

ANALYSE DU PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES EN MATIÈRE D'ADDICTOLOGIE DANS LE NORD DU DÉPARTEMENT DU RHONE

JANVIER 2018

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Magali VENZAC, chargée d'études

Ève GIOVANNINI, chargée d'études

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives, sociologue

Avec le soutien de

**LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE DU RHÔNE-MÉTROPOLE DE LYON
DE L'AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de l'étude « analyse du parcours de santé des personnes en matière d'addictologie dans le nord du département du Rhône » et tout particulièrement :

Madame Geneviève Eyraud, chef de service au Csapa Jonathan, Mme Joëlle Escofier, directrice ANPAA 69-42 et Mme Maguin chef de service Csapa Jean-Charles Sournia, Mme Sophie MICO, infirmière conseillère technique à l'académie de Lyon pour leur aide précieuse dans la mise en place de cette étude et notamment pour la mise en contact avec les partenaires locaux et la mobilisation de groupes d'habitants ;

Madame Sandrine Roussot-Carval, chargée de mission prévention et promotion de la santé et Madame Marielle Schmitt, responsable du pôle santé publique au service du Rhône et métropole de l'Agence Régionale de santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, pour le suivi de ce travail.

Ainsi que tous les professionnels et habitants qui ont été rencontrés et interviewés dans le cadre du volet qualitatif de ce diagnostic, pour leur disponibilité et leur excellente participation à cette étude.

L'ORS tient également à adresser ses plus vifs remerciements aux structures ayant transmis des données et ayant ainsi permis la description de l'offre existante sur le territoire.

- Csapa Jonathan et Jean-Charles Sournia ;
- Caarud Ruptures ;
- Hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône ;
- Hôpital Nord-Ouest de Tarare ;
- Hôpital de l'Arbresle ;
- Clinique Les bruyères;
- Département d'information médicale du Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

Sommaire

INTRODUCTION	11
OBJECTIFS	12
METHODE	13
Analyse quantitative	13
Analyse qualitative	13
DONNEES QUANTITATIVES	15
1. Introduction : portrait sociodémographique du Nord du Rhône	15
2. Indicateurs disponibles sur les usages de produits psychoactifs	17
2.1. Consommations de substances psychoactives : situation en Rhône-Alpes	17
2.2. Consommations de substances psychoactives : situation dans le département du Rhône	22
3. Les conséquences sanitaires de l'usage nocif	23
3.1. La mortalité prématurée liée à la consommation de tabac dans le Nord du Rhône	23
3.2. La mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool dans le Nord du Rhône	25
3.3. Les hospitalisations pour pathologies liées à la consommation d'alcool dans le Nord du Rhône	27
3.4. Les hospitalisations pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci dans le Nord du Rhône	28
4. État des lieux de l'offre médico-sociale et sanitaire sur le territoire en termes de prise en charge des addictions	30
4.1. Les structures d'addictologie présentes sur le Nord du Rhône	30
4.2. Les structures médico-sociales	31
4.2.1. Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)	32
4.2.2. Les consultations jeunes consommateurs	48
4.2.3. Le Caarud	52
4.3. Les structures hospitalières	55
4.3.1. Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)	56
4.3.2. La consultation d'addictologie à l'hôpital de l'Arbresle	64
4.3.3. Les hospitalisations pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle	64
4.3.4. L'hôpital de jour à l'hôpital de l'Arbresle	67
4.3.5. La structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) prenant en charge les affections liées aux conduites addictives de Létra	70
4.3.6. Le Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	73
5. Définitions et méthode	77
DONNEES QUALITATIVES	83
1. Le territoire Nord Rhône : éléments transversaux	86
1.1. Une zone rurale ponctuée de ville de taille moyenne à proximité de l'agglomération lyonnaise	86
1.2. Population : un profil socioéconomique hétérogène et des publics en précarité repérés	86

1.3.	Des contraintes de déplacement, l'enjeu de la mobilité pour accéder aux ressources de santé	87
1.4.	La viticulture et les fêtes traditionnelles, un contexte spécifique aux consommations de substances psychoactives	89
2.	Les Jeunes (12-25 ans)	91
2.1.	Les ressources spécifiques aux jeunes	91
2.2.	Profils de jeunes et modes de consommation problématiques	93
2.3.	Parcours de santé : accès à la prévention, aux soins et continuité des prises en charge	95
3.	Les adultes	101
3.1.	Les ressources de santé et d'accompagnement	101
3.2.	Profils et mode de consommation	103
3.3.	Parcours de santé : éléments facilitants et défavorables à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge	106
4.	Approche territoriale : analyse de la couverture des besoins de santé par zone	118
4.1.	Nord-ouest du territoire	119
4.2.	Sud-Ouest du territoire, autour de Tarare	120
4.3.	La communauté de Communes du Pays de l'Arbresle	120
4.4.	La communauté de communes Beaujolais-Pierres-Dorées	121
4.5.	La communauté d'agglomération Villefranche Beaujolais Saône	121
4.6.	Le Nord-est du territoire, autour de Belleville et Beaujeu	122
	SYNTHESE ET PISTES D'ACTIONS	124
1.	Synthèse	124
2.	Pistes d'actions	133
	BIBLIOGRAPHIE	138

Glossaire

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ADES : Association départementale d'éducation pour la santé

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

API : Alcoolisation ponctuelle importante

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

BDJP : Brigade de prévention de la délinquance juvénile

BHD : Buprénorphine haut dosage

BTPST : Service de santé au travail du bâtiment et des travaux publics

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

Cegidd : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles

CESF : Conseiller en économie sociale et familiale

CHNO : Centre hospitalier Nord-Ouest

CIM : Classification internationale des maladies

CJC : Consultations jeunes consommateurs

CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMS : Centre médical spécialisé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DIM : Département d'information médicale

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Elsa : Équipes de liaison et de soins en addictologie

EPCI : Établissements Publics de Coopération Intercommunale

EPE : Établissements de placement éducatif

Espic : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalents temps plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MFR : Maison familiale et rurale

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MJC : Maison des jeunes et de la culture

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ORS : Observatoire régional de la santé

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRS : Projet Régional de Santé

RDR : Réduction des risques

RSA : Revenu de solidarité active

SSR : Soins de suite et de réadaptation

STVB : Service de santé au travail Villefranche et Beaujolais

TROD : Tests de dépistages rapides à orientation diagnostique

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

La délégation territoriale Métropole Rhône de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a sollicité l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes afin de réaliser une étude portant sur l'analyse du parcours de santé des personnes en matière de prise en charge des addictions (de la prévention à la prise en charge) dans le Nord du département du Rhône.

Le Nord du département du Rhône concerné par cette étude est constitué, au 1^{er} janvier 2017, de 5 Établissements Publics de Coopération Intercommunal (EPCI) : la communauté de communes Saône-Beaujolais, la communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien, la communauté d'agglomération de Villefranche-Beaujolais-Saône, la communauté de communes Beaujolais-Pierres-Dorées et la communauté de communes du Pays de l'Arbresle, soit 144 communes regroupant 253 287 habitants en 2014¹. Il s'agit d'un territoire rural, où l'habitat est peu dense et les professionnels de santé et les structures de santé sont moins nombreux que sur la Métropole de Lyon. Seules 9 communes sur les 144 comptent plus de 5 000 habitants en 2014 : Villefranche-sur-Saône, Tarare, Belleville, Gleizé, Anse, l'Arbresle, Thizy-les-Bourgs, Jassans-Riottier et Lentilly.

Différentes structures et ressources sont présentes sur ce territoire, marqué par la ruralité, qui sont spécifiques ou généralistes et qui peuvent répondre aux besoins des personnes concernées par des addictions. Mais, à ce jour, les besoins des habitants concernés par une addiction sont connus de manière parcellaire. Il semble ainsi nécessaire de mieux cerner les besoins de ces personnes et leurs parcours en matière d'accès aux ressources.

¹ Insee, recensement de la population 2014.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de mieux connaître le parcours des habitants du territoire (nord du « nouveau » Rhône), concernés ou non par des addictions, de la prévention à la prise en charge de celles-ci et ce afin d'améliorer leurs accès aux différentes ressources et, le cas échéant, leur parcours de soin.

Trois objectifs spécifiques découlent de cet objectif principal :

- affiner la connaissance des besoins des habitants le Nord du département, de la prévention jusqu'à la prise en charge des conduites addictives ;
- identifier l'offre disponible sur le Nord du département de la prévention jusqu'à la prise en charge des conduites addictives, que les ressources soient centrées sur la thématique des addictions, ou qu'elles puissent y être reliées de manière connexe ;
- proposer des recommandations pour renforcer, améliorer les parcours de soins et de recours aux ressources dédiées des habitants du territoire, et tout particulièrement de ceux qui sont de facto, concernés par une addiction.

Ces recommandations devront prendre en compte les principes directeurs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) en matière d'addictions :

- garantir un accès au dispositif à toutes les personnes ayant des conduites addictives ainsi qu'à leur entourage, en suivant le principe « d'aller vers », au-devant des personnes ;
- assurer la continuité des prises en charge en garantissant la coordination du parcours du patient (prévention, repérage et intervention précoce, réduction des risques et des dommages, prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative) ;
- améliorer la qualité des prestations en développant une approche diversifiée et globale et en diffusant de bonnes pratiques professionnelles ;
- garantir l'efficacité de l'organisation par des coopérations entre les différents secteurs d'intervention (logiques de prises en charge conjointes et de complémentarité d'intervention) afin de fluidifier les parcours de soins.

Méthode

Afin d'atteindre les objectifs tels que définis, l'analyse s'est appuyée sur une méthode mixte alliant approche quantitative et qualitative.

Analyse quantitative

L'analyse quantitative se compose de plusieurs éléments. Dans un premier temps, une revue documentaire a été effectuée afin de répertorier les données et indicateurs existants décrivant le territoire en termes de consommation et d'usage de produits psychoactifs.

En parallèle, les conséquences sanitaires de l'usage nocif des substances psychoactives ont été analysées sur le territoire d'étude à partir des bases de données disponibles (mortalité, hospitalisations).

Enfin, un état des lieux de l'offre existante dans le champ médico-social et sanitaire a été effectué, avec l'analyse des rapports d'activité et des données transmises par les différentes structures en lien avec les addictions présentes sur le territoire. Plusieurs structures ont été sollicitées afin de collecter leurs données : les structures sanitaires (équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa), services d'addictologie, centre hospitalier spécialisé...), les structures médico-sociales (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)), l'académie de Lyon (Éducation Nationale), des associations d'usagers (Vivre sans alcool), les services de santé au travail (STVB, BTPST), le service médical de la Maison d'arrêt, la Maison des Adolescents, les éducateurs de prévention (Sauvegarde 69) et la Mission locale. Cette dernière étape, qui a permis de décrire l'offre disponible sur le territoire et les personnes prises en charge, a été rendue difficile par l'hétérogénéité des données disponibles au sein des différentes structures, certaines ne disposant d'ailleurs d'aucune donnée quantitative sur les personnes prises en charge avec une problématique addiction.

Cette analyse quantitative s'appuie sur un certain nombre de cartes, de graphiques et de tableaux permettant de caractériser la situation en termes d'addiction dans le Nord du Rhône.

Analyse qualitative

La partie qualitative permet d'approfondir et de compléter les résultats issus de la première phase quantitative. Une vingtaine d'entretiens auprès de professionnels répartis dans les 5 EPCI et trois focus groupes auprès de jeunes et d'usagers du territoire ont été réalisés et ont permis d'aborder la notion de parcours ainsi que les propositions permettant d'éviter les ruptures.

Des entretiens semi-directifs individuels ou d'équipe ont permis d'explorer :

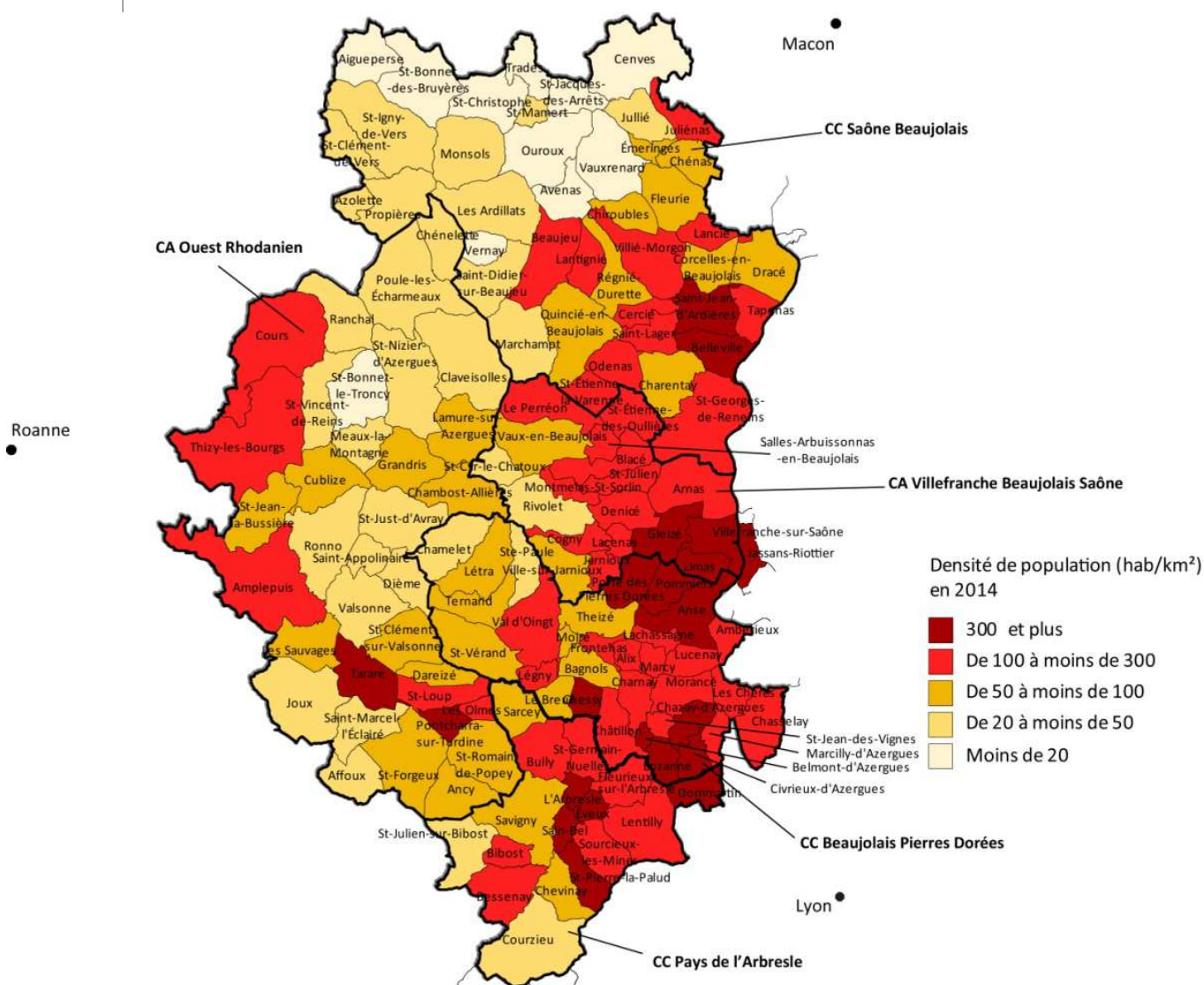
- Qui sont les consommateurs (typologie des consommateurs locaux), selon les produits consommés (licites ou illicites, ou licites détournés) et les caractéristiques socio-économiques dans les 5 EPCI. Quelles sont les spécificités éventuelles repérées par les professionnels par rapport aux consommateurs d'autres territoires (Métropole, notamment) ;
- À quelles difficultés sont confrontés les consommateurs, pour consommer, mais aussi pour entrer dans une démarche de réduction des risques ou dans une démarche de sevrage (information, distances, freins symboliques, ...) ;
- Quels sont les facteurs favorisant le basculement vers des consommations problématiques, voire vers des addictions, qui peuvent être un peu spécifiques, par rapport aux situations de vulnérabilité, déjà connues au plan national (ex : culture locale de sociabilité autour de l'alcool, type « fête des conscrits », ou stigmatisation plus forte des consommateurs d'héroïne, ...) ;
- Quels sont les liens qui existent entre différents partenaires afin de repérer, orienter, prendre en charge puis suivre les consommateurs de produits psychoactifs. Quels sont les points de complémentarité, de vide ;
- Quelles sont les partenariats qui fonctionnent bien, autour de quels types de repérages /prises en charge entre professionnels spécialistes et avec d'autres professionnels ;
- Quelles sont les actions qui semblent être les plus innovantes et les pistes d'actions pour améliorer l'accès à la prévention et à une prise en charge adaptée des habitants ayant une problématique d'addiction. Quelles sont les pistes d'actions pour favoriser la continuité des prises en charge et éviter les ruptures.

Données quantitatives

1. Introduction : portrait sociodémographique du Nord du Rhône

Les 5 EPCI qui composent le Nord du département du Rhône regroupent 253 287 habitants en 2014², soit une densité de population de 147 habitants par km². Ce territoire peu dense (555 habitants par km² dans le Rhône) est inégalement réparti en termes de population, la densité variant de 13 habitants par km² dans la commune d'Avenas à 3 856 habitants par km² dans la commune de Villefranche-sur-Saône.

Carte 1 - Le territoire d'étude



Source : Insee, RP 2014 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

² Insee, recensement de la population 2014.

Le Nord du Rhône enregistre une croissance démographique comparable au département du Rhône, avec un taux d'accroissement annuel moyen de la population de 1,0 % entre 2009 et 2014 (cf. définitions et méthodes). Cette croissance démographique est plus élevée dans les EPCI situés à l'est du territoire et notamment les communautés de communes de Saône-Beaujolais et de Beaujolais-Pierre-Dorées. En termes de répartition par âge, les communes situées à l'ouest du territoire dans la communauté d'agglomération de l'Ouest-Rhodanien, se composent d'une population plus âgée. À l'inverse, les communautés de communes du pays de l'Arbresle et de Beaujolais-Pierre-Dorées comptent une population plus jeune.

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques

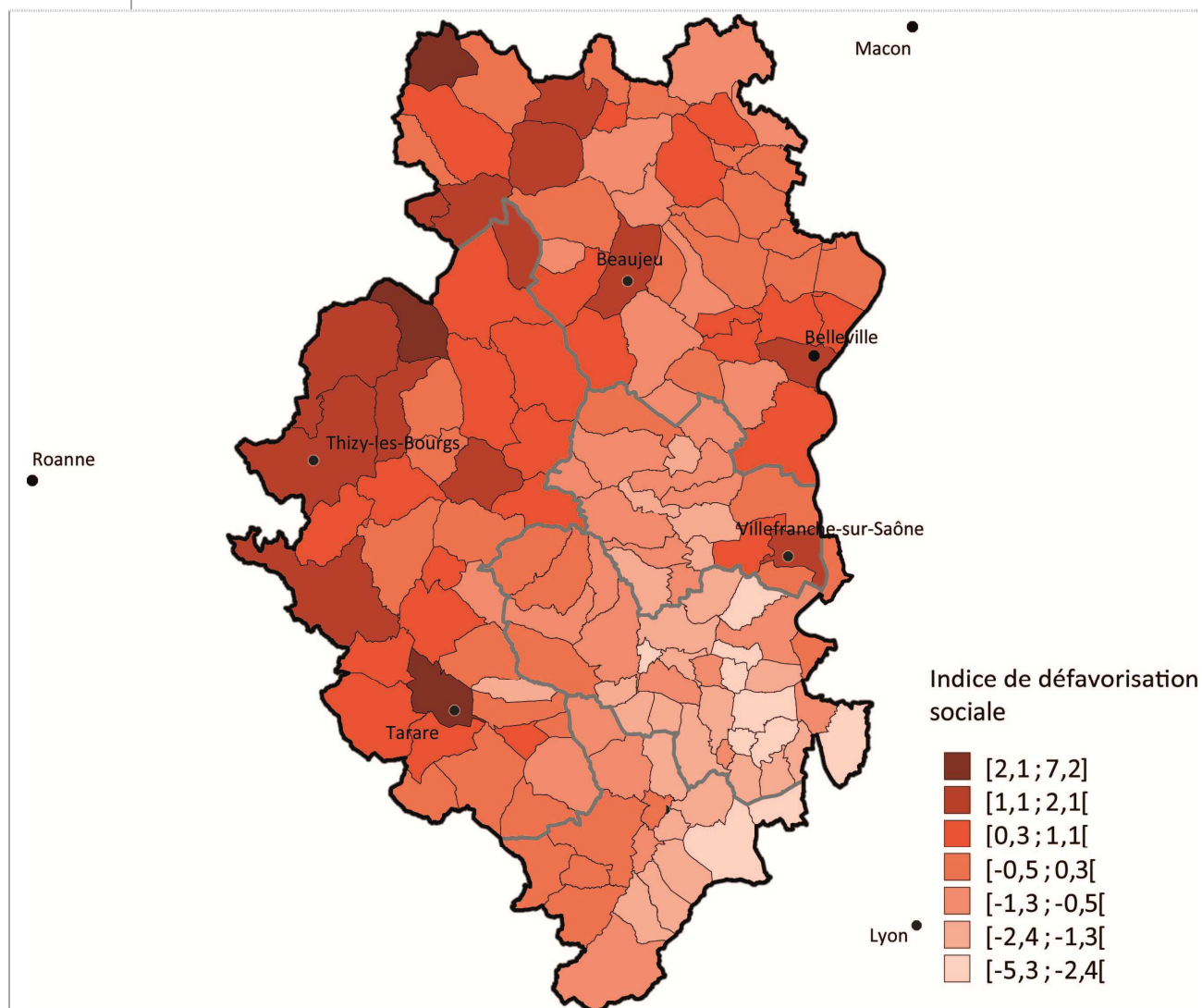
Lieu de résidence	Population totale	Part des moins de 20 ans	Part des 75 ans et plus	Taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2009 et 2014
CC Saône-Beaujolais	43 195	27,2 %	8,5 %	1,6 %
CA Villefranche-sur-Saône	72 482	26,7 %	8,5 %	1,0 %
CC Beaujolais-Pierre-Dorées	50 072	27,5 %	7,9 %	1,4 %
CA de l'Ouest-Rhodanien	50 657	25,7 %	11,0 %	0,5 %
CC du Pays de l'Arbresle	36 881	27,3 %	7,1 %	0,7 %
Nord Rhône	253 287	26,8 %	8,7 %	1,0 %
Rhône³	1 801 885	25,7 %	8,1 %	1,1 %
Auvergne-Rhône-Alpes	7 820 966	24,6 %	9,2 %	0,8 %
France métropolitaine	64 027 958	24,3 %	9,3 %	0,5 %

Source : Insee, RP 2014 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'indice de défavorisation sociale, appelé FDep, a été développée dans le contexte français par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (Rey et al, 2009). C'est un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l'échelle communale (cf. définitions et méthodes). Cet indicateur rend compte de la présence de populations précaires sur quelques communes du territoire, notamment situées à l'Ouest, dans la communauté d'agglomération de l'Ouest-Rhodanien. Les communes de Tarare, Thizy-les-bourgs, Cours et Belleville semblent plus particulièrement concernées.

³ Y compris la Métropole de Lyon.

Carte 2 – Indice de défavorisation sociale dans les communes du territoire



Source : Inserm 2009 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2. Indicateurs disponibles sur les usages de produits psychoactifs

2.1. Consommations de substances psychoactives : situation en Rhône-Alpes

De nombreux documents existent pour dessiner une représentation « addictologique » du territoire Rhône-Alpin, représentation des consommations d'une part, représentation des effets possibles sur la santé de ces consommations d'autre part (1). L'étude la plus récente identifiée « Addictions en Rhône-Alpes. Consommations de substances psychoactives et offre médico-sociale », a été réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) grâce au soutien financier de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et publiée en janvier 2016 (2). Cette étude propose un état des lieux complet des consommations de substances psychoactives et de l'offre médico-sociale dans le champ des addictions

observées en Rhône-Alpes en 2015. Elle s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles : enquêtes en population générale, statistiques administratives, enquêtes auprès des professionnels des dispositifs d'accueil et de soins aux personnes souffrant d'addictions. Un zoom sur les départements est également effectué.

Aucune étude ni données concernant la consommation de substances psychoactives n'ont été recensées sur le territoire d'étude spécifique, à savoir le Nord du département du Rhône. L'analyse de tels indicateurs sur ce territoire nécessiterait la mise en place d'une enquête spécifique. En l'absence de ces données, la situation Rhône-Alpine et dans le département du Rhône en termes d'usage de produits psychoactifs a été présentée à partir de l'étude de l'OFDT (2). Cette étude s'appuie notamment sur les résultats de deux enquêtes déclaratives : l'enquête Escapad⁴ 2014 et le Baromètre santé 2010 (cf. définitions et méthode).

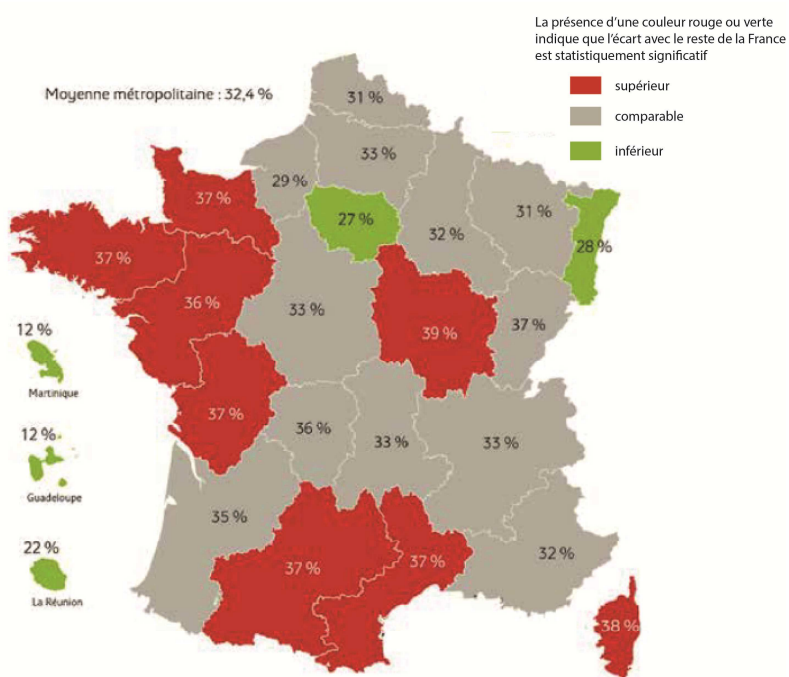
2.1.1. Le tabac : un surcroît d'initiation tabagique parmi les adolescents

« À l'image de la situation nationale, le tabagisme reste le comportement d'usage de substances psychoactives le plus répandu en population générale, avec 26 % de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans en Rhône-Alpes. Si ce niveau apparaît en deçà de la moyenne métropolitaine (29 %), il n'en demeure pas moins élevé. Par ailleurs, certaines évolutions récentes en matière de tabagisme appellent une surveillance épidémiologique soutenue dans les années qui viennent. La région Rhône-Alpes se distingue en effet depuis quelques années par un surcroît d'initiations tabagiques parmi les adolescents, par comparaison avec la situation métropolitaine » (2). D'après l'enquête Escapad 2014, 72 % des jeunes de 17 ans résidant en Rhône-Alpes ont expérimenté le tabac. Cette part atteint 68 % en France métropolitaine. Le tabagisme quotidien chez les jeunes, comme en population adulte, apparaît comparable en Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. carte 3).

Comme sur le territoire national, en population adulte rhônalpine, les hommes fument plus souvent que les femmes (29 % de fumeurs quotidiens chez les hommes contre 24 % chez les femmes). Chez les jeunes de 17 ans, cette différence entre les sexes n'est pas significative (32 % de fumeurs quotidiens chez les hommes contre 33 % chez les femmes).

⁴ Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense.

Carte 3 - Tabagisme quotidien à 17 ans en 2014



Source : Enquête Escapad 2014 - Exploitation régionale, OFDT

2.1.2. L'alcool : une sur-représentation des pratiques de consommation intensive parmi les jeunes

« En matière d'alcool, la région Rhône-Alpes se différencie par la sur-représentation des pratiques de consommation intensive parmi les jeunes. Elle affiche des prévalences d'usage régulier⁵ d'alcool à 17 ans en hausse continue depuis 2008 (15 % en 2014 et 9 % en 2008), qui se différencie de plus en plus des niveaux moyens en métropole (3 points d'écart en 2014 contre 0,1 en 2008). La région Rhône-Alpes enregistre également une fréquence accrue des épisodes d'ivresse alcoolique et d'alcoolisation ponctuelle importante (API⁶) dans les jeunes générations. Ainsi, en 2014, un quart des jeunes Rhônalpins déclaraient au moins 3 épisodes d'API dans le dernier mois (25 % *vs* 22 %, en moyenne, en métropole). Ce tropisme vers les pratiques d'alcoolisation intensive se retrouve en population adulte » [2]. Chez les 15-75 ans, les consommations d'alcool sont comparables en Rhône-Alpes et en France métropolitaine : 11 % ont un usage quotidien, 20 % ont été ivres dans l'année et 18 % ont déclaré une API dans le mois. La part d'individus déclarant une ivresse dans l'année et une API dans le mois est en progression depuis 2005 (respectivement 18 % et 16 % en 2005).

Que ce soit en population adulte ou chez les jeunes, l'usage d'alcool, qu'il soit régulier ou quotidien, qu'il s'agisse des ivresses ou des API, est un comportement plus souvent déclaré par les hommes que par les femmes. « À tous les âges, la prédominance masculine s'accroît avec l'élévation de la fréquence d'usage : à 17 ans par exemple, le sex ratio passe de 1,0

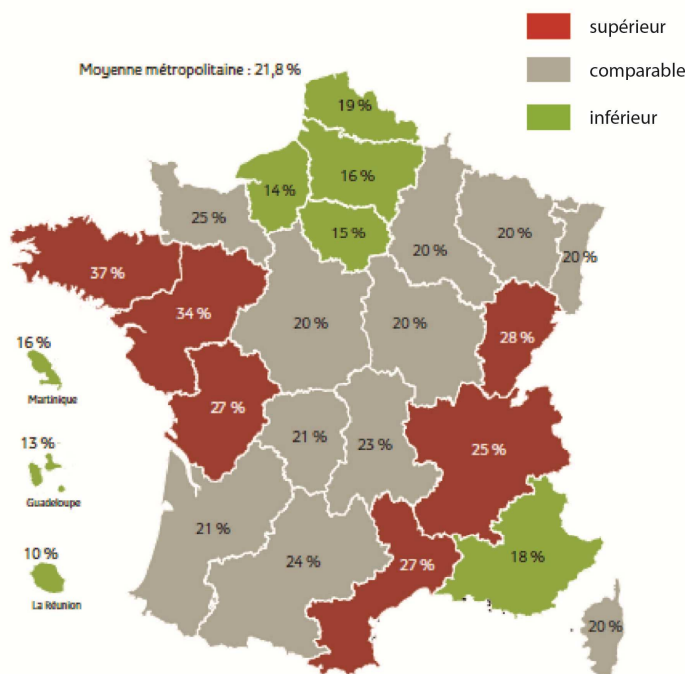
⁵ Usage régulier : au moins 10 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.

⁶ Alcoolisation ponctuelle importante : au moins 5 verres en une même occasion.

pour l'expérimentation d'alcool à 2,3 pour l'usage régulier puis à 4,3 pour l'usage quotidien » (2).

Carte 4 - Alcoolisation ponctuelle importante répétée à 17 ans en 2014

La présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif



Source : Enquête Escapad 2014- Exploitation régionale, OFDT

En termes de conséquences judiciaires, il est constaté en 2014 en Rhône-Alpes une part d'interpellations pour ivresse sur la voie publique chez les 20 à 69 ans 45 % moins élevées que la moyenne nationale (8,6 interpellations pour 10 000 habitants *vs* 15,6 en France entière). « Depuis plusieurs années, la région Rhône-Alpes ne cesse de voir diminuer la part des interpellations pour ivresse sur la voie publique, à l'image de la situation nationale mais dans des proportions bien plus fortes (-57 % en région Rhône-Alpes *vs* -32 % en moyenne métropolitaine) » (2). Les limites de ce dernier indicateur sont qu'il ne concerne qu'un usage sur la voie publique et qu'il reflète l'activité des services de police et gendarmerie⁷ : il ne dit rien des ivresses dans des lieux privés, et peut aussi refléter des problématiques de moyens humains parmi les forces de police et de gendarmerie.

2.1.3. Le cannabis : une nette progression de l'usage régulier

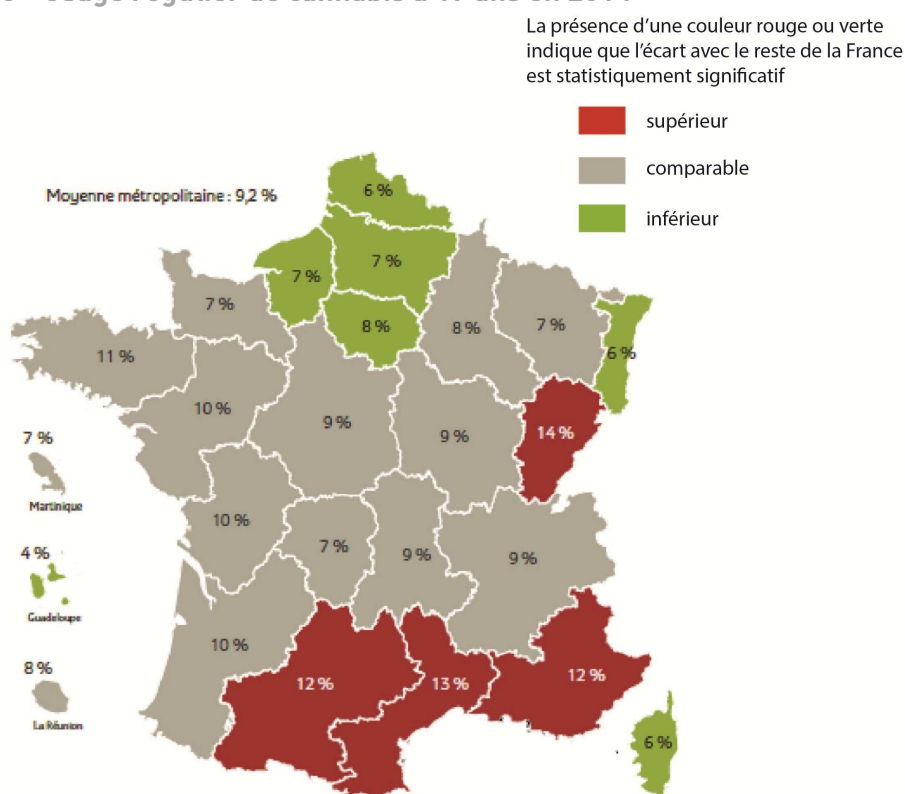
« Parmi les consommations de drogues illicites, le cannabis se place en tête, loin devant les autres produits. Si un tiers des Rhônalpins de tous âges (32 %) ont expérimenté le cannabis, cette proportion culmine dans les jeunes générations (49 % à 17 ans), ce qui témoigne d'une accessibilité relativement aisée de ce produit, compte tenu de son caractère illicite. L'usage

⁷ De fait, comme toutes les statistiques d'activité, ces données sont susceptibles de varier en fonction des priorités des services en charge de cette activité. Devant toute variation importante et brusque des données, il importe de s'interroger sur l'existence de causes tenant aux politiques suivies nationalement ou localement par les administrations concernées.

de cannabis à l'adolescence a fortement progressé en Rhône-Alpes dans la période récente, passant de 6 % d'utilisateurs réguliers⁸ à 17 ans en 2008 à 9 % en 2014 (+ 50 %). Toutefois, la région ne se classe pas parmi les plus consommatrices en France : elle se situe à un niveau proche de la moyenne métropolitaine » (2). Les parts de jeunes ayant expérimenté le cannabis ou ayant eu au moins un usage dans l'année sont par contre plus élevées en Rhône-Alpes (respectivement 51 % et 42 %) qu'en France métropolitaine (respectivement 48 % et 38 %). Chez les 15-64 ans, la part d'individus déclarant avoir expérimenté le cannabis est comparable en Rhône-Alpes et en France métropolitaine (32 %). La part de ceux ayant consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année est par contre légèrement plus élevée en Rhône-Alpes (9 %) qu'en France métropolitaine (8 %).

En population adulte, qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de l'usage dans l'année, la consommation de cannabis est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Chez les jeunes de 17 ans, la situation est un peu différente : en termes d'expérimentation ou d'usage au cours de l'année, les filles sont autant concernées que les garçons. Par contre, l'usage de cannabis au cours du mois, l'usage régulier ou quotidien est davantage déclaré par les garçons que par les filles.

Carte 5 - Usage régulier de cannabis à 17 ans en 2014



Source : Enquête Escapad 2014 - Exploitation régionale, OFDT

En termes de conséquences judiciaires, en région Rhône-Alpes, en 2010, le nombre d'interpellations pour usage de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans apparaît inférieur à la moyenne métropolitaine (respectivement 45 pour 10 000 habitants contre 48,4).

⁸ Usage régulier de cannabis : au moins 10 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.

« Il faut noter que, dans cette région, le niveau des interpellations d'usagers de cannabis a souvent été inférieur à la moyenne française depuis la seconde moitié des années 1990 » (2). Comme pour les interpellations pour ivresses sur la voie publique, les limites de ce dernier indicateur sont qu'il ne concerne qu'un usage sur la voie publique et qu'il reflète l'activité des services de police et gendarmerie⁹.

2.1.4. Autres substances psychoactives illicites : une situation comparable à la moyenne nationale

« Avec un niveau d'expérimentation multiplié par 1,5 en 5 ans, la diffusion de cocaïne connaît une progression importante. En 2010, 3 % des Rhône-alpins âgés de 15 à 75 ans déclaraient avoir essayé la cocaïne (2 % en 2005). Cet essor semble moins marqué que dans d'autres régions. Par ailleurs, en Rhône-Alpes, il touche moins souvent les mineurs et concerne davantage les jeunes adultes (18-25 ans). La cocaïne reste cependant dix fois moins diffusée que le cannabis. La région Rhône-Alpes s'avère proche de la moyenne métropolitaine quant à la diffusion des autres produits illicites (hors cannabis et cocaïne) : en 2014, 5 % des jeunes de 17 ans ont déjà essayé le poppers (deux fois moins qu'en 2011), 4 % les champignons hallucinogènes et 2 % la MDMA/ecstasy. Les autres produits, comme l'héroïne, apparaissent rares (moins de 1 % d'expérimentation en population générale) » (2).

Chez les 15-75 ans, l'expérimentation de cocaïne, de champignons hallucinogènes, de MDMA/ecstasy et de LSD est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Chez les jeunes de 17 ans, la différence entre les garçons et les filles ne concernent que les champignons hallucinogènes.

En termes de conséquences judiciaires, en région Rhône-Alpes, en 2010, le nombre d'interpellations pour usage de drogues illicites (hors cannabis) pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans apparaît inférieur à la moyenne métropolitaine (respectivement 6,4 pour 10 000 habitants contre 6,9). Comme précédemment, les limites de ce dernier indicateur sont qu'il ne concerne qu'un usage sur la voie publique et qu'il reflète l'activité des services de police et gendarmerie¹⁰.

2.2. Consommations de substances psychoactives : situation dans le département du Rhône¹¹

Seules les données de l'enquête Escapad 2014 peuvent être exploitées au niveau départemental, les données du Baromètre santé 2010 n'étant disponible qu'à l'échelle régionale.

⁹ De fait, comme toutes les statistiques d'activité, ces données sont susceptibles de varier en fonction des priorités des services en charge de cette activité. Devant toute variation importante et brusque des données, il importe de s'interroger sur l'existence de causes tenant aux politiques suivies nationalement ou localement par les administrations concernées.

¹⁰ De fait, comme toutes les statistiques d'activité, ces données sont susceptibles de varier en fonction des priorités des services en charge de cette activité. Devant toute variation importante et brusque des données, il importe de s'interroger sur l'existence de causes tenant aux politiques suivies nationalement ou localement par les administrations concernées.

¹¹ Nouveau Rhône et Métropole de Lyon.

« L'analyse déclinée au niveau départemental montre de faibles disparités entre les départements pour lesquels les données se révèlent exploitables (soit cinq départements). En termes de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, aucun département ne se distingue significativement du reste de la région » (2).

En 2014, 35 % des jeunes de 17 ans du Rhône déclare un usage quotidien de tabac (33 % en Rhône-Alpes). Cette part est restée stable depuis 2011 (34 %).

Concernant la consommation d'alcool, les jeunes du Rhône sont plus souvent usagers réguliers d'alcool (17 %) que leurs homologues du reste de la France. Cette part atteignait 15 % en 2011.

En 2014, 28 % des jeunes de 17 ans ont déclaré des ivresses répétées dans le Rhône et 25 % des API répétées. En termes de conséquences judiciaires, comme en Rhône-Alpes, la part d'interpellations pour ivresse sur la voie publique (7,4 pour 10 000 habitants de 20 à 69 ans) est inférieure à celle constatée en France (15,6) en 2010.

En 2014, 55 % des jeunes du département du Rhône ont expérimenté le cannabis (49 % en Rhône-Alpes) et 10 % ont un usage régulier (9 % en Rhône-Alpes). L'usage régulier est resté stable depuis 2011. En termes de conséquences judiciaires, la part d'interpellations pour usage de cannabis sur la voie publique (71,4 pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans) est bien supérieure à celles constatées en Rhône-Alpes (45,0) et en France (48,4) en 2010. Il faut rappeler que ce dernier indicateur ne concerne qu'un usage sur la voie publique et qu'il reflète l'activité des services de police et gendarmerie.

3. Les conséquences sanitaires de l'usage nocif

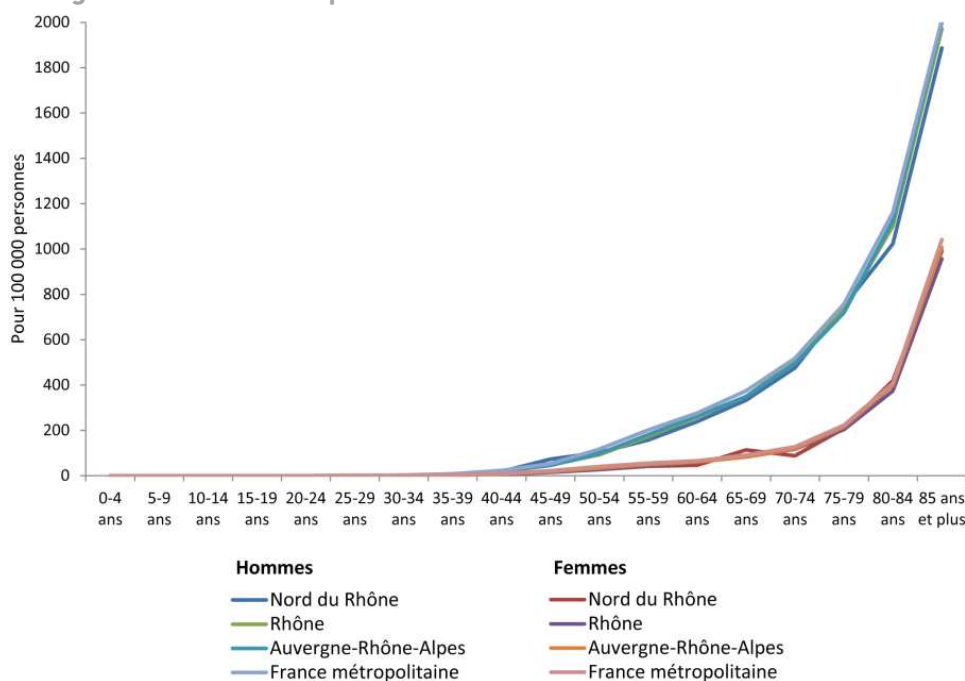
3.1. La mortalité prématurée liée à la consommation de tabac dans le Nord du Rhône

Première cause de mortalité évitable en France, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 90 % des cancers du poumon et tue près de 6 millions de personnes chaque année dans le monde et plus de 600 000 des non-fumeurs exposés au tabagisme passif. Il est responsable de 73 000 décès chaque année en France (3). En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme (4). Après la hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée entre 2010 et 2014 (28 % de fumeurs en France) et la part des fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt du tabac est passée de 25 % en 2010 à 29 % en 2014 (5).

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques sont les trois principales pathologies fréquemment associées à une consommation de tabac. Sur la période 2008-2013, 259 décès liés à la consommation de tabac ont été enregistrés en moyenne par an dans le Nord du Rhône. Ces décès représentent 13 % de l'ensemble des décès enregistrés sur le territoire d'étude (14 % dans le Rhône, dans la région ou en France métropolitaine).

Sur la période 2008-2013, 65 % des décès liés au tabac concernent les hommes et 35 % les femmes. Quel que soit le territoire, les taux brut de mortalité augmentent avec l'âge à partir de 45-49 ans, mais d'une manière beaucoup plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Figure 1 – Taux brut annuel moyen de mortalité liée à la consommation de tabac selon l'âge et le sexe sur la période 2008-2013



Sources : Inserm CépiDc, Insee -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans le Nord du Rhône, 22 % des décès liés au tabac concernent les personnes âgées de moins de 65 ans (58 décès en moyenne par an), soit un taux standardisé de mortalité prématurée de 29 décès pour 100 000 personnes âgées de moins de 65 ans. Ce taux est comparable à ceux constatés dans le Rhône (y compris la Métropole de Lyon) et dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le département et la région enregistrent d'ailleurs une sous-mortalité prématurée liée à la consommation de tabac par rapport à la France métropolitaine. Les mêmes tendances sont constatées chez les hommes comme chez les femmes.

Tableau 2 - Nombre annuel moyen de décès et taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation de tabac sur la période 2008-2013 dans le Nord du Rhône

Lieu de résidence	Nombre annuel moyen de décès prématurés	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 personnes de moins de 65 ans
Nord Rhône	58	29,1
Rhône¹²	364	28,9 (s)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 893	30,6 (s)
France métropolitaine	17 751	34,2

(s) : différence significative avec la France métropolitaine.

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹² Y compris la Métropole de Lyon.

3.2. La mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool dans le Nord du Rhône

Selon l'Inserm, la consommation d'alcool expose à de multiples risques pour la santé en fonction des quantités absorbées. Elle est responsable de plus de 200 maladies et atteintes diverses. Certaines de ces maladies sont majoritairement attribuables à l'alcool, notamment la cirrhose alcoolique ou certaines atteintes neurologiques comme le syndrome de Korsakoff. Pour d'autres pathologies, l'alcool constitue un facteur de risques. C'est le cas de certains cancers (bouche, pharynx, larynx, œsophage, foie, sein, cancer colorectal) et de maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique). Des troubles cognitifs sont en outre observés chez plus de 50 % des personnes alcoolo-dépendantes : altération de la mémoire, inadaptation de certains mouvements... Ces troubles sont lentement réversibles. Plusieurs maladies hépatiques peuvent être provoquées par la consommation excessive d'alcool : stéatose (accumulation de lipides dans le foie), hépatite alcoolique, cirrhose [6].

À dose excessive, la consommation d'alcool contribue de façon directe ou indirecte à 13 % des décès masculins et à 3 % des décès féminins. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Ainsi, en 2009, 49 000 décès étaient imputables à l'alcool en France, dont 22 % des décès des 15-34 ans, 18 % des décès des 35-64 ans et 7 % des décès après 65 ans. Il s'agissait surtout de cancers (15 000 décès), de maladies cardio-vasculaires (12 000 décès), de maladies digestives (8 000 morts dues à des cirrhoses) et d'accidents et suicides (8 000 morts). Les autres décès relevaient d'autres maladies dont des troubles mentaux liés à l'alcool [6].

