

soins
résidentiels
collectifs

Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels

Pratique(s)

Les pratiques professionnelles concernant
les dispositifs de soin résidentiel
du secteur médico-social en addictologie
De l'analyse des pratiques d'un réseau
à l'élaboration de recommandations partagées
Focus sur le collectif :
les Centres Thérapeutiques Résidentiels
les Communautés Thérapeutiques
les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition

sommaire

Remerciements 4

Introduction

Jean-Pierre Couteron 5



historique des dispositifs de soins résidentiels

Du XIX^e à la fin du XX^e siècle

La préhistoire 8

Avant-hier: les années 1970 9

Hier: les années 1980-1990 12

De 2002 à nos jours 16

Conclusion

François Hervé 73

Annexes 76

1 – Une méthodologie participative au service de l'évolution d'un réseau

2 – Questionnaire de lancement

3 – Grille d'entretien semi directif

4 – Dossier type d'admission

5 – Annuaire

2

panorama des dispositifs de soins résidentiels en addictologie médico-sociale

Les dispositifs de soins résidentiels collectifs 21

Cadre commun et principes généraux

Trois dispositifs répondant à des besoins différents :

1. les Centres Thérapeutiques Résidentiels 24

2. les Communautés Thérapeutiques 26

3. les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition 28

Les dispositifs de soins résidentiels individuels 31

4. les Appartements Thérapeutiques 32

5. les Familles d'Accueil 34

6. autres dispositifs 37

3

les pratiques professionnelles de soin résidentiel collectif

1. le cadre de fonctionnement 40

L'évolution du modèle unique d'abstinence

La réduction des risques

Les lieux

La place des femmes

Structures "ouvertes", structures " fermées"

La participation financière des résidents

Les relations exclusives entre résidents

2. la procédure d'admission 48

3. l'accueil du résident 50

4. la transdisciplinarité et ses outils 52

Généralités

L'accompagnement médical

La vie quotidienne et collective

L'accompagnement socio-éducatif

Les activités collectives

L'accompagnement psychologique

5. les fins et suites de séjour 64

Généralités

Départs non programmés

6. articulation avec les autres dispositifs 68

Généralités

Pour une complémentarité dans la prise en charge

des conduites addictives entre les CSAPA avec hébergement et les

services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie / Marc Kusterer 69

remerciements

Ce guide a été réalisé grâce à la participation et à l'implication :

des trente-trois structures qui ont répondu au questionnaire de lancement de la réflexion,
des treize structures interviewées,
des participants aux quatre journées régionales,
des Unions Régionales de la Fédération Addiction,
des membres du comité de pilotage du projet,
des groupes de travail régionaux Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France et Rhône-Alpes qui ont travaillé en interaction avec le projet national,
des étudiants de l'Université de Paris Est Créteil Val-de-Marne pour leur étude préliminaire auprès d'usagers,
du Conseil d'Administration de la Fédération Addiction.

Nous adressons nos remerciements à toutes ces personnes, ainsi qu'à la Direction Générale de la Santé pour son intérêt et son soutien pour le projet.

introduction

Le dispositif de soin résidentiel s'organise autour de trois paramètres : le changement d'environnement qui protège d'influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance ; le programme thérapeutique dont l'intensité et les propositions variées suscitent le changement ; la durée, de plusieurs semaines à plusieurs mois, pour inscrire ce changement au plus près des nouvelles habitudes de vie.

« **Soin** », il fut, avant l'arrivée de la RDR, des TSO, des interventions brèves, le standard quasi unique d'un traitement pensé sur la seule visée d'abstinence. Il est aujourd'hui une des possibilités d'un soin qui a diversifié ses objectifs. Son coût, inévitablement supérieur à celui de l'ambulatoire, lui est injustement reproché. Sa durée, dans une société de la rapidité, est pensée comme du temps perdu. Dans les deux cas, l'intérêt particulier de sa réponse est nié : offrir une approche intégrée, associant travail individuel, dynamique de groupe, traitement médical, accompagnement éducatif et psychothérapie.

« **Résidentiel** », il est parfois opposé aux hébergements nécessaires aux exclus pour recouvrer une dynamique de vie, se voyant alors reproché un accès, des délais et procédures d'admission garant de son bon fonctionnement. À l'inverse, il est aussi médiatiquement associé à « la réhab » dans des témoignages de personnalités qui insistent sur l'effet miraculeux d'un enfermement, pourtant souvent bien illusoire.

Pour l'utilisateur, le traitement résidentiel est un lieu à l'écart des facteurs addictogènes qui l'ont marqué, un temps consacré à des activités spécifiques, où un travail sur l'estime de soi, sur les compétences psychosociales et les comportements addictifs est possible. Il ne vient plus s'imposer en première intention, mais résulte d'un choix construit en commun par l'utilisateur et ceux qui l'accompagnent. Et si l'équilibre entre les trois paramètres peut varier d'un lieu à l'autre, si les chronologies restent différentes d'un trajet à l'autre, c'est aussi pour répondre à des publics plus spécifiques, jeunes usagers mineurs, femmes ou usagers sortant de prison par exemple.

Loin d'être un modèle dépassé, le traitement résidentiel est donc un des premiers modèles de soins intégrés qui doit actualiser ses principes et continuer de se rendre plus lisible. C'est ce à quoi veut contribuer ce guide.

Jean-Pierre Couteron

Président de la Fédération Addiction

1

historique
des dispositifs
de soins résidentiels

du XIX^e à la fin du XX^e siècle

1. La préhistoire

L'hébergement thérapeutique traverse depuis le XIX^e siècle les dispositifs de prise en charge des toxicomanes. En faire l'histoire se révèle une tâche ardue, car l'histoire supporte toujours plusieurs lectures. On peut la lire à travers les hommes qui la font, à travers les anecdotes qui en révèlent les dessous, à travers les mouvements d'idées ou les mouvements économiques qui en forment la toile de fond. Nous proposons ici d'articuler quelques témoignages, quelques textes administratifs et quelques éléments de contexte, dans l'espoir de contribuer à l'intelligibilité d'une histoire dont la lecture reste subjective. Cet historique s'appuie par ailleurs essentiellement sur l'histoire du champ des drogues illicites, le champ de l'alcool ayant connu un développement différent, rappelé par Marc Kusterer¹.

Pourquoi l'hébergement ?

Avant d'entrer dans une chronologie, il faut se demander pourquoi l'hébergement a été autant associé au traitement des toxicomanies. Sans refaire l'histoire des sevrages, méthode allemande, française, demi-lente², il faut remonter à un temps antérieur à celui des « post-cures », pour comprendre une architecture de prise en charge à la pertinence apparemment évidente durant un bon siècle.

En effet, dès que l'on commence à s'intéresser aux toxicomanies modernes, c'est-à-dire celles qui succèdent à l'invention de la seringue et à la purification et concentration des principes actifs des plantes aux effets psychotropes, se pose la question du traitement des abus. Au-delà des techniques, chaque auteur insiste sur la nécessaire « séquestration », ou « internement » (Chambard), du toxicomane, condition nécessaire à la réussite de la cure et de sa convalescence.

« *Pour avoir chance de guérir* », nous dit Chambard, « *tout morphinomane tant soit peu gravement atteint doit quitter le milieu où sont nées ses habitudes funestes, abdiquer sa liberté entre les mains du médecin, se soumettre, quelle que soit*

*la méthode à laquelle celui-ci ait recours, à un traitement sévère, méthodique et suivi, et se mettre ainsi dans l'impossibilité absolue de se procurer ouvertement ou subrepticement de la morphine.*³»

Deux considérations apparaissent donc déjà : la protection contre un milieu pathogène ou lié à « l'habitude » et le nécessaire éloignement des possibilités d'approvisionnement. Pour mener à bien le traitement, le domicile du malade est donc exclu. La question se pose alors de savoir quel type d'établissement est le plus adapté à ces traitements qui comprennent un temps de cure proprement dit, suivi d'un temps de convalescence, au cours duquel les conditions de la cure doivent perdurer, du fait de la fragilité du malade. On se méfie des hôpitaux car rien ne permet d'y retenir le malade s'il veut interrompre le traitement avant sa fin, rien ne peut empêcher les visites, et donc son approvisionnement. Enfin, la compétence du personnel n'y est pas assurée, quand on ne le soupçonne pas de plus... d'être par exemple corrompible.⁴

Quant aux maisons de santé, non spécialisées, leur coût les réserve à une minorité, et l'on craint que certains directeurs y favorisent pour des raisons économiques des méthodes ultra lentes... De plus, rien ne permet non plus d'y retenir contre leur volonté les malades au plus fort des difficultés du sevrage.

Les asiles d'aliénés apparaissent à plusieurs auteurs comme une bonne solution (Chambard, Pichon), permettant la contention, l'interdiction des

¹ Voir *Pour une complémentarité dans la prise en charge des conduites addictives dans les CSAPA avec hébergement et les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie* page 69

² Notons seulement que ces sevrages se faisaient parfois à l'aide de quelques adjuvants : codéine pour le Dr Guimbail, cocaïne (rapidement critiquée), opium avec discernement pour le Dr Chambard, alcool, à condition qu'il soit employé comme tonique et non comme substitut (Pichon), éther sulfurique, et quelquefois... hypnose et injections d'eau pure.

³ Chambard E., *Les morphinomanes*, 1890, p 217.

⁴ Les livres d'époque fourmillent d'exemples de ruses employées par les morphinomanes pour introduire leur « poison ».

visites et la possibilité de décider du temps du traitement, etc. Mais il faut, pour y placer un malade, que le médecin signe un certificat attestant de son aliénation mentale. Or les médecins répugnent à considérer le morphinomane comme un aliéné et redoutent que ce passage par l'asile ne soit néfaste à sa réinsertion, car trop stigmatisant. Par ailleurs, les patients ne veulent pas de l'asile, ne se considérant pas fous.

Guimbail le résume ainsi :

« ... je considère à la fois comme une atteinte à la liberté individuelle et comme un abus d'autorité l'internement dans un asile d'aliénés d'un morphinomane non délirant. Bien plus, le morphinomane lucide viendrait-il à réclamer, lui-même, sa propre séquestration dans ces conditions, je ne me croirais pas le droit de souscrire à son désir. Non seulement ma conscience me l'interdirait, mais je sens combien les reproches que pourrait m'adresser le malade une fois guéri seraient inévitables et fondés et je me garderais de m'y exposer »⁵.

On en appelle alors à la création d'établissements spéciaux « comme il en existe en Angleterre, en Amérique, et en Allemagne », spécifiquement dédiés au soin des morphinomanes, avec un personnel formé et des conditions d'encadrement spécifiques aux besoins de cette population. Le principe est le volontariat. Erlenmeyer le souligne : « Le médecin ne soumet pas le malade au traitement contre sa volonté : c'est celui-ci qui vient de son propre mouvement et librement prier le médecin de le sevrer de la morphine »⁶.

Quel hébergement ?

Il en découle un certain type d'établissement : « C'est donc à l'intérieur d'un établissement ouvert que devra être traité le morphinomane conscient et lucide ; le médecin aura soin, sitôt son arrivée, de lui faire écrire et signer une attestation exprimant sa volonté formelle de ne pas sortir de

l'établissement avant que sa cure soit complète et que le temps nécessaire à sa convalescence soit écoulé. Il promettra par ce même écrit de se soumettre entièrement et de son plein gré à tous les règlements de la maison » (1891)⁷.

Les établissements dirigés par Levinstein et Erlenmeyer en Allemagne serviront de modèle, alliant accès libre, rigueur du règlement, importance du temps consacré à la convalescence. D'ailleurs, les rechutes nombreuses sont attribuées à l'insuffisance de ce temps. On conseille au morphinomane guéri, s'il en a les moyens, d'entreprendre ensuite un long voyage ou de changer de ville, de relations, d'environnement (Guimbail).

Dans ces établissements on reçoit des personnes atteintes de maladies nerveuses, d'affections cérébrales sans folie, des anémiques, des convalescents, mais les maladies mentales en sont « absolument exclues ».

