

# Diagnostics territoriaux addictologiques par département du Grand Est

Lecture complémentaire de la consultation des acteurs, à l'échelle du Grand Est



# Introduction



## Échantillon

### ✓ Nombre de structures porteuses rencontrées

- 67 entretiens réalisés dont un comptant pour trois territoires (l'addition de tous les entretiens mentionnés sur les fiches départementales fait donc un total de 69 entretiens),
- Regroupement des acteurs selon la typologie ci-contre afin de pouvoir préciser le domaine d'activité et préserver l'anonymat,
- Peu d'entretiens avec les mouvements d'entraide car nous avons principalement eu contact avec les représentants Grand Est des associations en question.

### ✓ Nombre de DT ARS rencontrées

- 7 entretiens réalisés sur les 9 DT concernées

**Structures médico-sociales** (CSAPA, CAARUD, établissements accueillant un public précaire)

**Structures sanitaires**  
(CH, ELSA, CSSRA)

**Structures autres**  
(microstructures, associations de prévention, réseau d'addictologie)

**Structures mixtes**  
(ex: structure portant un CSAPA et une association de prévention)

**Mouvements d'entraide**



## Constat

- / Peu de spécificités par territoires mises en évidence lors de la consultation des structures porteuses...
- / ... mais de nombreuses problématiques qui traversent le Grand Est;



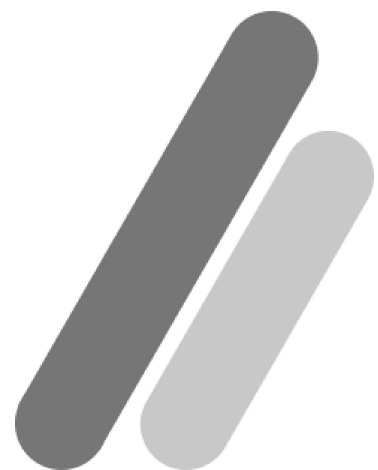
## Sélection des informations

### / Sont présentées ici

- des points communs à plusieurs territoires du Grand Est,
- des points spécifiques à un territoire susceptibles d'éclairer la situation d'autres territoires.

### / Objectif

- une analyse complémentaire à l'analyse territoriale,
- une mise en commun des informations pour donner une lecture plus complète de certaines problématiques.



# Produits



# Produits

## / Tabac

- souvent oublié pour la prise en charge (car n'est pas le produit d'entrée ni produit qui motive à demander une prise en charge, dommages moins visibles, pas considéré comme une drogue, également consommé par les professionnels... y compris sur le lieu de travail),
- mais beaucoup d'actions de prévention en cours sur le territoire du Grand Est.

## / Cocaïne et crack

- consommation en augmentation sur une grande partie du territoire,
- consommation souvent présentée en parallèle de celle de l'héroïne (cocaïne est en augmentation tandis que l'héroïne est en diminution).

## / Nouveaux Produits de Synthèse (NPS)

- phénomène nouveau sur une partie notable du territoire,
- concerne beaucoup les « jeunes ».

## / Détournement de médicaments

- concerne des opioïdes (ex: TSO, Fentanyl, Skenan) mais aussi d'autres catégories de médicaments (ex: Lyrica, benzodiazépines),
- se retrouve sur plusieurs territoires, mais surtout en Alsace,
- concerne des personnes qui n'ont pas le profil classique des « usagers de drogues »,
- produits obtenus de façon légale via prescription (pas de consommation de « drogues » antérieure),
- professionnels pas forcément attentifs à ces consommations (ils commencent à peine à s'y intéresser, notamment en hébergement car ce sont des consommations courantes).



**D'où difficultés de repérage**



# Problématiques de prise en charge





## **Des produits qui posent problème**

### **/ Prise en charge de la consommation de cocaïne**

- pas de traitement de substitution mais d'autres options ?
- un produit consommé par un public inséré professionnellement qui cherche à éviter la stigmatisation (demande à être « servi sur le trottoir » plutôt qu'à l'intérieur de la structure, donc ne peut pas échanger avec eux, problème également des horaires d'ouverture car ils sont indisponibles en journée).