La mortalité par cirrhoses, par psychoses alcooliques et par cancers des voies aérodigestives supérieures constitue une mesure des dommages liés à la consommation d'alcool. Au cours de la période 2008-2013, ces pathologies ont entraîné 63 décès en moyenne par an dans le Nord du Rhône, 78 % chez les hommes et 22 % chez les femmes. Les décès liés à la consommation d'alcool représentent 3 % de l'ensemble des décès enregistrés sur le territoire d'étude (3 % dans le Rhône, dans la région ou en France métropolitaine). La part des décès liés à l'alcool dans l'ensemble des décès est plus élevée chez les personnes âgées de 35 à 64 ans.

Tableau 3 - Nombre annuel moyen de décès et part des décès liés à la consommation d'alcool dans la mortalité générale selon l'âge sur la période 2008-2013

	Nord Rhône		Rhône		Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
Âge	n	Part (%)	n	Part (%)	n	Part (%)	n	Part (%)
Moins de 35 ans	ND	0,9	ND	0,4	ND	0,7	110	1,0
35-54 ans	10	7,8	59	7,2	373	9,1	4 179	10,6
55-64 ans	20	10,2	95	8,3	590	9,7	6 050	10,8
65-74 ans	15	5,6	72	4,6	412	5,1	4 098	5,8
75 ans et plus	18	1,4	98	1,2	510	1,2	4 459	1,2

n : Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool

ND : Non diffusable car effectif inférieur à 10.

Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans le Nord du Rhône, 48 % des décès liés à la consommation d'alcool concernent les personnes âgées de moins de 65 ans (30 décès en moyenne par an), soit un taux standardisé de mortalité prématurée de 15 décès pour 100 000 personnes âgées de moins de 65 ans sur le territoire d'étude. Ce taux est comparable à celui constaté dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Même si la différence n'est pas significative (cf. méthode et définitions), ce taux est plus élevé que celui enregistré dans le Rhône (y compris la Métropole de Lyon) mais plus faible que celui constaté en France métropolitaine. Le département et la région enregistrent d'ailleurs une sous-mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool significative par rapport à la France métropolitaine.

Tableau 4 - Nombre annuel moyen de décès et taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool sur la période 2008-2013 dans le Nord du Rhône

Lieu de résidence	Nombre annuel moyen de décès prématurés	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 personnes de moins de 65 ans
Nord Rhône	30	15,2
Rhône¹³	155	12,2 (s)
Auvergne-Rhône-Alpes	973	15,7 (s)
France métropolitaine	10 338	19,9

(s) : différence significative avec la France métropolitaine.

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹³ Nouveau Rhône et Métropole de Lyon.

3.3. Les hospitalisations pour pathologies liées à la consommation d'alcool dans le Nord du Rhône

Les données d'hospitalisations sont issues de l'analyse de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (cf. Définitions et méthode) Médecine chirurgie obstétrique (MCO) de l'année 2015.

En 2015, 1 057 patients résidant dans le Nord du département du Rhône ont été hospitalisés pour une pathologie liée à la consommation d'alcool, soit 428 pour 100 000 personnes. Ce taux de recours à l'hospitalisation est comparable à celui enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes mais inférieur au taux métropolitain. Le taux de recours à l'hospitalisation pour pathologies liées à l'alcool dans le Nord du Rhône est plus élevé que celui enregistré dans le département du Rhône dans son ensemble (Nouveau Rhône et Métropole de Lyon).

Les hospitalisations pour pathologies liées à la consommation d'alcool représentent 2 % de l'ensemble des hospitalisations enregistrées sur le territoire d'étude (2 % dans le Rhône, dans la région et 3 % en France métropolitaine).

Tableau 5 - Nombre de patients hospitalisés et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour une pathologie liée à la consommation d'alcool en 2015 dans le Nord du Rhône

Lieu de résidence	Nombre de patients hospitalisés	Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour 100 000 personnes
Nord Rhône	1 057	428 (s)
Rhône¹⁴	5 766	350 (s)
Auvergne-Rhône-Alpes	32 259	417 (s)
France métropolitaine	303 719	475

(s) : différence significative avec la France métropolitaine.

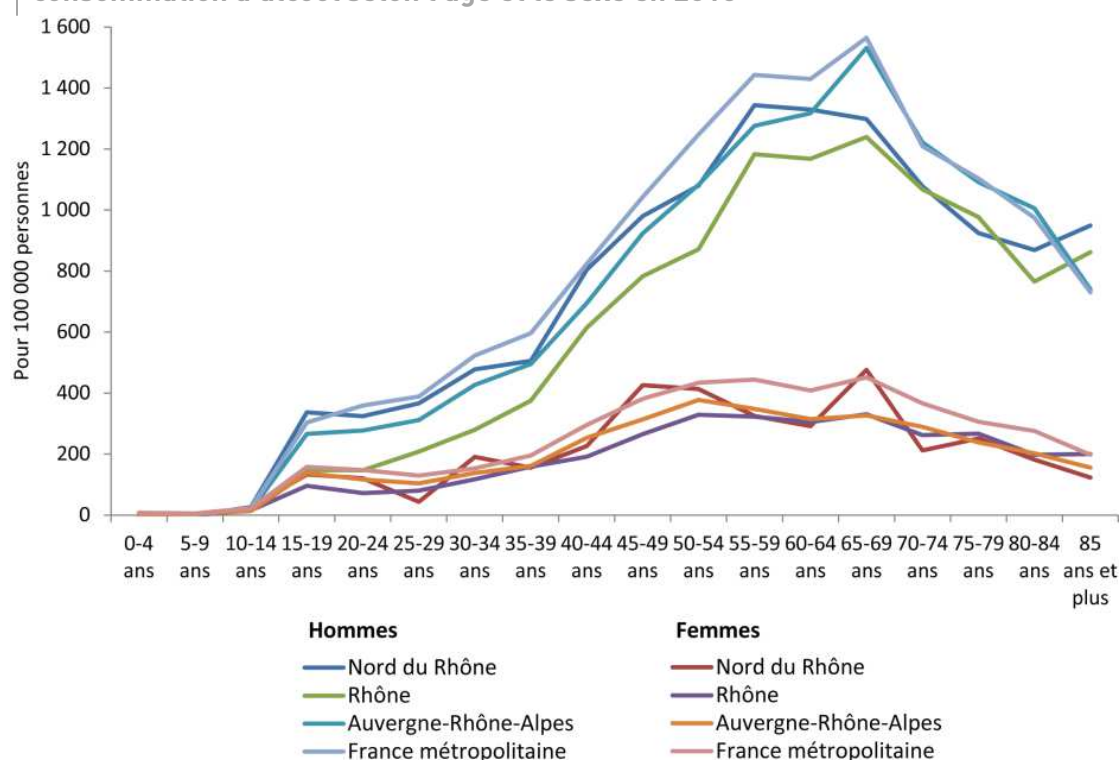
Sources : PMSI MCO 2015, Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Plus des trois quarts des patients hospitalisés pour une pathologie liée à la consommation d'alcool sont des hommes, que ce soit sur le territoire d'étude ou en France métropolitaine. Le taux de recours à l'hospitalisation est d'ailleurs bien plus élevé chez les hommes (676 pour 100 000 hommes) que chez les femmes (201 pour 100 000 femmes).

En 2015, les deux tiers des patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool sont âgés entre 40 et 69 ans. Quel que soit le territoire, le taux de recours à l'hospitalisation est quasiment nul avant l'âge de 15 ans puis augmente progressivement avec l'âge, mais d'une manière plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le taux de recours augmente fortement jusqu'à l'âge de 65-69 ans, puis diminue ensuite. Chez les femmes, le taux de recours augmente légèrement jusqu'à 50-54 ans, pour se stabiliser ensuite.

¹⁴ Nouveau Rhône et Métropole de Lyon..

Figure 2 – Taux brut de recours à l'hospitalisation pour pathologies liées à la consommation d'alcool selon l'âge et le sexe en 2015



Sources : PMSI MCO 2015, Insee -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.4. Les hospitalisations pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci dans le Nord du Rhône

En 2015, 176 patients résidant dans le Nord du département du Rhône ont été hospitalisés pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci, soit 72 pour 100 000 personnes. Ce taux de recours à l'hospitalisation est comparable aux taux enregistrés dans le Rhône (y compris la Métropole de Lyon), en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

Les hospitalisations pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci représentent 0,4 % de l'ensemble des hospitalisations enregistrées sur le territoire d'étude (0,4 % dans le Rhône, dans la région ou en France métropolitaine).

Tableau 6 - Nombre de patients hospitalisés et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci en 2015 dans le Nord du Rhône

Lieu de résidence	Nombre de patients hospitalisés	Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour 100 000 personnes
Nord Rhône	176	72
Rhône¹⁵	1 336	73
Auvergne-Rhône-Alpes	5 865	76
France métropolitaine	47 394	75

(s) : différence significative avec la France métropolitaine.

Sources : PMSI MCO 2015, Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Près de 7 patients hospitalisés sur 10 pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci sont des hommes, que ce soit sur le territoire d'étude ou en France métropolitaine. Le taux de recours à l'hospitalisation est d'ailleurs bien plus élevé chez les hommes (98 pour 100 000 hommes) que chez les femmes (44 pour 100 000 femmes).

En 2015, dans le Nord du Rhône, plus de 80 % des patients hospitalisés pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci sont âgés de moins de 50 ans (dont 25 % entre 15 et 29 ans). La part des 20-29 ans dans les hospitalisations pour ces troubles est plus élevée dans le Rhône, dans la région et en France métropolitaine que dans le Nord du Rhône.

Tableau 7 - Nombre d'hospitalisation pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci et répartition selon l'âge en 2015

	Nord Rhône		Rhône		Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
Âge	n	%	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans	18	10,2	111	8,3	449	7,7	3654	7,7
20-29 ans	28	15,7	296	22,2	1291	22,0	10437	22,0
30-39 ans	52	29,6	327	24,5	1499	25,6	12438	26,2
40-49 ans	44	24,9	318	23,8	1412	24,1	11156	23,5
50-59 ans	20	11,4	169	12,6	673	11,5	5717	12,1
60 ans et plus	15	8,3	115	8,6	541	9,2	3992	8,4
Total	176	100,0	1 336	100,0	5 865	100,0	47 394	100,0

Source : PMSI MCO 2015 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4. État des lieux de l'offre médico-sociale et sanitaire sur le territoire en termes de prise en charge des addictions

4.1. Les structures d'addictologie présentes sur le Nord du Rhône

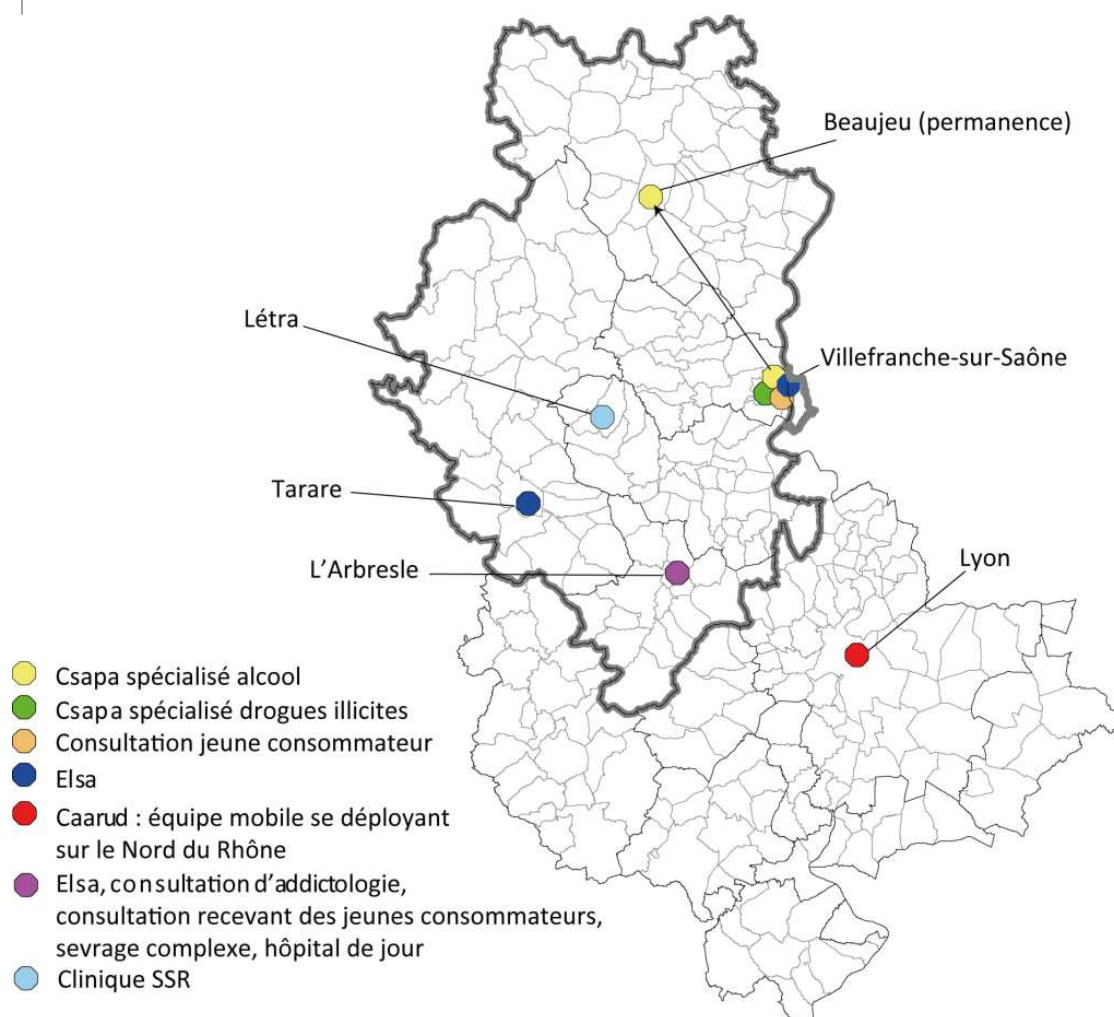
En 2016, plusieurs structures intervenant dans la prise en charge des addictions sont présentes sur le Nord du département du Rhône. Le territoire compte des structures médico-sociales :

- 2 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) sont présents à Villefranche-sur-Saône (avec une permanence à Beaujeu), un spécialisé alcool et l'autre spécialisé drogues illicites ;
- 1 consultation jeunes consommateurs (CJC) portée par le Csapa spécialisé drogues illicites et localisée à Villefranche-sur-Saône dans les locaux de la Maison des Adolescents et une consultation fréquentée majoritairement par de jeunes consommateurs à l'hôpital de l'Arbresle ;
- l'intervention par l'intermédiaire de son équipe mobile du Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) Ruptures localisé à Lyon.

Plusieurs structures hospitalières sont également présentes sur le territoire d'étude :

- 3 Équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa), une à l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône, une à l'hôpital Nord-Ouest de Tarare et une à l'hôpital de l'Arbresle ;
- un service addiction de niveau 2 à l'hôpital de l'Arbresle, disposant ainsi d'une Elsa, de consultations d'addictologie, de lits d'hospitalisation pour sevrage complexe et d'un hôpital de jour ;
- une clinique Les Bruyères de Soins de suite et de réadaptation (SSR) située à Létra.

Carte 6 - Les structures médico-sociales et de soins en addictologie présentes sur le Nord du Rhône en 2016



Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Des associations d'usagers tournées vers les personnes en difficulté avec l'alcool sont également localisées sur le territoire d'étude : Vie Libre Rhône, Alcooliques anonymes et Vivre sans alcool.

D'autres structures, présentes sur le territoire, peuvent également rencontrer, au cours de leur activité, des personnes ayant une problématique avec les addictions, comme la Maison des Adolescents, la Mission locale, les services de santé au travail, les éducateurs de prévention, les professionnels de santé libéraux, les centres médico-psychologiques... Aucune donnée permettant de caractériser l'activité de ces structures concernant les personnes ayant une problématique avec les addictions n'était disponible.

4.2. Les structures médico-sociales

La circulaire n°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie [7] vise à préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive. Elle décrit les missions des secteurs médico-social, sanitaire,

de ville et celles des réseaux de santé. D'après cette circulaire, « le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial et l'aide à l'insertion. Ses pratiques professionnelles sont pluridisciplinaires et de durée adaptée. Elles répondent à la diversité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne ».

4.2.1. Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)

Créés par la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, inscrits dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, les Csapa ne pouvaient se mettre en place qu'une fois précisées leurs modalités de financement et leurs missions. C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui prévoit leur financement par l'Assurance maladie (ONDAM médico-social, objectif spécifique), le décret du 14 mai 2007 (n°2007-877) précise les missions des Csapa et celui du 24 Janvier 2008 (n°200- 87) est relatif au fonctionnement et au financement de ces structures (1).

Les Csapa sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Ces structures sont majoritairement gérées par des associations. Elles peuvent également être gérées par un établissement sanitaire. Le décret du 14 mai 2007 prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les Csapa à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation (8). En 2016, il existe environ 400 Csapa en ambulatoire répartis sur l'ensemble du territoire français (au moins un Csapa par département) et environ 50 Csapa avec hébergement (2).

Le Nord du Rhône compte 2 Csapa situés à Villefranche-sur-Saône : le Csapa Jonathan, géré par l'association ARIA¹⁶ et spécialisé drogues illicites et le Csapa Jean-Charles Sournia, géré par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) qui est spécialisé dans les consommations d'alcool. Ces 2 structures prennent également en charge les addictions sans substance.

Le Csapa Jonathan dispose d'un appartement thérapeutique relais (une personne hébergée en 2016), ainsi que d'une consultation jeune consommateur (située dans les locaux de la Maison des adolescents à Villefranche-sur-Saône). Il est également le Csapa référent pour la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône (consultations auprès des détenus).

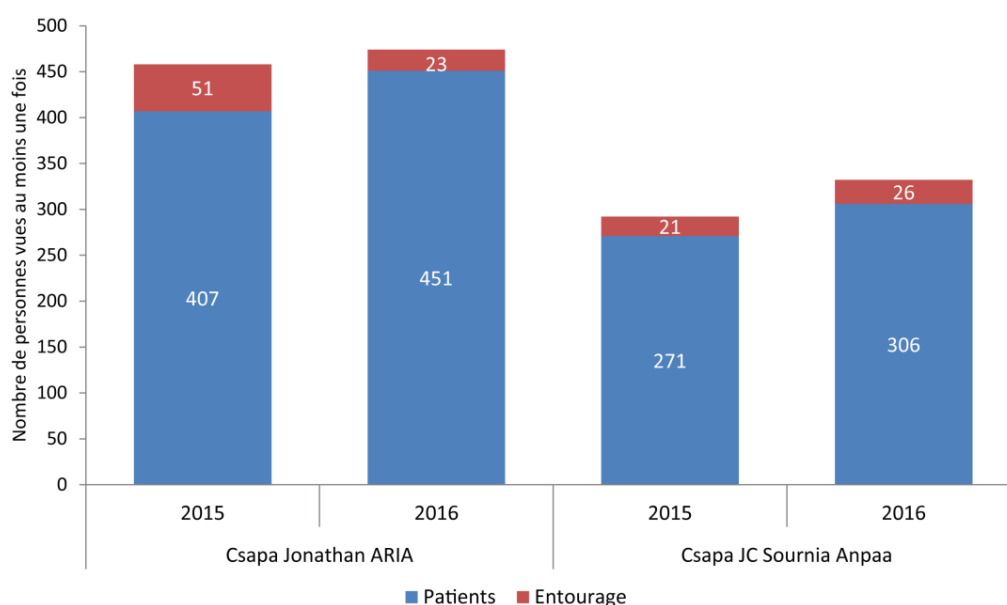
La Csapa JC Sournia dispose d'une consultation avec permanences avancées à Beaujeu depuis septembre 2016.

¹⁶ Depuis le 1^{er} octobre 2017, ARIA a rejoint l'association Oppelia.

- La file active des Csapa du territoire

En 2016, 806 personnes ont été vues au moins une fois dans les Csapa du Nord du Rhône : 757 étaient des patients¹⁷ (678 en 2015) et 49 des personnes de l'entourage¹⁸ (72 en 2015). Parmi les patients, 46 % étaient des nouveaux patients, c'est-à-dire n'avaient jamais été vus par la structure auparavant. Cette part est légèrement plus élevée au Csapa Jonathan (51 %) qu'au Csapa JC Sournia (38 %). Près d'un quart des patients sont vus une seule fois au cours de l'année.

Figure 3 - Nombre de personnes reçues dans les Csapa en 2015 et 2016¹⁹



Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Au vu des spécialités de chaque Csapa du territoire, il n'est pas étonnant que les produits consommés par les personnes rencontrées et à l'origine de la prise en charge soient différents entre les 2 structures. Au Csapa Jonathan, spécialisé drogues illicites, les produits à l'origine de la prise en charge²⁰ sont les opiacés (hors substitution détournée) (35 %), le cannabis (33 %) et l'alcool (21 %). Au Csapa JC Sournia, spécialisé alcool, les produits à l'origine de la prise en charge sont principalement l'alcool (85 %) et le cannabis (9 %).

Si l'on s'intéresse aux produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient²¹, au Csapa Jonathan, le 1^{er} produit est le cannabis, suivi de l'alcool et des opiacés. 14 % des patients ne déclaraient aucun produit consommé au cours des 30 derniers jours. Le 2^{ème} produit est le tabac, suivi du cannabis.

¹⁷ Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives (ou addictions sans substances) qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

¹⁸ Est considérée comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

¹⁹ Y compris les personnes vues en milieu carcéral dans le cadre du Csapa référent et les personnes vues dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs.

²⁰ Le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus.

²¹ Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe).

Au Csapa JC Sournia, l'alcool est le 1^{er} produit le plus dommageable actuellement, pour 85 % des patients. Concernant le 2^{ème} produit, il s'agit le plus souvent du tabac.

Tableau 8 – Répartition des produits les plus dommageables (en %) pour les patients reçus dans les Csapa en 2016

Produits	Csapa Jonathan		Csapa JC Sournia	
	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°1	Produit n°2
Alcool	15	8	85	3
Cannabis	44	11	8	5
Tabac	4	20	2	35
Opiacés (hors substitution détournée)	12	3	0	1
Cocaïne et crack	3	4	0	1
Addictions sans substances	3	1	3	3
Autres produits	5	5	0	1
Pas de produit consommé	14	48	0	51
Non renseigné	0	0	0	0
Total	100	100	100	100

Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, le taux de prise en charge en Csapa de personnes ayant un problème avec l'alcool²² (cf. définitions et méthode) est de 21 pour 10 000 personnes âgées de 20 à 69 ans dans le Nord du Rhône. D'après l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT), en 2014, ce taux de prise en charge était de 17 pour 10 000 dans le Rhône, de 26 pour 10 000 en Rhône-Alpes et de 35 pour 10 000 en France [9].

Concernant le cannabis, en 2016, le taux de prise en charge en Csapa de personnes ayant un problème avec le cannabis²³ (cf. définitions et méthode) est de 25 pour 10 000 habitants âgées de 15 à 44 ans dans le Nord du Rhône. D'après l'OFDT, en 2014, ce taux de prise en charge était de 14 pour 10 000 dans le Rhône, de 22 pour 10 000 en Rhône-Alpes et de 23 pour 10 000 en France [9].

Les personnes prises en charge par les 2 Csapa sont principalement en dépendance par rapport au 1^{er} produit consommé. Près d'un quart des patients ont un usage à risque ou nocif.

Tableau 9 – Type d'usage du 1^{er} produit consommé pour les patients reçus dans les Csapa en 2016

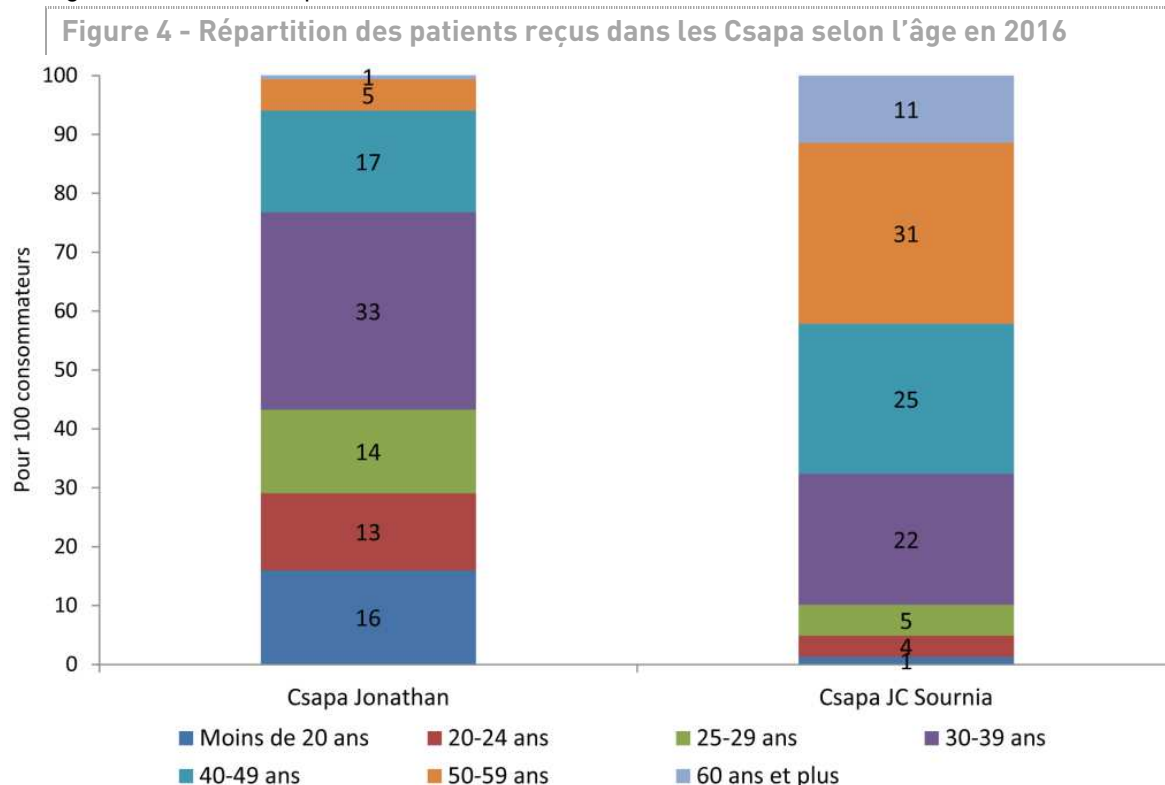
	Csapa Jonathan (en %)	Csapa JC Sournia (en %)
Dépendance	49	45
Usage à risque / nocif	24	27
Usage simple	4	8
Abstinence	6	18
Non précisé	16	2

Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

²² Nombre de personnes consommatrices actuellement vues au moins une fois (file active) dans un Csapa au cours de l'année pour 10 000 personnes âgées de 20 à 69 ans.

²³ Nombre de personnes consommatrices actuellement vues au moins une fois (file active) dans un Csapa au cours de l'année pour 10 000 personnes âgées de 15 à 44 ans.

En plus des différences constatées entre les consommations de produits par les personnes reçues, des différences sont remarquées concernant les caractéristiques de la file active des 2 Csapa du territoire d'étude. Même si la majorité des consommateurs reçus sont des hommes dans les 2 Csapa, cette part est plus élevée au Csapa Jonathan (89 %) qu'au Csapa JC Sournia (74 %). De même, les patients reçus au Csapa spécialisé drogues illicites sont plus jeunes que ceux reçus au Csapa spécialisée alcool : près de 61 % des personnes reçues au Csapa Jonathan sont âgées entre 20 et 40 ans alors qu'au Csapa JC Sournia, près de 70 % sont âgées de 40 ans ou plus.

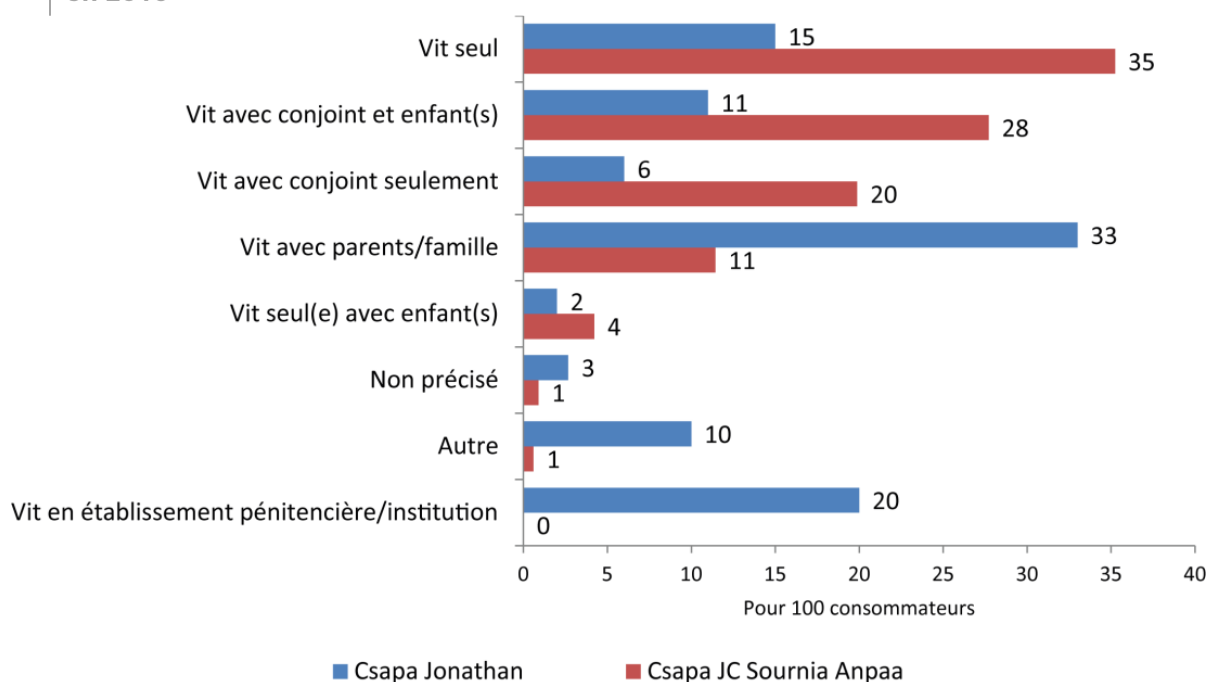


Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La majorité des patients reçus dans les deux Csapa en 2016 déclarent avoir un logement stable, durable, même si cette part est beaucoup plus élevée au Csapa spécialisé alcool (94 %) qu'au Csapa spécialisé drogues illicites (69 %). Dans cette dernière structure, 23 % déclarent avoir un logement précaire (6 % au Csapa spécialisé alcool) et 5 % être sans domicile.

Concernant la situation familiale des personnes reçues, celles vues au Csapa JC Sournia vivent plutôt seules ou avec leur conjoint. Au Csapa Jonathan, les personnes vivent principalement avec les parents, la famille ou en institution. Ces différences peuvent sans doute, en partie, s'expliquer par la structure d'âge différente des personnes reçues dans les 2 structures.

Figure 5 - Répartition des patients reçus dans les Csapa selon la situation familiale en 2016

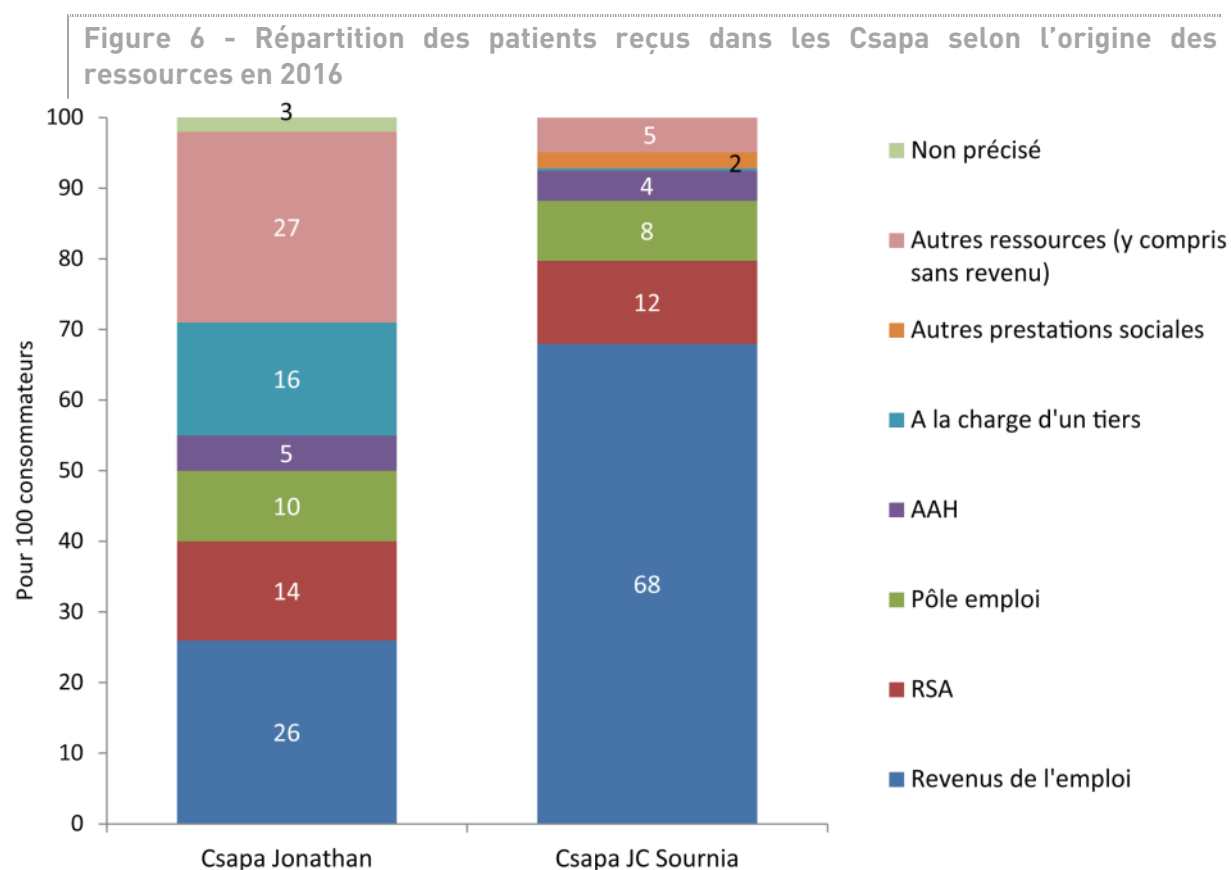


Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La situation professionnelle n'était pas renseignée de manière identique entre les 2 Csapa, ce qui ne permet pas de comparer les 2 files actives : au Csapa Jonathan, 34 % des patients vus déclarent avoir un emploi en 2016 (15 % un contrat à durée indéterminée (CDI), 8 % un contrat à durée déterminée (CDD) de plus de 6 mois et 11 % une activité rémunérée intermittente), 11 % être au chômage et 48 % être inactifs (dont 12 % étudiants). Pour 7 % des personnes reçues, l'activité professionnelle n'était pas connue.

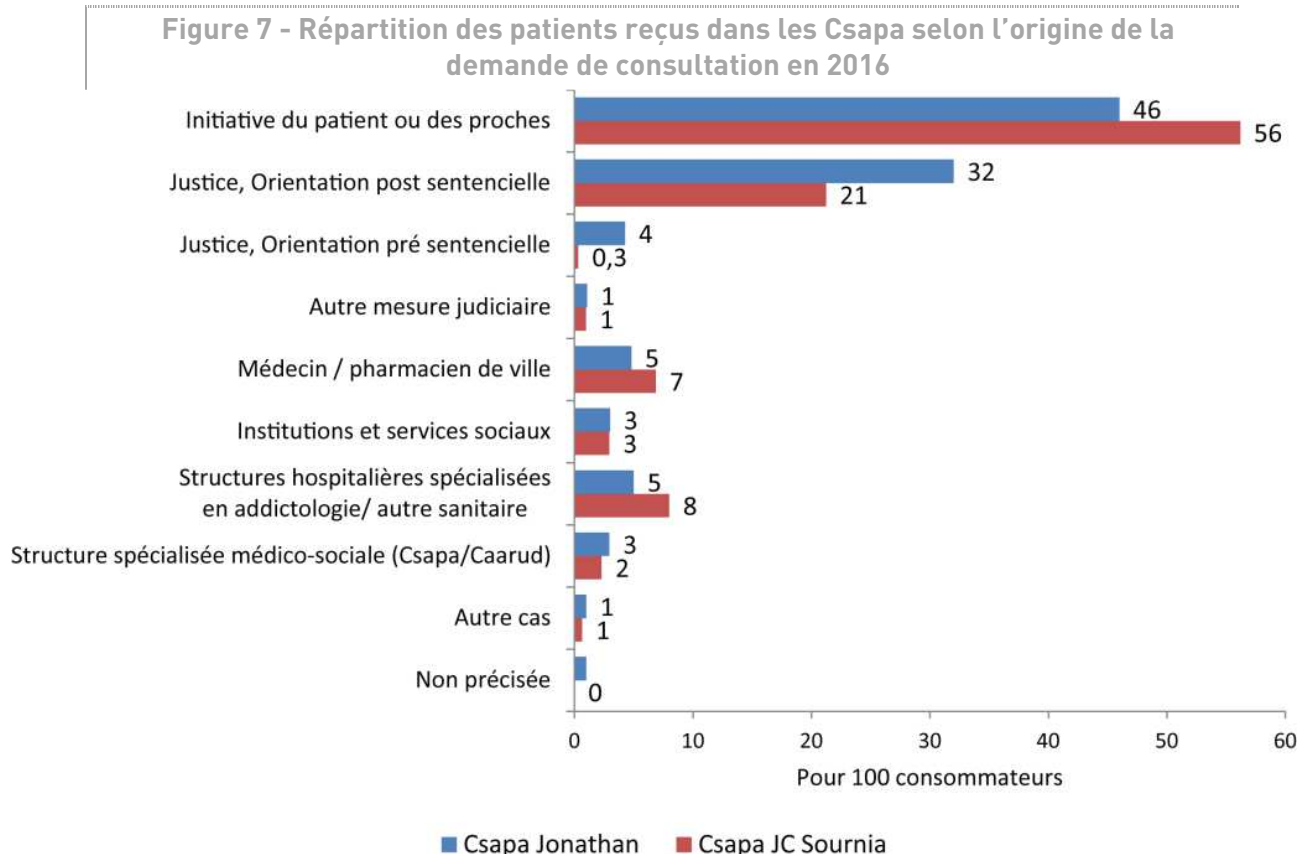
Au Csapa JC Sournia, la description de la situation professionnelle concernait le patient mais également les personnes de l'entourage rencontrées. Dans ce Csapa, 48 % des personnes déclarent une activité rémunérée continue, 13 % sont au chômage, 6 % sont retraités et 8 % sont d'autres inactifs. Pour 17 % des personnes reçues, l'activité professionnelle n'était pas connue.

L'origine des ressources des personnes rencontrées dans les Csapa varie également selon les structures. Au Csapa JC Sournia, la majorité des personnes reçues vivent grâce aux revenus de l'emploi. Viennent ensuite le Revenu de solidarité active (RSA) et les indemnités de chômage. Au Csapa Jonathan, la part des personnes ayant d'autres ressources (y compris sans revenu) est plus élevée, avec 27 % des personnes dans cette situation.



Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Quelle que soit la structure, la demande de consultation vient principalement de la personne elle-même ou de ses proches. La justice constitue ensuite la principale origine de la demande, mais d'une manière plus marquée au Csapa Jonathan (37 %) qu'au Csapa JC Sournia (22 %).



Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

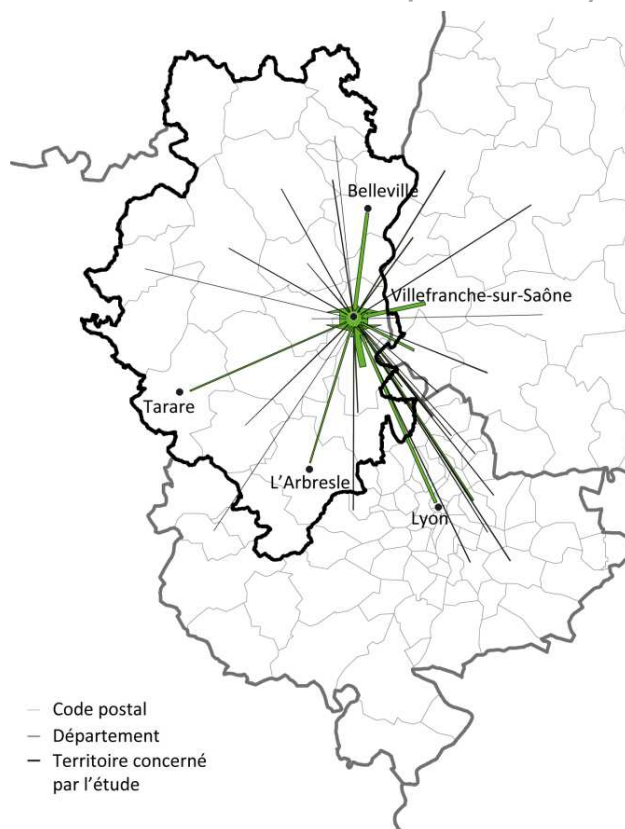
Pour résumer, le profil sociodémographique des personnes accueillies est donc différent entre les 2 Csapa : le Csapa Jonathan, spécialisé dans les drogues illicites, accueille plutôt des personnes en difficulté avec le cannabis et les opiacés. Ce sont plutôt des hommes, âgés de 30 à 39 ans, vivant avec des proches ou en institution, plutôt dans un logement stable mais avec tout de même un quart des personnes en logement précaire, ayant un emploi ou étant inactives et dont l'origine principale de leur ressource est dans une même proportion les revenus de l'emploi ou d'autres ressources (y compris sans revenu).

Le Csapa JC Sournia, spécialisé alcool, reçoit des personnes en difficulté avec l'alcool, qui sont plutôt des hommes, âgés de 40 ans ou plus, vivant seuls ou avec leur conjoint, dans un logement stable et durable, ayant une activité rémunérée continue et dont l'origine principale des ressources est constituée par les revenus de l'emploi.

- L'origine géographique de la file active

Les patients reçus dans les 2 Csapa sont majoritairement domiciliés à Villefranche-sur-Saône (territoire du code postal). La plupart vient ensuite du Nord du département du Rhône. Une part non négligeable est cependant domiciliée dans l'Ain. Enfin, quelques usagers sont domiciliés dans le sud du Rhône, notamment dans la région Lyonnaise. Pour le Csapa Jonathan, ces personnes correspondent à celles incarcérées à Villefranche-sur-Saône vues dans le cadre du Csapa référent, qui habitent le Rhône et majoritairement la région lyonnaise.

Carte 7 - Lieu de domicile des personnes reçues dans les Csapa²⁴ du territoire en 2016



Csapa Jonathan

Rhône* : 79 %

Région (autre département) : 11 %

Hors région : 4 %

Non renseigné : 6 %

*Pas de précisions sur le Nord du Rhône

Csapa JC Sournia

Nord Rhône : 70 %

Rhône autre : 9 %

Ain : 20 %

Loire : 1 %

NB : La taille des flèches est proportionnelle au nombre de personnes résidant dans le code postal



Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

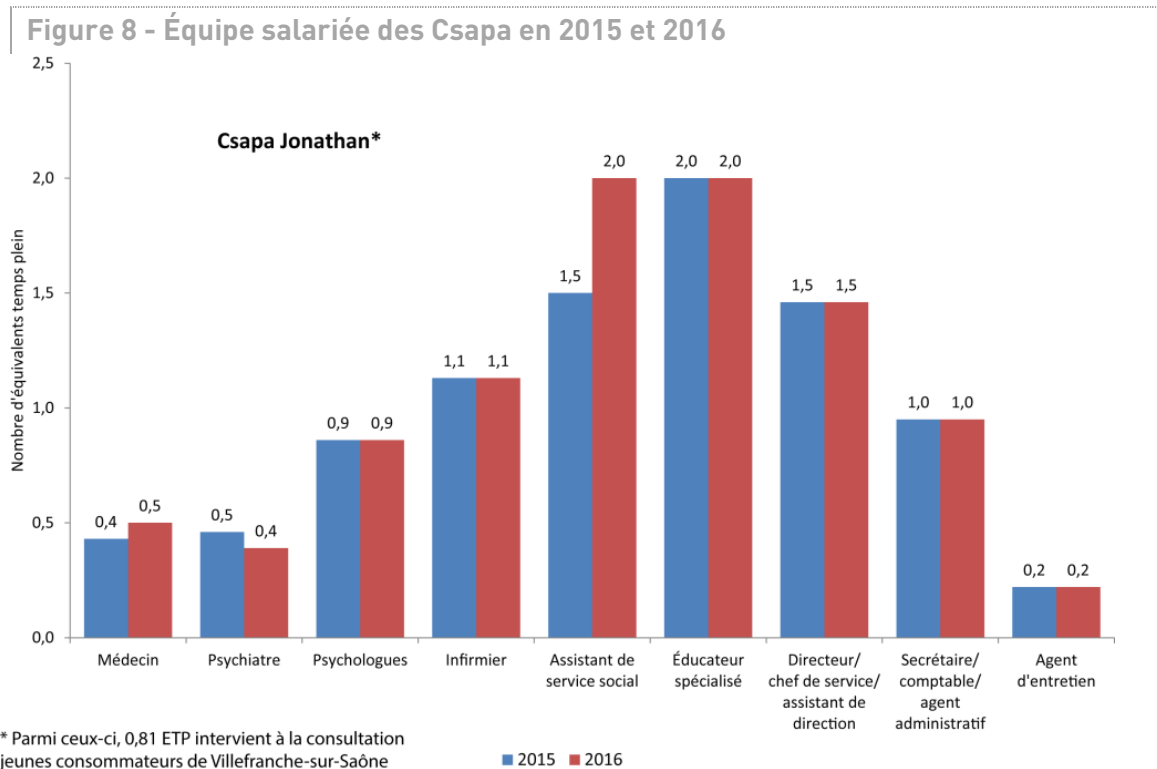
²⁴ Pour la carte du Csapa Jonathan, l'origine géographique n'était pas disponible à l'échelle communale pour les patients reçus dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs.

