

ADDICTOLOGIE MEDICO-SOCIALE

Association
Addictions
France 



JANVIER 2023

Bernard **BASSET**

Patrick **DAIME**

Alain **RIGAUD**



Remerciements pour leur relecture attentive à :

*Dominique Keller, Francine Vanhee, Quentin de Pellegars,
Myriam Savy et Indra Seebarun.*



Prologue

La réponse aux besoins en addictologie s'est construite progressivement sur la base de l'évolution des connaissances et des concepts d'une discipline qui s'est affirmée progressivement à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle et surtout depuis les années 2000. Le dispositif est issu lui-même de la convergence entre le dispositif spécialisé en alcoologie, qui trouve ses origines à la fin du 19^{ème} siècle, et celui plus récent de la "toxicomanie" développé à partir de 1970. L'appréhension transversale des problèmes d'addictions a entraîné celles des missions et des pratiques au sein des structures, tout en conservant une répartition, au moins administrative, entre un secteur "sanitaire" et un "secteur médico-social". Si la partie sanitaire/hospitalière tire sa légitimité mécaniquement de la médecine, du traitement des dommages induits et de son modèle explicatif des addictions, la partie médico-sociale s'appuie en partie sur l'histoire de la mobilisation sociale face à des problèmes de santé publique au carrefour de la santé, de la sécurité publique, de la précarité et des débats de société. Le médico-social est ainsi un champ d'intervention dont la place et les missions ne se définissent pas par défaut des deux autres secteurs (le soin et le social) mais par des missions propres sur un champ spécifique et des pratiques qui en découlent.

Dans le domaine de l'addictologie, le médico-social résulte de deux développements indépendants :

- Le secteur social et médico-social qui se construit à partir des lois de 1975 et qui ignore l'addictologie jusqu'à la loi Aubry de 1998 qui crée les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et avec eux les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), avant de les intégrer avec les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) dans les CSAPA créés par la loi du 2 janvier 2002 ;
- L'alcoologie et la "toxicomanie", bien distinctes jusqu'en 1998 et sous compétence et financement par l'Etat ("lutte contre..."), effectuent la bascule addictologique avec le Plan gouvernemental 1998-2002 de la MILDT, porté par sa présidente Nicole Maestracci. L'addictologie est désormais intégrée dans le secteur médico-social avec financement par l'Assurance-Maladie à partir de la loi du 2 janvier 2002, grâce à l'intégration dans un ONDAM spécifique. De son côté, le secteur sanitaire en addictologie existe, notamment sur le versant alcool, mais sans être identifié, ni structuré (il faudra attendre le Plan Addictions 2007-2011), même si beaucoup de circulaires le concernent à partir de 1996 – ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie), unité de coordination de tabacologie (UCT), réseau Ville-Hôpital –, et de même pour le secteur universitaire.

Ainsi, le secteur social et médico-social pré-existe à l'addictologie et s'y élargit quand elle se constitue dans un contexte social de lutte contre l'exclusion et les "difficultés spécifiques aux personnes" non résolues par la médecine.



Association Addictions France (anciennement ANPAA) a largement pris sa place dans cette Histoire et ces débats. C'est pourquoi elle propose aujourd'hui sa contribution à la réflexion sur ce champ complexe du médico-social en addictologie qui doit intégrer les données, les pratiques et les représentations d'origines diverses, celles relevant notamment :

- **La santé**
 - Santé publique
 - Prévention - Promotion de la santé et données probantes
 - Epidémiologie
 - Connaissances médicales basées sur les preuves
- **Le social**
 - Sciences humaines et sciences sociales
 - Démographie
- **La politique**
 - Droit, Sécurité publique, Economie
 - Démocratie et droits des usagers
 - Déontologie et éthique
 - Politiques publiques
 - Plaidoyer
- **La formation**
- **La recherche**

Cette évocation à grands traits des différents aspects de l'addictologie médico-sociale donne à la fois l'ampleur du sujet, sa complexité et la nécessité d'une réflexion et de pratiques intégrées, afin de garantir aux usagers le meilleur accompagnement pour les aider à reprendre la maîtrise de leur consommation et de leur vie. Elle invite globalement la société à améliorer l'efficacité de ses dispositifs de prévention, de soins et d'accompagnement en addictologie.



SOMMAIRE

Prologue.....	2
Chapitre 1 : Historique et évolutions du dispositif médico-social en addictologie	5
Les racines.....	5
Histoire de la structuration du médico-social en addictologie	Erreur ! Signet non défini.
Les grandes dates de de la constitution de l'addictologie	15
Le dispositif addictologique régional	16
Les "Réseaux" de Santé en Addictologie, CPTS, PTA.....	17
Chapitre 2 : Place, missions et pratiques du médico-social en addictologie	18
La place du secteur médico-social en addictologie	18
Les spécificités du secteur médico-social en addictologie.....	19
Les pratiques du médico-social en addictologie	20
Chapitre 3 : le secteur médico-social addictologique au cœur des enjeux de santé et des débats sociétaux.....	24
Les enjeux de santé	24
Le social.....	25
Les enjeux politiques	26
Les enjeux de formation	27
L'enjeu des liens avec la recherche et l'université.....	27
L'enjeu des pratiques professionnelles :.....	28
Chapitre 4 : Le dispositif médico-social en addictologie aujourd'hui	30
1. Les CSAPA et leurs missions	30
1.1 - Les missions communes.....	30
1.2 - Les missions spécifiques	31
2. Les autres dispositifs de soins médico-sociaux avec hébergement.....	35
3 La réduction des risques et des dommages.....	37
4. Les partenariats	38
Chapitre 5 : Les défis d'aujourd'hui.....	39
Conclusion	43



Ces dernières décennies se sont caractérisées par des évolutions sociétales majeures, des modifications des modes de consommation – entre usages et dépendance –, une diversification des produits psychoactifs et comportements, et la réalité quotidienne des polyconsommations. Dans ce contexte, l'approche combinée en matière d'alcoologie, de tabacologie, de toxicomanie et d'addictions comportementales a conduit à l'appropriation sans réserve du concept d'addiction auquel l'organisation médico-sociale permet de répondre avec pertinence. C'est ainsi que le secteur médico-social addictologique se définit à la fois par son rôle dans le paysage de l'addictologie, les besoins auxquels il répond et les pratiques de ses intervenants. Sa légitimité procède à la fois de son Histoire et de sa place au carrefour des politiques sanitaires et des politiques sociales, et des pratiques d'intervention qui en découlent.

Chapitre 1 : Historique et évolutions du dispositif médico-social en addictologie

Les racines

La racine médico-sociale

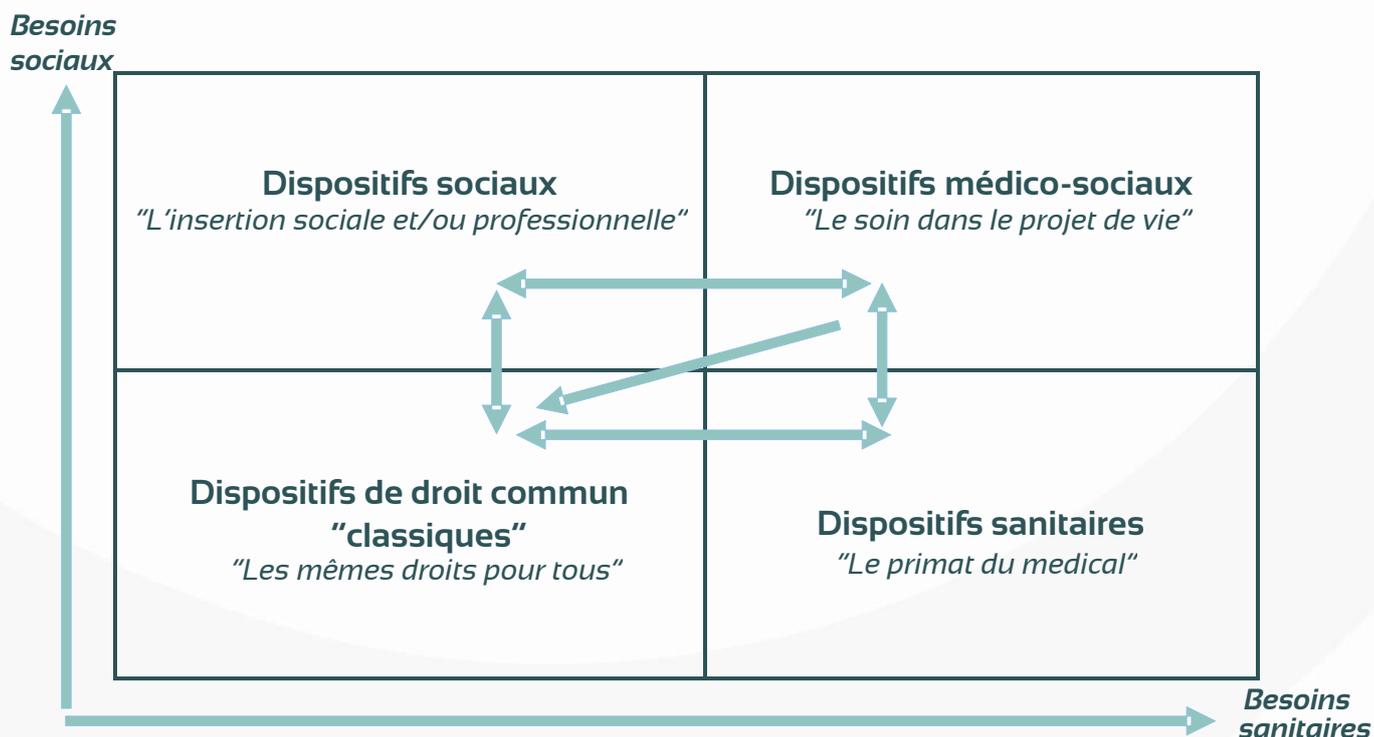
On peut définir et distinguer les différents champs du social, du sanitaire et du médico-social par leur objectif global respectif :

- pour le social : *l'insertion sociale et/ou professionnelle*. Le social a pour mission de favoriser l'autonomie et l'épanouissement de chacun dans la société ;
- pour le sanitaire : *le primat du médical et du curatif ("cure")*. Le sanitaire a pour mission le diagnostic, le soin et le traitement des malades présentant des pathologies aiguës, urgentes et/ou graves, complexes et/ou compliquées, et/ou chroniques ;
- pour le médico-social : *le soin dans le projet de vie ("care")*. Le médico-social a pour mission la "prise en charge" et l'accompagnement individualisé des personnes handicapées, âgées, vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, ou confrontées à des difficultés spécifiques, pour favoriser leur développement, leur autonomie et leur insertion, de manière adaptée à leur âge et à leurs besoins, en respectant leur consentement éclairé.