« L'établissement pour les maladies nerveuses est installé dans une élégante villa, ou une série de pièces au rez-de-chaussée sont réservées au service des morphinomanes et où les femmes sont absolument séparées des hommes. Les malades, une fois conduits dans ces pièces, ne les quittent plus pendant toute la durée du traitement. Personne n'y a accès que les gardes. Les correspondances ou autres envois sont ouverts par moi en leur présence. Ils sont complètement séparés des effets qu'ils ont apportés, et ceux qui leurs sont laissés, ont été tout d'abord soumis à l'inspection la plus minutieuse. (...) Je réunis d'ordinaires plusieurs malades dans la même pièce. Ils se délassent mieux ainsi, se consolent mutuellement, et les amusements auxquels ils se livrent en commun leur fait supporter les heures douloureuses (...). Au bout de 10 à 12 jours, les malades sortent de leur isolement, et trouvent dans l'établissement même des attractions qui les remontent et les distraient.⁸ »

Grâce à cette plongée aux origines de l'hébergement, on perçoit par-delà les débats d'époque dont Jean Jacques Yvorel a pu souligner les aspects corporatistes et philosophiques⁹, que bien des éléments que nous retrouvons, près d'un siècle plus tard, sont déjà en place : récusation de l'hôpital et de l'asile par des médecins qui en sont issus et continuent par ailleurs à y exercer, notions d'éloignement, de durée, de protection du patient contre l'extérieur et contre lui-même, activités dérivatives, appui sur le groupe, signature d'un engagement, etc. Gageons aussi que cette exigence d'allégeance au médecin, au nom de l'éclipse du jugement liée au sevrage, puisse déjà produire, selon la personne de ce dernier, le meilleur... comme le pire.

Cette expérience engrangée depuis le XIX^e siècle ne peut être coupée des traitements tels qu'ils se conceptualiseront à partir des années 1970, qui ne surgissent donc pas ex-nihilo. Toute histoire qui l'oublierait serait tronquée et faussée dans ses analyses.

2. Avant-hier : les années 1970

À une époque plus proche de nos mémoires, même si elle appartient au XX^e siècle passé, le chanteur Antoine décrit dans une chanson de 1966, « un éléphant me regarde », une expérience hallucinogène. Cette allusion que peu d'auditeurs comprendront alors¹⁰, indique combien certains aspirent à de nouveaux modes d'être au monde.

⁵ Guimbail H., Les morphinomanes, Baillière et fils, 1891, p 288.

⁶ Chambard, p. 226

⁷ Guimbail, 1891

⁸ Erlenmeyer, in l'Encéphale, 1886

⁹ Yvorel, J.J., Les poisons de l'esprit, Quai Voltaire histoire, Paris, 1992, p 230-232
¹⁰ « La fumée dans les yeux, un éléphant me regarde, j'ai la tête qui part... Les fenêtres se tordent, les portes vont éclater, le plancher vacille, les murs vont s'effondrer... Les couleurs ne sentent plus rien, le noir me colle aux mains et mon alouette ne deviendra plus bleue... »

Deux ans plus tard, Mai 68 fait trembler l'ordre établi. Une part de la jeunesse, en réaction à un monde qui, de plus en plus, repose sur l'économie et les valeurs de profit, repousse ses horizons à la recherche de spiritualité, vers l'Asie, le Népal et les Indes. Les états modifiés de conscience par la méthode chimique participent à cette contre-culture, qui voit se développer en cette fin des années 60 les usages de cannabis, de LSD, puis d'héroïne. Une nouvelle jeunesse émerge. Les grands festivals, Woodstock, Ile de Wight, en donnent la mesure. Et cette jeunesse fait peur parce qu'elle dégage de force et d'utopie. En France, une confusion historique fera assimiler drogues et révolution par le ministre de l'Intérieur. L'inquiétude grandit dans le public, entretenue par la presse suite au décès par overdose d'une adolescente à Bandol, durant l'été 1969. La pression à légiférer, forte¹¹, accentuait la répression de l'usage et la traque de l'utilisateur. Ainsi s'exprime en 1971 Raymond Marcellin : « [La loi du 31 décembre 1970] a créé le délit d'usage illicite des stupéfiants, qui n'existait pas dans notre droit. Cette innovation est très importante : dès lors que la toxicomanie est reconnue comme une infraction à la loi tous ceux qui ont connaissance d'un cas d'usage de drogue ont le devoir d'en informer l'autorité publique. D'autre part, si le toxicomane lui-même est un malade, et personne ne peut douter qu'il le soit, il est aussi un délinquant. À ce titre il peut être astreint, sous peine de poursuites, à subir une cure de désintoxication sous le contrôle de l'autorité judiciaire. La répression est ainsi associée à une action médico-sociale dans l'intérêt des intoxiqués eux-mêmes. »¹²

Un cortège de mesures d'exception est destiné à lutter contre « la drogue » : perquisitions de nuit, prolongation de la garde à vue à quatre jours, formation des services de police à l'identification des drogués, etc.

Parallèlement, certains prennent la route, vers les ashrams et les rapatriements sanitaires¹³; d'autres tentent de vivre l'utopie communautaire, le retour à la terre ou la communauté urbaine, sans autres contraintes que celles que le groupe s'impose. D'autres encore déambulent sur les trottoirs des centres-villes.

Nouveaux fondements de l'hébergement

C'est dans ce contexte que le traitement des toxicomanes est à réinventer. Quelques pionniers s'émeuvent de ces jeunes qui dérivent, refusant l'hôpital et la psychiatrie. Globalement rejetés par le système de soins traditionnel, ils sont accueillis en de rares lieux « *au nom d'un certain sens du service public et, souvent, de la séduction qu'ils exercent.* »¹⁴. L'Abbaye, sous l'impulsion de Claude Orsel, ouvre ses portes en 1969, inspirée des « free clinics » américaines; puis Claude Olievenstein s'installe en 1971 à Marmottan, suscitant l'opprobre de la psychiatrie de l'époque, en prise avec la sectorisation naissante. « *J'avais osé parler de pathologie nouvelle, proclamer qu'elle ne s'attachait plus aux maladies, dans le sens classique, mais aux conduites, et qu'il fallait créer des endroits neufs pour accueillir les gens qui avaient des problèmes sans pour autant relever de l'étiquette de malade mental.* »¹⁵

Ces services, souvent issus du secteur public et de l'hôpital, s'organisent essentiellement autour de l'accueil et du sevrage, phase aiguë du traitement. Cela est rapidement perçu comme insuffisant et l'on va chercher des lieux permettant une prise en charge au long cours, différenciant désormais le temps de la cure et de la post-cure. Les premiers lieux sont assez informels, à l'exemple de la communauté « Contre tout », dirigée par un autoproclamé « pape orthodoxe », dont l'objectif est l'autarcie en communion avec la nature. L'installation est précaire, comme en témoigne une publication du groupe, citée par Michel Damade :

« *Notre installation nous vaut un contact direct avec la nature dont nous recevons aux moments les plus inattendus les ondes bienfaitrices. Par exemple, la nuit passée où, tombant directement du toit à travers le plafond, la pluie vient partager la couche des hôtes de contre-tout* »¹⁶.

Au-delà de cet exemple anarcho-mystique, les premières post-cures, participant souvent au mouvement culturel dans lequel semblent s'inscrire les toxicomanies, vont proposer des modes de vie au plus près de ce que l'on suppose des aspirations de leurs usagers. À ce moment, l'idée de « communauté » est dans l'air du temps et l'on va promouvoir des valeurs d'égalité, de partage, d'autonomie, de refus de la « société de consommation ». L'organisation même des centres, marquée aussi par l'antipsychiatrie, s'en ressent : absence de hiérarchie, forte proximité entre les encadrants et les personnes accueillies, parfois idéal d'indépendance financière, afin de ne pas dépendre des pouvoirs publics et de leurs éventuels contrôles, et pour les plus extrémistes, idéal d'autarcie¹⁷. Les centres sont ancrés dans une démarche « rousseauiste », qui postule qu'un environnement sain modèlera un individu sain. Leurs murs ou les champs qui les entourent protègent : de la toxicité de la drogue, de la toxicité de la ville et aussi de la répression. Il est difficile d'établir une filiation théorique de ces lieux qui n'en revendiquent pas. On y retrouve,

¹¹ Bernat de Celis J., *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi de 70 sur les stupéfiants*, L'Harmattan, Paris, 1996

¹² Extrait d'un texte de 1971 de Raymond Marcellin, ministre de l'Intérieur

¹³ N'en ayons cependant pas une vision idyllique : nombre de ces « routards » ne sont jamais revenus...

¹⁴ Dugarin J., « Évolution et adaptation », in : *AGORA*, n°27-28, automne 1993

¹⁵ Olievenstein C., *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont, 1977

¹⁶ Damade M., « Quelques points d'histoire concernant les post-cures », *Interventions*, n°27, décembre 1990

¹⁷ On voit, à travers l'histoire de l'Association Le Patriarce, comment le télescopage entre abstinence et autarcie peut aboutir à une dérive sectaire.

adaptée aux critères de l'époque, l'empreinte laissée par les traitements de la première génération, avec la notion de « temps nécessaire à la convalescence », d'éloignement, de protection contre l'environnement. Mais on y retrouve aussi l'idée des « groupes sans leader » tels que mis en œuvre par Bion en 1946¹⁸, ainsi que l'expérience américaine des Communautés Thérapeutiques à partir des années 1960¹⁹, qui est connue d'un certain nombre de professionnels et de décideurs, comme en attestent ces recommandations produites par le ministère de la Santé :

« Ces associations doivent offrir aux toxicomanes une véritable sociothérapie, qui peut être exercée par d'anciens drogués pour éliminer le clivage entre soignants et soignés. La pression du groupe, l'auto organisation de la communauté, l'identification aux membres guéris, la preuve de la possibilité de vaincre l'assuétude, l'exercice d'une profession stable, permettent des succès importants comme l'attestent les guérisons (50%) obtenues à la fondation Synanon aux États Unis. » (1972) Parfois issus de lieux d'accueil, les premiers lieux d'hébergement collectif de cette génération verront le jour durant les années 1972-1974 :

Les Blannaves, En Boulou, La Gentillade, Le Peyry. À côté de ces institutions aux sources de l'histoire, on voit s'en développer d'autres aux destins plus incertains, mais témoins des ouvertures de l'époque. Une post-cure agréée fonctionnera selon les préceptes du Guru Maraha Ji ; « Le Bel Espoir » du Père Jaouen embarquera avec un succès mitigé son lot de toxicomanes ; « Le Patriarce », Lucien Engelmajer, condamné en 2007 pour escroquerie, recevra à la Boère ses premiers pensionnaires. Ces lieux se trouvent souvent à la campagne, ce qui correspond à une période de montée de l'écologie, où toxicité des produits et toxicité de la ville, voire de la société, se confondent parfois. Les fondateurs de ces post-cures « rurales » sont rarement des ruraux, mais des personnes qui, par

« choix » personnel, quittent la ville, certains acteurs réfutant l'argument écologiste : « On a beaucoup disserté sur le caractère rural de ces postcures en liaison avec diverses idéologies plus ou moins fugitives de l'époque, mais ne perdons pas de vue que les toxicomanes alors prenaient des doses sans commune mesure avec celles d'aujourd'hui, que la qualité des produits était toute autre, que le sevrage était véritablement une épreuve physique, et que la remise en état imposait plus sûrement qu'aujourd'hui et hors de toute contingence idéologique un séjour "au vert"²⁰. »

En ville aussi on tâtonne : une première expérience visant à recevoir en communauté des toxicomanes non sevrés se déroulera à Sartrouville en 1971, interrompue en 1975, l'équipe refusant d'être soumise au contrôle d'un médecin psychiatre envoyé par les autorités²¹. L'association Charonne à Paris, le CEID à Bordeaux s'attacheront quant à eux à structurer un hébergement en ville, ainsi qu'en 1974 le Centre Pierre Nicole, revendiquant plus précisément la notion de post-cure.