### **/ Les nouveaux produits de synthèse (NPS)**

- nouveau et évolue constamment donc les acteurs ont du mal à maintenir leurs connaissances à jour.



## Prise en charge « toutes addictions » (décret CSAPA 2007)

### / **Maintien de certaines spécialités**

- par affinité historique (ont davantage d'expertise, mais aussi sont fléchés de la sorte par les partenaires et les usagers),
- pour se répartir le territoire... et éviter la compétition ?

★ Intéressant pour les usagers qui ne souhaiteraient pas être « mélangés »

### / **Faire une place aux addictions sans substances**

- problématiques nouvelles et des acteurs pas encore « très à l'aise » avec la prise en charge, faute de formation,
- des structures pas encore fléchées pour les addictions sans substances,
- des troubles comportementaux pas encore reconnus scientifiquement comme des addictions, d'où un manque d'intérêt pour ces problématiques (comparés aux addictions avec produits qui sont d'ailleurs la porte d'entrée des CSAPA),
- des troubles considérés :
  - comme des troubles du comportement et non des addictions, parfois un manque de cadrage des comportements (addictions aux écrans),
  - comme un déplacement d'une addiction avec substance à une addiction sans substance.

➡ **Risque que ces problématiques soient minorées**



## Des situations fréquentes ou en augmentation qui complexifient la prise en charge (et la coordination cf. p16)

- / Comorbidité psychiatrique/somatiques,
  - augmentation des violences et donc besoin de formation pour y faire face (pour l'ensemble du personnel, personnel administratif inclus)
- / Poly-addiction / polyconsommation,
  - problème de la co-substitution, exemple: ancien usager d'héroïne sous TSO qui se reporte sur l'alcool
- / Addictions sans substance,
  - professionnels pas à l'aise car manque de formation
- / Droits sociaux / régularisation.

➔ **Certains usagers peuvent d'ailleurs cumuler les problématiques**

« On observe une augmentation des situations complexes, lourdes: des associations de produits, une fragilité psychique, environnemental, économique et sociale. Le climat social n'aide pas non plus. »

« On constate une montée des violences qui inquiète les professionnels et nous manquons de relais. C'est souvent lié à des comorbidités psychiatriques, mais aussi à la décompensation post covid (...) on a jamais autant appelé les pompiers et la police. Le personnel est épuisé et il demande à être formé sur la prise en charge les troubles psychologiques. »



# Besoin de formation des professionnels de l'addictologie

## / Former pour révéler

- certaines problématiques sont considérées comme rares, c'est notamment le cas des addictions sans substances et du chemsex.
- or des acteurs notent une augmentation des cas identifiés au sein de leur fil active après une formation sur le sujet.
  - ★ Intérêt à former davantage pour mieux identifier et accompagner ces problématiques ?
  - ★ Pour le moment, risque de sous-estimation involontaire de ces problématiques par les acteurs (aussi parce que ces acteurs ne sont pas identifiés pour cette prise en charge et éloignement des soins de ce public)

## / Former pour mieux prendre en charge

- patients présentant des comorbidités pouvant s'avérer violents
- pour faciliter l'application des principes de la RdRD (ex: soignant qui peut rencontrer des difficultés à distribuer des seringues)
- et plus globalement, pour éviter les divergences de culture addictologiques possiblement problématiques pour la prise en charge et le travail partenarial ?
  - ★ Diversité d'approche peut également être un atout pour les usagers car cela leur permet d'avoir un éventail de possibilités pour trouver ce qui leur convient le mieux.