Dans l'ouvrage collectif *"Trente ans d'évolution de la santé en France"*, Jean-Claude Henrard définit ainsi le médico-social, issu des domaines du vieillissement et du handicap : *"La césure entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire curatif repose sur le temps. L'aspect momentané d'une incapacité relative à un épisode aigu relevant du secteur des soins curatifs s'oppose aux caractères de permanence et d'irréversibilité des incapacités, quelle qu'en soit l'origine, relevant d'une intervention médico-sociale au long cours. Les effets du déroulement du temps par accumulation*



des facteurs nocifs pour la santé [...] ont pour conséquence des limitations fonctionnelles ou des restrictions de participation aux activités sociales [...]. Le caractère médical d'une action médico-sociale se situe en dehors d'une phase de soins actifs à visée curative recouvrant des prestations souvent paramédicale ou psychologiques plutôt que l'intervention de médecins. C'est de la coexistence des deux modes d'intervention paramédicale/psychologique d'une part, sociale d'autre part que naît le champ du médico-social. Il ne consiste pas seulement en l'organisation de la simultanéité des deux types d'intervention, l'une sanitaire, l'autre sociale, mais en la combinaison des deux actions conjointes".



Ainsi, le médico-social ne se définit pas simplement comme le carrefour, ou le point de convergence du sanitaire et du social, mais comme un champ propre, avec ses propres missions, et donc des compétences et des moyens spécifiques. C'est d'autant plus vrai en addictologie où le secteur médico-social développe une réponse spécifique aux besoins d'une population en difficulté du fait de ses addictions



Le secteur médico-social (cadre législatif et réglementaire)

Après la loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970 qui a marqué le début de la distinction entre la personne malade et la personne handicapée, l'existence du secteur social et médico-social a été consacrée par deux lois du 30 juin 1975, obéissant à des logiques complémentaires :

- la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées ;
- la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, et qui concerne de multiples populations (enfants et familles en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité ou d'exclusion).

Elles permettent d'organiser les établissements selon une classification par catégorie de handicap et par âge. Cette nouvelle organisation est à mettre en lien avec la loi hospitalière de 1970 : les anciens hospices et autres services se redécoupent pour s'inscrire dans ce nouveau schéma tandis que de nouveaux établissements sont créés directement avec ce cadre.

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 est une loi fondatrice à triple titre :

- elle pose et symbolise la différenciation entre le sanitaire et le social ;
- elle organise pour la première fois l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome, soumis à des règles communes ;
- elle inscrit son financement dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Suit une première période où la création des établissements connaît un dynamisme certain avec une "spécialisation" qui écarte le sanitaire, les établissements se décrivant en fonction d'un agrément correspondant à tel type de handicap, tel âge ou telle difficulté. C'est aussi le début d'un certain cloisonnement.

A cette époque, la politique publique en matière d'addictions est portée par la lutte contre l'alcoolisme et la lutte contre la toxicomanie, inscrites dans le Livre III du Code de santé publique relatif aux fléaux sociaux et financées par l'Etat (Direction générale de la santé et services déconcentrés de l'Etat - DDASS).

Le secteur social et médico-social a été refondé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, conformément à l'objectif du "soin dans le projet de vie".

La racine addictologique

Le champ de l'addictologie, et en particulier de son secteur médico-social, s'est construit progressivement par la convergence des courants de la lutte contre le risque Alcool, qui a concerné tout le XX^{ème} siècle, avec un rebond en France à partir de 1954 et de l'action de Pierre Mendès-France, de la prévention du tabagisme à partir des années 50 quand les méfaits de la consommation du tabac ont été établis



de manière incontestable, et de l'histoire plus récente de la lutte contre la "toxicomanie" avec, à partir des années 1970, le développement de la consommation d'autres produits psychoactifs (héroïne, cocaïne et crack, cannabis, drogues de synthèse...), puis la reconnaissance des nouvelles addictions – addictions sans substance ou addictions comportementales.

Il importe de souligner qu'en France, contrairement aux pays anglo-saxons, le courant prohibitionniste a toujours été marginal, aussi bien pour l'alcool que pour le tabac, les deux produits psychoactifs les plus consommés et les plus dommageables à un niveau collectif et individuel. La prohibition de l'usage privé des produits qualifiés de stupéfiants n'a été inscrite qu'à partir de la loi de 1970, alors que la lutte contre l'alcoolisme s'est structurée progressivement à partir de 1954, la prévention du tabagisme à partir de la loi Veil en 1976 jusqu'à la loi Evin en 1991.

En dehors du cadre législatif, les évolutions sociétales, les progrès des connaissances scientifiques et la pédagogie faite par les acteurs de santé sur les consommations de produits licites et illicites, leurs risques et leurs dommages, ainsi que l'expérience des usagers, constituent les supports des grandes tendances actuelles :

- le tabac est indiscutablement considéré comme un produit toxique, qui tue un fumeur sur deux, et l'industrie du tabac a perdu toute crédibilité du fait de ses pratiques de lobbying et de désinformation, même si ces pratiques perdurent ;
- la dénormalisation progressive de la consommation d'alcool depuis le début du XXI^{ème} siècle, avec une meilleure connaissance des risques de toute consommation d'alcool et la prise de conscience de l'importance de ses dommages et de son coût social. Le produit, valorisé comme une consommation-plaisir et culturelle, est également de mieux en mieux reconnu comme un produit à risque ;
- une consommation de masse du cannabis sous ses différentes formes, notamment depuis les années 2000, sur laquelle la politique officielle de prohibition mise en place en 1970 n'a que très peu d'effets ;
- une prise de conscience progressive que les politiques de prévention en addictologie ne prennent pas en compte les risques relatifs des différents produits (rapport Roques, échelles de dangerosité de Nutt) par-delà leur statut légal ;
- le développement de stratégies et interventions de réduction des risques et des dommages (RdRD), aussi bien pour les drogues licites ou illicites, qui dépassent les alternatives binaires le plus souvent inefficaces (prohibition/autorisation, illicite/licite, abstinence/consommation...), et l'affirmation de la logique "d'aller vers" les populations quel que soit leur niveau de consommation et le(s) produit(s) consommé(s) ;



- la prévalence croissante des addictions sans substance du fait de la diffusion des technologies de la communication et du développement des réseaux sociaux ;
- l'irruption progressive de la parole des usagers, malgré les imperfections du fonctionnement de la démocratie sanitaire. La "prise en charge"¹, qui assigne un rôle passif de l'utilisateur, s'est transformée en "accompagnement" de son parcours dont l'utilisateur doit devenir l'acteur.

Les grandes dates de la structuration le médico-social en addictologie

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Centres d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) et les autres structures du dispositif médico-social en addictologie, que ce soient les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR), les Communautés Thérapeutiques (CT), les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) ou encore les Haltes Soins Addictions (HSA), sont l'aboutissement d'une longue histoire qui a vu converger les réponses, auparavant distinctes, aux consommations d'alcool, de tabac et de stupéfiants.

Cette histoire est jalonnée de dates qui montrent l'évolution concomitante des concepts et des structures en addictologie. C'est à partir de 1998, quand la MILDT (Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie), sous l'impulsion de sa présidente Nicole Maestracci, retient le concept d'addiction et la discipline qui en découle, l'addictologie, que s'inaugure une nouvelle orientation de la politique publique qui va faire évoluer les structures en termes de missions et d'organisation du dispositif.

- **Novembre 1970** : création des Consultations d'Hygiène Alimentaire (CHA) par la circulaire DGS/1251/MS1 du 23 novembre 1970 relative au renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques. Il s'agit, d'une part, d'accueillir et d'accompagner les "gros buveurs d'habitude" et les "malades rebutés par l'étiquette psychiatrique" en facilitant leur abord sous couvert d'une maladie de la nutrition et, d'autre part, de créer des services de postcure itinérants.
- **Décembre 1970** : création par l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), avec le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 qui précise leurs conditions de création et de fonctionnement. C'est cette même loi qui prohibe désormais l'usage privé de stupéfiant, et criminalise les consommateurs².

¹ Le terme "prise en charge" reste inscrit dans la loi du 2/1/2002 ainsi que l'obligation réglementaire du DIPIC : document individuel de prise en charge.

² <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/03/Decryptages-N-43-loi-70-stupefiants-2021.pdf>



- **Juin 1975** : création du secteur médico-social par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- **Juillet 1975** : création des Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA) par la circulaire DGS/2266/MS1 du 31 juillet 1975 relative au dépistage et traitement précoces de l'alcoolisme. Il s'agit d'intensifier l'action entreprise en 1970 pour traiter les malades alcooliques. L'accent est mis sur l'accueil et le traitement rééducatif du "buveur excessif." On peut y voir les prémises de l'approche par la Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) ainsi que l'anticipation du RPIB (Repérage précoce et Intervention brève) et de l'éducation thérapeutique.
- **Mars 1983** : création des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) par la circulaire DGS/137.2 D du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool. Cette évolution des CHA, initialement destinés à l'accompagnement des "buveurs excessifs", vers les CHAA prend en compte la possibilité de développer une réponse ambulatoire pour les malades alcoolodépendants alternative à celle proposées par les hôpitaux. Elle définit les missions de ces centres et notamment l'accompagnement médical, relationnel et social du malade alcoolique. C'est la première formulation officielle de ce qui va devenir le "médico-social".
- **Mai 1987** : décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Cette mesure est la première de ce qui va devenir la "réduction des risques".
- **Mars 1994** : circulaire DGS-DH N° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues, diversifiant ainsi l'offre de soins.
- **Janvier 1995** : circulaire du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
- **Mars 1995** : autorisation des traitements de substitution aux opiacés par la circulaire du 31 mars 1995.
- **Avril 1996** : circulaire DGS/DH N° 96.239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.