L'accompagnement administratif

L'administration accompagne ces créations, s'appuyant sur la société civile et le secteur associatif pour développer ces établissements. « La longueur de la postcure ne permet pas d'en confier la surveillance et l'orientation aux organismes traditionnels de l'action sociale, car le personnel de ces organismes ne pourrait assumer les autres tâches auxquelles il est appelé. Il faut donc envisager un relais des services du ministère de la santé publique par des associations privées ou des fondations recevant des subventions de l'Etat et vouées à assurer la réinsertion sociale des malades »²².

L'heure est au pragmatisme et face à cette « épidémie » qui fait peur, le ministre Robert Boulin, secondé par son fils, recommande à son administration

dans une circulaire du 29 mars 1972 de « soutenir toutes les expériences sérieuses qui peuvent apporter quelques résultats positifs »²³. La diversité des situations est non seulement prise en compte par cette circulaire, mais aussi encouragée. Différents types de lieux collectifs sont par ailleurs identifiés :

« Les centres de post-cure se divisent en deux catégories : les uns traitent pendant quelques mois en cure psychothérapique les toxicomanes ayant terminé une cure de sevrage, qui ont une personnalité très fragile. Les autres aident pendant 6 mois à deux ans environ le toxicomane à quitter définitivement l'univers de la drogue, c'est la réinsertion sociale. (...) Le personnel de la première catégorie de centres devra avoir surtout une formation psychiatrique ou psychologique, tandis que pour les centres destinés aux post-cures de plus longue durée, l'origine professionnelle des équipes sera très variée. Les qualités du personnel composant l'encadrement de ces centres en constituent le point essentiel. Le plus souvent le personnel de ces centres n'est ni médical, ni psychiatrique, mais il est souhaitable qu'un médecin et ou un psychiatre soient attachés au centre et puissent répondre à la demande d'un membre du groupe²⁴. »

Le financement de ces centres est assuré par l'État, selon des modalités oubliées :

« Les dépenses étaient votées par les Conseils

¹⁸ Dans la suite des travaux de Maxwell Jones sur les communautés thérapeutiques.

¹⁹ Delile J.-M., Bourgeois M., « Les communautés Thérapeutiques aux USA. Bilan et évaluation des soins », *Interventions*, n°46, novembre 1994

²⁰ Petit F., « Mémoire du système de soins », *Connexions*, 59/1992-1, p.95-105

²¹ Il faut dire aussi que les consommations, en particulier de cannabis, y étaient tolérées, et que l'institution avait connu un décès par overdose.

²² *La lutte contre la drogue*, Documents, Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale, juin 1972

²³ Petit F., « Mémoire du système de soins », *Connexions*, 59/1992-1, p.95-105

²⁴ Circulaire n°591 du 29 mars 1972

Général et remboursés aux départements par l'État, à 100% compte tenu de l'anonymat, à 83% si il ne jouait pas²⁵. (...) Les synergies qui se créaient étaient totalement sur des objectifs techniques dépourvus de toute préoccupation financière. »²⁶.

Dans ce contexte, l'hébergement « post-cure » se diversifie dans ses offres et les textes administratifs s'attachent à spécifier son rôle. Il sera particulièrement précisé par une circulaire de 1979²⁷, qui vient en point d'orgue d'une série de textes précisant les cadres administratifs de plusieurs modalités d'hébergement, en CHRS et en familles d'accueil²⁸, ou instaurant la possibilité de « placement familial ou communautaire »²⁹. Cette circulaire affirme ainsi le rôle thérapeutique de la post-cure.

« *L'efficacité [de la cure de désintoxication] ne saurait être réelle si elle n'est pas prolongée par une étape d'intense soutien psychologique permettant au toxicomane de prendre ou de reprendre son autonomie au sein de la société* ». Le législateur ne fixe pas de norme car « *la diversité des types de prise en charge doit rester la règle* » à condition que deux principes soient respectés : « *l'établissement doit être en relation avec l'ensemble des institutions existantes* » et sa capacité doit être réduite afin d'offrir « *une atmosphère familiale nécessaire à l'évolution favorable des toxicomanes qui ont fréquemment souffert de carences affectives* ». La circulaire engage les services de l'État à admettre un ratio d'encadrement de 1/1, les besoins en personnels devant « *être considérés de manière prioritaire* ». Le cadre administratif et financier retient deux possibilités : les établissements publics ou privés comportant des moyens d'hospitalisation, dits « centres sanitaires de moyen séjour » agréés en référence à la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ou bien les CHRS dont la dans circulaire de 1976³⁰ affirme la compétence en matière de prise en charge des toxicomanes.

Durant cette période, les textes suivent les innovations, encouragent la diversité, donnent un cadre administratif et juridique à des pratiques qui se mettent ou se sont mises en place : le projet fait le cadre.

3. Hier : les années 1980-1990

Des changements s'amorcent dans les années 1980. La loi de 1983 relative à la répartition des compétences entre les départements et l'État va être l'occasion de mettre à plat certaines conventions. Une circulaire s'émeut des situations rencontrées : « *Il apparaît qu'un certain nombre de structures fonctionnaient jusqu'à présent sur des subventions, annuellement votées par les conseils généraux, sans signature préalable de convention. De telles situations ne doivent pas être maintenues et aucun crédit ne doit être versé à une quelconque association (...) sans l'établissement d'une convention définissant l'objet et la nature des actions confiées à l'association, les obligations réciproques, les modalités de fixation du budget et de versements de crédits, les postes de personnel pris en charge, les modalités du contrôle de l'État* »³¹. Un an plus tard, une circulaire fusionne sur une seule ligne budgétaire les financements des « *actions sanitaires de prévention et de traitement des toxicomanies financées jusqu'ici au titre des actions et services obligatoires de santé, chapitre 47-14 art. 60 et du financement des CHRS accueillant exclusivement des anciens toxicomanes en voie de réinsertion, relevant du chapitre 47-23 "Action sociale obligatoire"* ». Cette unification signe la fin des CHRS spécialisés : « *Ce transfert ne signifie pas non plus que les autres CHRS n'ont pas dans leurs missions l'accueil des anciens toxicomanes en difficulté ou des personnes ayant eu dans le passé des problèmes avec la drogue. En effet ils s'adressent à toutes les personnes visées par l'art. L185 du Code de la famille, et de l'aide Sociale, et pour la prise en*

charge des anciens toxicomanes leur rôle peut être important. Il ne doit donc plus aujourd'hui, pour cette raison, être ouvert de tels centres destinés à recevoir exclusivement d'anciens toxicomanes ». L'ensemble des centres spécialisés se voit donc renvoyé vers le sanitaire et/ou le médico-social, indépendamment des projets qui, pour certains, étaient davantage tournés vers l'insertion.

La tonalité des circulaires change. La diversité doit trouver un cadre commun, afin de « *renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action sanitaire et médico-sociale (...) et de mieux cerner et maîtriser l'effort financier correspondant* ».

Pendant que l'administration œuvre à les rationaliser, les centres se professionnalisent : les utopies ont fait long feu, le « feeling » ne suffit plus, les échecs ont épuisé les équipes. La clinique fondée sur le regard, la séduction, la relation et la fusion³², se transforme à la rencontre de patients³³ qui ont changé : aux utopies de « la route » succède la dureté du chômage. « La drogue » a gagné les banlieues. Il faut prendre de la distance, se référer à un projet, soutenir les équipes.

Le temps de la post-cure prend de la consistance. Ce n'est plus seulement une prolongation du sevrage, c'est un temps de remaniement, de restructuration de la personne, de préparation à l'insertion. Une nouvelle génération d'établissements

²⁵ Cette circulaire précise ainsi les distinctions à opérer : les dépenses de prévention dont le taux de remboursement par l'État est en moyenne de 83%, les dépenses de soins des toxicomanes se présentant spontanément aux services de cures remboursés par l'État à 83%, les dépenses de soins des toxicomanes soit signalés par les parquets aux autorités sanitaires, soit inculpés, dont le remboursement sera assuré à 100% par l'État.

²⁶ Petit F., p. 99

²⁷ Circulaire n°DGS/69/AS2 du 3 juillet 1979

²⁸ Décret n°76/526 du 15 juin 1976 ; Circulaire n°42 du 15 juin 1976

²⁹ Décret du 20 juillet 1977

³⁰ Circulaire n°42 du 15/2/76

³¹ Circulaire n°DGS/106/2D du 22 février 1984

³² Charles Nicolas A., Prat P., « Thérapeutique de la personne toxicomane », in : Bergeret, Leblanc et coll., *Précis des toxicomanies*, Masson, 1983

³³ Hervé F., « Du regard à l'écoute : évolution d'une clinique », *Interventions*, n° 44, 1994

se profile, soit par évolution des précédents, soit par recouvrement et intrication de nouveaux établissements dans le secteur. Les personnels hésitent entre plusieurs appellations : ils se reconnaissent sous des vocables génériques d'« intervenants », ou « thérapeutes », ou se réfèrent à leur qualification propre, le plus souvent éducateurs. Arrivent aussi des délégués du personnel ou syndicaux. On ne milite plus, on travaille.

Pour penser leurs pratiques, les professionnels se saisissent des théories du moment. Comme dans d'autres secteurs du soin à l'action sociale, la psychanalyse va servir de support à l'élaboration. Les premières journées organisées par le CAST de Reims, intitulées « Pour une clinique du toxicomane », et leur réitération, viendront cristalliser une part de cette approche. Tous ne souscrivent pas à ce référentiel, ne se reconnaissant pas dans un langage parfois volontairement hermétique, éloigné de leurs préoccupations et élaborations. Mais ils produisent peu d'écrits et leur critique ne vient pas alimenter une controverse.

Les pratiques des centres d'hébergement sont particulièrement éloignées³⁴ de la psychanalyse, car il y a dans l'hébergement une dimension comportementale qui gagne à ne pas être mise en œuvre à l'insu de ceux qui en ont la charge.

Si un certain nombre de centres se réfèrent à une démarche psychothérapique, il faut constater que les psychologues sont en 1991 peu présents avec une moyenne de 0.9 ETP par centre^{35, 36}. Quant aux psychiatres, la moyenne sur l'ensemble du dispositif est de 0.1 ETP par structure. La difficulté de problématiser l'articulation complexe entre social et soin de l'hébergement thérapeutique se manifeste. Comment valoriser les nouveaux « outils » – contrat, projet thérapeutique, « chaîne thérapeutique », accompagnement individualisé – dans des cadres toujours plus divers – hébergement en appartement individuel ou partagé, hébergement

d'urgence et de transition, l'hébergement des mineurs, etc.

Dans cette génération d'établissements, les activités proposées n'ont plus pour but le fonctionnement autarcique du lieu, mais s'inscrivent dans un projet : elles sont soit occupationnelles (il faut structurer le temps), soit supports à la relation éducative (médiation du lien), soit directement liées à un projet d'insertion (acquisition de compétences techniques). Des centres résidentiels s'implantent aussi en ville, ouverts sur leur environnement à des degrés divers. Selon les projets institutionnels, le style des lieux diffère, mais chacun vise à l'autonomie de la personne, en opposition à la dérive sectaire d'une organisation qui fera l'unanimité contre elle³⁷.

Le sida apparaît en 1981 aux États-Unis, peu après en Europe. Mal connu, il prête à des controverses que cette génération d'établissements prendra de plein fouet. L'inquiétude quant à ses modes de transmission les traverse. Plusieurs rapports analysent le dispositif en place : rapport du Conseil Économique et Social présenté E. Sullerot³⁸, rapport de Catherine Trautmann au Premier Ministre, en 1989³⁹, conduisant à une évaluation du dispositif de soins et entre autres des centres spécialisés avec hébergement en 1991-1992 (Démoscopie).

