compte 190 626 habitants à la même date, se caractérise par une densité de population de 31 habitants par km², alors que la moyenne régionale est de 97 habitants par km², et moins de la moitié de la population meusienne vit dans des zones urbaines⁴.

Carte 1 : Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est

Seules trois EPCI sont à dominante urbaine. Il s'agit de la CA de Bar-Le-Duc–Sud Meuse, de la CA du Grand Verdun et de la CC du Sammiellois.

La Meuse est frontalière avec la Belgique, et se situe au centre du Grand Est. Cette situation géographique lui assure une desserte routière et autoroutière importante, ce qui amène à privilégier l'automobile. Quant aux transports en communs, du fait des faibles densités de population, ils sont moins denses et moins utilisés par les meusiens que dans le Grand Est pour se rendre au travail (2,4 % vs 8,1 %⁵). Ainsi, le permis de conduire et l'acquisition d'une voiture ont une incidence forte sur la capacité de déplacement des habitants de la Meuse.

La ruralité du département a également une influence sur l'habitat : trois quarts de la population meusienne habitent dans une maison (76,1 %), alors que c'est seulement le cas pour un habitant du Grand Est sur deux (56,6 %). Les meusiens sont plus souvent propriétaires de leur résidence principale que dans le Grand Est (67,0 % vs 58,6 %). Mais le logement privé en Meuse est aussi potentiellement plus vétuste que dans le Grand Est : le parc de logements



Source : Insee RP 2015_Limite des EPCI au 01/01/2018. Exploitation ORS Grand Est. Carte réalisée selon la part d'habitants par EPCI vivant en commune rurale (selon la classification de l'Insee).

⁴ Population des communes rentrant dans la constitution d'une unité urbaine soit les communes avec une zone de bâti continu d'au moins 2 000 habitants et celles dont plus de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

⁵ Source : Parmi les actifs, source : Insee (RP2015)

privés de Meuse est constitué de 4,7 % de logements potentiellement indignes⁶ contre 3,6 % dans la région.

En outre, avec l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du « baby-boom », la problématique du vieillissement se pose particulièrement pour les départements les plus ruraux du Grand Est. Ainsi la Meuse (26,1 % de seniors vs 23,9 % en Grand Est), l'Aube (26,3 %), les Vosges (27,7 %) et la Haute-Marne (29,1 %) enregistrent des populations plus âgées que dans le reste de la région⁷, ce qui questionne les capacités d'accompagnement des personnes âgées dans ces territoires.

2. Des disparités régionales et infra-départementales

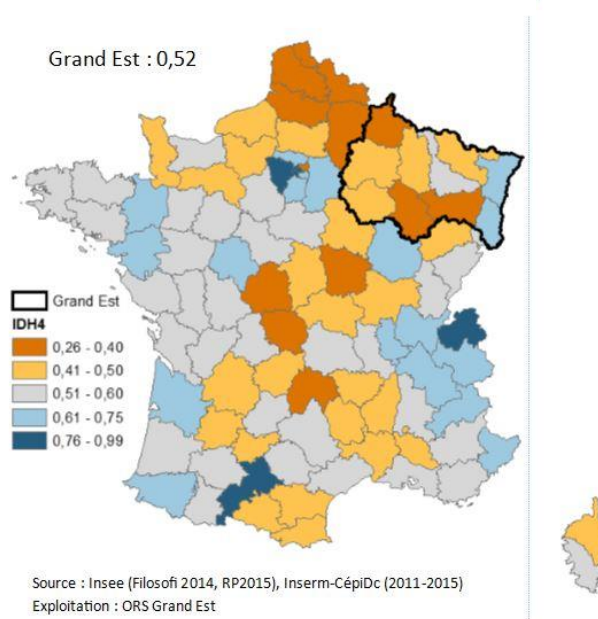
L'indice de développement humain (IDH) a pour but de mesurer le développement des pays à travers trois dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie. L'IDH-4 est une déclinaison plus discriminante de l'IDH, adaptée à une utilisation infrarégionale, qui permet de mettre en évidence les disparités entre les territoires d'une région. Plus il se rapproche de 1, plus la situation du territoire est favorable. Cet indicateur est calculé à partir de l'indice comparatif de mortalité (ICM⁸), du revenu médian disponible des ménages par unité de consommation et de la part des plus de 15 ans sortis sans ou avec peu de diplôme¹¹.

Carte 2 : Indicateur de développement humain (IDH-4) des départements de France métropolitaine

L'IDH-4 de la Meuse est légèrement défavorable par rapport au Grand Est (0,43 vs 0,52), ce qui s'explique par des scores légèrement défavorables pour chacune des dimensions de son IDH-4.

En effet, sur la période de 2011-2015, la mortalité générale en Meuse est légèrement plus importante que dans le Grand Est et qu'en France métropolitaine, avec un taux comparatif de mortalité de 823 décès pour 100 000 habitants en Meuse contre 802 décès pour 100 000 habitants en Grand Est. Cette surmortalité est avant tout due à une mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) et évitable (liées aux habitudes de vie, au système de soins...) plus importante dans le département que dans le reste de la région (cf. chiffres clefs page 17).

Concernant la dimension du niveau de vie, en 2015 la Meuse connaît des revenus médians par unité de consommation légèrement inférieurs au Grand Est (19 453 € vs 20 502 €), et un taux de pauvreté légèrement supérieur à la région (15,6 % vs 14,6 %). Les territoires ruraux ont des proportions plus importantes d'ouvriers et d'employés, et des



⁶ Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un indicateur croisant la qualité des logements privés (classement cadastral initial qui établit la vétusté ou non d'un logement), et les revenus des occupants (ménages sous le seuil de pauvreté), avec l'hypothèse que les ménages les plus modestes ont moins de chance d'améliorer profondément la qualité de leur logement.

⁷ Personnes de plus de 60 ans, Source : Insee (RP2013), pour plus d'informations : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2523771>

⁸ Les Indices comparatifs de mortalité (ICM) et les Taux comparatifs de mortalité (TCM) permettent de comparer deux populations aux structures par âges différentes grâce à une standardisation des structures par âge des populations ainsi comparées.

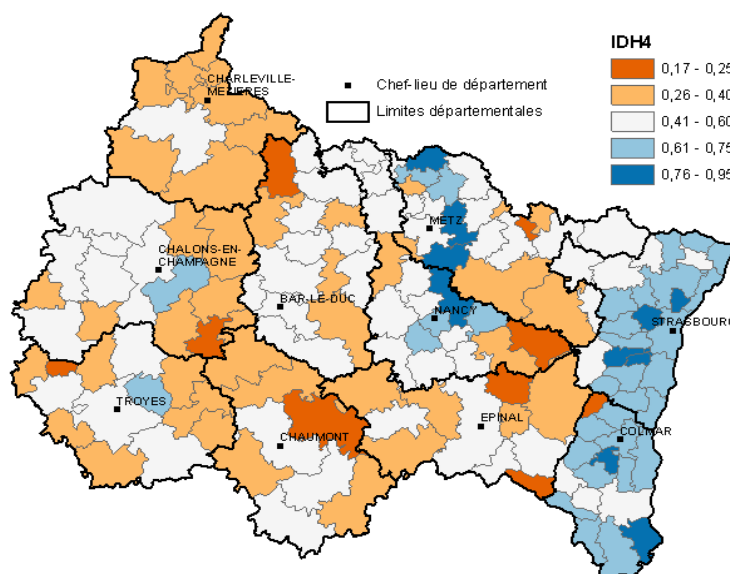
proportions plus faibles de cadres et professions intellectuelles supérieures, qui peuvent expliquer ces différences. Néanmoins, la Meuse connaît également un taux de chômage similaire à celui du Grand Est (14,1 % vs 14,2 %) et des parts de familles monoparentales⁹, dont les situations sont diverses mais plus souvent associées à des conditions de vie plus difficiles¹⁰, inférieures à celles de la région (21,4 % vs 22,6 %).

A propos de la dimension de l'éducation, la Meuse connaît en 2015 une proportion de personnes de plus de 15 ans sorties du système scolaire faiblement ou non diplômées¹¹ légèrement supérieure à la région (34,5 % vs 30,9 %). La proportion de personnes diplômées de l'enseignement supérieur chez les plus de 15 ans est également inférieure en Meuse (18,3 % vs 24,1 %) par rapport au Grand Est. Concernant les jeunes meusiens de 15-29 ans, ils sont proportionnellement moins nombreux à sortir du système scolaire avec un diplôme d'études supérieures (15,1 % vs 17,0 % en Grand Est). Le département se caractérise également en ayant une proportion moins importante qu'au niveau régional d'élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés. Ce constat s'explique notamment par le fait que la Meuse ne comporte pas d'université mais uniquement des antennes délocalisées, des filières de BTS, des écoles d'infirmières, des CFA. Les jeunes meusiens partent pour certains sur les pôles universitaires (Nancy et Metz) mais également au-delà des frontières régionales (cf. Annexe avec la comparaison des structures par âges en Meuse et en Grand Est, page 84), ce qui a tendance à renforcer le vieillissement du département.

Carte 3 : Indicateur de développement humain (IDH-4) des EPCI du Grand Est

L'intérieur de la Meuse connaît certaines inégalités. Les IDH-4 de la majorité des EPCI de la Meuse sont dans la moyenne du Grand Est ou sont légèrement défavorables. Seul l'EPCI au nord-est du département, de la CC du Pays de Stenay et du Val Dunois se détache de ce constat, avec l'IDH-4 le plus bas en Meuse (0,23) et l'un des plus faibles de la région Grand Est.

A l'échelle des EPCI de la Meuse, les territoires à dominante urbaine ont également certaines spécificités vis-à-vis des territoires à dominante rurale. Les EPCI à dominante urbaine ont des proportions de familles monoparentales et des taux de chômage souvent plus importants que dans les EPCI à dominante urbaine. Quant aux EPCI à dominante rurale, ils ont des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs plus importantes que dans les territoires urbains (pour plus de détails, rendez-vous sur les documents en annexe page 85).



Source : Insee (Filosofi 2013, RP2015), Inserm-CépiDc (2011-2015).
Exploitation ORS Grand Est.

⁹ Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 5 ans (Source : Insee (RP2015)).

¹⁰ Les familles monoparentales et leurs conditions de vie, Etudes et résultats, DREES, E. Algava, S. Le Minez, S. Bressé, A. Pla, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er389.pdf> (2010)

¹¹ Sans diplôme ou avec au plus un BEPC, un brevet des collèges ou un DNB, Source : Insee (RP2015)

3. Synthèse

Ainsi la Meuse est un département majoritairement rural¹², avec seulement trois intercommunalités à dominante urbaine, et possède des caractéristiques propres aux départements ruraux. En zone rurale, où les secteurs d'activité primaires et secondaires sont plus importants qu'en zone urbaine, les catégories socio-professionnelles de cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires, et les personnes diplômées de l'enseignement supérieur y sont moins fréquemment présentes. En découle également des revenus médians légèrement défavorables en Meuse vis-à-vis du reste du Grand Est. Ces caractéristiques des habitants des territoires ruraux, et de la Meuse, ont une influence sur leur santé. En effet, les personnes avec un niveau de vie défavorable ont plus fréquemment des comportements défavorables à leur santé et connaissent une espérance de vie amoindrie¹³. En 2014, elles ont aussi plus difficilement accès aux soins, les 20 % des personnes aux revenus les plus importants sont 1 % à avoir renoncé à des soins pour des raisons de moyens financiers, tandis qu'elles sont 11 % parmi les 20 % aux revenus les plus élevés¹⁴.

Les caractéristiques sociodémographiques sont ainsi un déterminant fort de santé. L'identité rurale du département de la Meuse pèse sur l'état de santé, mais aussi sur l'usage de produits psychoactifs, en particulier illicites. De fait dans l'étude « Urbanisation des territoires et disparités sociales » pour la production « Jeunes et addictions » de l'OFDT en 2016, les auteurs soulignent que « *L'usage de drogues illicites autres que le cannabis chez les jeunes ne se résume pas à un phénomène touchant les métropoles et les grandes villes. Ainsi, en 2010, les résultats du Baromètre santé montraient une augmentation plus rapide de l'expérimentation de la cocaïne au sein des populations habitant dans les petites unités urbaines et les communes rurales. Parallèlement, les observations menées dans le cadre du dispositif TREND mettent en évidence une visibilité plus grande dans les zones rurales et péri-urbaines des problématiques liées au développement de l'usage de drogues chez les jeunes, que ce soit dans un cadre festif ou privé* ».

Considérant que la population meusienne d'usager de produits psychoactifs possède des caractéristiques proches ou similaires à des populations de référence et de comparaison, nous allons maintenant présenter des données de cadrage sur les consommations de « drogues » au niveau national, régional, ante régional lorrain et meusien en fonction de leurs existences et/ou de leurs accessibilités¹⁵.

¹² On ne peut poser la question de la santé en milieu rural sans se heurter au problème de la définition de la ruralité. La notion d'espace rural est en effet devenue de plus en plus floue, à mesure que la France perdait son caractère agricole : que reste-t-il des territoires ruraux lorsque l'agriculture ne concerne plus que quatre actifs sur cent ? La spécialisation fonctionnelle des territoires ne permet plus aujourd'hui leur classement entre urbain et rural, non seulement parce que l'agriculture n'occupe plus qu'une part réduite de la population active, mais aussi parce que la mobilité des populations s'est accrue, et que la majorité des habitants de territoires autrefois considérés comme ruraux, occupent aujourd'hui des emplois industriels ou de services dans les villes voisines. Les dernières avancées dans le domaine consistent à intégrer le lieu d'activité des résidents d'une commune dans les critères permettant de déterminer son caractère rural. Une autre piste consiste à considérer que ce qui caractérise le mieux les territoires ruraux, c'est leur isolement. Ce dernier critère peut en effet être approché à travers des questions directement liées à celle de la santé, telles que l'accessibilité à l'offre de soins, ou les lieux de consommation de soins. « SANTE ET MILIEU RURAL Une démarche exploratoire menée par trois URCAM-2002 ».

¹³ L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, Insee Première n°1687, N. Blanpain, division enquêtes et études démographiques de l'Insee, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895> (14/06/2019)

¹⁴ Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes

¹⁵ Mais l'âge n'est pas le seul facteur de disparités de consommation de soins. Lorsque l'on compare des consommations cantonales brutes d'une part, aux mêmes consommations après correction des effets de l'âge d'autre part, on note immédiatement que les cartes sont très proches, et que les disparités demeurent après correction de l'effet âge. L'analyse des corrélations entre consommations brutes et corrigées confirme cette hypothèse : les résultats sont étroitement corrélés (corrélations respectives de 0,96, 0,89 et 0,95 pour l'Aquitaine, la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon) : la forme concentrée du nuage de points (voir fig.5 ci-contre) qui représente, sur deux axes, les recours aux consultations d'omnipraticiens - page 19 avec et sans correction de l'âge, en témoigne. Cela peut apparaître comme un paradoxe, car l'âge a une influence au niveau individuel sur les consommations de soins. Mais les populations des cantons ne diffèrent pas suffisamment en termes de structure par âge pour expliquer les sur- ou sous consommations locales de soins. Ceci signifie que d'autres facteurs qui jouent aussi sur la consommation (composition sociale, offre de soins) sont plus importants que la structure démographique. Les disparités de consommations de médicaments semblent donc plus sensibles à l'influence de la structure par âge des cantons que les autres prestations. « SANTE ET MILIEU RURAL Une démarche exploratoire menée par trois URCAM-2002 »



Les Déterminants de santé en Meuse

Un territoire majoritairement rural et de faibles densités de population :

2 principales agglomérations : **Bar-le-Duc** et **Verdun**

71 % des meusiens vivent dans **une commune rurale**^{*1} (vs 28,7 % en Grand Est)

31 habitants par km² (vs 97 hab. par km² en Grand Est)

(^{*1} selon la classification de l'Insee)



Une population moins souvent diplômée de l'enseignement supérieur :

15,1 % parmi les **15-29 ans** (vs 17,0 % en Grand Est)

18,3 % parmi les **plus de 15 ans**^{*2} (vs 24,1 % en Grand Est)

Et une plus grande proportion de non diplômés^{*3} :

10,5 % parmi les **15-29 ans** (vs 11,7 % en Grand Est)

34,5 % parmi les **plus de 15 ans** (vs 30,9 % en Grand Est)

(^{*2} les plus de 15 ans qui ne sont pas actuellement en études)

(^{*3} non diplômés ou au maximum d'un BEPC, brevet des collèges, ou DNB)



Des parts plus importantes d'ouvriers et d'employés :

8,6 % de **cadres** (vs 13,7 % en Grand Est)

28,1 % d'**ouvriers** (vs 25,2 % en Grand Est)

31,0 % d'**employés** (vs 25,2 % en Grand Est)

4,1 % d'**agriculteurs** (vs 1,6 % en Grand Est)



Un niveau de vie légèrement plus faible :

19 453 € de **revenu médian par UC** (vs 20 502 € en Grand Est)

15,6 % de la pop. **sous le seuil de pauvreté** (vs 14,6 % en Grand Est)

14,1 % de **chômeurs**^{*4} (vs 14,2 % en Grand Est)

(^{*4} chômage au sens du recensement de l'Insee)



L'Etat de santé en Meuse

Un taux comparatif de mortalité plus important que dans le Grand Est :

823,7 décès pour 100 000 habitants (vs 802,2 pour 100 000 en Grand Est)

S'expliquant par des taux comparatifs de mortalité prématurée et évitable plus importants...

205,4 décès pour 100 000 habitants **de moins de 65 ans** (vs 187,9 pour 100 000 en Grand Est)

162,7 décès pour 100 000 habitants **liés aux pratiques de prévention primaire** (vs 143,6 pour 100 000 en Grand Est)

82,9 décès pour 100 000 habitants **liés au système de soins** (vs 74,9 pour 100 000 en Grand Est)



Un taux standardisé pour affections longues durées (ALD) moins important que dans le Grand Est :

20 689,5 ALD pour 100 000 habitants (vs 22 620,0 pour 100 000 en Grand Est)

*Parmi les 6 premières causes d'ALD, des taux plus bas pour diabète^{*5}, les tumeurs malignes^{*6} et les affections psychiatriques...*

4 506,2 ALD pour diabète (type 1 et 2) pour 100 000 habitants (vs 4 837,3 pour 100 000 en Grand Est)

3 600,4 ALD pour tumeurs malignes^{*7} pour 100 000 habitants (vs 3 687,6 pour 100 000 en Grand Est)

1 359,2 ALD pour affections psychiatriques pour 100 000 habitants (vs 1 756,4 pour 100 000 en Grand Est)

...Mais un taux légèrement plus haut d'ALD pour...

1 093,7 ALD pour Artériopathies chroniques^{*7} pour 100 000 habitants (vs 1 045,1 pour 100 000 en Grand Est)

Les taux comparatifs de mortalité et les taux d'ALD sont standardisés sur l'âge pour rendre comparable les territoires aux structures par âge différentes. Les taux présentés comme « plus élevés » ou « moins élevés » sont statistiquement significativement différents de la région au seuil de 5%.

(*⁵diabète de type 1 et de type 2)

(*⁶tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématologique)

(*⁷avec manifestations ischémiques)

Source : Inserm-CépiDc (2011-2015), Insee (RP2015) pour la mortalité et Cnamts, CCMSA, RSI (2016), Insee (RP2015) pour les ALD, Exploitation ORS Grand Est.

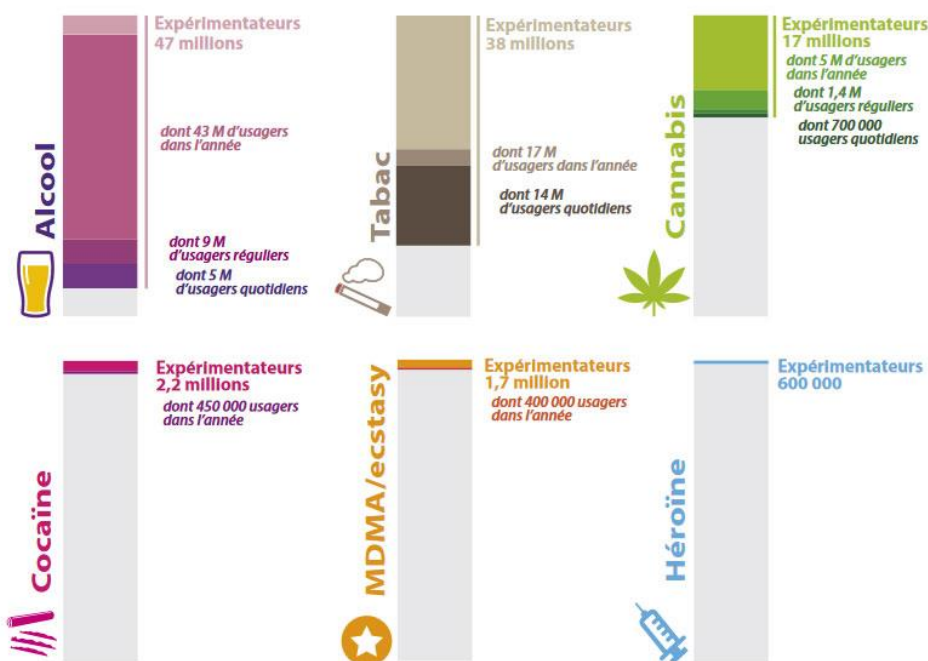
APPROCHE QUANTITATIVE : ETAT DES LIEUX DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Ce diagnostic territorial cherche à repérer les caractéristiques spécifiques du département de la Meuse, pour autant, sur le sujet de l'addiction, la population meusienne possède des similitudes avec la population nationale.

1. Éléments de cadrage : Les consommations de substances psychoactives en France métropolitaine

Les principales sources de données sur les consommations de substances psychoactives sont issues de sondages. Les données de sondage peuvent seulement nous renseigner à l'échelle de la France métropolitaine, de la région Grand Est, et de l'ex-région de Lorraine. Les effectifs d'interrogés dans ces enquêtes sont insuffisants pour connaître de manière fiable les proportions de consommateurs de substances psychoactives à l'échelle d'un département comme la Meuse. De plus, les sondages interrogent difficilement les pratiques des publics les plus précaires, qui sont moins prompts à répondre aux enquêtes, mais aussi plus difficilement interrogeables (exemple : absence de téléphone, absence de domiciliation...). Il faut également rappeler que ces données sont déclaratives, et dépendent de la bonne compréhension des questions de la personne interrogée et de sa volonté de répondre.

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans



Sources : Baromètre santé 2016 et 2014 (SPF), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2015 (OFDT), HBSC 2014 (service du rectorat de Toulouse)

En France, le nombre d'individus de 11-75 ans est d'environ 50,7 millions en 2017. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

Selon le dernier rapport « Drogues et addictions, données essentielles - Édition 2019 » de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), les informations

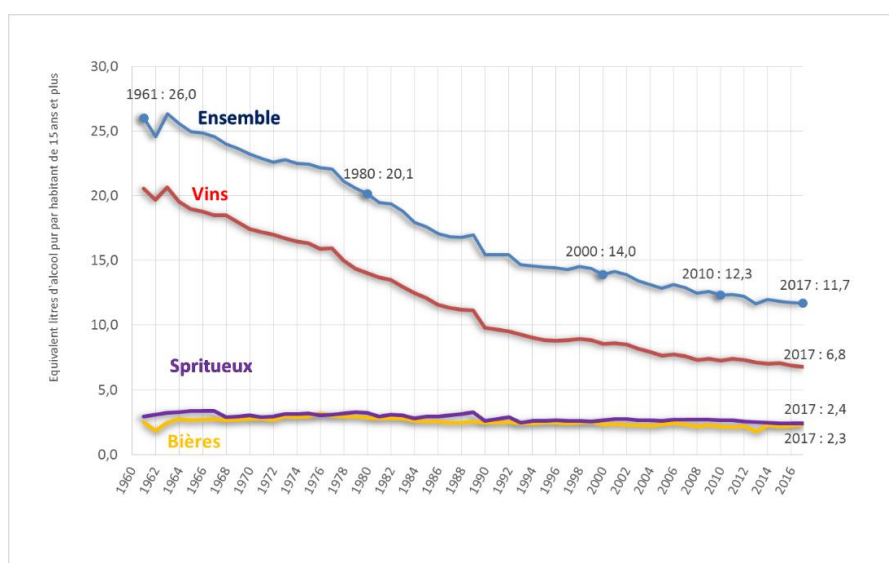
recueillies lors des enquêtes nationales déclaratives confirment que les trois produits psychoactifs les plus consommés restent en France : Tabac, Alcool et Cannabis.

Toutes les tranches de la population sont touchées par les consommations de substances psychoactives. Toutefois, elles sont touchées de manière plus ou moins importantes. Les principaux facteurs de risque liés aux consommations régulières de substances psychoactives sont l'âge, le sexe, et la situation socio-économique. Les hommes sont plus souvent des consommateurs réguliers de tabac, d'alcool, et de cannabis que les femmes, bien que ce constat diminue au fil du temps, et ce, en particulier pour le tabagisme. Les personnes aux situations socio-économiques défavorables sont également plus souvent associées à des consommations régulières de ces substances psychoactives par rapport aux personnes aux situations socio-économiques plus favorables. Ce rapport concernant le tabagisme régulier est en train de s'atténuer, avec une diminution des consommations quotidiennes de tabac parmi les personnes aux situations socio-économiques défavorables¹⁶.

Ainsi, globalement les tendances d'évolution des consommations de produits psychoactifs varient selon les produits eux-mêmes et selon ces principaux facteurs de risques. Ces évolutions ne sont pas identiques dans chacune des tranches de la population.

En France, l'alcool connaît un usage en baisse constante et ce depuis les années 1950, mais sa responsabilité reste forte dans la mortalité qui lui est attribué (mortalité directe et attribuable). Il serait la cause de 49 000 décès par an et de 20 % de la mortalité des hommes de 45-55 ans et de 10 % de celle des femmes de la même tranche d'âge.

Graphique 1 : Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur)



Source : Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA¹⁷ de 1990 à 1999, Insee/OFDT de 2000 à 2017

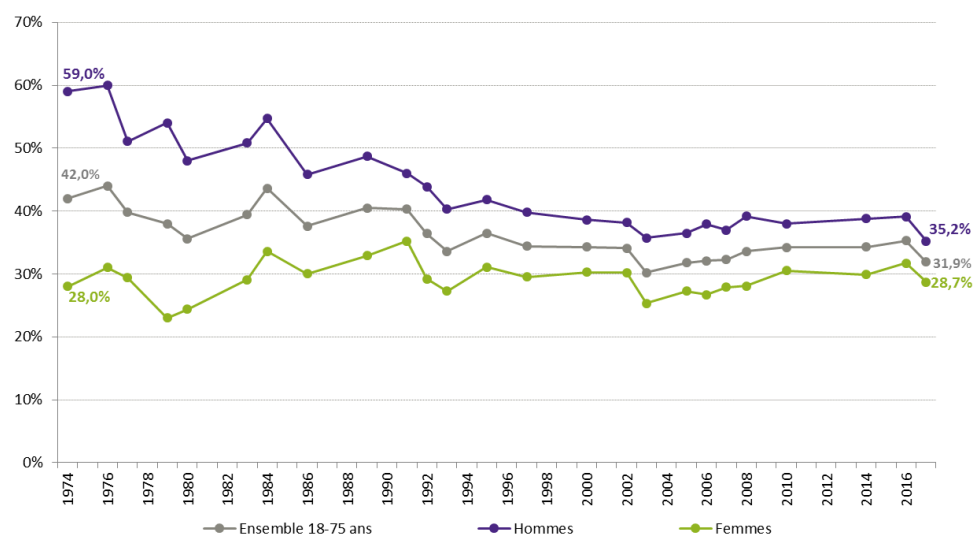
Le tabac bien, que déclaré moins « expérimenté » que l'alcool, est plus souvent associé à un usage régulier. Il y aurait trois fois plus de consommateur de tabac quotidien déclaré (27 % de la population générale) que de consommateurs d'alcool quotidien déclaré (10 %), mais sa consommation générale est aussi orientée à la baisse. Il reste ainsi la première

¹⁶ Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull EpidemiolHebd. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html

¹⁷ Le groupe Indicateur d'alcoolisation réunissait les principaux producteurs de données sur les questions d'alcool

cause de mortalité évitable avec 73 000 décès annuel attribués, soit un décès sur sept (22 % chez les hommes et 5 % chez les femmes). Les hommes sont toujours les plus concernés par la morbidité et la mortalité attribuables au tabac (81 % des décès touchent les hommes), mais l'écart avec les femmes se réduit nettement depuis une dizaine d'années, conséquence de l'entrée massive de celles-ci dans le tabagisme, au cours des années 1960-1970.

Graphique 2 : Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans Évolutions depuis 1974



Sources : enquêtes du CFES, de l'INPES et de Santé publique France 1974-2017

Concernant la baisse d'expérimentation du tabac les politiques publiques visant à « dénormaliser » la présence du tabac dans l'espace social produisent des effets sensibles sur ces dix dernières années. En particulier en lien avec le développement d'un meilleur accès aux outils et méthode de sevrage et à l'apparition de la cigarette électronique qui présente la particularité d'être à la fois une aide au sevrage tabagique mais aussi parfois un mode d'entrée à la consommation de tabac. Par contre les expérimentations à l'alcool restent une pratique sociale majeure dans notre pays. Pour le cannabis et ses 45 % d'expérimentateurs déclarés parmi les adultes et 11 % d'utilisateurs dans l'année et 6 % dans le dernier mois, sa banalisation dans l'environnement social reste forte tout en connaissant une stagnation dans ces niveaux de consommation. Il reste le premier produit illicite consommé. Ainsi, le cannabis connaît à la fois une baisse de son niveau de diffusion mais une augmentation du nombre de consommateurs à usage problématique.

Pour les autres produits psychoactifs illicites le deuxième produit le plus consommé déclaré est la cocaïne, dont l'usage concerne toutefois sept fois moins de personnes que le cannabis. Hormis les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy (expérimentés par 5 % des adultes), l'initiation à d'autres produits illicites reste rare : elle concernerait moins de 3 % de la population jeune et adulte. Si un Français sur dix et un jeune de moins de 17 ans sur cinq ont eu recours à un médicament psychotrope, cet usage médicamenteux est le seul dans les consommations de produits psychoactifs où les femmes se déclarent plus consommatrices que les hommes (deux fois plus ici).

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)
// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Tableau 2 - Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Effectifs	n = 13 039	n = 1 809	n = 2 271	n = 3 021	n = 3 048	n = 2 890	n = 6 127	n = 6 912
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champignons hallucinogènes	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
MDMA/ecstasy	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

Consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac suivant l'âge et le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	17	12	14	15	17	24	26	8
Tabac	32	37	36	35	32	20	36	27
Cannabis	3	8	5	3	1	0	5	2

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

2. Les données d'enquêtes déclaratives : une source d'information à l'échelle de l'ancienne région Lorraine et du Grand Est

Comme pour la France métropolitaine, les principales substances psychoactives consommées dans le Grand Est, dans la Meuse, et dans la majorité de ses territoires, sont l'alcool, le tabac et le cannabis. Néanmoins, ces territoires présentent une diversité de situations en leur sein, et peuvent présenter certaines spécificités. Les enquêtes déclaratives permettent de présenter les caractéristiques du Grand Est et de l'ancienne région Lorraine au regard du reste de la France métropolitaine, celles-ci se rapprochant encore davantage de celles de la Meuse.

DES JEUNES LORRAINS DE 17 ANS MOINS CONSOMMATEURS REGULIERS QUE CEUX DU RESTE DE LA FRANCE

Entre 2014 et 2017, les expérimentations et les consommations régulières de tabac et d'alcool chez les jeunes de 17 ans ont reculé dans la grande majorité des régions de France, y compris le Grand Est¹⁸. En outre, une baisse des expérimentations de cannabis et des autres substances psychoactives illicites a été également mesurée en Grand Est. Ainsi, les données présentées ci-dessous font suite à une baisse généralisée des consommations de substances psychoactives chez les jeunes.

Tableau 1 : Prévalences des expérimentations et consommations régulières de tabac, d'alcool, de cannabis, et des autres substances illicites, chez les jeunes de 17 ans, en 2017, en Lorraine, en Grand Est, et en France métropolitaine.

Proportions de consommateurs des substances psychoactives les plus consommées parmi les jeunes de 17 ans en Lorraine, en Grand Est et en France métropolitaine en 2017						
	Expérimentation (%)			Usage régulier (%)		
	Lorraine	Grand Est	France métrop.	Lorraine	Grand Est	France métrop.
Tabac	56	56,6	59*	22	23,5	25,1*
Alcool	87	85,8*	85,7	8	7,8	8,4
Cannabis	34	35,6	39,1*	6	6,5	7,2
Autres substances illicites	6	6,1	6,8			

Source : Escapad 2017, Exploitation : OFDT.

Pour les autres substances illicites, au moins une expérimentation d'une des drogues illicites suivantes : Champignons hallucinogènes, MDMA/Ecstasy, Amphétamines, LSD, Crack, Cocaïne, Héroïne.

* Indique une différence significative ($p < 0,05$), significative entre le niveau de la Lorraine et le reste de la région Grand-Est et de la France métropolitaine.