- **1996** : création des équipes d'alcoologie hospitalière de liaison (EAHL) par la circulaire BH/E04/96 557 du 10 septembre 1996 et promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool par la circulaire DGS n° 96 707 du 19 novembre 1996.
- **Juillet 1998** : inscription des CHAA dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales par l'article 72 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation sur la lutte contre les exclusions.
- **Septembre 1998** : mise en place des consultations avancées d'alcoologie au sein de structures spécifiques comme les CHR5 et les centres d'hébergement d'urgence, par la circulaire DGS/DAGPB/DAS n°98/568 du 8 septembre 1998. On peut y voir l'anticipation de l'intervention précoce, de "l'aller vers".
- **Décembre 1998** : par le décret d'application n° 98-1229 du 29 décembre 1998, les CHAA deviennent des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), structures alcoologiques de proximité à potentialités multiples ("accueil, soins, prévention"), ouvertes aux individus sujets à une alcoolisation excessive. Les CCAA sont aussi, le cas échéant, des centres d'information, de formation et de recherche.
- **Juin 1999** : adoption du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 par la MILDT, présidée par Nicole Maestracci. Ce plan dépasse les anciennes approches par produits et promeut une approche globale des addictions fondée sur les données scientifiques et cliniques.
- **Début des années 2000** : une réforme d'ampleur sur le financement des structures médico-sociales (CHAA, CSST, puis CAARUD) est mise en œuvre pour le faire passer dans le droit commun des institutions médico-sociales (Code de l'action sociale et familiale, financement par l'ONDAM médico-social et non plus par des subventions d'Etat). Cette mesure technico-politique a installé les structures et les associations dans une sécurité budgétaire, tout en banalisant leur place dans le paysage.
- **Janvier 2001** : circulaire de la DGS du 31 janvier 2001 ayant pour objet la prise en charge globale et le rapprochement des structures de prises en charge spécialisées dans les conduites addictives (CSST et CCAA). Cette circulaire est la traduction administrative de la convergence à l'œuvre entre les différentes filières de prévention et d'accompagnement des conduites addictives qui s'étaient construites sur la base de la séparation des produits psychoactifs selon leur statut légal.



- **Février 2001** : transfert de financement en enveloppe médico-sociale des consultations avancées³ par la circulaire DGAS/BBF-5C/DSS/1A n°2001/75 du 9 février 2001 relative à la campagne budgétaire 2001 dans les établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées et dans certaines structures spécifiques (CCAA).
- **Janvier 2002** : loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui rend obligatoire la mise en œuvre de différents outils ayant pour finalité de rendre l'utilisateur acteur de sa prise en charge, dans une recherche permanente de la qualité de l'accompagnement. L'article 15 porte création des CSAPA (fusion des CSST et CCAA) avec obligation de procéder à une évaluation régulière (interne et externe) des activités et de la qualité des prestations délivrées (article 22 de la loi de 2002-2). Les missions des CSAPA doivent être précisées par décret.
- **Janvier 2002** : création, par la loi du 2 janvier 2002, de 7 outils pour les garantir le droit des patients : 1) Le livret d'accueil, 2) La charte des droits et libertés de la personne accueillie, 3) Le contrat de séjour ou le DIA conclu entre le jeune, ses parents et l'établissement, 4) La personne qualifiée, 5) Le Conseil de la Vie Sociale, 6) Le règlement de fonctionnement, 7) Le projet d'établissement ou de service.
- **Mars 2002** : loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- **Mai 2004** : création des Consultations d'évaluation des consommations de cannabis et autres substances psychoactives pour les jeunes usagers et leurs familles. La circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004 précise les conditions de leur mise en place.
- **Juillet 2004** : adoption du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (MILDT) qui prévoit la réorganisation du dispositif de prise en charge en addictologie, dans le cadre des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- **Août 2004** : loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui porte reconnaissance officielle de la réduction des risques, mais la circonscrit à la prévention des risques infectieux pour les usagers de drogues intra-veineuses (VIH).

³ "Les consultations d'alcoologie destinées aux personnes en grande précarité et en difficulté avec l'alcool accueillies dans les structures médico-sociales et en particulier dans les CHRS sont mises en œuvre par les CCAA. Leur financement est désormais intégré au budget des CCAA, qui auront à charge d'organiser (éventuellement mises à disposition, conventions...) la poursuite et le développement de ces actions. Aussi, le financement de ces actions, relevant antérieurement du chapitre 47.15 article 40, est-il confié à la charge de l'assurance maladie au titre de la lutte contre les exclusions"



- **Avril 2005** : décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.
- **Décembre 2005** : décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- **Mars 2006** : circulaire DGS/SD 6B n° 2006-119 du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- **Octobre 2006** : circulaire du 24 octobre pour la mise en place des Communautés thérapeutiques.
- **Novembre 2006** : Plan 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions.
- **Mai 2007** :
 - 1) après plusieurs années de concertation, le décret n° 2007-877 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), initialement prévu pour octobre 2002, est enfin publié le 14 mai 2007 ;
 - 2) 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, en application du Plan Addictions 2007-2011, qui définit le champ des conduites addictives (avec produits licites ou illicites et sans produit), et ses 3 volets : médico-social, hospitalier, réseaux, et leur articulation.
- **Septembre 2007** : mise en place des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants par le décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007.
- **Janvier 2008** : décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.
- **Février 2008** : circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- **Juillet 2008** : Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011 – MILDT (président : Etienne Apaire).



- **Juillet 2009** : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) qui crée les Agences Régionales de Santé (ARS) et inclut l'organisation du dispositif addictologique régional dans les Projets Régionaux de Santé (PRS).
- **22 décembre 2009** : date limite de transformation des CCAA et CSST en CSAPA.
- **Septembre 2013** : Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 – MILDT (présidente : Danielle Jourdain-Menninger).
- **Mars 2014** : transformation de la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) en Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).
- **2016** : autorisation de Salles de Consommation à Moindre Risque qui deviendront, en 2021, les Haltes Soins Addictions.
- **Janvier 2019** : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 – MILDECA (président : Nicolas Prisse).

En résumé

L'insertion de l'addictologie dans le champ médico-social n'est pas circonstancielle, mais l'expression de ses caractéristiques essentielles, qui sont également précisées dans la loi du 2 janvier 2002 (notamment ses articles 2 et 5). Ces particularités se distinguent à l'évidence de celles relatives au secteur sanitaire – hôpitaux, cliniques et médecine de ville – qui ont d'autres ambitions mais qui ne couvrent pas avec autant de force les dimensions psychosociales du soin, ainsi que leurs facteurs environnementaux dont chacun sait leur importance et leur rôle dans la démarche de soins. Ces dimensions psychosociales donnent aux usagers une place centrale particulière dans le choix et les modalités de leurs prises en charge tant à titre individuel que collectif. A chaque étape du parcours de l'utilisateur, il doit y avoir une structure adaptée au besoin dans une logique de complémentarité des approches sanitaire et médico-sociale.



Les grandes dates de la constitution de l'addictologie

L'évolution du cadre législatif et réglementaire est la conséquence de la réflexion menée parallèlement sur les concepts en addictologie, marquée par plusieurs rapports déterminants pour la structuration progressive de la politique publique :

- **1997** : *"Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives"*. Ce rapport du Pr. P. Parquet propose la mise en place d'une nouvelle politique en matière de consommation de substances psychoactives (alcool, drogue, médicament) : "l'approche produit" (théorie de l'intoxication) est remplacée par la notion de "pratiques addictives" (référence au comportement de la personne consommatrice) en distinguant l'usage, l'usage nocif et la dépendance (Ed. du CFES, Vanves, 1997).
- **1998** : dans son rapport à la DGS sur les *"Problèmes posés par la dangerosité des drogues"*, le Pr B. Roques évalue, selon plusieurs critères, la dangerosité de tous les produits psychoactifs, alcool et tabac inclus.
- **Février 1999** : *"Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif et dépendance : propositions"*. Rapport de mission 1998 des Prs M. Reynaud et P.-J. Parquet, Vanves, CFES (dossiers techniques), février 1999, 293 p.
- **1999** : *"Les pratiques addictives. Usage, usage nocif, dépendance aux substances psychoactives"*, Rapport des Prs Reynaud M., Lagrue G. et Parquet P.-J. remis au secrétariat d'Etat à la Santé, DGS, 1999, 169 p.
- **Septembre 2000** : *"Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France"*. Rapport de P. Kopp et P. Fenoglio. Observatoire français des drogues et des toxicomanies n° 22, Paris, sept. 2000, 277 p.
- **Septembre 2001** : *"Rapport RASCAS (Réflexions sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions)"*, MILDT (Présidente : Nicole Maestracci).
- **Septembre 2001** : *"Stratégie d'action alcool 2002-2004. Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool"* DGS, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 2001. 34 p. – rendue publique le 27 septembre 2001 par M. B. Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé.
- **2002** : *"Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque. Outils de repérage. Conduites à tenir."* Rapport du Pr M. Reynaud au DGS, La Documentation française, Paris, 2002, 277 p.



- **2ème semestre 2006** : les Etats généraux de l'alcool sont organisés et constituent le premier débat citoyen sur la place de l'alcool et ses conséquences sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de la première mobilisation citoyenne, soutenue par les services de l'Etat, sur le risque alcool, et non plus seulement sur la maladie alcoolique.
- **4ème trimestre 2006** : les Etats généraux de la prévention traduisent la prise de conscience progressive des limites de notre système de santé, centré sur le curatif.
- **Octobre 2006** : rapport "*Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*" Michel Reynaud, François Paille, Alain Morel, Pierre Lépine et Alain Rigaud.
- **9 juin 2011** : "Livre blanc de l'Addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France", 45 p. Publication par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) le 9 juin 2011.
- **7 et 8 avril 2016** : La Fédération Française de l'Addictologie organise une Audition publique sur "La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives".

Le dispositif addictologique régional

L'organisation du dispositif de réponse aux besoins en addictologie a été défini en premier lieu par les circulaires 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 et 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.

Avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 (dite "Loi HPST"), l'organisation territoriale de l'addictologie a été intégrée dans les Projets Régionaux de Santé (PRS), sans que les objectifs de l'organisation territoriale soient modifiés :

- Prendre en compte la diversité et la complémentarité des dispositifs et structures en place et de leurs missions ;
- Définir l'organisation, l'articulation et les orientations des différents niveaux hospitalier, médico-social, ambulatoire comme hébergement, ainsi que du réseau régional de santé en addictologie ;
- Améliorer la connaissance du dispositif par les professionnels et les usagers en le rendant plus visible et plus lisible ;



- Répondre à des impératifs qui sont d'assurer le maillage territorial et les parcours de soins par :
 - l'accès aux soins pour tous, en particulier pour les groupes de populations spécifiques (jeunes, femmes enceintes, personnes précaires, personnes sous-main de justice, ...),
 - la qualité et la continuité des soins, notamment par une approche globale, médico-psychosociale impliquant la mobilisation de tous les acteurs concernés, par le développement de référentiels de pratiques professionnelles et par le développement des formations des personnels médicaux et paramédicaux,
 - la proximité dans le cadre des territoires de santé et des bassins de vie.

Les "Réseaux" de Santé en Addictologie, CPTS, PTA

Depuis la fin des années 90 jusqu'en 2015, la notion, la définition, les missions, le périmètre et les financements des réseaux n'ont cessé de varier et leurs développements ont été très différents selon les déclinaisons thématiques et territoriales.

Avec la loi de modernisation du système de santé (Loi MSS) de 2016 sont dorénavant mises en place les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) qui prennent le relais des réseaux pour mieux coordonner sur un territoire donné les professionnels de santé autour du patient et des complexités de ses pathologies et de leurs prises en charge médicales et sociales. Les réseaux spécifiques en addictologie ont ainsi aujourd'hui quasiment disparu.



Chapitre 2 : Place, missions et pratiques du médico-social en addictologie

La spécificité de l'addictologie médico-sociale se caractérise par sa place sur le champ, ses missions et ses pratiques qui se distinguent à la fois de celles du secteur hospitalier et du champ social.

La place du secteur médico-social en addictologie

Comme son nom l'indique, le secteur médico-social se situe à la jonction de deux domaines qui ont leurs histoire et logique d'intervention propres, la médecine et le social. C'est encore plus vrai en addictologie où il est la pierre angulaire du soin et de l'accompagnement. On peut décrire la place et le rôle qui découlent de ce positionnement spécifique :

- **Appartenance à la fois aux champs de la promotion de la santé, de la médecine, du social et de l'éducatif.** Il couvre le continuum addictologique, qui comprend l'éducation pour la santé en addictologie – de la prévention sélective à la prévention ciblée –, la réduction des risques, l'accès aux soins et l'intervention précoce, le soin et l'éducation thérapeutique, et l'accompagnement psychologique, social et familial ;
- **Proximité, durée et accessibilité,** par son maillage territorial qui lui permet d'être, tout au long du continuum addictologique, au plus près des publics en difficulté, de leurs proches et de leur milieu de vie, d'offrir un premier recours tant sur le plan sanitaire que social, et de favoriser la précocité et la continuité des interventions ;
- **Pivot du continuum addictologique,** inséré sur le territoire, il s'inscrit à l'interface de l'ensemble des différents acteurs confrontés plus ou moins directement ou régulièrement aux pratiques addictives et offre une ressource de première intention. Il intervient à la fois en amont [intervention précoce, accueil, évaluation, RdR, orientation] et en aval des soins spécialisés hospitaliers [réduction des dommages, soins, accompagnement] ;
- **Ses partenariats** traduisent cette place particulière, qu'il s'agisse de la médecine de ville – à travers les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les Centres de santé, les Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et les réseaux de microstructures –, des différentes organisations et services hospitaliers, des structures intervenant dans le champ social et plus particulièrement la précarité, l'hébergement et l'insertion, dans les champs éducatif, judiciaire et pénitentiaire. Ces partenariats sont fondés sur des valeurs et des objectifs partagés, dans le respect des missions et prérogatives de chacun, et organisés au plus près du milieu de vie et du quotidien des personnes accompagnées et de leurs proches ; ils contribuent au décloisonnement du



sanitaire, du médico-social et du social, et répondent par cette transversalité des actions à la multiplicité des déterminants et des conséquences des conduites addictives ;

- **Contribution au choix des orientations politiques et sociétales nationales et à l'évolution des politiques publiques.** La problématique des addictions doit être intégrée dans tous les plans nationaux et stratégies de santé. Au niveau régional, le médico-social participe à la définition de la stratégie, de l'organisation et de la coordination des recours, et des parcours prioritaires des Projets Régionaux de Santé (PRS). Il s'agit de proposer par territoire une offre globale et graduée pour répondre au projet de soins et d'accompagnement des usagers et/ou de leur entourage. Au niveau territorial, il contribue à l'évaluation des besoins, à l'observation et au diagnostic, et à l'action.

Les spécificités du secteur médico-social en addictologie

- Le médico-social en addictologie est centré sur la personne, ses difficultés spécifiques et son projet de vie. Il intègre les réalités de son environnement et de son entourage, les spécificités des produits, des pratiques et des conduites (bien au-delà du ou des produits consommés), les risques encourus et les dommages constatés ;
- Le médico-social s'inscrit dans une dynamique d'accès à la prévention, aux soins et à un accompagnement, tout au long du continuum addictologique, aussi longtemps que nécessaire, ce qui se traduit par des propositions diversifiées, graduées et adaptées à la situation de chacun et de son parcours, en utilisant et en coordonnant au mieux les acteurs et les ressources du territoire ;
- Le médico-social en addictologie place la santé publique au cœur de son organisation et de son action, en ciblant de manière privilégiée les déterminants majeurs que sont principalement le tabac, l'alcool et le cannabis. Les files actives médico-sociales sont constituées de manière prépondérante par des buveurs d'alcool et des fumeurs (de tabac et de cannabis). Viennent ensuite les addictions aux autres produits et addictions comportementales, sachant que les polyconsommations sont prépondérantes ;
- Pour les personnes en situation de précarité, qui sont plus souvent en difficulté de par leurs consommations, le secteur médico-social offre une interface qui prend en compte à la fois les besoins médicaux et d'insertion. Il garantit un accueil gratuit et anonyme ;
- Il est à même d'intégrer au mieux les personnes en difficulté avec des conduites addictives et leur entourage, de recueillir et faire valoir leur expérience, d'assurer leur expression et de porter leur parole.



Les pratiques du médico-social en addictologie

L'action médico-sociale en addictologie repose sur une approche globale, pluridisciplinaire et multi-professionnelle centrée sur la personne, et sur des interventions développées dans la proximité et dans la durée des parcours.

Ciblant l'ensemble du continuum addictologique, l'approche médico-sociale permet d'assurer :

- Un accompagnement dans la continuité et la durée nécessaires pour susciter et maintenir des changements de comportements ;
- La réalisation d'un suivi médico-psycho-social prenant en compte les dimensions psychologiques et sociales des pratiques addictives ;
- La mise en place d'outils et d'interventions de repérage précoce au sein des structures mais également en amont dans les lieux de vie des personnes en difficulté contribuant à la prévention précoce et à l'accès aux soins ;
- Le développement de lieux d'accueil de proximité et de modalités adaptées aux particularités et aux besoins des personnes comprenant la réduction des risques, le suivi ambulatoire, et des lieux d'hébergements diversifiés en fonction, tout particulièrement, des projets thérapeutiques individualisés ;
- L'établissement ou le renforcement de partenariats entre établissements ou services médico-sociaux permettant, dans le cadre des planifications territoriales, de coordonner un accueil généraliste et des prises en charge plus spécialisées, incluant notamment la médecine de ville, les établissements hospitaliers et les services sociaux, dans le cadre du parcours de soins des patients.

Toutes ces actions permettent à la fois d'anticiper les actions de soin (actions précoces), d'assurer la pluridisciplinarité médico-psycho-sociale, d'organiser des réponses de proximité (en termes de lieux, de thérapeutiques, de prise en compte de l'environnement...) aux besoins des personnes, et de coordonner les propositions de soins en fonction des niveaux de sévérité des conduites addictives et de gravité de leurs dommages induits.

Le soin et l'accompagnement ambulatoire

La demande croissante d'actions de soins pour des personnes ayant commis une infraction à la législation routière ou des violences, le développement de la consommation de produits psychoactifs illicites, tout particulièrement le cannabis, et des addictions sans produit impliquent une ouverture accrue des centres de soins aux personnes en difficulté avec ces pratiques addictives au-delà des seuls patients dépendants.

Entre un premier niveau d'intervention que peuvent assurer la médecine de ville et la prise en charge médicale hospitalière, les centres médico-sociaux d'addictologie (CSAPA) ont à proposer un panel d'interventions ambulatoires adaptées à des



personnes ayant des consommations à risque ou nocives et qui ont besoin d'un accompagnement particulier. Celui-ci nécessite une organisation plus structurée, une palette d'interventions plus étoffée et diversifiée que celle proposée par les médecins de ville sans qu'il soit besoin de mobiliser les structures lourdes de soin. Les CSAPA permettent de renforcer le "tronc commun" que constituent l'accueil, le repérage, l'évaluation et l'orientation, et d'offrir des actions adaptées à la diversité de ces publics. Ces interventions peuvent être une information brève, un suivi médical et/ou psychologique ciblé, un accompagnement pluridisciplinaire pouvant être étalé dans le temps, l'organisation d'ateliers thérapeutiques et/ou de groupes de parole, voire un suivi plus lourd incluant un hébergement. Les centres peuvent développer des partenariats pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement en fonction des besoins des patients.

L'hébergement thérapeutique

En fonction des besoins des patients et des projets thérapeutiques, différentes formes d'hébergement peuvent être envisagées et inscrites dans l'organisation des soins. Deux situations principales sont à l'origine du besoin d'hébergement :

- Le besoin d'un cadre "contenant" permettant la mise en œuvre de l'action thérapeutique et de l'accompagnement ;
- La nécessité de résoudre un problème préalable de logement pour rendre possible un parcours de soins et de répondre aux besoins essentiels de la personne.