Le Conseil Économique et Social décrit 30 post-cures, dont 16 axées sur des « techniques relationnelles », 14 sur des « techniques occupationnelles », 3 proposent des « modes de vie semi autonomes » (Appartements Thérapeutiques). La post-cure est aussi assurée par 4 grands réseaux de familles d'accueil et 19 plus modestes, rattachés à des centres d'accueil. Ce rapport déplore l'insuffisance quantitative des capacités d'hébergement. Il en souligne les points faibles et porte des critiques, à savoir, pêle-mêle, la sous-médicalisation, la sous-utilisation de certains dispositifs, l'inadaptation des projets à l'évolution de la clientèle et la

sélection de celle-ci, la mise à distance des familles, le manque de communication entre les centres résidentiels et leur environnement. Mais surtout il récuse la diversité des modes de prise en charge proposés, qui n'est pas effective pour le patient qui s'adresse à un centre : il est orienté par affinités idéologiques des soignants, où plus prosaïquement là où il y a de la place, ce qui explique la brièveté des séjours dans les centres. « *La variété n'a guère de vertu quand elle ne permet pas de choix*⁴⁰ ».

L'évaluation effectuée en 1992 par l'institut DÉMOSCOPIE permet de problématiser la situation : d'une part, les centres ont évolué, se sont diversifiés (nouvelles formes d'hébergement, suivis plus longs, prise en compte des familles, accueil et suivi des patients malades, évaluation du devenir des résidents), les taux d'occupation sont satisfaisants et le nombre de place insuffisant (200 lits de déficit). Et d'autre part les centres n'ont pas les ressources financières pour recruter le personnel spécialisé nécessité par l'évolution de leur clientèle, en particulier pour les questions liées au sida. Le rapport évoque aussi la sélection des demandes, les fermetures saisonnières d'établissements et la difficulté pour certaines

³⁴ Les discours emprunts de psychanalyse, mettant l'accent sur l'individu plus que sur le produit, ont certainement contribué à « humaniser » les centres. Mais ces mêmes discours, dans les dérapages où la théorie prend le pas sur l'intérêt de la personne, ont aussi parfois pu engendrer le plus sauvage des comportementalismes, excluant sans ménagement ceux qui ne voulaient ou ne pouvaient s'y plier.

³⁵ Sur l'ensemble du dispositif, la moyenne est de 0.5 ETP de psychologue. Les assistantes sociales sont présentes dans 8 centres seulement à raison de 0.5 ETP. Les éducateurs spécialisés représentent l'essentiel du personnel (en moyenne 4.7 ETP).

³⁶ DGS/ DÉMOSCOPIE, 1992

³⁷ Cette unanimité participera à l'unification du secteur autour des valeurs de liberté et de démocratie, mais, paradoxalement, empêchera que soient abordées en profondeur les modalités de fonctionnement des centres, comme si s'opposer au Patriarcat était une garantie suffisante de respect du patient.

³⁸ Commandé en 1987

³⁹ Rapport au Premier Ministre, 1989

⁴⁰ Rapport Sullerot, p 76

catégories de la population d'y accéder : « la plupart des structures d'hébergement refusent les couples constitués (60%), les mères avec enfant (70%), les mineurs (absence d'agrément légal), les plus de 40 ans, les psychopathologies lourdes et les malades atteints de pathologies graves liées au VIH »⁴¹.

Le rapport note un clivage entre deux types d'orientation :

« Pour les uns le travail sur la réinsertion économique est la finalité des centres : pour les autres le travail sur le psychisme de l'individu est l'indispensable préalable à une éventuelle réinsertion (...). On constate que peu de centres proposent une approche sur ces deux axes avec des équipes de professionnels spécialisés dans l'une et l'autre approche »⁴².

On y reconnaît les deux types de centres encouragés et modélisés par la circulaire de 1972. En filigrane, on voit un décalage entre la perception de l'administration et la perception des centres qui va conduire à la commande publique concernant certaines populations et besoins non couverts. Le mode de fonctionnement qui repose sur le projet du centre, non sur les besoins de la population globale, est mis en question. Il tient au manque de places qui permet aux centres de recruter une clientèle « adaptée » à leur projet tout en laissant sans solution d'autres populations qu'ils n'ont pas les moyens de prendre en charge, faute de pouvoir rémunérer un personnel qualifié. Cette évolution vers les notions de besoins de la population et de commande publique est en résonance avec un contexte qui lui aussi a changé : la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales encadre un secteur mieux structuré et la loi du 6 janvier 1986, a instauré les notions de planification et de schémas pour l'ensemble du secteur médico-social. De plus, l'exclusion sociale s'accroît, devient une préoccupation politique et conduit à la loi de 1988

instaurant le RMI, portée par une philosophie fondée sur l'aide directe à la personne. Par ailleurs, une importante réflexion commence à s'imposer dans le secteur médico-social concernant les droits des usagers⁴³.

Le dispositif spécialisé n'est pas administrativement concerné par ces évolutions. Néanmoins, on peut faire l'hypothèse que leur logique va imprégner les pouvoirs publics et que le dispositif spécialisé va être considéré à travers ce prisme, sans que ses acteurs en aient toujours bien conscience.

Le décret de 1992 va enfin sortir le secteur de l'expérimentation et lui donner une base juridique. La diversité y est prise en compte, mais le clivage est atténué, car pour être un CSST conventionné, il faut assurer « au moins 1) la prise en charge médico-psychologique... 2) la prise en charge sociale et éducative... qui comprend aide à l'insertion ou à la réinsertion ». Si l'on n'assure que l'une de ces missions, il faut ajouter « l'accueil, l'orientation, l'information des toxicomanes et de leur famille, le sevrage et son accompagnement (...), le soutien à l'environnement familial ».

Cela est assorti d'obligations : projet thérapeutique et socio-éducatif comme dans les secteurs sanitaire et médico-social⁴⁴, établi pour 5 ans maximum, qui peut être revu à la demande du préfet, rapport d'activité, évaluation des actions entreprises. Certains services sont retirés : la prévention, les services d'accueil téléphonique. À peine le secteur bénéficie-t-il, à travers le décret de 1992, d'une assise légale plus solide, que déjà une lame de fond le bouscule, car les paradigmes changent et le « paradigme de la santé publique »⁴⁵ va se conjuguer à celui de l'exclusion. On perçoit cette évolution dans la mise en perspective des circulaires qui se succèdent dans le contexte de l'extension de l'épidémie de sida et de la montée de la problématique de l'exclusion sociale. En 1993⁴⁶, les pouvoirs publics se proposent de doubler en trois ans les capacités d'hébergement

qui doivent être diversifiées « afin de répondre à la diversité des besoins des toxicomanes ».

On encourage la création d'Appartements Thérapeutiques, de prises en charge s'appuyant sur le groupe (les Communautés Thérapeutiques), les réponses à l'urgence. La même circulaire annonce un nouveau cadre de prescription de la Méthadone et encourage la création de réseaux Toxicomanie/ville/hôpital, visant entre autre à impliquer davantage les médecins généralistes. Les dépenses publiques devenant une préoccupation majeure, on va fixer, deux ans plus tard, les coûts maximum de l'hébergement⁴⁷ : 220 000 F par an et par place en hébergement collectif, 150 000 F en Appartement Thérapeutique relais, 50 000 F en famille d'accueil. On préconise le développement de lieux de contact, les « boutiques », afin de recevoir les plus marginalisés et de faciliter l'accès aux soins.

Cette période est celle de la mise en œuvre de la réduction des risques. Tous les CSST peuvent prescrire de la Méthadone aux indications élargies. Les équipes sont renforcées en personnel médical, en particulier en « médecins prescripteurs ». Le 31 juillet 1995, la Buprénorphine obtient une AMM avec l'indication de pharmacodépendance aux opiacés. En quelques mois, plusieurs dizaines de milliers de personnes qui vont bénéficier de ces traitements⁴⁸. La circulaire de 1996 précise les

⁴¹ DGS, *Analyse de l'activité du dispositif national de soins avec hébergement pour toxicomanes*, rapport de synthèse, 1992, p.13

⁴² *ibid.*, p.18

⁴³ Exemple : création des conseils d'établissements via la loi n°85-10 du 3 janvier 1985.

⁴⁴ La référence à ces secteurs est explicite dans la circulaire n°56 DGS/2D/ du 6 octobre 1992 relative au décret du 29 juin.

⁴⁵ Morel A., « Le système de soins Français et les pharmacothérapies, Histoire et actualité », in : *Traitements de substitution, Histoire, Étude, Pratique*, l'Harmattan, 2000

⁴⁶ Circulaire n°72 du 9 novembre 1993

⁴⁷ Circulaire n°04 du 11 janvier 1995

⁴⁸ Ce qui fait du Subutex®, en 2000, le 12^e médicament en coût remboursé par les caisses d'assurance maladie et le 39^e en volume prescrit.

priorités : adaptation des structures sanitaires à la pratique des traitements de substitution, diversification des accès aux soins, poursuite du renforcement des centres en personnel médical, achèvement des objectifs du plan en précisant que les structures créées devront favoriser l'hébergement des mères avec leur(s) enfant(s). 23 nouvelles places d'hébergement seront créées en 1997⁴⁹, en « *Appartements Thérapeutiques relais, et en hébergement de transition, permettant d'accueillir des mères avec enfant, des personnes sous traitements de substitution, des personnes dont la demande de soins est encore mal définie et hésitante, des personnes relevant d'une mesure judiciaire ou sortant de prison* ». L'administration précise aussi que les projets financés « *devront organiser les conditions d'une forte coordination avec le tissu sanitaire et social local* » ; rappelons qu'en 1996, les ordonnances Juppé viennent de consacrer à titre expérimental les réseaux de soins⁵⁰. La commande publique devient prééminente ; une note d'orientation⁵¹ indique en 1998 en quel sens doivent être révisés les projets thérapeutiques. Les « centres thérapeutiques résidentiels » doivent pouvoir accueillir des personnes sous traitements de substitution et surtout que le « *principe qui doit désormais prévaloir est celui de l'adaptation de la structure à la personne* ». Trois types d'évolutions sont préconisés : l'assouplissement des conditions d'admission, une plus forte articulation médicale locale, une prise en compte des besoins sociaux et professionnels des usagers. Les Communautés Thérapeutiques y sont citées, elles doivent favoriser les « projets individuels ». Quant aux Appartements Thérapeutiques, « *ils ne doivent être réservés qu'aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale* » car « *les personnes toxicomanes bénéficiant de revenus peuvent accéder aux dispositifs d'hébergement sociaux de droit commun et solliciter par ailleurs un suivi*

thérapeutique par un centre spécialisé ». Cette note souligne deux évolutions de fond. La première, c'est la loi de lutte contre l'exclusion de 1998. Toutes les politiques publiques doivent être lues à travers cette loi qui organise l'accès aux soins et leur continuité, sur l'ensemble du territoire, l'accès au logement et le maintien dans celui-ci, l'exercice de la citoyenneté, comme en témoigne l'article 1 : « *La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. (...) L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics (...), les organismes de sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes* ». Toutes les institutions sociales sont invitées à contribuer à ces objectifs, avec cette règle implicite qu'une institution sanitaire, sociale ou médico-sociale ne doit pas produire elle-même de l'exclusion. La seconde consiste en la refonte en cours de la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales pour promouvoir le droit des personnes, c'est à dire le **droit de l'usager**, d'améliorer la **planification** des équipements sociaux et médico-sociaux et de mettre en œuvre des procédures d'évaluation des actions financées dans un contexte de maîtrise des dépenses. Ces deux lois s'organisent autour de la volonté d'adapter l'outil à l'usager et non le contraire, volonté soutenue, comme le rappelle l'Uniopss, par l'ensemble des associations du secteur social et médico-social⁵². Or nos établissements n'ont pas toujours bien pu percevoir ces évolutions des secteurs sanitaire, social et médico-social dont ils restaient tenus à l'écart jusqu'en 2002, et qui les influaient pourtant sans que leurs répercussions

aient été élaborées entre pouvoirs publics et professionnels.