En 2017, les jeunes de 17 ans de l'ancienne région Lorraine déclarent des expérimentations du tabac (56 % vs 59 %, $p < 0,05$) et du cannabis (34 % vs 39,1 %, $p < 0,05$) significativement moins fréquentes qu'en France métropolitaine, et comparables à celles du Grand Est. Cependant, la proportion d'expérimentateurs d'alcool parmi les jeunes de 17 ans de Lorraine

¹⁸ Les drogues à 17 ans : analyse régionale, enquête escapad 2017, OFDT, S. Spilka, O. Le Nézet, E. Janssen, A. Brissot, A. Philippon

est significativement plus importante (87 % vs 85,7 %, $p<0,05$) qu'en France métropolitaine et s'éloignerait également de la valeur observée pour la région (85,8 %, ns¹⁹). Concernant toutes les autres substances psychoactives illicites, leur expérimentation chez les jeunes de 17 ans est beaucoup plus rare (6 % en Lorraine) que pour les autres substances psychoactives, et ce, à tous les échelons géographiques présentés.

A propos des consommations régulières de substances psychoactives en Lorraine, les proportions de jeunes de 17 ans consommateurs réguliers d'alcool (8 % vs 8,4 %, ns) et de cannabis (6 % vs 7,2 %, ns) ne se distinguent pas de la France métropolitaine, et sont également proches des niveaux de la région. De même, la proportion de jeunes lorrains ayant connu au moins trois alcoolisations ponctuelles importantes (API : au moins 6 verres lors d'une occasion) est proche de celle de la France métropolitaine (16 % vs 16,4 %, ns). Seules les consommations quotidiennes de tabac chez ces jeunes sont significativement moins fréquentes en Lorraine (22 % vs 25,1 %, $p<0,05$) par rapport à la France métropolitaine. Pour les consommations régulières des autres substances psychoactives illicites, les méthodes des enquêtes nationales ne permettent pas de les estimer, ces pratiques se limitant à une population très restreinte (<1% pour chaque substance et pour chaque échelon géographique).

UNE POPULATION GENERALE TOUCHEE PAR LE TABAGISME REGULIER EN GRAND EST

Pour la population générale (de 15 à 75 ans ou de 15 à 65 ans pour le cannabis), les dernières données régionales commune aux trois principales substances psychoactives consommées en France datent de 2014. En 2014, l'expérimentation du tabac (80 % vs 79,9 %, ns) et de l'alcool (95 % vs 95,3 %, ns) dans la région sont aussi fréquentes que dans le reste du pays. A la même date, la proportion d'expérimentateurs de cannabis (36 % vs 41,4 %, $p<0,05$) est significativement plus faible dans le Grand Est par rapport à la France métropolitaine. Pour les autres substances psychoactives (poppers, cocaïne, crack, héroïne), le Grand Est a des proportions d'expérimentateur de crack (0 % vs 0,6 %, ns) et d'héroïne (1 % vs 1,5 %, ns) semblables à la France métropolitaine, tandis qu'elles sont significativement plus basses pour les poppers (4 % vs 7,3 %, $p<0,05$), et pour la cocaïne (3 % vs 5,6 %, $p<0,05$). Notons également que ces expérimentations sont aussi beaucoup plus rares par rapport aux expérimentations des autres substances psychoactives, et ce, en Grand Est comme en France métropolitaine.

Concernant les consommations régulières de substances psychoactives en 2014 dans la population générale, le Grand Est se démarque de la France métropolitaine par une proportion de fumeurs quotidiens significativement plus élevée (31 % vs 27,9 %, $p<0,05$). Cette différence s'explique par une situation socio-économique plutôt défavorable par rapport au reste du pays, et par de plus grandes proportions de fumeurs quotidiens parmi les personnes faiblement diplômées²⁰. Les personnes aux situations plus précaires, davantage touchées par le tabagisme, le seraient plus en Grand Est, accroissant les inégalités de santé. En 2017, malgré la baisse du tabagisme régulier en France métropolitaine, le Grand Est se démarque

¹⁹ Non-significatif (ns) : la différence entre les valeurs est statistiquement non-significative au seuil de 5%.

²⁰ Berthier N, Guignard R, Richard JB, Andler R, Beck F, Nguyen-Thanh V. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):508-14. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_4.html

toujours par une proportion plus importante de fumeurs quotidiens parmi les 18-75 ans²¹ alors que dans le même temps la région connaît une proportion de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 17 ans moins importantes que dans le reste de la France. Cette différence pourrait s'expliquer par un effet générationnel où les jeunes de la région seraient – vis-à-vis du reste de la France – moins enclins à fumer quotidiennement que leurs aînés, ou par un tabagisme plus tardif, ou encore d'un accès moins aisé, par exemple un plus grand respect des interdictions de ventes de tabac aux mineurs dans la région.

Tableau 2 : Prévalences des expérimentations et consommations régulières de tabac, d'alcool, de cannabis, en population générale en 2014, en Grand Est et en France métropolitaine

Proportions de consommateurs des substances psychoactives les plus consommées parmi les 15-75 ans et parmi les 15-64 ans pour le cannabis, le poppers, le crack, et l'héroïne				
	Expérimentation (%)		Usage régulier (%)	
	Grand Est	France métrop.	Grand Est	France métrop.
Tabac	80	79,9	31	27,9*
Alcool	95	95,3	17	18,1
Cannabis	36	41,4*	2	3,3*
Poppers	4	7,3*		
Cocaïne	3	5,6*		
Crack	0	0,6		
Héroïne	1	1,5		

Source : Baromètre santé 2014 – Exploitation : OFDT

* Indique une différence significative ($p < 0,05$) entre le niveau de la Lorraine et le reste de la région Grand-Est et de la France métropolitaine.

En 2014, la proportion de consommateurs réguliers de cannabis parmi les 15-64 ans de la région est significativement moindre par rapport à celle de la France métropolitaine (2 % vs 3,3 %, $p < 0,05$). Contrairement aux usages réguliers des autres substances psychoactives, les usages réguliers de cannabis sont plus fréquents chez les jeunes qu'en population générale. Ce constat semble être confirmé en Grand Est par des proportions trois fois plus importantes de consommateurs réguliers cannabis parmi les jeunes de 17 ans (6 %) par rapport aux personnes de 15 à 64 ans (2 %). Cela pourrait être lié à l'image plutôt positive du cannabis auprès de certains jeunes et à son accès aisé²².

Quant à la proportion de consommateurs réguliers d'alcool parmi les 15-75 ans du Grand Est, elle est proche de la France métropolitaine (17 % vs 18,1 %, ns), tandis que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées sont significativement moins fréquentes en Grand Est (15 % vs 17,6 %, $p < 0,05$) que dans le pays. En outre, quel que soit l'échelle, les consommations régulières d'alcool sont plus fréquentes en avançant en âge, tandis que les API diminuent avec l'avancé en âge, ce qui est à lier avec l'usage festif de l'alcool chez les jeunes^{23,24}. Notons également que le contexte géographique influe sur les consommations à risque d'alcool. Toutes choses égales par ailleurs²⁵, parmi les hommes consommant de

²¹ Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html

²² Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence, Tendances n°122, OFDT, Décembre 2017, I. Obradovic

²³ Comportements de consommation et leur répartition : produits consommés et évolution, Alcool et santé, Actualité et dossier en santé publique (adsp), JB Richard, C. Cogordan, C. Palle, I. Obradovic, page 12

²⁴ Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence, Tendances n°122, OFDT, I. Obradovic

²⁵ Les données ont été ajustées sur l'âge, le contexte familial, le niveau d'éducation, l'occupation, la catégorie professionnelle, et le revenu net mensuel du ménage.

l'alcool, ceux qui habitent dans une commune rurale sont davantage exposés à une consommation à risque que les autres²⁶. Cela peut laisser supposer des consommations d'alcool à risques potentiellement plus fréquentes en Meuse, dont une part importante de sa population vit dans des communes rurales.

3. Données des forces de l'ordre liées aux usages de substance psychoactives

Les données administratives (interpellations pour ivresse sur la voie publique, interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, ventes de stéribox, ventes de substituts d'opiacés...) peuvent fournir des informations supplémentaires sur les consommations et usages de substances psychoactives sur un territoire. Ces données n'étant pas issues d'enquêtes sur échantillons de la population, elles permettent d'obtenir des informations à l'échelle du département de la Meuse.

Néanmoins, ces informations doivent être prises avec précaution. Les données administratives telles que les interpellations pour ivresse sur la voie publique, dépendent d'une part de l'existence d'un phénomène, ici de la présence d'individus en état d'ivresse sur la voie publique, mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie. Ainsi, l'augmentation, ou encore l'amélioration de l'activité de ces services peuvent faire augmenter le nombre d'interpellations sans qu'il y ait une véritable augmentation des consommations de substances psychoactives sur le territoire.

DES INTERPELLATIONS POUR ETAT D'IVRESSE SUR LA VOIE PUBLIQUE PLUS IMPORTANTE EN MEUSE QU'EN FRANCE MAIS MOINS IMPORTANTES QU'EN GRAND EST

Les interpellations pour état d'ivresse sur la voie publique ne sont pas directement liées aux consommations d'alcool, mais à un comportement conséquent d'une consommation d'alcool représentant un risque pour les autres personnes et le consommateur lui-même. En 2010 le Grand Est et la Meuse connaissaient un taux d'interpellations pour état d'ivresse sur la voie publique supérieur au reste de la France métropolitaine (20,3 et 22,5 interpellations pour 10 000 habitants vs 17,1 interpellations pour 10 000 habitants). Les dernières années ont vu baisser les arrestations pour ivresse sur la voie publique conjointement à la baisse des consommations régulières d'alcool mesurée par les enquêtes nationales²⁷.

Tableau 3 : Interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants en Meuse, en Grand Est et en France métropolitaine en 2016

Interpellations pour ivresse sur la voie publique en 2016 pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans					
	Nombre d'interpellations	Taux (pour 10 000 habitants)	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	56 106	11,7			
Grand Est	7 229	17,8	1 sur 13		
Meuse	214	15,7	22 sur 96	6 sur 10	3 sur 14

Source : DGP/ODG/PP, ODICER, Exploitation ORS Grand Est

²⁶ Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?, Question d'économie de la Santé (n°129 – Janvier 2008), Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne, <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>

²⁷ D'après les enquêtes du Baromètre santé

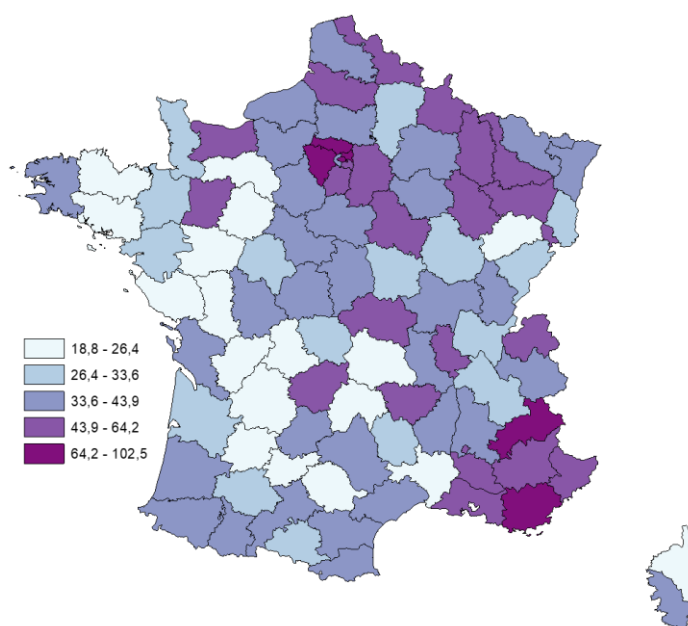
La diminution de ces interpellations a également eu lieu dans le Grand Est et la Meuse, mais ces territoires continuent de se distinguer par des taux d'interpellations plus importants que dans la France métropolitaine (17,8 et 15,7 interpellations pour 10 000 habitants vs 11,7 interpellations pour 10 000 habitants). De même, la Meuse se distingue également des départements ruraux (3^{ème} sur 14), suggérant une certaine prégnance des comportements à risque liés aux consommations d'alcool dans le département. Les données des forces de l'ordre peuvent également offrir un éclairage sur les usages de substances psychoactives illicites.

DES INTERPELLATIONS LIEES AUX INFRACTIONS A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS UN PEU PLUS FREQUENTES EN MEUSE QU'EN GRAND EST

En 2017, la région est classée 5^{ème} sur 13 avec le plus important taux d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Ce taux est plus bas que celui de la France métropolitaine (39,6 vs 46,7 interpellations pour 10 000 habitants), mais le taux métropolitain est avant tout porté par le taux plus important en Ile-de-France et le poids démographique de cette région. Ainsi, le positionnement des régions, et des départements, vis-à-vis des autres peuvent être plus révélateurs de la situation de ceux-ci.

Carte 4 : Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (et taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2017, dans les départements de France métropolitaine.

« Même si l'usage de drogues illicites autres que le cannabis chez les jeunes ne se résume pas à un phénomène touchant les métropoles et les grandes villes²⁸, traditionnellement les usages et trafic de stupéfiants, qui regroupent l'usage et le trafic de l'ensemble des substances psychoactives illicites (dont le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le LSD...), ont le plus souvent cours dans les zones urbaines »²⁹. En 2010, les données d'interpellations pour ILS étaient disponibles selon la substance (ce qui n'est plus le cas). C'est à partir de ces données (selon la substance) que la Meuse, un territoire à dominante rurale, avait été identifiée depuis plusieurs années comme un territoire touché par les problématiques d'héroïne. Quant aux données issues d'enquêtes déclaratives, elles ne permettent pas de cibler la Meuse, et ne repèrent pas d'expérimentation plus fréquente d'héroïne à l'échelle du Grand Est et de la Lorraine par rapport à la France métropolitaine.



Source : l'Etat 4001 (crimes et délits enregistrés mensuellement par les services de police et de gendarmerie) – Exploitation : ORS Grand Est

²⁸ En 2010, les résultats du Baromètre santé montraient une augmentation plus rapide de l'expérimentation de la cocaïne au sein des populations habitant dans les petites unités urbaines et les communes rurales (Tovar et al. 2012).

²⁹ Jeunes et addiction, OFDT, F. Beck Direction 2016

En 2017, la Meuse fait partie du premier tiers (26^{ème} sur 96) des départements les plus concernés par les interpellations liées aux ILS en France métropolitaine, et le second département parmi les départements ruraux. Le département a un taux plus important que celui de la région (45,3 vs 39,6 interpellations pour 10 000 habitants), toutefois la situation de la Meuse n'est pas isolée au sein du Grand Est. Les départements limitrophes de l'ancienne région Lorraine, et du nord-est de la région, sont eux aussi concernés par des taux d'interpellations pour ILS légèrement plus importants que le reste du Grand Est : la Meurthe-et-Moselle est en 1^{ère} position dans le Grand Est pour un taux 54,2 interpellations pour 10 000 habitants, les Vosges sont en 2^{ème} position pour 48,9 interpellations pour 10 000 habitants, et la Meuse est 3^{ème} position pour 45,3 interpellations pour 10 000 habitants.

Tableau 4 : Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (et taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2017, en Meuse, dans le Grand Est et en France métropolitaine.

Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (et taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2017					
	Nombre	Taux (/10 000)	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	220 943	46,7			
Grand Est	16 158	39,6	5 sur 13		
Meuse	615	45,3	26 sur 96	3 sur 13	2 sur 14

Source : l'Etat 4001(crimes et délits enregistrés mensuellement par les services de police et de gendarmerie), Exploitation ORS Grand Est

Classement : Le Grand Est et la Meuse ont été classés dans l'ordre décroissant des taux d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, réciproquement par rapport aux autres régions et aux autres départements de France métropolitaine, du Grand Est et des départements ruraux³⁰.

Ainsi, la situation de la Meuse qui connaît des interpellations plus importantes que les autres territoires ruraux est à rattacher au contexte de la région. La proximité de la Meuse avec les Pays-Bas y favoriserait les consommations et le petit trafic d'usagers-revendeurs (y compris d'héroïne mais pas seulement) qui compte en 2017 pour 95 % des interpellations sur le territoire. Mais ces données ne permettent pas de connaître quelles sont les substances les plus liées à ces interpellations. Les quantités saisies par substance peuvent nous informer un peu plus sur les produits qui circulent en Meuse.

LES SAISIES DE STUPEFIANTS EN MEUSE : UNE IMPORTANTE PART D'HEROÏNE

Les données présentées concernent les saisies de stupéfiants de la gendarmerie et celles de la police nationale qui gère spécifiquement les zones urbaines de Bar-le-Duc et de Verdun. Dans la période de 2014-2018, selon les années, les parts occupées par chaque stupéfiants saisis fluctuent fortement. Néanmoins, sur cette période on constate que la Meuse a d'importantes parts de saisies d'héroïne (35,9 % sur la période de 2014-2018 parmi les trois principaux stupéfiants saisis) tandis qu'elles sont beaucoup moins importantes dans le reste de la France (<5 %)³¹. La part d'héroïne parmi les trois principaux produits stupéfiants saisis

³⁰ Départements ruraux sélectionnés : Alpes-de-Hautes-Provence, Lozère, Corse du sud, Haute-Corse, Haute-Marne, Meuse, Ariège, Landes, Creuse, Dordogne, Maine-et-Loire, Gers, Cantal, Lot.

³¹ Les données de l'OFDT ne sont pas parfaitement comparables au tableau présenté puisque comprenant les données des douanes. Elles peuvent toutefois donner un point de comparaison (part d'héroïne <5% parmi les saisies). De plus la gendarmerie en 2017 avait parmi ces saisi 10 % d'héroïne en France, ce qui apporte un second élément de comparaison. Site OFDT : Les

est plus importante en zone gendarmerie que dans la circonscription de la police (43,7 % vs 11,3 % sur la période 2014-2018), ce qui témoignerait d'une plus grande prégnance d'usage et de trafic d'héroïne en zone rurale. Entre 2014 et 2018, seules les années 2015 et 2018, qui font suite à des années avec d'importantes saisies d'héroïne, connaissent des parts de saisies d'héroïne moins importantes (respectivement 5,9 % et 13,3 %).

Tableau 5 : Quantités de produits stupéfiants (en grammes) (et part en % des quantités saisies pour les trois principaux produits stupéfiants saisis) saisies en Meuse.

Saisies (en grammes) de produits stupéfiants en Meuse			
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne
2018	7925,2 (86,6 %)	1154,6 (12,6 %)	72,5 (0,8 %)
2017	6885,5 (56,1 %)	4975,1 (40,6 %)	407,4 (3,3 %)
2016	2660,8 (32,6 %)	5186,2 (63,5 %)	315 (3,9 %)
2015	3651,3 (82,9 %)	728,8 (16,6 %)	22 (0,5 %)
2014	3943,2 (61,6 %)	2459,4 (38,4 %)	0 (0 %)
2014-2018	25065,9 (62,1 %)	14504,1 (35,9 %)	816,9 (2 %)

Source : Données de la Police nationale et de la Gendarmerie de la Meuse, Exploitation ORS Grand Est.

Ainsi, ces données sur les saisies de stupéfiants rappellent la problématique héroïne du département, et montrent une certaine prégnance de cette substance sur le territoire. Les données de santé peuvent également fournir un aperçu des consommations de substances psychoactives à l'échelle de la Meuse du fait de leurs effets délétères sur la santé des individus et des consommations de soins qu'elles peuvent engendrer.

4. Données de soins et d'état de santé de la population liées aux consommations de substances psychoactives

Les consommations de substances psychoactives peuvent être la cause directe de certains décès, à l'exemple des décès causés par des cancers dont l'alcool ou le tabac sont jugés responsables de la survenue. En outre, ces consommations peuvent être un facteur de risque supplémentaire dans le pronostic d'une pathologie. La survenue des pathologies et l'augmentation des risques croît en fonction de la régularité, de la quantité, et de la durée des usages de ces substances psychoactives.

UNE MORTALITE LIEE AUX CONSOMMATIONS DE TABAC ET D'ALCOOL COMPARABLE ENTRE LA MEUSE ET LE GRAND EST, MAIS UNE MORTALITE PAR SURDOSE PLUS IMPORTANTE

Certaines causes de décès sont liées aux consommations régulières de tabac (les trois principales : cancer du poumon, BPCO, cardiopathie ischémique), et d'alcool (les trois principales : cirrhose alcoolique, psychoses alcooliques, et cancers VADS³²). La mortalité par

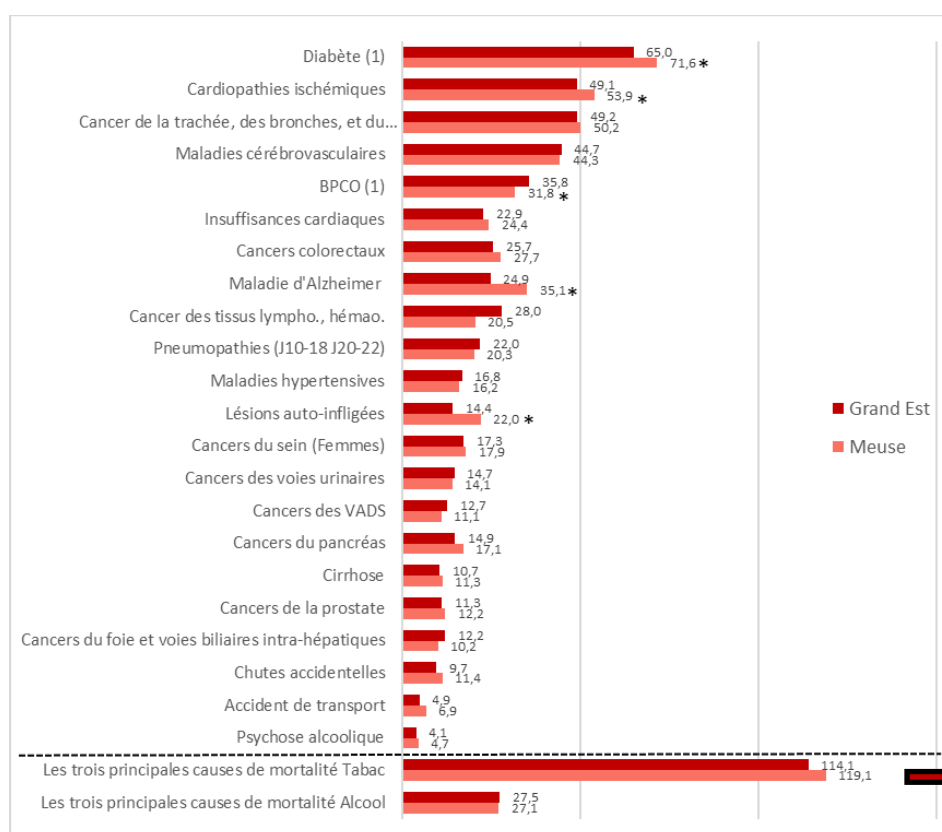
saisies des principaux produits stupéfiants depuis 1996 (nombre et quantités saisies), OFDT, <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-saisies-des-principaux-produits-stupefiants/> (04/06/2019)

³² Voies aéro-digestives supérieures

pathologie liée au tabac et à l'alcool (donc hors accident liés à ces consommations) sont pour la grande majorité la conséquence de consommations passées.

En Meuse, sur la période de 2011 à 2015, cinq types de mortalité liées aux consommations d'alcool et de tabac se démarquent significativement de la région Grand Est. Les taux comparatifs de mortalité³³ lié au diabète (71,6 vs 65,0 décès pour 100 000 hab.), aux cardiopathies ischémiques (53,9 vs 49,1 décès pour 100 000 hab.), à la maladie d'Alzheimer (35,1 vs 24,9 décès pour 100 000 hab.), et aux lésions auto-infligées (22,0 vs 14,4 décès pour 100 000 hab.), sont significativement ($p < 0,05$) supérieur à ceux de la région. Quant à la mortalité liée à la BPCO, elle est significativement ($p < 0,05$) moindre en Meuse par rapport au Grand Est (31,8 vs 35,8 décès pour 100 000 hab.). Malgré ces différences, en regroupant les trois principales causes de mortalité associées au tabac et à l'alcool, les différences observées entre la Meuse et le Grand Est sont relativement faibles (27,1 vs 27,5 décès pour 100 000 hab. pour l'alcool, et 119,1 vs 114,1 décès pour 100 000 hab. pour le tabac) et sont non-significatives. Toutefois, la région et la Meuse connaissent une surmortalité pour ces causes regroupées par rapport à la France métropolitaine. D'autres données de mortalité peuvent nous renseigner sur les consommations d'autres substances psychoactives sur le territoire.

Graphique 3 : Taux comparatifs de mortalité liée aux consommations de tabac et d'alcool, en Meuse et en Grand Est sur la période 2011-2015 en population générale.



Ce qui équivaut pour les trois principales causes de mortalité associées à l'alcool et au tabac à près de **60 décès** en moyenne chaque année pour l'alcool, et **283 décès** pour le tabac en Meuse.

La Meuse et le Grand Est connaissent une surmortalité pour ces trois causes de mortalités regroupées liées au tabac et à l'alcool par rapport à la France métropolitaine (respectivement 100,2 décès et 26,3 décès pour 100 000 hab. en FR métrop.).

Source : Insee (RP2015), CépiDC-Inserm (2011-2015). Exploitation ORS GE.

* Indique une différence significative ($p < 0,05$) entre la Meuse et le Grand-Est

(1) La mortalité par BPCO et par diabète est identifiée à partir de la cause initiale ou associée de décès ou de la comorbidité

Les surdoses (ou overdoses) surviennent lorsque la prise d'une substance est trop importante pour le corps, aboutissant à une intoxication brutale pouvant provoquer la mort.

³³ Les taux comparatifs de mortalité (TCM) sont standardisés sur l'âge et permettent la comparaison de deux territoires aux structures par âge différentes.

D'après le dispositif DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) en 2016, les consommations d'opiacés sont responsables de 83 % des cas de surdose en France. Un peu moins de la moitié (43 %) des surdoses sont dues aux médicaments de substitution aux opiacés, le quart (26 %) sont directement imputables à l'héroïne, et le cinquième (18 %) à la cocaïne.

Tableau 6 : Taux comparatifs de mortalité par surdose par produit stupéfiant et médicaments pour 100 000 habitants de 15-64 ans en Meuse, en Grand Est, et en France métropolitaine sur la période 2011-2015

Cause de décès	Meuse		Grand Est		France métropolitaine
Surdoses (pour 100 000 hab.)	2,2	*	1,2	*	0,7
Effectif (en moyenne par an)	2		40		271

* Indique une différence significative ($p < 0,05$) entre la Meuse et le Grand-Est, puis entre le Grand Est et la France métrop. Les données sont standardisées sur l'âge. Mortalité par surdose, code CIM10 : F11, F12, F14, F15, F19, X42, X62, Y12³⁴
Source : CépiDC-Inserm – Exploitation : ORS Grand Est

La mortalité par surdose due à un produit stupéfiant ou bien un médicament est rare en France métropolitaine (0,7 décès pour 100 000 hab.) et a concerné en moyenne 271 personnes par an dans la période de 2011 à 2015. Le Grand Est se distingue par un taux comparatif de mortalité significativement supérieur (1,2 vs 0,7 décès pour 100 000 habitants) à la France métropolitaine. Au sein du Grand Est deux départements se distinguent significativement de la région, la Meurthe-et-Moselle (1,7 décès pour 100 000 hab.) et la Meuse (2,2 décès pour 100 000 hab.) dont le taux comparatif de mortalité lié à une surdose est le plus important de la région. Cela suggère une certaine présence et consommations d'opiacés (dont l'héroïne) et de substituts d'opiacés sur le territoire meusien. Pour autant ces décès sont beaucoup plus rares que pour le tabac et l'alcool, ils concernent deux personnes chaque année en moyenne sur la période 2011 à 2015.

DES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE LIEES AUX CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PLUS IMPORTANTES EN MEUSE POUR L'ALCOOL ET LES OPIACES

Les substances psychoactives ayant des conséquences sur la santé des consommateurs, ils nécessitent parfois des soins spécifiques qui témoignent de la morbidité liée à ces consommations sur un territoire donné. Les problématiques liées aux consommations de substances psychoactives sont fréquentes en psychiatrie³⁵. Malgré les limites liées aux différences d'offres de soins sur les territoires qui peuvent affecter le parcours de soins des patients, les données d'hospitalisation en psychiatrie peuvent fournir un autre éclairage de l'état de santé de la population et des problèmes liés aux consommations de substances psychoactives.

Étiologie de la comorbidité : L'association est fortuite, l'addiction est à l'origine de la pathologie psychiatrique (secondaire), l'addiction est un symptôme de la pathologie mentale (primaire), l'addiction est un moyen pour le patient pour lutter contre les symptômes de la maladie (auto-médication) (Pr Georges Brousse, CHU Clermont-Ferrand).

³⁴ Les codes CIM10 utilisés sont basés sur les travaux de l'OFDT (Source : CépiDc/Inserm. Sélection B de l'EMCDDA), <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose/>

³⁵ Comorbidités psychiatriques journée SFA 2017 : les déterminants de l'efficacité thérapeutique, Régier et al. 1990

Tableau 7 : Séjours en psychiatrie liés à l'usage de substances psychoactives en 2017 pour 100 000 habitants

Séjours en psychiatrie liés à l'usage de substances psychoactives (et taux pour 100 000 habitants) en 2017				
	Nombre de séjours en Meuse	Meuse	Grand Est	France métropolitaine
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'une substance psychoactive (F10-19)	435	228,2	104,8	113,0
...liés à l'usage d'alcool (F10)	313	164,2	77,3	88,3
...liés à l'usage d'opiacés (F11)	49	25,7	6,1	4,0
...liés à l'usage de cannabis (F12)	15	7,9	5,2	6,9
Toutes causes	2665	1398,0	1094,5	1323,9

Source : ATIH (RIM-P), Insee (RP2015) – Exploitation : ORS Grand Est.

Le taux de séjours en psychiatrie toutes causes confondues en Meuse est plus haut que celui du Grand Est (1 398 vs 1 094,5 séjours pour 100 000 habitants), tandis qu'il est proche de celui de la France métropolitaine (1 398,0 vs 1 323,9 séjours pour 100 000 habitants). Concernant les taux de séjours pour troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'une substance psychoactive, la Meuse a un taux deux fois supérieur à ceux du Grand Est et de la France métropolitaine (228,2 vs 104,8 et 113,0 séjours pour 100 000 habitants). Cette différence s'explique principalement par des séjours pour troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool (313 séjours, 164,2 vs 77,3 séjours pour 100 000 hab.) et d'opiacés (49 séjours, 25,7 vs 6,1 séjours pour 100 000 hab.) nettement plus importants, mettant une nouvelle fois en avant la prégnance des problématiques liées à ces deux produits sur le territoire.

DES VENTES DE STERIBOX® ET DE SUBSTITUTS D'OPIACES PLUS IMPORTANTES SUR LE TERRITOIRE

En ce qui concerne les ventes de Stéribox®, elles offrent indication de la présence de consommateurs de substances psychoactives injectables sur un territoire, tout en sachant que ces ventes sont également liées aux activités de soins (distribution en CAARUD, distribution plus importante, prévention plus importante...). Les Stéribox® sont des troussees qui contiennent des seringues dont le but est de réduire les risques d'infection parmi les personnes qui s'injectent des substances psychoactives (cocaïne, héroïne, morphine, etc..). Les plus grandes parts de ces troussees sont vendues en pharmacie (45 % d'entre elles) et distribuées dans les CAARUD³⁶ (45 %), tandis que les Stéribox® restantes (10 %) sont distribuées par des automates.

La région Grand Est enregistre en 2016 un taux de ventes de Stéribox® deux fois supérieur à la France métropolitaine (cf. Tableau 10, 6,6 vs 3,6 Stéribox® pour 100 habitants). Quant à la Meuse, elle enregistre un taux de vente proche de celui de la région (6,2 vs 6,6 Stéribox® pour 100 habitants), et de ce fait, nettement plus important que celui des autres départements français (12^{ème} département sur 96) y compris ruraux (2^{ème} sur 14). Ainsi la situation de la Meuse n'est pas à isoler de celle du reste de la région, ces données abondent dans le sens d'usages de substances psychoactives par voie injectable plus importants dans le Grand Est et donc en Meuse comparativement au reste de la France métropolitaine.

³⁶ CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usager de Drogues

Tableau 8 : Ventes de Stéribox® en 2016 en Meuse (et taux pour 100 habitants de 15 à 74 ans), en Grand Est et en France métropolitaine

Ventes de stéribox en 2016 pour 100 habitants de 15 à 74 ans					
	Nombre de ventes	Taux (pour 100 habitants)	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	1 675 405	3,6			
Grand Est	267 023	6,6	1 sur 13		
Meuse	7 795	6,2	12 sur 96	4 sur 10	2 sur 14

Source : InVS/Siamois, ODICER.

D'autres données liées aux consommations de soins peuvent éclairer la situation meusienne à propos des consommateurs d'opiacés.

DE PLUS IMPORTANTES PARTS DE LA POPULATION SUIVANT THEORIQUEMENT UN TRAITEMENT PAR SUBSTITUTS D'OPIACES EN MEUSE ET EN GRAND EST

Les substituts d'opiacés sont des traitements dans le but de remplacer une consommations d'opiacés (morphine, héroïne, opium...) pour atténuer les effets du sevrage. Ces substituts sont prescrits par les médecins, qui peuvent être plus ou moins enclins à ces prescriptions selon les territoires, et être plus ou moins accessibles aux individus. Les patients théoriques aux substituts d'opiacés sont un effectif théorique, calculé à partir des consommations de substituts et des prescriptions usuelles dans le cadre d'un sevrage. Le nombre de patients est ainsi potentiellement sous-estimé, puisque certains patients commencent leur traitement mais ne le finissent pas.

Tableau 9 : Patients théoriques aux substituts d'opiacés en 2016 (et taux pour 100 000 habitants) de 15 à 74 ans en Meuse, en Grand Est et en France métropolitaine.