Cela concerne tout particulièrement :

- Des adultes, dont la vie et les interactions sociales se sont totalement centrées sur l'usage de substances, qui manquent de compétences sociales et professionnelles, de motivation personnelle et/ou d'un soutien social susceptibles de les soutenir dans un simple cadre ambulatoire et pour lesquels est nécessaire un séjour de quelques semaines ou mois dans le cadre d'un programme thérapeutique spécifique centré sur une prise en charge psycho-socio-éducative et médicale avec l'objectif de travailler sur la trajectoire de vie avec les substances psychoactives et sur les projets et les moyens de les atteindre.
- Des adolescents ainsi que des adultes pour qui un séjour de rupture est nécessaire pour rompre avec des pratiques et un environnement problématique (facteurs pathogènes) et qui peuvent avoir besoin d'un cadre structurant pour progresser ;
- Les mères avec leurs jeunes enfants qui ont besoin d'un cadre spécifique pour rendre possible, dans de bonnes conditions, un travail prenant en compte le maintien ou la restauration du lien et de la relation parentale, facteur et contexte du projet thérapeutique ;



- Les consommateurs de crack pour lesquels il faut prévoir un lieu capable d'accueillir des usagers dont les comportements et risques afférents à ce produit nécessitent une organisation de soins spécifiques ;
- Les personnes souffrant de troubles cognitifs pour lesquelles il est nécessaire de prévoir un accompagnement "maîtrisé" permettant l'effectivité et l'efficacité du soin.

A côté des communautés thérapeutiques qui accueillent des personnes dépendantes pour de longs séjours dans un environnement sûr et sans drogue, dans lequel la vie communautaire avec des pairs va fournir des éléments de restructuration, les centres thérapeutiques résidentiels sont des ressources à privilégier pour offrir des réponses adaptées aux usagers en fonction de leur addiction, de leur âge, du nombre et de l'origine géographique des patients concernés. Une planification territoriale au niveau des régions doit assurer l'adéquation entre les besoins et les différentes structures capables de leur apporter ces réponses.

D'autres modalités de réponses, plus individuelles, sont également proposées : les appartements de coordination thérapeutique, les "lits halte soins santé" (LHSS) et les "lits d'accueil médicalisé" (LAM), surtout liés à des facteurs de précarités et d'altération de l'état de santé.

Les réponses adaptées à des besoins particuliers

En fonction des besoins particuliers ou spécifiques des usagers, le secteur médico-social en addictologie permet de développer des réponses adaptées :

- L'intervention précoce : la prévention des risques et l'accès aux soins, notamment pour les personnes en situation de précarité, font partie du "parcours de soins". L'objectif est d'agir précocement, pour prévenir l'installation d'une dépendance, éviter sinon réduire les dommages provoqués par un accès tardif aux soins ainsi que les risques directs ou associés (poly-consommation fréquente de produits, addictions associées comme les jeux pathologiques ou les troubles des conduites alimentaires). S'inscrivent dans cette perspective : les consultations avancées auprès notamment des personnes en situation de précarité et les publics vulnérables ou ayant des difficultés spécifiques (dont la population carcérale), les consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leurs familles. Le développement d'activités auprès des personnes ayant des troubles alimentaires mineurs ou ayant une addiction aux jeux est également nécessaire compte tenu du nombre de personnes concernées et de la proximité avec les problèmes et méthodes d'accompagnement des personnes consommant des produits psychoactifs.



- La formation de relais professionnels (en particulier – mais pas uniquement – les médecins) est également un axe d'intervention à déployer dans le cadre, notamment, du développement du repérage précoce, de l'accès aux soins et de la prévention des risques.
- La réduction des risques et des dommages : le secteur médico-social en addictologie permet de développer la réduction des risques avec les CAARUD, les CSAPA et les "haltes soins addictions" (salles de consommation à moindre risque). La RdRD est désormais le "fil conducteur" de toutes les pratiques en addictologie.
- Les droits des usagers : le document individualisé de prise en charge, l'expression collective des personnes accompagnées et la participation à la vie institutionnelle font partie des cahiers des charges du médico-social addictologique.

En pratique, la mise en œuvre de ces axes d'intervention nécessite un maillage territorial de proximité.

*

* *

L'approche médico-sociale en addictologie, en inscrivant "l'utilisateur au centre du dispositif", par ses interventions centrées sur la personne, dans la proximité et dans la durée des parcours, en prenant en compte le choix des personnes accompagnées, leurs valeurs, leurs croyances..., permet de développer des réponses plus individualisées. Une plus grande adéquation entre les caractéristiques médico-psycho-sociales de la personne et les propositions thérapeutiques qui lui sont présentées, ainsi que par un panel élargi de services (depuis le plus léger à des structures plus importantes avec hébergement), permet d'obtenir de meilleurs résultats pour répondre aux besoins collectifs en privilégiant la proximité à la fois géographique et thérapeutique.



Chapitre 3 : le secteur médico-social addictologique au cœur des enjeux de santé et des débats sociétaux

L'addictologie, et donc le secteur médico-social addictologique, par les difficultés particulières de la population à laquelle elle s'adresse, est au cœur des enjeux de santé et des débats sociétaux, qu'il s'agisse de la santé au sens large (santé publique, prévention et promotion de la santé, épidémiologie, connaissances médicales et données probantes) et du social (sciences humaines, démographie). Mais il est aussi au cœur du débat politique, qu'il s'agisse du droit (légalité ou illégalité des produits et des conduites addictives...), de la Sécurité publique (politiques pénales et policières...), de l'économie (marché des produits légaux, coût social de la consommation, trafic et économie souterraine), de la démocratie et du droit des usagers, des politiques publiques et du plaidoyer des acteurs. C'est aussi naturellement un champ ouvert à la formation et à la recherche.

Les enjeux de santé

La santé publique

Les conduites addictives constituent des déterminants majeurs de santé publique et d'inégalités sociales de santé. Le tabac, l'alcool et, dans une moindre mesure, le cannabis demeurent, et de loin, les principales causes de conséquences et de dommages tant sur les plans sociaux et économiques que de morbidité et de mortalité évitables, impactant de manière majeure la santé individuelle et publique, l'espérance de vie en bonne santé, la sécurité publique et la qualité de vie.

La promotion de la santé et les soins

Les bénévoles et professionnels contribuent à ce que des conduites individuelles ou collectives, initiées pour la recherche de plaisir, de lien social, de bien-être et/ou de soulagement, n'aboutissent pas à des prises de risques inconsidérées et à d'inacceptables dommages, pertes de vie, de santé, d'autonomie ou de liberté, à des problèmes familiaux et sociaux et au renforcement des inégalités sociales.

Les domaines d'action couvrent l'ensemble des consommations de substances, des modes d'usage, des comportements et pratiques addictives : usage, usages détournés et mésusages d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychotropes, de jeu excessif et des autres addictions sans produit.

Le concept de dépendance a été questionné et son corollaire historique, l'abstinence, ne s'impose plus comme immédiatement incontournable.

Le travail dans la proximité de l'utilisateur, de ses proches, de son lieu de vie et dans la durée est indispensable. La réduction des risques et des dommages en matière de tabac et de consommation d'alcool est une priorité. Ces produits, même s'ils sont licites, sont toujours, et de loin, les plus dommageables. La réduction des risques et des dommages doit être à la hauteur de l'enjeu de santé publique que cela représente, bien au-delà de toute considération dogmatique. Elle reste globalement insuffisamment prise en compte, eu égard aux besoins constatés et aux bénéfices obtenus quand elle est réalisée.



De la prévention à la réduction des risques et des dommages, les acteurs du médico-social addictologique sont présents en milieu festif : "Fêtez clairs" à Paris, "Noz Ambules" à Rennes, "Vieilles Charrues", "Solidays", "Printemps de Bourges", "Villages Santé" en Auvergne-Rhône Alpes... Ils sont également mobilisés dans la réduction du risque alcool sur la route, en lien avec la Direction de la Sécurité Routière et la Direction Générale de la Santé, sur le développement de l'éthylotest anti-démarrage par exemple.

La poly-consommation est désormais l'usage le plus répandu de substances psychoactives. Le concept d'addiction a permis de sortir d'une approche par produit réductrice qui n'envisageait pas l'usager dans une perspective globale. Désormais tous les CSAPA s'inscrivent dans une activité généraliste qui est un objectif qui s'impose.

L'intervention précoce, "l'aller vers", au plus tôt, au plus près de l'usager et de son lieu de vie, le plus en amont possible des problématiques et des dommages, est bien ancrée dans les pratiques des équipes. Cette intervention précoce est indispensable, l'accès au dispositif spécialisé est trop souvent tardif, alors que dépendance sévère et complications graves et irréversibles sont déjà constatées. Elle va de la rencontre à l'établissement d'un lien empathique, puis d'une alliance thérapeutique

Les connaissances médicales et les données probantes

Comme tous les acteurs du champ de la santé, les acteurs du médico-social en addictologie se réfèrent pour leurs actions auprès des usagers, qu'il s'agisse de la prévention, des soins et de l'accompagnement, aux données probantes (evidence-based) et à l'évaluation des pratiques. Ils tiennent compte de l'évolution des connaissances, et participent à la recherche et à l'évaluation des pratiques.

Epidémiologie

Les données épidémiologiques de recherche, d'observation et d'évaluation sont le fondement des connaissances et donc des pratiques du secteur médico-social

Le social

Sciences humaines et sociales

L'addictologie est une discipline médicale, mais c'est aussi une science des comportements sociaux et individuels. C'est pourquoi la sociologie et la psychologie sont indissociables. L'apport de l'anthropologie doit également être reconnu.

Démographie

L'addictologie repose aussi sur des analyses démographiques (effets générationnels et trans-générationnels, d'éducation, de classe sociale, d'âge, de genre...).



Les enjeux politiques

Droit, sécurité publique, économie

Dès son origine l'addictologie est inséparable du droit, que cela concerne le caractère licite ou illicites des produits, des comportements qui peuvent entraîner des "troubles à l'ordre public" ou des conséquences dommageables pour les personnes elles-mêmes ou l'entourage (violences, accidents...) et donc être susceptibles d'encadrement par la loi. Cependant, la pratique de l'addictologie répond avant tout aux besoins des personnes.

Le poids économique des produits addictifs licites (part du PIB, emplois, fiscalité...) ou l'importance de l'économie souterraine pour les produits illicites sont également des facteurs influant les pratiques addictives, mais aussi les politiques de prévention, d'accompagnement et de soin.

Démocratie, droits des usagers

La place des usagers doit être assurée au sein des CSAPA, notamment par la mise en place d'un "Conseil de la vie sociale".