Dans les premiers textes, le soin résidentiel constituait un dispositif central de la prise en charge. La diversification du secteur conduit à en réduire la place, au profit de l'accès aux soins, de la réduction des risques, des réseaux impliquant la médecine de ville, des dispositifs ambulatoires et des traitements de substitution. Des travaux tendent à montrer que les traitements résidentiels ne sont globalement pas plus efficaces que les traitements ambulatoires⁵³, sauf pour certains publics spécifiques, les plus désinsérés¹. Les politiques publiques se sont réorientées, se fondant sur trois grands rapports : celui de la commission Henrion (1994) ouvrant la voie au développement des traitements de substitution, jusque-là ultraconfidentiels, celui du professeur Parquet (1997) faisant la distinction, quelle que soit la substance, entre usage, usage nocif et dépendance, celui du Pr Roques (1998) sur la dangerosité des drogues, qui fait exploser la légitimité de la séparation entre drogues autorisées et drogues pénalisées.

⁴⁹ Circulaire DGS/SP3 n°97/366 du 23 mai 1997

⁵⁰ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

⁵¹ Note d'orientation n°98-659 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes

⁵² La réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales, et médico-sociales : les attentes des associations, texte adopté par le Conseil d'Administration de l'Uniopss le 22 mars 2000

⁵³ Finney JW, Moos RH, "Effects of setting, duration and amount on treatment outcomes", in Graham et al., *Principles of addiction medicine*, 3^e édition, Chevy chase: ASAM, 2003 443-451

de 2002 à nos jours

La loi 2002-2, intégrant ces établissements aux établissements médico-sociaux, a fait basculer leur financement vers l'assurance maladie, les sécurisant administrativement. Mais ils doivent trouver leurs marques dans ces nouveaux cadres. Si les uns se sont professionnalisés et adaptés aux évolutions des publics, ceux qui ne le pouvaient pas ou ne le souhaitaient pas ont fermé leurs portes, conduisant à une diminution de 30% des capacités d'accompagnement résidentiel. Les pouvoirs publics, occupés à la mise en place de l'accès aux traitements de substitution sur l'ensemble du territoire, ont peu soutenu ces dispositifs⁵⁴ qui doivent redéfinir leur place en prenant en compte les évolutions précitées (lutte contre l'exclusion, droit des usagers, réglementation médico-sociale...) mais aussi la naissance de l'addictologie, les CSAPA succédant tant aux CSST qu'aux CCAA. Chacun devra ainsi redéfinir son public, spécifique ou généraliste, mais aussi s'intégrer dans des schémas régionaux et se situer par rapport aux dispositifs essentiellement sanitaires (les SSR addictologiques) issus du champ de l'alcool, qui disposeront rapidement d'un cahier des charges et d'un cadre de travail.

Les besoins restent importants, la mise en place des CSAPA ambulatoires et le développement de l'addictologie hospitalière ne répondent pas à nombre de situations. Des patients présentant des

problématiques cliniques et/ou sociales lourdes, de plus en plus nombreux, pour lesquels des traitements ambulatoires apparaissent insuffisants, peinent à trouver des réponses satisfaisantes⁵⁵. Prenant en compte la diminution de l'offre de dispositifs résidentiels et dans un souci clinico-politique de rééquilibrer l'offre de réponses, la MILDT inscrira dans le programme gouvernemental 2004-2008 le développement de Communautés Thérapeutiques, fondées sur un cahier des charges élaboré en articulation avec la DGS et des professionnels. Les premières ouvriront en 2007, venant s'ajouter aux trois centres communautaires existants.

Dans le même temps, la commission addictions, créée par arrêté du ministre de la Santé et des Solidarités le 26 octobre 2006, se dote d'un groupe de travail chargé de travailler sur la problématique de l'hébergement, de la mise à l'abri jusqu'au soin. À travers des auditions, une analyse des données existantes, une enquête auprès des CAARUD, CSAPA, CCAA et une recherche bibliographique, le groupe de travail constate une inadéquation à la fois quantitative et qualitative entre les besoins et l'offre :

- **quantitative**, car l'analyse des données RECAP montre qu'en 2007, le nombre de personnes vues en CSST/CCAA et combinant trois critères de fragilité (dépendance, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, percevant les minima sociaux, sans logement durable) est autour de 28 000, celles combinant quatre critères d'environ 6000... et cette étude n'inclut pas les CAARUD ! Au regard de cela, les 1300⁵⁶ places médico-sociales fléchées drogues illicites et les 2300 lits sanitaires et 450 places en CHRS addictologiques⁵⁷ apparaissent peu, même si tous les publics recensés en CSST/CCAA ne relèvent pas d'une structure de soin.
- **inadéquation qualitative** également, car on constate que les usagers en difficulté sont orientés là où il y a de la place – quand il y en a – et non là

où cela apparaîtrait pertinent, au vu de leur situation et de leurs attentes⁵⁸.

Par ailleurs il apparaît que le principe républicain de « l'accès aux soins pour tous » laisse de fait de côté certains publics ou certaines problématiques qui nécessitent une prise en compte particulière, que ce soit du fait de leur difficulté à accéder aux dispositifs ou du fait de besoins spécifiques. Parmi elles, on peut identifier les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques, les personnes souffrant de troubles cognitifs liés à des détériorations neurologiques, les personnes sortant de détention, les usagers les plus jeunes mais aussi les usagers les plus âgés, les femmes, accompagnées ou non d'enfants, les usagers précarisés qui ne peuvent ou ne souhaitent pas à ce moment de leur vie arrêter leur consommation... Il apparaît aussi que l'image des CTR est floue dans l'esprit des partenaires, les projets d'établissement pas toujours lisibles et les délais d'attente parfois décourageants.

La commission proposera quatre orientations principales :

- développer de façon coordonnée les dispositifs de soins résidentiels
- développer des dispositifs visant les populations spécifiques identifiées
- développer des modalités d'hébergement pour les personnes en grande précarité
- développer un outil d'aide à l'orientation des usagers

⁵⁴ Certains responsables envisagent d'ailleurs la fin des dispositifs spécialisés, les TSO devant permettre à tous l'accès aux dispositifs d'hébergement « de droit commun ».

⁵⁵ Delile J-M, Couteron J-P, « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions », *Alcoologie et addictologie*, Tome 31, n°1, mars 2009

⁵⁶ 590 places en CTR, 421 en AT, 116 en familles d'accueil, 134 en dispositifs d'urgence. Ces chiffres doivent être considérés avec précaution car ils sont évolutifs. Ce sont ceux retenus au moment de l'étude, certains recueils d'information datant cependant de 2001.

⁵⁷ Source FNESAA, COPAAH.

⁵⁸ OFDT, Enquête EPHPAC, *Enquête sur les problèmes d'hébergement des personnes accueillies dans les CSST, CCAA et CAARUD*, mars 2008.

Certaines de ces préconisations seront reprises, tel le développement de dispositifs pour personnes en situation de sur-exclusion (femmes accompagnées d'enfants, personnes sortant de prison), souvent par transformation ou extension de dispositifs existants.

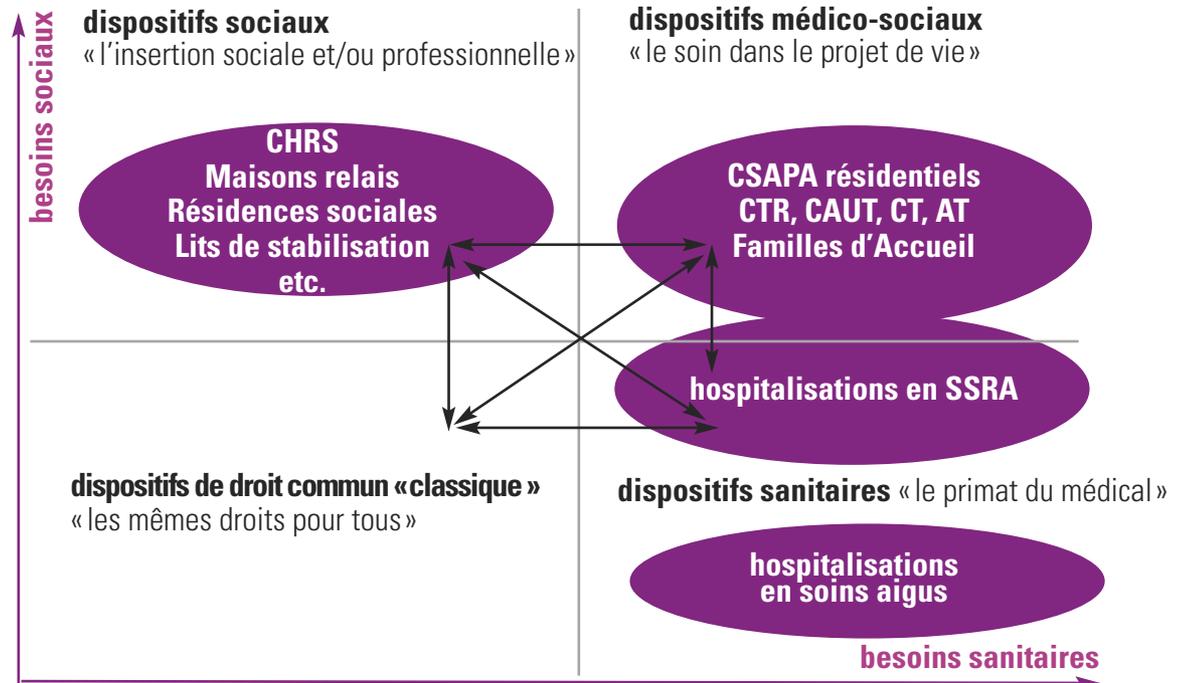
Le développement de places généralistes n'a concerné que des Communautés Thérapeutiques et des Appartements Thérapeutiques, mais l'absence de programmation dans le secteur médico-social addictologique constitue un frein considérable à un développement coordonné avec celui du secteur sanitaire, et l'absence de référentiel/cahier des charges entrave probablement le développement de CTR « généralistes », l'administration ne disposant pas de base pour rédiger les appels à projet aujourd'hui incontournables.

La commission proposera aussi de renforcer les articulations entre les dispositifs, via une meilleure lisibilité de leurs missions et domaines d'intervention respectifs.

Le **tableau ci-contre** vise à identifier quatre grands types de besoins et à mettre en perspective les dispositifs aptes à y répondre. On notera que plus on va vers la droite du schéma, plus les besoins médicaux sont importants; plus on va vers le haut, plus les besoins sociaux sont importants.

On y identifie des secteurs répondant à :

- des besoins sociaux et des besoins sanitaires pouvant être traités par les dispositifs ouverts à tous publics (médecine de ville, centres ambulatoires, services sociaux de secteur... (les mêmes droits pour tous)
- des besoins sanitaires importants primant sur les besoins sociaux (le primat du médical)
- des besoins sociaux importants, les besoins sanitaires ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (le primat de l'insertion)



Auteur François Hervé

- des besoins sanitaires importants (mais ne relevant pas de crises aiguës) associés à des besoins sociaux également importants (l'inscription du soin dans le projet de vie)

Cela doit conduire à affiner les orientations vers les dispositifs existants, ceux-ci devant par ailleurs envisager leur évolution en fonction de la place qu'ils occupent dans ce dispositif.

- Les dispositifs de droit commun (circonscriptions d'action sociale, médecine de ville, etc.) doivent être utilisés chaque fois que la situation de la personne ne nécessite pas – ou ne nécessite plus – le recours à des dispositifs plus lourds.
- Les dispositifs sanitaires (Services hospitaliers, SSRA...) interviennent lorsque la problématique sanitaire est dominante. Ils doivent être en capacité de prendre en charge les sevrages, les soins résidentiels complexes et leurs suites, incluant les

problématiques psychiatriques contemporaines de l'addiction.