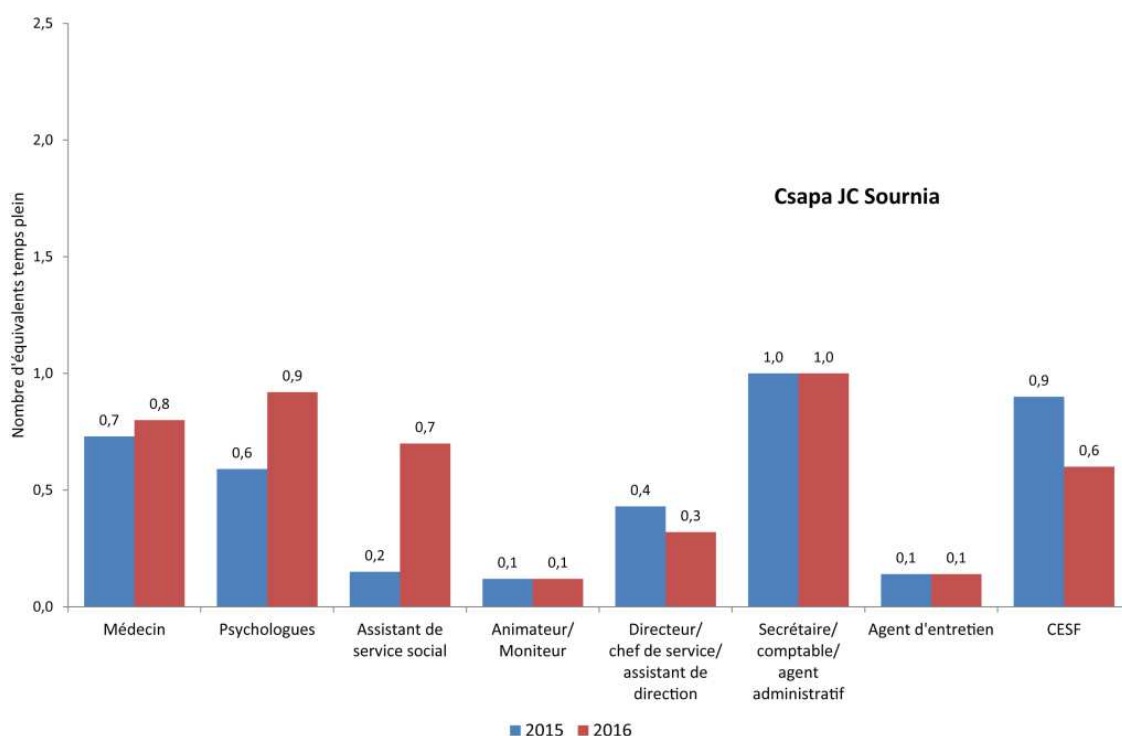
- L'équipe des Csapa du Nord du Rhône

Les Csapa du territoire emploient au total 14,1 équivalents temps plein (ETP) salariés en 2016 : 9,5 sont employés au Csapa Jonathan et 4,6 sont employés au Csapa JC Sournia. Ce dernier Csapa compte également 0,12 ETP mis à disposition (0,1 ETP de directeur/chef de service/assistant de direction et 0,02 ETP d'animateur d'atelier diététique et sophrologie).

La composition des équipes varie selon le Csapa. Certains professionnels, comme les éducateurs spécialisés, les infirmiers et les psychiatres sont présents au Csapa spécialisé drogues illicites et non au Csapa spécialisé alcool. Ce dernier emploie des temps d'animateurs/moniteurs, de conseillers en économie sociale et familiale qui ne sont pas présents au Csapa Jonathan.

La question plus particulière du médecin généraliste et du psychiatre a été évoquée et peut expliquer des changements dans la file active du Csapa Jonathan. Des départs de professionnels ainsi que des difficultés de recrutement sont survenus au cours de l'année 2016, pouvant entraîner des difficultés de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). À partir de septembre 2016, le poste de médecin généraliste n'étant plus pourvu, la majorité des patients ont été orientés en ville. De plus, le psychiatre étant absent depuis le 15 novembre 2016, la file active et le suivi des patients ont été impactés. Depuis avril 2017, il est noté que 2 médecins sont arrivés au Csapa Jonathan.





Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Au Csapa Jonathan et au Csapa JC Sournia, respectivement 11 et 5 membres de l'équipe ont pris part à différentes activités de formation au cours de l'année 2016.

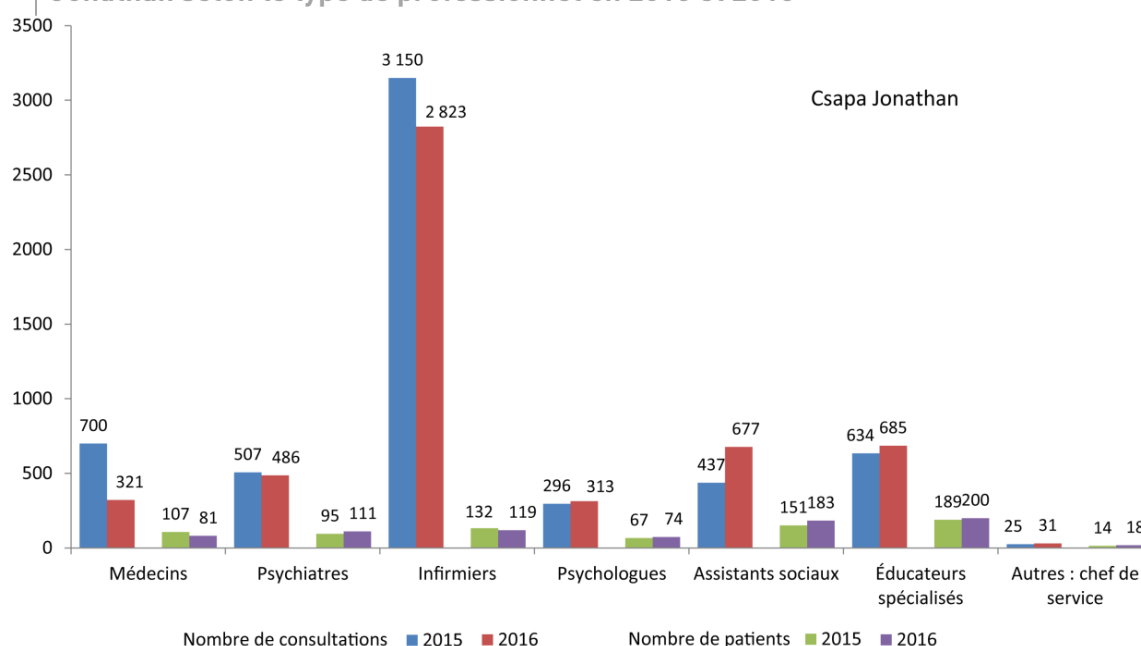
- L'activité des Csapa du Nord du Rhône

Pour le Csapa Jonathan, l'activité de la consultation jeunes consommateurs et l'intervention en milieu carcéral n'ont pas été différenciées.

En 2016, 6 652 actes ont été effectués dans les 2 Csapa du territoire : 5 336 au Csapa Jonathan et 1 316 au Csapa JC Sournia. Les patients reçus au sein des structures peuvent avoir bénéficié de plusieurs consultations avec différents professionnels.

Le Csapa spécialisé drogues illicites a principalement effectué des actes d'infirmiers, notamment pour la délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO). En 2016, en moyenne 24 consultations infirmières par patient ont été comptabilisées dans l'année. Plus de 36 % des patients ont bénéficié de consultations avec un éducateur spécialisé (3 consultations en moyenne dans l'année par patient) et plus de 33 % de consultations avec un assistant de service social (4 consultations en moyenne dans l'année par patient). Les actes de psychiatres arrivent ensuite avec 486 consultations de psychiatres effectuées auprès de 20 % des patients reçus au sein de la structure (en moyenne 4 consultations par patient). Enfin, du fait du changement dans l'effectif des médecins au cours de l'année 2016, il est remarqué une baisse importante des actes de médecins entre 2015 et 2016.

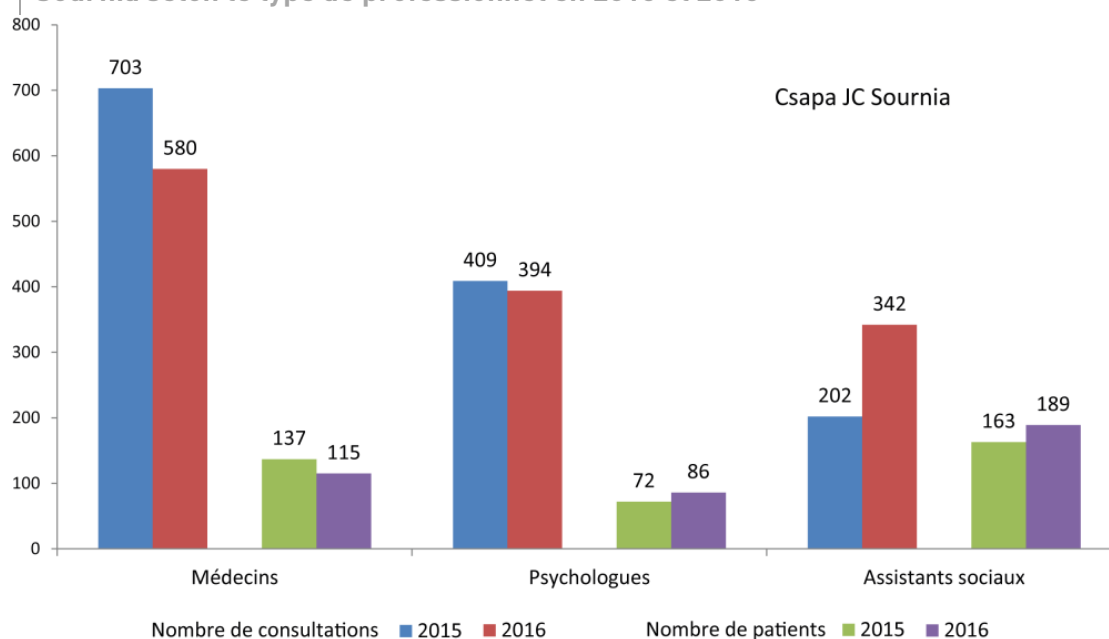
Figure 9 - Nombre de consultations effectuées et de patients concernés au Csapa Jonathan selon le type de professionnel en 2015 et 2016



Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le Csapa spécialisé alcool a principalement dispensé des consultations de médecins, auprès de 38 % des patients reçus au sein de la structure. 5 consultations dispensées par ce type de professionnel ont été effectuées en moyenne par patient. Plus de 60 % des patients vus par la structure ont bénéficié de consultations d'assistants sociaux, avec en moyenne 2 consultations par patient dans l'année. Enfin, 28 % des patients ont participé à une consultation de psychologue (5 consultations en moyenne par patient).

Figure 10 - Nombre de consultations effectuées et de patients concernés au Csapa JC Sournia selon le type de professionnel en 2015 et 2016



Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les 2 Csapa du territoire ont également effectué des consultations auprès des personnes de l'entourage : au Csapa Jonathan, ces consultations ont principalement concerné un psychologue (35 % des personnes de l'entourage), un éducateur spécialisé (plus de 40 % des personnes de l'entourage) et un assistant de service social (17 % des personnes de l'entourage).

Au Csapa JC Sournia, ces consultations ont principalement concerné un assistant de service social (81 % des personnes de l'entourage) et un psychologue (42 % des personnes de l'entourage).

En plus de ces activités, le Csapa Jonathan a effectué, en 2016, 10 visites à domicile auprès d'un patient, au sein de l'appartement thérapeutique qu'il gère et qui est situé à Villefranche-sur-Saône. Il a également effectué 7 actes d'accompagnement auprès de 7 patients pour démarche extérieure.

En 2016, 6 groupes thérapeutiques ont été mis en place par les 2 Csapa du territoire : 3 au Csapa Jonathan et 3 au Csapa JC Sournia. Le Csapa spécialisé drogues illicites a mis en place 2 groupes de parole, ayant nécessité 13 réunions et ayant concerné 20 personnes. Un atelier d'activité corporelle a également été mis en place par ce Csapa pour 4 personnes, avec 23 réunions de groupe effectuées. Le Csapa JC Sournia, spécialisé alcool, a mis en place 2 groupes de parole, concernant 37 personnes et ayant nécessité 47 réunions. Un atelier d'activité artistique et d'expression a également été réalisé, avec 26 réunions et auprès de 14 personnes.

- Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Au titre de la prise en charge médicale, les Csapa accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) (8). Le Csapa Jonathan, spécialisé drogues illicites, participe à cette prescription.

Près de vingt ans après leur introduction en France, en 1995, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) constituent un des fondements de la politique de réduction des risques (10). S'inscrivant dans une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils ont contribué à favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues dépendants aux opiacés et à diminuer morbidité, mortalité et dommages sociaux. Le dernier plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (11) prévoit d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de développer l'accessibilité à ces traitements. La buprénorphine haut dosage (BHD) et la méthadone disposent depuis 1995 d'une autorisation de mise sur le marché.

En 2016, 105 personnes, soit 28 % des patients reçus au Csapa (33 % en 2015), étaient sous traitement de méthadone.

Dans la plupart des cas, le traitement a été initié par le centre, que ce soit en 2015 ou en 2016. De plus, dans 86 % des cas, le traitement a été prescrit au moins une fois par le Csapa. Cette part a diminué depuis 2015.

Pour la grande majorité des patients sous traitement de méthadone, la dispensation a été effectuée dans le centre. Dans plus d'un tiers des cas, la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville. Cette part a fortement augmenté depuis 2015. Enfin, le Csapa effectue également des prescriptions en relais (vacances...) pour 4 % des patients sous traitement de méthadone. En 2016, la quantité totale de méthadone délivrée par le Csapa a diminué par rapport à 2015. Ceci peut s'expliquer par la modification dans l'équipe du Csapa en 2016 qui a fortement influencé l'activité en termes de délivrance de traitement de substitution (absence du médecin).

Concernant la Buprénorphine haut dosage (BHD), en 2016, 42 personnes, soit 11 % des patients reçus au Csapa (13 % en 2015), étaient sous traitement de BHD. Le traitement a été initié par le centre dans 29 % des cas. De plus, dans près de la moitié des cas, le traitement a été prescrit au moins une fois par le Csapa (33 % en 2015).

Le traitement de BHD est peu souvent dispensé dans le Csapa. La dispensation en pharmacie de ville, qui concerne près de la moitié des patients sous traitement de BHD, a augmenté depuis 2015. Enfin, aucune prescription en relais (vacances...) n'a été effectuée en 2016 concernant le BHD.

Tableau 10 – Les traitements de substitution aux opiacés au Csapa Jonathan en 2015 et 2016

	Méthadone		Buprénorphine haut dosage	
	2015	2016	2015	2016
Nb de patient sous traitement quel que soit le prescripteur	112	105	46	42
% de patient pour lesquels le traitement a été initié par le centre	82 %	83 %	33 %	29 %
% de patient pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	94 %	86 %	33 %	48 %
% de patient pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre	99 %	93 %	2 %	7 %
% de patient pour lesquels la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville	3 %	35 %	39 %	48 %
% de patient pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)	4 %	4 %	7 %	0 %
Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)	1 217 706	1 044 491	-	-

Source : Analyse des rapports d'activité des Csapa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Les activités de sevrage

Le sevrage fait également partie d'une des missions des Csapa (12). Toutefois, cette activité semble très difficile à quantifier par les structures. Dans leur rapport d'activité, 19 sevrages ont initié en 2016 pour les personnes reçues par les Csapa du territoire : 5 sevrages ont été initiés par le Csapa Jonathan et 14 par le Csapa JC Sournia. Quelle que soit la structure, près de 40 % de ces sevrages ont été initiés en ambulatoire par le centre et près de 60 % ont été initiés par l'hôpital et suivi par le centre.

- La réduction des risques

D'après la circulaire du 28 février 2008 (8), les Csapa doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques soit pour toutes les addictions, soit pour l'alcool, soit pour les drogues illicites. Dans ce cadre, le Csapa Jonathan participe à la distribution de matériel à usage unique. Cette distribution s'effectue au Csapa mais également en réseau avec 8 pharmacies partenaires : 5 sont situés à Villefranche-sur-Saône, 1 à Saint-Jean-d'Ardière, 1 à Belleville et 1 à Fareins dans l'Ain.

En termes de distribution de matériel, en 2016, le Csapa Jonathan a distribué 385 trousses d'injection (Kit+, Kap) et 300 seringues à l'unité de 1cc. 644 seringues usagées ont été récupérées. Enfin, 800 préservatifs ont été distribués. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux constatés en 2015 (3 519 trousses d'injection (Kit+, Kap) et 3 620 seringues à l'unité de 1cc. distribués, 1 638 seringues usagées récupérées et 1 001 préservatifs distribués).

Le Csapa JC Sournia a distribué, en 2016, 50 brochures sur l'alcool, 20 sur le tabac et 180 sur les drogues illicites. Le personnel a également distribué 50 préservatifs. Ces chiffres sont similaires à ceux présentés en 2015.

- Les orientations des usagers

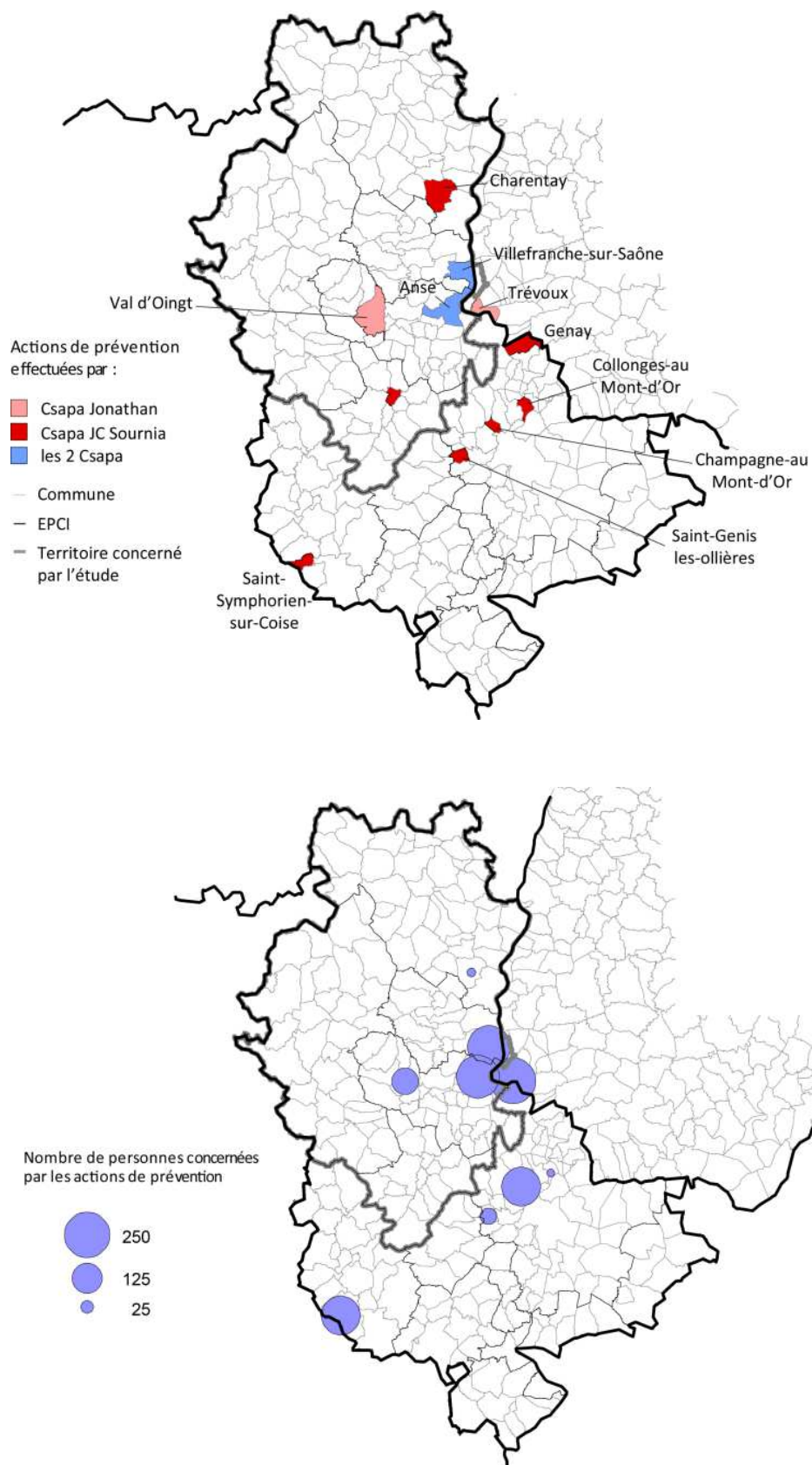
Cette information n'était disponible que pour le Csapa Jonathan. Pour les 80 patients pour lesquels la prise en charge était terminée et pour lesquels l'orientation a été convenue avec eux, près des trois quart ont été orientés vers un médecin de ville, un quart vers un autre Csapa et 1 % vers un Centre médico-psychologique (CMP). Le Csapa signale peu d'orientation, notamment due au fait que le nombre de « perdus de vue » est assez conséquent (notamment à la consultation jeunes consommateurs).

- Les actions de prévention collectives

En 2016, le Csapa Jonathan a mis en place 6 actions de prévention collectives dans 4 communes différentes. Cinq de ces six actions de prévention ont eu lieu dans des établissements d'enseignement (collège, lycée, maison familiale et rurale) et ont concerné 383 collégiens ou lycéens et 32 parents d'élève. Une action a été effectuée auprès d'une association de parents et a concerné 150 parents d'élèves.

Le Csapa JC Sournia a mis en place 14 actions de prévention collectives en 2016. Ces actions de prévention ont concerné au moins 688 personnes (pour 3 actions, le nombre de personnes concernées n'étaient pas connu) : 3 ont eu lieu dans un collège, 2 en établissements de placement éducatif (EPE), 3 dans une Maison familiale et rurale (MFR), 2 dans des foyers d'hébergement, 2 en entreprise, 1 avec le groupe ressource du Csapa et une participation au collectif Inforum. Ces actions de prévention ont concerné 298 collégiens, 274 jeunes d'EPE ou MFR et 116 professionnels.

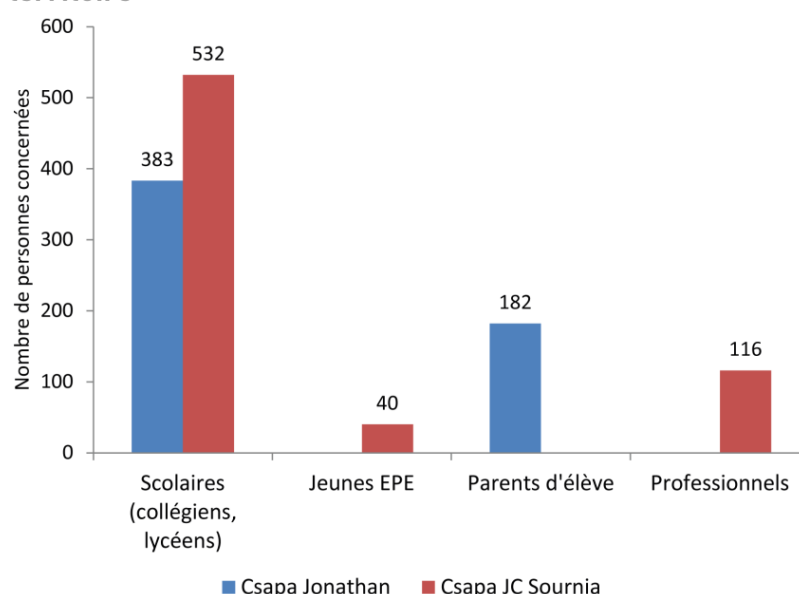
Carte 8 - Actions de prévention réalisées par les Csapa du territoire en 2016



Pour certaines actions de prévention, le nombre de personnes concernées n'était pas renseigné

Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 11 – Publics bénéficiaires des actions de prévention mises en place par les Csapa du territoire



Source : Analyse du rapport d'activité des Csapa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En parallèle à ces actions de prévention collective, les Csapa du territoire ont mis en place des actions de formation. Le Csapa Jonathan a réalisé 2 actions de formation : une auprès de 6 enseignants à Villefranche-sur-Saône dans le cadre du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD) et une auprès de 14 professionnels à Villefranche-sur-Saône dans le cadre de l'Atelier santé ville (ASV).

Le Csapa JC Sournia a également mis en place 2 actions de formation : une auprès de 9 animateurs de la Maison des jeunes et de la culture (MJC) Hauts du lyonnais et une, co-animée avec le Csapa Jonathan et porté par l'ASV de Villefranche, auprès de 12 professionnels caladois.

- Le partenariat

Les 2 Csapa présents sur le territoire font part de plusieurs conventions passées avec d'autres structures. Le Csapa Jonathan a signé 5 conventions :

- Dans le cadre des Tests de dépistages rapides à orientation diagnostique du VIH (*TROD*), le Csapa Jonathan a passé 3 conventions avec des structures sanitaires :
 - 1 convention avec le laboratoire de l'hôpital Nord-ouest de Villefranche. Dans le cadre de la pratique des TROD, si le résultat est positif ou erroné, le laboratoire les accueille en priorité ;
 - 1 convention avec le service infectieux de l'hôpital Nord-ouest de Villefranche ;
 - 1 convention avec le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (Cegidd) de l'hôpital Nord-ouest de Villefranche.

Ces conventions ont cours depuis plusieurs années et ont été renouvelées fin 2016.

- Une convention est également signée avec le tribunal de grande instance de Villefranche-sur-Saône pour les stages de sensibilisation à l'usage de substances psychoactives pour les mineurs. Cette convention a débuté en 2011 et est renouvelée tacitement chaque année.
- Depuis mars 2017, le Csapa a également signé une convention de collaboration/partenariat avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Les jeunes de la PJJ peuvent être adressés à la consultation jeune consommateur pour la mise en place d'un protocole de 3 séances.

Le Csapa JC Sournia a signé 4 conventions :

- 1 convention avec le Tribunal de Grande Instance de Villefranche-sur-Saône dans le cadre de la réalisation des stages de sensibilisation aux dangers des produits stupéfiants, signée le 14 décembre 2011 ;
- 1 convention cadre de coopération avec les Hospices Civils de Lyon, signée le 15 janvier 2009 ;
- 1 convention de mise à disposition de locaux avec le Centre hospitalier Saint-Cyr au Mont d'Or, signée le 22 septembre 2016 (locaux de l'antenne de Beaujeu) ;
- 1 convention cadre de partenariat avec ARIA²⁵, signée le 7 avril 2017.

Bien que, quelle que soit la structure, aucune convention avec les professionnels libéraux n'ait été signée, un partenariat « non officiel » existe avec les 2 Csapa et les professionnels libéraux. Pour le Csapa Jonathan, ce partenariat existe avec les pharmacies dans le cadre de la réduction des risques (cf. paragraphe sur la réduction des risques) ainsi qu'avec les médecins généralistes libéraux pour le suivi des patients sous TSO, notamment du fait de l'absence de médecin au sein de la structure durant une période de l'année.

Pour le Csapa JC Sournia, il est noté un lien avec les médecins généralistes du secteur qui suivent les patients reçus en consultations.

Les 2 Csapa participent à de nombreux groupes de travail qui concernent la santé, comme les conseils locaux de santé mental, les Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), les Ateliers santé ville, le comité technique de la Maison des adolescents....

4.2.2. Les consultations jeunes consommateurs

« Institué en 2004, ce dispositif, situé à l'interface de la prévention et du soin, s'adressait à l'origine aux plus jeunes concernés par une consommation de cannabis ainsi qu'à leurs familles, avant de voir son périmètre élargi afin d'accueillir également des patients plus âgés et des personnes concernées par une addiction sans produit (Internet, jeux vidéo, etc.). Ces consultations gratuites et anonymes ont déjà permis d'aborder la question des conduites addictives. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 positionne les CJC comme structures pivots de la mise en œuvre de l'intervention précoce. Lieux d'écoute, d'information et de soutien, les CJC sont avant tout un

²⁵ Depuis le 1^{er} octobre 2017, ARIA a rejoint l'association Oppelia.

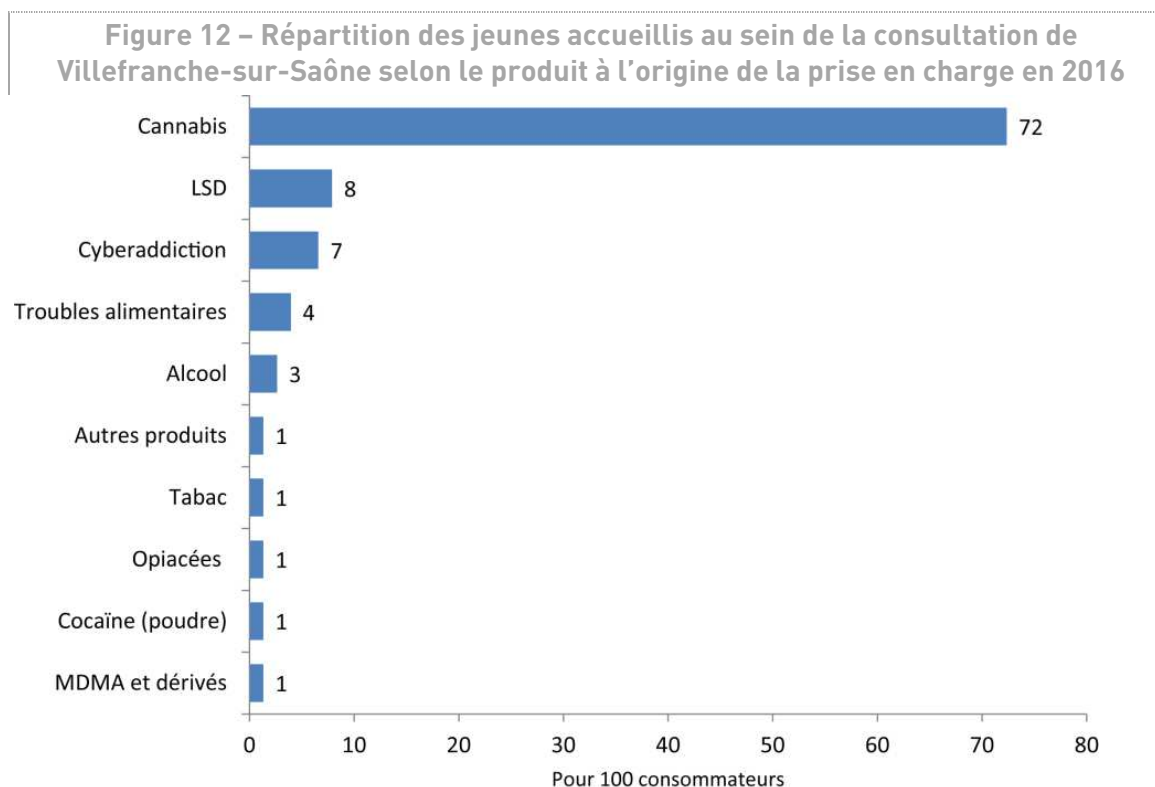
espace de rencontre entre des professionnels des addictions– psychologues, éducateurs, médecins, assistants sociaux, etc.– et des personnes aux conduites addictives » (13).

Le territoire d'étude compte une consultation jeunes consommateurs gérée par le Csapa Jonathan et hébergée dans les locaux de la Maison des Adolescents à Villefranche-sur-Saône. Une consultation recevant majoritairement un public jeune est également présente à l'hôpital de l'Arbresle. Pour cette dernière structure, seul le nombre de personnes accueillies en 2016 était disponible, à savoir 136 personnes. L'analyse suivante concerne donc uniquement l'activité de la consultation jeunes consommateurs gérée par le Csapa Jonathan. Cette consultation est ouverte 20 heures par semaine et accueille des jeunes âgés de moins de 25 ans.

- La file active

En 2016, 76 consommateurs et 15 personnes de l'entourage ont été reçus à la CJC. Parmi les consommateurs, 86 % étaient des nouveaux usagers. Lorsqu'ils sont reçus au sein de la consultation, les consommateurs sont généralement accompagnés, principalement par leurs parents (17 % ont été reçus seuls).

Les jeunes pris en charge à la consultation sont principalement en difficulté avec le cannabis, pour près de trois quarts d'entre eux. Le LSD vient ensuite, loin derrière, suivi de la cyberaddiction, des troubles alimentaires et de l'alcool. Concernant le produit consommé en priorité, près de 85 % des jeunes sont en difficulté avec leur consommation, avec un usage à risque ou nocif dans 45 % des cas et une dépendance dans 39 % des cas.

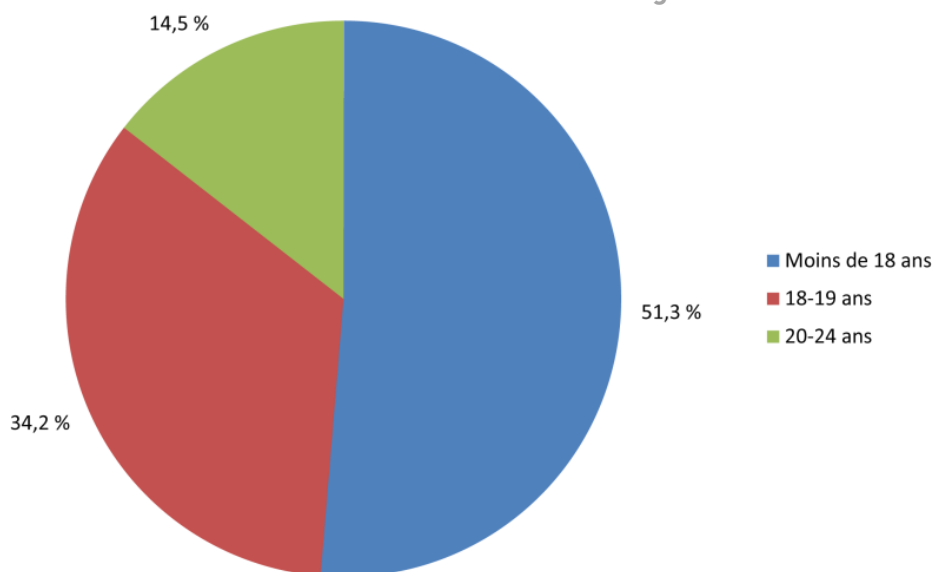


Source : Analyse du rapport d'activité de la CJC - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Rappelons que le tabac constitue le 2^{ème} produit le plus dommageable (33 % des cas), suivi de l'alcool (12 %) et du cannabis (4 %). Plus de 40 % des consommateurs consomment un seul produit (ils ne consomment pas d'autres produits).

Le public reçu à la consultation jeunes consommateurs est majoritairement masculin (82 %) et âgé de moins de 20 ans. Plus de la moitié du public accueilli est d'ailleurs mineur.

Figure 13 – Répartition des jeunes accueillis au sein de la consultation de Villefranche-sur-Saône selon l'âge en 2016

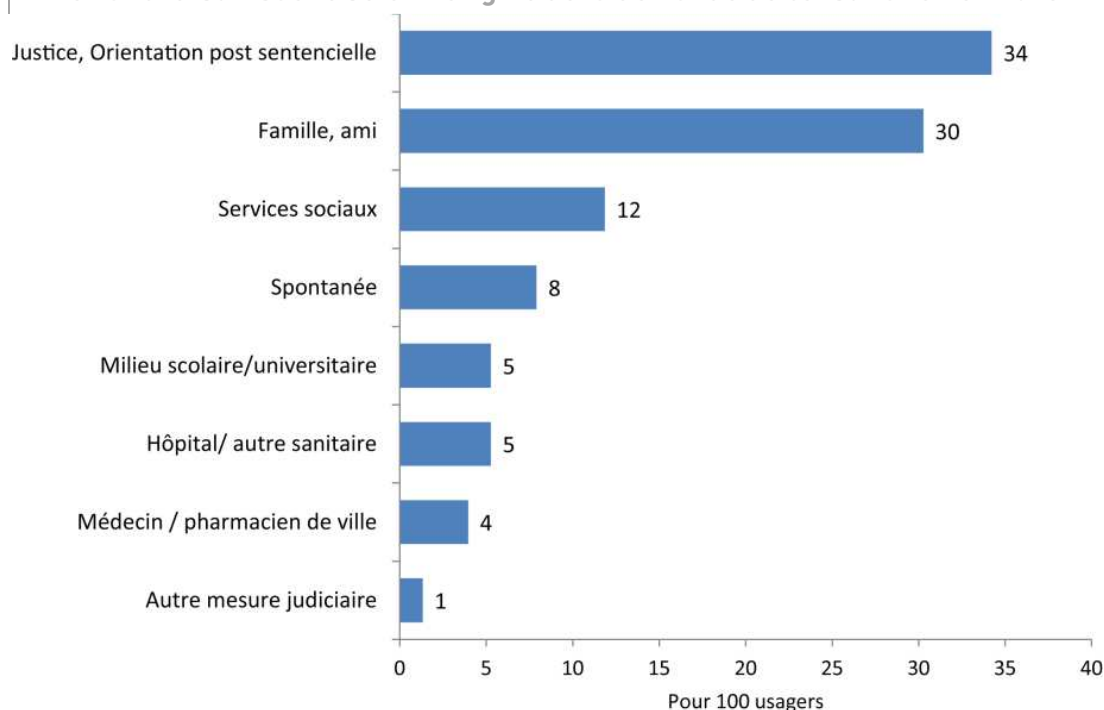


Source : Analyse du rapport d'activité de la CJC - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Du fait de son jeune âge, le public accueilli a dans la grande majorité des cas un logement stable (91 %), vit avec ses parents ou la famille (87 %) et est élève ou étudiant (66 %). 13 % sont chômeurs sans avoir jamais eu d'activité professionnelle, 9 % sont inactifs, 4 % ont une activité rémunérée intermittente et 3 % ont un Contrat à durée indéterminée (CDI) ou un Contrat à durée déterminée (CDD) de plus de 6 mois. Deux tiers des jeunes reçus sont à la charge d'un tiers et pour 24 % d'entre eux, les ressources proviennent d'une autre source (y compris sans).

La famille est souvent à l'origine de la démarche de demande de consultation. Cependant, une décision de justice et une orientation post sentencielle est déclarée dans plus d'un tiers des cas (première cause de demande de consultation). Le jeune vient rarement de lui-même. Les demandes concernent principalement une aide à l'arrêt (39 %) ou une évaluation de la consommation (21 %). Dans une moindre mesure, il s'agit d'une aide à réguler la consommation (12 %) ou d'une autre demande (11 %).

Figure 14 – Répartition des jeunes accueillis au sein de la consultation de Villefranche-sur-Saône selon l'origine de la demande de consultation en 2016



Source : Analyse du rapport d'activité de la CJC - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La majorité des jeunes reçus sont originaires du département (59 %) ou de la région (20 %).

- L'équipe de la CJC

La consultation jeune consommateur de Villefranche-sur-Saône se compose de 0,81 équivalent temps plein (ETP) salarié : 0,5 ETP d'éducateur spécialisé et 0,31 ETP de psychologue. Aucun personnel n'est mis à disposition.

- L'activité de la CJC

En 2016, 233 entretiens individuels avec des consommateurs ont été réalisés (avec ou sans la présence de membres de l'entourage), ce qui représente en moyenne 3 entretiens individuels par consommateur. En parallèle, 33 entretiens individuels ont été effectués avec un ou plusieurs membres de l'entourage en l'absence du consommateur.

En 2016, 6 séances de groupe ont été organisées pour l'entourage et aucune n'a été organisée pour des consommateurs.

- L'orientation

Parmi les 76 consommateurs rencontrés en 2016 au sein de la consultation jeune consommateur, 45 % ne nécessitaient pas une orientation et 1 % a été orienté vers un psychologue. La moitié des consommateurs ne sont pas revenus au rendez-vous et n'ont donc pas pu être orientés. Enfin, 4 % sont encore suivis.

4.2.3. Le Caarud

Le dispositif médico-social en addictologie comprend également les Caarud depuis le 1^{er} janvier 2006. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins [7].

La Métropole de Lyon compte 2 Caarud situés à Lyon : le Caarud Ruptures, géré par l'association ARIA²⁶ et le Caarud Pause Diabolo géré par l'association Le Mas. Le Caarud Ruptures intervient sur le Nord du département, par l'intermédiaire de son équipe mobile, auprès d'usagers, dans une démarche « d'aller vers » (rue, domicile, espaces publics) ainsi que sur les lieux festifs.

L'équipe du Caarud Ruptures intervenant sur le Nord du département est composée d'un infirmier et de deux éducateurs spécialisés. Ils sont présents tous les jeudis sur le territoire d'étude, au domicile des personnes (sur rendez-vous). Un bus est également présent depuis le mois de mai 2017 à l'Arbresle un mardi par mois.

Par ailleurs, le Caarud participe à la distribution de matériel à usage unique, en lien avec le Csapa Jonathan, via un réseau de 8 pharmacies partenaires (cf. analyse des Csapa, paragraphe réduction des risques) : 5 sont situés à Villefranche-sur-Saône, 1 à Saint-Jean-d'Ardière, 1 à Belleville et 1 à Fareins dans l'Ain. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'un Programme d'Echange de Seringues, mais de distribution simple.

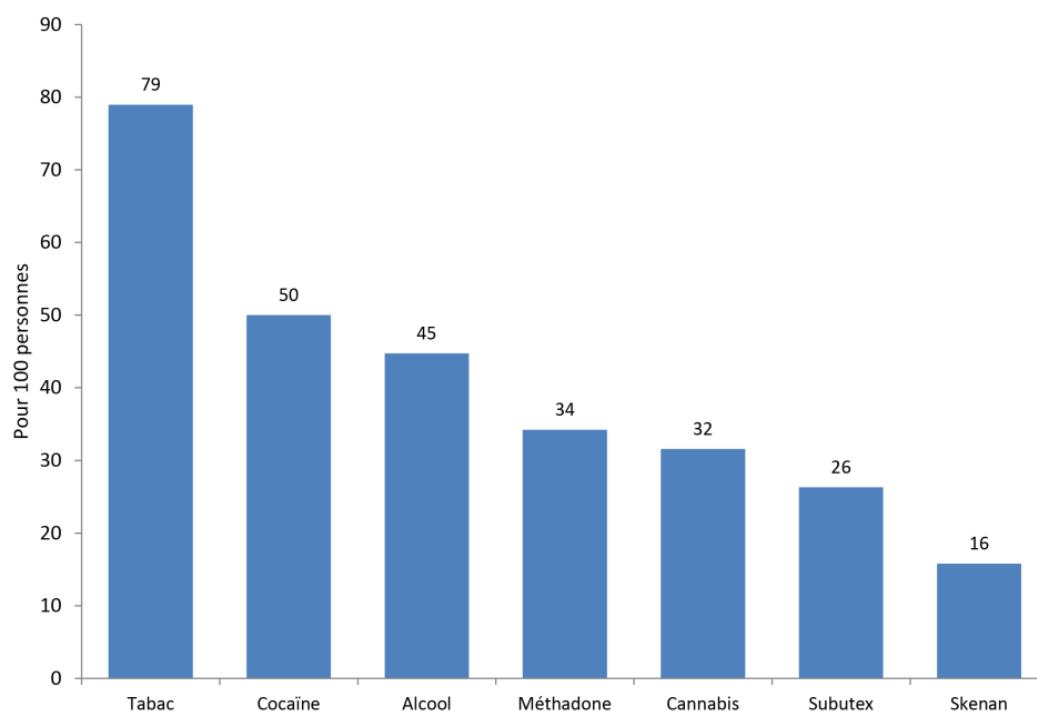
- La file active dans le Nord du Rhône

En 2016, 38 personnes ont été vues dans le Nord du Rhône au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe du Caarud Ruptures. Près de 40 % étaient des nouvelles personnes.

Les personnes rencontrées par le Caarud dans le Nord du Rhône ont souvent une polyconsommation : ils consomment en majorité du tabac, de la cocaïne ou de l'alcool. La méthadone et le cannabis concernent ensuite près d'un tiers de ces personnes. Du matériel a été relayé auprès de 26 personnes par des usagers connus de l'équipe mobile du Nord du Rhône.

²⁶ Depuis le 1^{er} octobre 2017, ARIA a rejoint l'association Oppelia.

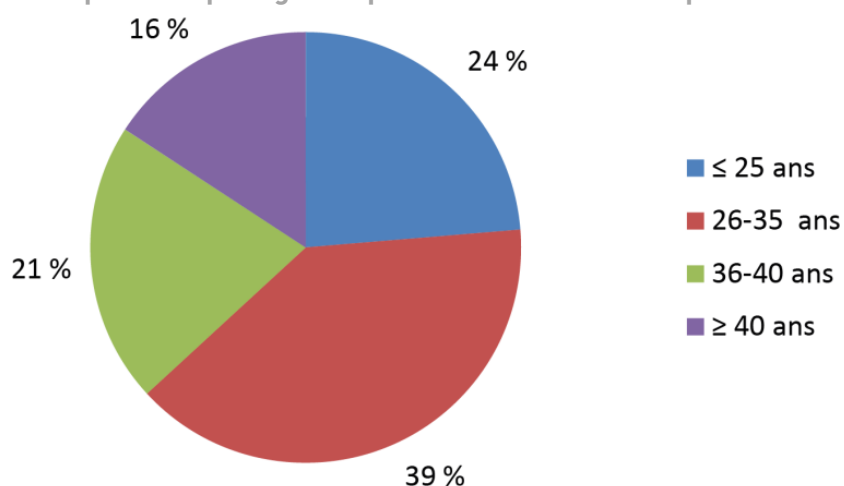
Figure 15 - Produits consommés par les personnes rencontrées par le Caarud en 2016



Source : Analyse du rapport d'activité du Caarud Ruptures-Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les personnes rencontrées par le Caarud sont majoritairement des hommes (80 %), globalement entre 26 et 35 ans. Un quart des personnes vues sont âgées de 25 ans ou moins.

Figure 16 – Répartition par âge des personnes rencontrées par le Caarud en 2016



Source : Analyse du rapport d'activité du Caarud Ruptures - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

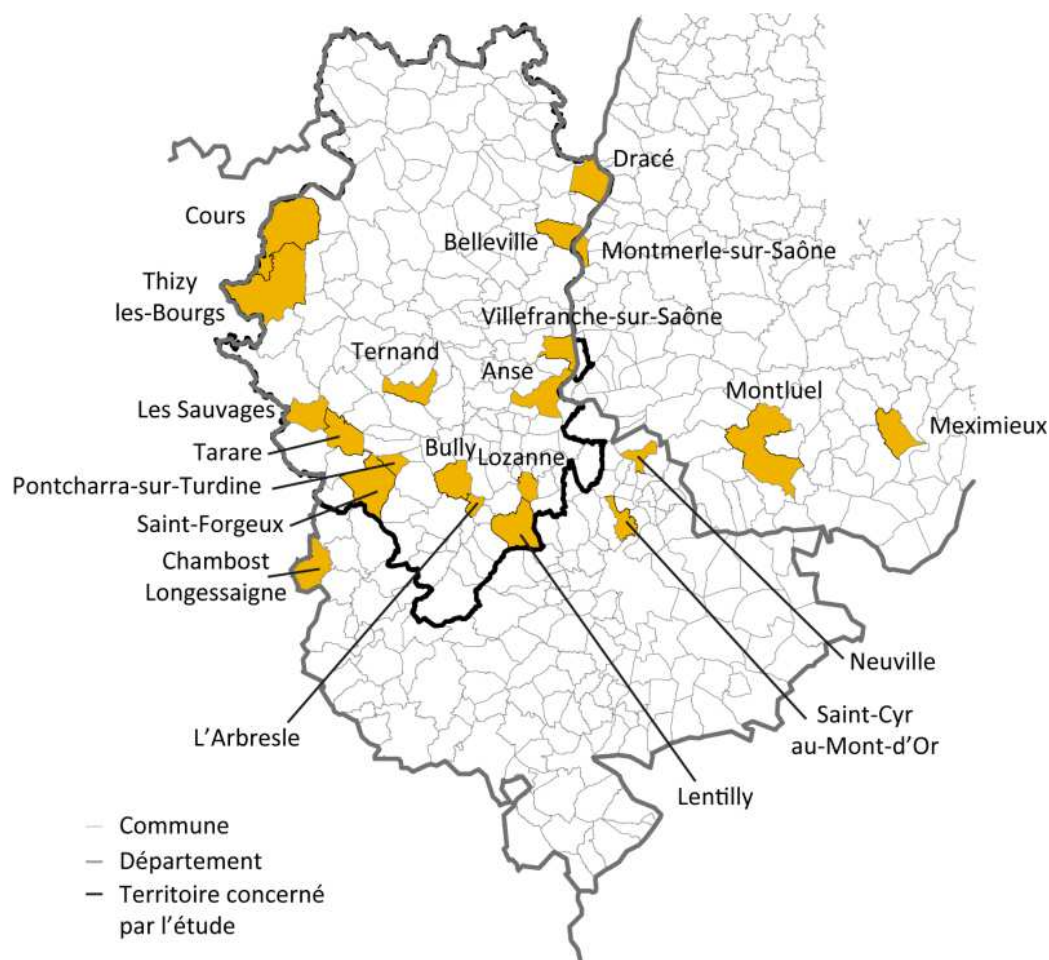
- L'activité dans le Nord du Rhône

L'équipe du Caarud a effectué 49 sorties sur le territoire en 2016, avec en moyenne 3 rencontres par sorties. 1 218 thématiques d'entretiens ont été abordées, dont les principales ont été les suivantes : lien quotidien, dialogue autour des produits, besoin d'écoute, réduction des risques liées aux consommations, accès à un hébergement et problèmes somatiques.