Du rôle de représentation des usagers et des pairs aidants à celui de patient ressource voire de patient expert, il existe de multiples possibilités d'intégration des usagers dans l'activité médico-sociale, notamment en matière d'éducation thérapeutique, de recherche participative...

Cette dimension est fondamentale, quasi consubstantielle, au sein des activités médico-sociales et à l'organisation de ce dispositif.

Déontologie et éthique

La prévention, l'accompagnement et le soin des personnes en difficulté avec leurs consommations, parfois très marginalisées, doit conduire à une rigueur extrême sur le plan éthique et déontologique. Ceux qui sont le plus en difficulté ont tout autant que les autres, sinon plus, besoin de voir respecter leurs droits en tant que personnes et citoyens (c'est ce qui a été rappelé régulièrement par rapport aux usagers de crack). Les grands principes éthiques, bienfaisance, non malfaisance, autonomie, justice... sont inhérents à l'activité addictologique.

Politiques publiques

L'addictologie est évidemment étroitement associée au cadre de nombreuses politiques publiques, que ce soient les priorités de santé, les priorités sociales (emploi, logement, couverture sociale...), les politiques sécuritaires ou pénales.

Plaidoyer

Le secteur médico-social addictologique, compte tenu de sa spécificité, doit participer pleinement au débat public dans le champ des addictions. Il s'inscrit dans une logique de santé publique et de mobilisation militante contre les inégalités sociales de santé.



Il s'agit de :

- élaborer des propositions en s'appuyant sur les dernières connaissances scientifiques, et prendre position dans le débat public.
- relayer ces propositions auprès des décideurs, des partenaires et des médias.
- proposer le cas échéant des évolutions législatives ou réglementaires.
- informer et sensibiliser les décideurs publics et privés, ainsi que le grand public via des campagnes de plaidoyer.
- assurer une mission de veille et de défense de l'application des lois (loi Evin, encadrement des jeux vidéo et d'argent et de hasard en lignes, statut juridique des drogues...).

Les enjeux de formation

Le secteur médico-social développe une offre de formation en addictologie intégrant toutes les missions de ce champ et prenant en compte l'ensemble de ses transversalités.

Les formations concernent bien sûr au premier chef l'ensemble des acteurs du médico-social et de la prévention en addictologie. Des formations prioritaires sont développées à l'égard des populations sensibles (publics jeunes, publics précaires, femmes enceintes, personnes sous-main de justice...). La formation des partenaires est une activité importante (par exemple, formation des infirmières libérales au sevrage ambulatoire, etc.), l'objectif étant en particulier de modifier le poids des représentations qui sont des freins à l'accompagnement des personnes.

L'enjeu des liens avec la recherche et l'université

Le secteur médico-social addictologique doit être particulièrement dynamique dans l'offre de coopération avec l'université. Recherche interventionnelle et recherche participative en addictologie constituent en effet des axes particulièrement adaptés au médico-social.

Au niveau national, les liens avec le milieu de l'enseignement et de la recherche doivent permettre de contribuer à des travaux fondateurs pour la pratique, comme cela a été le cas avec l'élaboration par la Fédération française d'addictologie du guide des psychothérapies les plus utilisées en addictologie (ouvrage collectif sous la direction du Pr. François Paille, juin 2022).

La recherche en addictologie a pour objectif d'améliorer notre compréhension des addictions (prévalence, déterminants, populations exposées, risques, dommages, prévention), de proposer des stratégies et méthodes thérapeutiques et de les évaluer. Elle doit être au service de l'utilisateur et de ses proches.



La constitution de base de données du médico-social est un objectif pour la recherche épidémiologique et la veille addictologique. De l'observation à l'intervention, les champs sont multiples en ayant le souci constant de la transférabilité de la recherche à l'action, de la reproductibilité de celle-ci, et à chaque fois que possible, à l'issue de l'évaluation et de la validation du cahier des charges, de labellisation. Production de données probantes et "evidence-based medicine" doivent guider les choix.

L'agrément pour l'accueil d'internes en médecine en stage durant leur formation de troisième cycle, d'étudiants en soins infirmiers, de psychologues et de travailleurs sociaux doit être considéré par les acteurs du médico-social comme une opportunité majeure à la fois en termes de santé publique pour une prise de conscience par les jeunes médecins, les soignants, des enjeux de l'addictologie, mais aussi en termes de ressources humaines pour les structures médico-sociales qui, se faisant ainsi connaître et reconnaître par les futurs professionnels, pourront probablement plus facilement les recruter ultérieurement.

L'enjeu des pratiques professionnelles :

Les pratiques professionnelles dans le médico-social se caractérisent par :

- **Des équipes du secteur médico-social addictologique pluriprofessionnelles et multidisciplinaires** qui fondent leurs interventions sur l'approche globale, bio-psycho-sociale, comme le sont les déterminants et les conséquences des conduites addictives. Leurs actions s'inscrivent dans la durée et la proximité, dans tous les champs du soin mais aussi de l'accompagnement, du "prendre soin" (care).
- **L'aller vers** : cette démarche est d'autant plus nécessaire que les personnes concernées sont souvent en difficulté sociale ou peu en contact spontanément avec le système de santé (jeunes, personnes en grande précarité).
- **Une approche commune sur la réduction des risques et des dommages** (RdRD) pour l'ensemble des produits et des comportements. Le médico-social participe activement à l'addictovigilance.
- **La diffusion des outils du repérage précoce et de l'intervention brève** auprès des acteurs non addictologues.
- **Le dépistage et prise en charge des infections virales** et notamment des hépatites (couverture vaccinale de l'hépatite B ; pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection par le virus de l'hépatite C et de l'infection par le VIH) ; mise à disposition de kit de naloxone pour les usagers d'opiacés (illicites, médicaments de substitution, antalgiques...) ; santé sexuelle et prise de produits (Chemsex).



- **Des nouvelles formes d'action** dans tous les champs de l'addictologie. L'utilisation des technologies de l'information et de la communication ne se substitue pas aux pratiques habituelles, mais peut permettre une réponse conjoncturelle aux défis démographiques et aux failles territoriales actuelles de l'offre de soins et aux difficultés d'accès aux soins. Télémédecine, téléconsultation, téléconseil peuvent mettre à disposition des ressources dans des territoires éloignés, pour des patients dans l'incapacité de se déplacer et permettre une prise en charge spécialisée en alternance avec la consultation présente au sein de la structure (antenne de CSAPA, coopération avec des maisons de santé, centres d'hébergement...). Télé-expertise auprès des acteurs du premier recours et téléassistance peuvent constituer une offre de services de recours, un soutien et un accompagnement à distance par des professionnels de l'addictologie aux Maisons de santé pluridisciplinaires, Centre de santé, Pôles de santé libéraux ambulatoires, des territoires dans le cadre des CPTS, des PTA... et tous les acteurs du premier recours.



Chapitre 4 : Le dispositif médico-social en addictologie aujourd'hui

Le dispositif médico-social addictologique s'est considérablement adapté et diversifié au fil du temps, avec l'évolution des connaissances et des pratiques pour répondre au mieux et au plus près aux besoins des personnes. Le passage en revue du dispositif actuel en témoigne.

1. Les CSAPA et leurs missions

1.1 - Les missions communes

Les missions des CSAPA ont été définies par le décret du 14 mai 2007. Ils assurent pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, et pour les personnes présentant une addiction comportementale (sans substance psychoactive), ainsi que pour leur entourage :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- La prise en charge médicale, psychosociale et éducative ;
- Le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux, et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion ;
- Épidémiologie - Recueil d'information : les centres participent au dispositif de recueil d'information et de veille permettant de mieux connaître les besoins des personnes en matière de prise en charge et les risques liés aux produits ;
- Prévention – Formation – Recherche : les centres peuvent participer à des actions de prévention, de formation, de recherche en matière de pratiques addictives ainsi qu'à des actions de repérage des usages nocifs et/ou les mettre en œuvre ;
- Les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction d'un public d'utilisateurs de substances psychoactives illicites et/ou d'alcool (cette possibilité de spécialisation tenait compte de la séparation historique entre CSST et CCAA, parfois de la volonté de partager des thématiques et/ou des territoires de la part de certaines autorités sanitaires, également du fait des spécificités de certaines addictions et de leurs modalités de prise en charge). Dans ce cas, ils ne sont tenus de remplir les missions de prise en charge et de réduction des risques que pour les personnes qu'ils prennent en charge, y compris pour leurs consommations associées ;



- La prise en charge s'effectue en ambulatoire et/ou en hébergement thérapeutique.

Par la suite d'autres missions assignées aux CSAPA ont permis d'accroître leur champ d'intervention :

- Intervention précoce et consultations avancées ;
- Consultations jeunes consommateurs (CJC) de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille ;
- CSAPA référent carcéral ;
- Equipes mobiles d'addictologie ;
- Insertion sociale avec le pilotage du dispositif TAPAJ et l'inscription dans la politique d'insertion par l'activité économique avec la prescription de parcours.

Les centres s'assurent les services d'une équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire dont la composition et le fonctionnement sont conformes aux objectifs du projet d'établissement et permettent sa mise en œuvre :

- direction administrative ;
- secrétaire et personnels d'accueil ;
- infirmières ;
- travailleurs sociaux : éducateurs spécialisés, assistantes sociales, conseillers en économie sociale et familiale ;
- médecins addictologues et psychiatres ;
- psychologues ;
- ...

La responsabilité des activités médicales et des unités de délivrance de la méthadone est assurée par un médecin.

1.2 - Les missions spécifiques

○ L'hébergement thérapeutique

L'hébergement thérapeutique est une activité qui continue de se développer et de se diversifier par la mise en place d'appartements thérapeutiques complémentaires aux centres thérapeutiques résidentiels (CTR) existant au sein de certains CSAPA.

➤ *Les centres thérapeutiques résidentiels (CTR)*

Les CTR sont des structures qui associent un hébergement, collectif ou éclaté, et le soin. Ils assurent les mêmes missions et prestations qu'un CSAPA en ambulatoire. Ils constituent le support d'une prise en charge individualisée visant à favoriser et soutenir chez les usagers une dynamique de changement, appuyée sur un programme thérapeutique qui peut varier selon les établissements.



Historiquement, ces centres ont été créés pour accueillir des usagers de drogues après un sevrage pour un séjour de quelques mois permettant de se réadapter à une vie sans drogue. Depuis la généralisation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans les années 1990, ces institutions accueillent également des personnes qui suivent un traitement de ce type.