Patients théoriques aux substituts d'opiacés en 2016 (MSO, BHD, y compris suboxone ou méthadone) pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans					
	Nombre de patients théoriques	Taux	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	159 366	338,5			
Grand Est	24 981	613,6	1 sur 13		
Meuse	740	533,9	15 sur 96	6 sur 10	2 sur 14

Sources : Siamois, ODICER, OFDT.

La région Grand Est se distingue particulièrement avec un taux de patients théoriques aux substituts d'opiacés pratiquement deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine (613,6 vs 338,5 patients théoriques pour 100 000 habitants). La situation de la Meuse est à relier avec le contexte de la région. Le taux observé en Meuse (533,9 patients théoriques pour 100 000 habitants, soit environ 0,5 % de la population) est également largement supérieur à celui observé en France, et se rapproche de la médiane des taux observés parmi les

départements de la région (6^{ème} sur 10).

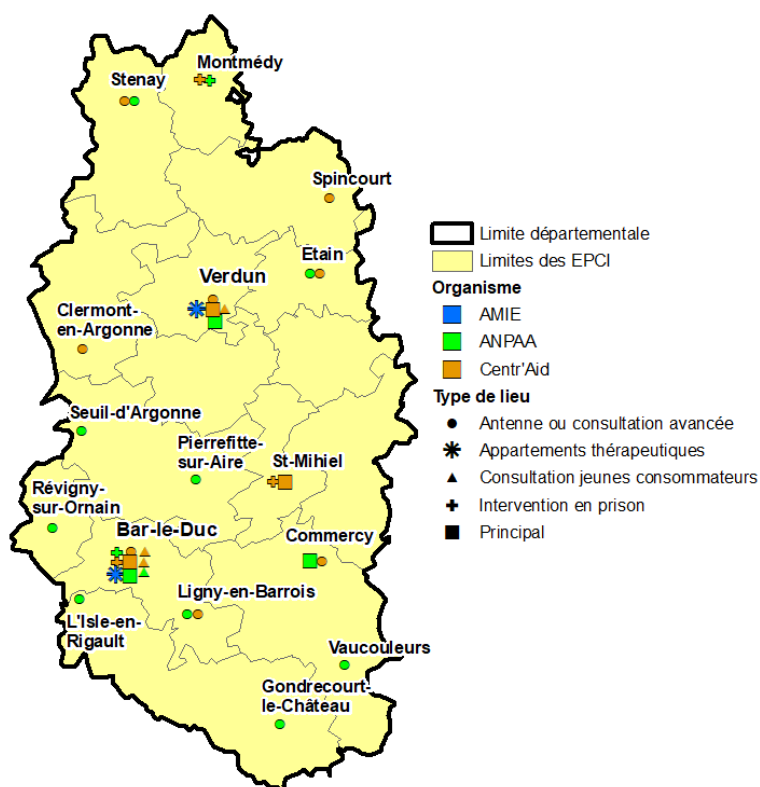
La substitution médicamenteuse d'opiacés est parfois prise en charge ou initiée dans des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et d'autres structures spécialisées en addictologie. Ainsi, définir l'offre de soins du territoire apparaît comme primordial, tant pour expliquer ces données que les réponses proposées aux personnes souffrant de leurs consommations d'opiacés et des autres substances psychoactives sur le territoire.

5. L'offre de soins en Meuse

Deux CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont présents en Meuse. Les CSAPA Centr'Aid et ANPAA mettent en avant leurs missions d'accueil, et d'orientation en fonction des souhaits et des problèmes des personnes accueillies. Ces deux CSAPA sont généralistes. Ils traitent les problématiques de conduites addictives liées à chaque substance psychoactive (et non-substances), partagent des traits communs, mais ont aussi certaines spécificités.

Carte 5 : L'offre médico-social en addictologie en Meuse

Le CSAPA Centr'Aid dépend du centre hospitalier de Verdun. Il est historiquement implanté dans les Centres Hospitaliers de Bar-le-duc, de Verdun, et de Saint-Mihiel. Son activité est plus importante sur le nord du territoire, et a mis en place des consultations avancées en contact avec les médecins sur une grande partie de la Meuse. La prise en charge de ses patients se veut être globale, sous trois axes : médical, psychologique, et social. Le CSAPA Centr'Aid est le référent carcéral sur le territoire. Le CSAPA Centr'Aid possède également plusieurs CJC, dans lesquels intervient une psychologue auprès des patients et des familles, y compris les familles dont le patient n'est pas pris en charge par l'établissement. Sa proximité avec le milieu hospitalier et les liens entretenus avec le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Fains-Véel (commune proche de celle de Bar-le-Duc), qui est en charge de la gestion des sevrages, l'ont amené à se spécialiser sur les pré-cures et post-cures de sevrage.



Source : Rapports d'activités des CSAPA Centr'Aid (2018) et ANPAA (2018), et le répertoire Finess (10/06/2019), Exploitation ORS Grand Est

Le CSAPA ANPAA a trois principaux sites, qui sont situés à Bar-le-Duc, Commercy et Verdun. A l'instar du CSAPA Centr'Aid, la composition des équipes de ces sites suivent la logique d'une approche globale, avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, et psychologues. Cette approche, qui mêle social et

médical, se remarque également dans la manière dont sont pris en charge les patients : les éducateurs spécialisés organisent des groupes de travail, autour d'une thématique (Ex : « 3 mois pour rebondir ») dans le cadre des soins. Le CSAPA ANPAA propose aussi des consultations avancées réparties sur une grande partie du territoire, implantées le plus souvent dans des maisons de santé pluridisciplinaires, en fonction des demandes et des liens avec les médecins des structures. Cette répartition amène à une double occupation du territoire par les deux CSAPA, ce qui irait à l'encontre d'une répartition nord/sud entre les CSAPA, voulue par l'ARS (Agence régionale de Santé). Mais cela est aussi perçu par certains acteurs comme une force puisque les deux CSAPA offriraient des services complémentaires.

En outre, l'association AMIE est porteuse d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Elle dispose de plusieurs solutions d'hébergement, et soutien des dispositifs de soins. L'association dispose d'hébergements d'urgences, et d'hébergements destinés aux personnes ayant des problèmes médicaux dont liés aux consommations de substances psychoactives. Parmi ces hébergements, il existe six hébergements de coordination thérapeutique (trois à Bar-le-Duc, trois à Verdun), et deux appartements thérapeutiques tournés vers les problèmes d'addiction. La partie médicale est à la charge du centre hospitalier dont dépend le CSAPA Centr'Aid et la partie sociale à la charge de l'association. Ces appartements permettent de réinsérer, et de suivre les personnes en situation de grande précarité dans une logique globale, prenant compte du social et du médical. Ces solutions d'hébergement médicalisées peuvent être prescrites par le CHRS, le CSAPA Centr'Aid, et le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), sous condition d'un dossier médical, social, et d'une lettre de motivation du bénéficiaire.

Plusieurs projets se développent autour de l'offre de soins en Meuse, et de la couverture de son territoire rural. Le CSAPA, Centr'Aid développe des offres de soins primaires avec les pharmaciens, et a créé un numéro vert destiné tant aux personnes ayant des problèmes liés à une conduite addictive qu'aux professionnels de la filière addictologie. Le CSAPA ANPAA quant à lui développe des consultations avancées, essentiellement dans les maisons de santé pluridisciplinaires, en fonction des demandes et des liens avec les équipes de ces structures d'accueil. Nouvellement, la création de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) a été obtenue grâce à un crédit de l'Agence Régionale de Santé (ARS), et devraient être développées sur le territoire. En plus de ces développements, un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues mobile (CAARUD) porté par une association, a été mis en service en février 2019 dans le but une nouvelle fois de couvrir l'ensemble du territoire et de répondre aux problématiques de déplacement en milieu rural des usagers.



6. Analyse du public et des moyens des CSAPA en Meuse

L'Analyse de l'offre en CSAPA est réalisée par Christophe Palle et Olivier le Nezet (OFDT)

La population suivie dans les CSAPA n'est pas représentative de la totalité de la population ayant un lien ou une problématique avec un comportement addictif, pour autant il nous renseigne sur les caractéristiques des modes de consommations et de suivi sur le département de la Meuse.

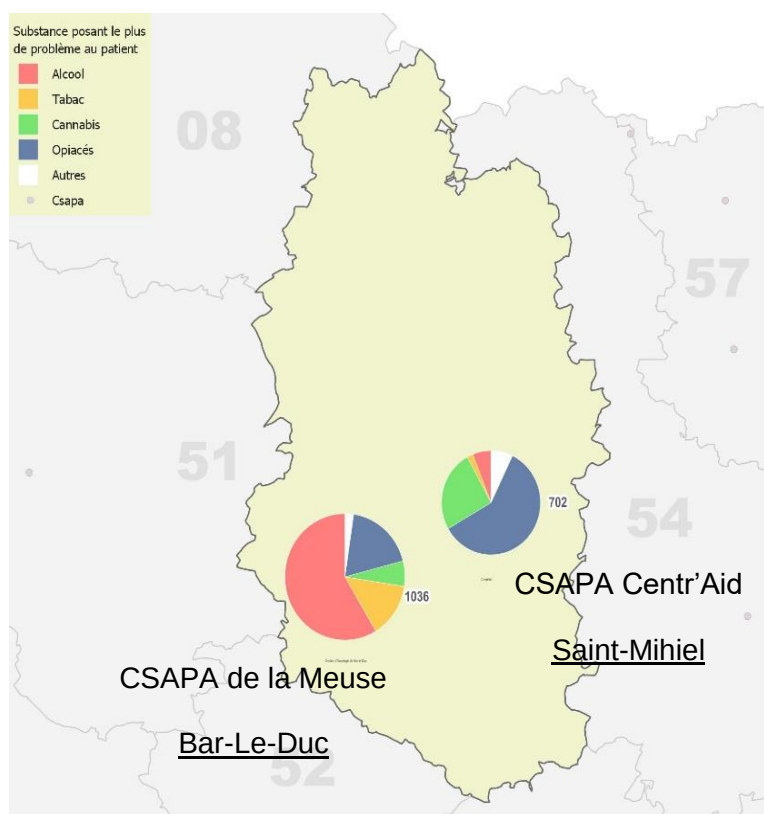
LES CSAPA DE LA MEUSE ET LEURS FILES ACTIVES

Les deux CSAPA du département accompagnent en 2016 des publics relativement différents. Le CSAPA du réseau ANPAA situé à Bar-le-Duc, dont la file active est la plus importante (1 000 consommateurs en 2016), accueille très majoritairement des personnes avec un problème d'alcool ou de tabac. Le CSAPA Centr'Aid situé à Saint-Mihiel (700 consommateurs), qui dépend du Centre hospitalier de Verdun, prend principalement en charge des consommateurs de drogues illicites (Carte 1).

Carte 6 : implantation et file active des CSAPA en ambulatoire dans la Meuse en 2016

Ces deux CSAPA en ambulatoire ont accueilli en 2016 1 742 patients consommateurs. D'après les données des annexes portant sur l'activité de la consultation jeunes consommateurs et de l'intervention en milieu pénitentiaire, 74 consommateurs ont été vus dans le cadre des CJC et 438 en milieu carcéral. Les personnes vues dans les établissements pénitentiaires représentent ainsi plus de la moitié de la file active du CSAPA Centr'Aid.

Rapporté au nombre d'habitants (15-74 ans), le nombre de patients pris en charge dans les CSAPA en ambulatoire est deux fois plus élevé dans la Meuse qu'au niveau national ou que dans la région Grand-Est (Tableau 1).



Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDT, Exploitation OFDT

Tableau 10 : Nombre de CSAPA en ambulatoire, nombre de patients et d'ETP en France, dans la région Grand-Est et dans la Meuse en 2016

	Meuse	Grand Est	France entière
Nombre de CSAPA en ambulatoire	2	28	375
Nombre de CSAPA pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	1,5	0,7	0,8
Nombre de patients consommateurs pris en charge	1 742	31 014	308 149
Nombre de patients pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	128	68	64

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA 2016, DGS/OFDT, Exploitation OFDT

Entre 2010 et 2016, la file active des CSAPA de la Meuse a augmenté de 8 %, progression entièrement liée à celle de la file active du CSAPA de Bar-Le-Duc, celle du CSAPA Centr'Aid ayant diminué. Cette progression est plus faible que celle enregistrée pour le Grand Est (+19 %) ou qu'au niveau national (+15 %) sur la même période.

ANALYSE DES FILES ACTIVES PAR PRODUIT

Le nombre de personnes accueillies est réparti en fonction du produit posant le plus de problème (produit n°1) indiqué lors de la consultation. Rapportées au nombre d'habitants, les files actives sont dans la Meuse supérieures aux moyennes régionale et nationale pour tous les types de produits sauf pour les stimulants (cocaïne, crack, amphétamines, MDMA), les addictions sans substances et les « autres produits ». La différence apparaît particulièrement marquée pour les patients accueillis pour usage d'opioïdes (Tableau 14) qui sont dans la Meuse entre quatre et cinq fois plus nombreux, rapportés à la population, qu'au niveau national et entre trois et quatre fois plus qu'au niveau régional.

Tableau 11 : 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 2016

	Meuse	Grand Est	France entière
Alcool	48	37	31
Tabac	12	8	4,8
Cannabis	18	12	13
Médicaments psychotropes	2,6	1,1	0,8
Opioïdes	45	14	9,8
Stimulants	1,5	1,7	2,4
Addictions sans substances	1,2	2,2	2,1

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDT, Exploitation OFDT

LES SPECIFICITES DU PUBLIC DES CSAPA DE LA MEUSE

En ce qui concerne les caractéristiques des personnes prises en charge (Tableau 15), tous produits confondus, le public des CSAPA de la Meuse se différencie relativement aux moyennes nationales par une proportion un peu plus importante d'hommes (81 % vs 77 %), de personnes âgées de 25 à 39 ans (45 % vs 37 %) et une proportion moindre de jeunes de

moins de 25 ans (12 % vs 16 %). Par ailleurs, une part deux fois plus importante des patients pris en charge dans les CSAPA de la Meuse résident dans un autre département (20 % vs 9 %) ; en deuxième lieu, des proportions élevées de personnes sont orientées vers les CSAPA suite à une obligation de soins (27 % vs 15 %) et par les services sociaux (18 % vs 4 %). Ce dernier type d'orientation n'apparaît en fait que dans le cas du CSAPA Centr'Aid avec une valeur exceptionnellement élevée (36 %). Sur le plan des conditions de vie, une plus faible partie du public vit dans un logement de façon durable (78 % vs 84 %) et davantage de personnes perçoivent le RSA ou vivent de ressources « autres » que les revenus liés à l'emploi ou à la solidarité collective ou privée (ressources provenant de tiers).

Tableau 12 : Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA de la Meuse en 2016 (en %)

	Meuse	Grand Est	France entière
% d'hommes	81	76	77
% de moins de 25 ans	11	12	16
% de 25-39 ans	45	39	37
% de 40 ans et plus	44	49	47
% RSA	23	18	16
Autres ressources	15	10	10
Institutions et services sociaux	18,5	4,4	4,3
% orientation par la justice, post-sentenciel	27	15	15
% ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	1,5	5,1	4,9
% ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (pas dans le mois)	13,8	11,2	9
En abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	24	14	15
En dépendance	46	58	56

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDT, Exploitation OFDT

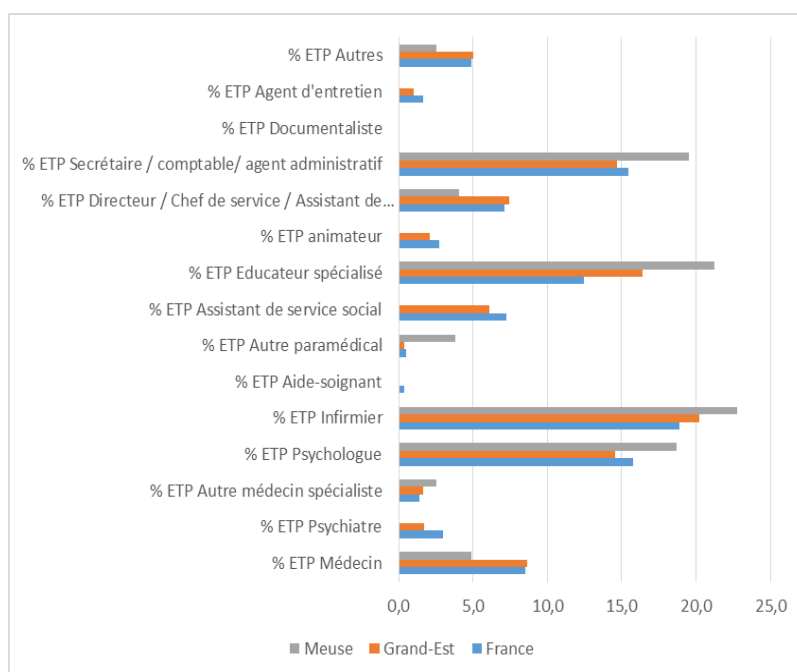
Les CSAPA de la Meuse semblent donc accueillir une proportion encore plus élevée qu'en moyenne de personnes en grande difficulté sociale. La part plus importante de personnes prises en charge pour un problème avec les opioïdes explique peut-être en partie cette spécificité. Par ailleurs, pour un public comprenant une forte proportion de consommateurs d'opioïdes, le recours à l'injection apparaît peu important : seul 1,5 % des personnes prises en charge ont utilisé ce mode de consommation au cours des 30 derniers jours contre environ 5 % au niveau national comme au niveau régional. Une part en revanche plus élevée a utilisé la voie intraveineuse antérieurement (14 % vs 9 % au niveau national et 11 % au niveau régional). Il peut enfin être noté une proportion moindre de personnes considérées comme dépendantes et plus importante de personnes en abstinence.

MOYENS EN PERSONNEL

En 2016, les CSAPA en ambulatoire de la Meuse ont employé près de 20 équivalents temps plein (ETP). Alors que la répartition suivant les professions diffère globalement assez peu entre le Grand-Est et la France entière, celle observée dans les deux CSAPA de la Meuse fait apparaître des différences plus marquées (Graphique 1). La part des ETP d'éducateurs est presque deux fois plus élevée qu'au niveau national (21 % vs 12 %). De façon moins prononcée, les ETP de la catégorie secrétaire, comptable et agent administratif, ceux de psychologues et d'infirmiers sont également surreprésentés dans les CSAPA de la Meuse. Les ETP de médecins généralistes sont en revanche sous-représentés (4,9 vs 8,5 au niveau national). On note également l'absence d'ETP de psychiatre et d'assistant de service social.

En cohérence avec le ratio plus élevé de patients pris en charge par habitant dans les CSAPA de la Meuse, le nombre d'ETP employés dans ces structures pour 100 000 habitants est bien plus élevé qu'au niveau national et régional (respectivement 14,5, 8,6 et 9,3 - Tableau 4). Le rapport entre nombre de patients et nombre d'ETP reste cependant un peu plus élevé dans la Meuse qu'au niveau régional et national (88 vs respectivement 82 et 74).

Graphique 1 : Répartition des ETP des CSAPA dans la Meuse, la région Grand-Est et la France en 2016



Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFD

Tableau 13 : Nombre d'ETP, d'ETP par habitant âgés de 15 à 74 ans et de patients par ETP dans les CSAPA de la Meuse de la région Grand-Est et en France en 2016

	Meuse	Grand Est	France entière
Nombre d'ETP	20	345	4 038
Nombre d'ETP pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	14	9,3	8,6
Nombre patients par ETP	88	82	74

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFD, Exploitation OFD

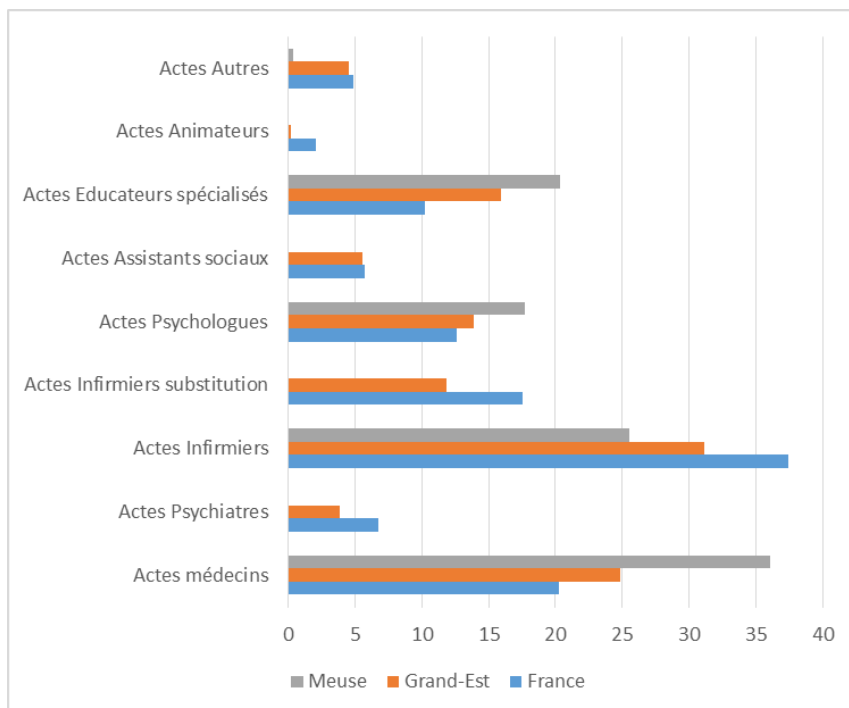
LES ACTES

L'activité des CSAPA est principalement retracée à partir de l'enregistrement des actes/consultations avec les usagers suivant les professions. Ces données sont cependant délicates à interpréter compte tenu d'une possible hétérogénéité des pratiques d'enregistrement des actes. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité quand le

nombre de CSAPA inclus est limité et que d'éventuelles particularités peuvent prendre un poids important dans le calcul des moyennes.

La répartition des actes suivant les professions est logiquement en grande partie le reflet de la répartition des ETP. Dans les CSAPA de la Meuse, la part des actes de psychologues et d'éducateurs spécialisés est ainsi plus élevée qu'au niveau national et régional. En revanche la part des actes infirmiers est bien inférieure à celle observée en France et dans la région, en raison d'un nombre d'actes infirmiers déclarés par ETP d'infirmiers deux fois plus faible qu'au niveau national. Cela pourrait être lié à l'absence apparente de dispensation des traitements de substitution aux opioïdes dans les CSAPA de la Meuse (voir ci-dessous). En ce qui concerne les médecins généralistes, la part que représentent leurs actes est bien supérieure à la moyenne nationale alors qu'ils sont sous-représentés en ETP dans les structures de la Meuse. Ce paradoxe s'explique par un nombre d'actes déclarés par médecin généraliste bien supérieure dans ces CSAPA que dans l'ensemble des CSAPA au niveau national ou régional (4 600 actes par ETP de médecin généraliste vs respectivement 1 900 et 2 400).

Graphique 2 : Répartition des actes patients suivant les professions dans les CSAPA de la Meuse, du Grand-Est et de la France en 2016 (en %)



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

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES

À population égale, le nombre de personnes déclarées comme suivant un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) à la méthadone est deux fois plus élevé dans les CSAPA de la Meuse qu'aux niveaux national et régional (respectivement 14,6 pour 10 000 habitants vs 7,1 et 8,6). Le nombre de patients suivant un TSO à la buprénorphine haut dosage (BHD) dans les CSAPA de la Meuse est moins important (7,6 pour 10 000 habitants) mais également deux fois plus élevé qu'aux niveaux national et régional (respectivement 3,3 et 3,2). On trouve la même proportion des personnes suivant un traitement de substitution à la méthadone (11 %) parmi les personnes prises en charge dans les CSAPA de la Meuse et dans l'ensemble des CSAPA. Ce résultat apparaît surprenant dans la mesure où la part des opioïdes (en produit 1) est un peu plus de deux fois supérieure parmi les personnes vues dans les CSAPA de la Meuse qu'au niveau national (35 % vs 15 %). Les usagers d'opioïdes

pris en charge dans les CSAPA de la Meuse semblent donc beaucoup moins souvent suivre un traitement de substitution à la méthadone qu'au niveau national. Un constat similaire peut être fait pour la BHD.

Un des deux CSAPA n'ayant pas renseigné les chiffres sur les prescriptions et les dispensations, il n'est pas possible de mener les comparaisons sur ces types d'activité.

LES DEPISTAGES DES MALADIES INFECTIEUSES

En ce qui concerne le dépistage des hépatites B et C et du VIH, les CSAPA de la Meuse ne rapportent qu'un très faible nombre de patients ayant pu en bénéficier, bien inférieur aux moyennes nationale et régionale, à population égale. Mais là aussi le CSAPA Centr'Aid n'ayant pas renseigné ces données, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un défaut d'enregistrement ou si aucun patient pris en charge n'a en effet bénéficié d'un dépistage du VIH et des hépatites B et C.

Tableau 14 : Dépistage des maladies infectieuses : nombre pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2016

	Meuse	Grand Est	France entière
Nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B	0,7	6,8	4,5
Nombre de patients ayant débuté une vaccination contre l'hépatite B	0,1	1,3	0,6
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	0,0	2,2	1,3
Nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	1,0	7,0	4,8
Nombre de patient ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	0,1	0,1	0,1

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDI, Exploitation OFDI

LES SEVRAGES

Le nombre de sevrages initiés dans l'année par les CSAPA de la Meuse apparaît considérablement plus élevé, à population égale, qu'aux niveaux régional et national (respectivement 32 pour 10 000 habitants vs 12 et 10). Un des deux CSAPA de la Meuse déclare en effet un nombre très élevé de sevrages en ambulatoire qui concernerait ainsi plus de 40 % de la file active. Seule une faible proportion des CSAPA en ambulatoire (moins de 7 %) déclare une part aussi importante de sevrages parmi leurs patients. Par ailleurs, un nombre important de CSAPA ne déclarent aucun sevrage et on peut s'interroger encore une fois sur ce qui tient à l'absence d'activité de sevrage et ce qui pourrait s'expliquer par l'absence d'enregistrement de ces activités.

MOYENS BUDGETAIRES

En 2016, les recettes budgétaires des CSAPA en ambulatoire de la Meuse se sont élevées à un peu moins de 1,5 million d'euros, dont 1,4 million proviennent de l'enveloppe médico-sociale du fond de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM). Le montant moyen des recettes par CSAPA s'établit à près de 750 000 euros contre 872 000 euros au niveau national et 1 050 000 euros au niveau régional.

Rapporté à la population, le montant consacré au financement des CSAPA en ambulatoire

de la Meuse est presque deux fois plus élevé qu'aux niveaux national et régional (11 euros par habitant contre respectivement 5,9 et 6,4 euros). Le rapport entre cet indicateur pour la Meuse et l'ensemble de la France correspond à peu près à celui observé pour les files actives et les ETP.

LES CJC

À population égale, les CSAPA de la Meuse accueillent un nombre de jeunes dans les deux CJC un peu inférieur à la moyenne nationale et régionale (5,4 pour 10 000 habitants vs respectivement 6,9 et 7,9). Le nombre d'ETP fléché pour la CJC est également inférieur à la moyenne nationale et tout particulièrement à la moyenne régionale (0,37 vs respectivement 0,51 et 0,91). Au total, le ratio du nombre de patients par ETP dans les CJC de la Meuse (148) est proche de la moyenne nationale (134) mais très supérieur à la moyenne régionale (87). Comme au niveau national, le cannabis est le premier produit le plus souvent cité parmi le public des CJC (69 % des cas vs 70 % au niveau national et 59 % au niveau régional). La part des opioïdes est en revanche considérablement plus élevée dans les CJC de la Meuse (14 %) que dans l'ensemble des CJC en France (2,3 %) ou que dans celles du Grand-Est (4,9 %). Comme au niveau régional, un tiers de ce public s'est vu proposer une orientation à l'issue des consultations (le reste étant dans une situation d'orientation non nécessaire), soit un peu moins qu'au niveau national (44 %). Une proportion bien moindre est orientée vers un CSAPA (12 % vs 21 % au niveau national et 30 % au niveau régional) et une proportion supérieure vers un centre médico-psychologique/ centre médico-psychologique pédagogique (10 % vs environ 2 % aux niveaux national et régional).

LES PERSONNES VUES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

À population égale, le nombre de personnes prises en charge en milieu pénitentiaire apparaît beaucoup plus élevé qu'au niveau national et qu'au niveau régional (33 vs respectivement 4,8 et 6,9). Ainsi qu'il a été dit plus haut, ce type d'activité semble occuper une place particulièrement importante dans un des deux CSAPA. Cette intervention s'accompagne logiquement d'un nombre d'ETP dédié par habitant également beaucoup plus élevé (1,7 vs 0,32 au niveau national et régional). Le nombre de patients par ETP reste néanmoins plus élevé dans ces CSAPA qu'au niveau national (190 vs 151) mais un peu inférieur à ce qui est observé au niveau régional (215). La structure par âge des personnes incarcérées vues par les CSAPA de la Meuse se distingue de la moyenne nationale par une proportion plus élevée de quinquagénaires (19 % vs 7,4 %) et moindre de quadragénaires (13 % vs 21 %). En ce qui concerne les produits, on note encore une fois la proportion importante des opioïdes parmi les produits posant le plus de problèmes (58 % vs 15 %) alors que celles de l'alcool et du cannabis sont beaucoup plus faibles. La part des personnes ayant déjà utilisé la voie injectable apparaît plus importante qu'aux niveaux national et régional (27 % vs respectivement 17 % et 15 %). Les CSAPA de la Meuse prescrivent de la méthadone dans le cadre d'une poursuite d'un traitement de substitution aux opioïdes à un nombre incomparablement plus élevé d'usagers d'opioïdes incarcérés, à population égale, qu'en moyenne nationale ou régionale (6,8 patients pour 10 000 habitants vs 0,3 et 0,4). Les poursuites de traitements à la BHD sont également beaucoup plus élevées dans les CSAPA de la Meuse (4,1 vs 0,3 au niveau national comme régional). Les initiations de traitement restent en revanche très rares pour la méthadone quel que soit l'échelon géographique considéré. Ces initiations sont inexistantes dans le Grand-Est pour la BHD. Les prescriptions de méthadone ou de BHD concernent 57 % des personnes ayant un problème avec les opioïdes.

Arrêt sur image...

Les consommations de substances psychoactives

Des expérimentations qui concernent la majorité des Lorrains de 17 ans en 2017 :



56 % d'expérimentateurs **de tabac** (vs 59 % en France métropolitaine)



87 % d'expérimentateurs **d'alcool** (vs 85,7 % en France métropolitaine)



34 % d'expérimentateurs **de cannabis** (vs 39,1 % en France métropolitaine)

... Des expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis moins fréquentes chez les lorrains de 17 ans qu'en France métropolitaine. Et des expérimentations beaucoup plus rares pour les autres substances psychoactives illicites...

6 % d'expérimentateurs **d'une autre substance illicite**^{*1} (en dehors du cannabis)

(^{*1} avoir expérimenté au moins une des substances suivantes : champignons hallucinogènes, MDMA/Ecstasy, LSD, Crack, Cocaïne, Héroïne)

Des consommations régulières qui concernent plus du quart des Lorrains de 17 ans en 2017 :



22 % de consommateurs quotidiens **de tabac** (vs 25,1 % en France métropolitaine)

...une plus faible proportion de consommateurs réguliers de tabac et équivalentes pour l'alcool et le cannabis par rapport à la France métropolitaine...



8 % de consommateurs réguliers **d'alcool**



6 % de consommateurs réguliers **de cannabis**

Des expérimentations qui concernent la majorité de la population générale du Grand Est en 2014 :



80 % d'expérimentateurs **de tabac** parmi les 15-74 ans



95 % d'expérimentateurs **d'alcool** parmi les 15-74 ans



36 % d'expérimentateurs **de cannabis** parmi les 15-64 ans (vs 41,4 % en France métropolitaine)

*...Une proportion moindre d'expérimentateurs de cannabis par rapport à la France métropolitaine. Et des expérimentations beaucoup plus rares pour les autres substances psychoactives illicites^{*2}...*

4 % d'expérimentateurs **de poppers** parmi les 15-64 ans (vs 7,3 % en France métropolitaine)

3 % d'expérimentateurs **de cocaïne** parmi les 15-64 ans (vs 5,6 % en France métropolitaine)

0 % d'expérimentateurs **de crack** parmi les 15-64 ans

1 % d'expérimentateurs **d'héroïne** parmi les 15-64 ans

(^{*2} La liste des substances psychoactives illicites suivante n'est pas exhaustive. Le poppers est désormais une substance licite.)

Des consommations régulières qui concernent plus du tiers de la population générale du Grand Est en 2014 :



31 % de consommateurs quotidiens **de tabac** (vs 27,9 % en France métropolitaine)



17 % de consommateurs réguliers **d'alcool**

...des consommations régulières de cannabis plus faibles en population générale que chez les jeunes de 17 ans et moindre par rapport à la France métropolitaine en population générale...



2 % de consommateurs réguliers **de cannabis** (vs 3,3 % en France métropolitaine)

Les taux de la France métropolitaine sont indiqués lorsque la différence avec la Lorraine ou le Grand Est est significative au seuil de 5%. Les différences ont été testées par le test du khi2 de Pearson.

Source : ESCAPAD 2017, OFDT, pour les jeunes de 17 ans et le Baromètre santé 2014, Santé publique France, pour les 15-74 ans et les 15-64 ans.

Les conséquences de consommations de substances psychoactives



Les consommations d'alcool et de tabac, les deux principales causes de décès évitables en Meuse :

119,1 décès pour 100 000 hab. par les **trois principales causes de mortalité^{*1} liées au tabac** (vs 100,2 en Fr métrop.)