## Des publics difficiles à approcher pour la prise en charge

/ Des publics qui s'éloignent du profil classique (stéréotypé?) des usagers pris en charge

Publics « spécifiques »	Profil de l'utilisateur classique (stéréotypé?)
Public féminin	Homme
Public mineur	Majeur (quarantaine)
Public actif professionnellement / inséré socialement	En situation de précarité
Public sujets aux addictions sans substances	Consommation de produits
Public chemsexuels-euses	

/ Donc ces publics qui

- ne se reconnaissent pas dans ce public et/ou la figure du « drogué »
- peuvent craindre d'être confrontés à ce public ou d'y être associés (stigmatisés)
- et qui finalement évitent les lieux de prise en charge

➡ **D'où l'intérêt de créer des espaces-temps distincts pour augmenter les chances d'accès au soin**



## Autres points d'attention sur des publics spécifiques

### / Point d'attention aussi sur

- femmes enceintes : besoin d'une prise en charge rapide (même si partenariat CSAPA/maternités déjà en cours sur le territoire)
- population vivant en zone rurale : manque de transport en commun (pas de bons de transport sauf exceptionnellement)



# Travail partenarial



## Problèmes de coordination médico-sociale et sanitaire

/ Augmentation importante de la file active, notamment dans les CSAPA

➡ d'où création de listes d'attente

/ Manque de lits de sevrage

➡ d'où envoi de patients dans le Grand Est (Sarreguemines est souvent la solution, mais parfois orientent jusque dans le Nord de la France)

/ Manque de places en post-cure

➡ d'où soucis de transition de la cure à la post-cure

➡ **Situation aggravée dans les milieux ruraux à cause du manque de moyens de transport en commun**

« Il manque de structures, des lits de sevrages et de post-cure. Des personnes, pour arrêter, se retrouvent en hôpital psy ou en maison de repos (...). Parfois, ils n'ont rien à faire de la journée à part attendre (dans ces structures). »





# Problèmes de coordination avec les autres partenaires

## / **Problème de relais avec la médecine de ville**

- « désert médical »,
- problèmes de communication des informations concernant les usagers,
- difficulté à relayer pour prise en charge de TSO (cf. p. 19)

## / **Problème de relais avec la psychiatrie**

- délais importants,
- phénomène de renvoi de la balle (cf. p. 20).

## / **Difficultés pour hospitaliser les usagers lors de problématiques somatiques**

- craintes concernant la prise en charge de patients addicts ou présentant des troubles psychiatriques.

## / **Problème relais avec les logements**

- difficulté de transition,
- public non prioritaire pour les solutions de réinsertion dans d'autres types de logement,
- sortie de l'hébergement = situation anxiogène pour certains qui préfèrent se « mettre en échec ».



## Témoignages

« S'ils ont des problèmes d'alcool alors ils n'ont plus de problèmes psy, ils les renvoient en addicto. »

« On a l'exemple d'une personne qui se sentait persécutée par sa voisine et l'a frappée. Dans ce cas la psychiatre a dit que c'était de l'ordre du trouble des consommations et que ça ne relevait pas de la psychiatrie. On se renvoie la balle (...) on se sent seul sur des situations complexes.

« Vous c'est les punks à chien et nous c'est les gens qui pensent »

« Les usagers nous demandent de nous substituer aux médecins de ville. »

« Le problème majeur c'est qu'on ne trouve plus de médecins, donc on fait comme on peut. On a failli fermer il y a 2 ans l'unité de délivrance de TSO alors que c'est une obligation car on n'avait plus de médecin. On a trouvé un médecin de 74 ans pour pallier. »

« On reçoit de plus en plus de personnes, mais après on les repasse normalement en médecine de ville, or là on réoriente de moins en moins car il y a de moins en moins de médecins et certains ne veulent pas s'en charger, d'où une surcharge (...) on n'a plus de psychiatre non plus alors que nous avons beaucoup de personnes en situation de comorbidité psychiatrique. Nous avons la chance d'avoir un psychiatre qui vient 3 fois par semaine mais le PSM est surchargé et les CMP ont une liste d'attente énorme donc c'est difficile »

➤ Manque de professionnels, des professionnels surbookés ou des professionnels qui ne « veulent pas » prendre en charge cette typologie de patientèle



## Refus de prise en charge: focus sur les TSO

### / Difficultés à effectuer des relais pour la prise en charge des TSO avec

- la médecine de ville,
- les pharmacies.