Ils s'adressent donc à des personnes ayant besoin d'un cadre structuré ainsi que d'un éloignement temporaire, une rupture avec leur environnement habituel. Leur apport réside dans la diversité des approches : prise en charge médicale et psychologique, accompagnement, socialisation (activités et vie collectives mais avec une approche différente de celle des communautés thérapeutiques), réinsertion socio-professionnelle.

Les CTR proposent un séjour dans un programme thérapeutique spécifique de quelques semaines à plusieurs mois centré sur une prise en charge psycho-socio-éducative et médicale, dont l'objectif est de travailler avec l'utilisateur sur sa trajectoire de vie avec les substances psychoactives, sur l'étape à laquelle il est parvenu et sur ses projets et les moyens de les atteindre. Ils permettent de fournir des soins de manière plus intensive, durable et contrôlée ainsi qu'un accompagnement social et un travail de réinsertion plus suivis.

L'admission et le séjour en centre résidentiel sont un vrai engagement qui rappelle au patient que sa situation est sérieuse et qui réduit d'autant les risques liés au déni et à la banalisation.

Ils peuvent être attractifs du fait de leurs prestations sociales (hébergement, réinsertion...) pour des personnes présentant d'importants besoins sur ce plan et qui, de ce fait, sont précisément au cœur du public cible.

➤ **Les communautés thérapeutiques (CT)**

Créées au cours des années 2000, les communautés thérapeutiques sont des structures d'hébergement de long séjour qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool et/ou drogues illicites), qui souhaitent volontairement s'inscrire dans un projet thérapeutique d'abstinence et de réinsertion sociale visant à stabiliser leur fonctionnement psychologique et social pour initier un processus de changement personnel et développer une vie dite "autonome" et "active". Les communautés thérapeutiques s'appuient sur les compétences du groupe de pairs, leur influence étant considérée comme un des facteurs prioritaires du changement individuel. L'abstinence de toute consommation de drogues est une condition pour initier le processus de changement personnel. Les personnes sous traitement de substitution aux opiacés peuvent être acceptées à l'admission.



La durée de séjour peut être d'un an renouvelable par tranches de 3 mois, le cas échéant 2 ans. Leur fonctionnement repose sur une équipe pluriprofessionnelle, multidisciplinaire, médico-sociale, avec éventuellement la possibilité d'intervention de conseillers (anciens résidents après 6 mois minimum et formation qualifiante) et de bénévoles pour certaines activités quotidiennes.

➤ ***Autres formes d'hébergement thérapeutiques***

Les CSAPA avec hébergement, mais également ceux en ambulatoire, peuvent offrir des prestations d'hébergement en appartement thérapeutique résidentiel (ATR), pour des séjours d'une durée maximale de deux ans. L'hébergement en appartement permet à la personne suivie dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychosociale et éducative ambulatoire de reconquérir son autonomie, de restaurer des liens sociaux (par exemple, à travers le partage des tâches quotidiennes dans l'appartement) et professionnels (recherche de formation, d'emploi, etc.). Ce type d'hébergement vise à prolonger et renforcer l'action thérapeutique engagée. Il s'adresse en particulier aux personnes bénéficiant d'un traitement lourd (TSO, VHC, VIH).

Il existe enfin un dernier type de prestation, le court séjour qui répond aux besoins d'hébergement d'urgence pour des usagers de drogues sans domicile ou d'hébergement de transition (notamment à la sortie de prison).

○ **L'intervention précoce/ Aller vers**

"Aller vers" est dorénavant la logique d'action de référence afin de répondre aux besoins des personnes au plus près de leurs lieux de vie.

➤ ***CJC/CJCA***

Les Consultations Jeunes consommateurs (CJC) sont destinées à apporter une aide aux jeunes consommateurs et à leur entourage. Développées à partir de points de consultation, elles évoluent fortement dans une logique "d'aller vers" (CJC avancées) les jeunes là où ils étudient, travaillent, ou se distraient pendant leurs loisirs.

➤ ***Les équipes mobiles***

A partir de l'expérimentation de dispositifs mobiles développés par différents acteurs ces dernières années et surtout depuis la crise sanitaire, les équipes mobiles d'addictologie sont promues par le décret du 9 septembre 2021 mettant en place les "équipes mobiles médicosociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques" et précisant leurs missions. Le public concerné est celui des "établissements ou services assurant l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical" dont notamment les CSAPA, les CAARUD, les "lits halte soins santé", les "lits d'accueil médicalisés" et les appartements de coordination thérapeutique.



Ces équipes mobiles s'inspirent très directement de l'expérience issue de la crise sanitaire, qui a mis en évidence la nécessité d'interventions spécifiques auprès des publics marginalisés (personnes vivant à la rue, en campements, en dispositifs d'hébergement ou habitat précaire...). Elles assurent donc la prise en charge de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, sur leur lieu de vie habituel, y compris dans des établissements sociaux et médicosociaux, en organisant et en mettant en œuvre différentes actions.

Outre ces missions communes et obligatoires, la décision d'autorisation – délivrée par l'ARS – peut prévoir d'autres missions, comme mener des actions de sensibilisation ou de formation aux enjeux et spécificités des personnes en difficulté avec des conduites addictives auprès des personnels des établissements sociaux et médicosociaux, assurer la distribution et la promotion du matériel de prévention, ainsi que du matériel adapté de réduction des risques et des dommages, auprès de consommateurs de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants par des intervenants formés à ces pratiques, ou encore subvenir ponctuellement aux besoins de première nécessité des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'alimentation et d'hygiène.

En termes d'organisation, les équipes mobiles médicosociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques sont "gérées par une personne morale de droit public ou de droit privé, ayant une connaissance des publics concernés, notamment de leurs modes de vie, et de leur accompagnement spécifique". Une même personne morale peut gérer plusieurs équipes.

Outre le directeur et, le cas échéant, le personnel administratif, ces structures disposent d'une équipe pluridisciplinaire. Les personnels peuvent être des salariés de la structure, des salariés d'autres structures mis à disposition ou des professionnels libéraux, dont les prestations sont alors formalisées par contrat, convention ou protocole. Tous ces personnels disposent d'une expérience préalable de travail auprès de ce public. A défaut, ils reçoivent une formation adaptée à ce type de prise en charge.

Les équipes mobiles addictologiques peuvent intervenir à domicile comme en ACT. Elles peuvent aussi intervenir au sein des territoires dans le cadre des CPTS, des PTA, des centres d'hébergement type CHR, mais aussi dans le cadre des contrats locaux de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé mentale. En effet, le développement et la coordination des liens à l'interface des champs de la santé mentale et de l'addictologie apparaît indispensable.

L'accompagnement est systématiquement engagé dans une dynamique de co-construction avec les bénéficiaires concernés.



2. Les autres dispositifs de soins médico-sociaux avec hébergement

➤ *Les appartements de coordination thérapeutiques (ACT)*

Ils sont devenus depuis 2002 des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie. Ces dispositifs permettaient à l'origine d'accueillir de nombreux patients ayant une infection par le VIH notamment, en situation de grande précarité sociale, nécessitant une prise en charge médicale et sociale, en liaison avec l'hôpital. Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent, à titre temporaire, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale. Leurs missions ont été étendues progressivement à d'autres personnes souffrant de pathologies chroniques graves, en difficulté sociale, et nécessitant une prise en charge coordonnée sur le plan médical, social et psychologique.

Les ACT assurent l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des résidents pour favoriser leur réinsertion. Certains ACT ont été dévolus à l'accueil de personnes souffrant d'addictions.

➤ *"Un chez soi d'abord"*

Ce dispositif, dérivé des ACT, est la transposition française du projet américain "*Housing First*" initiée à New-York dans les années 90. C'est un dispositif particulier d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui a fait l'objet d'un décret spécifique⁴ et de financements fléchés ainsi que d'un cahier des charges national pour mettre en œuvre une recommandation du rapport "La santé des personnes sans chez-soi". Il vise à réduire le nombre de personnes en rupture ou malades à la rue et permettre de prévenir la désocialisation liée à la perte du "chez soi".

Ce dispositif a pour missions l'accueil et l'accompagnement inconditionnel en logement autonome et individuel de personnes relevant du droit commun, sans abri, en situation de grande précarité, présentant une pathologie mentale sévère du type trouble psychotique et, le plus souvent, des addictions. Aucune exigence de prise de traitement psychiatrique ou d'arrêt des consommations de substances psychoactives n'est opposée aux personnes accueillies dans le dispositif. La philosophie de l'accompagnement proposé est basée sur le rétablissement en santé mentale, la réduction des risques et des dommages en addictologie, et plus globalement, la promotion de la santé. Les personnes sont accompagnées de manière indifférenciée par tous les membres de l'équipe du dispositif, au domicile ou dans leurs lieux de vie, en binôme tournant. Les professionnels du dispositif sont issus de l'addictologie, de la santé mentale et de la précarité.

➤ *Les "lits halte soins santé" (LHSS)*

Ils accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne

⁴ Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique "Un chez-soi d'abord".



nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Les LHSS ont pour mission de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient ; participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique de ces personnes ; mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir leurs droits ; élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Ils sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelable. Ils disposent d'une équipe pluridisciplinaire et peuvent également disposer d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie sociale.

➤ **Les "lits d'accueil médicalisé" (LAM)⁵**

Alors que les LHSS visent des personnes "*dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue*", les LAM doivent être réservés aux "*pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie*".

Comme les places résidentielles en CSAPA, ils permettent de répondre, en amont et au-delà du soin, à des besoins immédiats, parfois vitaux, des usagers. Les LAM accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Ils ont pour mission de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique de ces personnes ; apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ; mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ; élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Ils sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoins, en fonction de l'état sanitaire de la personne. Outre la direction ils disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin responsable, des infirmiers diplômés, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'Etat niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien.

⁵ Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016



3. La réduction des risques et des dommages

➤ *Les CAARUD*

Les Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) sont des structures de réduction des risques et des dommages issues principalement de structures d'accueil de la prévention du VIH auprès des usagers de drogues injectables parmi des populations très précarisées dans les années 80 ("les boutiques").

Deux décrets précisent leurs missions :

- Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique ;
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Les CAARUD sont des structures RdR pouvant accueillir les usagers.