27,1 décès pour 100 000 hab. par les **trois principales causes de mortalité^{*2} liées à l'alcool** (vs 27,4 en Fr métrop.)

...des taux comparatifs de mortalité qui ne se distinguent pas de la région concernant les décès liés aux consommations d'alcool et de tabac, mais un taux comparatif de mortalité par surdose deux fois plus importants qu'en région...

2,2 décès pour 100 000 habitants de 15-64 ans par **surdose^{*3}** (vs 1,2 en Grand Est vs 0,7 en France métrop.)

...qui concerne un très faible nombre d'individus (en moyenne 2 par an en Meuse sur la période 2011-2015).

Les taux comparatifs de mortalité indiqués sont sur la période de 2011-2015. Lorsque la comparaison avec le Grand Est ou la France métropolitaine est présentée, alors la différence est significative au seuil de 5 %.

*(^{*1} Liste des pathologies : cancer du poumon, BPCO, cardiopathie ischémique)*

*(^{*2} Liste des pathologies : cirrhose alcoolique, psychose alcoolique, cancer des voies aérodigestives-aériennes)*

*(^{*3} Codes CIM10 : F11, F12, F14, F15, F19, X42, X62, Y12).*



Les données des forces de l'ordre et de soins sont dépendantes de l'activité des services. Elles doivent être lues avec précaution.

Des interpellations et des saisies liées aux substances psychoactives :

15,8 interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 hab. de 15-74 ans (vs 17,8 en Grand Est et 11,7 en France métrop.) en 2016

45,3 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants pour 10 000 hab. de 15-74 ans (vs 39,6 en Grand Est, 46,7 en France métrop.) en 2017

...des taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique proche de la région mais au-dessus de la France métropolitaine. Et des taux d'interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants supérieurs à la région mais proche des départements adjacents.

Une part plus importante de saisie d'héroïne parmi les trois principaux produits stupéfiants saisis en Meuse par la police nationale et la gendarmerie entre 2014 et 2018 : **62,1 % de cannabis**, **35,9 % d'héroïne** (<5 % en France^{*1}), **2 % de cocaïne**.

*(^{*1} Bien que ces données ne soient pas parfaitement comparables, les saisies d'héroïne entre 2014 et 2017 en France faites par la douane, la gendarmerie et la police nationale sont de près de 1 % parmi les trois principaux produits stupéfiants saisis, en 2017 elle était de 10 % en France sur la zone Gendarmerie)*



Un recours plus important aux soins liés à la problématique addictologique :

6,2 ventes de Stéribox^{*1} pour 100 habitants de 15 à 74 ans en Meuse (vs 6,6 en Grand Est vs 3,6 en France métrop.)

533,9 patients théoriques aux substituts d'opiacés^{*2} pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans (vs 613,6 en Grand Est vs 338,5 en France métrop.)

*(^{*1} Les stéribox est une trousse de réduction des risques pour les usagers de substances psychoactives par voie injectable)*

*(^{*2} MSO, BHD, y compris suboxone ou méthadone)*

Sources : Inserm-CépiDc (2011-2015) pour les données de mortalité, l'Etat4001 pour les données d'infraction à la législation sur les stupéfiants, DGP/PP - ODICER pour les interpellations pour ivresse sur la voie publique, la gendarmerie et la police nationale de Meuse pour les saisies de substances psychoactives, Siamois - ODICER pour les Stéribox, et Siamois - ODICER pour les taux de patients théoriques aux substituts d'opiacés.

L'APPROCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE : LE PUBLIC ET LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION EN MEUSE

En préambule il est rappelé l'image de la Meuse, et les problématique d'utilisation des données. En effet autour de la thématique des consommations de substances psychoactives, ce département est perçu dans l'espace social pour ses problématiques liées aux consommations d'héroïne. Conséquemment, les autres consommations, pourtant proportionnellement plus importantes, comme dans le reste de la France, sont voilées. Cette représentation de la Meuse pose problèmes à certains acteurs de la filière addictologie. L'un des problèmes soulevés lors de la réunion est l'utilisation des données policières et de la gendarmerie sans rappel des précautions d'usage, et du poids des consommations des substances psychoactives illicites vis-à-vis des consommations plus usuelles (tabac, alcool). Les données policières et de gendarmerie concernant les usages de stupéfiants sont à la fois liées à ces usages mais également aux activités policières : effectifs mis en place sur les problématiques liées aux produits stupéfiants, matériel de détection disponible, etc. Néanmoins, ces données, et celles des dispositifs de soins (...), restent l'une des seules sources d'informations permettant de quantifier les usages de substances psychoactives licites et illicites à l'échelle d'un département.

1. Publics concernés

Le groupe d'interviewés s'est attaché à définir le public concerné par les addictions et en a précisé les caractéristiques notoires. Les participants – selon leur fonction, leur champ d'intervention et le bassin dans lequel ils exercent – ont distingué les publics en fonction de l'âge, ainsi que des contextes spécifiques.

LA POPULATION DES « JEUNES » :

Pour de nombreuses raisons, les jeunes ne forment pas un groupe unifié avec des pratiques et des valeurs si communes que cela. « La jeunesse n'est qu'un mot », écrivait le sociologue Pierre Bourdieu en 1978 (Pierre Bourdieu, Questions de sociologie, Minuit, 1984). De fait, si le plus grand nombre des observateurs considère que parler « des jeunes » va de soi, cela n'est en réalité pas si simple. Pour de nombreuses raisons, les jeunes ne forment pas un groupe unifié avec des pratiques et des valeurs si communes que cela.

« Avant de parler de « jeunes », il faut donc prendre des précautions. Sans doute, la jeunesse partage des éléments en commun, plus réceptive aux nouveautés, à la musique ou aux nouvelles technologies par exemple, mais aussi plus sensible à la conjoncture du marché du travail et davantage frappée par le renchérissement du coût du logement. Il n'en demeure pas moins qu'il serait un profond contresens de ne pas observer, à l'intérieur de cette jeunesse, des divergences énormes. De l'école à l'emploi en passant par la santé, les loisirs ou le logement, de très nombreux jeunes connaissent d'abord les difficultés que rencontrent toutes

les personnes issues de milieux peu favorisés³⁷ ». Par exemple les fils et filles d'ouvriers ou d'employés ont en moyenne des scolarités plus courtes et mettent plus de temps pour trouver un emploi stable, alors que les enfants de cadres supérieurs font des études plus longues et trouvent du travail plus rapidement.

En introduction, le groupe audité a souhaité signaler les préoccupations concernant le public portant les répercussions de sa consommation à autrui. Les fœtus ou nouveau-nés sont identifiés comme faisant partie du public vulnérable du fait où certains peuvent être concernés par un sevrage à l'héroïne à la naissance, ou souffrir de troubles liés à la consommation de produits durant la grossesse. Sont mis en exergue les conséquences majeures de la consommation de tabac et d'alcool principalement durant la grossesse.

Pour le groupe audité, la population « jeunes » la plus porteuse d'inquiétude est celle de la fin de période du collège. C'est en effet à cette période de passage d'âge que les risques d'expérimentations sont les plus marqués. Même si aucun élément statistique ne vient confirmer cela³⁸, la problématique de la baisse constante de l'âge des premières expérimentations est soulevée. Les principales substances expérimentées et consommées sont comme pour les collégiens de France le tabac, l'alcool et le cannabis. Et si l'expérimentation du cannabis concerne plutôt les élèves de 3ème et au-delà, l'alcool est le produit le plus expérimenté par les plus jeunes et ce dès l'entrée en 6ème pour certain. Cette question de la précocité dans l'expérimentation de la consommation d'alcool pose le problème de la tolérance et de la transmission depuis la cellule familiale. En ce qui concerne l'usage régulier de l'alcool, du tabac et du cannabis, il se confirme dans la progression en âge comme le montre les résultats des enquêtes HBSC, ESPAD et ESCAPAD à l'échelle nationale (voir en annexe page 90). La consommation moyenne de ces 3 produits est à la baisse. Le tabac confirme que son image globale se dégrade chez cette population, mais inversement le cannabis s'inscrit comme un « produit naturellement accessible » et reste le produit illicite le plus répandu à l'adolescence.

Ces consommations particulièrement chez les plus jeunes interpellent les acteurs meusiens et questionnent l'accès trop aisé aux substances psychoactives licites et illicites. L'enquête ESPAD montre qu'en France, en 2015, la majorité des jeunes de 15 ans déclarent facile voire très facile d'obtenir du tabac (59 %), de l'alcool (76 %) et du cannabis (41 %)³⁹ ce qui corroborent les observations des professionnels meusiens. Concernant les consommations de substances illicites les consommateurs jouiraient d'un réseau d'interconnaissances leur permettant une accessibilité facilitée. Pour les substances licites, la proximité du Grand-Duché du Luxembourg favoriserait les consommations de tabac du fait de l'attractivité des prix. Issue de ce pays transfrontalier, la consommation, mais aussi la revente de cartouches de cigarettes et de tabac sont en hausses. Ainsi, les saisies de quantités illégales réalisées par la douane sur cet espace sont aussi en augmentation. Selon une enquête réalisée par KPMG en 2015⁴⁰, environ 9 milliards de cigarettes fumées en 2014 provenaient de la contrebande. La France décroche la première place du classement des pays

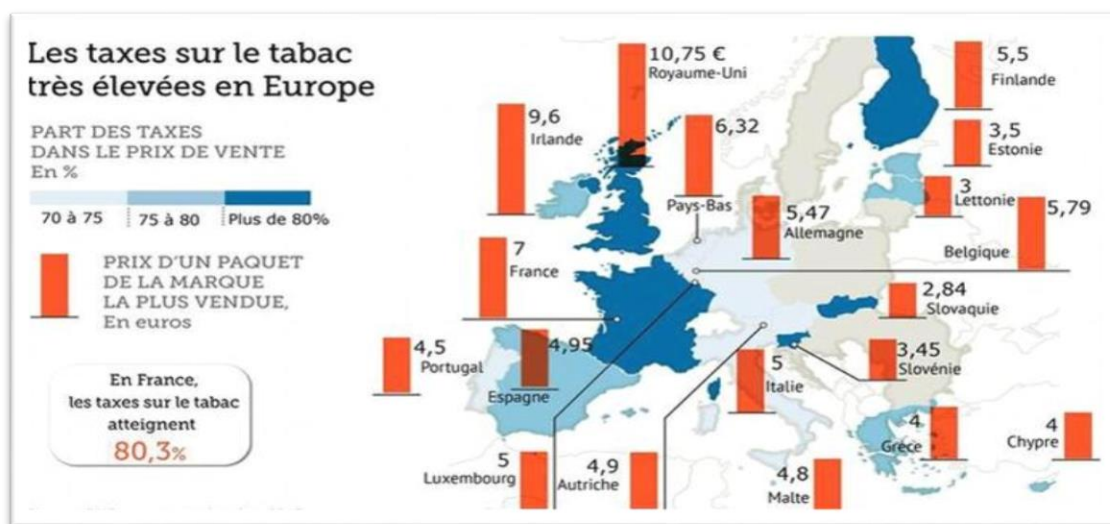
³⁷ Qui sont les jeunes ? - ANALYSES -septembre 2009 - L'Observatoire des inégalités dresse le portrait de la jeunesse dont le malaise est sensible.

³⁸ « Contrairement à certains discours relayés par nombre de personnes en contact avec les plus jeunes ou les médias, les âges d'expérimentation des principales substances psychoactives se caractérisent par une relative stabilité depuis 2000 et marquent même un recul significatif depuis 2014 » – Drogues et addictions, données essentielles- 2019-OFDT

³⁹ ESPAD Report 2015 ; Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, The ESPAD Group, 2016, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf

⁴⁰ Project SUN : A study of the illicit cigarette market in the European Union, Norway and Switzerland

d'Europe (Norvège et Suisse comprises) où le marché parallèle du tabac est le plus florissant. D'après ce rapport, sur les quelque 61,5 milliards de cigarettes fumées en France en 2015, 16,68 milliards étaient soit issues de la contrefaçon et de la contrebande, soit de « ventes non domestiques légales » (achat aux frontières, duty-free...). La contrebande et la contrefaçon, caractérisées par les achats à la sauvette dans la rue ou sur Internet, ont représenté à elles seules 9,01 milliards de cigarettes, soit 14,6% de la consommation totale. Les fumeurs se ruent donc en Espagne, en Belgique, **au Luxembourg** ou dans les boutiques duty-free où les prix sont moins élevés.



Source : OMS, rapport sur le tabac 2015

Le groupe d'experts a souhaité insister sur cette notion d'accessibilité trop facile pour les mineurs, ils notent l'irrespect régulier de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Tous les supermarchés ne sollicitent pas une carte d'identité dans le cas de vente d'alcool, ou de cigarette chez les buralistes. La problématique de la banalisation dans certaines familles, plutôt en situation de précarité, favorise aussi un accès dans l'espace familial.

La question de l'e-cigarette a été soulevée, interrogeant les pratiques du fait que pour certains jeunes il s'agit d'une alternative à l'entrée en consommation de tabac, pour d'autres il semble être une porte d'entrée au tabagisme. L'e-cigarette et la consommation de chichas sont deux exemples présentés comme mode de « transmission » intra familial.

Bien que les expérimentations d'héroïne et de cocaïne soient notamment plus rares, il est noté des expérimentations de cocaïne chez les jeunes de 15-16 ans, particulièrement pour des jeunes en situation précaire. Cette situation serait plus remarquée dans le territoire de la Meuse Nord. Le poids de la précarité dans les comportements et les consommations à risques est précisé avec force par le groupe. Nous y reviendrons lors de la présentation des publics spécifiques.

Pour les publics jeunes en forte précarité, nous retrouvons en Meuse, les profils décrits par Cadet-Taïrou et al. (Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale-Jeunes et addictions-OFDT en 2015) : soit des jeunes de profil « alternatif », dont l'image du « punk à chiens » est la plus médiatique, faiblement présents sur ce territoire, soit des jeunes « en errance urbaine », qui vivent de mendicité, de deal mais aussi de prostitution. Cette dernière population, mineurs ou récemment majeurs semble marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profonde. Cadet-Taïrou parle à leur sujet de « l'aboutissement d'un

processus de désaffiliation, de rupture, scolaire, familial, de centre d'accueil et d'accompagnement. Même si les gendarmeries de Meuse n'ont pas constaté cela, les professionnels de l'accueil en hébergement social note le retour, faible mais présent, de la prostitution, principalement de jeunes filles, en lien avec la consommation personnelle ou d'un tiers à financer.

Il est noté que la tranche d'âge « 12-18 » ans est le plus souvent rencontré sur les lieux de scolarisation, ainsi les diverses interventions de prévention et d'information dans cet environnement permettent d'appréhender le discours des jeunes autour de la consommation et de l'accès. La place de l'Education nationale est ainsi d'un enjeu majeur dans les perspectives de développement d'action de prévention. D'ailleurs l'ensemble des intervenants en milieu scolaire, actions qui restent prioritaires et encadrées dans le cadre du plan MILDECA, notent une double tension chez les jeunes. Ils sont à la fois très informés sur certaines modalités de consommation ou d'accès, la sociologie évoque le développement d'une société « réflexive » pour ces jeunes, mais aussi ignorants de nombres de facteurs de risques liées aux consommations, voire alimentés par de « fausses ou mauvaises informations ». Par exemple la consommation de chicha chez les plus jeunes, souvent expérimentée en famille durant des vacances n'est pas conscientisé comme consommation de tabac. Ces intervenants en milieu scolaire confirment l'expérimentation de l'alcool dès le collège, et décrivent la classe de 3ème comme celle confirmant l'usage régulier de cannabis.

Par ailleurs si la proportion de jeunes consommateurs apparait importante, les professionnels relativisent cette donnée en précisant que la majeure partie des collégiens sont dans une phase d'initiation, la plupart en resteront à cette phase d'expérimentation liée au contexte de l'adolescence et ne rencontrent pas de problèmes collatéraux.

La Meuse ne possède pas sur son territoire de dispositif universitaire, les seules formations post-bac sont des BTS et formation infirmière. Ainsi il semble que le territoire connaît relativement peu de problématiques d'alcoolisation ponctuelle importante (API) notamment dans le cadre des « fêtes étudiantes ». Pour autant des situations d'API sont identifiées plus particulièrement dans le cadre de fêtes d'anniversaires, y compris, encore une fois dans l'environnement familial. Les professionnels notent la rareté de consultation en urgence pour motif d'éthylisation de la part de cette tranche d'âge et soulignent l'absence totale de demande de consultation de la part des jeunes concernant une problématique alcool. Pour autant des situations d'API sont identifiées plus particulièrement dans le cadre de fête d'anniversaire, y compris, encore une fois dans l'environnement familial.

En complément au champ de la scolarité, les comportements de consommation des jeunes ont pu être abordés sur le volet judiciaire, de la prévention spécialisée, la maison des adolescents, et du soin par le biais de la « Consultation jeunes consommateurs ». Les professionnels de ces différents champs constatent que les consommations des jeunes suivis/reçus prennent une ampleur différente de celles des jeunes « lambda » rencontrés dans le cursus scolaire. La poly consommation y serait un élément de différenciation important entre ces deux groupes. Concernant les addictions sans produits la maison des adolescents souligne l'émergence de problématique liées aux écrans (téléphone portable, tablette, ordinateur) qui participent de troubles de l'humeur, du sommeil, et de la concentration. Les représentants de l'Education Nationale souscrivent aussi à cette remarque et constatent une plus grande difficulté de reprise des cours le lundi matin en particulier.

Selon les acteurs de l'accompagnement des jeunes, la consommation, souvent poly-consommation (alcool-cannabis en particulier) répondrait à un principe de « médication » :

lutte contre l'angoisse, la violence, auto ou hétéro, l'aide à dormir... Un constat peut être fait : ces jeunes sont dans une phase de construction identitaire et de ce fait, leurs consommations sont à différencier de celles des adultes. Ils semblent peu sensibles aux messages de prévention et aux informations transmises, et ne perçoivent que ce qu'ils considèrent comme « effets bénéfiques » de leurs consommations. La relation aux substances est idéalisée.

De manière générale, la population jeune est peu demandeuse de soins. L'activité « Consultation Jeunes Consommateurs » est stable, et les jeunes reçus ne le sont qu'exceptionnellement du fait de leur propre demande, c'est plus souvent une demande de la famille, du médecin... La maison des adolescents, en tant qu'espace non stigmatisant est ainsi un espace où les questions sur les effets délétères peuvent être abordés. Il est pour autant signalé des situations d'entrée en pathologies psychiatriques pour certains jeunes fortement consommateur cannabinique.

LES « ADULTES »

En complément du public mineur dont la situation a été évoquée, la population adulte, notamment au regard des situations socio-économiques et socio-judiciaires, est concernée par les addictions. Des pistes complémentaires ont été évoquées dans le cadre des consommations au travail, des personnes en démarche de soins, de l'environnement familial, des pathologies psychiatriques et enfin les problématiques concernant spécifiquement les femmes.

Une précarité socio-économique prégnante : la catégorie des adultes qui semblent la plus concernée est porteuse de difficultés socio-économiques et professionnelles. En témoigne le public accueilli en Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) et/ou en Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale (CHRS) qui sont particulièrement touchés par des consommations régulières de substances psychoactives.

Tout comme les observations faites à l'échelle nationale par les enquêtes du Baromètre santé, quel que soit le produit, un gradient social est observé par les professionnels de la filière meusienne concernant les consommations à risque. Bien que les consommations régulières de substances psychoactives touchent toutes les tranches de la population, les personnes aux situations précaires sont plus fréquemment consommatrices à risque d'alcool, de tabac, de cannabis, d'héroïne et de cocaïne, que les autres. Parmi les personnes sans domicile, bénéficiant d'une solution d'hébergement, des proportions de consommateurs réguliers d'alcool et/ou de cannabis importantes ont été constatées. Des proportions importantes de consommateurs réguliers de cannabis ont été également remarquées parmi les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ces consommations sont souvent associées à une faible estime de soi, un mal-être, une rupture avec la famille, ou encore des problèmes d'insertion sociale et/ou professionnelle. Ces éléments sont souvent les premiers motifs de rencontres auprès des professionnels du secteur social et médico-social, au cours desquelles ces consommations sont remarquées. Les professionnels socio-sanitaires confirment les particularités des produits consommés selon l'âge : cannabis et alcoolisations ponctuelles importantes chez les plus jeunes, cannabis-cocaïne-héroïne chez les jeunes adultes, tabac et consommations régulières d'alcool chez les plus anciens.

Le public hébergé en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) est fortement concerné par les addictions. Il s'agit majoritairement de jeunes hommes, isolés, en rupture familiale et/ou sociale. Il semble qu'une proportion importante de ces personnes

bénéficie ou a bénéficié d'un traitement de substitution. Il est constaté qu'auparavant, les personnes hébergées étaient principalement consommatrice d'alcool. Ici, comme ailleurs, le cannabis est très présent et facilement accessible. Comme déjà évoqué précédemment des situations de prostitutions ont été à nouveau observées, ce qui n'était plus le cas les années précédentes.

De même, les professionnels du champ sanitaire soulignent qu'environ un tiers des personnes suivies présente des comorbidités psychiatriques. Ces comorbidités semblent plus conséquentes chez les usagers d'héroïne-cocaïne que pour les personnes alcoolodépendantes.

LE PUBLIC SOUS-MAIN DE JUSTICE, LES INTERPELLATIONS...

Cette liaison peut paraître « stigmatisante » mais nombre de personnes accompagnées par un dispositif ou une structure d'orientation éducative et sociale est en contact à un moment donné avec les services de police ou de gendarmerie, ou avec la justice.

Le procureur de la république de Bar-le-Duc souligne l'importance du coût social des consommations de produits psychoactifs et veut sensibiliser au fait que l'addiction est parfois la cause mais aussi la conséquence d'une certaine déshérence sociale. Il confirme que la population jeune la plus rencontrée est concernée par une consommation cannabique et que la population adulte, en dehors des interpellations en lien avec les infractions à la législation des stupéfiants (ILS) est plutôt masculine, de plus de 35 ans et ayant une problématique « alcool ». Le constat sur l'impact social est ici décliné au travers des risques de violence intra familiale, d'incivilités, d'agressions et de risques routiers, faisant encourir des risques pour les autres et pour soi-même.

Les alternatives à la peine que sont les obligations de visite (OV) ou obligation de soins (OS) concernent majoritairement les jeunes mis en cause dans le cadre d'une ILS liée au cannabis en tant que consommateur, tandis que la population jeunes adultes et adultes (plus de 25 ans) concernées, le sont dans le cadre d'une infraction routière sous stupéfiant et/ou alcool. Les services judiciaires expriment leurs interrogations sur la portée des messages de prévention, notamment pour le public jeune dans ces modalités d'alternative à la peine. Les professionnels confirment qu'il est difficile d'accompagner quelqu'un qui n'est pas « volontairement et sincèrement » en demande d'aide, mais que cette option peut servir d'un premier marqueur, d'une première étape absolument nécessaire dans ce cas de figure.

Concernant la population sous-main de justice, la situation des établissements pénitentiaires de Meuse est similaire à la situation nationale : la population pénitentiaire présente des prévalences de comportement addictifs et de pathologies psychiatrique et/ou troubles psychique supérieures à la population générale^{41,42,43}.

⁴¹ Prison, Rapport national 2016 (données 2015) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox, OFDT, sous la direction de F. Beck, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2016-5-1-PrisonFR.pdf> (2015)

⁴² Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, Rapport final, Ministère de la santé et de la justice, F Rouillon, A Duburcq, F Fagnani, B Falissard, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf (2004)

⁴³ Prévalence des troubles psychiatriques en prison, Revue de l'épidémiologie – Santé mentale, T Fovet, P Thomas, Psychiatres, CHU de Lille, Laurent Plancke, Sociologue, FR2SM Hauts-de-France

LES USAGERS DES DISPOSITIFS DE CENTRES DE SOIN

En 2016, l'âge médian du public accueilli par les CSAPA en Meuse est d'environ 38 ans, et il est composé à 81 % d'hommes. Près du tiers (23 %) vivent du RSA et les trois quarts (78 %) vivent dans un logement de façon durable.

LES SALARIES

Les salariés représentent également un groupe distingué dans les échanges. Les participants citent des faits en lien avec la consommation de produits psychoactifs avant, pendant ou après les heures de travail. En témoigne l'accidentologie et le nombre accru de demandes d'interventions (information, sensibilisation) en milieu professionnel. Certaines filières professionnelles sont identifiées comme plus à risque (métiers de restauration, BTP, transport), ainsi que le public en recherche d'emploi, allant dans le sens des résultats du Baromètre santé à l'échelle nationale. La médecine du travail est identifiée comme actrice majeure pour orienter vers les services spécialisés notamment les CSAPA.

L'ENTOURAGE

Les femmes sont également citées en Meuse en tant que mères ou conjointes de consommateurs. Au sein de la famille, ce sont souvent elles qui interpellent les services sociaux (dont la maison des adolescents), de médiation, et médico-sociaux (dont CJC et CSAPA). Les mères sont souvent en pleine confusion relationnelle avec leurs enfants consommateurs qu'elles disent ne plus reconnaître. Elles sont souvent demandeuses d'aide, d'information mais aussi d'un « savoir-faire » (savoir quoi faire) auprès des professionnels.

2. Comportements de consommation

Nous allons présenter l'ensemble des produits, par le biais des observations et analyses que le groupe y a associées. Les problématiques alcool et cannabis semblent être centrales et ceci au regard du public spécifique concerné par leurs consommations. Les représentations sociales liées aux usages des substances psychoactives ont une influence sur leurs consommations et leur prise en charge. Les représentations des substances psychoactives peuvent être ordonnées de positives à négatives, et varient en fonction des tranches de la population.

Plusieurs professionnels du secteur social ont remarqué que certaines parties de la population ont une plus grande tolérance par rapport aux consommations d'alcool et de tabac, facilitant leurs consommations et celles de leur entourage. Ces professionnels ont également constaté une banalisation des consommations de cannabis dans certaines tranches de la population meusienne. L'aspect illégal et nocif des consommations de cannabis est occulté par ces personnes. Cette banalisation serait plus fréquente parmi les personnes immigrées dont le pays d'origine a une autre représentation des consommations de cannabis, et chez certains jeunes de milieu précaire, le plus souvent en rupture avec leur famille.

Cette tolérance contraste avec l'image véhiculée sur internet et plus particulièrement par certains influenceurs à propos – entre autre – du tabac. L'image du tabac serait dégradée



auprès des jeunes du milieu scolaire, grâce notamment, aux modes de vies plus sains promus par certains youtubeurs qu'ils perçoivent comme légitimes. Cette dégradation de l'image du tabac est aussi observée dans l'étude ARAMIS de l'OFDT, ce qui amènerait à une diminution des consommations de tabac parmi les jeunes.

LE TABAC : VERS UNE DENORMALISATION

Le groupe s'est peu arrêté sur la consommation de tabac des adultes, et ce, en raison du fait que le produit n'entraîne pas de modifications notoires du comportement ou de dommages socio-professionnels majeurs (hors pathologies invalidantes). Les observations locales ne corroborent pas les données statistiques nationales qui montrent une consommation en baisse chez les plus de 17 ans (27 % des adultes de 18 à 75 ans déclare un tabagisme quotidien en 2017 contre 30 % en 2000). Ainsi la proximité du Luxembourg et des prix du tabac qu'il pratique est estimé comme une cause importante du maintien d'une consommation élevée.

En ce qui concerne la consommation tabagique chez les plus jeunes, elle est catégorisée comme toujours présente malgré le fait que les données nationales identifient *« une évolution remarquable observée sur les vingt dernières années concerne le tabagisme des adolescents. Ainsi, l'expérimentation de tabac en 2017 (59 %) est inférieure de près de 20 points à ce qu'elle était en 2000 (78 %) »*.

Pour autant les professionnels et notamment les CSAPA ANPAA et Centr'Aid soulignent l'augmentation du nombre de demandes de consultations pour l'arrêt du tabac. Ils insistent sur les effets positifs des actions de prévention organisées dans le cadre du « mois sans tabac » ou des « ateliers santé ville » pour le CSAPA ANPAA, et des actions de prévention complémentaires, qui sont tournées vers des thématiques cibles comme la grossesse avec l'appui de sages-femmes, ou encore la parentalité en collaboration avec la maison de la solidarité de Commercy pour Centr'Aid.

Le tabac reste l'un des produits majeurs dans le cadre des polyconsommations comme pour les usages concomitants. Le tabac est noté comme produit présent chez les consommateurs de cannabis (qu'il soit sous forme d'herbe, de résine et plus exceptionnellement d'huile), puisqu'il reste consommé le plus souvent sous forme de « joint » fumé, mélange de tabac et de cannabis. De rares jeunes fument le cannabis pur, mais selon les jeunes rencontrés il s'agit plus couramment de consommateurs occasionnels, cette approche étant jugée bien trop coûteuse pour les consommateurs réguliers.

L'ALCOOL : PRODUIT OMNIPRESENT

A l'opposé du tabac, évoqué principalement sous l'axe de la consommation des plus jeunes et de la stratégie des fabricants de tabac pour les « attraper au plus tôt », l'alcool est omniprésent dans le discours des participants en tant qu'usage problématique quel que soit le public énoncé.

Le groupe souligne l'effet discordant entre les messages d'interdictions ou de limitation de consommer, les informations santé, les messages de prévention ; et par ailleurs le développement de stratégie commerciale (« happy hour », « open bar »), le poids du « culturel » identifié comme pôle de sociabilité, convivialité et associé aux rituels de la vie. Les

consommateurs, notamment les plus jeunes entretiennent une relation complexe, voire ambivalente à l'alcool : il y aurait des bons et des mauvais consommateurs selon le type d'alcool consommé et la régularité. L'exemple courant est celui des consommateurs de vins pour les plus âgés, et de bière pour les plus jeunes qui considèrent qu'ils ne boivent pas de l'alcool. Ainsi même si l'alcool est le produit dont les effets sont les plus repérables, les conséquences de sa consommation – qu'elle qu'en soit l'intensité et la durée – semblent au mieux minimisées si ce n'est niées. Les professionnels soulignent que les usagers ne seraient pas toujours informés de la composition des produits (Exemple : présence d'un faible taux alcool dans la bière déclarée sans alcool, composition réelle des « prémix⁴⁴ ») ou des risques qu'ils encourent. Ils signalent aussi l'effet packaging, par exemple les « canettes » de bière de 50 cl à 9°, peu couteuse et dont le conditionnement facilite l'usage. Pour autant cette forme de contenant correspond à 4 équivalents de consommation standard. La méconnaissance des « doses standard » sur laquelle repose les messages de prévention et/ ou de réglementation est ainsi souligné. L'opposition « alcool fort » et les autres alcools (vins, bière, prémix) est aussi remarqué. Les alcools dits « forts » semblent utilisés pour accélérer l'atteinte des effets recherchés. Les jeunes rencontrés évoquent les « mélanges » artisanaux mixant plusieurs types d'alcool avec comme effet recherché soit la désinhibition, soit la sédation. Ainsi il semble que les usages aient évolué au cours des générations et que si la consommation est globalement à la baisse en terme de volume, elle est à la hausse en terme de recherche ponctuelle d'ivresse. Les API (alcoolisations ponctuelles importantes) semblent s'apparenter à la recherche d'un état de « défonce » proche de celui recherché avec le cannabis. L'évolution de nos rythmes d'intégration sociétaux pèsent aussi sur la population des 18-30 ans. Le clinicien Philippe Jeammet évoque la notion de pressions professionnelles, doublées de responsabilités familiales comme facteurs d'anxiété et donc de mésusages de produits psychoactifs, en particulier pour l'alcool et plus fortement chez les femmes. Il note que les 18-30 ans peuvent cumuler des comportements et des consommations de types « adolescent » mais aussi « d'adulte émergent⁴⁵ », cette cohabitation de mode de consommation rend complexe les messages de prévention.

Selon les données ODICER pour la Meuse, la part de présence d'alcool lors des accidents routiers est en légère baisse depuis 2010 et le nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique aussi. L'insécurité routière est l'une des principales sources d'inquiétude des forces de l'ordre. Les consommations de substances psychoactives peuvent fortement impacter la conduite. Elles augmentent fortement les chances de provoquer un accident de la route de près de 8,5 fois pour l'alcool, 2 fois pour le cannabis et 15 fois pour une consommation conjointe⁴⁶. Une augmentation de ces conduites sous l'emprise de stupéfiant, le plus fréquemment du cannabis, est remarquée par la gendarmerie et par la police (172 en 2013, 244 en 2017 en zone gendarmerie et 70 en 2014, 91 en 2017 en zone police). Toutefois, cette augmentation pourrait en partie être dû à l'augmentation du nombre de kits de mesure disponibles par la gendarmerie. D'autres comportements à risques liés à des consommations d'alcool inquiètent également les forces de l'ordre, qui repèrent des problématiques de violences intra familiales concomitantes à des états d'ivresses d'un des membres de la famille.

De même, ces consommations d'alcool peuvent présenter des risques lors d'une activité professionnelle. Pour les salariés l'évolution de la législation sur l'interdiction de l'alcool sur les lieux de travail à modifier les modes de comportements et la banalisation des

⁴⁴ Boisson issue d'un mélange d'une boisson non-alcoolisée et d'une boisson alcoolisée.