### / Raisons invoquées

- manque de disponibilité (médecins).
- « refus » (parfois dissimulés sous des excuses, ex: pharmacie qui dit qu'elle n'a pas de stock de TSO).
  - ★ Hypothèse: existence de représentations négatives /craintes concernant ces usagers chez ces professionnels

### / Stratégies

- avoir les ressources en interne, ou...
- accompagner les usagers lors du premier rendez-vous pour « rassurer ».
- **surtout** : former les médecins et leur assurer le soutien des services d'addictologies.



## Des publics difficiles à orienter

- / Les publics présentant plusieurs problématiques de santé
  - poly-addiction,
  - comorbidité psychiatrique ou somatique.
    - ★ risque de « renvoi de la balle » car peut estimer que ce n'est pas leur responsabilité, surtout quand ils se sentent déjà surbookés
    - ★ pour patients violents, le risque que ce soit les forces de l'ordre qui finissent par prendre en charge
  
- / Les addictions sans substances (autres que JAH)
  - addiction au sexe (pas addiction selon certain mais « troubles dysfonctionnels de la personnalité » ou « des troubles de perversité »),
  - troubles du comportement alimentaire.
    - ★ puisque non reconnues comme des addictions, ces troubles peuvent alors relever de la responsabilité d'autres spécialités, d'où « renvoi de la balle »

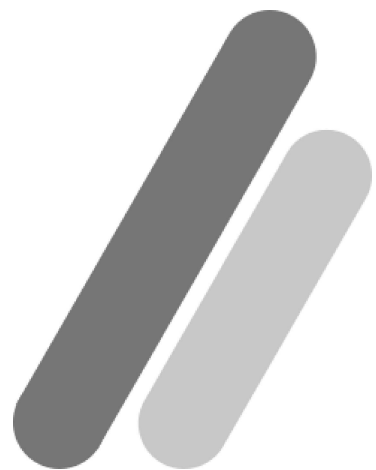


## **Difficulté d'entente entre les structures**

### **Différences de culture addictologique**

- / Opposition entre arrêt complet et RdRD
- / Répartition des activités entre le médico-social et le sanitaire

Mais aussi compétition entre les différentes structures sur certains territoires... renforcée par les appels à projets



# **Ressources humaines et financements**



# Manque de ressources humaines

## / Difficultés mentionnées :

- manque de personnel (départs à la retraite, postes vacants, absentéisme)
- difficultés à recruter par manque de candidatures ou par manque de moyens
- turn over

## ➡ Besoin de former les nouveaux

## / Qui impactent le délai de prise en charge, mais aussi :

- génère un « tri » des patients
- impact sur réponse à appel à projet et réalisation de projets
- impact sur mise en place ou développement d'éducation thérapeutique du patient

« On a des soucis pour recruter du personnel. Il y a un déficit de professionnels pluridisciplinaires : médecins, infirmières, neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens... De ce fait, on ne répond volontairement pas à de nombreux projets, car ils seraient impossibles à mettre en place et à encadrer. »

« Le plus gros frein est le manque de personnel qui impacte cette unité et le dispositif tabacologie de manière générale. Ainsi, les différentes actions menées contre le tabac ne sont pas ce qu'elles devraient être. La lutte contre le tabac devrait être aussi effective que pour les autres substances. De même les activités d'éducation thérapeutique du patient ne sont pas aussi développées par manque de personnel... »



# Problématiques de ressources humaines et de financements

## / Problèmes liés aux appels à projets

- financements non pérennes (permet difficilement l'embauche, dispositifs qui demandent plus de temps pour leur mise en œuvre et prouver leur efficacité)
- maintien de la concurrence entre les structures qui tentent de travailler ensemble
- démarche qui demande du temps et des compétences que les structures n'ont pas forcément, d'où possibilité d'un sentiment d'inégalité entre les structures selon leurs ressources disponibles





# Conclusion

## / Consommations courantes

- tabac : beaucoup de prévention mais une prise en charge encore trop rare (priorisation d'autres consommations/addictions, aussi bien par les usagers que les professionnels).