- Les dispositifs médico-sociaux interviennent sur le court terme (hébergement d'urgence, quand il faut « mettre à l'abri » et aider la personne à prendre conscience de son besoin de soins) et le moyen terme (CTR, AT, familles d'accueil, Communautés Thérapeutiques), pour des personnes nécessitant un suivi rapproché en lien avec leur addiction et un accompagnement dans leur insertion sociale et/ou professionnelle, ou une aide pour intégrer le soin dans leur projet de vie, par une réorganisation de leur vie tenant compte de leur fragilité face à l'addiction.
- Les dispositifs sociaux (CHRS, hébergement d'urgence, maisons relais, résidences sociales...) interviennent lorsque la problématique sociale domine (hébergement, insertion socio-professionnelle) et que la problématique addictive est stabilisée.

... / ...

Il est à noter que certains dispositifs d'urgence sociale interviennent en amont des soins, ce qui a conduit certains à développer des partenariats avec des CSAPA ou des CAARUD afin de mettre en œuvre des complémentarités entre le social et le médico-social.

Dans ces systèmes en interaction, chacun doit tenir compte des évolutions des autres. Aussi, il faut souligner les changements profonds qui affectent aujourd'hui le secteur social : la problématique de l'accès au logement est devenue centrale ces dernières années, conduisant à modifier en profondeur l'organisation de l'accès au logement (DALO) et à l'hébergement (DAHO, mise en place des SIAO⁵⁹). Par ailleurs la logique à l'œuvre dans le travail social et médico-social – réadapter pour réinsérer – est questionnée par les expérimentations visant à attribuer un logement de façon inconditionnelle sur le modèle du « Housing First » américain. Ainsi il ne serait plus indispensable pour des usagers actifs de faire leurs preuves en dispositifs résidentiels avant d'accéder à un logement. Nul doute que si la pertinence de ces pratiques est avérée et qu'elles se développent, cela impactera les dispositifs résidentiels actuels et renforcera la nécessité de se recentrer sur des programmes thérapeutiques clairs et lisibles et de s'inscrire profondément dans le « soin résidentiel » plus que dans « l'hébergement thérapeutique ». . . Le sens des mots a bien un sens !

C'est pourquoi il nous a paru nécessaire, afin que chacun se repère dans un secteur fondé initialement sur la diversité des pratiques, de proposer ce guide recensant les pratiques professionnelles déployées dans les dispositifs résidentiels. Nous attirons cependant l'attention sur le fait que, dans la

diversité, nous avons recherché les consensus, ce qui a pu parfois laisser dans l'ombre des pratiques originales développées ici ou là. En effet, dans la perspective d'ancrer ces dispositifs dans le maillage addictologique, il nous est apparu nécessaire de poser les fondements utiles à la validation d'un éventuel « cahier des charges » qui permettrait à nos partenaires et à nous-mêmes de partager une représentation de ce que sont les centres résidentiels. Elle permettrait peut-être également à l'administration, autorisons nous à rêver, de planifier le développement, appuyé sur des besoins identifiés et une programmation budgétaire.

Du côté de l'alcool

Il convient de remarquer que les dispositifs dédiés à l'alcool ou aux « drogues » illicites se développeront séparément, le premier marqué par son origine sanitaire (les malades alcooliques se rencontrent à l'hôpital), quand le second, ancré dans l'ambiance communautaire et contre culturelle de ses origines, restera longtemps marqué par sa méfiance à l'égard du monde médical, l'histoire des drogues étant aussi une histoire du détournement des médicaments. . .

On voit se développer les soins résidentiels « modernes » de l'alcoolisme peu avant la 2^e guerre mondiale : la première post-cure pour alcoolique a été fondée en Alsace en 1932, Château Walk, sur le modèle d'une ferme thérapeutique. Dans les années 50, inspirés de ce modèle, ont été fondés dans le secteur sanitaire deux établissements : en 1954, le Curatorium de Thun, maison de santé mentale (aujourd'hui Centre Gilbert Raby dans les Yvelines) à l'initiative de l'association d'entraide « Santé de la Famille SNCF », et en 1959, Marienbronn, maison de repos et de convalescence, en Alsace.

La loi de réforme hospitalière, puis le décret SSR du 17 avril 2008, ont modifié ces établissements anciennement de moyen séjour hospitalier en *Soins de suite et de réadaptation en addictologie* (SSRA, voir page 69).

Parallèlement, dans le secteur social, se sont créés des foyers de post-cure, dont le Foyer Rénovation à Croix (59) (aujourd'hui CHRS de l'association V.I.S.A.) fut le pionnier.

Ces deux dispositifs sanitaires et sociaux pour alcooliques se sont surtout développés dans les années 1960 et 1970, avec des fonctionnements thérapeutiques très proches, bien que de modes de financement différents, les politiques publiques n'ayant pas alors de doctrine très affirmée quant à ce secteur.

⁵⁹ SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation. Les SIAO visent à coordonner les dispositifs d'hébergement et à orienter les usagers en fonction des places disponibles et des besoins, afin de les adapter au mieux.

2

panorama des
dispositifs de soins
résidentiels en
addictologie
médico-sociale

les dispositifs
de soins résidentiels
collectifs

1. Cadre commun et principes de fonctionnement

Objectifs thérapeutiques

L'accompagnement proposé par les centres de soins résidentiels collectifs repose sur un programme thérapeutique s'appuyant sur quatre problématiques le plus souvent intriquées, causales et/ou consécutives à l'addiction. Il en découle des objectifs thérapeutiques, que l'on cherche à atteindre en s'appuyant sur différents supports.

La perspective de traitement de l'addiction constitue la porte d'entrée à un accompagnement médico-social global et transdisciplinaire.

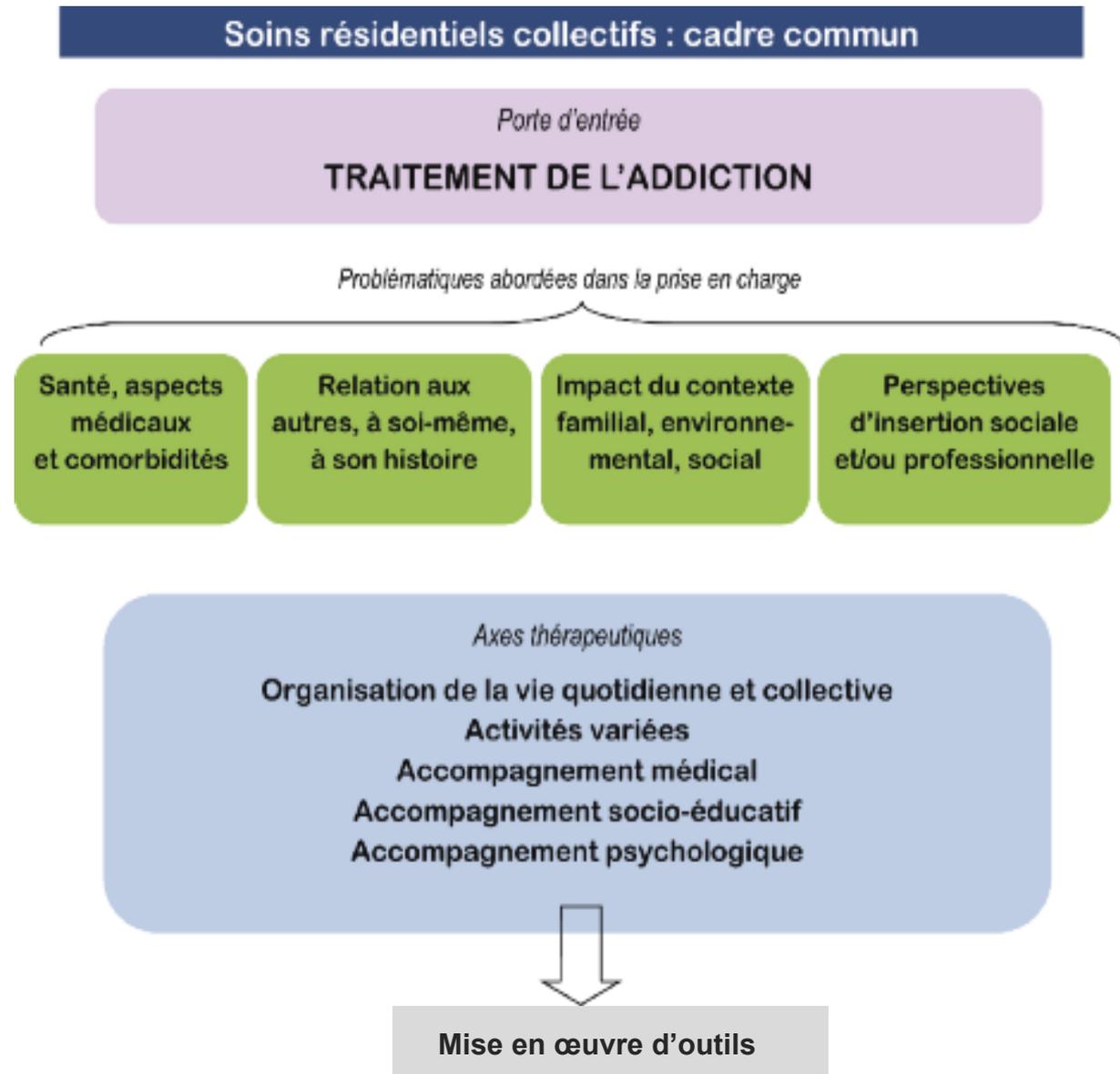
Quatre problématiques constitutives ou associées à l'addiction sont abordées dans les centres :

- la santé, les aspects médicaux, les comorbidités ;
- la relation aux autres, à soi-même, à son histoire ;
- l'impact du contexte, familial, environnemental, social ;
- les perspectives d'insertion sociale et/ou professionnelle.

Le programme thérapeutique détermine des objectifs thérapeutiques, qui se déploient sur plusieurs axes (liste non exhaustive) :

- l'organisation de la vie quotidienne et collective,
- les activités variées,
- l'accompagnement médical,
- l'accompagnement socio-éducatif,
- l'accompagnement psychologique.

Ce programme est mis en œuvre en s'appuyant sur des **outils**.



Principes généraux de fonctionnement

Ces centres relèvent des établissements médico-sociaux et des règlements qui s'y appliquent, notamment en matière de droits des usagers et de projet individuel de traitement.

1. Le programme thérapeutique

Chaque structure dispose d'un projet d'établissement qui définit son programme thérapeutique. Ce programme s'appuie sur les objectifs thérapeutiques et définit les supports et les outils qu'il utilise. Il est écrit et accessible facilement. Il est périodiquement évalué, peut évoluer et se développer. Il repose entre autres sur une recherche permanente d'équilibre entre vie collective et projet individuel.

2. Le partage des objectifs de soin concernant les consommations

Les professionnels et le résident partagent et s'entendent sur des objectifs de soin et sur des modalités, allant de la gestion des consommations à l'abstinence. Le contrat est établi sur la base de ces objectifs co-construits.

La démarche est évaluée et peut évoluer durant le séjour. Les outils d'évaluation permettent de constater les changements opérés et l'acquisition par le résident de moyens de contrôle.

3. L'alliance thérapeutique

Le séjour en centre de soin résidentiel collectif s'inscrit dans le parcours de soin de la personne. La définition d'objectifs avec l'usager, tenant compte éventuellement des acquis obtenus dans les services orienteurs et en cohérence avec le projet thérapeutique du centre résidentiel, permet la constitution d'une indispensable alliance thérapeutique.

4. La bientraitance

Notion transversale à toute activité de « care »⁶⁰, la bientraitance est un fil rouge pour définir le cadre de fonctionnement du centre.

La recommandation de bonnes pratiques

professionnelles de l'ANESM intitulée « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre » (juin 2008) propose la définition suivante : « *La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.* »

5. L'anonymat

Les usagers sont informés préalablement de la possibilité d'être accueillis anonymement.

6. Le secret

Tous les professionnels sont tenus à l'obligation de confidentialité. Ils partagent les informations nécessaires au soin de la personne, en accord avec celle-ci, dans la limite de la réglementation.