⁴⁵ Les jeunes face à l'alcool – Broché : collection « la vie devant eux », M. Choquet, C. Moreau 2019

⁴⁶ Données de la sécurité routière, ONISR

consommations n'est semble-t-il plus d'actualité. Pour autant d'après le Baromètre santé 2010 de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 16,4 % des actifs occupés déclarent consommer de l'alcool sur le lieu de travail en dehors des repas et des pots. Les médicaments psychotropes et le cannabis sont les autres substances psychoactives les plus consommées en milieu de travail.

En outre, le groupe souhaite rappeler l'importance des messages de non-consommation d'alcool durant la grossesse. Ces consommations qui présentent un risque pour le nouveau-né concerneraient environ une femme enceinte sur dix en France et seraient au niveau du pays plus fréquentes parmi les femmes les plus âgées et les plus diplômées d'après les données du Baromètre santé 2017⁴⁷.

Les professionnels d'addictologie soulignent aussi le rôle de produit de « déplacement » ou « d'attente » chez les ex-héroïnomanes sous traitement de substitution, ainsi l'alcool est cité aussi comme produit identifié comme « thérapeutique » psychotrope à moindre coût et de facilité d'accès. Ils insistent sur le fait que les adultes en situation de précarité sont une population particulièrement concernée.

LA BANALISATION DU CANNABIS

De même que pour l'alcool, la consommation de cannabis s'est fortement banalisée. La présence est identifiée comme répandue et très présente, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes. Le groupe de travail note, comme pour le niveau national des consommateurs anciens, donc vieillissant, bien souvent parents, ce qui pose la question de la transmission intergénérationnelle intra-familiale. En effet, la consommation de ce produit semble s'inscrire dans un phénomène de mode et d'habitude. L'éducation nationale remarque que pour certains jeunes la consommation de cannabis se fait devant les établissements scolaires, entre deux cours ou à la pause méridienne et sans forcément s'en cacher. Selon l'OFDT, en 2017, près du tiers des adolescents de 17 ans du Grand Est ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (36 %). Bien qu'il s'agisse de la prévalence la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD (inférieure de 6 points à celle de 2014), le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée à l'adolescence. L'usage dans l'année et l'usage régulier ont eux aussi diminué. Même si ce recul généralisé des usages de cannabis entre 2014 et 2017 s'observe pour les deux sexes, les consommations sont d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée : ainsi, les niveaux d'usage régulier varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %).

Toujours selon l'OFDT, pour les adultes, en 2017, 45 % des français âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes (50 %) que des femmes (37 %). L'usage au cours des 12 derniers mois concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes) et s'avère stable depuis 2014, tout comme l'usage au cours du mois, qui s'élève à 6 % en 2017 (9 % des hommes et 4 % des femmes).

Le groupe de travail insiste sur le fait qu'en plus de la banalisation du produit, c'est également son usage qui l'est. Ainsi ni le caractère illégal ni les risques bio-psycho-sociaux qu'il peut induire ne paraissent pris en considération par le consommateur. Même si le constat

⁴⁷ Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse, Alcool Tabac, Baromètre santé 2017, Andler R. al. 2018

est fait que, probablement la plupart des jeunes consommateurs ne s'engageront pas dans un usage problématique⁴⁸, il est noté la faible adhésion de cette population aux différents messages de prévention.

Son mode de consommation semble être constant sous la forme résine, même si, pour les consommateurs les moins réguliers l'herbe est présente pour parité. La plupart des saisies réalisées par la gendarmerie le sont sous la forme de résine ce qui confirmerait pour une part cette donnée.

Le cannabis étant le produit illicite le plus présent en territoire de Meuse, Il est aussi celui le plus concerné par le nombre de procédures établies. Il est ainsi le produit le plus saisi en Meuse pour ces 5 dernières années, toutefois l'année 2018 représente à elle seule plus d'un tiers de ces saisies. La Meuse est davantage concernée par des problèmes d'usagers et d'usagers-revendeurs. Ainsi une partie des jeunes (les 15- 25 ans) est « investie » dans le système économique lié au trafic.

Depuis 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) quantifie les opinions et les perceptions de la population française sur les drogues et les politiques publiques associées grâce à l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes).

En 2018, pour le cannabis, la moitié des personnes parmi les 2001 interrogées (représentative de la population des 18-75 ans) considère que sa consommation représente un risque dès le premier usage, un tiers situe le seuil de dangerosité à partir d'une consommation quotidienne et 16 % à partir d'une consommation dite « occasionnelle ». *« Comme pour les autres substances illicites, on observe un déplacement du seuil de dangerosité perçue du cannabis, de l'expérimentation vers une consommation au moins occasionnelle. Cette dangerosité se traduit pour la plupart des enquêtés en termes de dépendance : 85 % d'entre eux considèrent qu'un fumeur de cannabis peut devenir « dépendant au point de ne plus pouvoir s'en passer ». Le cannabis est, avec l'alcool, la seule substance qu'une très petite proportion considère comme jamais dangereuse (respectivement 2 % et 1 %) ».*

La notion de dangerosité du cannabis est fortement liée à l'expérimentation d'une drogue illicite. Ainsi, les personnes en ayant déjà consommé une ont moins tendance à considérer les substances comme dangereuses dès leur expérimentation.

En dehors de sa surreprésentation sur le « marché », le cannabis l'est aussi chez les publics en précarité et pour les polyconsommateurs. La Protection Judiciaire de la Jeunesse de Meurthe-et-Moselle a constaté que la quasi-totalité des mineurs accompagnés sont consommateurs de cannabis, cette observation n'a pu être confirmée en ce qui concerne la Meuse, mais la tendance nationale va en ce sens. La gendarmerie comme les associations œuvrant en prévention en milieu scolaire confirme que le cannabis est un thème majeur abordé par les collégiens lors des échanges.

Les jeunes rencontrés évoquent pour certains un usage récréatif, mais une grande partie parle des effets de détente, d'endormissement, d'anxiolytique du produit. Il semble que plus le

⁴⁸ En 2017, un usager dans l'année de cannabis de 17 ans sur quatre (25 %) présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis, selon le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), outil de repérage des usages problématiques en population générale (Spilka et al., 2013). Cette proportion est légèrement plus importante qu'en 2014 (22 %) et la part d'usagers dans l'année potentiellement à risque est plus élevée chez les garçons (29 %) que chez les filles (19 %). Globalement, à 17 ans, 7,4 % des adolescents présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit environ 60 000 jeunes de cet âge (Spilka et al., 2018a). Drogues et addictions, données essentielles - Édition 2019-OFDT

discours sur une potentielle autorisation à but thérapeutique est présent, plus la banalisation de l'usage du produit l'est aussi.

Enfin, comme précisé pour l'alcool, et en dehors d'une étude territoriale plus spécifique, une enquête menée en 2009 par l'INPES, l'INRS et la SMTIOF auprès de 750 médecins du travail rapporte que, sur les 12 mois précédant cette étude, 29 % des médecins du travail ont été sollicité par un employeur pour un problème de cannabis.

POINTS DE VUE DIVERGENTS SUR LA CONSOMMATION D'HEROÏNE

Les consommations de substances psychoactives, selon le produit, ont été spontanément territorialisées par les acteurs de la filière addictologie. Les professionnels hospitalier et médico-sociaux ainsi que les services de police confirment les caractéristiques nord géographique du département en ce qui concerne la consommation d'héroïne. Les raisons évoquées sont le fait que le nord meusien est une zone très proche des Pays-Bas, d'où proviendrait l'héroïne, et au fait des caractéristiques des consommateurs en milieu rural déjà décrit (Y. Schléret et al. 2013) et qui démontre que l'offre de drogues en milieu rural, contrairement aux idées reçues, n'est pas problématique. A nouveau ici la place des usagers-revendeurs plusieurs fois présentés joue un rôle majeur dans la diffusion d'héroïne.

Toutefois, les données de la police et celles de la gendarmerie couvrent des zones géographiques distinctes : Verdun, Bar-le-Duc et quelques communes aux alentours, par la police, et le reste du territoire par la gendarmerie. Les observations faites à partir des données policières, à propos de la séparation nord/sud de la Meuse pourraient se limiter aux circonscriptions policières, car les données de la gendarmerie ne font pas ressortir cette séparation.

Les professionnels des CSAPA notent en particulier le poids de l'historicité de l'implantation de leurs structures et antennes dans la caractérisation de leurs files actives. En effet en ce qui concerne le suivi, fragile et difficile à mettre en œuvre au départ, sa continuité dépend de la relation « de confiance » entre le thérapeute et la personne. Il n'est ainsi par rare de voir des suivis sur plusieurs années, particulièrement pour les consommateurs d'héroïne substitués. L'équipe de l'unité d'addictologie les Mays du centre hospitalier Fains-Veel note aussi que les communes les plus rurales du sud meusien sont elles aussi concernées par la problématique de l'héroïne.

Pour l'héroïne, les professionnels soulignent qu'il s'agit le plus souvent d'un usage initiatique et/ou festif et qu'un nombre relativement faible de consommateurs, suivis ou non, anciens dans l'usage du produit existe. Même si les données administratives (mortalité par surdose, ILS, file active des CSAPA...) tendent à démontrer une prévalence supérieure à la moyenne régionale, il faut relativiser l'importance en nombre des situations et des cas complexes.

Les opioïdes souvent s'intègrent à une polyconsommation de drogues. Les modes de consommation semblent avoir évolué vers un usage irrégulier d'héroïne qui ne serait plus central dans la consommation. La notion de « qualité-prix » est forte chez les consommateurs réguliers et déterminent le rythme des consommations. Il s'agit souvent d'une population socialement très vulnérable dont le mode d'usage reste majoritairement l'injection, mais aussi sniff ou elle est plus rarement fumée.



Concernant le mode d'usage, l'héroïne brune serait la forme la plus consommée et les professionnels de CSAPA indiquent que le sniff serait le principal mode d'usage. Quant aux injections, 1,5 % des personnes prises en charge ont utilisé ce mode de consommation lors des 30 derniers jours (vs 5 % au niveau régional et national) et les personnes aux situations précaires représenteraient une part importante de ces injecteurs. Alors que l'injection dans les 30 derniers jours est moins utilisée en Meuse que dans le pays, une part plus élevée a utilisé la voie intraveineuse antérieurement (14 % vs 9 % au niveau national et 11 % au niveau régional). Pour la population de consommateurs génériques, les professionnels confirment que le mode principal d'usage reste le sniff.

Le profil des consommateurs est double, un groupe dit de « néoruraux », en situation précaire défavorable, ayant quitté les milieux urbains par défaut d'insertion professionnelle et/ou de logement, et les consommateurs issus directement de la ruralité. Ainsi l'initiation autour de la triade Tabac-Alcool-Cannabis peut parfois se prolonger dans le cadre de moments festifs avec d'autres produits, l'héroïne en particulier.

Comme pour le cannabis la plupart des usagers d'héroïne sont des usagers-revendeurs qui présentent globalement un profil assez commun : plutôt des hommes, entre 20 et 40 ans, peu mobiles, ils sont majoritairement originaires du territoire et en échec d'insertion scolaire et/ou professionnelle. L'usager-revendeur assure principalement sa consommation personnelle par le biais de la revente, mais ce « commerce » peut servir d'équilibre financier dans les cas d'une plus grande précarité. Pour les autres usagers (donc non usager-revendeur) d'héroïne, le profil diffère quelque peu, il n'y aurait pas de rupture de trajectoire de vie, mais l'usage, au départ récréatif, a débouché sur une dépendance forte.

Pour mémoire, l'investigation du dispositif TREND spécifique aux territoires ruraux entre 2012 et 2014 identifiait comme espace d'expérimentation de l'héroïne, les fêtes de village (avec un mode opératoire identique au free party), la transmission familiale, et une consommation marquée par une sociabilité de l'entre soi⁴⁹...

De fait dans un espace où « tout le monde se connaît », l'accessibilité au produit illicite est aisée. Les « carnets d'adresses » des revendeurs potentiels sont faciles d'accès grâce aux processus de diffusion des réseaux de connaissances. Il faut aussi rappeler la situation frontalière de ce département jouxtant la Belgique et proche du Luxembourg et des Pays-Bas. Cette proximité géographique (moins de 250 km) de lieux de trafics internationaux explique pour une part importante la structuration du « marché » local.

LA COCAÏNE, UN PRODUIT SECONDAIRE QUI DEVIENT DE PLUS EN PLUS PRESENT :

La cocaïne est le deuxième produit psychoactif illicite le plus consommé en France derrière le cannabis. Au niveau national l'usage de cocaïne chez les adolescents s'est réduit entre 2014 et 2017, il est en revanche plus souvent déclaré par les adultes (nombre d'usagers dans l'année en forte progression depuis 2014), notamment les 26-34 ans⁵⁰. Le groupe de travail confirme ce constat en constatant une offre très présente sur le territoire. La forme

⁴⁹ Espace peu peuplé et à faible densité, le rural connaît une sociabilité fortement marquée par l'interconnaissance et l'entre-soi. On y vit sous la vue permanente des autres et le regard du groupe duquel dépend son propre statut social, son propre honneur, ce que résumait les expressions « je connais tous les gens de mon village, tout le monde se connaît, ce n'est pas l'anonymat comme à la ville ». Pour le sociologue Henri Mendras, « dans les sociétés d'interconnaissance, on ne parle pas pour informer, on parle pour situer chacun à sa place » Nord de la Meuse: l'épidémie d'héroïne ignorée-Y.Schléret-VIH.Org

⁵⁰ Drogues et addictions - Données essentielles-OFDT-2019

d'usage la plus commune reste le snif et très peu de cocaïne basée (crack ou free base) a pu être rapporté.

Pour les professionnels l'usage de la cocaïne est principalement utilisé dans un cadre festif et pour ses effets stimulants, physiques et cognitifs, et désinhibants. De fait les consommateurs habituels, mais non réguliers, sont dans une position de déni quant aux risques inhérents à cette alcaloïde et aux différentes étapes de « coupes » du produit. Notamment, parce qu'il est plutôt consommé par snif.

Les professionnels signalent aussi que l'apparition forte de la cocaïne sur le territoire est aussi liée à la « stratégie commerciale » des revendeurs, qui ont une « clientèle » stabilisée, cherche à « diversifier » leur offre... Il a été rapporté aussi que dans cette logique, le gramme de cocaïne se négociait entre 20 et 40 euros actuellement à Longwy (soit 2 à 3 fois moins cher que dans le prix moyen du reste de la France), ville du nord de la Meurthe-et-Moselle, située à moins de 60 km de Verdun, soit à moins d'une heure de trajet et porte d'entrée entre la Meuse et les pays limitrophes (Belgique, Luxembourg).

La cocaïne est ainsi peu présente dans les préoccupations des acteurs de terrains, même s'ils constatent une augmentation sensible d'usagers, celui-ci restant sommes toutes relativement restreint comparativement aux autres produits. De plus, il est noté le sentiment que les usagers ne sont guère sollicitant des réseaux de soins. A la fois car il y a volonté et croyance de maîtriser leur consommation, et que pour ceux qui consultent avec pour motif de consultation un autre produit, ils disent n'avoir aucun problème avec la cocaïne. La diversification de l'offre et la baisse du tarif semblent être les motifs principaux de ce développement.

LES AUTRES OBJETS ET SUPPORTS ADDICTIFS :

Parmi les autres situations à prendre en compte, la maison des adolescents souligne la place de plus en plus importante des écrans et de leurs usages. A la fois comme mode de liens inter-jeunes par le biais des « réseaux sociaux », mais aussi comme support d'information, d'écoute musicale, de visionnage de vidéos et de jeux. Les multi-usages possibles qu'offrent les écrans sont autant de problématiques pour des jeunes qui souvent, du fait d'un âge jugé suffisant, ne sont plus « accompagnés » ou « encadrés » par leur famille dans l'accès et la durée de l'usage de ces outils. Quelques situations symptomatiques de troubles du comportement principalement associés aux jeux vidéo ont été rapportés. Est relaté aussi le sentiment d'un accès de plus en plus jeune et de moins en moins cadré à l'ensemble des supports vidéos.

Plus généralement, ce sont les professionnels de l'Education Nationale et de l'insertion qui s'inquiètent de la place et du temps que peuvent occuper les nouveaux médias dans la vie des élèves. Les élèves peuvent passer leurs soirées et leurs nuits à l'usage du téléphone portable ou de l'ordinateur (jeux en ligne, réseaux sociaux...). Les médecins et infirmier(e)s de l'Education Nationale identifient des troubles du sommeil chez les élèves, et des difficultés chez les parents à poser un cadre d'utilisation des écrans le soir et/ou la nuit.

Les services sociaux ou acteurs de l'insertion confirment ces différentes remarques et insistent sur la notion de difficulté parentale à agir sur ces usages. En outre les réseaux sociaux peuvent être les relais de contenus violents, de comportements délétères (vindictes populaires, stigmatisations...), et de fausses ou mauvaises informations en particulier sur les effets des produits psychoactifs.

La place et l'accessibilité aux mineurs de jeux d'argent, tant les jeux à gratter que les paris sportifs a aussi été signalé, mais dans une moindre importance. Pour autant l'extrême facilité d'accès est encore remarqué.

En outre, les médicaments psychotropes sont souvent présents pour compenser l'absence du produit principal et font nécessairement partie des produits en cas de polyconsommation. Mais peu de mésusages, notamment des benzodiazépines ont été signalé. Par contre le besoin d'informer au mieux les médecins de 1ère ligne quant à la nature et aux risques de certaines prescriptions de psychotropes est apparu important.

SYNTHESE

Le consensus du groupe porte essentiellement sur la volonté de clarifier l'image du département de la Meuse quant à la problématique héroïne, mais aussi sur le constat d'un phénomène de banalisation des produits, et de leurs usages quotidiens pour l'alcool et le cannabis. Une relative précocité des consommations et la polyconsommation quasiment systématisée (au moins 2 produits consommés concomitamment) sont notées comme les deux principaux critères de vulnérabilité. La situation géographique transfrontalière (tarifs avantageux et trafic) renforce et complexifie la problématique addictive en Meuse, notamment pour l'accessibilité à l'héroïne et à la cocaïne. La proximité de la Meurthe-et-Moselle comme porte d'entrée des produits a aussi été remarquée. Les portraits des consommateurs réguliers confirment un modèle de consommateurs-revendeurs dont la place dans le trafic est plus orientée pour réussir à alimenter une consommation personnelle.

La situation des femmes est préoccupante, pas seulement lors de leur grossesse, période où leur consommation engage des risques pour autrui, mais parce qu'il est noté une plus faible demande de soin que chez les hommes. Le tabou de l'addiction chez les femmes est particulièrement fort⁵¹, notamment chez les femmes enceintes, ce qui retarde d'autant le déclenchement d'une prise en charge adaptée.

Les addictions sans substances, notamment jeux en réseau, paris sportifs, mésusages d'écrans, de réseaux sociaux, téléphone portable, occupent une place particulière. Mêlant utilité sociale, innovations technologiques, la méconnaissance générale du monde des adultes pose interrogation sur le bon niveau d'accompagnement des publics les plus jeunes.

⁵¹ A propos de l'alcool : Alcool au féminin : un tabou, Santé publique France, <https://www.youtube.com/watch?v=NxtFWLS55P0> (27/06/2019)



3. Les ressources locales

Les ressources locales du territoire meusien se composent d'une part de l'offre de soins en tant que telle mais également des différents acteurs autour de la problématique addictologique et des actions de prévention.

UNE OFFRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE GLOBALEMENT SATISFAISANTE

Comme vu précédemment l'offre de soins en addictologie est estimée globalement satisfaisante en Meuse tant dans sa diversité que dans sa quantité. Ainsi la notion d'offre n'a-t-elle pas été prioritaire pour le groupe de travail. Nous notons toutefois l'importance du sujet pour l'Agence Régionale de Santé qui a en charge l'organisation et la planification de l'offre et le poids récent des réorganisations territoriales en particulier des Groupements Hospitalier de Territoires (GHT) qui élaborent pour chacun d'entre eux un projet médical partagé. Ainsi, sauf le territoire de Commercy, la totalité du département de la Meuse est rattachée au GHT 5 dont le projet médical partagé intègre un versant addictologie :

« Concernant la spécialité d'addictologie, il est proposé de définir une répartition multicentrique des unités d'addictologie de recours ou unité de sevrage complexe, sur l'ensemble du territoire du GHT avec :

→ Une unité de 15 lits pour les sevrages complexes (USC) à dominante psychiatrique, positionnée sur le CHS de Fains-Veel, à disposition de l'ensemble des partenaires du GHT

→ 3 unités pour les sevrages complexes à dominante somatique, positionnées sur les trois principaux sites du GHT, à savoir :

♣ Centre Hospitalier de Bar le Duc : 3 lits de sevrage complexe somatique + 1 lit mère/enfant.

♣ Centre Hospitalier de Saint-Dizier : 6 lits de sevrage complexe somatique et une consultation spécialisée en périnatalité pour la mère et le nouveau-né.

♣ Centre Hospitalier de Verdun : pas de demande de lit de sevrage complexe, à ce jour.

→ Consultation avancée à Vitry-le-François, en partenariat avec l'EPSM de la Marne. Ces unités travailleront en concertation, selon une procédure définie par les praticiens. Le mode d'entrée peut se faire :

1/ Soit via les urgences des CH (Bar le Duc – Saint-Dizier – Verdun). Les équipes mobiles d'addictologie ou de liaison psychiatrique sont alors sollicitées en fonction de la dominante pathologique du patient (somatique ou psychiatrique).

2/ Soit depuis un service ou une consultation de niveau I d'addictologie, selon le protocole tel que défini dans le mode de fonctionnement des unités somatiques ou psychiatriques. Une réunion de concertation et d'échange clinique sera prévue une fois par mois, avec les différents acteurs de ces unités de recours. Le périmètre d'action est toute la population du groupement hospitalier de territoire n°5 (addictologie), et tous les patients atteints de pathologies addictives au sens large (alcool, drogue, tabac, médicaments, jeux). »

Le groupe auditionné a toutefois interrogé la difficulté d'identification pour les professionnels hors champ addictologique d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension des parcours possibles. Les représentants des usagers confirment ce sentiment d'être obligés de donner eux-mêmes du sens à leur trajectoire de soins et/ou médico-sociale. Enfin les professionnels du champ notent la difficulté d'avoir des informations de suivi une fois la prise en charge en phase aigüe terminée... La question de la cohérence du parcours est ainsi posée.

LA PREVENTION :

En ce qui concerne les substances psychoactives la prévention vise à empêcher la naissance d'une consommation susceptible d'induire des risques pour soi, pour les autres et pour la collectivité. Prévenir, c'est aussi repérer les débuts d'une conduite à risques et agir sur celle-ci, c'est enfin empêcher les complications et les séquelles provoquées par cette conduite.

La prévention concerne des publics divers : les plus jeunes bien évidemment, mais aussi les adultes, que ce soit ceux en charges éducatives (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé...) mais aussi ceux concernés par des soins en lien avec un comportement addictif.

Le mécanisme sur lequel reposent les mesures de prévention postule qu'il est possible d'inciter un individu à modifier de son plein gré et de manière durable ses comportements, pour peu qu'il reçoive un ensemble de messages et d'outils adaptés qui lui permettront de maîtriser les décisions et actions qui influent sur sa santé. Cela repose sur des objectifs spécifiques tels que :

- Respecter le choix de chacun ;
- Ne pas inquiéter, pour éviter le rejet du message ;
- Ne pas stigmatiser (notamment les comportements individuels à risques), ne pas marginaliser, ne pas culpabiliser ;
- Ne pas imposer de norme sociale (par exemple en opposant les « bons » et les « mauvais » comportements) ;
- Ne pas informer sur les risques sans proposer des solutions ;
- Inciter à la réflexion, à la remise en question, respecter les croyances et les responsabilités.

Sur le département de Meuse, les actions de prévention sont menées par les professionnels spécialisés dans ce champ mais aussi par les professionnels des champs sanitaire, judiciaire, socio-éducatif, etc. Les projets peuvent bénéficier de financements dédiés, être intégrés à des missions de services ou faire l'objet d'interventions à titre gracieux comme les interventions des services de police ou de gendarmerie. Il existe une certaine cohérence d'interventions même si les supports, approches « pédagogiques », ou stratégies peuvent présenter des caractéristiques différentes⁵².

La plateforme Oscar-Santé enregistre les actions de prévention dont l'Agence Régionale de Santé (ARS) a été l'un des financeurs. Ces actions ne présentent donc pas en exhaustivité l'ensemble des actions de prévention qui sont menées sur un territoire mais

⁵² Il vaut mieux ne pas consommer de drogues, mais si certains en consomment néanmoins, il convient de les encourager à utiliser les produits les moins dangereux dans un cadre sécurisé » A-Coppel : La prohibition des drogues : regards croisés sur un interdit juridique-2005

permettent d'en avoir une estimation, les principaux acteurs de prévention non-financés par l'ARS étant la police et la gendarmerie. D'après le registre d'Oscar-Santé, en 2017, ce sont 679 actions de prévention qui ont eu cours en Grand Est dont près du tiers (209 actions) sur le sujet des addictions. A la même date en Meuse, 80 actions de prévention ont été enregistrées. Parmi ces actions, près du tiers également en Meuse (31 actions) concernaient la prévention sur les conduites addictives et ont touché près de 4 200 personnes.

Le principal public touché par ces actions sont les jeunes, la majorité de ces interventions ont lieu en milieu scolaire avec 21 interventions sur 31 au total. Bien que le milieu scolaire reste un lieu privilégié de la prévention sur les addictions en Grand Est, ce ratio y est moindre (103/210 en actions en milieu scolaire) dans la région. L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) est particulièrement impliquée dans ces dispositifs de prévention avec une participation à près de 22 des 31 actions sur la thématique addictologie en Meuse.

La Police nationale et la Gendarmerie sont deux autres acteurs majeurs de la prévention sur les conduites addictives. Leurs demandes se concentrent plutôt en milieu scolaire, en 2017 près de 1 000 élèves ont été formés sur la thématique addictologie.

LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA PREVENTION

Sur le territoire meusien, les structures éducatives, sociales et médico-sociales ont des actions de prévention, qui permettent de sensibiliser les personnes à propos des conduites à risques, et des aides disponibles. Tous ces organismes n'étant pas nécessairement centrés autour des problématiques de conduites addictives, toutes leurs actions de prévention ne sont pas centrées autour des consommations de substances psychoactives. Néanmoins, les professionnels de ces structures ont appuyé le fait que cette problématique est souvent rencontrée, et discutée, également à travers d'autres thématiques.

Une partie importante de la prévention se passe en milieu scolaire. La gendarmerie et la police participent à ces dispositifs de prévention, et proposent leurs services dans les collèges et lycée. Un policier formateur anti-drogue (Pefad) est spécialement formé pour la prévention sur la thématique des conduites addictives. De plus, la gendarmerie a également un gendarme à disposition de tous les établissements scolaires, et dispose de dix correspondants sur le territoire, ayant été formés sur les problématiques de consommations de substances psychoactives. Néanmoins la gendarmerie enregistre une baisse de leur demande d'intervention en milieu scolaire sur cette thématique, qui pourrait s'expliquer par l'intervention d'autres acteurs de la filière, privilégiés par les directeurs d'établissement scolaire.

Il y a un regret à propos du nombre de parents touchés par les actions de prévention sur les STUPS. La gendarmerie et la police aimeraient davantage viser ce public. Actuellement, les demandes des directeurs d'établissement scolaire font des demandes auprès de la gendarmerie plutôt vers les usages et mésusages d'internet. La plupart des actions de prévention demandées par les établissements concernent ces autres thématiques, et des publics plutôt jeunes (fin de primaire), alors qu'il y a le souhait de toucher des jeunes plus âgés (fin collège, début lycée) sur les problématiques d'addiction. La gendarmerie précise d'ailleurs que le terme consacré n'est plus la prévention envers les stupéfiants, il s'agit maintenant d'une prévention contre les conduites addictives, avec ou sans produit, illicite et licite.

Concernant les CSAPA, ils ont des actions de prévention essentiellement centrées sur les conduites addictives. Comme la police et la gendarmerie, le CSAPA ANPAA intervient en milieu scolaire, avec l'appui des équipes éducatives et des infirmiers scolaires. Ces interventions s'articulent autour des comportements liés aux consommations de substances psychoactives, sans moralisation, et sans attachement à un produit particulier. Cette forme de prévention se conforme au *plan gouvernemental de la lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, qui recentre la lutte autour des pratiques addictives des consommateurs plutôt que du produit. Le CSAPA ANPAA fait aussi de la prévention dans le cadre d'événements festifs, où les consommations de substances psychoactives sont habituellement fréquentes et importantes, en élaborant et cadrant des soirées avec des jeunes. Il participe au « Mois sans tabac » et appuie également des mouvements de prévention à thématique plus large, à l'exemple de « l'Atelier Santé Ville », qui promeut des actions de santé, et l'établissement d'un réseau de santé entre professionnels. Quant au CSAPA Centr'Aid, il met en place des actions de prévention complémentaires, qui sont tournées vers des thématiques cibles : la grossesse avec l'appui de sages-femmes, ou encore la parentalité en collaboration avec la maison de la solidarité de Commercy.

L'offre de prévention est également soutenue par plusieurs associations meusiennes. L'association Vie Libre, centrée sur les problèmes liés à l'alcool, a une quarantaine d'heures d'intervention à dispenser chaque année en milieu scolaire, et organise des réunions publiques de prévention. Quant à l'Association Meusienne pour la Sauvegarde de l'Enfance (AMSEAA), elle a participé à la réalisation d'un film de prévention « La Mort à tes trousses », mettant en scène des consommateurs d'héroïne et les problèmes qu'ils ont traversés. Ce film est diffusé en milieu scolaire, dans les missions locales et dans les centres pénitenciers. Il a été vu durant l'année 2018 par près de 1200 à 1400 élèves. Concernant l'Association Meusienne de Prévention, elle met en place à l'exemple des ateliers de travail qui peuvent servir à orienter des personnes demandeuses de soins, mais aussi à donner des conseils. Cette association bénéficie également d'un financement de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIDELCA), qui leur permet de faire de la prévention centrée autour des consommations problématiques de substances psychoactives.

Non représentées pendant ce diagnostic les Missions Locales sont citées pour la mise en place « d'Ateliers Santé pour les 16-25 ans » sur des thématiques de santé dont les addictions. En partant des connaissances et des préjugés des jeunes, il s'agit d'apporter des éclairages sur les comportements de consommations et de proposer des alternatives à ces consommations d'activités physiques et sportives par exemple).

Pour l'Éducation Nationale, les actions d'éducation, de prévention et de protection de la santé doivent s'inscrire dans une politique d'école ou d'établissement. Elles mobilisent l'ensemble des membres de la communauté éducative (personnels de direction, gestionnaire, enseignants, infirmiers et médecins de l'E.N, assistants du service social, élèves, parents, partenaires extérieurs...). Les médecins, compétents en Santé Publique, ne sont pas assez nombreux pour intervenir directement. La participation des infirmiers(-ères) dans ces actions est importante. Ces professionnels de santé apprécient la disponibilité des acteurs de l'addictologie mais souhaiterait bénéficier de plus d'apport formatifs et d'accompagnement sur le sujet. La journée formation organisée par le Réseau d'Addictologie Meusien (RESAM) est ainsi plébiscitée par les acteurs de l'éducation nationale.

Les participants relèvent qu'il subsiste des demandes d'informations centrées sur un produit. Il est noté que ces demandes sont préférablement à déconstruire pour intervenir davantage sur le modèle de la promotion de la santé en s'appuyant sur les compétences

psychosociales des personnes. Ces attentes d'interventions ponctuelles seraient l'héritage d'une politique antérieure, qui s'attachait à sensibiliser le plus grand nombre de personnes et pas forcément sur les concepts de la prévention.

La question de la politique de la réduction des risques et des dommages est aussi posée. Développer depuis une 20aine d'année dans de nombreux pays, en particulier anglo-saxon, elle porte un message très pragmatique : « Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayer de sniffer au lieu d'injecter. Sinon utiliser une seringue propre. Sinon réutilisez-la vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez-la à l'eau de Javel ».

La politique de Réduction des Risques s'inscrit dans la démarche de santé publique qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge et la nécessité pour les politiques publiques de santé de prendre en compte les besoins des individus concernés. Il s'agit de placer l'individu au centre du dispositif et une attention particulière aux comportements et aux modes de vie est prise en compte.

Il s'agit d'une dimension pragmatique où est pris en compte la trajectoire de l'utilisateur de drogues et de ses conditions d'existence pour répondre à ses besoins. Du point de vue philosophique, cela rompt avec l'idéal d'éradication des drogues et propose plutôt d'apprendre à vivre avec tout en promouvant la notion de « mesure » à la place de l'abstinence. Cela permet aussi de dépasser la vision moralisatrice et de mettre en place une politique reposant sur le « non-jugement », et contribue en même temps à une vision sanitaire et médicale de l'usage de drogues. La responsabilité de l'utilisateur est reconnue dans sa capacité à modifier ses comportements Si on lui en donne les moyens !

LA TRANSMISSION COMPLEXE DES MESSAGES DE PREVENTION A DESTINATION DES PUBLICS

Au-delà du recensement des acteurs et actions de prévention du territoire, des problématiques plus spécifiques à la nature des messages et au public auxquels ils s'adressent sont énoncées. Les professionnels constatent des difficultés à transmettre certains messages de prévention au-delà de ceux orienter tout ou grand public : comme les campagnes nationales anti-tabac ou anti-alcool. Les acteurs de la prévention et du soin constatent que les messages sont généralement positivement reçus par ceux qui n'en ont pas forcément besoin et que les publics les plus à risques sont ceux qui semblent être les plus hermétiques aux messages qui lui sont délivrés. Une étude récente auprès de 1200 étudiants américain a fait ainsi la démonstration que les campagnes habituelles avaient un effet négatif sur les consommations, c'est-à-dire que, en terme de comportement attendu, les étudiants ont déclaré ne plus « supporter » les images préventives et considèrent ainsi que ce sont les autres qui sont concernés.