Les CAARUD sont des établissements médico-sociaux, au même titre que les CSAPA, et bénéficient d'un financement par l'assurance maladie (enveloppe médico-sociale).

Les CAARUD distribuent du matériel de prévention et informent sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention. Ils fonctionnent la journée, la nuit, y compris les week-ends et jours fériés, dans des locaux dédiés, bus, lieux publics, lieux festifs, ensembles d'habitation en concertation avec les résidents, locaux habités par les occupants sans titre.

➤ *Les Halte Soins Addictions* (anciennement Salles de consommation à moindre risque)

La politique de réduction des risques et des dommages s'est inscrite dans le paysage du fait de son efficacité et de son acceptabilité par les personnes qui ne peuvent ou ne veulent abandonner leur conduite addictive. Cependant, l'acceptabilité sociale est toujours fragile comme le démontre chaque tentative de création d'une salle de consommation à moindre risque (ou salle de consommation supervisée).

➤ *Les lieux festifs*

Les consommations sur les lieux festifs (soirées privées, discothèques, rave parties...) sont aujourd'hui très fréquentes et parfois la règle. L'intervention dans ces lieux de fêtes et de consommation, dans une logique de réduction des risques est aujourd'hui indispensable.



4. Les partenariats

➤ *Prévention*

La prévention, pour être efficace, doit mobiliser tous les intervenants auprès du public cible : il peut s'agir de partenaires des lieux d'enseignement, de travail, de fête, de logement, de vie sociale...

➤ *Les microstructures*

Elles permettent de répondre aux difficultés d'accès de soins des patients atteints d'addiction (avec ou sans produits) et de prise en charge de ce public par les professionnels de santé en libéral. La microstructure est composée à minima d'un médecin généraliste, d'un psychologue et d'un travailleur social, tous travaillant sur des créneaux horaires définis et sur un seul et même lieu d'exercice, les maisons de santé. Cette spécificité permet ainsi des consultations pluridisciplinaires et non stigmatisantes pour des patients présentant des situations parfois complexes. La microstructure repose aussi sur une forte articulation avec les structures médicosociales spécialisées dans la prise en charge des addictions (CSAPA).

➤ *Insertion : Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ)*

Le dispositif d'insertion sociale et professionnelle TAPAJ a été expérimenté à partir de 2013 à Bordeaux. Il cible les publics jeunes en errance âgés de moins de 25 ans, ne pouvant prétendre au RSA, afin de faciliter leur entrée dans les dispositifs d'insertion de droit commun qui ne leur sont pas accessibles directement, compte tenu de leur mode de vie et de l'usage de substances psychoactives. TAPAJ est une adaptation française d'un projet déjà expérimenté au Québec.

Juridiquement, TAPAJ s'appuie sur le partenariat entre :

- une structure médico-sociale (CSAPA ou CAARUD),
- une association intermédiaire (structure de l'insertion par l'activité économique) qui est l'employeur juridique des jeunes,
- une entreprise ou un service public auprès desquels les jeunes sont mis à disposition.

Plus globalement, l'insertion par l'activité économique (IAE) est une composante de l'accompagnement des personnes.



Chapitre 5 : Les défis d'aujourd'hui

Le secteur médico-social addictologique doit aujourd'hui affronter des défis nombreux.

Certains sont communs à l'ensemble de la discipline :

- **Les stratégies des lobbies économiques** : la difficulté à mener des actions efficaces et cohérentes face aux puissants lobbies des drogues légales (alcool, tabac, jeux) ;
- **La difficulté à mener un plaidoyer**, dans le contexte d'une part des lobbies des drogues légales qui défendent leurs profits, d'autre part d'une approche morale, voire sensationnaliste, des consommations de drogues illicites ;
- **La nécessaire évolution du statut du cannabis**, drogue illicite largement consommée, dans une optique de prévention et de réduction des risques ;
- **L'arrivée constante de nouveaux produits psychoactifs** de synthèse et l'évolution de leur accessibilité (trafic, mode de distribution par internet) ;
- **La territorialisation de la santé** : les structures médico-sociales spécifiques dans le champ des addictions s'inscrivent de plus en plus dans les politiques territorialisées (contrats locaux de santé, CTPS, plan départemental de santé mentale, groupements de coopération sanitaire, microstructures) portées par les politiques des ARS souvent en lien avec les élus communaux ;
- **L'adaptation de l'accompagnement au parcours des personnes** : les interventions des CSAPA mobilisent leurs équipes pluridisciplinaires sur une approche globale des besoins de la personne et de leur accompagnement (soins, psychologie, éducatif et social). Ces équipes peuvent devenir référentes du parcours de santé des personnes concernées pour leurs addictions ;
- **La promotion de la santé** : les parcours développés par les CSAPA dans les territoires s'inscrivent dans la promotion de la santé car ils prennent en compte les déterminants sanitaires et personnels ainsi que ceux sociaux et environnementaux des personnes. La qualité du parcours de santé des personnes concernées dépendra de la mise en œuvre de cette approche globale et de son inscription dans une réponse partenariale territorialisée. Cette approche des CSAPA fait écho à la Stratégie Nationale de Santé qui précise que les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation de l'ensemble des politiques publiques, le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physique, social et économique favorables ;



- **Le continuum de l'accompagnement des personnes** : l'approche globale portée par les équipes des CSAPA, dans le continuum prévention/réduction des risques/soins/accompagnement/insertion sociale et professionnelle /hébergement médicalisé si nécessaire, repose sur ces principes (promotion de la santé, territorialisation, parcours) et les fait vivre. Les actions d'aller vers, de mise à disposition de matériels à usage unique, de TROD, de priorité donnée aux publics les plus défavorisés complètent cette réponse qui s'inscrit dans les politiques territorialisées qui sont portés principalement dans les CLS et les CTPS. Elles font des CSAPA des lieux de ressources sanitaires de proximité pour les populations concernées. Ces approches de promotion pour la santé mises en œuvre relèvent de l'utilité sociale. Elles visent à éviter une détérioration de l'état de santé à l'échelle individuelle et collective ;
- **La progression des connaissances scientifiques** : la participation à la production de connaissances scientifiques, l'intégration de ces connaissances dans les pratiques, sont une exigence contribuant à une addictologie par les preuves ;
- **Les difficultés d'attractivité des métiers du médico-social** : les difficultés de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux formés à l'addictologie mettant en situation de fragilité les parcours de soins des usagers (déserts médicaux et paramédicaux, manque de psychologue), ainsi que l'enjeu de fidélisation des professionnels aussi bien en filière médicale, paramédicale qu'administrative dans un contexte de rémunération peu attractive ;
- **Le financement du médico-social** : l'enjeu financier lié à des évolutions budgétaires inférieures à l'inflation générant du déficit et des risques financiers sur les établissements ;
- **Le partenariat** : l'enjeu partenarial et de connaissance mutuelle avec d'autres acteurs importants dans les territoires comme les services pénitentiaires ou les hôpitaux ;
- **La revalorisation des salaires** marquée par des incohérences en 2022 avec le risque de décrochage d'attractivité des filières techniques et administrative.

D'autres sont spécifiques :

- **La nécessaire valorisation du secteur médico-social addictologique** afin de faire connaître ses spécificités, ses particularités au regard des autres secteurs du champ médico-social comme le champ du handicap ou des personnes âgées.



- **Le financement précaire de la prévention** repose uniquement sur des subventions et des appels à projets sans garantie de pérennité et donc d'action dans la durée, alors que la prévention est affaire de longue haleine. Les difficultés de recrutement et de rémunération impactent les difficultés structurelles de la prévention ;
- **L'absence de valorisation des compétences propres à l'addictologie** : Les pratiques se sont diversifiées pour faire face à la complexité des besoins des populations et des personnes ;
- **La distinction entre CSAPA et CAARUD** : les pratiques de réduction des risques et des dommages étant communes à l'ensemble du champ, la distinction administrative et fonctionnelle entre CSAPA et CAARUD mérite d'être questionnée ;
- **Le numérique** avec le déploiement de politiques publiques ambitieuses mettant à la charge des systèmes d'information existant de nouvelles fonctionnalités obligeant à des évolutions majeures.
- **Répondre aux exigences de qualité de l'accompagnement La qualité** : l'enjeu de mise en conformité au référentiel HAS sur la qualité des pratiques professionnelles, implique la mise en place d'un système qualité dans les organisations. Ce système doit être financé.

*

* *

Une des particularités du secteur médico-social addictologique est la diversité des dispositifs qu'il anime au sein des territoires. Cette diversité de dispositifs, si elle peut être source de complexité au premier abord, permet néanmoins d'assurer une continuité de parcours et un accompagnement adapté à des besoins variés et évolutifs. L'enjeu pour le secteur médico-social addictologique est de parvenir, par des dispositifs ciblés, de proposer un accompagnement de qualité à ses usagers tout au long de leur parcours. L'objectif est alors de stabiliser la conduite addictive pour permettre une insertion sociale de l'utilisateur.

Mais le secteur médico-social addictologique ne peut être résumé au seul accompagnement médico-social. Alors que l'alcool et le tabac sont, de loin, les principaux facteurs de mortalité prématurée évitable et que le discours politique sur les drogues est marqué par une approche manquant de sérénité et de pragmatisme, le secteur médico-social addictologique intervient en prévention auprès de populations nombreuses, notamment les jeunes, contribue à la formation de nombreux professionnels et répond aux besoins de dizaines de milliers de personnes dans ce contexte difficile et complexe.



Conclusion

Au carrefour de la médecine et de l'intervention sociale, le secteur médico-social addictologique apporte des réponses spécifiques aux personnes en difficulté avec leur consommation de produits, d'écran, de jeux en ligne... Ce secteur médico-social addictologique s'est construit progressivement au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des pratiques. Les pratiques et le dispositif ont fortement évolué pour répondre aux besoins de prévention, d'accompagnement et de soin des personnes. Son apport est indiscutable et indiscuté, malgré les défis qu'il doit affronter aujourd'hui.



Reconnue d'utilité publique
Fondée en 1872 par Louis Pasteur & Claude Bernard
www.addictions-france.org • contact@addictions-france.org
ANPAA - 20 rue Saint-Fiacre 75002 PARIS • T : 01 42 33 51 04

Suivez-nous sur :