7. La transdisciplinarité

La transdisciplinarité est une ressource, un outil et une culture commune de travail. Les centres proposent aux résidents un accompagnement global, individualisé, s'appuyant sur un ensemble de compétences médico-psycho-socio-éducatives. « Le tout étant supérieur à la somme des parties », le regard de chaque professionnel est pris en compte, chacun contribuant par la mise en œuvre de ses compétences à une appréhension globale de la situation de l'usager.

8. L'évaluation

Les établissements sont soumis, comme tous les établissements médico-sociaux, à une obligation d'évaluation interne et externe. L'évaluation de l'activité se fait le plus souvent par le biais du rapport d'activité et la participation aux enquêtes menées par l'autorité de contrôle (par exemple RECAP). Certains établissements ont par

ailleurs développé des outils spécifiques d'évaluation qualitative de leurs activités (impact des ateliers, par exemple) et/ou de l'évolution des usagers durant le séjour.

« Abstinence », « guérison »... de quoi parle-t-on ?

Le soin de l'addiction renvoie aux différentes déclinaisons de la gestion des consommations à la notion d'abstinence. Nous nous appuyons sur la définition du terme « abstinence » établie lors de la Conférence de Consensus sur les TSO en 2004, qui est la suivante :

Au sens addictologique, l'abstinence désigne l'absence de consommation (le « non-usage » d'une substance psychoactive qui suit pendant une durée significative une période de pharmacodépendance à cette substance, c'est-à-dire > 12 mois dans le DSM-IV. Dans le champ de la dépendance aux opiacés, le terme abstinence répond également à deux acceptions :

- *Le sens traditionnel qui désigne le non-usage significativement durable, voire définitif, de toute prise d'opiacés, y compris de Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO);*
- *Le sens actuel qui désigne le non-usage significativement durable de toute prise d'opiacés illicites, en s'accommodant du maintien des MSO.*

Il y a donc des **variantes** sur lesquelles résidents et professionnels doivent s'accorder pour établir les objectifs du séjour et construire un accompagnement adapté. Ces variantes sont à mettre en perspective avec la notion même de « guérison », qui a largement évolué, tant chez les usagers que chez les professionnels. Celle-ci peut actuellement se décliner de plusieurs façons :

⁶⁰ Nous nous appuyons sur une définition du care en tant que « souci de l'autre ».

- L'arrêt définitif de toute substance psychoactive, y compris les traitements. C'est une représentation qui s'appuie sur une conception bicentenaire des objectifs des traitements. Elle rencontre un écho chez les usagers qui veulent définitivement tourner la page sur une période de leur vie.

- L'arrêt total des substances psychoactives posant problème et/ou illicites, et la poursuite des traitements en particulier médicamenteux. Cette représentation s'est développée suite à la disponibilité grandissante des traitements médicamenteux, et de leur banalisation, en particulier les TSO.

- Arrêt partiel ou régulation des consommations des substances psychoactives. Cette représentation s'appuie sur une définition de l'addiction qui en fait « *une pratique sociale dont on peut devenir malade* » (F. OLIVET). Il s'agit alors pour l'usager de maintenir les consommations considérées comme non problématiques en abandonnant ou régulant celles qui sont considérées comme invalidantes.

Il est clair que pour qu'un traitement, quel qu'il soit, ait des chances de succès, il est préférable que le soignant et l'usager partagent les mêmes représentations de la « guérison » et des objectifs à atteindre.

2. Trois dispositifs répondant à des besoins différents

Les trois dispositifs de soins résidentiels collectifs présentés s'inscrivent dans l'objectif de soutenir une **dynamique de changement** souhaitée par l'usager.

Quelles différences y a-t-il entre un Centre Thérapeutique Résidentiel, une Communauté Thérapeutique et un Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition ? Vers quel dispositif orienter le patient pour soigner son addiction ? Les quatre problématiques évoquées p. 21 sont prises en compte dans ces trois dispositifs, qui diffèrent par la durée prévisible de l'accompagnement, par la nature et l'intensité des outils utilisés (de l'accompagnement individualisé à la dynamique de groupe), caractérisant ainsi des spécificités propres à répondre aux besoins des usagers à différents moments de leur parcours ou en fonction de leur trajectoire personnelle.

L'étape qui consiste à recueillir les informations utiles à la bonne orientation des personnes est donc essentielle.

On prendra en compte l'urgence de la situation et le besoin de protection, l'actualité de l'addiction, la situation médicale et sociale de la personne, les circonstances qui rendent insuffisant ou inadapté le seul suivi ambulatoire, le parcours antérieur avec ses éventuels succès et échecs, les attentes de la personne, les perspectives d'avenir qu'elle se voit, ses attentes et aspirations... Sans pour autant attendre à ce stade que le projet de la personne soit déjà bien élaboré, l'intégration du soin dans le projet de vie faisant l'objet du séjour !

TEXTES DE RÉFÉRENCE ENCADRANT LE DISPOSITIF

- Code de l'action sociale et des familles (articles L.312-1 à L.314-13)
- Code de la santé publique
- Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médicaux sociaux d'addictologie
- Annexe 5 de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indiquant les centres thérapeutiques résidentiels dans les modalités d'hébergement

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) proposent **une prise en charge globale individualisée, dans une dynamique collective**, au sein d'une petite unité contenant et sécurisante. Les prestations individualisées sont mises en œuvre et accessibles sur le lieu de résidence (unité de lieu).
- Les usagers peuvent y faire l'expérience de **la vie sans produit addictif problématique** et réapprendre les gestes et les rythmes de la vie quotidienne.
- Le projet de soin vise **l'acquisition et la valorisation des compétences** de chacun (*empowerment*). La référence **éducative et psychothérapeutique est le moteur** du soin résidentiel en CTR.

INDICATIONS ET PUBLIC PRIS EN CHARGE

- Les CTR s'adressent à des personnes en démarche de soin par rapport à leur dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives ou, plus rarement, à leur addiction sans substance, lorsqu'un accompagnement en ambulatoire apparaît insuffisant.
- Les CTR sont ainsi indiqués aux personnes préalablement sevrées ou stabilisées, avec ou sans traitement de substitution. Dans ces centres, elles peuvent consolider leur démarche de soin au sein d'une petite unité proposant un cadre sécurisant, structuré et pluridisciplinaire.
- Les personnes accueillies adhèrent au **programme thérapeutique** proposé ainsi qu'à la **vie en collectivité**.
- Nombre d'entre elles sont en situation de vulnérabilité sociale et psychique et présentent parfois des comorbidités psychiatriques. Dans un même lieu, elles peuvent ainsi bénéficier d'un **accompagnement multidimensionnel** de leur problématique d'addiction et de leur insertion sociale et/ou professionnelle.

FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

- La plupart des CTR propose un séjour d'une durée réglementairement limitée à un an et ils sont ouverts toute l'année sans interruption. Cela favorise un accueil rapide à tout moment en fonction des places disponibles, et permet aux usagers de bénéficier d'un temps d'accompagnement soutenu permettant d'aborder les différentes facettes de la problématique addictive, y compris la restauration des droits pour les plus précaires. L'accompagnement vers l'insertion sociale et/ou professionnelle tient compte des possibilités et fragilités de la personne. Chaque fois que nécessaire, une solution de sortie peut être recherchée en partenariat avec les dispositifs sociaux complémentaires. La durée de séjour peut y être adaptée en fonction des besoins de la personne et de l'avancement dans son parcours de soin.
- Ces dernières années ont vu se développer la pratique de séjours courts, par modules ou séquentiels, du fait de l'évolution du projet d'établissement et du programme thérapeutique, ou de contraintes externes (impact de la réduction du temps de travail). C'est le cas pour un quart des CTR. La durée du séjour peut varier de six semaines à trois mois. Les programmes sont ainsi volontairement concentrés, le temps du séjour y étant plus court que dans les centres qui accueillent en continu. L'articulation avec l'ambulatoire y est importante car elle garantit la continuité du parcours de soin de la personne (notion d'amont et d'aval) et permet de travailler certaines missions préalablement (droits sociaux par exemple) ou *a posteriori* (insertion professionnelle). Ces séjours courts semblent correspondre aux besoins des jeunes par exemple, qui peuvent avoir du mal à se fixer dans la durée ou des personnes actives qui ne peuvent s'absenter de leur travail que pour un temps limité.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

→ Il existe 32 CTR en France. Ils sont situés en milieu rural ou en milieu urbain et proposent diverses activités thérapeutiques en fonction de leur environnement naturel et des outils mis en œuvre pour soutenir le projet thérapeutique.

NB Les coordonnées de l'ensemble des Centres Thérapeutiques Résidentiels sont disponibles dans l'annuaire p. 87 de ce guide.



TEXTES DE RÉFÉRENCE ENCADRANT LE DISPOSITIF

- Circulaire N° DGS/MILDT/SD6B/2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des Communautés Thérapeutiques
- Code de l'action sociale et des familles – Établissement expérimental Art. L.312-1 et L.313-7
- Code de la santé publique – Lutte contre les maladies et dépendances CSAPA – Communautés Thérapeutiques : Art. D.3411-6
- Annexe 5 de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indiquant les Communautés Thérapeutiques dans les modalités d'hébergement.

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Les Communautés Thérapeutiques proposent une prise en charge fondée sur le **groupe de résidents-pairs** (35 environ) comme **moteur du soin et d'entraide**. Un soutien individuel ponctuel ou régulier est cependant possible.
- L'accompagnement postule que le groupe recèle en lui-même la capacité de traiter les problèmes qui y apparaissent. La participation des usagers aux instances de décision et au fonctionnement de l'établissement va très au-delà des obligations réglementaires.

INDICATIONS ET PUBLIC PRIS EN CHARGE

- Les CT s'adressent à des personnes dont la démarche de soin en ambulatoire s'avère insuffisante ou non pertinente, en particulier lorsqu'un cadre sécurisant et contenant apparaît nécessaire pour un temps suffisamment long permettant la restauration d'habiletés sociales.
- Conformément à leur cahier des charges qui précise un objectif d'abstinence, Les CT accueillent des personnes préalablement **sevrées ou stabilisées**. Un TSO n'est pas un obstacle à l'entrée en CT. L'accompagnement proposé par les communautés thérapeutiques vise un **changement d'attitude** vis-à-vis des substances psychoactives, et est particulièrement indiqué aux personnes souhaitant consolider une abstinence⁶¹ ou parvenir à en bénéficier.
- Les personnes accueillies en CT adhèrent au programme thérapeutique qui s'appuie essentiellement sur **la vie communautaire, les activités de groupe, les interactions avec les pairs**, la reconnaissance et l'expression des **émotions**.
- Les CT peuvent accompagner les personnes souffrant de **comorbidités psychiatriques** (stabilisées) et en situation de vulnérabilité sociale.

FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

- Le séjour en CT est découpé en étapes graduées ou phases, s'appuyant sur la responsabilisation progressive des résidents. L'accompagnement en CT peut durer jusqu'à deux ans, il peut être plus court en fonction de l'avancement du parcours des personnes.
- À partir des objectifs de soins établis avec le résident, l'accompagnement communautaire s'appuie sur **un emploi du temps structuré** comportant différents types d'activité, dont des groupes de paroles, des groupes thérapeutiques, alternant avec des temps dédiés à l'organisation, l'entretien des sites, et des activités créatives.
- L'expression des émotions et la confrontation relationnelle y sont privilégiées.**
- Des activités à visée professionnalisante peuvent également prendre une place importante, en dernière phase notamment, dans une visée d'accompagnement vers **l'insertion socioprofessionnelle**.

⁶¹ Cf p. 22 les définitions de ce terme.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

→ On dénombre 11 Communautés Thérapeutiques en 2012, dont 2 en Guyane. Ce sont des dispositifs expérimentaux, à l'exception de l'une des structures guyanaises, qui a un statut de Centre Thérapeutique Résidentiel mais fonctionne sur le mode communautaire.