Ainsi une liste de public cible est identifiée :

- **les jeunes** ne se sentiraient pas concernés par les informations, voire même les actions. La période de l'adolescence, période ordalique de recherche de sensations et de prise de risques, ne favorise pas leur implication dans des actions qui visent à préserver la santé en minorant les risques. C'est une difficulté majeure pour les personnels éducatifs qui trouvent complexe de motiver les jeunes à participer aux actions de prévention. Ils disent souvent déjà connaître, l'avoir déjà fait voire ne pas être intéressés. Les nouveaux modes de médiations (théâtre

interactif, activité artistique variée) d'approches de type participatif, collaboratif, sont jugés plus pertinents et plus efficaces. La notion de répétition des messages de prévention primaire à des périodes clés est aussi soulevée.

- **parmi les usagers de produits & les jeunes adultes en insertion** : Les jeunes adultes, accompagnés par les professionnels de l'insertion et des missions locales relèvent plus des actions de prévention secondaire, c'est-à-dire postérieures à une consommation déjà régulière. Il s'agirait de favoriser l'accès aux soins pour des jeunes adultes dont les dommages induits par la consommation ne sont pas irréversibles, de même les messages de limitation des facteurs de risque sont ici essentiels. Les professionnels de l'accompagnement et de l'insertion font état que dans l'ensemble les jeunes ont accès à des d'informations quelques soient les thématiques, cependant cela ne semblent pas impacter leurs comportements face à leurs consommations. Les approches individuelles centrées sur leurs problématiques et leur rapport à l'objet de consommation, en particulier quand des situations relatives à la mésestime de soi, à la perte de confiance en soi, au sentiment d'inutilité, de décrochage social et affectif (...) sont repérées, semblent être un enjeu de prise de contact. L'exercice des approches personnalisées pour ces jeunes adultes, tout en conservant des démarches collectives est jugé complexe.

- **Les adultes en situation de précarité** : Sont associés sous cette appellation les personnes en situation de vulnérabilités sociales. Il s'agit le plus souvent pour une part de personnes dont la situation précaire a engendré une souffrance psychique et pour d'autre parts de personnes dont les pathologies ou le handicap sont sources de désinsertion. Les comportements à risques occupent une place importante dans leurs parcours de vie et de ce fait, les orientations de la prévention à leur intention s'articulent autour de la réinsertion dans sa définition la plus large. Les actions proposées ici relèvent plus de la notion de réduction des risques. Les équipes éducatives soulignent la proximité de comportement des quelques jeunes accompagnés, qui sans être pour la plupart encore « adultes » présentent certains risques de gravité de consommation. Ainsi pour ces jeunes « ado-adultes » évoqués par les éducateurs, nous parlerons du public sous-main de justice.

- **Le public sous-main de justice** : Les mineurs accompagnés par la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) font l'objet d'actions de prévention. Ces interventions d'éducation pour la santé sont assurées en partenariat par les CSAPA et plus récemment par la Maison des Adolescents. Elles portent sur la santé globale dont le bien-être. En complément à ce type d'action, d'autres sont proposées dans le cadre d'alternatives aux poursuites, en collaboration toujours avec les CSAPA. Il s'agit principalement de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants mais des stages civiques et de citoyenneté peuvent être proposés.

Les CJC (Consultations Jeunes Consommateur) et la MDA (Maison Des Adolescents) peuvent offrir la possibilité aux mineurs accompagnés d'être reçus avec ou sans leurs parents par un professionnel spécialisé dans les domaines de l'addictologie et de l'aide contrainte. Les équipes éducatives soulignent le bon niveau de collaboration entre partenaires mais s'interrogent encore sur leur « place » dans le cadre des repérages précoces, des actions de prévention organisées par les spécialistes et de leur rapport au quotidien avec les « jeunes ». Ils militent toutefois pour que l'appréciation des conduites addictives soit une appréciation de globalité : une prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale.

Certaines mesures judiciaires peuvent compléter l'arsenal des actions de prévention :

il peut s'agir des obligations de visite, qui permettent parfois à la personne interpellée d'avoir un premier accès à l'information, associée à un rappel à la loi. Il s'agit de mesures qui peuvent être imposées et sur un temps relativement long et qui pourraient alors être une opportunité pour elles de s'engager dans une démarche de soin. Il est noté à nouveau que la contrainte ne peut à elle seule provoquer l'entrée en demande de soins, même si dans ce type d'obligation le volet soin sera privilégié de même que le rapport aux produits et la trajectoire de la personne.

De plus, le parquet de Bar le Duc dispose de deux mesures alternatives aux poursuites. Mesures pour lesquelles les structures de soin et les associations de prévention locales sont associées :

- Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants sont animés par Les CSAPA, qui transmettent une attestation au Parquet.
- Les obligations de visite (OV) concernent les personnes ayant une consommation très régulière de cannabis ou d'héroïne. Elles sont assurées aussi par une psychologue au CSAPA.

Nous n'avons pas pu contrôler si des mesures d'injonction thérapeutique existaient sur ce territoire. Les injonctions thérapeutiques (IT) sont prises plutôt pour des consommateurs de cocaïne et/ou d'héroïne. Cette mesure peut être alternative aux poursuites ou faire suite à une condamnation. Elle est ordonnée pour une durée de 6 mois, à la fin de laquelle un bilan concernant la problématique de dépendance est réalisé par un médecin-relais. Une peine supplémentaire peut être ordonnée par le Tribunal : un stage assuré par la Sécurité routière de 2 jours, pour un montant de 250€, à réaliser dans un délai de 6 mois.

LES DESTINATAIRES DES MESSAGES ET ACTIONS DE PREVENTION

Les discussions et entretiens ont permis de repérer des publics destinataires des messages et actions de prévention, mais aussi ceux qui sont ciblés en fonction du lien qu'ils entretiennent ou de la fonction qu'ils assurent auprès de personnes en difficultés avec les comportements de consommation.

Le premier cercle identifié est l'entourage familial des usagers. Les difficultés perçues par les professionnels ou verbalisées par les parents font état d'un besoin de soutien à la « parentalité ». Les professionnels ont l'impression que dans les situations les plus aigües que vivent les adolescents, les parents peuvent « abandonner », ne pas se sentir compétents ou inversement assurent une pression « trop » importante sur leur enfant. Cette remarque a été corrélée avec les problèmes de décrochage scolaire. Peu d'actions sont mises en place pour répondre à ces difficultés. Cependant, les acteurs de terrain précisent que des tentatives ont eu lieu dans les établissements scolaires en invitant les parents à une information sur les addictions et les relations parents-ados. Ils rapportent que les parents les plus concernés ne s'investissent pas dans les actions proposées. Les propositions faites à l'intention du corps enseignant semblent aussi ne pas atteindre pleinement leur cible. Il serait pourtant prioritaire de construire des programmes où informations, prévention et projet pédagogique pourraient se répondre au long de l'année.

Le deuxième cercle identifié est celui du monde du travail, collègues, partenaires, employeurs... Sont ici évoqués les délais entre le moment où un professionnel est identifié

comme ayant un rapport problématique le plus souvent à l'alcool et les mécanismes de « protection » à l'intérieur des groupes au travail. Bien souvent cela réduit la prise de décision à entrer dans une démarche de soin, mais pire si la situation s'enkyste, la démarche de soutien s'inverse vers une démarche d'exclusion un peu brutale. Il peut en découler des mesures de rupture de contrat de travail. Le plus souvent, c'est dans ce contexte que le médecin du travail et/ou le DRH sont sollicités. Les associations de soutien et/ou d'anciens consommateurs soulignent la difficulté de construire durablement des interventions de prévention en milieu professionnel. Se pose ici les questions de la nature des outils, des méthodes, et de la légitimité des interventions et des intervenants. De même remarques sont faites dans le cadre des formations en alternance où les jeunes peuvent arriver alcoolisés sur le terrain de stage, voire fument des joints durant la pause. La formation des maîtres d'apprentissage ou des tuteurs de stage permettrait de proposer une interface monde du travail/scolarité/prévention.

Enfin un troisième niveau d'environnement est repéré et il concerne les professionnels du champ de l'addictologie. Le groupe a évoqué les besoins des professionnels : soit les leurs en tant que tels, soit ceux d'autres professionnels qu'ils forment, informent, accompagnent et encadrent. Les acteurs sociaux éducatifs expriment des difficultés proches de celles rencontrées par les professionnels soignants. Il est question ici de la difficulté de faire « rencontre » avec la personne en situation d'addiction. Le lien – approche centrale dans l'accompagnement – est une préoccupation majeure des professionnels : la bonne distance, l'absence de jugement de valeur, l'usure de la répétition des conduites...

Les professionnels de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), non rencontrés en Meuse, mais lors des groupes experts du schéma addictologie du PRS2 (Programme Régional de Santé 2) de l'ARS Grand Est, confirment être formés au repérage précoce, mais soulignent des difficultés quant au travail d'adhésion aux soins et au passage de relais vers les structures spécialisées. Ils s'interrogent sur l'équilibre du versant thérapeutique de la prise en charge socio-éducative. Ils soulèvent également un manque de savoir-faire pour accompagner les parents de jeunes qui consomment et se disent insuffisamment informés sur les lieux d'accueil et de soins, les modalités de prise en charge, ainsi que les spécificités ou différences concernant éventuellement le type de consommation en jeu.

De manière générale les professionnels ne se sentent pas forcément très à l'aise avec les messages de prévention primaire. Ils ont l'impression de tenir un discours culpabilisant les jeunes, d'être dans le registre du jugement de valeur, de la morale. Se pose alors la question de la coordination entre les messages de prévention des professionnels de l'addictologie et les messages éducatifs.

Concernant les professionnels du champ social, le constat est identique, le CCAS de Bar-le-Duc, par exemple souligne un grand besoin d'identifier plus finement les lieux et les personnes ressources, vers qui orienter selon les besoins...

Les relations avec les professionnels des CSAPA ou des soins hospitaliers en addictologie sont énoncés comme corrects, mais les liens avec les équipes de psychiatrie sont jugés peu opérationnels, peu lisibles et difficile. Nous reviendrons sur ce tuilage, cette « zone grise » entre psychiatrie, précarité et addictologie.

Les professionnels de la santé, hors les spécialistes du champ interrogé ne se disent pas plus légitimes et compétents pour aborder les problématiques addictives, que leurs homologues du champ social. Nous pouvons noter que la formation initiale des professionnels paramédicaux n'intègre la problématique de l'addictologie que sous forme de module optionnel. Même si sur le territoire de Verdun, la collaboration avec les équipes dites de liaison

permet une meilleure prise en charge pour une problématique addictive, parfois découverte au détour d'une hospitalisation en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), le partage de connaissances et/ou la volonté de ce type d'interventions de liaison comme modèle de transfert de compétence touche ses limites. Il n'est pas ici question de transformer tous les personnels infirmiers, aides-soignants ou acteurs socio-éducatifs travaillant à l'hôpital en tant qu'expert en addictologie mais de leur donner les outils de repérage des problématiques, de savoir les aborder avec les patients et ainsi de transmettre des informations claires sur les lieux, équipes et prises en charges possibles. Malgré des propositions allant en ce sens dans le précédent plan national addictologie, l'hôpital – de manière générale – semble peu ouvert aux problématiques addictives.

Il a déjà été souligné le fait que les femmes consultent moins spontanément pour des problématiques de consommations de produits psychoactifs, et que c'est à « l'occasion » d'une consultation, d'un suivi, souvent, mais pas uniquement, en service de maternité-gynécologie que peut se révéler cette situation. La période de la maternité est ainsi un axe fort de prévention et des collaborations abouties entre acteurs existent.

Pour la population concernée par des pathologies psychiatriques, des difficultés de coordination sont prononcées. Le questionnement courant et récurrent de la place comme cause ou effet de l'état de santé de cette population sur les comportements à risques, la nature de la légitimité et du partage d'information, le poids dans les thérapeutiques proposées sur les parcours de vie... montrent le besoin essentiel d'un rapprochement entre les différentes équipes de psychiatrie et santé mentale, et d'addictologie. Des contacts sont en cours entre le CSAPA et le CMP (Centre Médico Psychologique) de Saint-Mihiel afin de poser les jalons de nouveaux modes de collaboration.

De façon générale des difficultés de repérage précoce des comportements addictifs et du type de consommation sont énoncés quel que soit le domaine d'intervention. Le partenariat et le travail collaboratif entre les acteurs sont jugés d'assez satisfaisant à insatisfaisants. Les médecins addictologues regrettent de ne pas avoir de suivi sur les prises en charges engagées une fois que le relais est réalisé avec soit les équipes hospitalières, soit les médecins de ville. Ils remarquent de même une absence d'information en amont lors de demande de consultations.

4. Les problématiques identifiées

En introduction nous rappelons que le groupe auditionné a été sollicité pour un exercice de sprint écriture. Le sprint d'écriture est un dispositif qui permet la co-rédaction d'un texte, selon un principe d'unité de temps et de lieu, et avec une méthode d'animation structurée. Cette méthode sert à mettre ses idées en commun et à les structurer pour produire un texte collaboratif autour d'une thématique définie par une question, ou un texte à compléter. Elle permet de facilement créer un texte (rapport d'activité, charte, vision partagé, article web...), en l'absence de prérequis en compétences rédactionnelles, dans un temps imparti, et au déroulé structuré.

Classiquement il s'agit d'une réunion présentielle, autour d'une grande table, où chacun s'écoute et respecte la parole des autres. On va être amenés à rédiger ce qui se dit. On ne supprime pas de texte, on le barre, on laisse la trace pour reprendre les idées. Nous n'avons conservé ici que la première partie avec 3 questions « structurantes » et un temps d'écriture volontairement contraint. L'objectif est d'obliger en introduction les participants à sortir de leur

discours pré-établi. Nous avons repris ici les traces d'écritures en « littéralisant » les phrases ou mots proposés.

La première question était : « Pour moi le souci (problème, risque ...) majeur est... » :

Une faible connaissance du territoire, notamment en données circonstanciées infra-départementales : quels produits sont consommés, en quelle quantité. Ces manques d'informations sont préjudiciables à une couverture pleine, harmonisée sur l'ensemble du département. Ce territoire victime d'une image négative de département de « l'héroïne », mais où la question des produits licites (tabac, alcool) et pourtant terriblement impactant sur la santé disparaît derrière cette image forte. Un autre souci majeur est le poids des expérimentations et des consommations chez les plus jeunes, la banalisation pour eux de la consommation de cannabis et la grande facilité d'accès à la plupart des produits. La polyconsommation qui devient le standard potentialise la problématique et oblige à des réponses innovantes qu'hélas les lourdeurs administratives et les manques de moyens ne permettent pas toujours. La ruralité et ses caractéristiques « négatives » renforcent le sentiment de difficultés et dans des parcours de soins le traitement par TSO se doit d'être amélioré.



La deuxième question se formulait ainsi : « L'action principale (urgente, immédiate...) à engager serait/est ? » :

L'urgence est d'harmoniser les bonnes pratiques, les moyens, les informations. L'environnement des usagers, en particulier des plus jeunes doit absolument être associé et sensibilisé : parents, enseignants... Le lien entre jeunesse et conduite à risque doit être le plus possible mis en échec. Il faut aussi faire un effort majeur autour des actions de prévention, primaires et secondaires, tout public et les publics cibles (jeunes, précaires, femmes). Ces actions de prévention doivent s'inscrire dans la régularité (pas d'acte unique) et dans un

continuum prévention-soins réfléchi. Ainsi cela nécessite un repérage fin des acteurs sur l'ensemble du territoire dans une logique de filière.



- Le nécessaire maillage vers une prise en charge spécialisée :

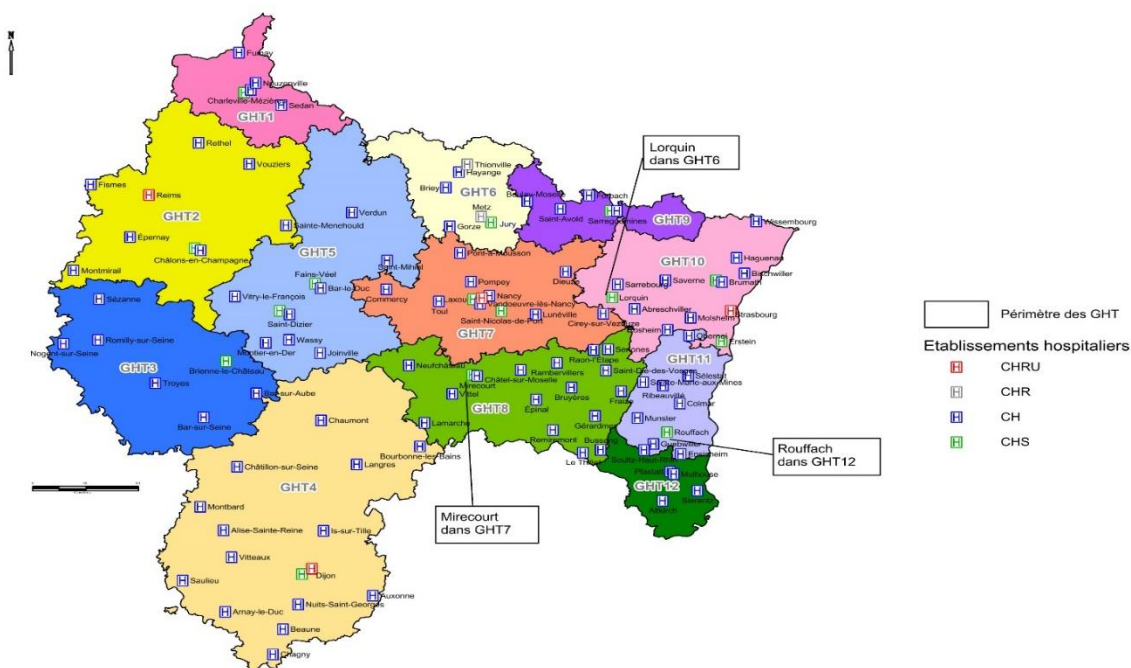
Les professionnels et acteurs audités soulignent l'absence d'une équipe spécialisée en addictologie « hors les murs ». En identifiant les pratiques avancées « d'aller vers » une équipe mobile en addictologie sur le modèle ou couplée aux équipes mobiles de psychiatrie et précarité pourrait favoriser l'adhésion et l'accompagnement vers le soin. Pour les mineurs il est fait état d'un besoin entre les équipes éducatives ou enseignantes et les professionnels des centres de soin. Une des problématiques identifiées est la difficulté d'accès aux soins des publics spécifiques : mineurs suivi par la PJJ, majeurs en désinsertion reçus à l'accueil de jour... Cette zone grise entre le repérage et l'amorce d'un accompagnement est aussi remarqué pour les équipes de pédopsychiatrie. Le groupe définit la notion de maillage comme permettant de répondre aux trois temps dans la démarche personnelle : prise de conscience du problème, demande d'aide, démarche d'aller vers le soin.

- Les disparités géographiques :

Le diagnostic réalisé s'était proposé de ne pas distinguer volontairement des territoires infra-départementaux. Pour autant des caractéristiques locales subsistent, elles sont en parties historiquement liées à la répartition de l'offre de soins qui a « conditionnée » une partie des profils de territoires. De tout temps l'offre structure les caractéristiques de la demande, l'addictologie n'échappe pas à cette axiomatique. Ces caractéristiques ne sont pas, ou plus des marqueurs négatifs et/ou d'opposabilité à la cohérence du département en matière d'organisation de l'accès aux différents niveaux de soins. Le groupe audité a tenu à souligner la répartition aboutie sur le territoire des différents offreurs et de l'apaisement des relations entre opérateurs historiques. L'inclusion du territoire de Meuse dans la réorganisation territoriale sanitaire portée par l'ARS Grand Est sous la forme des Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) pose une autre forme d'interrogation. Un GHT est un dispositif

conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.

Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.



Ainsi les acteurs et porteurs de projet semblent « désarçonnés » par la mise en place d'un nouveau périmètre d'action qui, sans nier l'existence de la Meuse comme partie de cet espace de référence, mésestime l'historicité et l'implication au service des actions locales sur ce territoire. Ce n'est pas une simple logique de mémoire mais les constats et regards partagés, construits patiemment sur le département ont besoin d'être confortés dans leur périmètre originel d'action. De surcroît, l'affectation estimée des moyens humains, médicaux et non médicaux, en lien avec un projet addictologique du GHT de référence ne semble pas être favorable à l'organisation meusienne.

Nous ne pouvons aborder la problématique des disparités géographiques sans évoquer la situation particulière du département de la Meuse. La région Grand Est est souvent présentée comme une région « au cœur de l'Europe » et « *facilement accessible depuis les grands pôles européens comme à une échelle internationale plus large, c'est une région ouverte, solidement ancrée dans les dynamiques d'échanges nationaux, européens et mondiaux.* ». Ce qui est vrai dans la dynamique économique, l'est hélas aussi pour une part des commerces illégaux et des trafics en lien avec les produits psychoactifs.

La région Grand Est est ainsi concernée par un espace frontalier unique en métropole avec 4 pays voisins européens. Le département de la Meuse est lui-même situé quasi au cœur de la région Grand Est et, sans pour autant posséder de frontières directes avec les pays

voisins, est très proche géographiquement de la Principauté du Luxembourg et de la Belgique, ces deux axes ouvrant ensuite avec une certaine proximité sur l'Allemagne d'une part et Les Pays-Bas d'autre part.

Il s'agit ici, en particulier pour la Belgique et les Pays-Bas, de centre névralgique de diffusion de produits psychoactifs illicites, pour la principauté du Luxembourg d'un accès massif aux produits psychoactifs licites et pour l'Allemagne de la possibilité, du fait d'une législation différentielle, d'accéder à des produits de traitement de substitution aux opiacés hors circuits de soins.

Si l'on concentre l'observation du territoire au regard des données quantitatives présentées plus avant, nous avons souligné que le département de la Meuse, en tant que département rural, et au regard d'une comparaison par rapport aux autres départements ruraux de la métropole était souvent dans le classement supérieur notamment en ce qui concerne les ILS, les ventes de steribox et les traitements de substitution aux opiacés. Une observation plus périphérique permet de constater qu'un département voisin, la Haute-Marne est dans une situation proche, si ce n'est identique à celle de la Meuse.

La proximité géographique des Ardennes, sur un registre lui de données démo-socio-économiques agit de même façon. En effet, nous considérons que les frontières administratives ne sont pas non-poreuses et que la situation de contiguïté géographique apporte un poids de continuité aux problématiques internes du territoire meusien.

L'intensité et la diversité de l'offre de soins versus l'offre de prévention :

Le paysage du réseau addictologie a été modifié dans un premier temps lors de la création des CSAPA et des ELSA il y a maintenant une dizaine d'année. Le passage de la notion de centration autour du produit à la notion de centration autour parcours du risque de dépendance du sujet ne s'est pas fait sans une réorganisation des professionnels, mais aussi une réappropriation de certaines formes de savoirs autour des conduites à risques.

Cette réorganisation de la part des professionnels semble aboutie, l'appropriation de ce nouveau champ conceptuel (l'addictologie) ne l'est pas complètement par les partenaires, quels qu'ils soient, ni par le grand public.

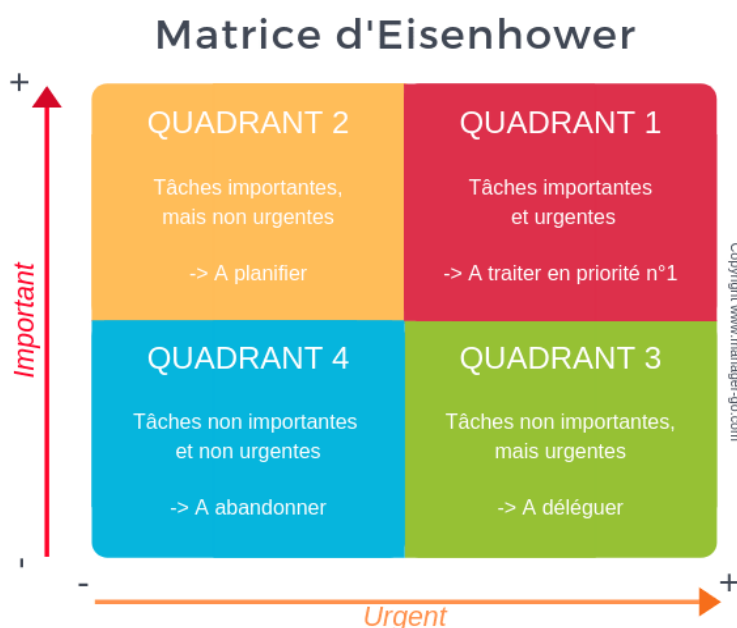
L'offre de soins dans sa variabilité, sa diversité, de mode, de forme, d'approche de localisation est jugée pleinement positive sur le territoire. Le développement récent du CAARUD mobile vient heureusement compléter les besoins du territoire. Il reste que ce CAARUD mobile doit répondre à un besoin départemental, il s'agira d'évaluer cela. Par exemple, le CAARUD mobile sur le territoire de Thionville est adapté à un besoin territorial circonscrit, qu'en sera-t-il en Meuse ?

Un point est toutefois à souligner sur l'intensité et la densité de l'offre de soin au regard des moyens alloués, une analyse plus vite de l'accessibilité, des jours et horaires d'accueil apparaît nécessaire. Une première lecture des rapports d'activités et de l'expression des besoins lors des focus groupes laisse penser que des moyens humains supplémentaires seraient judicieusement appréciés.

Enfin les CSAPA, se sont vu officiellement en charge d'actions de prévention (le P de CSAPA), ils le font mais ne sont pas toujours vécu comme disponible sur ce champ par tous les partenaires possibles. Les autres acteurs de la prévention, tels que présentés plus avant dans ce travail, ne sont pas très nombreux, mais sont très mobilisés et disponibles. Nous en reparlerons dans le focus « réseau », mais il est tout à fait plaisant de noter l'énergie, le volontarisme et l'adhésion globale des acteurs du réseau addictologie en Meuse. Il s'agit d'une ressource essentielle à ne pas mésestimer.

PROPOSITIONS ET PRECONISATIONS

La démarche qualitative proposée permet de mettre en lien les problématiques énoncées et les possibles résolutions en prenant en compte les ressources présentes sur le territoire. Pour le département de la Meuse nous avons identifié plusieurs axes : Le partenariat, l'offre de soins, l'offre de prévention, et les alternatives. Les propositions sont listées sans un travail de hiérarchisation et/ou de priorisation que la future « organisation départementale » pourra mettre en œuvre.



La **matrice d'Eisenhower** est un outil d'analyse et de gestion temporelle qui permet de classer les actions à faire en fonction de leur urgence ainsi que de leur importance. Il s'agit d'un tableau à double entrée.

1. Le Partenariat

En amont du point 1 et dans l'optique de renforcer le partenariat et la mise en synergie des acteurs de la lutte contre les addictions en Meuse un bilan de la mise en œuvre des différentes préconisations issues des études précédentes ainsi que de la réorganisation territoriale semble nécessaire. Il s'agira de réunir les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain de la prévention des addictions afin d'ouvrir une dynamique de réflexion sur les actions à entreprendre dans le cadre d'un plan départemental pour les années à venir. Il est à noter par exemple la pertinence de la constitution d'une cellule de veille départementale et d'alerte sur l'évolution des consommations et l'émergence des nouveaux produits... proposition 1 du rapport de la cellule d'appui MILDT en novembre 2011.

1 – Recenser et répertorier les acteurs de l'addictologie afin de diffuser au plus grand nombre leur identification, leurs missions, leurs territoires d'actions... Il existe un travail de recensement déjà effectué par le réseau LORADDICT, mais nous avons noté le besoin de partages plus fins et plus directs de l'information. Cette logique « d'annuaire » des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires pouvant accueillir les usagers ayant une consommation problématique de produits psychoactifs est souvent développée en première intention, quelle que soit la spécialité ou le territoire interrogé, et bien souvent par absence de suivi de mise à jour les informations contenues sont vite dépassées. Pour autant ce type d'approche permet, si un travail plus fin est mis en œuvre, de mieux connaître les champs d'actions et les limites des acteurs. Un repérage nominatif des personnes à contacter est toujours une plus-value dans ce type d'approche

2 – Créer un Guide de prévention et de soutien pour les femmes. La difficulté pour les femmes de s'inscrire spontanément dans une demande de soins et l'augmentation des conduites à risques les concernant pose la question d'une approche dédiée et facilitatrice. Il existe de nombreuses brochures d'information qui souvent sont bien réalisées mais elles sont souvent d'ordre général et n'aborde pas forcément la question de l'addictologie sous l'angle du genre. Un tel guide a été réalisé en 2015 par un groupe « Champ ardennais » composé du CAST de Reims, du CSAPA 08 de l'ARS Champagne-Ardenne et de la Région Champagne Ardenne. Ce guide accessible en version papier comme en version web partait du constat « *qu'aucun support à l'intention des femmes concernées et/ou des professionnels qu'elles rencontrent (ou qu'elles évitent)* » n'existait. Cette expérience récente, innovante, d'un territoire proche est, du fait d'un constat identique en Meuse, probablement à développer.

3 – L'évolution du champ et du concept d'addictologie ainsi que l'orientation volontariste vers la réduction des risques et des dommages, préconisé par le PRS2 (programme Régional de Santé 2^{ème} génération) comme l'un des 7 projets prioritaires de « Transformation de l'organisation de l'offre de santé » : Prévention / promotion de la santé et lutte contre les addictions, nécessite **d'informer les porteurs de projets sur une méthodologie commune aux intervenants**. Il s'agit d'harmoniser les actions et les discours tenus aux partenaires et à la population. Cette mise en communauté de démarche peut s'articuler autour d'une journée régionale dédiée. Cette étape est cruciale dans le nécessaire ajustement des discours et l'ajustement des discours à l'évolution de la demande et des pratiques sociales.

4 – Développer les chartes à l'intention des élus (Elu Référent des Addictions/ ERA), des commerçants et des grandes surfaces ainsi que des responsables d'associations, éducateurs ...tels que prévus dans le guide pratique « Les collectivités territoriales face aux conduites addictives » de la MILDT-2011. En ce qui concerne les élus, ceux-ci peuvent se montrer hésitant sur un sujet qu'ils maîtrisent mal, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) représentent à la fois un maillage de proximité et un cadre légal d'intervention du politique dans le champ de la dynamique sanitaire. La présentation du « guide pratique des élus » réalisé par la MILDT en 2011, ainsi que la présentation de ce diagnostic en cours peut porter positivement des actions et approches territorialisées et localisées. Plusieurs propositions lors de nos auditions ont souligné l'intérêt d'un diagnostic départemental, mais si le territoire d'observation a bien été à cette dimension, les territoires

d'actions sont espérés plus infra départementaux pour bénéficier des réseaux d'inter connaissance et de solidarité existants.

2. L'offre de soins

5 - Parallèlement à la réalisation de l'objectif 2 (guide de prévention et de soutien pour les femmes) **réfléchir à l'accès aux soins des femmes en difficultés avec leurs consommations et ne consultant pas spontanément.** Il s'agit ici de la population féminine qui présente une consommation problématique sans être encore trop impactée socialement et sanitaire. Il faut ainsi concevoir quel type de dispositif et/ou de structure existe ou est à créer afin d'accueillir spécifiquement et d'organiser une prise en charge dédiée pour ce groupe populationnel particulier. En effet, les femmes énoncent une appréhension importante à consulter dans des espaces à forte présence masculine et qui engendre des craintes de violence. De même **créer un outil de repérage pour faciliter la prise de contact les professionnels et les femmes enceintes ou jeunes femmes autour des consommations de produits psychoactifs.** Cet outil devant permettre à la fois de travailler sur les représentations des femmes sur leur consommation, sur le risque de minimisation et/ou de banalisation tout en évitant de culpabiliser la personne.

6 – **Mise en place de formations au repérage précoce des comportements et consommations addictives pour l'ensemble des professionnels de santé.** Les médecins généralistes, bien qu'en première ligne et particulièrement concernés sont faiblement en capacité de prise en charge des pathologies addictives, le plus souvent par manque de formation et d'informations. Ce constat et ce besoin peut être posé pour un grand nombre d'autres acteurs de santé publique : pharmaciens, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes... Et qui pourraient être mobilisés pour le repérage précoce des consommations à risques et pour les messages de prévention. Les acteurs du champ social et médico-social doivent de même être soutenus dans cette démarche.

7 - La population carcérale est caractérisée par une surreprésentation d'usagers de produits psychoactifs, licites et illicites, des prévalences élevées de troubles psychiatriques, une précarité sociale marquée et du fait même de l'incarcération (lutte contre le stress et l'isolement, rupture des liens, tension sécuritaire), ainsi **la réduction des risques et des dommages en prison constitue un enjeu majeur.** Il s'agit de mener des actions de prévention, de prise en charge des addictions et des maladies infectieuses pour ce public spécifique. L'action prioritaire devra permettre la continuité des soins autant que l'insertion, en effet, les prises en charge durant la période sous-main de justice se sont développées positivement, mais la **période de sortie est une période particulièrement en tension et l'organisation du lien et du relais à l'extérieur est primordial à cette étape** et permet de veiller à la continuité de la prise en charge dans la trajectoire des personnes.