Les entretiens ont donné lieu à 24 orientations et accompagnements physiques vers plusieurs structures, comme par exemple des Csapa, l'hôpital psychiatrique de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, des pharmacies, la Maison départementale du Rhône ou les services logement des mairies.

L'équipe mobile du Caarud a rencontré des personnes du territoire dans 22 communes en 2016. Le Nord du territoire d'étude n'a pas été concerné par ces rencontres.

Carte 9 - Lieux de rencontres* des personnes par le Caarud dans le Nord du Rhône en 2016



* Des communes sont situées hors du territoire d'étude car, soit il s'agit de personnes résidant dans le Nord du Rhône mais rencontrées dans une autre commune, soit des personnes que l'équipe du Caarud a commencé à accompagner alors qu'elles habitaient sur le secteur et ont déménagé ensuite dans des communes limitrophes.

Source : Analyse du rapport d'activité du Caarud Ruptures- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- La mise à disposition de matériel de réduction des risques

Différents matériels de réduction des risques (cf. définitions et méthode) ont été mis à disposition pour les personnes rencontrées dans le Nord du Rhône. Parmi ceux-ci, ont repère notamment des kits d'injection, des dosettes d'eau, des Stericups®, des aiguilles, des Sterifilts®, des carnets de "Roule ta paille", de l'Hydramyl® ou des préservatifs.

En plus de ces différents éléments, 26 containers de récupération de matériel usagé (notamment seringues) ont été distribués : 10 ont été récupérés, soit un taux de récupération de 38 %. Il faut rappeler que la distribution n'est pas effectuée sous condition de récupération. Il ne s'agit pas d'un programme d'échange de seringues.

- L'activité en milieu festif sur le Nord du Rhône

Concernant son activité en milieu festif, le Caarud a effectué 12 sorties annuelles, dont 2 dans le Nord du département du Rhône. Ces 2 sorties ont eu lieu au festival Arbruzic à Arbresle et au festival Maquis'Art à Savigny.

Au cours de ces 2 sorties, 75 personnes ont été rencontrées (40 hommes et 35 femmes) et 43 brochures d'information/prévention ont été distribuées. Concernant le matériel de réduction des risques, ont été diffusés principalement de l'eau pour préparation injectable (PPI) (50), des lingettes de chlorhexidine (48), des insus couleurs (seringue à insuline, de couleur) (25), des Stérimix (18) ou de l'Hydramyl (22). Concernant le matériel de réduction des risques sexualité, 53 préservatifs ont été distribués et 15 gels lubrifiants en tube. Concernant le matériel de Sniff, 106 carnets de Roule ta paille ont été diffusés. Enfin, des bouchons d'oreille (64) et des alcootests (61) ont été distribués.

Ces 2 sorties festives ont donné lieu à 74 entretiens sur les thématiques suivantes : réduction des risques liés aux consommations, dialogue autour des produits, présentation d'ARIA et du Caarud Ruptures, réduction des risques liés à la sexualité, contraception/grossesse/interruption volontaire de grossesse (IVG) et dépistages.

4.3. Les structures hospitalières

D'après la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie (14), « le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (15) et la circulaire DGS/DHOS N° 203 du 16 mai 2007 (7) ont pour objet de permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive aux demandes d'accueil, d'accompagnement et de soins. Ces personnes doivent bénéficier d'une continuité de prise en charge par l'articulation et la coordination des professionnels intervenant dans le dispositif médicosocial, le dispositif sanitaire, la médecine de ville et les réseaux de santé ». Les dispositions de la circulaire du 26 septembre 2008 visent à la structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières de soins addictologiques. Cette filière a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

La filière est composée des structures suivantes :

- consultation ;
- équipe de liaison et de soins en addictologie ;
- hôpital de jour ;
- lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples ;
- lits d'hospitalisation complète pour les soins résidentiels complexes ;
- accès aux soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

Les filières doivent également participer à la formation et à la recherche.

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif gradué en trois niveaux :

- Les structures de niveau 1, de proximité, ont pour missions la réalisation de sevrages résidentiels simples, l'activité de liaison, des consultations ;
- Les structures de niveau 2 sont les structures de recours d'un territoire. Niveau spécifiquement addictologique, il comprend des structures bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécialisées à des patients posant des problèmes particuliers (7). Les structures de court séjour, outre les missions du niveau 1, offrent la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qui ont développé une structure addictologique spécifique. Les soins de suite et de réadaptation sont également des structures de niveau 2. Ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent ;
- Les structures de niveau 3 sont les structures de recours régional. Elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale. Une structure de ce type doit être envisagée, comme objectif à terme, dans chaque CHU ou dans un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie (14).

4.3.1. Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)

D'après la circulaire du 26 septembre 2008, les équipes de liaison et de soins en addictologie ont pour missions :

- de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;
- d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- de développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Elles sont une composante des structures d'addictologie hospitalière de niveau 1, 2 et 3. L'Elsa intervient dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, qu'ils aient ou non une activité identifiée d'addictologie, notamment dans les structures de médecine d'urgence.

En 2016, le Nord du Rhône compte 3 Équipes de liaison et de soins en addictologie : une à l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône, une à l'hôpital Nord-Ouest de Tarare et une à l'Hôpital de l'Arbresle (établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic)). L'orientation principale des 3 Elsa est l'addiction polyvalente.

L'Elsa de l'hôpital de l'Arbresle intervient sur 5 établissements : l'hôpital de l'Arbresle (lundi, vendredi), la clinique du Val d'Ouest à Écully, la clinique de la Sauvegarde à Lyon, la clinique Charcot à Sainte-Foy-lès-Lyon et au Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation (CMCR) des Massues à Lyon.

À l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône, 2 lits fléchés « addictologie » sont présents dans l'établissement, dans le service de gastroentérologie. L'Elsa de cet établissement intervient également au Centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

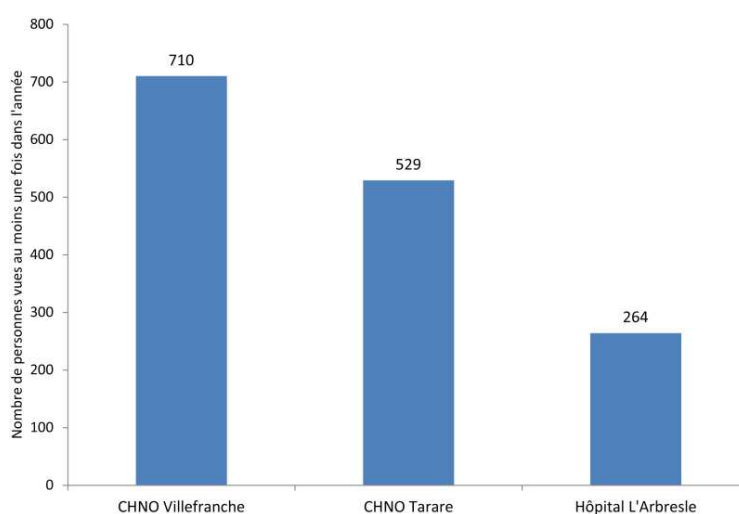
Enfin, il est à noter que l'Elsa de Tarare fait des initiations méthadone.

- La file active des Elsa

En 2016, 1 503 personnes ont été vues au moins une fois dans l'année dans les Elsa du territoire. À l'Elsa de l'Arbresle, 871 patients ont été vus en plus dans les cliniques situés hors du Nord du Rhône, soit 1 135 patients vus au total par l'Elsa de l'Arbresle en 2016.

À l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, 47 % des patients ont été vus uniquement lors d'une consultation externe (sortie d'hospitalisation, CMP, urgences). Cette part atteint 68 % à l'Elsa de Tarare. À l'hôpital de l'Arbresle, 34 % des patients vus étaient hospitalisés (90 patients) et 66 % ont été vus en consultations externes (174 patients).

Figure 17 – Nombre de personnes vues au moins une fois dans l'année par les Elsa en 2016



Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Quelle que soit l'Elsa²⁷, le produit posant le plus de problème aux patients vus et à traiter en priorité est très majoritairement l'alcool, avec 87 % des actes effectués par l'Elsa de Villefranche-sur-Saône et près de la moitié des patients vus par les Elsa de Tarare et de l'Arbresle. Le tabac arrive ensuite, loin derrière, en 2^{ème} position. À l'Elsa de Tarare et de l'Arbresle, le cannabis constitue la 3^{ème} cause de consultation, mais dans un pourcentage minime. À l'Elsa de Villefranche, les troubles du comportement alimentaire arrivent en 3^{ème} position, avec 7 % des actes effectués pour ces troubles.

Tableau 11 - Produits posant le plus de problèmes et à traiter en priorité pour les patients vus par les Elsa en 2016

	Elsa Villefranche- sur-Saône *	Elsa Tarare	Elsa L'Arbresle
Alcool	82 % des actes	54 % des patients	47 % des patients
Tabac	7 %	21 %	36 %
Cannabis	1 %	5 %	6 %
Opiacés (hors substitution détournée)	1 %	2 %	1 %
Cocaïne et crack	0,1 %	0,2 %	1 %
Amphétamines, ecstasy	0 %	0,2 %	0 %
Médicaments psychotropes détournés	0,3 %	0,2 %	0 %
BHD ou méthadone (hors usage thérapeutique)	0 %	4 %	0 %
Autres	9 %	2 %	8 %
Aucun	0 %	0 %	1 %
Non renseigné	0 %	10 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %

* L'Elsa de Villefranche-sur-Saône a renseigné l'information sur les produits en nombre d'actes effectués selon le produit. En effet, elle signale que l'analyse des produits amenant à la prise en charge est compliquée car les consommations sont fréquemment multiples.

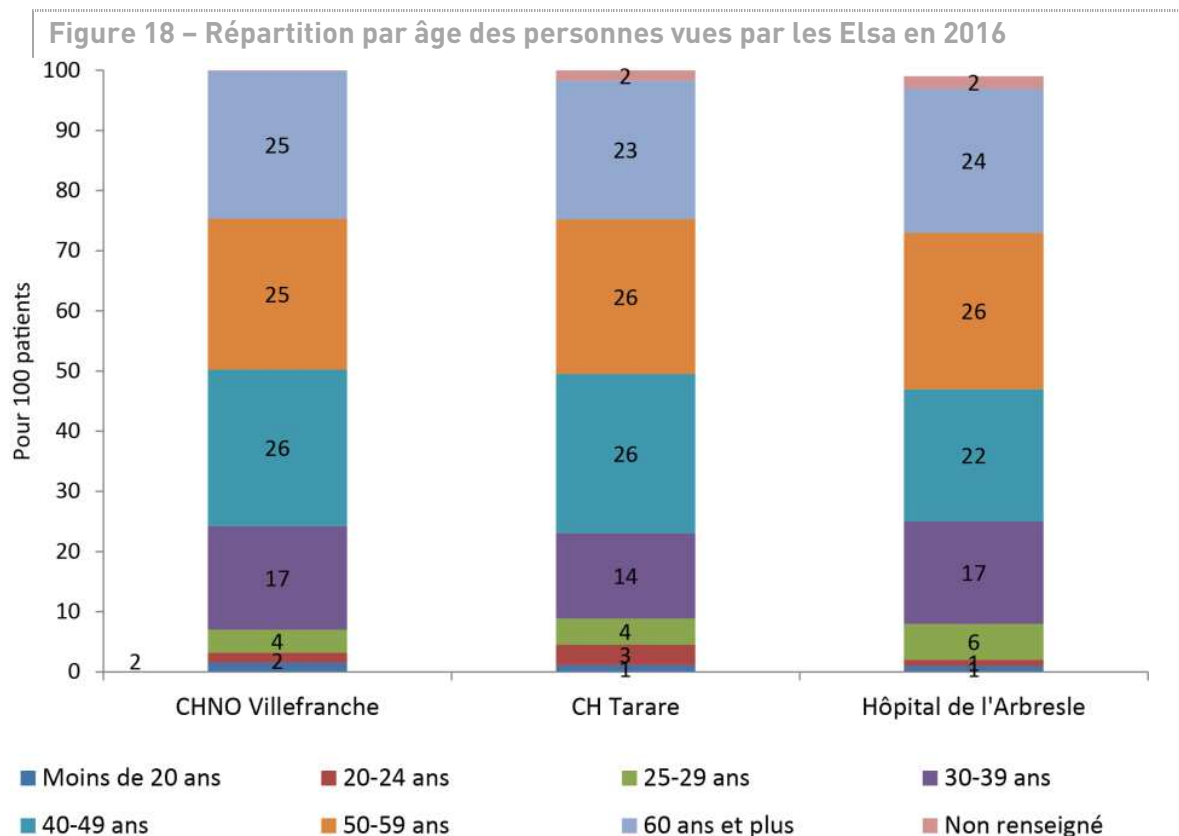
Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Si l'on s'intéresse aux produits consommés par les patients de l'Elsa, au cours des 30 derniers jours, à Tarare, les produits les plus cités sont l'alcool (47 %) et le tabac (36 %). Vient ensuite le cannabis (9 %). 1 % n'ont consommé aucun produit au cours des 30 derniers jours. À Villefranche, les produits les plus cités sont l'alcool (70 %). Viennent ensuite le tabac (15 %) et le cannabis (6 %). À l'Elsa de l'Arbresle, les produits consommés de manière secondaire sont renseignés : il s'agit dans 37 % des cas du tabac, dans 13 % de l'alcool et dans 10 % du cannabis. Aucun produit secondaire n'est constaté dans près de la moitié des cas (48 %).

Quel que soit l'Elsa, le public majoritairement vu par ces équipes est un public masculin : 76 % sont des hommes à l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, 64 % à l'Elsa de Tarare et 56 % à l'Elsa de l'Arbresle.

La répartition par âge des personnes reçues est comparable dans les 3 Elsa du territoire. Les trois quart des personnes vues au moins une fois sont âgées de 40 ans ou plus.

²⁷ Pour l'Elsa de l'Arbresle, les données sur les caractéristiques de la file active concerne les patients vus à l'hôpital de l'Arbresle mais également dans les cliniques non situées dans le territoire d'étude.



Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le motif principal de venue à l'hôpital n'était pas renseigné de la même manière selon les Elsa. À l'Elsa de Tarare, les personnes vues sont principalement venues à l'hôpital pour un sevrage (41 %). D'autres affections somatiques sont ensuite citées dans 17 % des cas, suivies d'une intoxication aiguë (9 %) et d'autres affections psychiatriques (7 %). 4 % sont venues pour une demande de substitution.

À l'Elsa de l'Arbresle, près de deux tiers des patients sont venus pour un sevrage (41 % pour un sevrage alcool, 6 % pour un sevrage d'une substance illicite et 17 % pour un sevrage pour un autre produit). Près d'un quart des patients sont ensuite venus pour d'autres affections somatiques.

À l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, l'information sur le motif principal de venue à l'hôpital était renseignée pour chaque séjour (et non par patient). Près de la moitié des séjours ont eu pour motif principal un syndrome de dépendance ou de sevrage (cf. définitions et méthode). Dans près d'un quart des cas, le motif principal de venue est une intoxication aiguë (23 %) ou d'autres affections somatiques (23 %).

Pour les Elsa de Villefranche et de Tarare, l'origine principale de la prise en charge par l'équipe est dans près d'un tiers des cas le service des urgences. À Villefranche, d'autres services de l'hôpital sont ensuite cités (27 %) : gastroentérologie, pneumologie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale.... À Tarare, dans 28 % des cas, une autre origine est citée, sans précision. La médecine interne arrive ensuite (8 %).

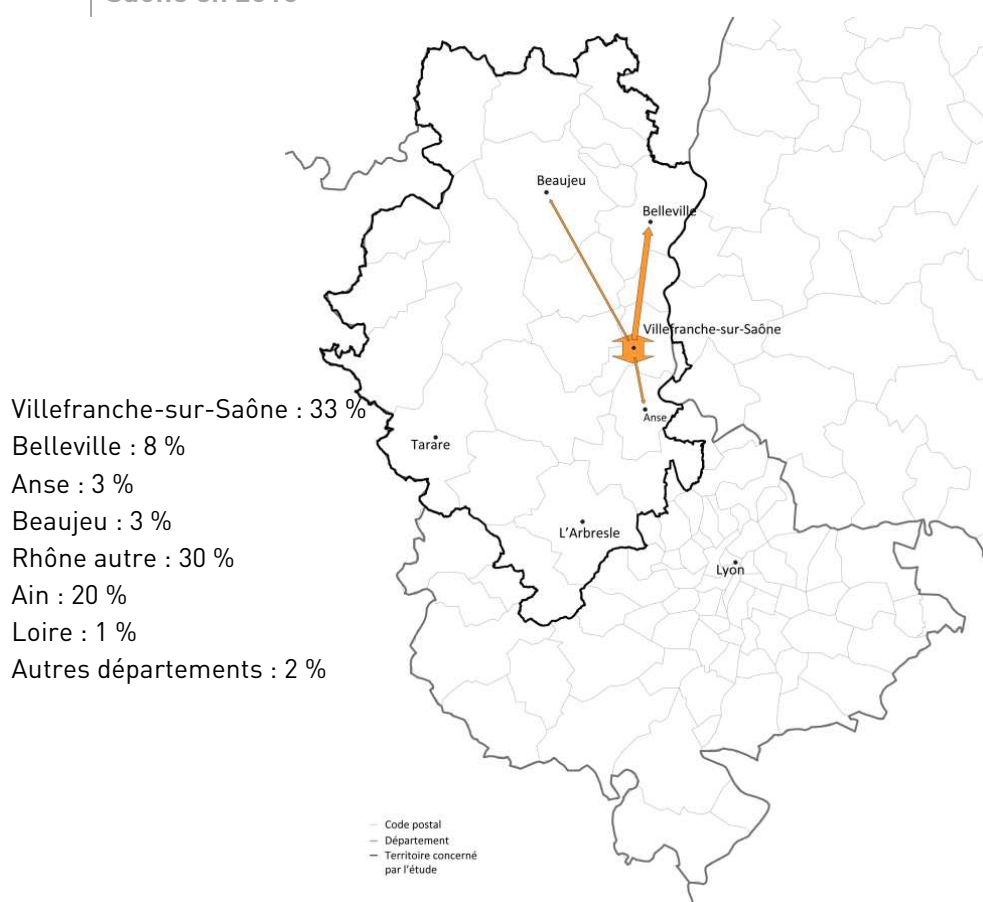
À l'Elsa de l'Arbresle, qui ne dispose pas de service d'urgences, le service de 1^{er} contact est un autre service de l'hôpital dans 41 % des cas, un médecin de ville dans 18 % des cas, une structure spécialisée en addictologie dans 9 % des cas ou d'autres origines dans 23 % des cas.

- L'origine géographique des patients

L'origine géographique des patients n'étaient pas connue pour l'Elsa de Tarare. À l'Elsa de l'Arbresle, 87 % des personnes vues (que ce soit à l'hôpital de l'Arbresle ou dans les cliniques situées hors du territoire d'étude) résident dans le département de Rhône et 9 % dans un autre département de la région.

À l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, près de la moitié des patients vus sont domiciliés dans le Nord du Rhône, principalement à Villefranche-sur-Saône et Belleville. Une part non négligeable de patients réside dans le reste du Rhône et dans l'Ain (sans précision sur la commune de résidence).

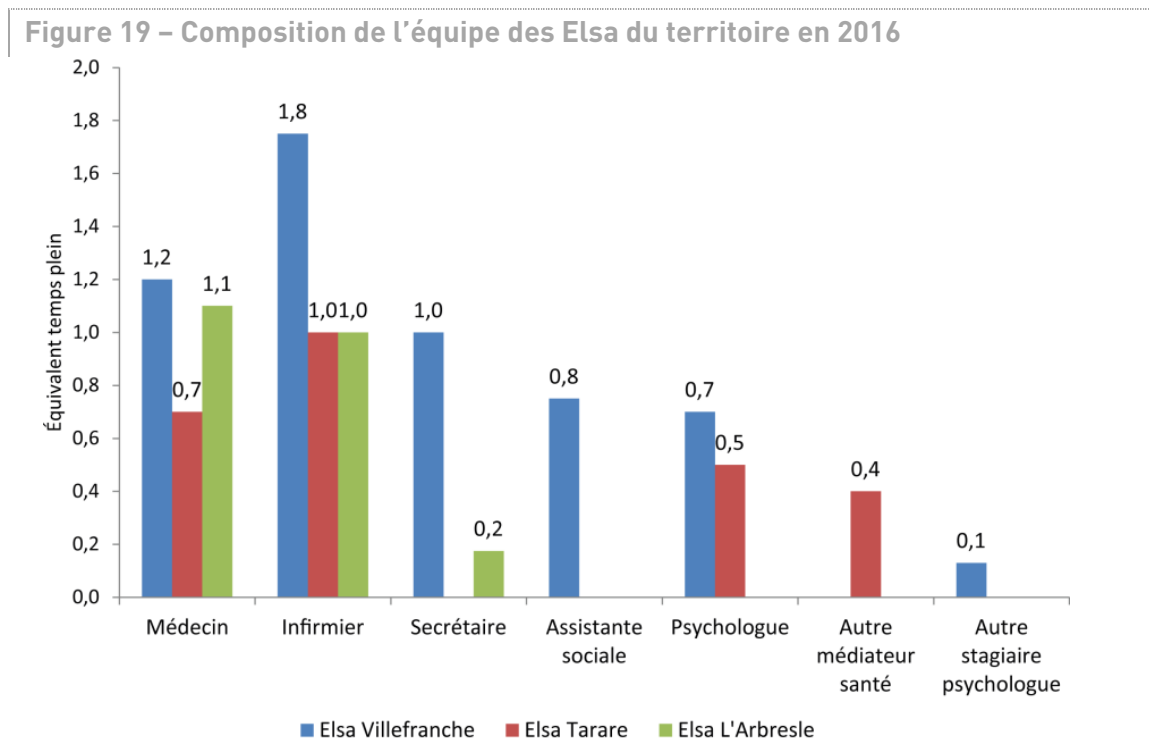
Carte 10 - Origine géographique des patients vus par l'Elsa de Villefranche-sur-Saône en 2016



Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'équipe des Elsa

En 2016, les 3 Elsa situés dans le Nord du Rhône comptent 10,4 équivalents temps plein (ETP) : l'Elsa de Villefranche en compte 5,5 et se compose de médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, secrétaires et stagiaires. L'Elsa de Tarare regroupe 2,6 ETP de médecins, infirmiers et secrétaires. Enfin l'Elsa de L'Arbresle compte 2,3 ETP de médecins, infirmiers et secrétaires.



Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'activité des Elsa

Les 3 Elsa du territoire interviennent dans tous les services de l'hôpital (21 à l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche et 5 à l'hôpital Nord-Ouest de Tarare). L'Elsa de L'Arbresle intervient également dans tous les services des établissements de soins, que ce soit à l'hôpital de L'Arbresle ou dans les cliniques citées précédemment.

À l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, les services les plus demandeurs d'interventions de l'Elsa sont les urgences (252 patients), la gastroentérologie (75 patients) ou d'autres services de médecine (99 patients), les lits d'addictologie (53 patients), la chirurgie orthopédique (27 patients), la chirurgie viscérale (15 patients) et la pneumologie (23 patients).

À l'Elsa de Tarare, les services les plus demandeurs sont, dans l'ordre, la médecine post urgence, la médecine polyvalente, les urgences, le soin de suite et de réadaptation (SSR) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

À l'Elsa de L'Arbresle, les services les plus demandeurs n'étaient pas renseignés.

L'activité des Elsa se compose de consultations externes ou de consultations internes (hospitalisation). Les informations disponibles étaient différentes entre les Elsa de Villefranche, de Tarare et de L'Arbresle.

Concernant les consultations hospitalières, quelle que soit l'Elsa, elles mobilisent principalement l'infirmier, puis le médecin. L'Elsa de Villefranche-sur-Saône a effectué 1 213 consultations hospitalières en 2016, dont 50 % par un infirmier et 43 % par un médecin. L'Elsa de Tarare a réalisé 662 consultations hospitalières individuelles en 2016 : 57 % concernaient un infirmier, 29 % un médecin et 11 % un psychologue. Dans cette dernière Elsa, 55 groupes de parole ont également été mis en place.

En 2016, l'Elsa de l'hôpital de L'Arbresle a rencontré 90 patients hospitalisés : 87 ont bénéficié d'une consultation infirmière et 3 d'une consultation médicale.

Tableau 12 – Les consultations hospitalières internes réalisées par les Elsa du territoire en 2016*

Professionnels ayant réalisé la consultation	Elsa Villefranche-sur-Saône (nombre d'actes)	Elsa Tarare (nombre d'actes)	Elsa L'Arbresle** (nombre de patients à l'hôpital de L'Arbresle)
Médecin	522	192	3
Infirmier	604	377	87
Psychologue	8	75	
Assistant de service social	79	18	

* L'Elsa de L'Arbresle a renseigné le nombre de patients ayant bénéficié de consultations hospitalières alors que les Elsa de Tarare et de Villefranche-sur-Saône ont renseigné un nombre d'actes.

** Les données concernent les consultations réalisées sur le site de l'hôpital de L'Arbresle et non celles effectuées dans les cliniques situées hors du territoire d'étude.

Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, les consultations externes individuelles réalisées par les Elsa du territoire d'étude concernaient principalement le médecin et l'infirmier, puis le psychologue. L'Elsa de Villefranche-sur-Saône a effectué 1 232 consultations externes en 2016, dont 44 % par un médecin, 29 % par un infirmier et 25 % par un psychologue. L'Elsa de Tarare a réalisé 1 555 consultations externes individuelles en 2016 : 34 % concernaient un infirmier, 31 % un médecin et 23 % un psychologue. Ces 2 Elsa ont également réalisé respectivement 660 et 213 séances de groupes de parole.

À l'Elsa de L'Arbresle, 174 patients ont été vus en consultation externe par l'Elsa à l'hôpital de L'Arbresle : 57 % ont bénéficié d'une consultation médicale et 43 % d'une consultation infirmière.

Tableau 13 – Les consultations externes réalisées par les Elsa du territoire en 2016

Professionnels ayant réalisé la consultation	Elsa Villefranche-sur-Saône (nombre d'actes)	Elsa Tarare (nombre d'actes)	Elsa L'Arbresle* (nombre de patients à l'hôpital de l'Arbresle)
Médecin	540	487	99
Infirmier	352	523	75
Psychologue	306	361	
Assistant de service social	34	184	

* L'Elsa de L'Arbresle a renseigné le nombre de patients ayant bénéficié de consultations externes alors que les Elsa de Tarare et de Villefranche-sur-Saône ont renseigné un nombre d'actes. De plus, les données concernent les consultations réalisées sur le site de l'hôpital de L'Arbresle et non celles effectuées dans les cliniques situées hors du territoire d'étude.

Source : Analyse des rapports d'activité des Elsa- Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Les sevrages

À l'Elsa de Villefranche, en 2016, les lits d'addictologie (2 lits de sevrage dans le service de gastroentérologie) ont accueilli 53 patients pour 56 séjours, avec une durée moyenne de séjour d'environ 8 jours. 70 % de ces séjours étaient pour sevrage d'alcool. Plus de 50 % des séjours avaient une dépendance au tabac en diagnostic associé. 35 patients ont bénéficié d'un sevrage tabagique initié et/ou suivi par l'Elsa au sein de l'établissement en 2016.

À l'Elsa de Tarare, 130 patients hospitalisés pour sevrage ont été vus par les membres de l'Elsa : 129 pour un sevrage alcool et 1 pour un sevrage d'autres opiacés. De plus, 155 sevrages tabagiques ont été initiés et/ou suivis par l'Elsa au sein de l'établissement en 2016.

Enfin, à l'Elsa de L'Arbresle, 32 % des patients ont bénéficié d'un sevrage tabagique initié et/ou suivi par l'équipe.

- Les formations dispensées et les partenariats

D'après la circulaire du 26 septembre 2008 (14), la sensibilisation et la formation des équipes de soins en addictologie font partie des missions des Elsa, tout comme l'éducation à la santé en addictologie à la fois en direction des patients, des personnels hospitaliers, mais également le travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins.

Dans ce cadre, les Elsa du territoire ont dispensé plusieurs formations au cours de l'année 2016. À l'Elsa de Villefranche-sur-Saône, 10 formations ont été dispensées par le psychologue (4), par les médecins (4) et par les infirmiers (2). Ces formations ont été dispensées auprès d'internes, notamment des urgences, auprès des étudiants infirmiers ou aux personnels du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-D'or.

L'Elsa de Tarare a dispensé 3 formations en 2016 : 1 a été dispensée par l'infirmier, 1 par le médecin et 1 par le médiateur social. Ces formations ont concerné 40 personnes. Elles étaient dispensées en formation initiale (6 heures), en formation continue au sein de

l'établissement (stagiaire psychologue 10 jours) ou en formation continue en dehors de l'établissement (stagiaire éducateur 3 mois).

Les membres des Elsa ont également bénéficié de formations en 2016 : 21 pour les membres de l'équipe de Villefranche-sur-Saône et 215 heures pour les membres de l'équipe de Tarare.

Les Elsa ont enfin développé des échanges et des partenariats avec différentes structures : à Villefranche-sur-Saône, 29 rencontres ont eu lieu en 2016, par exemple lors de la « 1^{ère} journée Elsa du Rhône », lors de la « 18^{ème} journée de rencontre et d'échanges des pratiques professionnelles d'addictologie de la région Rhône-Alpes-Auvergne : 20 ans de TSO, bilan et perspectives » ou lors de « rencontres addictologie ». À Tarare, 5 rencontres ont notamment été mises en avant en 2016, comme l'animation du « groupe addictologie » du comité local de santé mentale, la participation aux bilans de santé proposés par le CCAS de Tarare, la participation au groupe inter-alcool, la rencontre semestrielle avec les CMP adultes ou la participation aux portes ouvertes du CMS Les Bruyères.

Il est également signalé des échanges réguliers (téléphoniques ou courriers) avec les Csapa ou Elsa de proximité (relais patients), des échanges mensuels lors de réunion psychiatrie de liaison/Elsa et la participation à la Journée mondiale sans tabac le 31 mai 2016 en partenariat avec le réseau SPIRO (stand, test de monoxyde de carbone (CO), spirométrie, consultations motivationnelles pour le personnel et visiteurs fumeurs).

4.3.2. La consultation d'addictologie à l'hôpital de l'Arbresle

En plus de l'Elsa, l'hôpital de l'Arbresle dispose également d'une consultation hospitalière d'addictologie. La consultation hospitalière d'addictologie est un maillon de la filière hospitalière d'addictologie. Elle constitue l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Elle est une porte d'entrée importante d'accès aux soins pour les personnes ayant une conduite addictive (14). La consultation hospitalière d'addictologie prend en charge les patients en ambulatoire ou l'oriente vers une hospitalisation si cette dernière s'avère indispensable.

Très peu de données chiffrées sont disponibles sur l'activité de la consultation addictologique à l'hôpital de l'Arbresle. Il est seulement relevé qu'environ 1 600 consultations ont été réalisées par les médecins en 2016 et que le rôle de cette consultation a évolué au fil du temps, jouant à l'heure actuelle le rôle d'un Csapa en l'absence de structures sur le territoire.

4.3.3. Les hospitalisations pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle

Comme vu précédemment, l'hôpital de l'Arbresle est une structure de niveau 2, c'est-à-dire qu'il bénéficie de personnels formés à l'addictologie et propose des prises en charge spécialisées à des patients posant des problèmes particuliers (7). Cette structure offre donc

la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). L'analyse de l'activité des hospitalisations pour sevrage complexe est effectuée ici.

Le service de sevrage complexe en addictologie de l'hôpital de l'Arbresle comprend 11 lits, situés dans un service de médecine comprenant 25 lits.

- La file active

En 2016, 419 hospitalisations ont été enregistrées, avec une file active de 388 patients. En moyenne, 400 sevrages complexes sont réalisés par an. Des sevrages simples sont également possibles.

En termes de consommation, il est remarqué une polyconsommation importante. Les deux produits les plus fréquemment consommés sont le tabac et l'alcool. Le cannabis et les opiacés sont ensuite consommés dans un tiers des cas.

Sans prendre en compte le tabac, 43 % des patients consommaient uniquement de l'alcool. Les 57 % restants consommaient soit d'autres produits soit de l'alcool et d'autres produits.

En 2016, 32 hospitalisations concernaient des patients ayant une addiction comportementale, principalement une addiction aux jeux (21) ou un trouble du comportement alimentaire (7).

Tableau 14 - Hospitalisations pour sevrage complexe selon les produits consommés en 2016

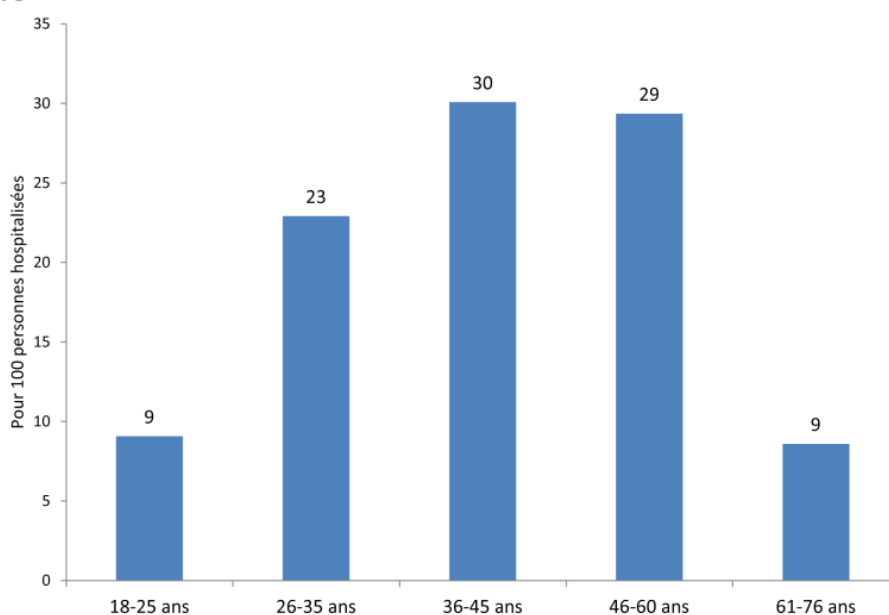
Type de produits consommés	Nombre de séjours	%*
Tabac	349	83
Alcool	284	68
Cannabis	135	32
Opiacés	133	32
Cocaïne	64	15
Benzodiazépine	39	9
Ecstasy	22	5
Autres	11	3

*Le total est supérieur à 100 car un patient consomme fréquemment plusieurs produits différents.

Source : Hôpital de l'Arbresle - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les patients hospitalisés pour un sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle sont pour trois quarts d'entre eux des hommes, majoritairement âgés de 26 à 60 ans et ayant pour la grande majorité d'entre eux un logement durable (95 %). 3 % ont un logement provisoire et 2 % sont sans domicile fixe. Plus de la moitié des patients vivent en famille ou avec les parents, près d'un tiers vivent seul et 14 % vivent avec leurs enfants en alternance.

Figure 20 – Répartition des patients hospitalisés pour sevrage complexe selon l'âge en 2016



Source : Hôpital de l'Arbresle - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant la situation professionnelle des personnes hospitalisées pour sevrage complexe, 45 % sont inactives. Parmi celles qui travaillent (40 %), les employés sont les plus représentés. Leur ressource vient principalement d'un salaire (40 % d'entre elles), puis du chômage (20 %), d'une allocation handicapée ou invalidité (15 %), du Revenu de solidarité active (RSA) (11 %) ou d'autres ressources (15 %).

Plus de la moitié des personnes hospitalisées pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle sont venues d'elles-mêmes ou ont été orientées vers le service par la famille ou des amis. Le médecin traitant est ensuite à l'origine de 13 % des hospitalisations, suivis des structures de type Csapa (8 %), des addictologues (6 %) et des psychiatres (4 %). Quelle que soit l'orientation initiale, plus des trois quarts des personnes ont été orientées vers le service par la consultation.

Il est constaté une comorbidité psychiatrique prépondérante chez les personnes hospitalisées pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle, avec près des deux tiers des prises en charge concernant des patients avec des troubles psychiatriques associés (62 %). Plus de la moitié des hospitalisations concernent des personnes ayant des troubles somatiques associés (53 %), dont 25 % sont des troubles neurologiques, 18 % des troubles digestifs ou hépatiques, 6 % des troubles ORL et 4 % d'autres troubles.

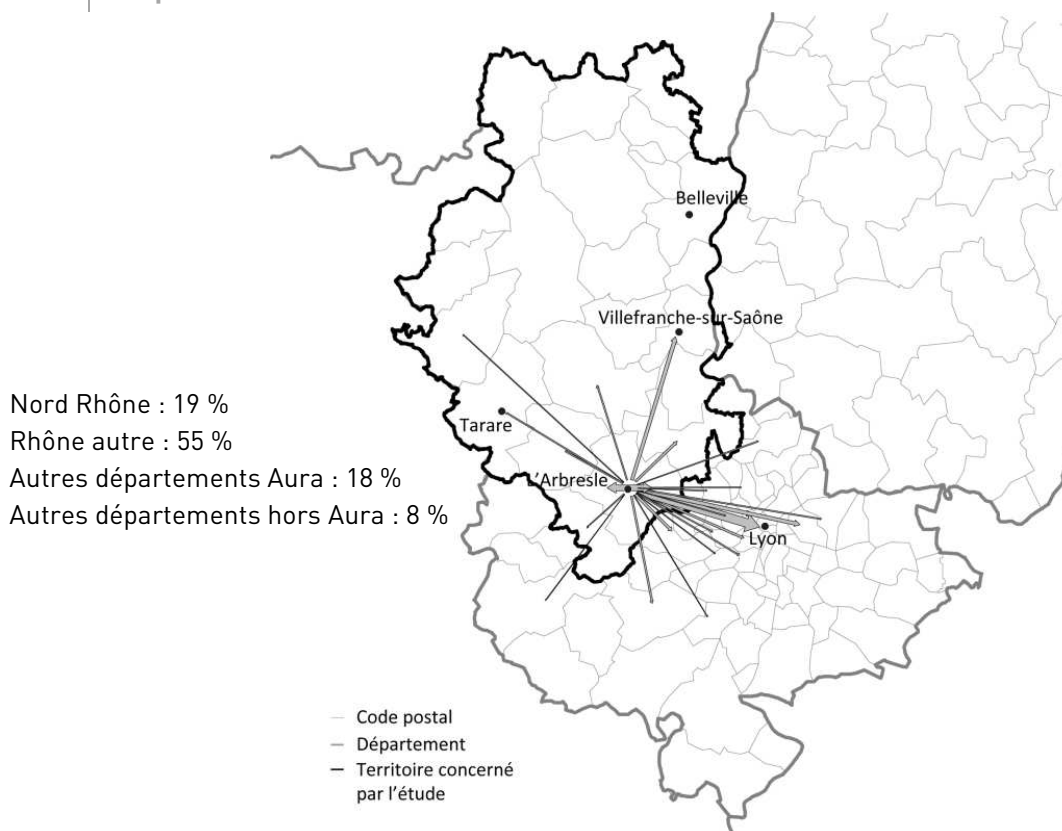
À leur sortie, les patients sont orientés principalement vers²⁸ leur domicile (65 %), en post-cure (29 %), vers un addictologue (20 %), vers leur médecin traitant (13 %), vers un Csapa (13 %) ou vers l'hôpital de jour (11 %).

²⁸ Les patients peuvent être orientés vers plusieurs lieux, par exemple être orientés vers le domicile mais également vers un médecin addictologue, le médecin traitant ou un Csapa.

- L'origine géographique des patients

Les patients hospitalisés pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle en 2016 résident principalement dans le département du Rhône : 19 % viennent du Nord du Rhône et plus de la moitié du reste du Rhône et notamment de la Métropole de Lyon.

Carte 11 - Origine géographique des patients hospitalisés pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle en 2016



Source : Hôpital de l'Arbresle Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.3.4. L'hôpital de jour à l'hôpital de l'Arbresle

L'hôpital de jour en addictologie, composante des structures d'addictologie de niveau 2 et 3 est une unité de soins spécifiquement addictologique. Il assure une prise en charge ambulatoire des patients ayant une dépendance et/ou des complications sévères nécessitant un cadre de soins adaptés à leurs besoins tout en maintenant un lien environnemental. En offrant un cadre thérapeutique, il permet d'éviter une hospitalisation à temps plein. Il préserve ainsi l'insertion sociale et familiale des patients [14].

L'hôpital de jour d'addictologie de l'Arbresle bénéficie d'un double portage par l'hôpital de l'Arbresle et par le centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. Il propose des prises en charge groupales et individuelles, par une équipe pluridisciplinaire, pour des patients adultes souffrant de dépendances durant une session de 3 mois, renouvelable une ou deux fois. Il accueille des personnes nécessitant un appui pour le maintien de l'abstinence, après

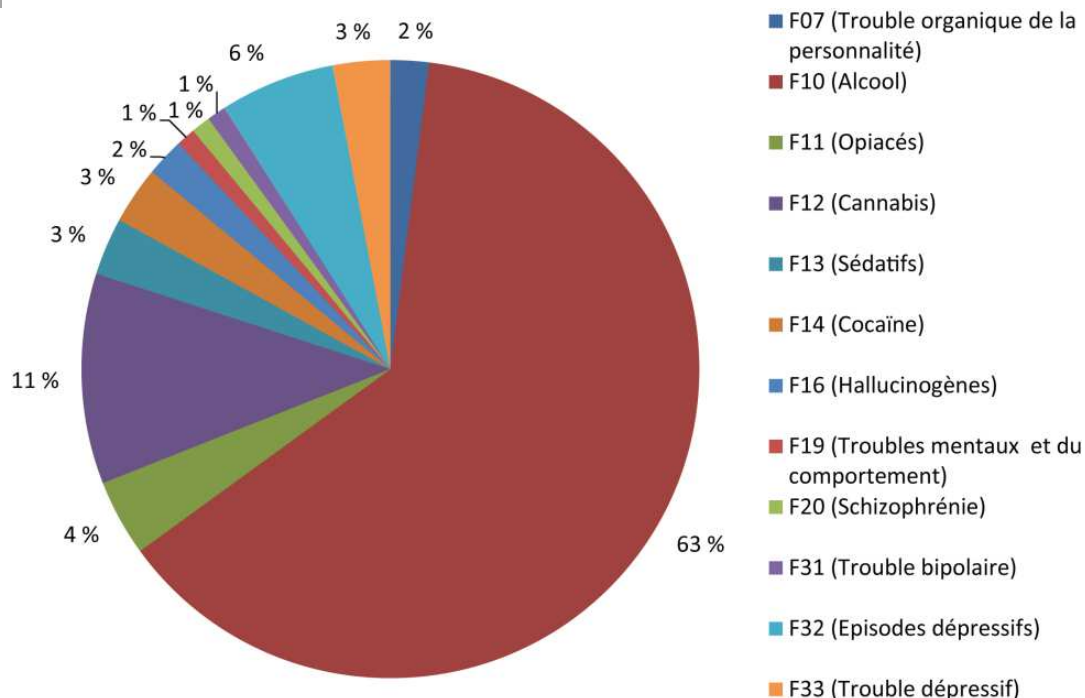
un sevrage en institution et/ou en post-cure. Une minorité des patients vient également pour une réduction de consommation. Il vient en complément d'une prise en charge ambulatoire spécialisée (addictologie, psychologie, psychiatrie). Sa mission principale est le maintien de l'abstinence et le soutien psychosocial. L'équipe assure l'accueil, l'organisation des soins et des bilans, l'animation d'activités thérapeutiques avec le concours d'intervenants extérieurs. Un soutien aux familles est également proposé.

Les modalités d'admission se font sur indication médicale (médecin traitant, psychiatre, addictologue, service de soins). Une consultation de pré admission réalisée par le médecin addictologue ou psychiatre avec une infirmière est proposée au patient, permettant, si l'indication d'admission est retenue, la proposition d'un programme de soins individualisé.

- La file active

En 2016, 81 patients ont été pris en charge à l'hôpital de jour de l'Arbresle et ont bénéficié de 127 séjours. Près de 62 % des patients ont bénéficié d'un seul séjour en 2016, 23 % de 2 séjours et 15 % de 3 séjours ou plus. La durée moyenne du séjour était de 53 jours. Ces patients ont principalement pour diagnostic principal ou associé des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, suivi des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.

Figure 21 – Répartition des patients pris en charge selon le diagnostic principal ou associé en 2016



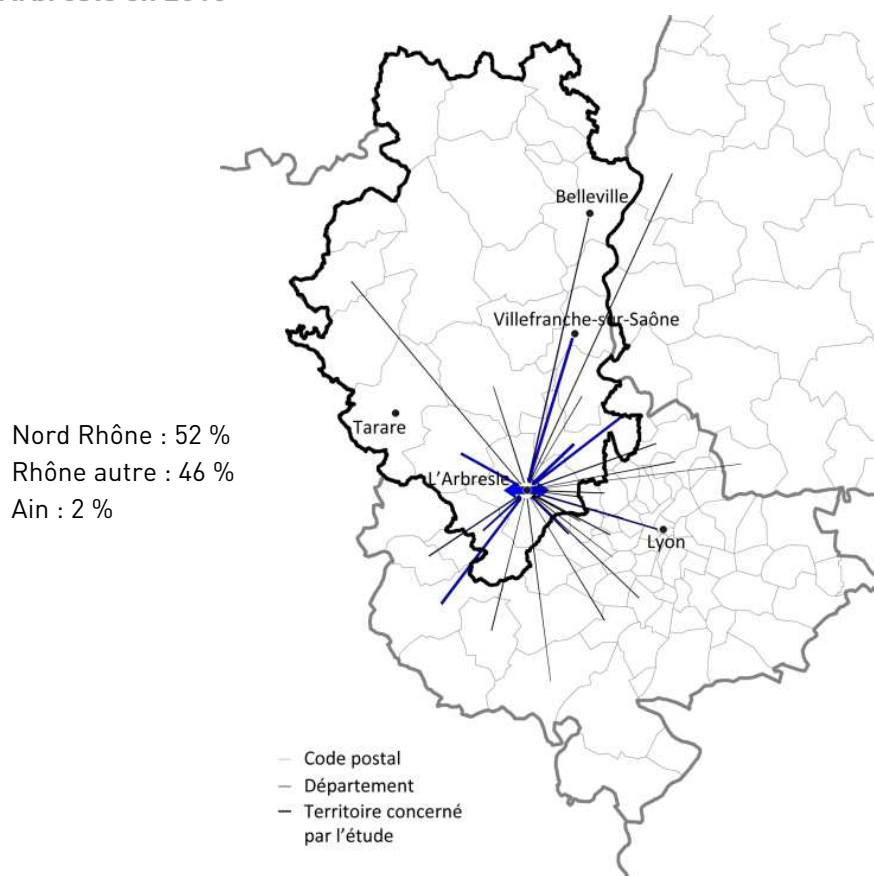
Source : Hôpital de l'Arbresle - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Parmi les personnes prises en charge, 60 % sont des hommes et 40 % sont des femmes. Ces personnes sont en moyenne âgées de 45 ans.