## / Nouveautés

- cocaïne et crack : une consommation en augmentation sur une grande partie du Grand Est. Consommation qui concerne un public nouveau, plus inséré socialement car actif professionnellement, d'où différents soucis de prise en charge :
  - Public qui a tendance à rester à distance des soins,
  - Public qui n'est pas disponible lors des temps habituels de permanences (travail).
- NPS : consommation qui s'installe de plus en plus sur le territoire du Grand Est, avec souvent une grande diversité de produits en constante évolution, d'où des difficultés à garder les connaissances à jour pour informer les consommateurs/trices. Concerne souvent le public dit « jeune ».
- médicaments détournés : problématique qui concerne plusieurs médicaments de la famille des opioïdes, mais aussi d'autres tels que des benzodiazépines. C'est une problématique à laquelle certains acteurs de terrain commencent à s'intéresser et qui en alerte d'autres car elle est difficile à cerner (la consommation est légale, sur prescription et le besoin potentiellement légitime à l'origine).
- addictions sans substances : Des comportements pas encore reconnus comme pouvant relever d'une dynamique addictive par la science (hormis les jeux d'argent et de hasard) et surtout des problématiques nouvelles pour les structures tenues d'accompagner à présent tous types d'addictions. D'où des soucis :
  - de prise en charge : manque de formation donc difficulté à identifier les problématiques et à accompagner,
  - et d'orientation : à qui revient la responsabilité de la prise en charge ?



# Conclusion

## / Prise en charge

- de rares structures qui maintiennent une forme de spécialisation en matière de produits pour se répartir l'activité sur le territoire (et ainsi juguler de possibles conflits). Tactique qui peut également satisfaire le besoin de certains usagers de ne « pas être mélangés » (sous-entendu avec des personnes ayant d'autres consommations/addictions que la leur).
- des structures qui doivent s'adapter :
  - aux évolutions des profils d'usagers (comorbidités psychiatriques, poly-consommations/addictions)
  - aux nouvelles consommations et pratiques (NPS, addictions sans substances, chemsex)
- et chercher à rapprocher des soins certains publics dits « spécifiques » qui en sont éloignés pour diverses raisons (éviter la stigmatisation, manque de transports, etc.).
- d'où un besoin de formation, de temps et de moyens pour repenser/ajuster la prise en charge. Mais souvent des ressources humaines et financières trop justes pour pouvoir y parvenir, d'où le développement de stratégies plus ou moins heureuses.
- aussi, beaucoup de structures du territoire se ressentent déjà en surcharge d'activité (augmentation de la file active, manque de professionnels).



# Conclusion

## / Relations partenariales

- la surcharge d'activité généralisée complexifie la possibilité d'effectuer des relais. Cela concerne tout particulièrement la médecine de ville et le secteur de la psychiatrie qui ne peuvent plus forcément soulager les structures addictologiques d'une partie de leur file active.
- aussi, des partenaires (notamment les médecins) qui sont sûrement encore sujets à des représentations négatives concernant les « usagers de drogues » d'où une certaine « frilosité » à prendre le relais, surtout pour les TSO.
- un manque récurrent de lits de sevrage et de places en post-cure (parfois aussi de place en hébergement) pose problèmes et incite certaines structures à garder des usagers dans leur service pour éviter une rupture des soins.
- de plus en plus d'usagers présentant des problématiques plurielles (ex : comorbidités) ou nouvelles (addictions sans substances) qui questionnent quant à l'organisation du parcours de soin : à quel service/spécialité revient-il de s'en charger ?
- des divergences d'opinions sur la façon d'accompagner/traiter les addictions qui peuvent peser sur les relations partenariales (souvent opposition entre le secteur sanitaire et le médico-social). Mais cette divergence culture addictologique peut également être un atout pour les usagers qui disposent alors d'un éventail plus large de possibilités pour trouver celle qui leur convient.
- une compétition entre structures souvent ravivée par la dynamique d'obtention de financements via les appels à projets.



# Merci de votre attention

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

**Siège** : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1<sup>er</sup> étage  
1, place de l'hôpital  
67091 Strasbourg cedex

**Site de Nancy** : 2, rue du Doyen Jacques Parisot  
54500 Vandœuvre-lès-Nancy

**Tél** : 03 88 11 69 80

**E-mail** : [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

**Site internet** : [www.ors-ge.org](http://www.ors-ge.org)