8 - Sur le principe des « équipes mobiles de psychiatrie précarité » (EMPP), **créer une « équipe mobile addictologie précarité ».** Ces équipes s'inscriront pleinement dans la

démarche « d'aller vers » dans une logique de consultations avancées. L'« aller vers » permet aux professionnels de rencontrer les usagers dans leur « paysage », soit sur leur lieu de vie ou substitut de lieu de vie soit dans les structures qu'ils fréquentent usuellement. Le but est de répondre aux freins liés à l'adhésion et à la compliance aux soins. Même si l'offre en Meuse est jugée complète, l'accessibilité aux soins ne dépend pas que de la proximité géographique.

9 - Afin de favoriser l'accompagnement et la prise en charge des patients concernés à la fois par une pathologie psychiatrique et une consommation problématique, **créer une équipe de coordination des soins spécifiques « comorbidités psy/addictologie »**. Il s'agira de la constitution d'une équipe transversale pouvant intervenir à tout moment du parcours pour assurer la bonne adéquation des solutions proposées. On retrouve ici la démarche d'une équipe de liaison, mais qui se doit de pouvoir œuvrer sur l'une et/ou l'autre des facettes de la problématique de la personne. La complexité des diagnostics dans ces cas de co-occurrences de pathologies psychiatriques et de conduites addictives est de plus en plus fréquente en milieu général, mais aussi en milieu pénitentiaire. Ainsi les orientations récentes préconisées par la Haute autorité de santé (HAS), la Fédération Addiction et la MILDECA sont la mise en place de prises en charges parallèles, séquentielles et intégrées afin de favoriser des modalités d'approche pour un accompagnement commun. Il est de plus préconisé d'intégrer la Réduction des Risques et des Dommages dans les prises en charges en psychiatrie.

3. L'offre de prévention

10 - Améliorer la couverture territoriale des actions de prévention en exploitant les bases de renseignement OSCAR, mais aussi des dépôts de projet d'actions de prévention non financés. La finalité est de mieux déployer les actions et les moyens de prévention sur la totalité du département de la Meuse.

11 - Assurer des actions de prévention spécifiques à destination des milieux professionnels. Le diagnostic territorial a souligné l'importance de la dimension travail dans l'analyse des comportements et consommation à risque. Nous pouvons regretter l'absence de représentant du monde professionnel dans les groupes auditionnés, notamment car la grande majorité des consommateurs de produits psychoactifs non étudiants ou scolarisés sont salariés. Le milieu du travail est un espace de construction identitaire, et, concernant la durée et le temps passé en situation professionnel un territoire à investiguer pour les messages de prévention. **Les médecins du travail** sont légalement les mieux placés pour conduire des actions de prévention primaire dans tout le milieu professionnel et il s'agira de les associer au mieux pour les groupes futurs. De plus, le champ de l'activité professionnel reste un espace rare pour rencontrer la population adulte autour de ce thème. Les représentants des professionnels et des entrepreneurs doivent aussi être associés à ces actions de prévention. En effet les actions de prévention en milieu professionnel permettent la construction **d'actions de prévention au public adulte**. Celui-ci est rarement ciblé par des messages construits à son intention, ce qui conduit à un faible repérage en dehors des publics précaires ou en parcours de soin, et de ce fait à un faible accès aux soins. Du fait des caractéristiques de

filières professionnelles du territoire de Meuse, les petites entreprises artisanales et les PME peuvent être des cibles prioritaires d'autant qu'elles ne bénéficient que rarement d'action coordonnées autour de la prévention des consommations de produits psychoactifs au contraire des plus grandes entreprises.

12 - Accentuer et optimiser les interventions de prévention en milieu scolaire : Afin d'accompagner au mieux vers une population cible des messages de prévention et de retarder le plus possible les âges d'entrées dans les expérimentations, il s'agit d'organiser au mieux le développement de programme santé à l'école. **L'époque des interventions en tuyau d'orgue semble révolue** et il apparaît nécessaire que des interventions à plusieurs voix soient organisées. Il n'est pas inconcevable de bénéficier d'intervention de prévention plurielle avec les intervenants issus du champ du soin, des associations et des forces de l'ordre. En ce qui concerne le nécessaire cadre du « rappel à la loi » **ces collaborations permettraient d'inscrire les messages dans une logique de continuum prévention-soins-législation-répression.** Des expériences similaires sont en cours, par exemple, à l'Université de Lorraine, et l'identité de chacun des intervenants s'en trouve renforcée. Des « opérations stupéfiants » peuvent être sollicitées par les chefs d'établissements, mais il serait judicieux de les inscrire dans une même logique de coordination de message de prévention. A ce sujet un retour d'expérience et de bon usage des fiches de signalement semble nécessaire auprès des responsables d'établissement scolaire.

Cette architecture doit permettre de **renforcer l'information des jeunes collégiens et lycées sur l'accessibilité aux Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et aux antennes de la Maison des Adolescents (MDA).**

Pour autant, et s'en **adossant aux Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)**, il s'agit de bien cibler les tranches d'âges concernées par les interventions de prévention collaborative. Les années collèges, qui sont la période des expérimentations et pour certains du début de consommations quasi régulières, restent un cœur de cible, **les années lycées sont souvent moins ciblées**, mais elles sont pourtant la période de la confirmation, de l'intensification des consommations et de la mise à distance réflexive des messages de santé et de prévention. Un axe prévention des conduites addictives pour ce cycle est essentiel. **Des interventions précoces, en fin de primaire** peuvent être construites mais la nature des messages doit être adaptée à cette catégorie d'âge.

L'ensemble de ces démarches doivent pleinement s'inscrire dans une éthique commune (respect, écoute, non jugement, pas d'attitude culpabilisante, pas de critique sans solution ...). De même aucune action ne peut aboutir pleinement **sans y associer étroitement les enseignants.** En ce sens organiser une formation spécifique pour ces professionnels de l'éducation afin de favoriser la création de projet transverse sur la problématique santé et en lien avec la politique d'éducation à la santé à l'école est à construire.

Les établissements scolaires en milieu rural représentent la porte d'accès et la maille territoriale la plus adaptée aux messages de prévention, l'implication des établissements scolaires permet de « démedicaliser » le rapport aux risques tout en l'inscrivant dans une dynamique globale de Santé Publique.

13 – Développer des actions d'information en direction des parents et des familles. Les études récentes en santé montrent que dans la plupart des projets, politiques et/ou orientation de santé, il subsiste systématiquement un grand absent : les familles. Il s'agit donc d'agir avec

les parents en leur permettant de jouer pleinement leur rôle d'acteur principal de prévention. Plusieurs dispositifs peuvent apporter des aides aux parents, il s'agira de renforcer leurs moyens d'actions : Centres Sociaux, Caisse d'Allocation Familial, Conseil Départemental et notamment les services de Protection Maternelle et Infantile, l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF), le Réseau d'Appui à la parentalité (REAAP), etc... La diversité de ces dispositifs doit permettre d'apporter des réponses aux parents quels que soient leurs modes de vie et **garantie des actions d'information au plus près des habitants.**

Cette préconisation se complète de 2 axes complémentaires :

- Dans le cas de prise en accompagnement de personne en problématique de consommation de produit psychoactifs il faut **travailler pour et avec les personnes de l'entourage.** Il s'agit de **considérer l'entourage** des personnes en difficultés avec leurs conduites addictives **selon ses difficultés et ses ressources**, l'entourage familial n'est jamais ni neutre, ni non impacté dans les trajectoires de dépendance. **Le risque de co-dépendance est présent** et nous avons souligné au cours de cette étude **le risque de transmission intergénérationnelle.** Cette préconisation en terme de travail avec l'entourage et pour l'entourage dans le cadre de la prévention doit être accompagné d'un **accompagnement à visée thérapeutique** de cet entourage. Nous conseillons l'usage du Guide Repères de l'ANPAA sur le sujet
- Dans le cadre des actions de prévention en milieu scolaire, **construire des actions avec une approche participative et co-conduite avec des parents.**

L'ensemble de ces préconisations vise à **redonner confiance en la légitimité des parents et de l'entourage à intervenir auprès de leurs enfants en particulier, mais plus globalement auprès des jeunes.**

Il est important de rappeler que les « **interventions jugées efficaces chez les jeunes pour prévenir les consommations reposent sur le développement des compétences psychosociales des jeunes et des parents**, mais aussi sur **l'implication et la participation des populations dans le cadre d'une approche communautaire.** La démarche de santé publique **vise à la réduction des inégalités de santé**, qui comme déterminants négatifs agit sur les facteurs de risque de consommation de produit psychoactifs. Il importe d'avoir des actions qui **prennent en compte les environnements et les conditions de vie.**

Ce type de mobilisation peut aboutir à la **création d'un réseau de partenariat local entre les jeunes, leurs familles** afin de faciliter le déploiement de **démarches participatives au plus près des habitants.**

4. Les alternatives

14 - l'hébergement : Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les appartements de coordination thérapeutiques (2 dispositifs en Meuse), les lits haltes soins santé (4 place en Meuse) sont des alternatives nécessaires dans les parcours des personnes en fragilisation sociale, en rupture ou en précarisation. En 2011 le diagnostic réalisé avait relevé à la fois le besoin et l'absence de lieux de rupture pour les personnes dépendantes notamment toxicomanes. Des expériences ont été mise en œuvre avec les départements voisins en particulier lors de sortie de phase de sevrage. **Comment rester abstinent après une telle cure de sevrage ? C'est la vocation du réseau HétaGE (Hébergement**

thérapeutique en addictologie du Grand est) qui émane de quatre centres de postcure d'ex lorraine. Il s'agit d'accompagner au mieux le parcours souvent émaillé de rechutes, d'accroc, de non linéarité des parcours. **Le réseau Grand Est est désormais fort d'une offre de 290 places d'hébergement postcure et répond aux situations d'errance constatées de ces types de profils d'usagers.** Le territoire de Reims fort de même constat qu'en Meuse, s'est rapproché de ce réseau qui permet grâce à une convention de fluidifier le parcours de soins et de suivi et ce dans un grand niveau de coopération. Cette option est probablement à investiguer.

15 - Les réseaux sociaux : La place des réseaux sociaux comme éléments d'influence, d'orientation, d'informations, de désinformations n'a cessé d'être prégnant dans l'environnement en particulier des jeunes. Les équipes éducatives constatent une nouvelle **difficulté à l'exercice de « l'aller vers », cœur de métier du « travail de rue »**. C'est comment aller à la rencontre des jeunes alors que selon les études 80 % des 11-17 ans sont présents sur le Net au moins une fois par jour et près de la moitié se connectent plusieurs fois dans la même journée sur les réseaux sociaux, dans ce nouveau secteur d'intervention qu'est **« la rue numérique »**. Il existe ainsi plusieurs expériences de **« Promeneurs du Net »** qui proposent la mise en place d'une **présence éducative sur la Toile** pour accompagner les jeunes et notamment avec comme finalité de revenir du virtuel au réel et de raccrocher les jeunes à la vie sociale et relationnelle. La force de ce type de dispositif est **l'élargissement du réseau des professionnels au-delà des partenaires classiques et permet de décroiser les pratiques et d'actualiser les connaissances**. Issu d'une initiative suédoise, ce dispositif est normalement généralisé sur notre territoire depuis 2016 avec le soutien de la CNAF, et de la Direction de la jeunesse du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la santé et de la solidarité. La MDA de Strasbourg, via le développement du réseau Virage (Violence des idées Ressource et Accompagnement Grand Est) développe une équipe pertinente autour des questions de la radicalisation, mais pas seulement. **Une équipe éducative du Pas-de-Calais construit par exemple, grâce à ce dispositif, des jeux interactifs autour de la sensibilisation sur l'usage des drogues, les conduites addictives... et qui pourraient être proposés dans la rue et dans les établissements scolaires ... du virtuel ... au réel.**

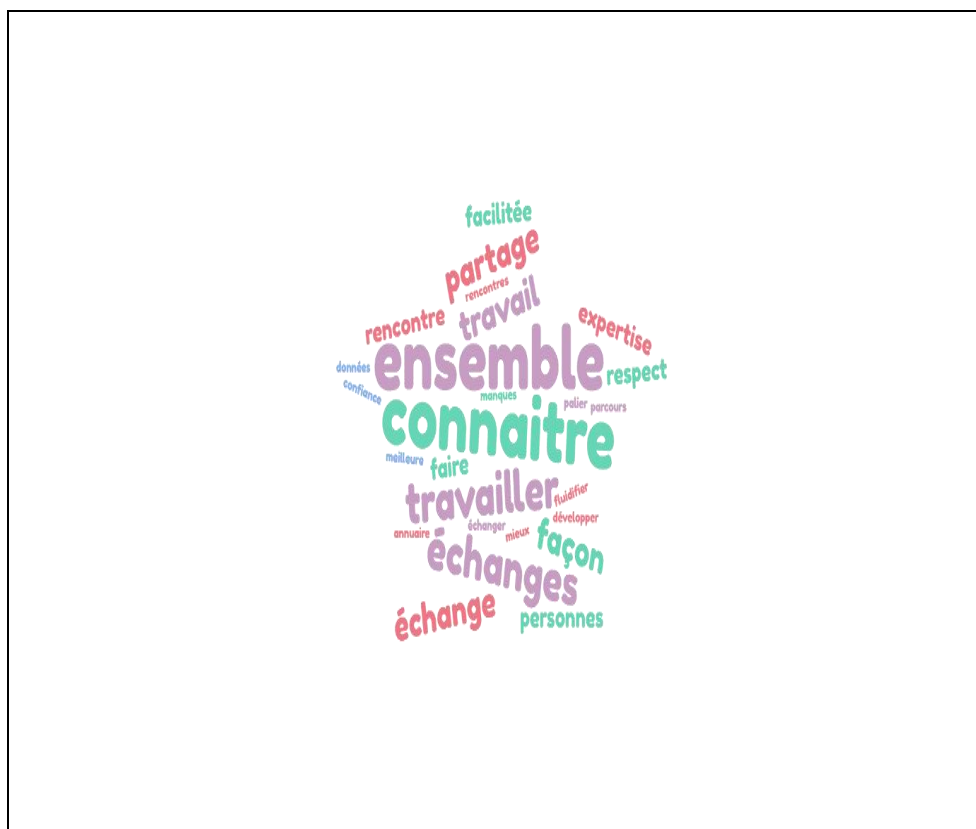
16 – Un Samu social en milieu rural : Deux éléments ont été particulièrement avancés lors de ce travail, **le poids de la précarité** dans les phénomènes d'addictions ou de reproductions de situations à risques dans les familles les plus défavorisées **et le caractère rural** de la Meuse. Dans la même approche de « l'aller vers » à nouveau et en lien avec la pratique de mobilité du CAARUD en développement, **un « point d'accueil mobile, d'écoute, de liaison et d'accompagnement » (PAMELA)** pourrait être développé sur le modèle du camping-car itinérant de Berck-sur-Mer. Si cette expérimentation partait d'expérimenter un **SAMU social de première urgence en milieu rural, ce dispositif fournit des kits de santé, des produits de première hygiène et sert de lieu d'écoute**. Il favorise ainsi un diagnostic social et l'amorce d'un accompagnement. En luttant contre l'isolement géographique il permet aussi de lutter contre les phénomènes de non-recours aux droits estimés selon les études à près de 25 % des potentiels bénéficiaires.

5. Focus : Le réseau

La dernière question du sprint d'écriture concernait le réseau. Elle se formulait ainsi « Qu'est-ce d'abord un réseau... ? » :

La formulation des réponses nous apporte des éléments d'attention : « C'est d'abord un partage d'informations, mais c'est surtout faire connaissance (se co-naître c'est naître ensemble sur un sujet, note de l'ORS), travailler ensemble (c'est-à-dire collectivement mais aussi en même temps, note bis de l'ORS) et de façon cohérente et respectueuse de chacun. Un réseau c'est aussi la création d'occasions de rencontres de gens identifiés, connus pour un partage d'expertise. Il doit être un facilitateur de communications. Le réseau c'est aussi la complémentarité dans la concertation avec comme objectif une fluidification et une amélioration de l'offre de soins et de prévention. »

Le nuage de mots donne cette image des attentes autour du réseau :



Historiquement un réseau addictologie de Meuse s'est créé au début de l'année 2006, cette association a pour objet : « d'optimiser la prévention, le dépistage, les soins, l'accompagnement et le suivi médico-psychosocial de toute personne présentant une conduite addictive avec le tabac, l'alcool, les produits psychotropes licites ou illicites ; l'attention du réseau s'étend aux personnes présentant des addictions sans produit ».

Sa présence et sa pertinence dans l'accompagnement de l'évolution et de l'ajustement de l'offre de soins et de prévention en addictologie a particulièrement été salué. Pour autant, et comme souvent, l'animation de ce réseau repose sur un noyau restreint de « volontaires », qui, à terme s'épuisent. Ainsi le RESAM (Réseau Addictologie Meusien) n'est sur ces 4 dernières années plus visible qu'au travers de l'organisation des journées de formation qu'il organise. Ces journées, nous l'avons déjà souligné, sont particulièrement appréciées sur le territoire, à la fois par les professionnels du champ de l'addiction, mais tout autant par les partenaires professionnels de la santé hors du champ, les professionnels de l'éducation nationale, les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Le rapport sur l'étude de l'évolution de la filière addictologie en Meuse réalisé par le CREAM Champagne-Ardenne-Délégation de Lorraine et Alsace en février 2017 faisait ressortir des éléments en lien avec la « notion de réseau », notamment en faisant le constat d'un besoin de « Coordination des acteurs et partenariat » et en particulier le renforcement nécessaire des collaborations entre les acteurs des soins de ville et de prévention en santé, et les structures spécialisées.

De même, nous avons préconisé en 2011 la création d'une « commission de coordination des acteurs en addictologie » afin de donner une finalité opérationnelle à l'approche globale des comportements addictifs. Cette commission pourrait développer des actions autour d'une meilleure circulation de l'information au sein de la filière et d'une meilleure articulation des différents niveaux d'intervention. Cette défense de l'approche globale qui ne réduit pas la personne au rapport à un produit de consommation (ou un non produit comme l'usage d'écrans...) mais s'intéresse à la trajectoire de vie et aux événements de vie de chaque individu concerné, permet de ne pas réduire quelqu'un à une seule facette de ses identités (l'alcoolique, le fumeur, le toxicomane...). Cette démarche, plus favorable à une prise en charge collaborative, nécessite toutefois le maintien d'une concertation départementale.

L'ARS a confié au docteur Gérard Vallet, médecin responsables des unités d'addictologie du CH de Verdun, en collaboration avec les docteurs Andrée Woiselle, responsable de l'unité d'addictologie les Mays de l'hôpital Fains Veel et du CSAPA ANPAA et Dominique Guirlet, médecin responsable de l'unité de liaison et de soins en addictologie du Centre Hospitalier de Bar le Duc et du CSAPA Centr'Aid, la constitution et l'animation d'un réseau addictologie mais en lien avec la couverture territoriale du GHT 5.

Une première réunion a été organisée en ce sens, mais les modifications récentes, en lien avec le projet médical partagé de ce GHT ne permettent pas de vision dynamique pour l'instant de ce groupe. Il reste qu'un besoin réel d'un réseau actif, reconnu, élargi existe sur ce territoire. **Il s'agira donc de remobiliser les acteurs du réseau et de renforcer les partenariats et la mise en synergie des différents acteurs du soin, de la prévention, du social et du médico-social.**

La journée de rencontre pour les acteurs départementaux, organisée par le RESAM, devrait **devenir annuelle**, et ainsi permettre aux différents acteurs **de mieux connaître leurs différentes logiques d'intervention**, de construire **une connaissance partagée** sur les problématiques et les réponses locales possibles et enfin **d'échanger et de partager leurs pratiques et leurs orientations**.

CONCLUSION PARTIELLE

Ce travail de diagnostic partagé n'est qu'une première étape de mise en commun sur un territoire qui agit de longue date dans la lutte contre les comportements addictifs et qui essaye d'agir sur une image péjorative de son espace de vie. Certes la problématique des consommateurs-usagers d'héroïne en Meuse reste prégnante, mais l'on ne saurait réduire la réalité de ce département à cette caractéristique, qui plus est, au détriment des problématiques liées aux autres substances psychoactives à l'instar du tabac et de l'alcool qui sont les premières causes de mortalité évitable en Meuse comme en France.

Le constat le plus visible est que sur ce département, les ressources de soins et d'accompagnement ont progressées de manière concertée, adaptée aux évolutions des besoins et de la demande sociale en addictologie, que les ressources en prévention, notamment de prévention primaire, sont faibles, mais l'ensemble des acteurs est mobilisé et investi de façon rarement aussi intense pour ce type de territoire.

Si la ruralité est un point qui pourrait être montré comme angle de faiblesse dans la stratégie de développement d'un réseau addictologie en Meuse, il n'en est en réalité rien. Les différents partenaires ont appris à se connaître, à collaborer et sont disponibles pour accompagner des projets à partir du moment où le sens et les objectifs de ceux-ci seraient explicités, donc partagés.

Les modifications territoriales d'action sanitaire que sont les GHT ont ajouté une problématique supplémentaire à la situation meusienne. De fait, deux antagonismes devront être résolus suite à ce travail de diagnostic. Il s'agira de développer un projet départemental cohérent avec les orientations nationales, tout en préservant les dynamiques plus locales dont les réussites bien souvent reposent sur les réseaux d'interconnaissances et de proximité. De plus, le projet départemental ne pourra pas être déconnecté de la réalité sanitaire du GHT de référence, mais aussi de partenariats à développer avec les territoires voisins : alternatives d'hébergement, relation avec les structures hospitalières de niveau 3 (CHRU), développement de projet solidaire entre départements voisins à fort tropisme d'inégalités de santé identique à la Meuse, développement de projets transfrontaliers, tant dans les relations de prévention et de soins que de collaboration judiciaire et policière.

Il apparaît que les acteurs institutionnels doivent expliciter leur positionnement et s'engager plus clairement dans un projet commun. Les relations positives existent mais un acte fondateur semble nécessaire pour redynamiser ce territoire, ainsi la Préfecture, l'ARS, le Rectorat, les communes et communauté de communes doivent à nouveau se rapprocher et poser un cadre commun. Ces institutions majeures ne peuvent se contenter d'être des acteurs vigilants et accompagnant les mutations nécessaires, mais des acteurs posant s'impliquant et à la fois respectueux de l'ensemble des autres partenaires. Ceux-ci se connaissent, mais il nous a semblé que le fil de la reconnaissance pourrait être rompu si prochainement les conditions de mise en commun n'étaient pas au rendez-vous.

Faire ensemble, se connaître, travailler ensemble, se former ensemble, se rencontrer, tels sont les souhaits énoncés par tous à l'issue de ce travail. Quelle belle perspective, mais aussi quel rendez-vous à ne pas retarder de peur de le rater. Il existe un vrai besoin de mettre à disposition de tous « une actualisation partagée » des orientations addictologiques, tant dans les discours aux jeunes, aux familles, aux partenaires, que dans l'évolution récent des

concepts de soins et d'accompagnement. Le monde rural africain utilise souvent en parabole ce proverbe « Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».

Nous tenons à remercier l'ensemble des participants à ce travail et notamment la qualité d'accueil, d'écoute, d'échanges dont nous avons pu bénéficier pour la réalisation de ce travail.



ANNEXE

Eléments de méthode détaillés :

L'IDH4 est un indicateur composite. Il se calcule à partir de la moyenne de ses trois indices, formées par l'indice comparatif de mortalité (ICM), la part de peu ou pas diplômés (Dipl), et le revenu médian par unité de consommation (Revenu) (cf. formule).

Pour chaque composante, la valeur observée pour un territoire est soustraite par la valeur minimale prise par un territoire de l'ensemble comparé. Le tout est divisé par la différence entre la valeur maximale et minimale prises par l'ensemble des territoires comparés.

A mesure que le niveau de vie augmente, les bienfaits supplémentaires qu'il octroie diminuent. Ainsi, pour la dimension du niveau de vie, un logarithme est utilisé pour diminuer l'importance du revenu à mesure qu'il augmente.

$$IDH4 = \frac{S + N + E}{3}$$

Soit **S** : la composante santé ;

N : la composante niveau de vie ;

E : la composante de l'éducation.

$$S = 1 - \frac{ICM_{observé} - ICM_{minimum}}{ICM_{maximal} - ICM_{minimal}}$$

$$N = \frac{\log(Revenu_{observé}) - \log(Revenu_{minimal})}{\log(Revenu_{maximal}) - \log(Revenu_{minimal})}$$

$$E = \frac{Dipl_{observé} - Dipl_{minimum}}{Dipl_{maximal} - Dipl_{minimal}}$$

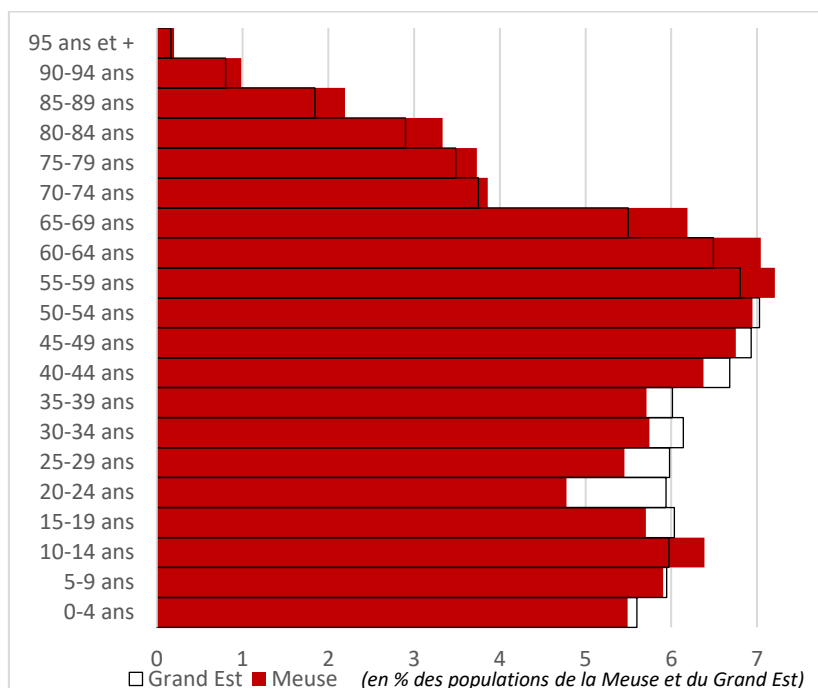
Les taux comparatifs de mortalité et les taux d'ALD sont standardisés sur la structure par âge de la France métropolitaine de l'année 2006 (cf. formule), ce qui permet de comparer des territoires aux structures par âge différentes. Les taux mortalité et de ALD de la Meuse sont comparés au taux du Grand Est et de la France métropolitaine. Dans le cadre de cette comparaison, du fait de l'aléa statistique autour des décès des individus, des tests statistiques sont utilisés.

$$\sum_{i=1}^n P_i T_{ji} \quad \text{Soit } \mathbf{P} \text{ la part de la classe d'âge (i) dans la population de France métropolitaine en 2016 et } \mathbf{T} \text{ le taux de mortalité observé dans la sous-population (j) pour la classe d'âge (i).}$$

Les proportions de consommateurs de substances psychoactives proviennent d'enquête nationales par échantillon. Les différences de proportions de consommateurs d'une substance psychoactive entre la région et le reste de la France pourraient s'expliquer par une fluctuation d'échantillonnage qui diminue à mesure que l'échantillon augmente (Ex : plus une pièce de monnaie bien équilibrée est lancée, plus la fréquence d'apparition du côté pile s'approchera de 0,5 ou 50 %). Pour vérifier que la différence observée dans l'échantillon n'est pas due à une fluctuation d'échantillonnage, des tests statistiques sont utilisés (le Khi2 au seuil de 5 %).

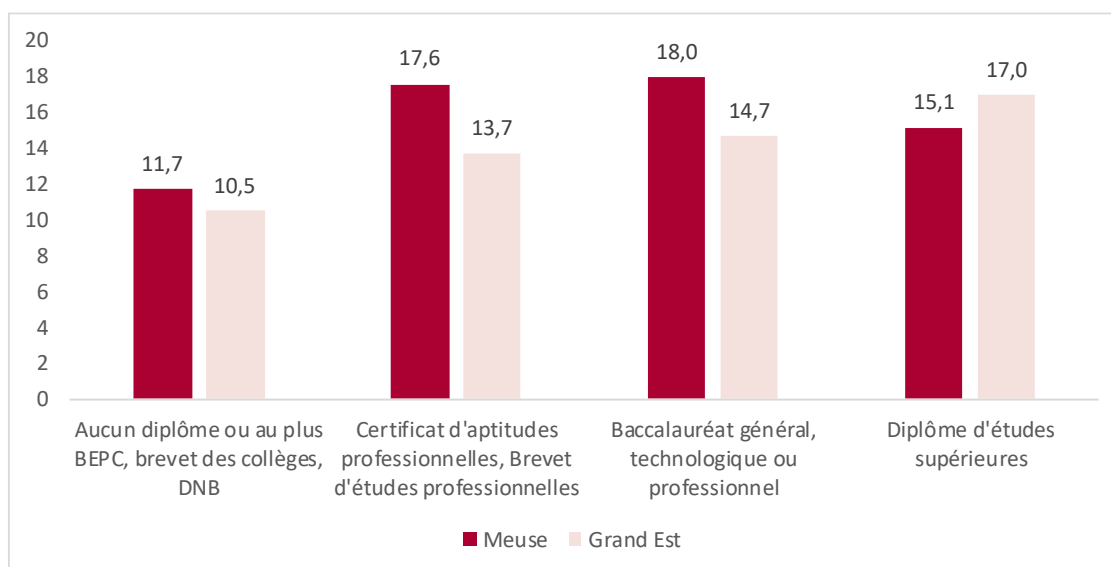
La situation sociodémographique du département de la Meuse.

Graphique : Comparaison des structures par âge de la Meuse et du Grand Est (en %)



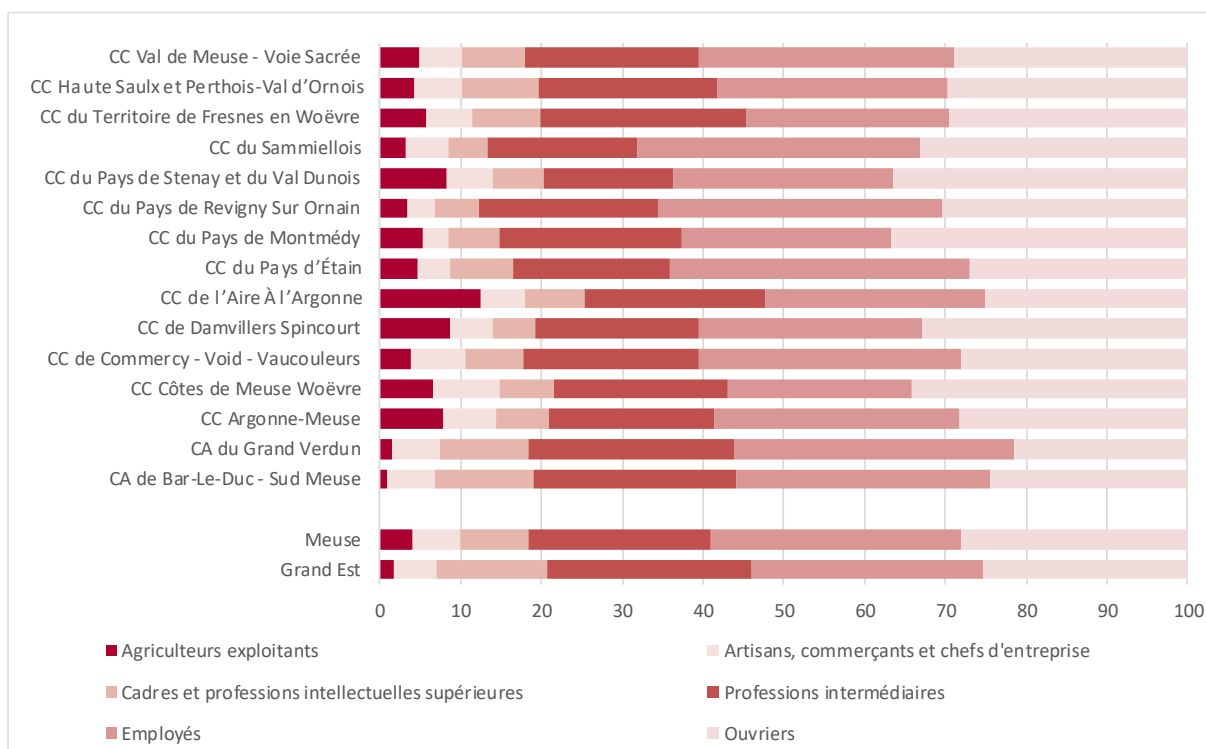
Sources : Insee (RP2015), Exploitation ORS Grand Est

Graphique : Part des 15-29 sortis du système scolaire selon le diplôme le plus élevé obtenu en 2014 (en %)



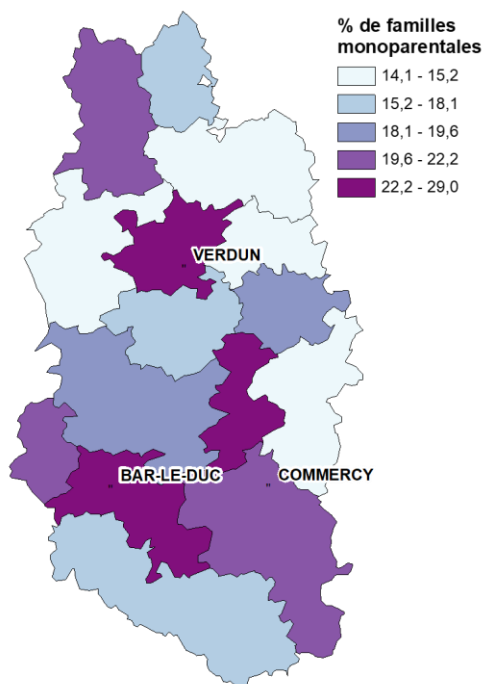
Source : Insee. Exploitation ORS Grand Est

Graphique : Part des professions et catégories socio-professionnelles par EPCI (en %) en 2015



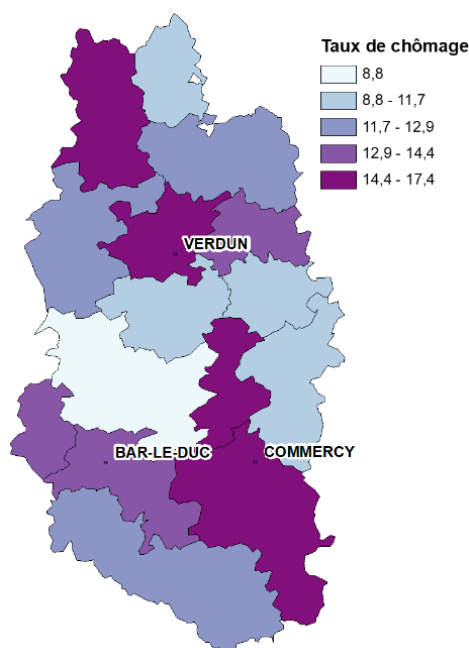
Source : Insee. Exploitation ORS Grand Est.