- L'origine géographique des patients

Les personnes prises en charge en 2016 à l'hôpital de jour de l'Arbresle résident principalement dans le Nord du Rhône et plus particulièrement dans des communes ayant comme code postal celui de l'Arbresle (23 %). Le reste des personnes prises en charge réside dans le reste du département.

Carte 12 - Origine géographique des patients pris en charge à l'hôpital de jour de l'Arbresle en 2016



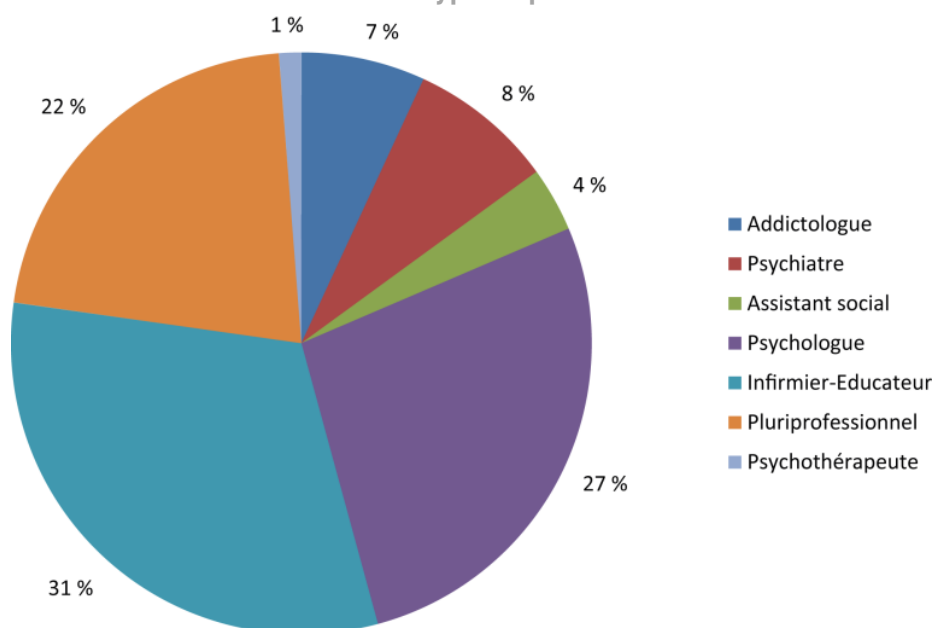
Source : Hôpital de l'Arbresle - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'activité de l'hôpital de jour

En 2016, 823 séances groupales ont été effectuées, réparties en 24 types, parmi lesquels le groupe IDE, la sophrologie, l'art thérapie, l'intérêt des associations, la prévention de la rechute...

En plus de ces séances groupales, les actes concernent ensuite majoritairement les infirmiers ou les éducateurs, le psychologue ou plusieurs professionnels.

Figure 22 – Nombre d'actes selon le type de professionnels en 2016



Source : Hôpital de l'Arbresle - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.3.5. La structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) prenant en charge les affections liées aux conduites addictives de Létra

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation (14). La prise en charge en SSR vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Les SSR assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale. Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, ils peuvent être plus particulièrement orientés vers la prise en charge des complications somatiques, des troubles psychologiques ou psychiatriques, des troubles neurologiques et cognitifs ainsi que vers la réadaptation sociale (14).

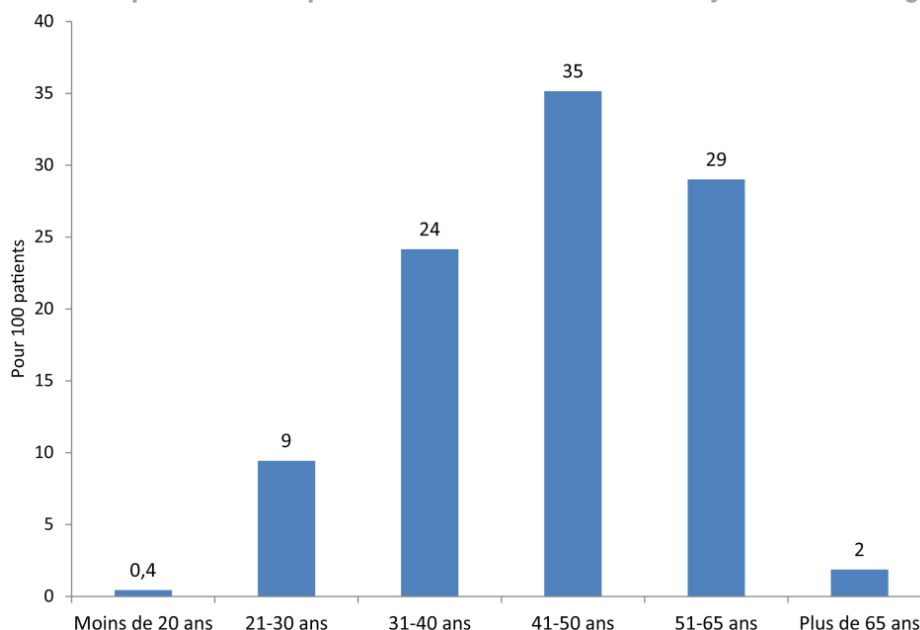
La clinique Les Bruyères située à Létra, propriété du groupe Korian, dispose de 87 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) tous types d'addictions et de 14 lits de sevrage simple à orientation alcool.

- La file active

En 2016, 700 patients sont entrés à la clinique les Bruyères. La grande majorité de ces patients consomment de l'alcool (71 %), 6 % consomment du cannabis et les autres patients consomment plusieurs produits (22 %).

Les patients sont en grande majorité des hommes (79 %) et près de 9 patients sur 10 sont âgés entre 31 et 65 ans. Très peu de prises en charge concernent les moins de 20 ans ou les plus de 65 ans.

Figure 23 – Répartition des patients suivis au SSR Les Bruyères selon l'âge en 2016

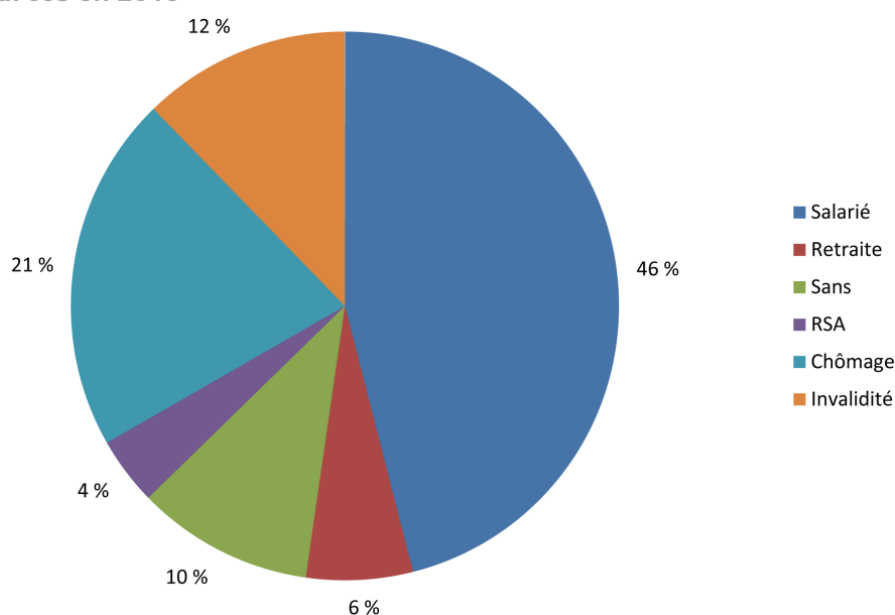


Source : Clinique Les Bruyères - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La grande majorité des patients pris en charge en 2016 ont leur propre logement (83 %). Près de 14 % sont ensuite hébergés, 2 % sont en foyer et 1 % sont sans domicile fixe. Près de la moitié sont salariés. Les autres patients sont plutôt au chômage, en invalidité ou sans revenu.

La majorité des patients ont une mutuelle (79 %), 20 % ont la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et 1 % n'ont pas de couverture sociale. 1 % des patients sont sous tutelle et 5 % sont sous curatelle.

Figure 24 – Répartition des patients suivis au SSR Les Bruyères selon l'origine des ressources en 2016



Source : Clinique Les Bruyères - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

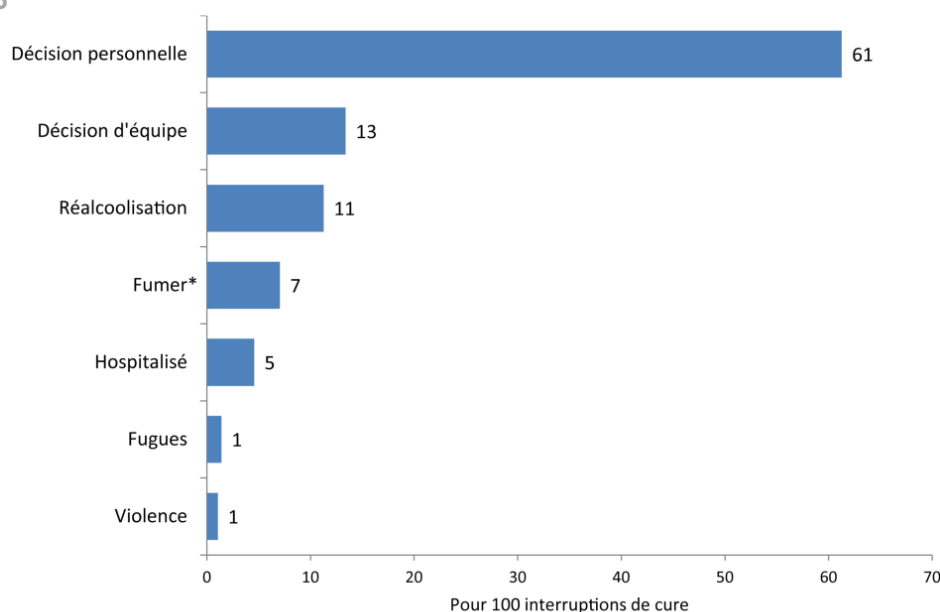
La quasi-totalité des personnes prises en charge au SSR de Létra résident en Rhône-Alpes (90 %). Aucune précision supplémentaire sur la commune de résidence n'était disponible.

Parmi les 700 patients entrés au SSR Les Bruyères en 2016, plus d'un quart étaient des rechutants : 10 % ont rechuté dans l'année, 4 % dans les 2 ans et 13 % dans les 3 ans.

La demande de prise en charge à la clinique Les Bruyères est majoritairement effectuée par le patient lui-même (74 %). Le médecin oriente ensuite 16 % des patients, suivis d'un hôpital (7 %), d'un Csapa (2 %) ou d'une Elsa (1 %).

Enfin, 41 % des patients ont interrompu leur cure en 2016 : dans la plupart des cas, il s'agissait d'une décision personnelle.

Figure 25 – Répartition des patients ayant interrompu leur cure selon le motif en 2016



* Consommation de cannabis au sein de la structure

Source : Clinique Les Bruyères - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.3.6. Le Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or

Le Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or est un établissement public de santé mentale. Il est rattaché juridiquement à la Métropole de Lyon. Les compétences territoriales de l'établissement couvrent tout le département du Rhône : Villefranche-sur-Saône, L'Arbresle, Tarare, Communauté de Communes de l'Ouest Rhodanien,... À ce titre, il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) avec les hôpitaux de Villefranche-sur-Saône et de Tarare, notamment en étant en responsabilité de la psychiatrie de liaison et d'urgence dans ces hôpitaux généraux : « l'Hôpital Nord Ouest ». Le dispositif ambulatoire (Centre médico-psychologique (CMP), Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de Jour) est très développé sur le Rhône hors Métropole, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or en assure l'entière responsabilité. La capacité de cet établissement est d'environ 350 lits et places.

- La file active dans le Nord du Rhône

En 2016, 799 patients ont été pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, que ce soit en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en ambulatoire (CMP). Parmi ceux-ci, 550, soit près de 70 %, font partie de notre territoire d'étude et résident dans le Nord du Rhône.

Les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool sont les troubles les plus fréquemment rencontrés parmi les patients résidant dans le territoire d'étude et pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or : ils sont 7 sur 10 à avoir pour diagnostic principal ou associé cette cause. Viennent ensuite les troubles liés à l'utilisation d'opiacés et de cannabis.

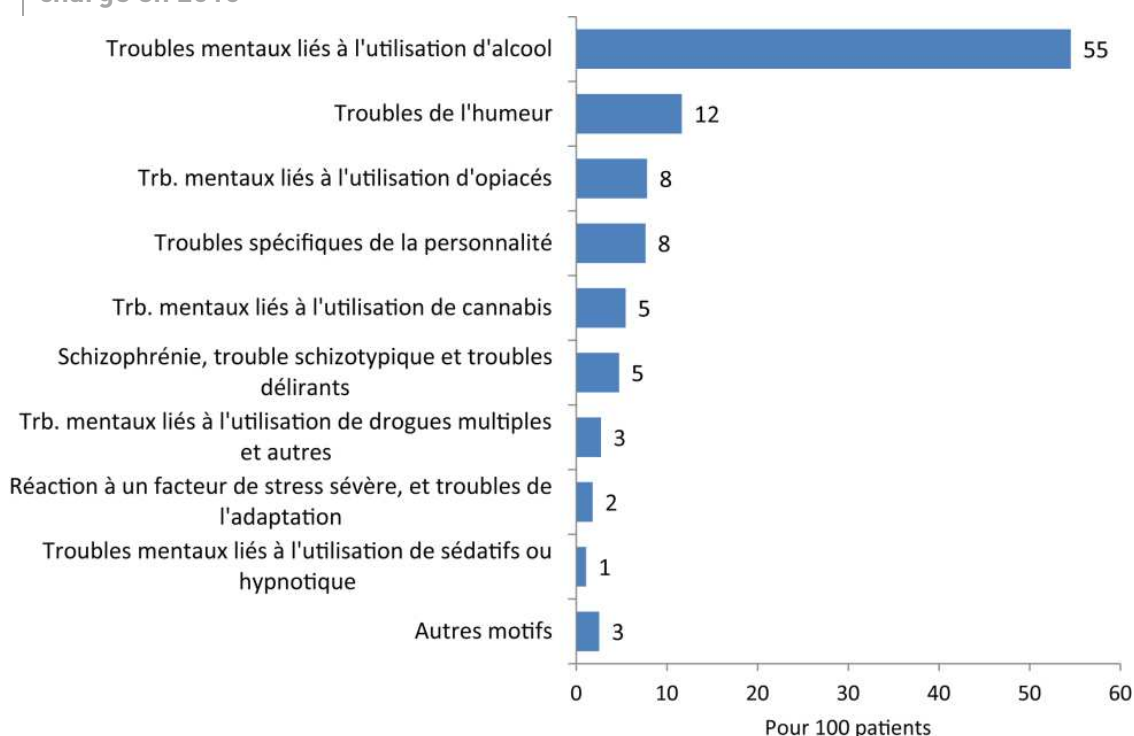
Tableau 15 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon le diagnostic principal ou associé en 2016

Diagnostic	Nombre de patients	%
Troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool	385	70
Troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacés	60	11
Troubles mentaux liés à l'utilisation de cannabis	49	9
Troubles mentaux liés à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psychoactives	29	5
Troubles mentaux liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques	17	3
Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres produits	10	2
Total	550	100

Source : DIM du CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Si l'on s'intéresse au motif principal de prise en charge, à savoir celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant les soins, les troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool arrivent encore en 1^{ère} position, avec 52 % des patients dans ce cas. Les patients sont ensuite pris en charge pour troubles de l'humeur, troubles spécifiques de la personnalité ou troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacés.

Figure 26 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon le motif principal de prise en charge en 2016



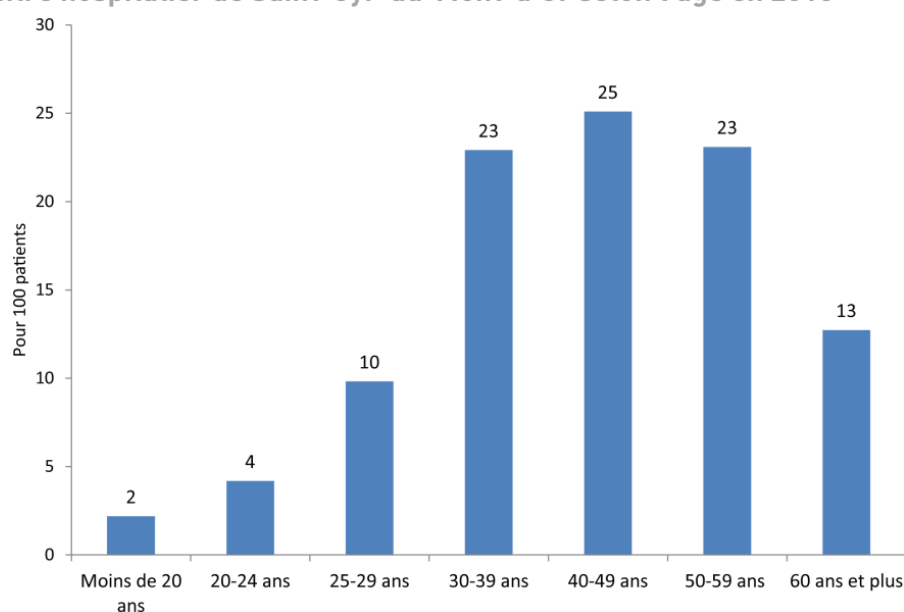
Source : DIM du CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, les patients résidant dans le territoire d'étude et pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or sont majoritairement des hommes (75 %), âgés entre 30 et 59 ans (71 %).

Les variables permettant de décrire la file active en termes de caractéristiques sociales sont assez mal renseignées. Concernant le type de logement, les patients ont majoritairement un logement stable (59 %), 11 % ont un logement précaire et 1 % sont sans abri. Cette variable n'était pas connue pour 28 % des patients. Pour 34 % des patients, le mode de vie n'était pas connu. Ensuite, un quart vivent seuls (24 %), 16 % vivent en couple, que ce soit avec (9 %) ou sans enfant (7 %), 11 % vivent en institution, 11 % chez les parents, la famille ou des proches et 4 % vivent seuls avec leurs enfants.

De même, l'activité professionnelle des patients est très mal renseignée : 71 % des patients domiciliés dans le Nord du Rhône n'avaient pas leur profession renseignée. Ceux pour lesquels cette information était connue sont inactifs (15 %) ou ont une activité professionnelle (11 %). 2 % sont ensuite élèves ou étudiants et 2 % sont retraités.

Figure 27 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon l'âge en 2016

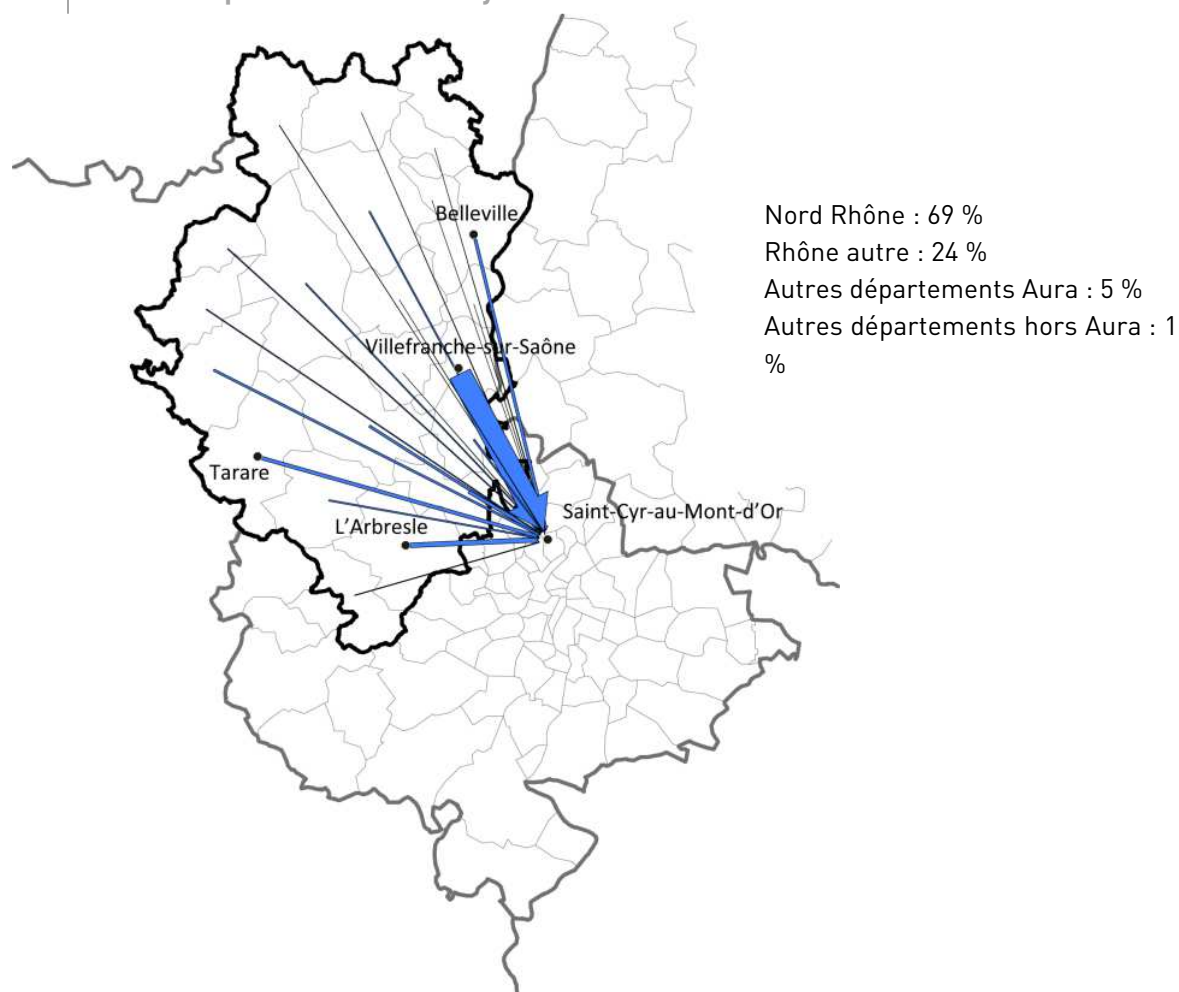


Source : DIM du CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'origine géographique des patients

Les personnes prises en charge pour addiction au Centre hospitalier de Saint-Cyr sont, dans plus de 30 % des cas, originaire du code postal de Villefranche-sur-Saône. Près de 70 % résident dans le territoire d'étude, à savoir le Nord du Rhône.

Carte 13 - Code postal de résidence des patients du territoire pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or en 2016



Source : DIM du CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- La prise en charge de la file active

En 2016, quasiment tous les patients résidant dans le Nord du Rhône et pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or l'ont été en ambulatoire en CMP (98 %). L'hospitalisation à temps complet est ensuite la plus fréquente, avec 39 % des prises en charge. L'hospitalisation de jour a concerné 20 % des patients et l'hospitalisation de nuit 1 %.

Cette première phase d'analyse quantitative a permis de décrire l'offre existante sur le territoire en termes de prise en charge des addictions ainsi que les consommateurs ayant recours à ces structures. Il est remarqué des profils d'individus différents selon les structures de prises en charge et plus encore selon les produits consommés.

5. Définitions et méthode

Le taux d'accroissement annuel moyen de la population entre les recensements de 2009 et de 2014 :
$$((\text{Population totale au RP 2014} / \text{Population totale au RP 2009}) - 1)^{(1/5)} * 100$$

L'indice de défavorisation sociale (FDep) : L'indice de défavorisation sociale, appelé FDep, a été développée dans le contexte français par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (Rey et al, 2009). Il est défini, à l'échelle communale, comme la première composante principale d'une analyse factorielle de quatre variables issues du recensement de la population et des déclarations fiscales datant de 2009 (FDep09) : le revenu fiscal médian par unité de consommation, la part des diplômés de niveau baccalauréat (au minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans et la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

L'enquête Escapad 2014 : Depuis 2000, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du Service National, les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté (ex JAPD, Journée d'Appel de Préparation à la Défense). Le questionnaire de cette Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (Escapad) porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, et notamment sur leurs consommations de produits psychoactifs. Huitième exercice de l'enquête menée au niveau national, le terrain d'Escapad a eu lieu du 17 au 21 mars 2014. L'enquête s'est déroulée dans tous les centres actifs sur la période en France (y compris ceux des DOM), permettant ainsi à 26 351 adolescents de nationalité française de répondre à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs consommations de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool et le cannabis). Les données sont pondérées afin de donner aux départements leur poids démographique réel tout en respectant le sexe ratio départemental. En 2014, l'échantillon national concerne 22 023 métropolitains âgés de 17 ans. L'échantillon de jeunes de 17 ans résidant en Rhône-Alpes atteint 2 150 individus, dont 1 099 garçons et 1 051 filles.

Le Baromètre santé 2010 : le Baromètre santé a été réalisé pour la première fois au début des années 1990 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Il est réalisé tous les cinq ans et aborde des thèmes variés liés à la santé (addictions, santé mentale, sexualité...). L'objectif de cette étude est de décrire les principaux comportements, attitudes et perceptions liés à l'état de santé de la population française. Répétées régulièrement, ces enquêtes déclaratives permettent de suivre les évolutions des comportements de santé et d'estimer l'impact des politiques de santé et de prévention mises en œuvre. Le Baromètre santé est réalisé suivant un sondage aléatoire à deux degrés : le ménage puis l'individu à interroger sont déterminés. Pour être éligible, la personne devait avoir entre 15 et 85 ans et parler français. En 2010, l'échantillon national

comprend 27 653 individus issus de l'ensemble de la France métropolitaine. Au sein de cet échantillon, 2 755 personnes résidaient en Rhône-Alpes.

Définitions des indicateurs analysés dans les enquêtes Escapad et Baromètre santé

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

Usage quotidien : au moins un usage par jour au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.

Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête.

Ivresse répétée : au moins 3 épisodes d'ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Alcoolisation ponctuelle importante répétée : au moins 3 épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (5 verres ou plus en une même occasion) au cours des trente derniers jours précédant l'enquête.

La mortalité : L'analyse de la mortalité a été réalisée à partir de l'analyse des certificats de décès de l'Inserm CépiDc.

La mortalité prématurée : décès survenus avant l'âge de 65 ans.

La mortalité due au tabagisme : La mortalité due au tabagisme est associée à trois causes principales : les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les cardiopathies ischémiques et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives. Les codes CIM 10 (10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies) utilisés en cause principale de décès pour caractériser la mortalité liée au tabac sont les suivants :

- cancers de la trachée, des bronches et du poumon : codes CIM10 = C33-C34 ;
- cardiopathies ischémiques : codes CIM10= I20-I25 ;
- bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives : codes CIM10= J40-J44, J47, J961.

La mortalité liée à la consommation d'alcool : La mortalité liée à la consommation d'alcool est associée à trois causes principales : les cirrhoses, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Les codes CIM 10 (10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies) utilisés en cause principale de décès pour caractériser la mortalité liée à l'alcool sont les suivants :

- cancers des voies aéro-digestives supérieures (tumeurs des lèvres, de la cavité buccale et pharynx, œsophage, larynx) : codes CIM10 = C00-C14, C15, C32 ;
- cirrhoses alcooliques : codes CIM10= K70, K746 ;
- Psychoses alcooliques : codes CIM10= F10.

Le taux brut de mortalité : rapport entre le nombre annuel moyen de décès observés sur la période 2008-2013 et la population au recensement de la population 2011 (milieu de la période)*100 000.

Le taux standardisé de mortalité prématurée : taux que l'on observerait dans le territoire si ce dernier avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population française au recensement de la population 2012). Les taux présentés sont standardisés sur

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2018

Analyse du parcours de santé des personnes en matière d'addictologie dans le nord du département du Rhône

la structure d'âge de la population de référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observées dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les tranches d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 0-4 ans, 5-9 ans,..., 60-64 ans.

Test de significativité : afin d'affirmer l'existence d'une différence significative entre les taux du territoire et la France métropolitaine, des tests de significativité ont été réalisés. Le test, qui consiste à comparer deux taux standardisés, est fondé sur la loi normale. Le résultat du test est donné par la probabilité « p » de se tromper en rejetant l'hypothèse d'absence de différence entre les taux. Plus cette probabilité est faible et plus l'hypothèse d'absence de différence est peu vraisemblable. Le seuil de significativité retenu pour cette étude est 5 %. La significativité prend en compte la taille des populations, ce qui explique que certains territoires peuvent avoir un test non significatif par rapport à la France métropolitaine alors que leurs taux sont plus élevés que ceux d'autres territoires qui enregistrent pourtant un test significatif.

Les hospitalisations : Les données d'hospitalisation analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2015 des services de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'objet du PMSI est de répertorier tous les actes médicaux de l'ensemble des établissements hospitaliers et leur coût afin de déterminer les profils des dépenses des établissements, d'établir leur budget et de surveiller les tarifs pratiqués.

Les hospitalisations pour pathologies liées à la consommation d'alcool : Nombre de patients hospitalisés avec un code CIM10 en diagnostic principal, associé ou relié pour :

- Éthylisme : F10.0, F10.1, F10.2, R78.0, Z50.2
- Troubles mentaux organiques et neuropathie : F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, G31.2, G40.5, G62.1, T51.0
- Maladies du foie : K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4
- Autres affections digestives, gastrites et pancréatites : K29.2, K86.0

Les hospitalisations pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci : Nombre de patients hospitalisés avec un code CIM10 : F11-F16, F18-F19, R781-R785, Z503 en diagnostic principal ou associé.

Le taux brut de recours à l'hospitalisation : rapport entre le nombre de patients hospitalisés en 2015 et la population au recensement de la population 2013 *100 000.

Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation : taux que l'on observerait dans le territoire si ce dernier avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population française au recensement de la population 2012). Les taux présentés sont standardisés sur la structure d'âge de la population de référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observées dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart

observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les tranches d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 0-4 ans, 5-9 ans,..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

Les Csapa :

Taux de prise en charge en Csapa de personnes ayant un problème avec l'alcool : nombre de personnes consommatrices actuellement vues au moins une fois (file active) dans un Csapa au cours de l'année pour 10 000 personnes âgées de 20 à 69 ans. La file active par produit est calculée à partir du nombre de patients répartis suivant le produit n°1 (produit consommé au cours des 30 derniers jours et posant le plus de problème).

Taux de prise en charge en Csapa de personnes ayant un problème avec le cannabis : nombre de personnes consommatrices actuellement vues au moins une fois (file active) dans un Csapa au cours de l'année pour 10 000 personnes âgées de 15 à 44 ans. La file active par produit est calculée à partir du nombre de patients répartis suivant le produit n°1 (produit consommé au cours des 30 derniers jours et posant le plus de problème).

Les traitements de substitution aux opiacés (10):

La méthadone, classée comme stupéfiant, a un cadre de prescription plus strict que celui de la buprénorphine haut dosage (BHD) (associée ou non à la naloxone). Cette dernière est inscrite sur la liste I²⁹ mais avec les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Cette différence est liée à la dangerosité moindre de la BHD (agoniste partiel des récepteurs opiacés) comparée à la méthadone (agoniste pur), l'effet plafond de la BHD limitant les effets dépressifs notamment cardio-respiratoires. Les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant en Csapa ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible, une fois le patient stabilisé. L'expérimentation de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville est prévue dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. La forme gélule de la méthadone, plus discrète (les flacons de sirop sont très volumineux) et ne contenant ni sucre, ni éthanol, n'est pas destinée à la mise en place d'un traitement ; elle peut être prescrite aux patients stabilisés, en relais de la forme sirop. La prescription initiale de la forme gélule est réservée aux médecins exerçant en Csapa ou dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux usagers de drogues. Pour la BHD, l'initiation d'un traitement peut être pratiquée par tout médecin. La durée maximale de prescription est de 14 jours pour la méthadone sirop, tandis qu'elle est de 28 jours pour la BHD et la méthadone gélule. Ces deux traitements doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée.

Le matériel de réduction des risques

Kits d'injection : Les kits d'injection Steribox2© ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2

²⁹ Les médicaments délivrés exclusivement sur ordonnance médicale sont inscrits sur la liste I, II ou sur celle des stupéfiants. Ces derniers, dont l'utilisation risque de créer une dépendance, sont prescrits sur ordonnance sécurisée. Les médicaments inscrits sur la liste I présentent des risques élevés et ceux inscrits sur la liste II sont considérés comme moins dangereux.

tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice.

Stericups® : Le Stéricup® est un kit de prévention stérile destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. La coupelle en aluminium médical sert à la préparation de la solution. Le capuchon vert adaptable évite aux injecteurs d'héroïne de se brûler les doigts lorsqu'ils chauffent le produit. La Stericup® contient un filtre en coton stérile et un tampon sec, efficace pour stopper le saignement après l'injection.

Sterifilts® : Sterifilt® est un filtre stérile à usage unique qui permet d'éliminer la quasi-totalité des impuretés d'une solution avant son injection.

Sterimix : Le Sterimix® associe une coupelle en aluminium médical et un Sterifilt®. Il associe aux avantages de la Stericup® la filtration du Sterifilt®.

Carnets "Roule ta paille" : Ce carnet, composé de feuilles blanches, non imprimées, permet aux usagers de drogues par inhalation d'avoir en permanence et en toutes circonstances du matériel propre et à usage unique.

Crème Hydramyl® : La crème Hydramyl® s'applique en massage, après l'injection, sur les zones concernées. Elle préserve l'élasticité de la peau. Elle s'utilise également sur les lèvres avant l'inhalation. Elle hydrate et prévient l'apparition de gerçures (saignements) qui, en souillant l'embout, peuvent être à l'origine de contamination de type VHC, VIH.

Kits base : Le Kit Base s'adresse spécifiquement aux consommateurs de crack par inhalation, population qui ne disposait pas de matériel spécialement conçu pour eux auparavant. Financé par les pouvoirs publics, il s'intègre dans la Politique de Réduction des Risques mise en place par l'État pour les usagers de drogues. Dans la pochette du Kit Base, en plus des messages de prévention, s'y trouve un tube en verre de 7 cm de long, 2 embouts en PVC médical, un filtre en inox et une dosette de crème de soins

Eau pour préparation injectable (PPI) : L'eau PPI est une eau stérile. Elle évite l'utilisation d'eau en bouteille, du robinet et autres, pouvant contenir des bactéries (risques infectieux).

Insus couleurs : seringue à insuline, de couleur. Les seringues Nevershare ont été spécialement développées pour les personnes qui injectent des drogues. Leurs cinq couleurs permettent d'éviter le partage accidentel. Le choix d'une couleur unique pour la seringue et la coupelle (Stericup®) réduit théoriquement le partage du matériel (risque de contamination VHC, VIH). Son aiguille plus fine, plus courte est également moins traumatisante pour les veines.

Lingettes chlorhexidine : La lingette imprégnée de chlorhexidine permet le nettoyage et la désinfection sans alcool d'une plaie. La solution de digluconate de chlorhexidine ne pique pas. Elle est inodore et incolore.

Le syndrome de dépendance ou de sevrage : Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (16), la 10^e révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes définit **le syndrome de dépendance** comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels

l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

L'OMS définit **le syndrome de sevrage** comme un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable. Ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Le syndrome peut s'accompagner de signes de désordre physiologique. Le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs d'un syndrome de dépendance. Il s'agit également de la caractéristique essentielle de la «dépendance», sous son acception psychopharmacologique plus limitée.

Données qualitatives

L'approche qualitative a pour but d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations, qui ont pu être mises à jour par ces données chiffrées. Elle permet également de faire émerger des problématiques de santé spécifiques à un territoire, issues de la configuration locale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population résidente.

Le recueil de données qualitatives est réalisé à partir de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire, professionnels et habitants, que nous avons rencontrés.

La phase qualitative de ce diagnostic de santé a été menée par **entretiens avec** :

- Les **personnes-ressources** intervenant sur le territoire d'étude qui ont été interviewées dans le cadre d'entretiens semi-directifs approfondis réalisés en face-à-face ou par téléphone de manière individuelle ou en groupe. Ces entretiens ont été d'une durée variant entre une et deux heures.
- Les **habitants** ont été rencontrés en entretiens collectifs d'une durée de deux heures environ chacun. L'anonymat a été garanti aux habitants qui ont accepté de participer à ce diagnostic.

Nous tenons ici à souligner **l'excellente implication et participation de toutes les personnes rencontrées dans ce diagnostic.**

Par ailleurs, des **observations de terrain** (déplacement dans différentes villes, utilisation des commerces, des transports en commun...) ont permis d'explorer plus avant le ressenti exprimé par les personnes interviewées qui vivent et/ou travaillent dans le territoire Rhône-Nord.

Les entretiens réalisés avec les personnes-ressources et les habitants se répartissent comme suit :

En ce qui concerne les personnes-ressources (au total 58 personnes interviewées) :

Dispositifs addictologie :

- Mme CLAITTE-MONTANTEM, assistante sociale, Mme FARGES, secrétaire, Dr VALLAS, médecin addictologue, Mme MAGNIN, chef de service, Csapa Jean Charles Sournia ANPAA et Mme ESCOFFIER directrice ANPAA 42-69
- Mmes ROCHY et DEVIDAL, assistantes sociales, Mme TETAZ, infirmière, Mme MARINE, stagiaire infirmière, Mrs CARRASCO et ANGEVIN, éducateurs spécialisés, Mme SECOND, psychologue, Mme EYRAUD, chef de service, Csapa Jonathan OPPELIA
- M. PERRONET, intervenant prévention santé, Mme LEROY et M. COSTES, infirmiers, Dr CANAT, médecin généraliste, M. MARTEL, chef de service Caarud Ruptures (association OPPELIA)
- Mme AUROUX, secrétaire, Mme SALOM, infirmière, Mme SOUVETON, psychologue, Dr VALLAS médecin addictologue, Dr CAMUS, psychiatre, Elsa Hôpital Nord-Ouest Villefranche-sur-Saône
- Dr BISMUTH, Elsa Hôpital Nord-Ouest Tarare
- Mme MANILLIER, secrétaire médicale, Mme GRIVEAU, assistante sociale, Dr ARNAUD- REVENEAU et Dr PEZET, médecins addictologues Elsa, Dr LACROIX-CORMIER, médecin addictologue Hôpital de jour, Mme CALLIES de SALIES, médecin, addictologue responsable du service, Service addictologie Centre Hospitalier de l'Arbresle
- Mme KAPFER, cadre de santé, Dr IMMEDIATO, médecin addictologue, Dr MONTY, médecin psychiatre, M. VOLLE, directeur, Clinique les Bruyères

Centre Médico Psychologique Adultes

- Dr JONNARD, psychiatre, CMP Adultes de Beaujeu

Médecins généralistes et pharmacies

- Dr LACHARME, Dr NOVAT, médecins généralistes en Maison de Santé Pluriprofessionnelle à Beaujeu
- Dr CHOMARRAT, médecin généraliste à Saint-Georges de Reneins
- M. RODRIGUEZ, Pharmacien à Villefranche-sur-Saône
- Mme CLASTRES, Pharmacienne à Saint-Jean d'Ardières

Service médical Maison d'Arrêt

- Dr MILLOT, responsable prise en charge somatique Unité sanitaire de niveau 1, Maison d'Arrêt de Villefranche-sur-Saône

Jeunes et adolescents

- Mme AULAS, éducatrice spécialisée, Mme ROUGERIE, coordinatrice, Maison des adolescents de Villefranche-sur-Saône
- Mmes ZAIÏRA, ZOPPIANO et PERRON, conseillère, Mme CHICKH, directrice, Mission Locale
- M. SALAH, M. PINOT, éducateurs spécialisés, Mme FOLIGUET, chef de service, association Sauvegarde 69
- Mme CURT, responsable de service unité milieu ouvert Villefranche-sur-Saône, Protection Judiciaire de la Jeunesse

Établissements scolaires

- Mme BONNET, infirmière scolaire Lycée François Mansart, Collège la Platière à Thizy-les-Bourgs et écoles primaires de secteur
- Mmes NDAJOU et CALLEY, infirmières scolaires, Lycée de Belleville-sur-Saône
- M. FIORINI et M. GUIGNARD, surveillants animateurs d'internat, Maison Familiale et Rurale des 4 Vallées, Lamure-sur-Azergues

Santé au travail)

- Dr Gonin, médecin du travail STVB
- Dr MARTIN, médecin du travail BTPST

Association de soutien

- Mme RAMA, présidente association Vivre sans Alcool

En ce qui concerne les habitants (3 groupes, soit 19 personnes rencontrées au total) :

- Usagers du Csapa JC Sournia (association ANPAA), 4 participants
- Usagers du Csapa Jonathan (association OPPELIA), 6 participants
- Élèves du Lycée Claude Bernard de Villefranche-sur-Saône, 9 participants

1. Le territoire Nord Rhône : éléments transversaux

1.1. Une zone rurale ponctuée de ville de taille moyenne à proximité de l'agglomération lyonnaise

Situé dans le nord du département du Rhône, au nord-ouest de l'agglomération lyonnaise, le territoire d'étude Rhône Nord a une population de 253 287 habitants. Zone semi-rurale ponctuée de villes de taille moyenne, Rhône Nord est sous l'influence de la métropole lyonnaise et connaît de ce fait une croissance démographique importante dans sa partie orientale (bonne accessibilité grâce à l'autoroute (A89) et train, notamment au sud).

Villefranche-sur-Saône est la ville-centre de ce territoire qui concentre les ressources en termes de services, de commerces, d'éducation et de santé (Hôpital Nord-Ouest site de Villefranche-sur-Saône à Gleizé³⁰, Polyclinique du Beaujolais à Arnas³¹, deux Csapa, médecins spécialistes).

Trois autres villes, Tarare (10 814 habitants³²), Belleville-sur-Saône (8 244 habitants) et l'Arbresle (6 299 habitants), sont également des points de centralité qui offrent aux habitants des ressources de proximité et notamment des services de santé (Hôpital Nord Ouest site de Tarare, centre Hospitalier de l'Arbresle) et d'éducation (lycées). Au nord-ouest du territoire d'étude, éloigné de l'agglomération lyonnaise et limitrophe de la Loire, le canton de Thizy-les-Bourgs est une zone rurale de moyenne montagne, éloignée de ces villes. La commune de Thizy-les-Bourgs (6 265 habitants) réunit cependant certaines ressources de proximité et notamment un lycée.

1.2. Population : un profil socioéconomique hétérogène et des publics en précarité repérés

Le sud-est du territoire limitrophe de l'agglomération lyonnaise, correspond aux communautés de communes du Pays de l'Arbresle et Beaujolais Pierre Dorées est globalement favorisé, de même que la communauté d'agglomération Villefranche-Beaujolais-Saône (hormis la ville de Villefranche-sur-Saône moins favorisée).

Dans la Communauté de commune Saône Beaujolais, les indicateurs socio-économiques montrent une population composée en majorité de catégories socioprofessionnelles moyennes, mais la ville de Belleville-sur-Saône et le nord ouest de la Communauté de communes (correspondant à l'ex CC du Haut Beaujolais, zone rurale) sont caractérisés par une population moins favorisée.

La Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien se caractérise par des indicateurs socio-économiques moins favorables, notamment à Tarare et dans la zone rurale du nord-ouest autour de Thizy-les-Bourgs.

³⁰ Situé dans la première couronne de Villefranche-sur Saône.

³¹ Situé dans la première couronne de Villefranche-sur-Saône.

³² Insee, recensement de la population 2014.

Des poches de précarité sont repérées notamment à Tarare, Villefranche-sur-Saône, à Belleville-sur-Saône et Thizy-les-Bourgs mais également en zone rurale, en particulier dans le nord ouest du territoire, correspondant au canton de Thizy-les-Bourgs.

Enfin précisons qu'une part des habitants précaires sont récemment arrivés dans le territoire, attirés par le prix modéré de l'immobilier et la relative proximité du bassin d'emploi de l'agglomération lyonnaise et ils manquent souvent, de ce fait, d'un réseau soutenant, en proximité.

1.3. Des contraintes de déplacement, l'enjeu de la mobilité pour accéder aux ressources de santé

Le territoire Rhône Nord est concerné par les problématiques de déplacement propres aux territoires ruraux et semi-ruraux et la mobilité est difficile dans un espace peu desservi par les transports en commun.

Au-delà des lignes SNCF qui desservent Villefranche-sur-Saône, Belleville-sur-Saône, L'Arbresle, Tarare (et Amplepuis), les cars du département permettent de se déplacer à coût modéré (4 euros pour un trajet aller-retour jusqu'à Lyon, un coût réduit par rapport au train). Cependant l'ensemble du territoire n'est pas relié et la suppression de certaines lignes ou la baisse de leur fréquence allonge et complique les déplacements.

Par ailleurs, concernant la liaison en transport en commun entre les principales villes, il convient de signaler que la liaison entre Villefranche-sur-Saône et Tarare n'est pas aisée (trajet long, plus d'une heure et fréquence faible) et de même pour le trajet entre Thizy-les-Bourgs et Tarare (car du Rhône ligne 116, 47 minutes de trajet, 3 cars par jour). De ce fait, les ressources de Roanne sont plus facilement accessibles pour les habitants de Thizy-les-Bourgs (car du département ligne 240), 40 minutes) et de Tarare (en train, 35 minutes en moyenne) que celles de Villefranche-sur Saône.

À l'inverse, la liaison entre l'Arbresle et Tarare est aisée (en train), de même que celle entre Belleville-sur-Saône et Villefranche-sur-Saône (en train et car du Département).