Carte : Part de familles monoparentales selon l'EPCI (en %) en 2015



Source : Insee (RP2015), Exploitation ORS Grand Est.

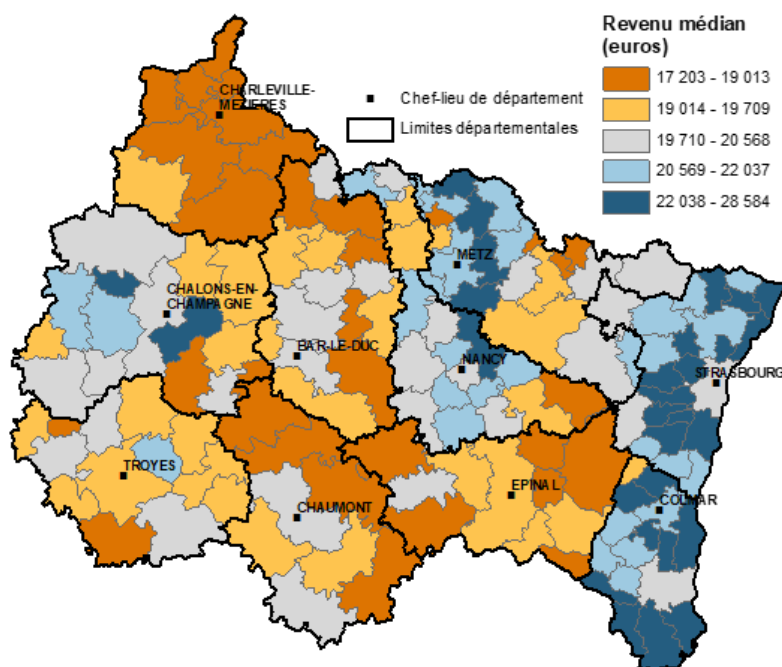
Carte : Répartition du taux de chômage selon l'EPCI (en %) en 2015



Source : Insee (RP2015), Exploitation ORS Grand Est

Carte : Carte des revenus médians par unité de consommation selon l'EPCI du Grand Est (en euros)

Salaire médian par UC en Grand Est : 20 418€



Source : Insee (Filosofi 2014), Exploitation ORS Grand Est

La mortalité et la morbidité détaillées du département de la Meuse.

Tableau : Répartition des principales causes d'ALD en 2016 pour 100 000 habitants

Principales causes de ALD en Meuse et en Grand Est pour 100 000 habitants			
Numéro et intitulé de l'ALD	Nombre d'ALD en Meuse	Meuse	Grand Est
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	10 027	4506,2*	4 837,3
30. Tumeur maligne, affect. Maligne du tissu lymph. ou hémato.	7 950	3600,4*	3 687,6
13. Maladie coronaire	4 898	2 140,5	2 118,1
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme ventriculaire graves	4 665	2 001,9	1 995,2
23. Affections psychiatriques de longue durée	2 634	1359,2*	1 756,4
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	2 536	1093,7*	1 045,1
Ensemble des ALD	45 551	20 689,5*	22 620,0

Les données présentées sont standardisées sur l'âge. Selon les données du régime général d'assurance maladie, au niveau national, un bénéficiaire d'ALD bénéficie en moyenne de 1,3 ALD. Sous réserve que cette valeur soit identique en Meuse, le département compterait environ 35 039 (45 551/1,3) bénéficiaires.

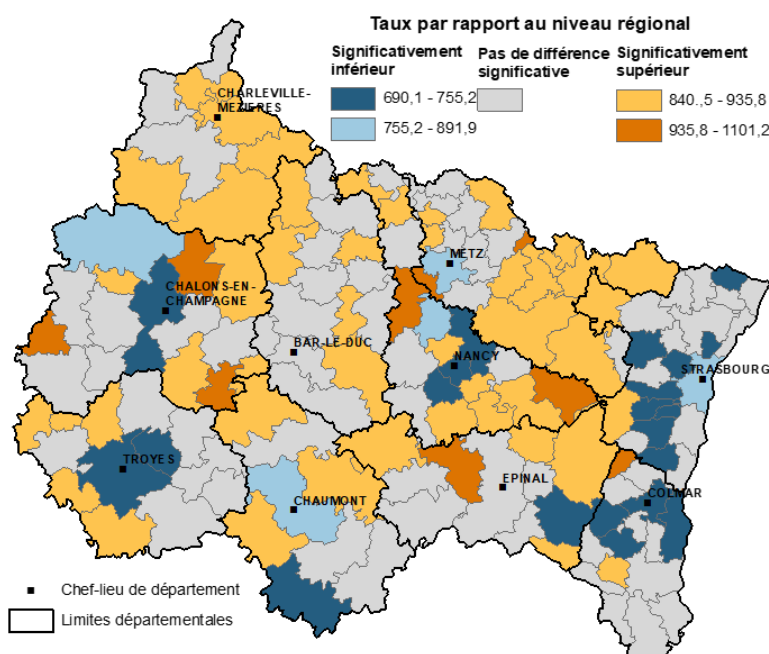
*La différence entre la Meuse et le Grand Est est statistiquement significative au seuil de 5%.

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI - Exploitation ORS : Grand Est.

Grille de lecture : Au 31 décembre 2016, on dénombre 45 551 ALD en Meuse. Pour 100 000 habitants, 4 506 bénéficient une affection longue durée pour diabète.

Carte : Carte des taux comparatifs de mortalité toutes causes confondues (pour 100 000 habitants, standardisation sur l'âge) sur la période de 2011-2015 des EPCI du Grand Est

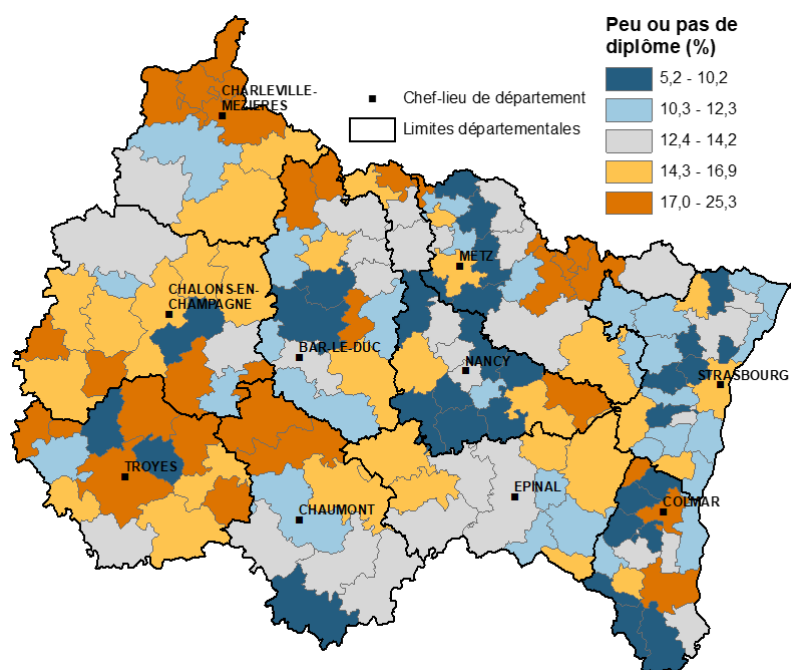
Taux comparatif de mortalité du Grand Est : 802 décès pour 100 000 habitants



Source : Inserm-CépiDc (2011-2015), Insee (RP2015), Exploitation ORS Grand Est

Carte : Carte des parts (en %) de peu ou pas diplômés selon l'EPCI dans le Grand Est en 2015

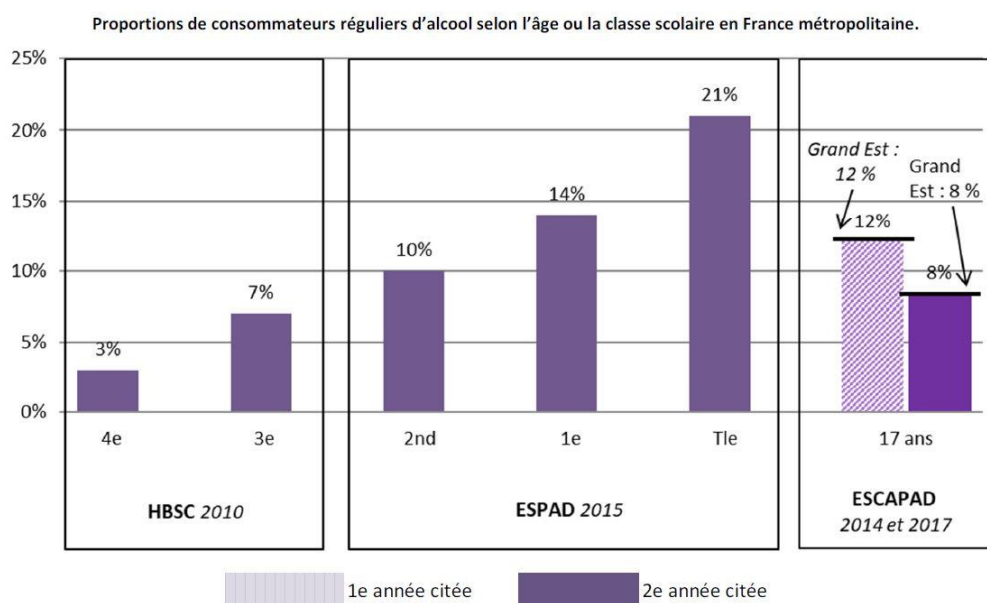
Part de peu ou pas diplômés en Grand Est : 14,6 %



Source : Insee (RP2015), Exploitation ORS Grand Est

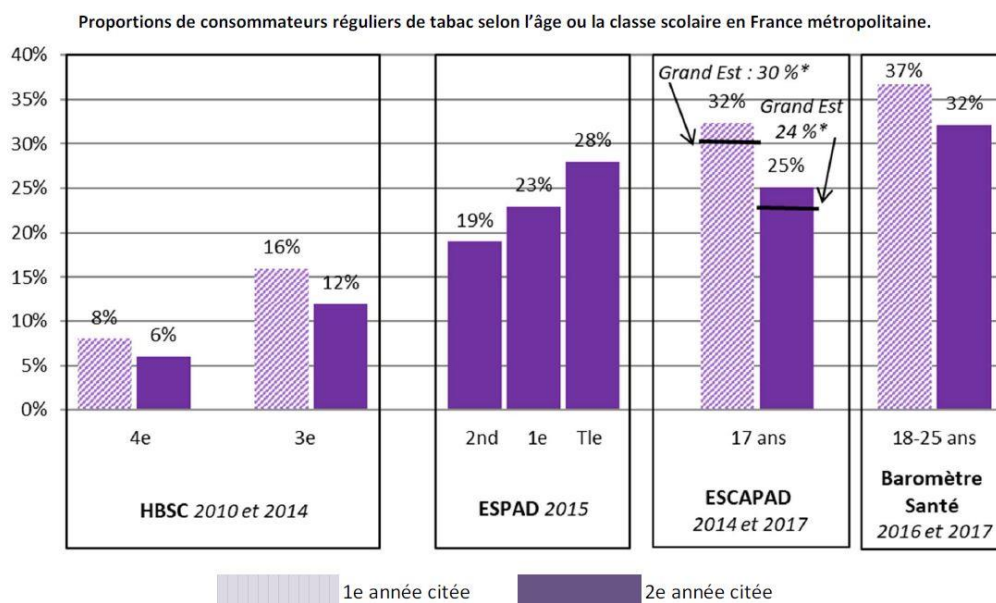
Les consommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis, selon la classe scolaire ou l'âge en France métropolitaine.

Les graphiques suivants sont issus de trois enquêtes différentes (HBSC, ESPAD, ESCAPAD) et permettent un aperçu de l'évolution des consommations régulières de substances psychoactives avec l'avancée en classe scolaire ou en âge. La lecture et les comparaisons des données de ces trois enquêtes doivent se faire avec précaution. Nous invitons le lecteur à prendre également garde aux dates dont sont issues les données.



Source : HBSC, ESPAD et ESCAPAD, exploitation OFDT et ORS GE

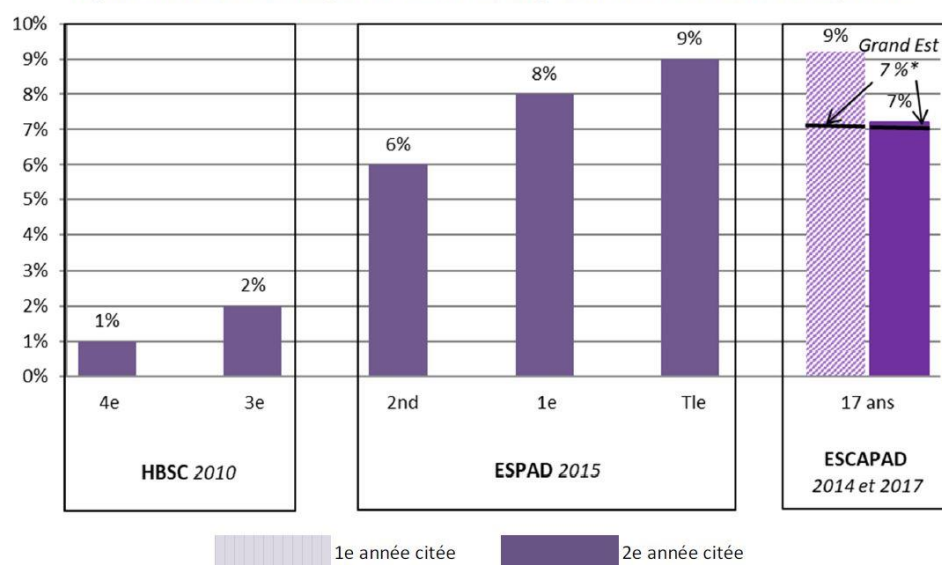
* Valeur significativement différente du reste de la France au seuil de 5 % ($p < 0,05$)



Source : HBSC, ESPAD, ESCAPAD et Baromètre Santé, exploitation OFDT et ORS GE

* Valeur significativement différente du reste de la France au seuil de 5 % ($p < 0,05$)

Proportions de consommateurs réguliers de cannabis selon l'âge ou la classe scolaire en France métropolitaine.



Source : HBSC, ESPAD et ESCAPAD, exploitation OFDT et ORS GE

* Valeur significativement différente du reste de la France au seuil de 5 % ($p < 0,05$)

Les interpellations pour infractions liées aux substances psychoactives dans le département de la Meuse.

Tableau : Interpellations pour **ivresse** sur la voie publique (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) selon la région en 2016

Interpellations pour ivresse sur la voie publique (/10 000 habitants de 15-74 ans), selon la région, en 2016		
Région	2016	Classement
Grand Est	17,8	1
Normandie	16,8	2
Bretagne	16,6	3
Hauts de France	15,7	4
Bourgogne-Franche-Comté	14,1	5
Nouvelle-Aquitaine	12,2	6
Centre-Val de Loire	11,4	7
Pays de la Loire	11,2	8
Île-de-France	9,7	9
Occitanie	8,5	10
Auvergne-Rhône-Alpes	7,5	11
PACA	7,5	12
Corse	5,5	13
France métropolitaine	11,7	

Source : DGNP/DGPN/PP, ODICER

Tableau : Interpellations pour **ivresse** sur la voie publique (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements ruraux en 2016

Interpellations pour ivresse sur la voie publique (/10 000 habitants de 15-74 ans), selon le département rural, en 2016		
Départements ruraux	2016	Classement
Haute-Marne	23,4	1
Lozère	16,6	2
Meuse	15,7	3
Dordogne	15,0	4
Creuse	13,3	5
Lot	11,0	6
Cantal	10,1	7
Maine-et-Loire	10,0	8
Gers	9,8	9
Ariège	9,3	10
Landes	6,5	11
Haute-Corse	5,7	12
Corse-du-Sud	5,2	13
Alpes-de-Haute-Provence	4,8	14

Source : DGNP/DGPN/PP, ODICER

Tableau : Interpellations pour **ivresse** sur la voie publique (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements du Grand Est en 2016

Interpellations pour ivresse sur la voie publique (/10 000 habitants de 15-74 ans) en 2016		
Départements	2016	Classement
Meurthe-et-Moselle	27,2	1
Marne	27,0	2
Haute-Marne	23,4	3
Aube	19,1	4
Vosges	16,4	5
Meuse	15,7	6
Bas-Rhin	15,3	7
Ardenne	13,9	8
Aude	11,4	9
Haut-Rhin	10,4	10

Source : DGPN/DGPN/PP, ODICER

Tableau : Interpellations pour **infraction à la législation sur les stupéfiants** (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) selon la région en 2017

Interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants (taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans)			
Region	Nombre d'interpellations	Taux	Classement
Ile-de-France	62235	69,0	1
PACA	20171	55,1	2
Hauts-de-France	20719	47,2	3
Auvergne-Rhône-Alpes	23158	39,7	4
Grand Est	16158	39,6	5
Centre	6947	37,5	6
Normandie	8928	36,9	7
Bourgogne-Franche-Comté	7310	36,0	8
Occitanie	15217	35,4	9
Nouvelle-Aquitaine	14126	32,4	10
Bretagne	7144	29,6	11
Pays de la Loire	8024	29,5	12
Corse	736	28,0	13

Source : Etat 4001

Tableau : Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements du Grand Est en 2017

Interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants (taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans)			
Département	Nombre d'interpellations	Taux	Classement
Meurthe-et-Mo	2934	54,2	1
Vosges	1298	48,9	2
Meuse	615	45,3	3
Ardennes	887	45,0	4
Haute-Marne	569	44,9	5
Marne	1626	38,6	6
Moselle	2822	36,8	7
Aube	819	36,6	8
Bas-Rhin	2969	35,4	9
Haut-Rhin	1619	28,9	10

Source : Etat 4001

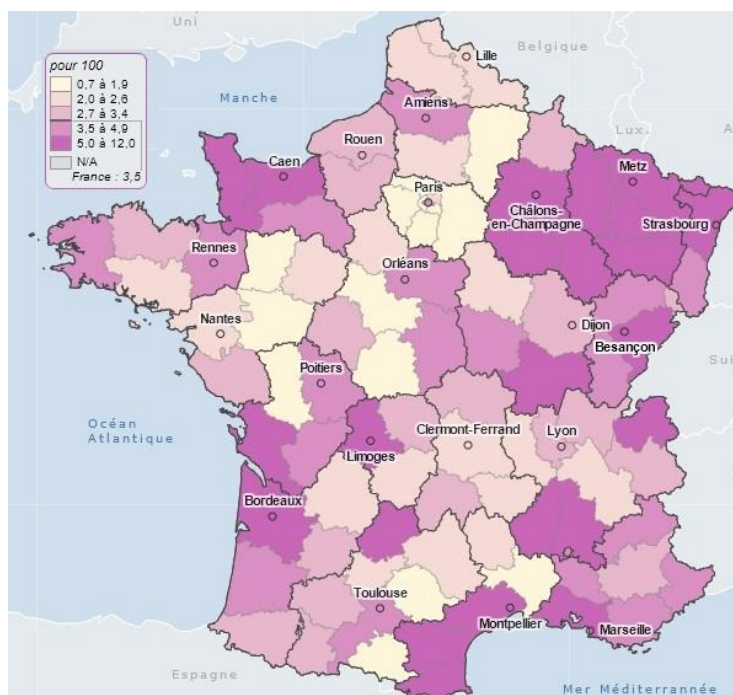
Tableau : Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements ruraux en 2017

Interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants (taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans)			
Département	Nombre d'interpellations	Taux	Classement
Alpes-de-Haute-P	744	64,2	1
Meuse	615	45,3	2
Haute-Marne	569	44,9	3
Landes	1269	42,4	4
Lot	459	37,4	5
Corse-du-sud	340	36,0	6
Ariège	334	30,5	7
Gers	411	30,0	8
Lozère	158	28,8	9
Creuse	243	28,6	10
Cantal	263	25,2	11
Haute-Corse	353	24,1	12
Dordogne	682	23,0	13
Maine-et-Loire	1320	22,5	14

Source : Etat 4001

Les consommations de soins liées à l'usage de substances psychoactives dans le département de la Meuse.

Carte : Ventes de boîtes de Stéribox (pour 100 habitants de 15 à 74 ans) selon la région en 2016



Source : InVS/Siamois, ODICER, Exploitation OFDT

Tableau : Ventes de boîtes de Stéribox (pour 100 habitants de 15 à 74 ans) selon la région en 2010 et 2016

Ventes de boîtes de Stéribox (/ 100 habitants de 15-74 ans) selon la région, en 2010 et 2016			
Région	2010	2016	Classement de 2016
Grand Est	9,7	6,6	1
PACA	6,3	4,7	2
Corse	4,9	4,7	3
Normandie	5,9	4,2	4
Nouvelle-Aquitaine	5,7	4,2	5
Occitanie	6,5	4,2	6
Bourgogne-Franche-Comté	5,6	4,1	7
Bretagne	4,1	3,5	8
Auvergne-Rhône-Alpes	4,6	3,4	9
Centre-Val de Loire	4,1	3,1	10
Hauts de France	4,2	2,5	11
Pays de la Loire	3,1	2,1	12
Île-de-France	3,4	2,0	13
France métropolitaine	5,2	3,6	

Source : InVS/Siamois, ODICER

Tableau : Ventes de boîtes de Stéribox (pour 100 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements ruraux en 2010 et 2016

Ventes de Stéribox (/100 habitants de 15-74 ans) selon le département rural, en 2010 et 2016			
Départements ruraux	2010	2016	Classement de 2016
Haute-Marne	10,1	6,2	1
Meuse	10,6	6,2	1 ex-aequo
Lot	7,0	5,0	3
Landes	4,4	3,5	4
Gers	4,4	3,2	5
Cantal	5,4	3,1	6
Creuse	4,7	2,9	7
Alpes-de-Haute-Provence	3,6	2,8	8
Dordogne	3,6	2,6	9
Lozère	3,7	2,1	10
Ariège	3,1	1,9	11
Maine-et-Loire	1,9	1,5	12
Corse-du-Sud	8,5	n.d.	13
Haute-Corse	1,8	n.d.	14

Source : InVS/Siamois, ODICER

Tableau : Ventes de boîtes de Stéribox (pour 100 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements du Grand Est en 2010 et 2016

Ventes de Stéribox (/100 habitants de 15-74 ans) en 2010 et 2016			
Départements	2010	2016	Classement de 2016
Vosges	16,5	12,0	1
Meurthe-et-Moselle	15,0	10,3	2
Aube	7,7	7,0	3
Haute-Marne	10,1	6,2	4
Meuse	10,6	6,2	4 ex-aequo
Bas-Rhin	8,5	6,2	6
Moselle	8,9	5,6	7
Marne	8,8	5,0	8
Haut-Rhin	6,5	4,7	9
Ardenne	5,1	3,2	10

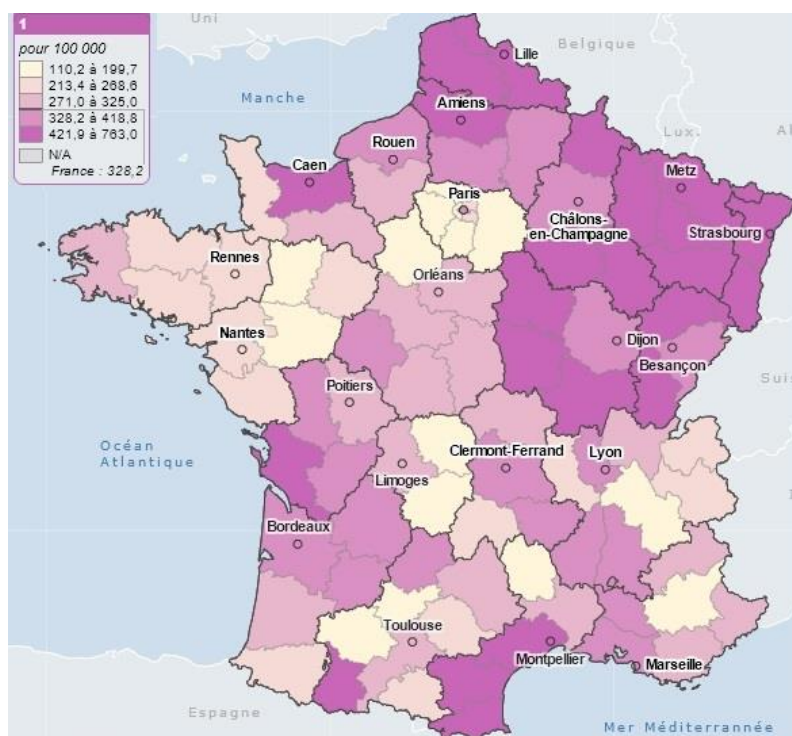
Source : InVS/Siamois, ODICER

Tableau : Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés (et taux pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans) entre les régions en 2016

Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés (MSO : BHD, y compris Suboxone, ou méthadone, /100 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2016		
Région	2016	Classement
Grand Est	613,6	1
Bourgogne-Franche-Comté	476,6	2
Hauts de France	439,7	3
Normandie	367,0	4
Occitanie	358,5	5
Nouvelle-Aquitaine	350,9	6
PACA	321,2	7
Corse	310,4	8
Centre-Val de Loire	292,5	9
Auvergne-Rhône-Alpes	289,9	10
Bretagne	276,5	11
Pays de la Loire	216,6	12
Île-de-France	210,5	13
France métropolitaine	338,5	

Source : Laboratoires Bouchara-Recordati ; Siamois, OFDT ; ODICER

Carte : Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements ruraux en 2016



Source : Laboratoire Bouchara-Recordati, Siamois OFDT, exploitation OFDT

Tableau : Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans parmi les départements ruraux en 2016

Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés (MSO : BHD, y compris Suboxone, ou méthadone, /100 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2016		
Départements ruraux	2016	Classement
Haute-Marne	710,5	1
Meuse	534,0	2
Lot	419,6	3
Dordogne	396,5	4
Landes	269,5	5
Ariège	237,7	6
Cantal	219,6	7
Alpes-de-Haute-Provence	199,0	8
Maine-et-Loire	181,1	9
Gers	177,4	10
Creuse	171,6	11
Lozère	150,9	12
Corse-du-Sud	n.d.	13
Haute-Corse	n.d.	14

Source : Laboratoires Bouchara-Recordati ; Siamois, OFDT ; ODICER

Tableau : Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans) parmi les départements ruraux en 2016

Nombre de patients théoriques traités par un médicament de substitution aux opiacés (MSO : BHD, y compris Suboxone, ou méthadone, /100 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2016		
Départements	2016	Classement
Meurthe-et-Moselle	767,9	1
Bas-Rhin	710,8	2
Haute-Marne	710,5	3
Vosges	688,0	4
Moselle	627,8	5
Haut-Rhin	548,2	6
Meuse	534,0	7
Ardennes	483,0	8
Aube	457,5	9
Marne	377,3	10

Source : Laboratoires Bouchara-Recordati ; Siamois, OFDT ; ODICER

Accidents de la route liés à une consommation de substance psychoactive dans le département de la Meuse.

Tableau : Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu selon la région en 2010 et en 2016 (en %)

Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu selon la région en 2010 et 2016 (en %)			
Région	2010	2016	Classement
Normandie	16,1	17,9	1
Bretagne	14,3	16,3	2
Hauts de France	14,4	15,7	3
Centre-Val de Loire	10,9	15,4	4
Bourgogne-Franche-Comté	14,5	15,3	5
Pays de la Loire	15,1	14,9	6
Auvergne-Rhône-Alpes	11,3	13,7	7
Occitanie	12,4	13,6	8
Nouvelle-Aquitaine	12,9	12,7	9
Grand Est	13,3	11,8	10
Corse	11,8	10,6	11
PACA	7,6	9,4	12
Île-de-France	6,9	6,2	13
France métropolitaine	10,8	11,1	

Source : ONISR, ODICER

Tableau : Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu selon le département du Grand Est en 2010 et en 2016 (en %)

Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu en 2010 et 2016 (en %)			
Départements	2010	2016	Classement de 2016
Ardennes	20,5	28,1	1
Haute-Marne	14,0	16,8	2
Meuse	20,7	16,7	3
Aube	16,0	15,5	4
Moselle	11,9	15,0	5
Haut-Rhin	11,5	12,8	6
Vosges	24,6	10,8	7
Bas-Rhin	8,6	9,8	8
Meurthe-et-Moselle	11,2	8,3	9
Marne	18,2	8,0	10

Source : ONISR, ODICER

Tableau : Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu selon le département rural en 2010 et en 2016 (en %)

Part des accidents corporels routiers avec alcool parmi l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu en 2010 et 2016 (en %)			
Départements	2010	2016	Classement de 2016
Ariège	24,2	25,8	1
Creuse	23,6	23,1	2
Alpes-de-Haute-Provence	17,9	19,4	3
Haute-Marne	14,0	16,8	4
Meuse	20,7	16,7	5
Gers	12,8	15,2	6
Dordogne	18,6	15,1	7
Landes	18,8	14,6	8
Lot	12,0	14,4	9
Corse-du-Sud	15,1	14,4	10
Maine-et-Loire	10,8	10,3	11
Cantal	16,0	10,1	12
Haute-Corse	9,8	8,7	13
Lozère	19,4	5,3	14

Source : ONISR, ODICER



Liste des personnes présentes à au moins une des trois réunions de groupe et/ou interviewées :

Nom/Prénom	Fonction	Organisme
TIRLICIEN Ghislaine		Préfecture de la Meuse
BOIDIN Colette	Adjointe	Mairie de Bar-le-Duc
KOUAME Lucien	Adjoint SSP	ARS DT 55
MAGNE Alban	LCL/OAC	Groupe de gendarmerie départementale de la Meuse
BERTUCCI Christiane	Conseillère technique sociale	DSDEN Meuse
Dr. BRIOLET Pierre	Médecin	AMSEAA
LOUVIOT-HUMBERT Sabine	Conseillère ESF	CCAS de Commercy
SCOLARI-MICHELOT Patricia	Directrice	CCAS de Commercy
Dr. RIFF Maria	Médecin	Conseil de l'ordre des médecins
HATON Hubert	Chef de service	Amie 55
PETIT-JACQUES Hugo	Directeur d'établissement	ANPAA Grand Est
KENNEL Daniel	Pharmacien	Conseil de l'ordre des pharmaciens
GROSSIR Fabrice	Commissaire divisionnaire - Directeur départemental de Police	Direction départementale de la sécurité publique - Meuse
GHAZOUALI Saïd	Cadre de santé	Service des Urgences du CH Bar-le-Duc
LECOEUR Stéphane	Directeur	AMP Meuse
Dr. DEVILLE	Médecin conseiller technique	Education Nationale
Dr. GUIRLET	Médecin praticien hospitalier	CSAPA Hospitalier Centr'Aid
GARDEUR Bérengère	Infirmière coordinatrice	CSAPA Hospitalier Centr'Aid
CERABONA Maud	Chef de service ANPAA-CSAPA	CSAPA ANPAA
PORTE Jerry	Responsable section	Vie Libre
BRIEY Quentin	Coordinateur éducatif	RESADOM MDA 55
GLADY Olivier	Procureur de la République	Tribunal de Grande Instance de Bar-le-Duc
DOGUET Franck	Infirmier conseiller technique	Education Nationale
Dr WOISSELLE Andrée	Chef de service	Unité d'addictologie les Mays –Fains Veel
	Cadre de Santé	Unité d'addictologie les Mays –Fains Veel
Dr VALLET Gérald	Chef de service	Unité d'addictologie du CH de Verdun
RAULIN Claudine	Chef du service de proximité	DT ARS 55
CABLAN Cédric	Délégué Territorial	DT 55 ARS
ELSENSOHN Guillaume	Chef de service des sécurités, adjoint au directeur des services du cabinet	Préfecture de Meuse
BERTHIER Nicolas	Chargé d'études	ORS GE
GARDEUR Emilie	Coordinatrice pôle études	ORS GE
BONNEFOY Michel	Directeur	ORS GE



**Observatoire régional de la santé du Grand Est
(ORS Grand Est)**

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex

Tél. : 03.88.11.69.80 – E-mail : contact@ors-ge.org

Site internet : www.ors-ge.org