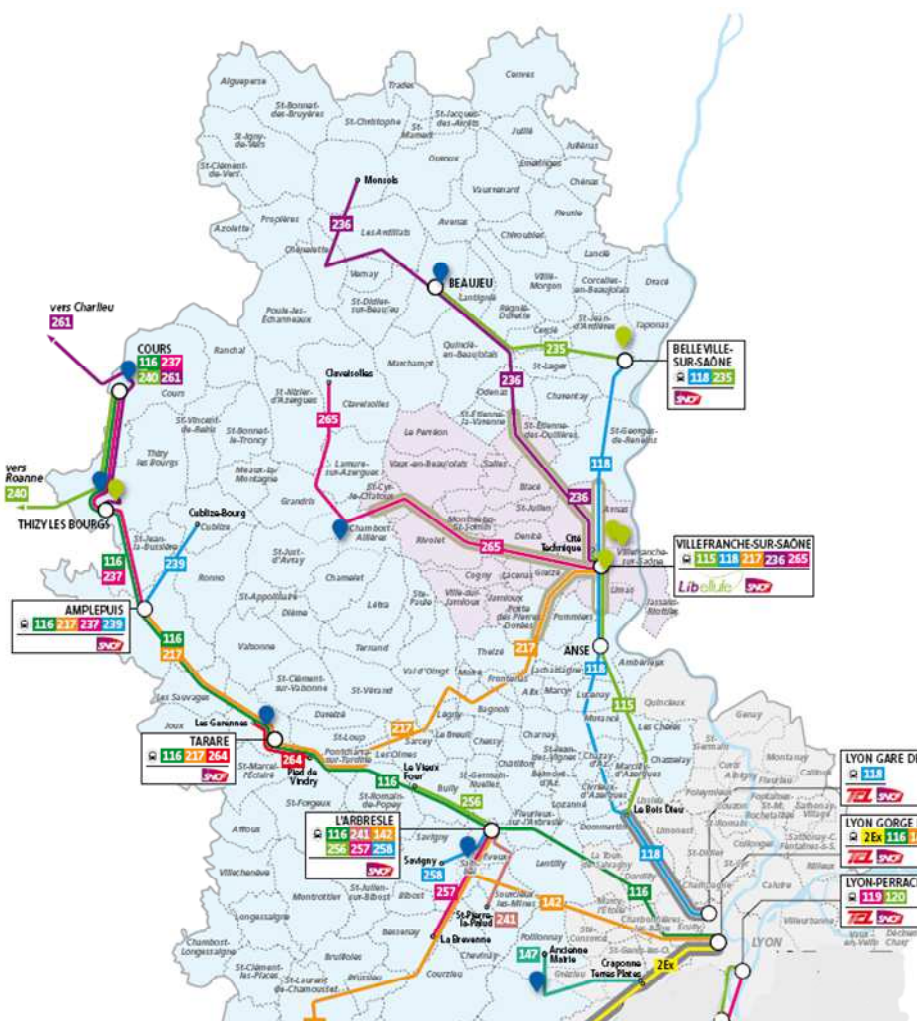
La présence d'habitants en situation de précarité, peu mobiles (public non véhiculé/ ou limitant ses déplacements en raison de leur coût) en zone rurale pose ainsi la question de l'accès aux ressources du territoire, notamment de santé.

Carte du réseau SNCF



Carte consultable sur le site internet : http://cdn.ter.sncf.com/medias/PDF/auvergne_rhone_alpes/Carte%20TER%20Auvergne-Rh%C3%B4ne-Alpes_tcm72-106101_tcm72-105152.pdf

Carte du réseau de cars du département du Rhône desservant le territoire d'étude



1.4. La viticulture et les fêtes traditionnelles, un contexte spécifique aux consommations de substances psychoactives

La viticulture, activité majeure du Beaujolais, a un poids important dans l'économie de Rhône Nord et reste prépondérante dans l'agriculture du territoire. Cette activité est en lien avec une sociabilité marquée par les fêtes traditionnelles, en particulier autour de la fête des conscrits à Villefranche-sur-Saône et des fêtes des classes dans les autres communes du territoire. Héritées des fêtes qui se sont développées partout en France au 19^{ème} siècle, autour du départ au service militaire des jeunes hommes (20 ans), ces fêtes traditionnelles, sont de véritables institutions. Elles constituent un rite de passage à l'âge adulte pour certains jeunes et sont un ciment fort d'appartenance à la communauté, notamment pour les habitants originaires du « Pays Beaujolais ». Ces fêtes font ainsi l'objet d'une intense préparation par des associations de classes/conscrits tout au long de l'année.

La fête des conscrits à Villefranche-sur-Saône³³ est un événement d'ampleur qui a pour ambition d'être classé au patrimoine culturel immatériel par l'UNESCO. L'enjeu économique (en termes de tourisme et de commerce) est majeur pour la ville qui prend une part active à l'organisation de la fête aux côtés des associations de conscrits.

Traditionnellement, ces fêtes impliquent des consommations de vin. La préparation de l'événement tout au long de l'année est également l'occasion de consommations d'alcool selon les acteurs locaux interviewés. Néanmoins, une charte³⁴ définit les règles de la fête des conscrits afin d'éviter les débordements et maintenir le sens de la fête.

Au-delà des fêtes des conscrits et de classe, de nombreuses occasions festives rythment et animent le territoire. Organisées par des associations (comités des fêtes dans les communes rurales), en lien avec des collectivités locales (comme la fête de la bière à Tarare), ces rassemblements sont également l'occasion de consommations importantes d'alcool majoritairement et autres substances psychoactives (cannabis).

Ces fêtes s'inscrivent dans un environnement où la culture du vin est constitutive de l'identité d'une partie de la population du territoire. Ainsi les confréries bachiques « sont des assemblées de professionnels et d'amateurs de vin, ayant pour objet la promotion des vins du Beaujolais mais également la valorisation du patrimoine et de la culture Beaujolaise. Les confréries du Beaujolais partagent toutes le même Amour du Beaujolais et de tout ce qu'il représente, du fruit de ses vignes à la beauté de ses paysages et de son patrimoine ».

³³ Plus d'informations sur la fête des conscrits : site internet consulté le 17/11/2017 :

<http://www.villefranche.net/index.php/capitale-du-beaujolais/un-peu-dhistoire/48-la-tradition-conscrits.html>

³⁴ « Tout serait-il donc permis ? Tout, dans la limite de la tolérance, du respect des autres et dans l'esprit qui est décrit ci-dessus. Ainsi, les débordements seront évités. Cette Fête, c'est "la Fête des 20 ans" avant tout et certains, par leur comportement, ne doivent pas la gâcher ! Chaque conscrit est responsable de ses actes, et un comportement négatif peut nuire à sa classe et à l'ensemble du monde conscrit caladois. Le conscrit n'est détenteur que pour UN AN de la fête ». Extrait de la charte des conscrits, site internet consulté le 17/11/2017 : http://interclasseen6.com/wp-content/uploads/2014/04/Charte_consc_2009.pdf

Les entretiens avec les acteurs du territoire, semblent indiquer que ce contexte de culture du vin et de fêtes traditionnelles peut générer une certaine tolérance par rapport à certaines pratiques à risques en matière d'alcool, en particulier les ivresses, et rendent plus difficiles les actions de prévention.

Enfin, il convient de rappeler, comme le confirment les données quantitatives, que toutes sortes de consommations de produits psychoactifs sont repérés sur le territoire et tous types de produits illicites sont disponibles. En effet, les zones rurales ne sont pas exemptes de consommateurs de produits illicites.

2. Les Jeunes (12-25 ans)

2.1. Les ressources spécifiques aux jeunes

La contrainte des déplacements est centrale pour les adolescents et les jeunes du territoire Rhône Nord, à l'image des constats effectués dans les territoires ruraux et semi-ruraux. En effet, peu autonomes dans leurs déplacements et rarement véhiculés, les jeunes (qui ne résident pas à Villefranche-sur-Saône) rencontrent des difficultés pour accéder aux ressources de socialisation, d'insertion professionnelle et de santé qui sont situées au mieux dans les centres secondaires mais surtout à Villefranche-sur-Saône.

2.1.1. Les ressources de santé, en lien avec les consommations de substances psychoactives, les addictions

Dans les collèges et lycées (Villefranche-sur-Saône, Tarare, L'Arbresle, Belleville-sur-Saône, Thizy-les-Bourgs) du territoire, les équipes médico-scolaires sont chargées du suivi de la santé des élèves au travers notamment de dépistage infirmier (6^{ème}) et de visites médicales auprès des élèves de lycée professionnel et technique (avis médical d'aptitude pour être affecté à des travaux réglementés, par exemple manipuler des machines dangereuses). Dans le cadre des visites médicales, la question des consommations de substances psychoactives est systématiquement abordée.

Les infirmières scolaires sont également une ressource pour les élèves ayant un besoin d'écoute et une ressource d'information et d'orientation vers des dispositifs spécifiques si besoin (dont dispositifs addiction). Enfin, celles-ci, aux côtés de l'équipe éducative (dans le cadre des Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté - CESC), et avec leurs partenaires mènent des actions collectives de prévention auprès des groupes classes sur des thèmes divers dont les consommations de substances psychoactives et les addictions.

Il n'existe pas d'équipe médico-sociale dans les Centres de Formation des Apprentis (CFA) et dans les Maisons familiales et Rurales (MFR) du territoire, cependant les élèves des MFR bénéficient d'une visite médicale (s'ils manipulent des machines dangereuses) et les apprentis bénéficient d'une visite à la médecine du travail.

Dans le domaine de la santé mentale, les adolescents et les jeunes ont la possibilité d'être suivi dans les Centres Médico Psychologiques (CMP) infanto-juvéniles du territoire, qui sont rattachés au Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr. Des CMP infanto-juvéniles sont implantés dans l'ensemble du territoire (sauf dans la zone de Monsols), à Gleizé, Belleville-sur-Saône, Tarare, Grandris, Thizy-les-Bourgs, L'Arbresle, Anse et le Val d'Oingt.

Pour les adolescents spécifiquement, on repère le CMP adolescents de Tarare et la permanence adolescents de Belleville-sur-Saône. La Permanence Adolescents (assurée par l'équipe du Centre Hospitalier Spécialisé) est hebdomadaire (2 heures en fin de journée). Elle permet d'établir un premier contact avec le jeune et de réaliser une évaluation de la situation (sur un ou deux rendez-vous). Ensuite, une prise en charge de plus longue durée peut-être proposée, si besoin. Cette ressource saluée par les partenaires semble très utilisée par les jeunes.

Des possibilités de prise en charge en libéral existent également en Rhône-Nord mais elles sont peu accessibles en raison du faible nombre de psychiatres et pédopsychiatres présents dans le territoire (12 psychiatres dont 9 à Villefranche-sur-Saône) et du coût élevé des consultations (la moitié des psychiatres exercent en secteur 2 c'est-à-dire avec dépassement d'honoraire et les consultations auprès d'un psychologue ne sont pas remboursées).

La Maison des Adolescents de Villefranche-sur-Saône, située en centre-ville, est portée par le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Saint-Cyr. Il s'agit d'un lieu polyvalent où la santé est considérée dans sa dimension physique, psychique, sociale et éducative. Elle offre aux adolescents un accueil gratuit et travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs en lien avec les adolescents. Les adolescents (sans nécessité d'accord parental pour les mineurs), mais également leurs parents, peuvent y trouver une écoute, des informations, être accompagnés et orientés en fonction de leur demande. Les modalités d'accompagnement sont diverses : individuelles (possibilité d'entretien avec un psychologue, pédiatre, psychiatre, éducateur, infirmier, conseillère en Économie Sociale Familiale ... et consultations spécifiques addictions) et groupales.

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), gratuites, anonymes et confidentielles (pas de nécessité d'accord parental pour les mineurs) sont dédiées aux jeunes âgés de 12 à 25 ans concernés par un usage problématique de cannabis, tabac, alcool, ou autre produit et/ou par une conduite addictive sans substance. Les CJC s'adressent également à l'entourage des jeunes : parents, amis, professionnels peuvent accompagner le jeune ou venir seuls. Ces dispositifs, situés à l'interface du soin et de la prévention, sont des lieux d'information, d'écoute, d'évaluation, d'aide à la régulation et/ou l'arrêt de consommations. À Villefranche-sur-Saône, la CJC est portée par le Csapa Jonathan et assurée par un éducateur spécialisé et un psychologue de cette équipe. Elle se déroule à la Maison des Adolescents les lundis, mercredis et vendredis, sur rendez-vous. Des interventions collectives de prévention des addictions sont également réalisées en partenariat avec les acteurs en lien avec les jeunes (Éducation Nationale notamment).

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier de l'Arbresle propose également des consultations dédiées aux jeunes. Ces consultations qui relèvent du soin (à la différence de la CJC localisée à la Maison des Adolescents de Villefranche) s'adressent aux jeunes de 12 à 25 ans concernés par une addiction. Ces consultations semblent insuffisamment repérées par les jeunes en questionnement sur leur consommation, qui s'adressent plus facilement à des lieux neutres (image de l'hôpital : crainte d'une stigmatisation et d'une dramatisation du problème). En fonction des besoins, des hospitalisations à temps complet ou partiel peuvent être proposées aux jeunes majeurs : sevrage (hospitalisation complète) et hôpital de jour. Dans ce domaine, le service souligne le manque de possibilités d'hospitalisation pour des jeunes mineurs dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans les territoires voisins, on repère également les ressources des villes de Roanne (Maison des Adolescents et Consultations Jeunes Consommateurs du Csapa Rimbaud), de Macon (Maison des Adolescents et Consultations Jeunes Consommateurs) et de Lyon (toutes ressources), mais qui restent peu accessibles aux jeunes, majoritairement non véhiculés.

2.1.2. Les ressources d'accompagnement social et insertion

Les Missions locales accompagnent les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire dans leur parcours d'insertion. Les chargés d'insertion sont attentifs aux questions de santé et d'accès aux droits en santé et peuvent être amenés à travailler cette question avec les jeunes et à les orienter vers les professionnels indiqués. Par ailleurs, des actions collectives de prévention santé sur des thématiques diverses, dont les addictions, sont organisées en collaboration avec divers partenaires. Les Missions locales sont implantées dans l'ensemble du territoire. La Mission Locale de Villefranche-sur-Saône Beaujolais est présente à Villefranche-sur-Saône, Belleville-sur-Saône (et assure des permanences dans les communes de Chazay, Anse, Beaujeu, Bois d'Oingt, Lamure-sur-Azergues, Monsols). La Mission locale Nord Ouest Rhône basée à Tarare a des antennes dans les communes de l'Arbresle, Amplepuis, Thizy-les-Bourgs.

Présents uniquement dans les principales villes du territoire, les éducateurs de prévention dépendent de l'association Sauvegarde 69 à Villefranche-sur-Saône et du Département du Rhône à l'Arbresle, Tarare et Belleville-sur-Saône. Les éducateurs de prévention, bien repérés par les jeunes et les professionnels du territoire, constituent une ressource précieuse pour les jeunes en difficulté, notamment en matière d'écoute auprès des jeunes en mal-être et d'accompagnement dans les démarches de soins. Ils s'impliquent également dans le montage d'actions collectives de prévention sur divers thèmes dont les addictions.

2.2. Profils de jeunes et modes de consommation problématiques

Les entretiens réalisés auprès des acteurs du territoire permettent de repérer trois profils de jeunes en termes de consommations problématiques de produits psychoactifs.

En amont, deux points d'attention méritent d'être soulignés :

- la consommation de tabac³⁵ courante et banalisée des jeunes du territoire. En effet, produit à faible pouvoir psychoactif, la consommation de tabac est toujours banalisée. Bien qu'il s'agisse du premier produit consommé quotidiennement par les jeunes, le tabac est souvent considéré par ceux-ci comme un problème secondaire³⁶. La question a de même peu été abordée spontanément par les professionnels du territoire, alors même que le tabagisme à l'adolescence peut-être associé au développement ultérieur d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.), et que ce produit est impliqué dans l'apparition de multiples pathologies, dont les pathologies respiratoires³⁷ ;
- la situation des jeunes bénéficiant de mesures de protection et de placement, des jeunes particulièrement fragiles, qui connaissent des ruptures dans leur parcours de

³⁵ Le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence. Dans le Rhône, on enregistre 35% de fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans (contre 33% en Rhône-Alpes). Source enquête ESCAPAD 2014.

³⁶ Fédération addiction et RESPADD : « Jeunes et tabac : Prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt » http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2017/01/Manuel_WEB.pdf

³⁷ Inserm, Tabac : comprendre la dépendance pour agir , Expertise Collective, 2004.

vie mais également des changements de statuts et de lieu de résidence qui peuvent être relativement fréquents.

2.2.1. Les consommateurs ponctuels

Ces jeunes sont concernés par des expérimentations, des consommations ponctuelles et récréatives de produits psychoactifs, notamment lors d'occasions festives.

L'alcool et le cannabis sont les deux premiers produits consommés par les jeunes. La consommation d'alcool, parfois importante (et dans certains cas des alcoolisations ponctuelles importantes) et la consommation de cannabis sont repérés chez les adolescents à partir de 14, 15 ans (en général à partir du niveau 3^{ème} au collège) dans tous les milieux sociaux et dans l'ensemble du territoire (zones rurales et urbaines).

La consommation de cocaïne ou de produits de synthèse (champignons hallucinogènes, MDMA...), moins fréquente, concerne des jeunes plus âgés, plutôt à partir 18 ans issus de milieux plutôt favorisés, résidant en zone rurale et urbaine, selon les personnes interviewées.

Les acteurs du territoire en lien avec les jeunes soulignent les conséquences délétères des consommations excessives de produits psychoactifs, même occasionnelles : principalement des prises de risque en matière de sexualité (rapports non protégés), des accidents de la route (dans un territoire où l'on circule principalement en automobile) et des comas éthyliques.

2.2.2. Consommateurs dépendants

Il s'agit principalement de consommations quotidiennes de cannabis chez des jeunes en majorité à partir de 16 ans, 17 ans, de tous milieux sociaux. Selon les professionnels, il s'agit fréquemment de jeunes fragiles (précarité de la famille, fragilité psychologique, conflit parental, rupture familiale) mais également de jeunes connaissant une problématique de mal-être adolescent et parfois de pression scolaire qui recherchent l'effet apaisant du produit (diminuer l'anxiété et la souffrance psychique et favoriser l'endormissement).

Les professionnels constatent la banalisation du produit et la méconnaissance des risques pour la santé, ce que confirme l'entretien mené auprès d'un groupe de lycéens. En effet, interrogés à ce sujet ils ont uniquement cité le risque d'interpellation par la police et les possibles conséquences judiciaires.

Les professionnels en lien avec les jeunes constatent quant à eux les conséquences en termes d'insertion des jeunes avec le risque de déscolarisation et les difficultés d'insertion professionnelle.

Quelques cas, relativement rares, de jeunes consommateurs dépendants à l'alcool sont également identifiés dans le territoire, il s'agit selon les professionnels rencontrés de jeunes très fragiles, plutôt en milieu rural.

2.2.3. Les polyconsommateurs réguliers

Des jeunes en errance, très précarisés et polyconsommateurs (alcool, produits illicites, médicaments détournés de leur usage) sont repérés dans le territoire à Villefranche-sur-Saône et Tarare. Il s'agit de jeunes ayant des conditions de logement très précaires (squat), en rupture familiale et en fort risque de désinsertion.

2.3. Parcours de santé : accès à la prévention, aux soins et continuité des prises en charge

2.3.1. La prévention

En matière de prévention, plusieurs problématiques sont soulevées :

- Une faible visibilité et lisibilité des ressources présentes : les réponses possibles dans le territoire concernant la santé des jeunes et les addictions sont difficiles à identifier pour les jeunes et les parents

Les professionnels interviewés constatent que l'information concernant les addictions, la santé des jeunes et les possibilités de prise en charge dans le territoire sont difficiles à trouver pour les jeunes et leurs parents, et ce, malgré les informations orales données dans les établissements scolaires et les plaquettes mises à disposition. Par ailleurs, sur les sites internet des collectivités locales, peu d'informations grand public concernant la santé des jeunes et en particulier les addictions sont disponibles et il n'existe pas de site internet dédié à ces thématiques spécifique au territoire. Par ailleurs, en raison de questions de référencement des sites internet, il n'est pas aisé d'identifier rapidement et de manière simple les structures ressources du territoire.

- Des actions collectives de prévention diversifiées sont menées dans les établissements scolaires et Missions Locales mais pas de couverture systématique des publics

Dans certaines écoles primaires et collèges du territoire, des actions autour du renforcement des compétences psychosociales sont menées par les équipes éducatives. Ces actions ont pour objectif de renforcer des compétences transversales comme l'estime de soi, les compétences relationnelles, la résistance à la pression du groupe et visent notamment la prévention des comportements à risques en santé, dont la consommation de substances psychoactives.

Des actions de prévention autour des addictions sont mises en place dans un grand nombre de collèges et lycées en lien avec les équipes médico-sociales (en particulier les infirmières scolaires), les équipes éducatives et des partenaires. Il s'agit principalement de séances collectives à destination de « groupe classe » et parfois de conférences à destination des parents. Ces actions sont réalisées avec des partenaires très divers : Brigade de Prévention de la Délinquance juvénile (BDJP), le Csapa Jean-Charles Sournia (ANPAA), le Csapa Jonathan (ARIA-OPPELIA), les éducateurs de prévention du territoire (Conseil Départemental notamment), Le Centre Jean Bergeret (LYADE ARHM) et l'antenne du Csapa

Rimbaud de Roanne (uniquement dans le lycée de Thizy-les-Bourgs pour notre territoire d'étude).

Ce type d'action est également mené dans certaines MFR, établissement de placement éducatif (EPE) par les deux Csapa du territoire ;

Des actions de prévention sont aussi réalisées dans les Missions locales du territoire en lien avec le Csapa Jonathan, l'ADES du Rhône et le CDHS de Villefranche-sur-Saône. Il s'agit d'actions collectives avec une dizaine de jeunes (petits déjeuners santé) mobilisés par la Mission locale et animées par le référent santé de la Mission locale et un partenaire extérieur. Il convient de signaler que la mobilisation des jeunes pour ce type d'action n'est pas toujours aisée car il s'agit d'un groupe non captif ;

Concernant ces actions de prévention, il convient de préciser qu'il n'est pas possible de connaître l'ensemble des actions déployées et d'évaluer ces actions (quantitativement et qualitativement) car celles-ci ne sont pas systématiquement répertoriées. Par ailleurs, ces actions ne touchent pas systématiquement l'ensemble des jeunes, parce qu'elles ne sont pas renouvelées annuellement ou parce qu'elles ne touchent qu'un nombre limité de jeunes (un niveau de classe uniquement par exemple). Enfin, précisons que ces actions de prévention sont très diverses dans leurs approches et très rarement évaluées ; Ainsi certaines actions visent au renforcement des compétences psychosociales, quand d'autres permettent des échanges entre jeunes et adultes autour des pratiques de consommation. Enfin, certaines consistent essentiellement en informations sur des risques liées à la consommation de produits psychoactifs et le rappel à la loi, alors même que les évaluations montrent que la transmission d'information n'est pas suffisante pour réduire les consommations de produits psychoactifs.

Différentes limites au développement d'actions de prévention des addictions ont été pointées par les acteurs du territoire :

- Les infirmières scolaires de l'Éducation Nationale, souvent à l'origine des actions de prévention dans les établissements scolaires, interviennent dans un nombre important d'établissements (secteur d'intervention vaste) et manquent de temps pour les mettre en place. Par ailleurs, rappelons que les centres de formations (Maisons Familiales Rurales ou les Centres de Formation des Apprentis) n'ont pas d'infirmière dans leur équipe, ce qui constitue également un frein au développement d'actions ;
- Le financement limité des actions de prévention : les moyens des collèges et lycées ou des Missions Locales sont très contraints pour financer l'intervention d'intervenants spécialisés. Certaines actions peuvent bénéficier ponctuellement d'un financement par une collectivité locale, parfois par une association de parents d'élèves ou dans le cadre d'une réponse à un appel à projet MIDECA mais la recherche de financements complémentaires est chronophage ;
- Les limites des partenaires en termes d'effectifs : les Csapa du territoire, la BDJP ne peuvent couvrir l'ensemble des établissements scolaires du territoire en raison des effectifs de jeunes et des distances à parcourir.

À l'inverse, plusieurs leviers au développement d'actions de prévention sont identifiés :

- La formation des personnels scolaires et des professionnels en lien avec les jeunes à l'animation d'actions de prévention des conduites à risque qui permet de démultiplier les

actions et de les renouveler plus régulièrement au sein des établissements. En effet, les professionnels formés mettent en place, de manière quasi-autonome, des actions auprès des jeunes (les structures spécialisées n'intervenant qu'en appui technique). C'est par exemple le cas au collège Claude Bernard de Villefranche-sur-Saône, où les personnels scolaires ont été formés par le Centre Jean Bergeret. C'est également le cas à Belleville-sur-Saône où les infirmières du lycée Aiguerande, les professionnels du Bureau Information Jeunesse et les éducateurs de prévention (du département) ont été formés par le Csapa Jonathan (dans le cadre du Conseil Local de Sécurité Prévention de la Délinquance).

- Les projets interpartenariaux et pluriannuels mis en place à l'échelle de certaines villes. À Villefranche-sur-Saône, par exemple, un projet expérimental de 3 ans porté par le collège Faubert, financé par la MILDECA, qui a pour objectif de réduire la consommation de produits illicites des jeunes. Celui-ci doit permettre de concevoir et réaliser un programme de prévention des consommations de substances psychoactives dans l'ensemble des collèges et lycées publics de la ville, en lien avec l'ensemble des partenaires concernés (établissements scolaires, CLSPD³⁸, police municipale, CJC³⁹, Centre Jean Bergeret, éducateurs de prévention...). Au moment de l'étude, ce projet était en cours de construction avec l'ensemble des parties prenantes.

- Événements festifs : des organisateurs peu sensibilisés à la prévention

Les organisateurs d'événements festifs, tels que les membres des associations de type comités des fêtes dans les communes rurales, les présidents d'associations de classe ou de conscrits, tout comme les gérants d'établissements de nuit (deux discothèques à Villefranche-sur-Saône, une à Quincié en Beaujolais, une à Tarare) et organisateurs de festivals de musique sont, selon les entretiens, peu sensibilisés aux messages de prévention.

Des améliorations sont néanmoins perçues concernant l'alcool au volant (notamment lors des fêtes des classes et conscrits où un conducteur sobre est désigné).

Concernant la vente de boissons alcoolisées lors des événements festifs, les messages de prévention et de modération trouvent parfois peu d'écho auprès de la majorité des organisateurs des associations type comité des fêtes, d'autant que la vente d'alcool est une source de recettes importantes pour ces petites associations. Ce sujet est quelque fois source de tension, voire conflit, au sein des associations entre une minorité qui souhaite mettre en place des actions de prévention (par exemple pas de vente d'alcool à une personne ivre, arrêt de la vente d'alcool après un horaire défini) et une majorité d'organisateur peu sensible voire opposée à ce type d'action.

Au bilan, des événements structurants du territoire, tels que les fêtes des conscrits, les fêtes des classes ne sont pas investies pour faire avancer la prévention. La sensibilisation des organisateurs constitue ainsi un enjeu fort en termes de prévention ; D'autant qu'une part des parents est soucieuse d'éviter les ivresses chez leurs jeunes durant les fêtes des classes et conscrits et conseillent des bonnes pratiques pour limiter la quantité d'alcool

³⁸ Conseil Local de Sécurité et Prévention de la Délinquance

³⁹ Consultation Jeunes Consommateurs

consommée (comme garder à la main son verre plein ou offrir un cocktail alcoolisé en début de soirée puis un cocktail sans alcool).

L'équipe mobile du Caarud Ruptures intervient dans certains festivals de musique électronique du territoire, mais ici, comme ailleurs, les organisateurs sont parfois réticents et soucieux de l'image du festival (ne pas donner une image d'un lieu de consommation de drogues) et les actions de réduction des risques ne sont pas toujours les bienvenues.

2.3.2. Accès aux soins et continuité des prises en charge

Les entretiens menés auprès des professionnels et du groupe de lycéens permettent d'identifier les leviers et les freins à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge pour les adolescents et les jeunes du territoire concernés par une consommation problématique de substances psychoactives.

- Éléments facilitants l'accès aux soins et la continuité des prises en charge

Les éléments favorisant l'accès et la continuité des prises en charges en addictologie pour les adolescents et les jeunes dans le territoire sont les suivants :

- L'adhésion et l'étayage des parents : le rôle des parents est complexe mais l'adhésion et l'étayage des parents dans la démarche de soin en addictologie sont des facteurs clés pour l'accès et la continuité des prises en charge chez les jeunes ;
- Une part des professionnels exerçant auprès des jeunes sont formés à l'accompagnement des jeunes ayant une problématique d'addiction (professionnels du secteur socio-éducatif, insertion, infirmières scolaires). Dans ce domaine, les formations interpartenariales organisées dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Villefranche-sur-Saône ou du Conseil Local de Santé Mentale « Rhône-Ouest » (couvre les cantons de Tarare, Thizy-les-Bourgs et l'Arbresle) ou encore les formations à l'entretien motivationnel réalisées par le Csapa Jonathan et Csapa JC Sournia pour les personnels scolaires⁴⁰ sont saluées car elles permettent un meilleur repérage des jeunes ayant une consommation problématique et facilitent les orientations et la prise de relais vers des dispositifs spécialisés.
- Des possibilités d'accompagnement physique aux soins par les éducateurs spécialisés pour certains jeunes en difficulté, résidant dans les villes. Ces accompagnements favorisent la prise de contact avec une structure spécialisée comme la Maison des Adolescents de Villefranche-sur-Saône et notamment la Consultation Jeunes Consommateurs ;
- Des ressources de santé gratuites et sans nécessité d'accord parental pour les mineurs pour les jeunes à Villefranche-sur-Saône: la Maison des Adolescents sans rendez-vous et la Consultation Jeunes Consommateurs sur rendez-vous ;
- Une ressource d'écoute à Belleville-sur-Saône: la Permanence Adolescents hebdomadaire (assurée par l'équipe adolescents du CHS de Sain-Cyr au Mont d'Or). Les professionnels peuvent recevoir en première intention des jeunes ayant une

⁴⁰ Formation mises en place par l'Agence Régionale de la Santé en partenariat avec l'Académie de Lyon et les Csapa du territoire

problématique de consommation ou d'addiction et orienter si besoin vers une prise en charge spécifique.

Enfin, les acteurs signalent que les orientations sur décision de justice (sanction pénale), comme les stages de sensibilisation à l'usage de stupéfiants (alternative à une peine) ou les obligations de soins posent des difficultés en termes d'adhésion aux soins mais peuvent constituer, pour certains, une opportunité de prise en charge.

- Éléments défavorables à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge

À l'inverse, divers freins et obstacles à l'accès et à la continuité des prises en charge pour les adolescents et les jeunes sont repérées :

- La banalisation de la consommation de cannabis, normalise les consommations problématiques et entraîne un non accès à une prise en charge. La majorité des demandes de soins n'interviennent que tardivement, à l'âge de 20, 25 ans;
- Des espaces fumeurs ont été mis en place dans la cour de certains lycées, en opposition avec la loi EVIN (relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme). En effet, suite à la mise en place du plan vigipirate dans le territoire national, certains proviseurs ont mis en place des espaces fumeurs dans l'enceinte de l'établissement afin d'éviter que les fumeurs ne soient regroupés devant l'établissement, constituant une cible potentielle. Ces espaces existent dans certains lycées, malgré leur interdiction, dans une logique de « protection des élèves », mais constituent, de fait, une incitation à fumer pour les lycéens. En effet, dans ces espaces réservés aux fumeurs, la tentation de fumer (ou de fumer à nouveau pour celui qui avait décidé de stopper) est grande pour un jeune désireux d'être avec ses amis (la tentation serait moindre devant les établissements, un espace plus mixte car constitué de fumeurs et non-fumeurs) ;
- Une moindre capacité de soutien et d'accompagnement vers une prise en charge de la part des parents en situation de fragilité. Les professionnels constatent de nombreux échecs (ruptures, rechutes plus fréquentes) lorsque les parents ne sont pas activement impliqués dans la prise en charge de leur jeune ;
- Une absence ou une présence très faible des éducateurs spécialisés en zone rurale : ces acteurs constituent pour les jeunes une ressource de conscientisation du problème de consommation et de relais vers les structures spécialisées ;
- Peu de médecins généralistes sont sensibilisés et formés pour repérer et ouvrir le dialogue avec des jeunes en matière de consommation de produits psychoactifs. Par ailleurs, un nombre très limité d'entre eux participent aux temps de rencontre et d'information organisés par les Csapa du territoire.
- Des difficultés d'accès géographique à la Maison des Adolescents et à la CJC, à l'exception des jeunes qui résident à Villefranche.
- Un manque d'information des jeunes concernant les possibilités de prise en charge, comme évoqué précédemment (Cf. 2.3.1. Prévention). L'entretien réalisé auprès d'un groupe de lycéen confirme qu'internet est le premier canal d'information des jeunes, même si les informations orales sont appréciées. Un seul jeune du groupe de lycéens de Villefranche-sur-Saône interrogé, connaissait l'existence de la Maison des Adolescents et celui-ci avait une idée très imprécise des missions et services rendus par la structures

alors même que les personnels scolaires ont le sentiment de diffuser largement et régulièrement de l'information.

Enfin, les professionnels soulignent un point de vigilance concernant les jeunes bénéficiant de mesures de protection ou de placement, qui connaissent des ruptures dans leur parcours de vie mais également des changements de statuts et de lieu de résidence qui peuvent être fréquents et qui sont un obstacle à la continuité des prises charge.

3. Les adultes

3.1. Les ressources de santé et d'accompagnement

3.1.1. Les ressources de santé

L'investissement des médecins généralistes dans le champ de l'addictologie dépend du niveau de sensibilisation, de formation, de connaissances des ressources spécialisées du territoire de chaque médecin dans le domaine, et de sa motivation à investir cette thématique. En principe et en fonction des besoins repérés, ils peuvent évaluer la consommation de substances psychoactives, dispenser des conseils, motiver à l'arrêt ou à la baisse des consommations et orienter si besoin vers une prise en charge en addictologie.

Les dispositifs en addictologie du territoire⁴¹ sont les suivantes :

- Structures médico-sociales : deux Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (Csapa) à Villefranche-sur-Saône, situés dans les mêmes locaux, l'un spécialisé produits illicites (Csapa Jonathan association OPPELIA), l'autre spécialisé alcool (Csapa Jean-Charles Sournia association ANPAA), une permanence du Csapa Jean-Charles Sournia une jour par semaine à Beaujeu (assurée par un travailleur social et un psychologue, pas de médecin addictologie au moment de l'étude) et une équipe mobile du Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (Caarud Ruptures de Lyon association OPPELIA).
- Structures hospitalières : trois Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (Elsa) à L'Hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône, l'Hôpital Nord-Ouest de Tarare et au Centre Hospitalier de l'Arbresle et la clinique Les Bruyères (soins de suite et de réadaptation et sevrages) à Létra.

À proximité du territoire, on repère également, pour les habitants des communes limitrophes, les ressources des villes de Roanne (antenne du Csapa Rimbaud, Elsa et Csapa du Centre Hospitalier de Roanne), de Macon (Csapa ANPAA et service addiction du Centre Hospitalier de Macon) et de Lyon (toutes ressources).

Dans le domaine de la santé mentale, les habitants ont la possibilité d'être suivis dans les Centre Médico Psychologiques adultes qui dépendent du CHS de Saint-Cyr, implantés dans l'ensemble du territoire, sauf à Monsols et à Belleville-sur-Saône (lieux d'implantation : Anse, Beaujeu, Gleizé, Grandris, le Val d'Oingt, Tarare et Thizy-les-Bourgs).

Les habitants peuvent également être suivis en libéral, mais cette possibilité reste peu accessible, en particulier pour les habitants en précarité en raison du manque de psychiatres dans le territoire (difficile mobilité de ces publics) et du coût des consultations en libéral (pour rappel 6 des 12 psychiatres du territoire exercent en secteur 2 et les consultations auprès d'un psychologue ne sont pas remboursées).

⁴¹ Ressources décrites dans la partie quantitative de l'étude (Cf. 4.1. Les structures médico-sociales et de soin en addictologie présentes sur le Nord du Rhône):

Les services de santé au travail du territoire peuvent intervenir dans le domaine de l'addictologie. La thématique peut être abordée individuellement lors des visites périodiques, notamment lorsque les équipes (médecins, infirmières) sont formées en matière d'addictologie (repérage). Les services de santé au travail peuvent également accompagner les salariés en difficulté avec des produits en organisant un relais vers des dispositifs d'addictologie. Enfin, à la demande des entreprises, les organismes de santé au travail peuvent organiser des actions de prévention des consommations de produits psychoactifs et des addictions.

Enfin, à la Maison d'Arrêt de Villefranche-sur-Saône, l'unité sanitaire de niveau 1 (USN1), composée de soignants de l'Hôpital Nord-Ouest (prise en charge somatique) et du Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr (prise en charge psychiatrique) assure les consultations et suivi ambulatoire des détenus et prend en charge les problématiques d'addiction et assurent si besoin l'initiation et la continuité des traitements de substitution. La question des addictions est abordée lors de la visite médicale à l'entrée en détention. Si une demande d'aide ou de prise en charge est exprimée, le médecin généraliste peut prescrire un traitement médicamenteux. Un suivi psychologique (psychologue tabacologue du CHS saint-Cyr ayant également un temps de travail à l'Elsa du CH de Villefranche-sur-Saône) et psychiatrique est également possible. Un groupe « Parole de groupe » est aussi proposé (7 séances de 1h30 pour 8 participants). Par ailleurs, d'autres groupes thérapeutiques (relaxation, médiation écriture, yoga du rire) mis en place par le service médical peuvent être investis par des personnes ayant une problématique d'addiction (même s'ils ne sont pas spécifiquement dédiés à la problématique addiction).

Des associations de soutien dédiées aux personnes ayant une addiction à l'alcool sont présentes en différents points du territoire : l'association Vie Libre à L'Arbresle, l'association Vivre sans alcool à Belleville-sur-Saône, Tarare et Villefranche, l'association Alcooliques Anonymes à Villefranche-sur-Saône et l'association LEA à L'Arbresle.

3.1.2. Les ressources d'accompagnement social et d'insertion

Les services sociaux départementaux implantés dans les Maisons du Rhône des villes du territoire et les Centres Communaux d'Action Sociale, mais avec des moyens très inégaux en fonction de la taille des communes, accompagnent les habitants qui rencontrent des difficultés sur le plan social et sont amenés à suivre des publics ayant une problématique d'addiction. Une part des travailleurs sociaux exerçant dans ces structures sont formés en matière d'addiction et sont outillés pour repérer, accompagner et orienter les personnes vers une prise en charge adaptée.

En matière d'accompagnement à l'emploi, les agences Pôle Emploi et les structures d'insertion par l'emploi dans les principales villes du territoire sont les principales ressources. On repère notamment des entreprises d'insertion (Transit et ASPI à Villefranche-sur-Saône, Idée Travaux à L'Arbresle), des chantiers d'insertion (Jardins de Cocagne du pays de L'Arbresle et des monts de Tarare à Tarare, l'Abri les Bruyères à Chazay d'Azergues, Atre à Villefranche-sur-Saône) et des associations intermédiaires (AIDE à Villefranche-sur-Saône, La Passerelle à Amplepuis, Atre à Tarare). Ces structures sont

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2018

Analyse du parcours de santé des personnes en matière d'addictologie dans le nord du département du Rhône

également confrontées à l'accompagnement de personnes ayant une problématique d'addiction.

3.1.3. Les ressources destinées aux publics en précarité

Les structures dédiées aux publics en précarité accueillent un public, notamment les personnes isolées, qui est fortement concerné par des consommations problématiques de substances psychoactives et des addictions. On repère à Villefranche-sur-Saône et Tarare des ressources spécifiquement dédiées aux adultes en grande précarité : un accueil de jour (La main tendue association Notre Dame des Sans Abris) et une maraude sociale (Sauvegarde 69 et Croix-Rouge française) à Villefranche-sur-Saône et un dispositif de halte à Tarare (CCAS).

En matière de logement accompagné et d'hébergement on identifie à Villefranche-sur-Saône deux résidences sociales (ADOMA et AFJT), le foyer Feydel, le foyer la Calade (Notre Dame des Sans Abri), à Belleville-sur-Saône le foyer des remparts et à Tarare un logement d'urgence (CCAS). La consommation de substances psychoactives dans l'enceinte de ces résidences, y compris dans les parties individuelles, n'est généralement pas autorisé (car le comportement de la personne sous l'emprise de l'alcool et ou de stupéfiants peut poser problème dans ce cadre collectif) et peut conduire à un renvoi de la structure et les personnes à être sans solution de logement.

3.2. Profils et mode de consommation

Trois profils de consommateurs dépendants sont repérés dans le territoire Rhône Nord : les consommateurs dépendant à l'alcool majoritairement, les polyconsommateurs dont consommateurs d'opiacés, les publics dépendants avec des difficultés spécifiques.

3.2.1. Les consommateurs dépendants à l'alcool majoritairement

Les consommateurs dépendants à l'alcool majoritairement (et selon les personnes également au tabac et au cannabis) sont pour les deux tiers des hommes et un tiers des femmes, âgés de 35 ans et plus et en majorité de 45 à 60 ans. On distingue :

- Des hommes et des femmes bien insérées, de catégories socio-professionnelles moyennes et supérieures, dont des viticulteurs ;
- Des hommes précaires, dont une part importante de personnes isolées et pour certains présentant des troubles psychiatriques (relativement fréquents dans cette catégorie de public selon les entretiens menés). Parmi ceux-ci des personnes ayant eu un parcours de consommation de produits illicites dans le passé et un report de leur addiction sur l'alcool sont repérés ;
- Des femmes précaires, parfois avec enfants dont elles ont la garde ou placés au titre de l'aide sociale à l'enfance.

Les acteurs rencontrés ont souligné le sentiment de honte et de culpabilité des femmes qui entraîne un accès tardif aux soins et donc une dégradation de leur situation sociale. En effet, les représentations négatives entourant les femmes dépendantes (image de la femme

alcoolodépendante à l'encontre des représentations magnifiant la maternité et la féminité), en partie intégrées par celles-ci, sont un frein pour aborder le problème d'addiction et entamer une démarche de soin. Cet élément n'est pas spécifique au territoire mais est à prendre en compte pour favoriser l'accès plus précoce des femmes à une prise en charge.

3.2.2. Les polyconsommateurs dont consommateurs d'opiacés

Il s'agit de personnes ayant des polyconsommations et une addiction à une/des substances psychoactives et notamment des produits illicites dont des opiacés : cannabis, médicaments détournés de leur usage (notamment dérivés morphiniques et traitements de substitution), produits de synthèse et opiacés. Le public repéré par les acteurs est majoritairement masculin (80 % d'hommes), relativement jeune par rapport au public ayant une addiction à l'alcool (globalement moins de 40 ans) et précaire.

La moindre visibilité des femmes s'explique en partie par le rôle prépondérant que tiennent les hommes dans les couples, à la fois dans l'expérimentation des produits mais également dans la gestion de l'approvisionnement du produit et du traitement de substitution. Ces femmes dépendent du conjoint : ce sont eux qui initient souvent leur conjoint aux produits, s'approvisionnent auprès de revendeurs (dans une logique de protection pour qu'elle ne soit pas en contact avec le trafic de drogue) et se rendent en pharmacie pour du matériel stérile et/ou en Csapa pour bénéficier d'un traitement de substitution. Ces femmes accèdent donc majoritairement à la substitution via les hommes (et sont ainsi tributaires des produits « rapportés » par le conjoint, à savoir produits illicites, traitement de substitution si celui-ci a été chercher son traitement) et ne bénéficient pas d'une prise en charge en addictologie (consultation médicale, suivi psychologique...). Ainsi le Csapa Jonathan rencontre peu les femmes en couple, alors même que le conjoint est suivi au centre. Celles-ci accèdent au Csapa lorsque le couple se sépare ou à l'occasion de périodes d'incarcération du conjoint. Par ailleurs, la très forte stigmatisation des femmes toxicodépendantes, perçues comme l'« *antithèse des modèles féminins et maternels* », encore dominants dans la société, peut également expliquer le peu de demande d'aide et de soin, tout comme la crainte d'être repérées par les services sociaux et se voir retirer la garde de leurs enfants.

Une particularité du territoire doit également être soulignée : l'augmentation saisonnière du nombre de personnes ayant une addiction aux opiacés pendant la période des vendanges, en raison de l'affluence de travailleurs précaires sur le territoire. Ce phénomène semble aujourd'hui en régression et deux hypothèses sont proposées pour l'expliquer : un profil de travailleurs qui aurait changé et serait moins concernés par ce type d'addiction ou une modification des pratiques de délivrance des traitements (il est aujourd'hui plus courant de délivrer une ordonnance de 14 jours pour un traitement de substitution, ce qui évite aux personnes ayant un TSO de recourir ponctuellement à un professionnel de santé local).

Dans les publics dits polyconsommateurs dont consommateurs d'opiacés, les professionnels repèrent :

- Des hommes et quelques femmes précaires sans prise en charge. Il s'agit d'un public jeune, moins de 40 ans, peu suivi sauf par l'équipe mobile du Caarud Ruptures, qui est un point de contact avec les dispositifs d'addictologie. En effet, si certains s'approvisionnent en matériel stérile dans les pharmacies du territoire, le contact avec le pharmacien est très limité, car ce public est soucieux de rester discret en raison du caractère illicite des consommations ;
- Des hommes et quelques femmes précaires bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés : un public majoritairement jeune, mais également quelques personnes âgées de 50 ans à 65 ans. ;
- Des femmes jeunes avec des prises de risques importantes sont repérées par le Csapa Jonathan mais celles-ci restent difficiles à toucher en raison de leur grande précarité et des facteurs suscités (rôle des hommes, stigmatisation).

3.2.3. Des publics dépendants ayant des difficultés spécifiques

Des publics ayant des problématiques spécifiques sont également repérés :

- Des personnes ayant des troubles psychiatriques sévères suivis en psychiatrie. Au-delà du tabagisme, très fréquent, il s'agit principalement de consommations nocives d'alcool et de cannabis. Ces consommations régulières, réalisées dans une logique d'automédication, mais également dans une recherche de plaisir, aggravent les troubles des personnes ayant une maladie psychiatrique (agressivité, augmentation des troubles dépressifs, diminution des effets des traitements) ;
- Des personnes sous main de justice. Les détenus de la Maison d'Arrêt de Villefranche, issus du territoire, ayant une addiction et bénéficiant d'une prise en charge semblent majoritairement concernés par une addiction à l'alcool. Il s'agit d'hommes âgés de 35 à 40 ans. Certains détenus du territoire sont également concernés par une addiction aux opiacés (entre 15 % et 20 % de la file active du Csapa référent).

3.3. Parcours de santé : éléments facilitants et défavorables à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge

3.3.1. Prévention : accès à l'information, actions de prévention, formation des acteurs relais

- Un accès à l'information sur les ressources addictologie difficile

À l'image des constats effectués pour les jeunes, en termes d'information, les possibilités de prise en charge en addictologie dans le territoire semblent difficiles à identifier par les habitants. En effet, sur le site internet des collectivités locales, les structures implantées dans la collectivité sont parfois répertoriées mais pas pour l'ensemble du territoire.

- Une prévention primaire rare

Dans le milieu professionnel, des actions de prévention des addictions, en lien avec les services de santé au travail, sont mises en place dans le territoire mais uniquement dans les grandes entreprises. En effet, les chefs d'entreprises de PME-TPE sont moins sensibilisés à cette thématique et n'ont pas la disponibilité ni les compétences en interne pour organiser ce type d'action.

Dans le cadre des fêtes traditionnelles locales (fête des conscrits, classes, bals), comme indiqué précédemment, les associations organisatrices sont encore peu sensibilisées aux messages de prévention au-delà des consignes de sécurité concernant l'alcool au volant (désignation de conducteurs sobres pour la fête des conscrits à Villefranche). Les fêtes des Conscrits et des Classes, sont des événements s'accompagnant traditionnellement de consommations d'alcool, dans un territoire où la viticulture a un poids économique important. La sensibilisation des organisateurs constitue donc un enjeu fort du territoire mais peut être délicate. En effet, les échanges informels qui ont eu lieu en marge des entretiens, avec une personne proche d'une association de Conscrit, semble indiquer qu'il existe des sensibilités différentes parmi les organisateurs : certains, notamment parmi les jeunes générations, souhaitant instaurer des pratiques de prévention pour modérer les consommations d'alcool. Il s'agit donc de concilier les traditions, le plaisir, le sens de la fête, l'image et l'enjeu économique de l'évènement et la prévention des consommations nocives.

En détention, des messages de prévention sont diffusés par le service médical (USN1) de la Maison d'Arrêt de Villefranche, au travers notamment du canal de télévision interne, de modules santé (module de santé d'une durée de deux heures consacré entre autre aux addictions inclus dans les enseignements suivis par les détenus préparant le certificat de formation générale), d'une séance prévention des risques liés à l'alcool est proposé tous les deux mois et d'un support d'information papier tous les mois sur un thème de santé. Cependant, selon le service médical (USN1), ces actions touchent une petite minorité de détenus : le canal interne est peu regardé par les détenus, le module de santé touche un groupe de 12 détenus tous les six mois et le support d'information papier est également peu lu.

- Réduction des risques : enjeu de couverture des besoins en zone rurale

Dans le territoire, un programme de distribution gratuite de matériel d'injection stérile en pharmacie (trousse d'injection Stéribox®) est porté par le Caarud Ruptures, en lien avec le Csapa Jonathan. Les pharmacies partenaires sont situées à Villefranche-sur-Saône (5), Belleville-sur-Saône (1), Saint-Jean d'Ardières (1), Fareins (1) et Tarare (3). Ces pharmacies proposent par ailleurs de récupérer le matériel utilisé dans des containers et mettent à disposition des récupérateurs individuels mais ces possibilités sont peu utilisées par les usagers (récupérateurs peu discrets, modalités contraignantes pour les usagers), toutefois il ressort des entretiens que les usagers connaissent et appliquent souvent les consignes de sécurité concernant les seringues utilisées (à savoir casser la seringue, introduire la seringue dans une canette ou bouteille vide).

Le Csapa Jonathan, implanté à Villefranche-sur-Saône, distribue également gratuitement du matériel de réduction des risques pendant ses horaires d'ouverture : trousse d'injection Stéribox®, stérifilt, rouleau de paille, principalement. Il convient de noter que cette possibilité est avant tout utilisée par des usagers déjà connus du centre et bénéficiant d'une prise en charge dans la structure.

L'équipe mobile du Caarud Ruptures intervient dans le territoire (deux éducateurs et une infirmière), une demi-journée (13h30-19h30 en général) par semaine dans le territoire à la demande des usagers, sur rendez-vous et une soirée par mois à L'Arbresle (camion), grâce au partenariat noué avec la municipalité de cette ville. L'équipe mobile du Caarud constitue un point de contact avec les dispositifs addictologie : elle rencontre les usagers à leur domicile (ou lieu de rendez-vous) pour leur fournir du matériel de réduction des risques, les conseiller (amélioration des pratiques de consommation pour réduire les dommages sur la santé) et les accompagner, le cas échéant, dans leurs démarches d'insertion sociale et de soin, par exemple en les orientant vers les structures de prise en charge et si besoin en les accompagnant physiquement aux premiers rendez-vous.

Grâce au travail partenarial mené par l'équipe et au bouche à oreille (entre usagers), la structure semble aujourd'hui de plus en plus connue des acteurs relais du territoire (travailleurs sociaux, acteurs jeunesse, pharmacies et certains médecins) et des usagers de drogue du territoire.

Il convient néanmoins de souligner que la présence de l'équipe mobile est très limitée dans le territoire, en particulier à Villefranche-sur-Saône et Tarare, où des besoins sont repérés : présence de publics très précaires, en errance, polyconsommateurs de produits illicites, peu vus en Csapa Jonathan et à l'Elsa de Tarare, pas forcément prêts à un être dans un suivi addictologie et qui a difficilement accès à de la RDR, dans sa dimension conseil (au-delà de l'accès simple à du matériel stérile).

Enfin un constat national : la population carcérale est une population fortement concernée par l'usage de drogues, et donc par le risque infectieux mais les démarches de réduction des risques sont insuffisamment développées en France⁴² : elles se limitent à la distribution

⁴² « La prison constitue un environnement à très haut risque pour la transmission des maladies infectieuses et une préoccupation majeure de santé publique. Les particularités de la population pénale (forte prévalence des conduites addictives, des troubles psychiatriques et des affections virales, importance de la précarité sociale) et

d'eau de Javel (pratique dont l'efficacité est contestée, compte-tenu des contraintes d'utilisation pour les détenus⁴³), de préservatifs et de lubrifiants.

- Formation des médecins généralistes et professionnels à la prévention, au repérage et à l'intervention auprès des publics ayant une addiction

Les médecins généralistes sont peu formés au repérage et aux interventions en matière d'addiction, et en cela, le territoire ne se démarque pas des constats nationaux. En effet, l'addictologie est peu abordée dans le cadre de la formation initiale en faculté de médecine, peu de médecins généralistes effectuent un stage d'internat en service d'addictologie et tous ne se forment pas à la prévention et à la prise en charge des addictions dans le cadre de la formation continue.

Concernant la formation des professionnels des champs social, insertion et socio-éducatifs, plusieurs initiatives sont saluées par les partenaires et nécessitent d'être renouvelées régulièrement en raison du turn-over des professionnels dans certaines structures. Ces formations ont pour objectif d'outiller les professionnels pour repérer et accompagner les publics ayant des problématiques d'addiction. Elles favorisent également une culture commune et de l'interconnaissance entre acteurs d'un territoire et facilitent les orientations et les échanges autour de situations communes. Des formations interpartenariales de ce type ont été organisées dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale Rhône-Ouest, de l'Atelier Santé Ville de Villefranche-sur-Saône ou du Contrat Local de Sécurité et Prévention de la Délinquance (CLSPD) de Villefranche-sur-Saône.

les conditions de détention (surpopulation, promiscuité, hygiène réduite) en sont en grande partie responsables. Les prévalences du VIH et du VHC y sont nettement plus élevées qu'en population générale et l'existence de cas incidents est régulièrement mise en évidence dans la littérature internationale. Le fait d'avoir séjourné en prison est associé, en France, à un risque accru de séropositivité pour le VHC et le VHB. Au plan national, les mesures de prévention vis-à-vis des affections virales, en particulier du VIH, sont précisées dans une circulaire conjointe des ministères de la Santé et de la Justice datant du 5 décembre 1996 et dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, réactualisé en 2004. Les principales mesures de prévention préconisées sont la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage (BHD) et méthadone) et de préservatifs avec lubrifiants, ainsi que la distribution toutes les deux semaines aux détenus d'eau de Javel à 12° chlorométrique (devant permettre la stérilisation du matériel d'injection) par l'administration pénitentiaire. Ces mesures ne permettent cependant pas de garantir l'équité d'accès aux mesures de prévention avec le milieu libre, préconisées par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1993 ».

Etude PRI2DE 2009

⁴³ Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères, Ivana Obradovic (OFDT), note à l'intention de la MILDT, octobre 2012. Site consulté le 21/11/2017 :

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/reduction-des-risques-en-milieu-penitentiaire-revue-des-experiences-etrangees/>

3.3.2. Accès aux soins et continuité des prise en charge en addictologie

- Éléments facilitants l'accès et la continuité des prise en charge en addictologie

Les principaux éléments favorisant l'accès aux soins et la continuité des prises en charge en addictologie dans le territoire Rhône Nord sont détaillés ci-dessous.

Les démarche d'« Aller vers » comme les visites à domicile, l'accompagnement physique aux soins, les relances téléphoniques quand un usager ne se présente plus dans les structures, facilitent l'accès aux soins et la continuité des soins, notamment en cas de rechute.

Dans ce domaine, l'action du médiateur social de l'Elsa de Tarare dans le territoire de la communauté d'agglomération Ouest Rhodanien est particulièrement appréciée. Ce professionnel assure un accompagnement social et santé de proximité auprès d'adultes en précarité ayant une problématique d'addiction. Cet accompagnement se concrétise notamment par des visites à domicile et l'accompagnement dans l'ensemble des démarches de santé (y compris accompagnement physique aux rendez-vous médicaux).

La présence de l'équipe mobile du Caarud Ruptures dans le territoire, participe également de cette démarche d'« aller vers », car elle permet d'établir un lien de confiance avec des usagers de drogue, de conseiller et accompagner ceux qui souhaitent entamer ou reprendre des soins en addictologie.

Enfin, les usagers ont évoqué la pertinence des relances téléphoniques. En effet, en cas de rechute, de dépression il est particulièrement difficile d'effectuer des démarches pour se faire aider, ce qui entraîne souvent une rupture de soins (la personne ne se présente plus à ces rendez-vous, ne participent plus aux groupes thérapeutiques...). Dans ce cas, l'appel de l'équipe, pour prendre des nouvelles, proposer un nouveau rendez-vous est une aide appréciée pour reprendre plus rapidement un soin et limiter la gravité de la rechute.

Le non-jugement des équipes d'addictologie est vivement salué par les usagers, pour qui cela constitue un encouragement à poursuivre les soins. Les usagers apprécient la bienveillance et le soutien des équipes, notamment en cas de rechute, alors même que la consommation (ou reprise des consommations) est vécue comme un échec personnel et s'accompagne d'un fort sentiment de culpabilité. De manière générale, les équipes soulignent l'importance de soutenir l'estime de soi des personnes, mise à mal par la dépendance, la situation sociale difficile et la forte stigmatisation entourant les personnes dépendantes à l'alcool et aux substances illicites.

L'extension des activités des Elsa pour répondre aux besoins locaux. Les Elsa de Tarare et Villefranche-sur-Saône assurent des suivis ambulatoires au-delà des missions de liaison faute de structure de suivi ambulatoire à proximité ou parce que les structures de suivi ambulatoires ont des délais d'attente très importants. Ainsi à Tarare, l'Elsa est l'unique ressource addictologie (pas de Csapa) et à Villefranche-sur-Saône, le Csapa Jean-Charles Sournia a des délais d'attente longs (3 mois) car un poste de médecin n'est pas pourvu dans la structure. Les Elsa sont donc amenées à étendre leur activité au suivi ambulatoire afin de ne pas laisser les personnes sans solution.

La coopération entre le service addiction du Centre Hospitalier de l'Arbresle et certains médecins généralistes et la possibilité de relais rapide vers une prise en charge en addictologie sécurise les médecins généralistes qui peuvent plus facilement prendre en charge des patients ayant une addiction, notamment des patients ayant une addiction aux opiacés (en acceptant de prendre le relais pour les traitements de substitution). Ainsi sur appel d'un médecin généraliste, le service peut rencontrer dans les 24h un patient ayant une problématique d'addiction dont l'état de santé se dégrade ou en rechute et organiser rapidement si besoin son hospitalisation. L'appui du service addiction et la possibilité de relais vers une prise en charge addictologie facilitent ainsi la prise en charge adaptée des patients, sans discontinuité.

À Beaujeu, une articulation entre partenaires favorise l'accès aux soins et la prise en charge sans rupture dans une zone rurale. Dans cette commune, la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP en fonctionnement depuis le 2014), le CMP adultes et une permanence du Csapa Jean-Charles Sournia (mise en place mi 2016) de Villefranche-sur-Saône sont localisés dans un même bâtiment. Cette proximité géographique favorise le passage de relais entre équipes et les suivis conjoints. Par ailleurs, une possibilité d'hospitalisation pour un sevrage simple (alcool) existe dans l'hôpital local de Beaujeu (Centre hospitalier de Beaujeu, Belleville-sur-Saône), situé à proximité (en face de la MSP et du CMP). Cette possibilité d'hospitalisation à proximité est appréciée pour des patients âgés, résident en zone rurale et qui n'auraient pas forcément accepté d'être hospitalisés loin de leur domicile (dans les hôpitaux Villefranche-sur-Saône ou Tarare).

Concernant **l'accès aux soins des femmes** ayant une problématique d'addiction deux éléments facilitants se distinguent :

- **L'accueil spécifique femmes au Csapa** Jean-Charles Sournia (ANPAA) de Villefranche-sur-Saône. Il s'agit d'un accueil groupal réservé aux femmes, une matinée par semaine, sans rendez-vous, et souple (libre choix concernant l'heure d'arrivée et de départ des participantes), autour d'une activité partagée support aux échanges. Les participantes ont, par ailleurs, la possibilité de venir avec leurs enfants. Ce groupe semble apprécié par les usagers femmes rencontrées, à la fois parce qu'il constitue un espace privilégié autour du bien-être et de la parole mais également pour le soutien et liens entre participantes.
- **Le groupe périnatalité** est un groupe de travail autour des questions d'addiction et de périnatalité, auquel participent les maternités du territoire (maternité du CH de Villefranche-sur-Saône et Polyclinique du Beaujolais à Arnas), des sage-femmes libérales, les deux Csapa du territoire et la PMI (qui anime le groupe de travail). Ce groupe de travail favorise l'interconnaissance et la formation des professionnels et permet un meilleur repérage et prise en charge des femmes en difficulté avec des produits.

Enfin pour les **détenus**, le service médical (unité sanitaire de niveau 1- USN1) de la Maison d'Arrêt de Villefranche-sur Saône prend en charge les addictions et assure si besoin l'initiation et la continuité des traitements de substitution. Afin de préparer la sortie

d'incarcération et favoriser la continuité des soins addictologiques, l'USN1 et le Csapa Jonathan (Csapa référent) font le relais avec les dispositifs addictologie « de ville » (Csapa ou hospitalier) et le médecin traitant.

- Éléments défavorables à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge en addictologie

Dans le territoire, plusieurs obstacles et freins à l'accès aux soins en addictologie sont néanmoins repérés.

En premier lieu, les acteurs constatent **les difficultés d'accès à une prise en charge addictologie dans les zones rurales du territoire** en particulier nord ouest du territoire (autour de Thizy-les-Bourgs), en raison de l'éloignement des structures d'addictologie et des difficultés de mobilité de ce public (souvent non véhiculé). Depuis Thizy-les-Bourgs, en transport en commun, les possibilités de prises en charge les plus proches sont situées à Roanne (antenne Csapa Rimbaud et Csapa Hôpital de Roanne), soit 40 minutes de trajet aller. De fait, les patients résidant en zone rurale sont peu vus par les structures addictologie et les suivis sont difficiles à maintenir dans le temps. Ainsi dans ces zones rurales, le médecin généraliste est souvent l'unique recours de soin pour les habitants ayant une problématique d'addiction.

D'autre part, on remarque des **difficultés à répondre aux besoins de soin dans la zone autour de Tarare et à Villefranche**.

Dans la zone autour de Tarare où les besoins semblent très importants (présence de publics précaires, jeunes en errance, problématique alcool particulièrement repérée), l'Elsa de l'Hôpital de Tarare est la ressource phare en matière d'addictologie et l'équipe se trouve à répondre à tous les besoins. De ce fait, les délais d'attente pour une prise en charge s'allongent et l'équipe a moins de temps pour l'activité de liaison et notamment la sensibilisation et la formation des soignants en interne. Par ailleurs, même si l'Hôpital de Tarare est une ressource de soin bien repérée et saluée par les habitants de la zone et accessible (proche du centre-ville), des besoins de possibilités de suivi ambulatoire souple et de réduction des risques sont repérés pour des publics précaires (ni Csapa, ni Caarud à Tarare). En effet, pour des publics précaires, consommateurs de produits illicites et peu enclin à entamer un suivi, un Caarud permet un accès à de la réduction des risques et constitue un premier accès à un dispositif addictologie.

Les professionnels soulignent **les délais de prise en charge longs à l'Elsa de l'hôpital de Tarare, l'Elsa de l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône et au Csapa ANPAA**. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous, notamment auprès du médecin addictologue de ces structures sont longs, parfois au-delà de trois mois⁴⁴. À Tarare, comme indiqué ci-dessus ces délais s'expliquent par l'absence d'autre dispositif d'addictologie à proximité. À Villefranche-sur-Saône, un poste de médecin addictologue est non pourvu au Csapa Jean-Charles Sournia (ANPAA), entraînant l'allongement des délais d'attente pour une prise en

⁴⁴ Au moment de la finalisation de l'étude, le renforcement de l'équipe de l'ELSA a permis de diminuer les délais d'attente pour une prise en charge. Ils sont d'environ 15 jours d'attente en janvier 2018.

charge à l'Elsa hospitalière. Pour les patients, les principales conséquences de ces délais sont le risque d'abandon de la démarche de soin et le risque de rechute en sortie de séjours en Soins de Suite et de Réadaptation (rendez-vous trop lointain en sortie de « cure »). Pour les médecins généralistes, cette situation est également insatisfaisante car elle ne permet pas d'effectuer un relais vers un dispositif spécialisé pour des patients qui auraient besoin d'une prise en charge plus conséquente ou dont l'état de santé se dégrade.

En lien avec le point précédent, les **difficultés de recrutement médecins addictologues** ne sont pas une spécificité du territoire mais sont également vérifiées en Rhône Nord : en 2016 au Csapa Jonathan et au moment de l'étude au Csapa JC Sournia. Par ailleurs, il convient de souligner que les questions d'épuisement professionnel, aggravé par le manque de ressources humaines par rapport à la masse des besoins et l'isolement professionnel (manque de possibilité de soutien et étayage de l'équipe, réunions de supervision) mérite une attention soutenue afin de favoriser la longévité des équipes en addictologie.

La question de l'**amplitude horaire des Csapa et des services hospitaliers pour les publics ayant une activité professionnelle** a également été abordée, notamment par les usagers rencontrés. En effet, ces structures reçoivent des patients du lundi au vendredi à des horaires classiques (8h-18h maximum, sauf au Csapa Jonathan où un créneau horaire hebdomadaire permet de recevoir des publics qui travaillent jusqu'à 19h les jeudis) ce qui ne permet pas aux personnes ayant une activité professionnelle, notamment si leur lieu de travail est éloigné, d'être présent pour des rendez-vous réguliers. En effet, certains patients n'ont pas la possibilité de s'absenter pour des rendez-vous médicaux (emplois précaires, saisonniers) ou préfèrent ne pas informer leur employeur de leur problématique addiction. Si des possibilités de rendez-vous en dehors de ces horaires (pause méridienne, en soirée après 19h) existent au cas par cas pour certains patients, notamment pour des rendez-vous avec le médecin addictologue au Csapa Sournia ou à l'Elsa de l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône, celles-ci restent l'exception pour des raisons de sécurité (présence à minima de deux professionnels présents dans les locaux du service), ce qui pose la question des personnes qui ne contactent pas les structures d'addictologie au regard des horaires d'accueil publics affichés.

Une autre difficulté, spécifique aux personnes ayant une addiction aux opiacés tient au **manque de médecins généralistes en relais des structures spécialisées pour les traitements de substitution** (difficulté qui n'est pas spécifique au nord du Rhône). Les réticences des médecins généralistes à suivre les patients ayant une problématique d'addiction aux opiacés sont nombreuses et ne tiennent pas uniquement au manque de formation (initiale et continue) en addictologie. Les diagnostics locaux de santé réalisés dans certaines parties du territoire⁴⁵ avaient permis d'interviewer des médecins généralistes qui refusaient de prescrire des traitements de substitution aux opiacés. Les raisons avancées par ces médecins tenaient essentiellement au refus de principe ou à l'incompréhension des objectifs de la substitution : refus de « *fournir leur drogue* » aux personnes, sentiment de complicité, suspicion de mésusage, de trafic, ressenti d'un manque de volonté de ces patients de se soigner. Les médecins généralistes interviewés pour cette étude, qui acceptent de suivre et prescrire des traitements de substitution, ont néanmoins évoqué la

⁴⁵ Diagnostic local de Santé Saône Beaujolais, Diagnostic Local de Santé Pays de l'Arbresle

crainte du comportement des patients (agressivité face au praticien et éventuellement autres patients) et de la cohabitation avec la patientèle habituelle et, in fine, le souhait de limiter le nombre de patient bénéficiant d'une TSO dans leur patientèle (deux patients maximum).

Concernant plus spécifiquement le public féminin, les professionnels de l'addictologie et les usagers constatent une **stigmatisation des femmes dépendantes, en particulier celles qui ont une addiction aux opiacés** de la part des professionnels de santé, travailleurs sociaux, et des professionnels de la justice. L'étiquette de toxicomane « colle » à ces femmes, même si celles-ci sont en soin, et elle constitue un obstacle pour bénéficier de certaines aides matérielles et financières. Les représentations de ces professionnels sont parfois très ancrées (« mauvaise mère », « budget dédié à l'achat de drogues au détriment des besoins des enfants... »). La parole de ces femmes est décrédibilisée et le travailleur social du dispositif addictologie est parfois amené à réaliser une médiation avec ces services pour témoigner de la volonté de la patiente de se soigner, de la régularité des rendez-vous et des démarches d'insertion de la personne. Ce ressenti de stigmatisation des femmes représente ainsi un frein en termes d'insertion sociale et est, plus largement, un élément défavorable à l'estime de soi et au soin de soi (et donc à l'accès et à la continuité des soins en addictologie).

De plus, il n'existe pas de modalité d'accueil spécifique pour les femmes au Csapa Jonathan et l'accueil n'est pas adapté aux enfants qui peuvent les accompagner. En effet, les usagers femmes rencontrées en entretien considèrent que la salle d'attente n'est pas un espace suffisamment sécurisé pour leurs enfants qui pourraient y côtoyer des usagers hommes ayant une attitude inadaptée.

Enfin, pour **les personnes détenues** dont la date de sortie n'est pas connue (une situation de plus en plus fréquente semble-t-il) la continuité des prises en charge en sortie de prison n'est pas assurée. En effet, le service médical (USN1) et le Csapa référent ne sont pas informés du départ du détenu ce qui rend difficile la transmission du dossier médical à un médecin généraliste et l'organisation d'un relais pour une prise en charge en addictologie. De ce fait, les rechutes, en sortie de détention sont nombreuses.

Par ailleurs, ce public spécifique de détenu est parfois « évité » par les structures de prise en charge car, au-delà du problème de logement (pas de possibilité de séjour en SSR pour les publics sans logement stable) il est difficile à prendre en charge dans un cadre collectif. Ainsi, la Clinique Les Bruyères à Letra refuse la majorité des patients sortant de prison en raison de leur comportement agressif envers les autres patients. Dans ce domaine, des attentes pour un « sas » d'adaptation entre la détention et le séjour en addictologie ont été exprimées.

3.3.3. Prise en charge psychiatrique des personnes concernées par une addiction

Un certain nombre de patients ayant une addiction présente des troubles psychiques et psychiatriques et nécessitent une prise en charge. Cependant, en dépit des besoins, les suivis conjoints entre les dispositifs addiction et psychiatrie sont difficiles à mettre en place, en particulier pour les publics ayant une addiction aux opiacés, mais parfois possibles pour des patients ayant une problématique addiction stabilisée et n'étant pas désaffiliés.

- Éléments facilitants l'accès aux soins psychiques et la continuité des prises en charge

Malgré ces difficultés, **la présence de psychiatres dans les dispositifs addictions**, comme au Csapa Jonathan (présence réduite au moment de l'étude), à l'Elsa de Villefranche-sur-Saône et la présence dans l'équipe de dispositifs addictions de **certains psychiatres mais également psychologues et infirmières rattachés au Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr** facilite les prises en charge, le lien avec les équipes de psychiatrie et le relais pour certains patients vers les Centres Médico Psychologiques de secteur. C'est par exemple le cas de l'infirmière, de la psychologue et psychiatre de l'Elsa de Villefranche-sur-Saône (dans le cadre du partenariat entre le CH Saint-Cyr et l'Hôpital Nord Ouest, membres du Groupement Hospitalier de Territoire Rhône Nord Beaujolais Dombes) et du psychiatre du service addiction du Centre Hospitalier de l'Arbresle (convention entre le CHS Saint-Cyr et le CH de l'Arbresle).

Enfin, à Beaujeu, en zone rurale, la proximité géographique des soignants (Médecins généralistes de la MSP, CMP adultes et permanence Csapa) favorise les échanges entre professionnels autour de situation et les suivis conjoints.

- Éléments défavorables à l'accès aux soins psychiques et la continuité des prises en charge

Les difficultés de prise en charge en psychiatrie (en ambulatoire au CMP et au Centre Hospitalier Spécialisé) **de patients non stabilisés ayant une addiction aux opiacés** et des troubles psychiatriques sont de plusieurs ordres. Ces difficultés tiennent à l'absence de demande de soin de ces patients ou à l'ambivalence de leur demande soin et aux difficultés des patients les plus précaires, désaffiliés, à s'inscrire dans un suivi régulier et à honorer leurs rendez-vous en CMP (ce qui constitue un motif de rupture de soin fréquent). Ces difficultés sont également liées au maintien des consommations et aux approches différentes entre la « psychiatrie » et l'addictologie». Certains considérant que l'addiction est à l'origine des troubles psychiques, d'autres que les troubles et la souffrance psychiques sont la cause de la consommation, d'autres encore que l'addiction est une des manifestations d'un spectre plus large de difficultés de santé mentale.

D'autre part, des **difficultés d'accès** à une prise en charge en psychiatrie publique sont relevées :

- les délais de rendez-vous perçus comme longs (2 à 3 mois) dans la majorité des CMP du territoire peuvent aboutir à l'abandon de la démarche de soin par les patients les plus précaires et les moins « motivés ». Il convient néanmoins de préciser les possibilités d'obtenir, en urgence, un rendez-vous plus rapidement. À Beaujeu par exemple, sur

orientation du médecin généraliste ou du Csapa il est possible d'obtenir un rendez-vous avec l'infirmière du CMP dans la semaine et dans les quinze jours avec le psychiatre ;

- Les difficultés d'accès géographique aux CMP en raison des distances et des difficultés de mobilité des habitants précaires, dans un territoire où le niveau de desserte en transport en commun est en baisse. Soulignons à titre d'exemple que le CMP de Gleizé (qui couvre le secteur de Belleville-sur-Saône notamment) n'est pas desservi par un bus direct depuis la gare de Villefranche-sur-Saône ce qui complique grandement l'accès à la structure (les patients doivent prendre deux bus).

Enfin, concernant les possibilités de prise en charge en libéral, il convient de rappeler les difficultés d'accès à ces soins, en raison notamment de leur coût (la moitié des psychiatres du territoire exercent en secteur 2 et les consultations auprès des psychologues ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie) et du manque de psychiatres en Rhône Nord.

3.3.4. Prise en charge somatique des personnes concernées par une addiction

La prise en charge somatique des habitants ayant une addiction n'est pas toujours optimale, en particulier pour ceux qui sont en situation de fragilité sociale ou qui ont des polyconsommations dont consommations d'opiacés, alors même que les besoins sont importants (constats d'un état de santé dégradé en lien avec leurs consommations et un vieillissement précoce chez ces publics).

- Élément facilitant la prise en charge somatique

Les liens noués entre les équipes addictions, certains médecins de ville et l'hôpital favorisent une meilleure prise en charge sur le plan somatique des personnes ayant une addiction. Ainsi, la présence des Elsa dans les hôpitaux du territoire qui sensibilisent, forment et conseillent les équipes quant aux besoins spécifiques et aux soins des personnes ayant une addiction constituent une ressource et un levier favorable pour une prise en charge adaptée.

- Éléments défavorables à la prise en charge somatique

Les entretiens auprès des professionnels et des usagers font apparaître qu'une part des patients suivis en addictologie **ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier** (en dehors du suivi en addictologie) et **n'ont pas de médecin traitant**, en partie en raison de la saturation des cabinets médicaux dans le territoire (difficulté des patients nouveaux arrivants dans le territoire ou dont le médecin généraliste est parti à la retraite à trouver un nouveau médecin traitant), mais également des réticences de certains médecins généralistes à prendre en charge des personnes ayant une addiction aux opiacés et enfin des difficultés à prendre « soin de soi » de certains patients précaires. Par ailleurs, des cas de refus de bénéficiaires de la CMUc par des médecins spécialistes et des dentistes du territoire nous ont été signalés. Enfin, le coût des soins en l'absence de complémentaire santé, pour ceux qui ne bénéficient pas de la CMUc mais qui ont des revenus faibles (par exemple les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapés) est un obstacle important dans l'accès aux soins, en particulier pour les soins dentaires (prothèse), l'optique et les consultations de spécialistes.

Concernant la prise en charge hospitalière, les entretiens menés mettent en lumière un **manque de formation et sensibilisation des soignants à la prise en charge des patients ayant une addiction aux opiacés**, d'un manque de connaissance des traitements de substitution (ce qui est également constaté pour la médecine de ville, médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) et dans certains cas des réticences des soignants à leur égard et d'un sentiment de stigmatisation des patients. Dans ce domaine, des attentes pour une meilleure prise en charge de la douleur ont été exprimées par des usagers : les patients ayant une addiction aux opiacés, ressentant de fortes douleurs, se voient refuser l'administration d'un antalgique autre que le paracétamol, par peur d'un mésusage. À l'hôpital, la sensibilisation et formation des équipes soignantes est une des missions première des Elsa, mais, comme souligné précédemment, les équipes des Elsa de Tarare et Villefranche-sur-Saône manquent de temps pour cette mission car elles doivent faire face à la masse des besoins.

Enfin, pour les détenus, le problème du maintien des droits de sécurité sociale à la sortie de prison a été signalé. En effet, les droits sont maintenus, mais les personnes doivent se rendre dans une agence CPAM pour les rendre effectifs, une démarche, qui n'est pas réalisée par tous.

3.3.5. Conditions de vie et insertion sociale des personnes concernées par une addiction

L'amélioration des conditions de vie et l'insertion sociale des personnes ayant une addiction, sont des facteurs clés pour favoriser la continuité des soins, la réduction des consommations ou l'abstinence et ainsi l'état de santé et la qualité de vie de ces personnes.

- Éléments facilitants l'amélioration des conditions de vie et l'insertion

La présence de travailleurs sociaux dans l'ensemble des dispositifs addiction (Caarud Ruptures, les deux Csapa, les Elsa, Clinique les Bruyères) favorisent la bonne articulation avec les acteurs des secteurs social et insertion (services sociaux du Département, CCAS...) et les suivis conjoints pour améliorer concrètement les conditions de vie des patients ayant une problématique d'addiction, en particulier en termes de logement, d'insertion professionnelle ou au regard de la situation familiale.

D'autre part, les acteurs rencontrés ont salué l'action des **associations et entreprises d'insertion** par l'emploi qui favorisent la continuité des prises en charge de leurs employés en leur permettant de s'absenter pour se rendre à des consultations en addictologie.

Par ailleurs, la **présence d'associations de soutien**, comme Vivre sans alcool, Vie libre ou les Alcooliques anonymes, dans les principales villes du territoire, constitue pour certain, notamment les personnes isolées, un soutien au niveau motivationnel, une entraide (échange d'information, possibilité échanges téléphoniques en dehors des temps de réunion, veille entre membres si certains ne se présentent plus) voire un réseau amical.

Enfin, la présence d'**épicerie sociales** à Villefranche-sur-Saône (« Oasis d'Amour ») et Tarare (« Epi Autre »), constituent une ressource précieuse sur le plan alimentaire pour des patients précaires. En effet, les problèmes d'accès à l'alimentation sont défavorables à un bon suivi et à la continuité des prises en charge.

- Éléments défavorables en termes de conditions de vie et d'insertion

La désagrégation des liens affectifs et sociaux, la pauvreté, les conditions de logement défavorables et la faible insertion professionnelle constituent des freins au maintien dans le soin et un facteur de rechute fréquent notamment à la sortie de séjours de sevrage et de cure.

En effet, la **situation familiale difficile** (conflits parentaux, conflits conjugaux), la rupture des liens familiaux, le faible soutien familial (pour des personnes isolées ou nouvellement arrivées dans le territoire), l'isolement social d'une partie des patients suivis en addictologie sont autant de freins à l'accès et au maintien dans le soin.

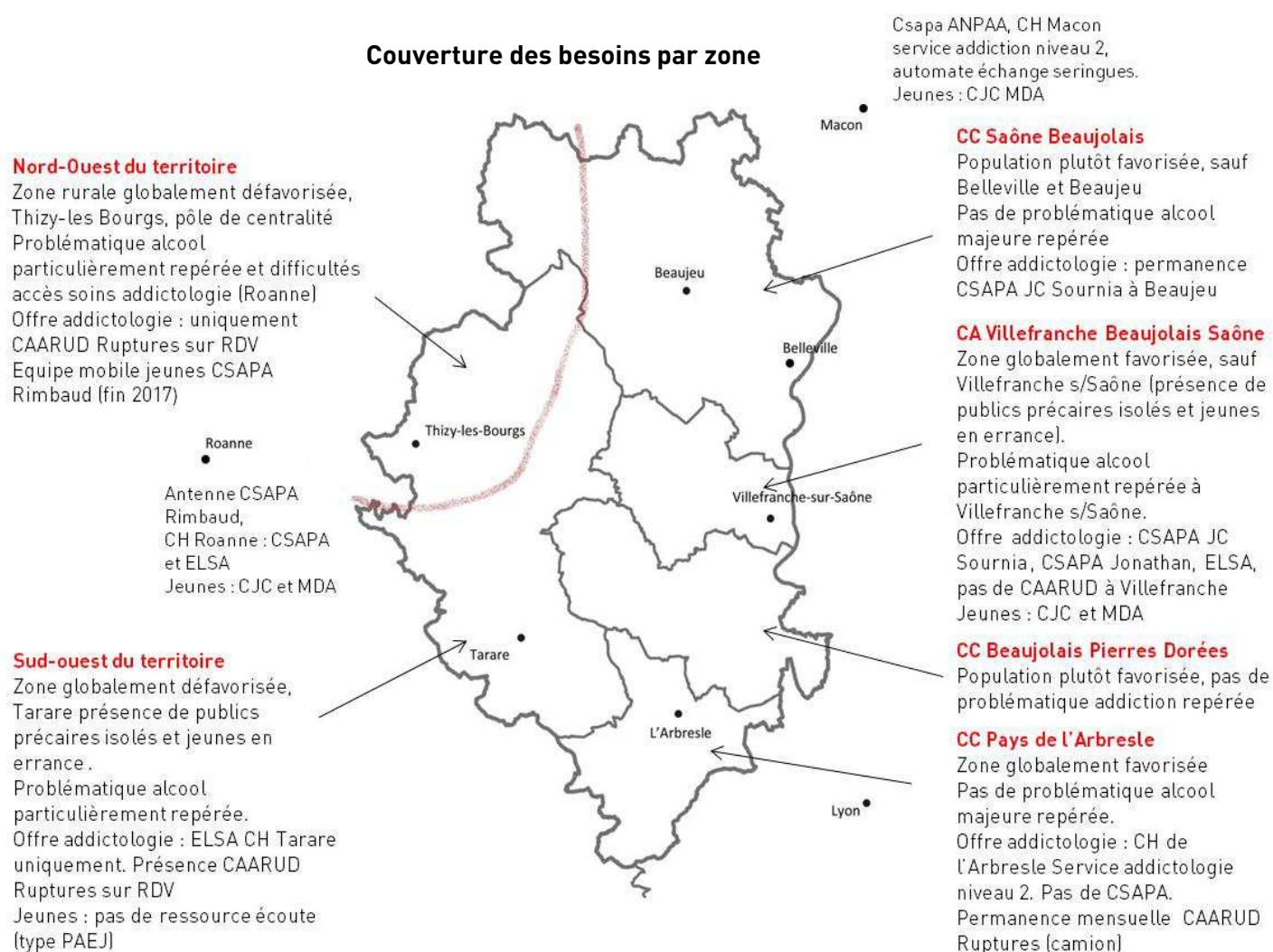
Les conditions de logement défavorables et l'absence de logement stable d'une partie des usagers constituent également un obstacle de taille. Dans ce domaine les professionnels constatent :

- Le manque de solutions d'hébergement et de logement accompagné à Villefranche-sur-Saône et à Tarare (un seul logement urgence à Tarare) ;
- Le manque de solution d'hébergement « bas seuil d'exigence » c'est-à-dire tolérant les consommations de substances psychoactives dans les parties individuelles (ainsi que les compagnons canins des résidents), afin d'éviter que les patients engagés dans une démarche de soin ne soient mis à la porte des résidences sociales et se trouvent sans solution d'hébergement.

Enfin, une part des personnes suivies en addictologie sont concernées par **la pauvreté**, qui bénéficient de prestations sociales (RSA, AAH), ou qui occupent un emploi précaire. Dans ce domaine, la **question de l'alimentation** et des difficultés pour se nourrir en dehors des périodes hivernales (arrêt des distributions alimentaires gratuite) a été largement évoquée lors des entretiens et certains usagers semblent concernés par la faim et la malnutrition. Rappelons que lorsque les besoins alimentaires ne sont pas assurés, il est particulièrement difficile d'être psychologiquement disponible pour s'inscrire dans une démarche de réduction des risques, voire d'arrêt des consommations et de prendre soin de sa santé. Cette question de l'alimentation doit faire l'objet d'une attention soutenue pour favoriser et permettre la continuité des démarches de réduction des risques et de soin. La recherche de ressources alimentaires constitue une charge mentale qui entrave la motivation à être dans une démarche de contrôle de sa consommation, de réduction des risques, voire d'arrêt des consommations.

4. Approche territoriale : analyse de la couverture des besoins de santé par zone

La couverture des besoins sur l'ensemble du territoire d'étude n'est pas homogène. En effet, dans certaines parties du territoire des difficultés d'accès à une prise en charge addictologique sont repérées. Des « trous de couverture » sont ainsi identifiés dans les zones défavorisées sur le plan socio-économique, rurales (difficultés de transport) et où il existe peu de réponse en matière d'addictologie. Ainsi, dans l'est du territoire, densément peuplé, globalement favorisé, les possibilités de prise en charge en addictologie existent (Villefranche-sur-Saône, L'Arbresle), même si des besoins en matière de réduction des risques à Villefranche-sur-Saône sont identifiés et si les dispositifs peinent à répondre actuellement aux besoins en matière de prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool (délais d'attente importants, 3 mois, car poste de médecin addictologue non pourvu au Csapa Sournia). À l'inverse l'ouest du territoire, plus rural, globalement défavorisé, où des besoins sont repérés (soins et RDR) offre peu de réponse en matière d'addictologie (uniquement une Elsa à Tarare et équipe mobile du Caarud une journée par semaine pour tout le Nord Rhône).



4.1. Nord-ouest du territoire

Le Nord-ouest du territoire d'étude, limitrophe du département de la Loire est une zone rurale, de moyenne montagne qui regroupe les communes autour de Thizy-les Bourgs et Monsols (correspondant au canton de Thizy-les-Bourgs : 27 124 habitants, soit un peu moins d'un dixième des habitants du territoire d'étude Rhône Nord). Thizy-les-Bourgs, une ville d'environ 6 000 habitants, située à 30 Km de Roanne et 35 Km de Tarare, constitue un point de centralité car la commune regroupe un certain nombre de services, commerces, un lycée et un hôpital de proximité (Centre Hospitalier de Thizy-les-Bourgs et Cours-la-Ville qui dépend actuellement du GHT de Loire mais pourrait être rattaché dans un avenir proche au GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes).

Les indicateurs socio-économiques montrent une population globalement défavorisée (Cf. carte indice de défavorisation sociale par commune).

En termes de ressources en addictologie, on repère dans le territoire ou à proximité :

- Les ressources de Roanne, à savoir le Csapa de l'Hôpital de Roanne, l'antenne du Csapa Rimbaud. Une liaison en car (ligne 240, 7 cars par jour, 40 minutes de trajet) relie Thizy-les-Bourgs et Roanne ;
- L'Elsa de Tarare est difficilement accessible en transport en commun car la fréquence de desserte entre Thizy-les-Bourgs et Tarare est faible (ligne 116, 3 cars par jour, 47 minutes de trajet) ;
- Pour les habitants du bassin de Monsols, la permanence du Csapa Jean-Charles Sournia à Beaujeu, peut constituer une ressource de soin, notamment pour les personnes véhiculées (15 minutes de trajet en voiture ou 20 minutes en car, car du Rhône ligne 236, 3 bus par jour) ;
- L'équipe mobile du Caarud Ruptures se déplace sur rendez-vous dans la zone, environ une fois par mois. À noter qu'en 2016, aucune demande n'a émané d'habitants du bassin de Monsols ;
- Pour les jeunes, on repère à Roanne la consultation Jeunes Consommateurs de l'antenne du Csapa Rimbaud et la Maison des Adolescents (porté par également l'association Rimbaud). À la fin de l'année 2017, une équipe mobile jeune portée par l'antenne du Csapa Rimbaud de Roanne se mettra en place. Celle-ci interviendra à Thizy-les-Bourgs.

La problématique des addictions est repérée dans cette partie du territoire, notamment à Thizy-les-Bourgs et l'entretien mené avec l'antenne du Csapa Rimbaud de Roanne fait apparaître des difficultés d'accès géographique aux soins en matière d'addictologie, en raison des distances et des difficultés de mobilité des publics précaires non véhiculés. La couverture des besoins dans cette zone rurale pose ainsi question. Par ailleurs, en matière de RDR on remarque qu'aucune pharmacie ne distribue de matériel stérile gratuitement (pas de pharmacie partenaire du programme de distribution gratuite porté par le Caarud Ruptures).

4.2. Sud-Ouest du territoire, autour de Tarare

Cette partie du territoire (correspondant à la partie sud de la Communauté d'agglomération Ouest Rhodanien), limitrophe de la Loire, est une zone semi-rurale avec une ville de taille moyenne : Tarare (10 814 habitants), qui possède une diversité de services, de commerces, une cité scolaire très importante (collège, lycée général, professionnel et technique) et l'Hôpital de Tarare (Hôpital Nord-Ouest).

La population de cette partie du territoire est globalement défavorisée, (Cf. carte indice de défavorisation sociale par commune), notamment à Tarare avec un quartier en politique de la Ville (Périmètre Nord de Ville), la présence de jeunes hommes sans domicile fixe et en risque fort de désinsertion sociale et d'hommes plus âgés (plus de 40 ans) ayant connu pour certain un parcours d'errance.

En matière d'addictologie, il n'existe pas de Csapa dans la ville et la seule ressource de soin du territoire est l'Elsa de l'Hôpital de Tarare, qui répond à l'ensemble des besoins mais a, de ce fait des délais de rendez-vous longs.

L'équipe mobile du Caarud Ruptures, effectuée à la demande des usagers et sur rendez-vous des visites à domicile (ou lieu de rendez-vous), deux fois par mois, en moyenne.

Trois pharmacies sont partenaires du programme de distribution gratuite de matériel d'injection stérile porté par le Caarud Ruptures.

À proximité, le service addictologie de l'Hôpital de l'Arbresle (liaison en train, 15 minutes de trajet, une quinzaine de train par jour) et les ressources de Roanne (le Csapa hospitalier, l'antenne Csapa Rimbaud et la Maison des Adolescents sont accessibles en 40 minutes en train ou voiture). Il est important de noter que les ressources de Villefranche-sur-Saône sont difficilement accessibles depuis Tarare pour ceux qui ne sont pas véhiculés (environ une heure de trajet en car et 40 minutes en voiture).

La couverture des besoins pour cette partie du territoire apparaît globalement insuffisante au regard de l'importance des besoins repérés (problématique alcool repérée, présence de publics précaires, isolés, en errance), en particulier dans la ville de Tarare. Des besoins de renforcer les possibilités de suivi ambulatoire et l'accès à la réduction des risques (distribution de matériel, conseils, premier contact avec un dispositif addictologie) pour des publics précaires, polyconsommateurs, peu disposés à entrer dans une démarche de soin sont identifiés à Tarare.

Enfin, pour les jeunes, il n'existe aucune ressource d'écoute (mais présence d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale porté par le Département), dans une ville où sont scolarisés plus de 1 500 collégiens et lycéens.

4.3. La communauté de Communes du Pays de l'Arbresle

La Communauté de communes du Pays de l'Arbresle, située à l'est de l'agglomération lyonnaise, a une population de 36 881 habitants. Il s'agit d'une zone semi-rurale sous

influence de l'agglomération lyonnaise, notamment dans sa partie occidentale. La ville centre de la Communauté de communes est l'Arbresle avec 6 299 habitants.

En termes d'addictologie, le service addiction du Centre Hospitalier de L'Arbresle est un service de niveau 2 qui a un bassin de patientèle étendu (au-delà du département du Rhône). Ce service hospitalier dispose également d'une consultation dédiée aux jeunes (pas de nécessité d'une autorisation parentale pour les mineurs).

L'équipe mobile du Caarud Ruptures se déplace également dans cette partie du territoire à la demande des usagers sur rendez-vous à leur domicile (ou lieu de RDV) et lors d'une permanence de deux heures dans un camion un mardi par mois, en soirée depuis mars 2017. À noter, qu'aucune pharmacie ne distribue gratuitement de matériel stérile (pas de pharmacie partenaire du programme de distribution de matériel d'injection stérile porté par le Caarud Ruptures).

Les indicateurs socio-sanitaires disponibles montrent une population globalement favorisée (Cf. carte indice de défavorisation sociale par commune) et on ne repère pas de problématique d'addiction majeure (diagnostic local de santé réalisé en 2015⁴⁶).

4.4. La communauté de communes Beaujolais-Pierres-Dorées

Situé à proximité de l'agglomération Lyonnaise et au sud de Villefranche-sur Saône, la communauté de communes Beaujolais-Pierres-Dorées, une zone semi-rurale sous influence de l'agglomération lyonnaise compte 50 072 habitants en 2014.

En matière d'addictologie, les ressources les plus proches sont celles de Villefranche-sur Saône (2 Csapa et Elsa de l'hôpital) et de l'Arbresle (service addiction du centre hospitalier de l'Arbresle).

La population est globalement favorisée, selon les indicateurs socio-économiques, et ne connaît, de ce fait, pas de difficultés de mobilité majeure pour accéder aux services de santé. Par ailleurs, la zone ne semble pas concernée par une problématique d'addiction majeure.

4.5. La communauté d'agglomération Villefranche Beaujolais Saône

Villefranche Saône Beaujolais compte 72 482 habitants, dont 36 559 à Villefranche-sur-Saône. Villefranche-sur-Saône est la ville centre du territoire d'étude Rhône Nord et regroupe des ressources de tout type services, éducation, commerces, scolarité et santé (Hôpital de Villefranche-sur-Saône et médecins spécialités en libéral).

Les indicateurs socio-sanitaires indiquent que la population est globalement favorisée à l'exception de Villefranche-sur-Saône qui concentre une population plus précaire, notamment dans les quartiers en politique de la Ville (Belligny, le Garet et Belleruche à cheval sur les communes de Villefranche-sur Saône, Limas et Gleizé). Par ailleurs, des

⁴⁶ Diagnostic local de Santé pays de l'Arbresle, mars 2016 consultable à l'adresse suivante : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/DLS_Pays_Arbresle.pdf

publics en grande précarité sont repérés à Villefranche-sur-Saône : des jeunes en errance et en fort risque de désinsertion et des hommes plus âgés (plus de 40 ans) isolés et précaires ayant connu pour certains un parcours d'errance ;

En matière d'addictologie, les ressources sont diversifiées avec deux Csapa et l'Elsa de l'Hôpital de Villefranche, mais les entretiens menés montrent des délais de rendez-vous longs pour une prise en charge d'une addiction à l'alcool (en raison de l'importance de la problématique alcool repérée et du manque d'un médecin addictologue dans le Csapa Jean-Charles Sournia).

En matière de réduction des risques, 4 pharmacies à Villefranche-sur-Saône (partenaires du Caarud Ruptures) distribuent gratuitement du matériel de réduction des risques (Steribox®), et le Csapa Jonathan met également à disposition du matériel de RDR (possibilité principalement utilisée par des usagers en soin au Csapa). L'équipe mobile du Caarud Ruptures intervient ponctuellement à Villefranche-sur-Saône mais des besoins de renforcer l'accès à la réduction des risques, dans ses dimensions conseils et premier contact avec un dispositif addictologie, sont identifiés à Villefranche-sur-Saône pour des publics précaires, polyconsommateurs, peu disposés à entrer dans une démarche de soin.

La Consultation Jeunes consommateurs (portée par le Csapa Jonathan situé à la Maison des Adolescents) et la Maison des Adolescents constituent des ressources pour les jeunes concernés par des consommations et les addictions mais restent difficiles d'accès pour les jeunes en dehors de Villefranche-sur-Saône (distance et faible mobilité des jeunes).

4.6. Le Nord-est du territoire, autour de Belleville et Beaujeu

Cette partie du territoire, au nord de Villefranche-sur-Saône et limitrophe du département de la Saône et Loire, est une zone semi-rurale. Belleville-sur-Saône, située à 15 km de Villefranche-sur-Saône, constitue un point de centralité car la commune regroupe un certain nombre de services, de commerces et un lycée.

Les indicateurs socio-économique disponibles montrent une population relativement favorisée avec cependant des poches de précarité à Belleville-sur-Saône, avec un quartier en politique de la Ville (quartier Aiguerande) et Beaujeu (Cf. carte indice de défavorisation sociale par commune).

En termes de ressources en addictologie, on repère dans le territoire ou à proximité :

- Les ressources de Villefranche-sur-Saône, à savoir les 2 Csapa et l'Elsa de l'hôpital, accessibles en transport en commun (trajet de 10 minutes train et car) depuis Belleville-sur-Saône mais plus difficile d'accès depuis les autres communes du territoire ;
- La permanence du Csapa Jean-Charles Sournia à Beaujeu, pour le bassin de Beaujeu;
- L'équipe mobile du Caarud Ruptures se déplace sur rendez-vous dans la zone, environ une fois par mois ;
- Pour les jeunes, on repère à Villefranche-sur-Saône la consultation Jeunes Consommateurs et la Maison des Adolescents, mais qui reste peu accessible

aux jeunes, peu autonomes dans leurs déplacements. La « permanence Adolescents » peut constituer un lieu de parole et d'écoute sur les questions de consommation de substances psychoactives ;

- Les ressources de Macon sont également accessibles aux habitants véhiculés qui résident dans le nord de la zone (trajet de 25 minutes en voiture depuis les communes de Julienas, Chenas).

Par ailleurs, deux pharmacies à Belleville-sur-Saône et une à Saint-Jean d'Ardières (partenaires du Caarud Ruptures) distribuent gratuitement du matériel de réduction des risques (Steribox©).

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude et le diagnostic local de santé mené dans la Communauté de Communes Saône Beaujolais⁴⁷ ne montrent pas de problématique d'alcool majeure dans ce territoire.

La couverture des besoins dans cette zone du territoire semble relativement satisfaisante avec la proximité de Villefranche-sur-Saône et depuis la mise en place de la permanence du Csapa Jean-Charles Sournia à Beaujeu, mais l'accès aux ressources est difficile depuis les zones rurales du territoire, notamment pour les jeunes.

⁴⁷ Diagnostic local de Santé Communauté de communes Saône Beaujolais, avril 2017 consultable à l'adresse suivante : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/DLS_Saone_Beaujolais.pdf

Synthèse et pistes d'actions

1. Synthèse

Rhône-Nord, un territoire semi rural à proximité de l'agglomération lyonnaise

Situé au nord-ouest de Lyon, le territoire Rhône Nord est un territoire semi-rural à la population dense. Sous l'influence de la métropole lyonnaise, le territoire connaît une croissance démographique soutenue dans sa partie orientale. Le territoire est ponctué de villes de tailles moyennes et d'une ville plus importante Villefranche-sur-Saône. Les données socio-économiques montrent une situation disparate, le sud et l'est, sont globalement favorisés tandis que l'ouest du territoire est plutôt défavorisé. Des publics en précarité sont repérés dans les villes, notamment à Tarare et Villefranche-sur-Saône mais également dans des zones rurales (Beaujeu, Thizy-les-Bourgs, Monsols), ce qui pose la question de l'accès des habitants précaires et peu véhiculés des zones rurales aux ressources de santé, y compris aux dispositifs d'addictologie du territoire.

La viticulture et les fêtes traditionnelles : la banalisation des consommations d'alcool ?

Rhône-Nord se démarque par la vivacité de certaines fêtes traditionnelles locales, en particulier autour de la fête des Conscrits à Villefranche-sur-Saône et des fêtes des Classes, dans un territoire où la viticulture (activité emblématique du Beaujolais) a un poids économique important. Ces occasions festives peuvent favoriser des consommations d'alcool.

Ce contexte spécifique peut générer une certaine tolérance par rapport à certaines pratiques à risques en matière d'alcool, en particulier les ivresses. Par ailleurs, les organisateurs d'événements festifs, tels que les comités des fêtes, les présidents d'associations de classe et de conscrits apparaissent peu sensibilisés au message de prévention, même si une évolution est saluée, notamment en ce qui concerne la prévention des accidents de la route, en enjoignant les personnes à ne pas conduire lorsqu'elles ont consommé de l'alcool. Ce point constitue un enjeu fort en termes de prévention.

L'information du grand public : une faible visibilité et lisibilité des ressources dans le territoire concernant les possibilités de prise en charge en addictologie

L'information concernant les possibilités de prise en charge en addictologie dans le territoire, la Maison des Adolescents et la Consultation Jeunes Consommateurs sont difficiles à identifier. Si internet constitue le moyen d'information privilégié, notamment par les jeunes, il n'est pas aisé d'identifier rapidement les structures ressources du territoire. En effet, sur les sites internet des collectivités locales, les structures implantées dans la collectivité sont parfois répertoriées mais pas celles disponibles dans l'ensemble du territoire (ou à proximité).

Les médecins généralistes : des articulations médecine de ville, dispositifs addictologie à renforcer

Les médecins généralistes peuvent prendre en charge des patients ayant une problématique de consommation nocive et d'addiction et, dans les zones rurales du territoire, ils constituent souvent l'unique ressource accessible (distances et difficultés de mobilité jeunes et personnes précaires en général). Cependant il convient de préciser que le temps qu'ils consacrent aux addictions (prévention, repérage, conseils, orientation vers une prise en charge spécialisée en addictologie) dépend du niveau de sensibilisation et de formation de chaque médecin dans ce domaine et de sa motivation personnelle à investir la thématique.

Si les dispositifs addictologie semblent assez bien repérés par les médecins généralistes, notamment les services hospitaliers, le relais entre la médecine de ville et les dispositifs addictologie est difficile dans certains cas :

- les dispositifs addictologie constatent le manque de médecins généralistes en relais des structures spécialisées pour les traitements de substitution. Sur ce point, il convient de souligner les réticences de certains médecins à prendre en charge les patients ayant une problématique d'addiction aux opiacés : refus de principe ou incompréhension des objectifs de la substitution, crainte du comportement des patients au cabinet et de la cohabitation avec la patientèle habituelle ;
- les médecins rencontrent des difficultés pour effectuer un relais rapide vers certains dispositifs addictologie en cas de besoin (rechute, dégradation état de santé, sevrage), en raison des délais d'attente longs (jusqu'à 3 mois) pour un rendez-vous auprès du médecin addictologue dans les Elsa et au Csapà JC Sournia.

Dans ce domaine, la coopération développée par le service addiction du Centre Hospitalier de l'Arbresle avec certains médecins généralistes, à savoir la possibilité de relais rapide (sur appel d'un médecin généraliste, le service peut rencontrer dans les 24h le patient et organiser rapidement si besoin son hospitalisation) entre le médecin généraliste et le service est intéressante car elle facilite la prise en charge adaptée des patients. En effet, cette possibilité d'appui, de relais sécurise les médecins généralistes qui peuvent plus facilement prendre en charge des patients ayant une addiction, notamment des patients ayant une addiction aux opiacés.

La sensibilisation et la formation des acteurs relais

Une part des professionnels des champs social, insertion, éducation et socio-éducatifs, sont formés au repérage et à l'accompagnement de publics ayant des problématiques d'addiction. Sont notamment saluées les formations addictions interpartenariales organisées dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale Rhône-Ouest, de l'Atelier Santé Ville de Villefranche-sur-Saône ou encore du Contrat Local de Sécurité et Prévention de la Délinquance (CLSPD) de Villefranche-sur-Saône, en lien avec les dispositifs addictologie du territoire. Ces formations favorisent une culture commune et de l'interconnaissance entre acteurs et facilitent les orientations et les échanges autour de situations communes.

Par ailleurs, une partie des personnels scolaires (dont infirmières) sont également formés à l'animation d'actions de prévention des consommations problématiques de produits psychoactifs ce qui permet de toucher un grand nombre de jeunes (démultiplication et renouvellement plus régulière des actions).

Constats par catégorie de publics : profils de consommateurs et parcours de santé des publics ayant une problématique d'addiction

Les jeunes

La contrainte des déplacements est centrale pour les adolescents et les jeunes du territoire. De ce fait, une part d'entre eux rencontre des difficultés pour accéder aux ressources d'aide et de santé qui leur sont dédiées, qui sont situées au mieux dans les centres secondaires mais surtout à Villefranche-sur-Saône (Maison des Adolescents et Consultations Jeunes consommateurs). On remarque en particulier le manque de ressource d'écoute dédié aux jeunes à Tarare, dans une ville où est implanté une cité scolaire de grande taille (collège et lycée plus de 1 500 élèves).

Trois profils de jeunes et de modes de consommation sont repérés :

- Les consommateurs ponctuels ayant des consommations récréatives et d'alcool et de cannabis chez les adolescents à partir de 14, 15 ans mais également des consommations de cocaïne et de produits de synthèse chez des jeunes plutôt à partir de 18 ans, issus de milieux plutôt favorisés ;
- Les consommateurs dépendants : en majorité des consommations quotidiennes de cannabis chez des adolescents, en majorité à partir de 16 ans, 17 ans. Il s'agit fréquemment de jeunes fragiles (précarité de la famille, fragilité psychologique, conflit parental, rupture familiale) mais également de jeunes connaissant une problématique de mal-être adolescent et parfois de pression scolaire. Quelques cas de jeunes très fragiles dépendants à l'alcool sont également signalés ;
- Les polyconsommateurs réguliers : des jeunes en errance, très précarisés sont repérés à Villefranche-sur-Saône et Tarare consommant de l'alcool, des produits illicites et des médicaments détournés de leur usage.

Sur ce territoire comme dans le reste de la France, la consommation de tabac par les jeunes est courante et banalisée, alors même qu'il constitue le premier produit consommé quotidiennement et que le tabagisme peut-être associé à un risque ultérieur d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc) et qu'il est impliqué dans l'apparition de multiples pathologies. La mise en place d'espaces fumeurs dans certains lycées, (en opposition avec la loi Evin), dans un contexte de crainte d'agression terroriste devant le lycée, peut constituer une incitation à fumer pour certains jeunes.

Concernant la prévention des consommations nocives et des addictions, deux constats sont effectués :

- Les actions collectives mises en place dans les établissements scolaires, les centres de formation et missions locales du territoire sont riches, mais celles-ci ne touchent pas l'ensemble des jeunes et sont très diverses dans leurs approches. Plusieurs limites au développement d'actions de prévention sont identifiées : les infirmières scolaires manquent de temps pour mettre en place des actions de prévention, les moyens des établissements scolaires et de la Mission Locale sont limités et les partenaires comme

les Csapa et la BPDJ⁴⁸ ne peuvent couvrir l'ensemble du territoire (taille du territoire et effectifs de jeunes importants) ;

- Les actions de prévention lors d'occasions festives sont rares (fêtes des classes, fêtes des conscrits, bals, festival de musique) et les organisateurs sont peu sensibilisés à la prévention des addictions.

En matière d'accès aux soins et de continuité des prises en charge, la formation d'acteurs relais au repérage et à l'accompagnement de jeunes ayant une problématique de consommation nocive facilite l'orientation vers une prise en charge adaptée.

À l'inverse, la banalisation des consommations de cannabis, la mise en place d'espaces fumeurs dans certains lycées (mis en place malgré la loi Evvin), la moindre capacité de soutien des parents en fragilité, l'absence d'éducateurs spécialisés, dans les zones rurales, pour les jeunes en difficulté, les problèmes d'accès géographique aux ressources de santé spécifiques aux jeunes (sauf jeunes de Villefranche-sur-Saône), le manque d'information des jeunes et des parents concernant les possibilités de prise en charge dans le territoire et le manque de formation des médecins généralistes pour ouvrir le dialogue sur les questions de consommations de substances psychoactives, constituent des freins à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge.

Les adultes

Trois profils de consommateurs dépendants sont repérés en Rhône-Nord :

- Les consommateurs dépendant à l'alcool : pour les deux tiers ce sont des hommes, âgés en majorité de 45 à 60 ans dont des personnes bien insérées, des hommes précaires dont une part importante de personnes isolées et présentant relativement fréquemment des troubles psychiatriques et des femmes précaires ;
- Les polyconsommateurs dont consommateurs d'opiacés : il s'agit d'un public à 80 % masculin, relativement jeune, moins de 40 ans. Certains bénéficient d'un traitement de substitution et sont vus dans les dispositifs addictions et d'autres sont sans prise en charge et peu vus, sauf par le Caarud Ruptures ;
- Les publics dépendants avec des difficultés spécifiques :
 - Des personnes ayant des troubles psychiatriques sévères suivis en psychiatrie principalement concernés par des consommations nocives d'alcool et de cannabis
 - Des personnes sous main de justice, majoritairement concernées par une dépendance à l'alcool mais également parfois par une dépendance aux opiacés.

En matière de prévention, les actions de prévention primaire demeurent rares et touchent peu de personnes : en milieu professionnel celles-ci existent parfois dans les grandes entreprises, elles sont quasi-absentes des fêtes traditionnelles locales (sauf parfois alcool au volant) et les actions de prévention à la Maison d'arrêt de Villefranche-sur Saône touchent peu de détenus.

En matière de réduction des risques, plusieurs ressources sont identifiées : les pharmacies partenaires du programme de distribution gratuite de matériel d'injection stérile en

⁴⁸ Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile

pharmacie (porté par le Caarud Ruptures, en lien avec le Csapa Jonathan), situées essentiellement à Villefranche-sur-Saône et alentour (Belleville, Saint-Jean d'Ardières) et à Tarare, le Csapa Jonathan (mise à disposition du matériel dans ses locaux à Villefranche-sur-Saône) et l'équipe mobile du Caarud Ruptures une demi-journée par semaine dans le territoire à la demande des usagers, sur rendez-vous et une soirée par mois (2 heures) à L'Arbresle (camion).

Deux difficultés sont donc repérées dans le territoire en matière d'accès à la RDR :

- L'accès à du matériel de RDR est difficile depuis les zones rurales ;
- La présence de l'équipe mobile est très limitée dans le territoire, en particulier à Villefranche-sur-Saône et Tarare, où des besoins sont repérés : présence de publics très précaires, en errance, polyconsommateurs de produits illicites, peu vus en Csapa Jonathan et à l'Elsa de Tarare, pas forcément prêts à un être dans un suivi addictologie et qui a difficilement accès à de la RDR, dans sa dimension conseil (au-delà de l'accès simple à du matériel stérile).

Concernant **la prise en charge en addictologie**, on identifie plusieurs éléments facilitant l'accès aux soins et la continuité des prises en charge :

- Les démarches d'« aller vers » (actions du médiateur santé de l'Elsa de Tarare qui assure un accompagnement de proximité sur les plan social et santé pour des personnes ayant une addiction, équipe mobile du Caarud Ruptures et relances téléphoniques pour les « *perdus de vue* ») ;
- Le non jugement moral des équipes d'addictologie, salué par les usagers comme étant un élément d'encouragement à poursuivre les soins ;
- L'extension des activités des Elsa pour répondre aux besoins du territoire : les Elsa de Villefranche-sur-Saône et Tarare assurent des suivis ambulatoires, au-delà des missions de liaison, en raison de l'absence de Csapa à Tarare et du manque d'un médecin addictologue au Csapa JC Sournia de Villefranche-sur-Saône, pour ne pas laisser les personnes sans solution ;
- Les possibilités de rendez-vous en dehors des horaires classiques (pause méridienne, soirée) au Csapa Jonathan (une soirée par semaine) et au Csapa Anpaa (au cas par cas), facilite grandement l'accès aux soins pour les personnes qui exercent une activité professionnelle ;
- Les articulations entre le service addiction du Centre Hospitalier de l'Arbresle et certains médecins généralistes et la possibilité de relais rapide en cas de besoin vers une prise en charge en addictologie (RDV dans les 24H et organisation si besoin d'une hospitalisation) est sécurisante pour les médecins généralistes qui peuvent plus facilement prendre le relais pour des patients suivis en addictologie, notamment pour des patients ayant une addiction aux opiacés ;
- L'organisation locale à Beaujeu (Maison de Santé pluriprofessionnelle, CMP et Csapa dans les mêmes locaux et hôpital local à proximité favorise le passage de relais et les suivis conjoints).

À l'inverse les principaux facteurs défavorables à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge sont les suivants :

- Les difficultés d'accès à une prise en charge addictologique dans les zones rurales, notamment dans le nord-ouest du territoire, en raison des distances à parcourir et des difficultés de mobilité des publics précaires ;
- les délais de prise en charge sont longs à l'Elsa de l'hôpital de Tarare, à l'Elsa de l'Hôpital de Villefranche-sur Saône et au Csapa ANPAA. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous, notamment auprès du médecin addictologue de ces structures sont longs, parfois au-delà de trois mois⁴⁹. À Tarare, en l'absence d'autre possibilité de suivi ambulatoire à proximité, l'Elsa répond à l'ensemble des besoins mais les délais d'attentes sont allongés. À Villefranche-sur-Saône, un poste de médecin addictologue est non pourvu au Csapa Jean-Charles Sournia (ANPAA), entraînant l'allongement des délais d'attente dans ce dispositif et à l'Elsa hospitalière. Pour les patients, les principales conséquences de ces délais sont le risque d'abandon de la démarche de soin et le risque de rechute en sortie de séjours en Soins de Suite et de Réadaptation (rendez-vous trop lointain en sortie de « cure ») ;
- Le manque de médecins généralistes en relais des structures spécialisées pour les traitements de substitution aux opiacés.

La **prise en charge psychiatrique des personnes concernées par une addiction** est facilitée par la présence de psychologues et psychiatres dans certaines équipes addictions (Elsa de Villefranche-sur-Saône, Csapa Jonathan, Service addiction de l'Arbresle) mais les suivis conjoints entre les dispositifs addiction et psychiatrie sont difficiles à mettre en place (en raison notamment de l'absence de demande de soin ou demande ambivalente, du maintien des consommations et des approches différentes entre la psychiatrie et l'addictologie) mais elles sont parfois possibles pour des patients ayant une problématique addiction stabilisée et n'étant pas désaffiliés.

La **prise en charge somatique des personnes précaires ayant une addiction** n'est pas toujours optimale : pas de suivi médical régulier, pas de médecin traitant, manque de formation et sensibilisation des soignants, en ville et à l'Hôpital, alors même que les besoins sont importants (constats d'un état de santé dégradé en lien avec leur consommations et vieillissement prématuré). Cette problématique est encore accrue chez les publics qui ont des polyconsommations notamment opiacés,

L'amélioration des **conditions de vie et l'insertion sociale** des personnes ayant une addiction, sont des facteurs clé pour favoriser l'accès et la continuité des soins, la réduction des consommations ou l'abstinence et ainsi améliorer l'état de santé et la qualité de vie de ces personnes.

A l'inverse, l'absence de logement stable, les conditions de vie difficiles et le manque de soutien social sont des motifs de ruptures et rechutes fréquents. La présence de travailleurs sociaux dans l'ensemble des dispositifs addiction et le partenariat noué avec les ressources d'aide et d'insertion du territoire constitue une aide dans le domaine.

En matière de logement, on repère, à Villefranche-sur-Saône et Tarare, le manque de solutions de logement accompagné, d'hébergement et d'hébergement à bas seuil de

⁴⁹ Au moment de la finalisation de l'étude, le renforcement de l'équipe de l'ELSA a permis de diminuer les délais d'attente pour une prise en charge. Ils sont d'environ 15 jours d'attente en janvier 2018.

tolérance (tolérance à l'égard des consommations de substances psychoactives dans la partie individuelle du logement et de la présence de chiens),

Par ailleurs, une part des personnes suivies en addictologie sont en situation de pauvreté et, au-delà de la question du logement, certaines sont concernées par des difficultés pour se nourrir (faim et malnutrition), un facteur défavorable à un bon suivi et à la poursuite des soins qui mérite une attention soutenue : en effet, l'insécurité alimentaire ne permet pas aux personnes d'être psychologiquement disponibles pour s'investir dans une démarche de réduction des risques et de soin.

Les femmes

Les acteurs rencontrés ont souligné le sentiment de honte et de culpabilité des femmes ayant une problématique d'addiction qui a pour conséquence un accès tardif aux soins. En effet, les représentations négatives entourant les femmes dépendantes (antithèse des modèles féminins et maternels encore dominants dans la société), en partie intégrées par celles-ci, sont un frein pour aborder le problème d'addiction et entamer une démarche de soin. Cet élément n'est pas spécifique au territoire mais est à prendre en compte pour favoriser l'accès plus précoce des femmes à une prise en charge.

Dans ce domaine, l'accueil spécifique pour les femmes au Csapa Jean-Charles Sournia, est salué par les usagers. Il constitue une aide à l'accès et au maintien dans les soins des femmes alcoolodépendantes. Le partenariat noué entre les Csapa du territoire et les services de maternité, PMI, sage-femmes libérales, au sein du groupe « périnatalité et addiction » est également un levier bien repéré pour favoriser l'accès à une prise en charge addictologie.

L'accès aux soins des femmes toxicodépendantes constitue un point de vigilance, comme partout en France. Ces femmes sont peu présentes dans les files actives des dispositifs d'addictologie (90 % d'hommes au Csapa Jonathan, environ 80 % d'hommes vus par l'équipe mobile du Caarud Ruptures, pas de données pour les structures hospitalières). Par ailleurs, les équipes soulignent la grande vulnérabilité des femmes en couple et les difficultés à toucher ce public. Plusieurs causes à l'invisibilité des femmes sont identifiées :

- La prédominance des hommes, tant dans la consommation de substances psychoactives que dans l'initiation d'un traitement ;
- La très forte stigmatisation des femmes toxicodépendantes.

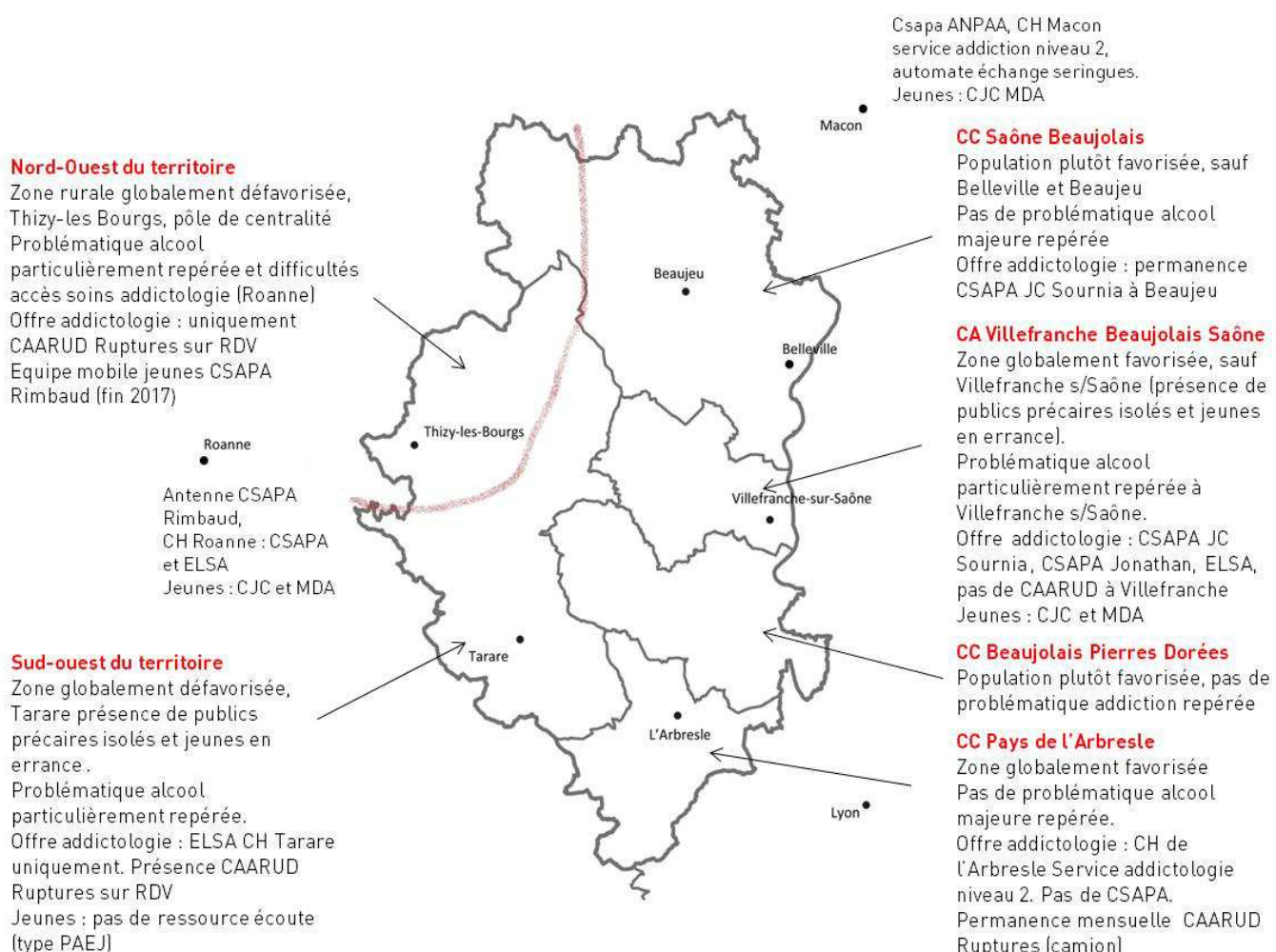
Approche territoriale : l'enjeu de la couverture des besoins à Tarare et dans la zone rurale autour de Thizy-les-Bourgs

La couverture des besoins sur l'ensemble du territoire d'étude n'est pas homogène. En effet, dans certaines parties du territoire, des difficultés d'accès à une prise en charge addictologique sont repérées. Des « trous de couverture » sont ainsi identifiés dans les zones défavorisées sur le plan socio-économique, rurales (difficultés de transport) et où il existe peu de réponse en matière d'addictologie.

Ainsi, dans l'est du territoire, densément peuplé, globalement favorisé, les possibilités de prise en charge en addictologie existent (Villefranche-sur-Saône, L'Arbresle), même si des besoins en matière de réduction des risques à Villefranche-sur-Saône sont identifiés et si les dispositifs peinent à répondre actuellement aux besoins en matière de prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool (délais d'attente importants, 3 mois, car poste de médecin addictologue non pourvu au Csapa Sournia).

À l'inverse l'ouest du territoire, plus rural, globalement défavorisé, où des besoins sont repérés (soins et RDR) offre peu de réponse en matière d'addictologie (uniquement une Elsa à Tarare et équipe mobile du Caarud Ruptures une demi-journée pour tout Nord Rhône).

Couverture des besoins par zone



La couverture des besoins dans le sud-ouest du territoire apparaît globalement insuffisante au regard de l'importance des besoins repérés (problématique alcool repérée, présence de publics précaires, isolés, en errance, polyconsommateurs), en particulier dans la ville de Tarare. Des besoins de renforcer les possibilités de suivi ambulatoire et l'accès à la réduction des risques (distribution de matériel, conseils, premier contact avec un dispositif

addictologie) pour des publics précaires, polyconsommateurs, peu disposés à entrer dans une démarche de soin sont identifiés à Tarare. Par ailleurs, pour les jeunes, il n'existe aucune ressource d'écoute, dans une ville où sont scolarisés plus de 1 500 collégiens et lycéens.

La couverture des besoins dans le Nord-Ouest du territoire, zone rurale, globalement défavorisée autour de Thizy-les-Bourgs pose également question : une problématique d'alcool est repérée notamment à Thizy-les-Bourgs et des difficultés d'accès géographique aux soins en matière d'addictologie et à la RDR, en raison des distances et des difficultés de mobilité des publics précaires non véhiculés, sont repérées.

2. Pistes d'actions

A la croisée des données quantitatives et qualitatives recueillies dans le cadre de l'étude « Analyse du parcours des patients en addictologie dans le nord du département du Rhône », il apparaît que **10 axes pourraient être particulièrement travaillés** sur le territoire, dans le prolongement des actions déjà menées par les différents acteurs en présence.

Pistes d'actions transversales

1. Développer des possibilités de prise en charge ambulatoire en addictologie, à Tarare

Au regard des données disponibles concernant le profil socio-économique de la population de la communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien, globalement défavorisé, notamment à Tarare et compte-tenu de la problématique de consommations problématiques repérée, il semble important de renforcer à Tarare des possibilités de prise en charge en addictologie, en ambulatoire.

2. Renforcer la présence de l'équipe mobile du Caarud Ruptures dans le territoire Rhône-Nord, en particulier à Villefranche-sur-Saône et à Tarare

Dans ces villes où des publics en précarité et des jeunes en errance, polyconsommateurs, sont repérés, les besoins en réduction des risques sont peu couverts. Ce public est peu disposé à entrer dans une démarche de soin formelle. Il est néanmoins important de favoriser leur accès à du matériel de réduction des risques, à des conseils et à un premier contact avec des professionnels en addictologie (plusieurs possibilités ont été évoquées : comme par exemple un camion qui se déplacerait sur ces territoires, à l'image de ce qui a été mis en place à l'Arbresle, mais aussi des permanences...)

3. Renforcer le maillage du territoire, en particulier dans les zones rurales (notamment zone autour de Thizy-les-Bourgs) : relais, partenariat avec médecine de ville et pharmacies

Pour les structures d'addictologie, il s'agit de renforcer encore le partenariat avec les médecins généralistes et les pharmacies, notamment dans les zones rurales où les possibilités de prise en charge en addictologie et d'accès gratuit à du matériel de réduction des risques sont moindres, mais également plus largement dans l'ensemble du territoire afin que les médecins généralistes puissent davantage et plus facilement s'appuyer sur les Csapa locaux et les Elsa lorsqu'ils sont en difficulté avec un patient consommateur. Ce partenariat pourrait permettre de répondre aux besoins des médecins généralistes qui suivent des patients ayant une problématique d'addiction : connaissance des structures et

type de prise en charge proposée, formation, conseil technique concernant les traitements médicamenteux, possibilité de relais rapide en Csapa ou à l'hôpital si besoin (rechute, dégradation état de santé, sevrage). Sur ce point, la question de places d'urgence en Csapa et dans les dispositifs hospitaliers d'addictologie a été abordée par les acteurs.

La constitution d'un réseau local d'addictologie, à l'échelle du territoire Rhône-Nord, réunissant l'ensemble des dispositifs addiction, avec des actions dédiées aux médecins généralistes et pharmaciens pourrait faciliter l'émergence d'une culture commune et faciliter les orientations entre acteurs et notamment avec les médecins généralistes.

4. Développer une réflexion sur les horaires d'ouvertures des CSAPA pour permettre un accès facilité aux personnes qui exercent une activité professionnelle

Le CSAPA Jonathan est ouvert un jour par semaine en soirée jusqu'à 19h et au CSAPA de l'ANPAA, le médecin reçoit au cas par cas des personnes en dehors des horaires classiques (pause méridienne, soirée). Afin de permettre aux personnes qui travaillent d'accéder aux Csapa du territoire, il s'agit d'institutionnaliser et prévoir un créneau horaire par semaine qui permette de recevoir les personnes qui travaillent.

5. Développer la formation des médecins généralistes et des professionnels des champs social, insertion, éducation et socio-éducatif

Il s'agit de développer encore la formation des médecins généralistes et professionnels des champs social, insertion, éducation et socio-éducatif pour les outiller dans le repérage des publics ayant une problématique de consommations problématiques de substances psychoactives, dans l'accompagnement et l'orientation vers une prise en charge spécialisée :

- Formations à la prévention, repérage et prise en charge des addictions à destination des médecins généralistes, en lien notamment avec les organismes de Formation Médicale Continue
- Formations à la prévention au repérage et à l'accompagnement des publics ayant une problématique d'addiction à destination des travailleurs sociaux, insertion et professionnels en lien avec les jeunes (santé scolaire, Missions Locales, éducateurs spécialisés, Planning Familial, Point Information Jeunesse). À l'instar des formations déjà réalisées en lien avec les Csapa du territoire, l'Académie de Lyon et des dispositifs de coordination territoriaux (Conseils Locaux de santé mentale, Ateliers santé Ville, Conseils Locaux de Sécurité et Prévention de la délinquance) ;

6. Renforcer la lisibilité de l'offre de prise en charge auprès du grand public

Développer l'information sur les ressources en lien avec les consommations de substances psychoactives du territoire : sites internet des communes, journaux municipaux, radios locales et plaquettes à distribuer dans lieux fréquentés par des publics captifs (services sociaux, Missions locales et Bureaux Information jeunesse, Espace jeunes, établissements scolaires, centres sociaux...).

7. **Développer la prévention en direction du grand public : rencontrer les responsables d'évènements festifs, notamment associations de « classes » et « conscrits » dans le Beaujolais** pour les sensibiliser à la question de la prévention des consommations problématiques et des addictions et échanger sur les messages et actions de prévention pertinents et acceptable, c'est-à-dire conciliant le plaisir, le « sens de la fête », l'enjeu économique de l'alcool sur le territoire (pour ne pas susciter de rejet de la prévention) et la prévention des consommations nocives.

Ce type de démarches peut susciter des réticences importantes, mais elles constituent un enjeu fort pour le territoire et une piste à explorer en lien avec les élus des communes, en particulier lorsque les mairies sont impliquées dans l'organisation des évènements.

Pistes d'actions par catégorie de public

8. Publics jeunes

- Développer l'**information sur les ressources de santé dédiée aux jeunes en direction des jeunes et des parents** : sites internet des communes, lieux fréquentés par les jeunes (plaquettes d'information disponibles au CPEF, dans les services de santé scolaire, les BIJ-PIJ du territoire, affiches, panneaux), affichage public, journaux des collectivités locales, affichage chez les médecins généralistes, messages radios nationales et locales
- Développer un **lieu d'écoute dédié aux jeunes à Tarare**, proposant un accueil gratuit et anonyme. Dans ce domaine, plusieurs pistes de réflexion pourraient être envisagées : antenne de la MDA de Villefranche-sur-Saône, développement d'un Point Accueil Ecoute Jeunes, lien avec le Centre de Planification et d'Education Familiale du Département, la Consultation Jeunes Consommateurs (Villefranche-sur-Saône)
- Renforcer la **formation** à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des jeunes ayant une problématique d'addiction **en direction des professionnels travaillant en lien avec les jeunes** (personnels scolaires, Missions Locales, éducateurs spécialisés, planning familial, Point Information jeunesse, Bureau Information jeunesse)
- Sensibiliser les enseignants à l'enjeu du développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, comme socle pour mieux éviter les consommations problématiques de substances psychoactives. Les sensibiliser à l'intérêt de mettre en œuvre des approches permettant d'augmenter les compétences psychosociales des élèves dès l'école primaire et tout au long de leur scolarité. Ces compétences ont un impact positif sur les capacités des personnes à interroger et mieux maîtriser leurs consommations de produits psychoactifs
- Soutenir les projets des établissements scolaires qui permettent le développement de réflexions croisées entre élèves, enseignants et adultes et qui facilitent un échange et une prise de recul autour des consommations de produits psychoactifs.

- Collèges et lycées : il pourrait s'agir, par exemple, de soutenir le projet développé dans les collèges et lycées de Villefranche-sur-Saône (dans le cadre d'une expérimentation de la Mildeca) autour de la mobilisation d'élèves dans un projet sur cette thématique, en veillant à l'implication d'élèves en difficultés scolaires (avec un point de vigilance sur les élèves issus de quartiers en politique de la ville). A l'issue de ce projet et de son évaluation, il pourrait être intéressant de voir comment reproduire ce projet dans d'autres établissements scolaires
- CFA et MFR : développer des approches spécifiques en direction des élèves de CFA et MFR qui sont en alternance et donc confrontés à la consommation d'adultes en milieu professionnel, avec une attention particulière aux jeunes en situation de fragilité sociale
- Mener des actions spécifiques en direction des jeunes en difficulté d'insertion suivis en Mission Locale et auprès des jeunes suivis par la PJJ, dont une partie est en situation de fragilité sociale

9. **Publics en précarité : favoriser l'accès aux soins, le maintien dans le soin**

- **Améliorer les conditions de vie des habitants en précarité ayant une problématique d'addiction :**
 - développer des possibilités d'**hébergement à bas seuil** (possibilité de consommer des produits psychoactifs dans la partie individuelle du logement et acceptation des chiens) ;
 - porter une attention soutenue aux questions d'**alimentation** en développant par exemple les liens avec les épiceries sociales du territoire afin de s'assurer que les besoins alimentaires des personnes sont couverts et ce, afin d'améliorer leur disponibilité psychologique face aux démarches de réduction des risques ou d'arrêt des consommations.
 - **Développer les possibilités d'accompagnement santé individuels de proximité** (visites à domicile, accompagnement physique aux rdv médicaux) pour des habitants précaires ayant une problématique d'addiction ; À l'image des missions confiées au médiateur santé de l'Elsa de Tarare
- #### 10. **Public féminin ayant une addiction (notamment aux opiacés) : formations des professionnels de santé et travailleurs sociaux, approches et accueil spécifiques pour favoriser leur accès aux soins et aux suivis**
- **Soutenir** le partenariat noué avec les services de maternité, PMI, sage-femmes libérales et Csapa du territoire, autour du **groupe périnatalité et addiction** afin de favoriser le repérage des femmes concernées par une consommation problématique, et de faciliter leur accès à une prise en charge en addictologie.

- Développer la **formation en direction des professionnels de santé et travailleurs sociaux** concernant spécifiquement l'accompagnement des femmes ayant une problématique d'addiction afin de destigmatiser ce public et d'éviter les retards ou renoncements de prise en charge.
- **Développer des modalités d'accueil spécifiques pour les femmes toxicodépendantes** en s'inspirant des expériences menées dans d'autres Csapa en France : possibilités d'accueil dans des créneaux horaires spécifiques ou lieu dédié aux femmes (local, salle ou lieu dédié), possibilité d'accueil des enfants et aménagement d'un espace adapté (matériel, professionnel dédié ?). Cet accueil individuel et/ou collectif femmes doit favoriser l'expression et la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans un cadre sécurisant et souple (horaires). Les expériences groupales menées dans d'autres structures autour de temps festifs et conviviaux (gouter, déjeuners), de soin de soi (esthétique, cuisine...) pour favoriser l'expression et renforcer l'estime de soi sont des pistes intéressantes. Il convient toutefois de souligner que ces propositions collectives ne peuvent pas convenir à tous, certaines pouvant craindre l'entre-soi, les modalités d'un accueil individuel spécifique femmes sont également à développer.

11. Personnes incarcérées ou sortant de prison

Il s'agit de mener une réflexion partenariale avec la direction de la Maison d'arrêt, l'Unité de Soins Sanitaires de niveau 1 et le Csapa référent (Csapa Jonathan) afin de renforcer l'accès aux outils de réduction des risques en prison et d'améliorer la prise en charge mais aussi de mieux préparer les sorties de prison pour éviter les ruptures de droits en santé, les ruptures de soins et limiter les rechutes en matière de consommations.

12. Favoriser l'accès à une prise en charge psychiatrique de patients suivis en addictologie, notamment patients ayant une addiction aux opiacés

- Renforcer la présence de psychiatre en Csapa et renforcer les liens entre les équipes des dispositifs addictologie et les Centre Médico Psychologiques afin de favoriser le diagnostic des troubles psychiatriques et les prises en charge conjointes (addictologie et psychiatrie).
- Favoriser les relais vers le CMP et la continuité des soins psychiatriques des personnes ayant une addiction, une piste de travail qui pourrait être travaillée dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale, du GHT Rhône-Nord (qui associe le CH Nord Ouest et le CHS Saint-Cyr) et en lien avec les projets territoriaux de santé mentale.

Bibliographie

1. Schéma régional d'addictologie Rhône-Alpes : volet médico-social et ambulatoire 2009-2013. Lyon: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales; 2010 p. 69.
2. Beck F, Cadet-Tairou A, Gauduchon T, Le Nezet O, Lermenier-Jeannet A, Obradovic I, et al. Addictions en Rhône-Alpes : consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2016 p. 79. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbw1.pdf>
3. Inpes. Tabac [Internet]. Santé Publique France. 2014 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/index.asp>
4. Les risques du tabagisme actif [Internet]. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif>
5. Tableau de bord sur la santé de la drôme et de l'Ardèche [Internet]. ORS Auvergne-Rhône-Alpes; 2017 janv. Disponible sur: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/TB2607_2017.pdf
6. Alcool et santé [Internet]. Inserm. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante>
7. Circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie [Internet]. Mai, 2007. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>
8. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie [Internet]. Bulletin officiel du Ministère chargé de la santé, 2008/3 avril, 2008 p. 186-207. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf
9. Observation des drogues pour l'information sur les comportements en - ODICER régions [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>
10. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes [Internet]. OFDT; 2014 oct. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf>
11. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT); 2013 sept p. 121. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf

12. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [Internet]. Juin, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo>
13. Prévenir et accompagner : les consultations jeunes consommateurs [Internet]. Mildeca; 2015 Décembre p. 4. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/dossier-cjc_vdef.pdf
14. DHOS. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie [Internet]. sept 26, 2008. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
15. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011 [Internet]. Ministère de la santé et de la solidarité; 2006 nov. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
16. Syndrome de dépendance [Internet]. Organisation mondiale de la santé. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
17. Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Agnès Cadet-Taïrou, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Caroline Protais, et al. Addictions en Auvergne-Rhône-Alpes : consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2017 p. 14.

Liste des tableaux

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques	16
Tableau 2 - Nombre annuel moyen de décès et taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation de tabac sur la période 2008-2013 dans le Nord du Rhône	24
Tableau 3 - Nombre annuel moyen de décès et part des décès liés à la consommation d'alcool dans la mortalité générale selon l'âge sur la période 2008-2013	26
Tableau 4 - Nombre annuel moyen de décès et taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool sur la période 2008-2013 dans le Nord du Rhône.....	26
Tableau 5 - Nombre de patients hospitalisés et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour une pathologie liée à la consommation d'alcool en 2015 dans le Nord du Rhône.....	27
Tableau 6 - Nombre de patients hospitalisés et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci en 2015 dans le Nord du Rhône	29
Tableau 7 - Nombre d'hospitalisation pour troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci et répartition selon l'âge en 2015	29
Tableau 8 – Répartition des produits les plus dommageables (en %) pour les patients reçus dans les Csapa en 2016	34
Tableau 9 – Type d'usage du 1 ^{er} produit consommé pour les patients reçus dans les Csapa en 2016 ..	34
Tableau 10 – Les traitements de substitution aux opiacés au Csapa Jonathan en 2015 et 2016.....	44
Tableau 11 - Produits posant le plus de problèmes et à traiter en priorité pour les patients vus par les Elsa en 2016.....	58
Tableau 12 – Les consultations hospitalières internes réalisées par les Elsa du territoire en 2016* ...	62
Tableau 13 – Les consultations externes réalisées par les Elsa du territoire en 2016	63
Tableau 14 - Hospitalisations pour sevrage complexe selon les produits consommés en 2016.....	65
Tableau 15 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon le diagnostic principal ou associé en 2016	73

Liste des figures

Figure 1 – Taux brut annuel moyen de mortalité liée à la consommation de tabac selon l'âge et le sexe sur la période 2008-2013	24
Figure 2 – Taux brut de recours à l'hospitalisation pour pathologies liées à la consommation d'alcool selon l'âge et le sexe en 2015.....	28
Figure 3 - Nombre de personnes reçues dans les Csapa en 2015 et 2016	33
Figure 4 - Répartition des patients reçus dans les Csapa selon l'âge en 2016	35
Figure 5 - Répartition des patients reçus dans les Csapa selon la situation familiale en 2016	36
Figure 6 - Répartition des patients reçus dans les Csapa selon l'origine des ressources en 2016	37
Figure 7 - Répartition des patients reçus dans les Csapa selon l'origine de la demande de consultation en 2016.....	38
Figure 8 - Équipe salariée des Csapa en 2015 et 2016	40
Figure 9 - Nombre de consultations effectuées et de patients concernés au Csapa Jonathan selon le type de professionnel en 2015 et 2016	42
Figure 10 - Nombre de consultations effectuées et de patients concernés au Csapa JC Sournia selon le type de professionnel en 2015 et 2016.....	42
Figure 11 – Publics bénéficiaires des actions de prévention mises en place par les Csapa du territoire	47
Figure 12 – Répartition des jeunes accueillis au sein de la consultation de Villefranche-sur-Saône selon le produit à l'origine de la prise en charge en 2016.....	49

Figure 13 – Répartition des jeunes accueillis au sein de la consultation de Villefranche-sur-Saône selon l'âge en 2016.....	50
Figure 14 – Répartition des jeunes accueillis au sein de la consultation de Villefranche-sur-Saône selon l'origine de la demande de consultation en 2016.....	51
Figure 15 - Produits consommés par les personnes rencontrées par le Caarud en 2016	53
Figure 16 – Répartition par âge des personnes rencontrées par le Caarud en 2016	53
Figure 17 – Nombre de personnes vues au moins une fois dans l'année par les Elsa en 2016	57
Figure 18 – Répartition par âge des personnes vues par les Elsa en 2016.....	59
Figure 19 – Composition de l'équipe des Elsa du territoire en 2016	61
Figure 20 – Répartition des patients hospitalisés pour sevrage complexe selon l'âge en 2016.....	66
Figure 21 – Répartition des patients pris en charge selon le diagnostic principal ou associé en 2016	68
Figure 22 – Nombre d'actes selon le type de professionnels en 2016	70
Figure 23 – Répartition des patients suivis au SSR Les Bruyères selon l'âge en 2016	71
Figure 24 – Répartition des patients suivis au SSR Les Bruyères selon l'origine des ressources en 2016.....	72
Figure 25 – Répartition des patients ayant interrompu leur cure selon le motif en 2016.....	72
Figure 26 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon le motif principal de prise en charge en 2016.....	74
Figure 27 – Répartition des patients résidant dans le Nord du Rhône pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or selon l'âge en 2016	75

Liste des cartes

Carte 1 - Le territoire d'étude	15
Carte 2 – Indice de défavorisation sociale dans les communes du territoire	17
Carte 3 - Tabagisme quotidien à 17 ans en 2014	19
Carte 4 - Alcoolisation ponctuelle importante répétée à 17 ans en 2014.....	20
Carte 5 - Usage régulier de cannabis à 17 ans en 2014.....	21
Carte 6 - Les structures médico-sociales et de soins en addictologie présentes sur le Nord du Rhône en 2016	31
Carte 7 - Lieu de domicile des personnes reçues dans les Csapa du territoire en 2016.....	39
Carte 8 - Actions de prévention réalisées par les Csapa du territoire en 2016.....	46
Carte 9 - Lieux de rencontres* des personnes par le Caarud dans le Nord du Rhône en 2016	54
Carte 10 - Origine géographique des patients vus par l'Elsa de Villefranche-sur-Saône en 2016	60
Carte 11 - Origine géographique des patients hospitalisés pour sevrage complexe à l'hôpital de l'Arbresle en 2016	67
Carte 12 - Origine géographique des patients pris en charge à l'hôpital de jour de l'Arbresle en 2016	69
Carte 13 - Code postal de résidence des patients du territoire pris en charge au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or en 2016	76