NB Les coordonnées de l'ensemble des Communautés Thérapeutiques sont disponibles dans l'annuaire p. 87 de ce guide.

TEXTES DE RÉFÉRENCE ENCADRANT LE DISPOSITIF

→ Annexe 5 de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indiquant les structures d'urgence ou de transition dans les modalités d'hébergement de « court séjour »

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

→ Le terme de **transition** est le plus important. Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition accueillent des publics pour un séjour de transition d'une durée courte (de quelques semaines à trois mois), le temps de **consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion** en lien avec les partenaires qui vont les accueillir par la suite pour un séjour de moyenne ou plus longue durée. Ainsi, ces centres sont des réponses « tremplins » avant l'intégration d'un CTR, d'un appartement thérapeutique, d'un dispositif sanitaire ou social.

→ Ils permettent de réduire les risques d'aggravation de la situation des usagers et de prévenir les rechutes, en offrant un lieu sécurisant et un accompagnement dans la mise en œuvre de leur démarche de changement.

INDICATIONS ET PUBLIC PRIS EN CHARGE

→ Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition répondent à des personnes exprimant le **besoin ou en nécessité de rompre** avec leur cadre habituel ou ayant besoin d'un accueil en vue d'une orientation, tout en étant accompagnées dans la **stabilisation de leur démarche de soin**.

→ Ces centres s'adressent à des personnes dont la démarche de soin relative aux addictions est souvent en cours de construction. Les publics accueillis sont le plus souvent en situation de grande vulnérabilité sociale et psychique.

→ Trois d'entre ces centres sont destinés à des personnes placées sous main de justice, sortant de prison et ayant plusieurs fois rechuté, et répondent à un cahier des charges spécifique. Le quatrième centre accueille tous les publics, dont des mineurs à partir de 16 ans.

FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

→ Ces centres proposent un accueil pluridisciplinaire médico-social et s'appuient sur l'évaluation des problématiques de la personne, qu'elles soient addictives, sociales, médicales, judiciaires... Ils aident les résidents à définir des **objectifs de soin et d'insertion et à construire leur orientation** future.

→ Ils s'appuient sur des activités thérapeutiques et un réseau de partenaires de droit commun ou spécialisés.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

→ On dénombre 4 Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition, implantés uniquement en France métropolitaine. L'un d'entre eux a le statut d'un Centre Thérapeutique Résidentiel mais n'accueille que des sortants de prison, sur le mode de fonctionnement d'un CAUT.

NB Les coordonnées de l'ensemble des Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition sont disponibles dans l'annuaire p. 87 de ce guide.



les dispositifs de soins résidentiels individuels

Comme pour le mode collectif, les modalités d'accueil en mode individuel sont diverses (appartements thérapeutiques, familles d'accueil, sleep in, hôtels, etc.) et correspondent à des moments différents de la trajectoire de vie – et donc des objectifs distincts.

L'articulation entre les dispositifs, autour du parcours de soin de l'utilisateur, est primordiale. Elle fait l'objet d'un point spécifique en partie 3, p. 68.

TEXTES DE RÉFÉRENCE ENCADRANT LE DISPOSITIF

- Arrêté du 15 septembre 1993 fixant le modèle d'avenant conventionnel type relatifs aux sections Appartements Thérapeutiques relais des CSAPA (ex-CSST) de statut associatif
- Note d'orientation du 5 novembre 1998
- Décret no 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- Annexe 5 de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indiquant les Appartements Thérapeutiques dans les modalités d'hébergement

Auteur de la fiche
*Odile Vitte, Directrice de l'Association
APS Contact (77)*

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

→ En amont du droit commun, les Appartements Thérapeutiques (AT) visent **l'inscription sociale du patient et le renforcement de son identité**. Le séjour permet à la personne suivie, dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, médicale, psychologique et éducative, de reconquérir et/ou de mettre à l'épreuve son autonomie et de restaurer des liens sociaux (par exemple à travers des tâches quotidiennes dans l'appartement) et professionnels (recherche d'emploi, etc.), le tout avec le soutien d'un accompagnement durable, prenant en compte sa problématique addictive, et visant à inscrire le soin dans la durée et dans la mise en œuvre du projet de vie. Le suivi et le soutien, assurés par le centre (CSAPA) auquel est rattaché l'appartement, aident le résident à effectuer les démarches nécessaires à sa réinsertion sociale et professionnelle.

→ Les AT peuvent différer selon les services et les projets d'établissements. Si certains se situent résolument dans une perspective d'insertion et comme une dernière étape avant l'accès aux dispositifs de droit commun, d'autres accueillent des publics nécessitant un cadre suffisamment contenant mais ne pouvant accéder pour des raisons diverses à un dispositif de soin résidentiel collectif (difficultés relationnelles, expériences négatives en groupe, besoin de repos ou d'un rythme adapté...). D'autres encore diversifient leur accueil afin de répondre à ces différents besoins.

INDICATIONS ET PUBLIC PRIS EN CHARGE

→ Toute personne en difficulté avec les drogues, sevrée ou sous traitement de substitution, peut bénéficier de ce type de service, soit directement après un sevrage parce qu'elle ne souhaite pas un séjour en centre thérapeutique résidentiel collectif, soit après un séjour en CT ou CTR. Ce type d'hébergement vise à renforcer et à prolonger l'action thérapeutique engagée. Il s'adresse en particulier aux personnes bénéficiant d'un traitement lourd (TSO, VHC, VHB).

→ Les indications pour intégrer un appartement thérapeutique peuvent être les suivantes :

- être accompagné par un CSAPA ou tout autre établissement social, médico-social ou sanitaire ;
- être suffisamment stabilisé, sevré ou sous traitement de substitution ;
- suivre un protocole d'admission (exemples : lettre de motivation ou entretien téléphonique, avant un ou plusieurs entretiens de préadmission).

→ L'absence d'encadrement permanent réserve les AT aux personnes ayant **la capacité de vivre seules** et de gérer *a minima* le quotidien et la tenue de l'appartement. Certains services peuvent accueillir les couples et les parents accompagnés d'enfant(s).

FUNCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

→ Si l'on s'en réfère à la définition même des AT selon les articles du décret de mai 2007 et de la circulaire d'application, il s'agit d'unités de soins dotées d'une dynamique de socialisation. Ils sont une extension, une section d'un CSAPA. Ils se situent donc à proximité de son lieu d'implantation.

→ Durant le séjour, le patient en démarche de consolidation ou d'arrêt de sa consommation bénéficie d'un suivi médical au CSAPA ambulatoire ou en ville et d'un soutien psychologique et social régulier dans son appartement et au centre. Il peut également avoir accès à des activités de loisir, sportives ou culturelles. Cette intervention médico-sociale sur le lieu même d'hébergement, en alternance avec des rendez-vous extérieurs, différencie les AT d'autres types d'hébergements déconcentrés.

→ Les AT nécessitent donc un encadrement adapté. Sur les dispositifs existants, nous observons une prévalence de l'encadrement socio-éducatif, appuyé sur la pluridisciplinarité des équipes des CSAPA ambulatoires ou résidentiels. Certaines équipes sont autonomes (psychologue, éducateur, assistante sociale), d'autres sont pleinement intégrées à l'équipe du CSAPA.

→ Les soins relatifs à l'addiction sont gratuits. Le bénéficiaire peut cependant participer aux frais d'hébergement (versement d'une caution à l'entrée, participation au loyer...) en fonction de sa situation, de ses ressources et des objectifs fixés dans le projet thérapeutique. La plupart des services demandent que le résident dispose ou soit en mesure de disposer rapidement d'un revenu minimum (RSA, AAH, autres prestations sociales), afin de pouvoir subvenir à ses besoins primaires (alimentation, hygiène, loisirs...). Certains services pratiquent le « bail glissant » ce qui permet à la personne, une fois stabilisée, de conserver l'appartement en son nom propre.

→ La durée de séjour en AT est comprise entre 1 mois et 1 an, renouvelable 1 fois. Un contrat de séjour est signé avec le résident. Un Dossier Individuel de Prise en Charge (DIPeC) fixe les objectifs de son engagement individuel à suivre un parcours de soins et d'insertion et est actualisé régulièrement au cours du séjour.

QUELLES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS ?

→ Les appartements thérapeutiques peuvent constituer **une étape dans le parcours de soin**. Ils s'articulent en amont et en aval avec les services de soin ambulatoires, mais aussi avec des établissements du champ de l'exclusion et de l'insertion sociale. Ils peuvent être indiqués en suite de séjours en centres résidentiels collectifs (type CTR, CT), ou en sortie d'hôpital ou de SSR.

→ Mais ils peuvent également être proposés directement à des usagers ne souhaitant pas ou ne pouvant pas bénéficier de séjours en collectivité.

TEXTES DE RÉFÉRENCE ENCADRANT LE DISPOSITIF

- Décret du 20 juillet 1977 modifiant certaines dispositions du décret du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpés d'infraction à l'article L.628 du code de la santé publique, peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication (cf. loi du 31 décembre 1970)
- Arrêté du 20 décembre 1977 fixant règlement du placement familial ou communautaire des toxicomanes
- Circulaire DGS du 4 décembre 1987 relative aux Familles d'accueil pour toxicomanes
- Décret du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, article 2
- Arrêté du 18 août 1993 relatif aux réseaux de Familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes
- Note d'orientation du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soin aux toxicomanes
- Cahier des charges des dispositifs de Familles d'accueil pour toxicomanes – DGS – 27 février 2002
- Décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA
- Annexe 5 de la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indiquant les familles d'accueil dans les modalités d'hébergement

Auteurs de la fiche
Association APRETO (Annemasse)
Association CLEMENCE ISAURE (Toulouse)

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Ce dispositif offre la possibilité de **rencontres singulières avec des personnes de la société civile**, dans une ouverture à la citoyenneté, dans un cadre chaleureux et sécurisant.
- Ces particularités lui confèrent des objectifs spécifiques :
 - permettre un travail sur l'identité à travers la rupture, occasionnée par le séjour en famille, dans le parcours souvent stigmatisé de l'usager ;
 - offrir aux usagers la possibilité de retrouver un rythme de vie de par leur intégration aux activités familiales ;
 - permettre un réapprentissage de liens interpersonnels et sociaux dans le contexte non institutionnel, non formalisé, du groupe familial.
- La Famille d'Accueil doit donc permettre à la personne accueillie :
 - de bénéficier d'une prise en charge individualisée « en milieu ordinaire », non stigmatisante et complémentaire des autres dispositifs d'hébergement spécialisé ;
 - d'engager une reconstruction personnelle et sociale ;
 - d'entreprendre, de maintenir ou de poursuivre un processus de soins médico-psycho-social en vue de son aboutissement vers une autonomie sanitaire et sociale ;
 - de travailler l'insertion professionnelle, axe important sur la voie de l'autonomie sociale.
- Les limites de la prise en charge, très individualisée, varient en fonction de la situation de la personne.

INDICATIONS ET PUBLIC PRIS EN CHARGE

- Il n'y a pas lieu de poser des indications spécifiques pour l'accueil en famille, hormis la demande explicite de la personne, dans le cadre de référence de la loi du 31 décembre 1970 (droit à l'anonymat et gratuité des soins) et une consommation problématique de substances psychoactives, illicites ou licites. Il apparaît cependant qu'une orientation vers une famille d'accueil est d'autant plus pertinente que l'usager ne souhaite pas intégrer une structure de vie collective sans pour autant vivre seul, ne souhaite pas être confronté à des pairs, nécessite après des temps d'institutionnalisation de se retrouver dans un contexte relationnel chaleureux et privilégié...
- La Famille d'Accueil peut prendre en charge :
 - des hommes, majeurs ou mineurs, avec ou sans enfant(s) ;
 - des femmes, majeures ou mineures, avec ou sans enfant(s) ;
 - des couples avec ou sans enfant(s).
- Elle peut proposer des modalités qui permettent de prendre en charge simultanément différents types de situations d'usagers, par exemple :
 - des mineurs, pour un travail de prévention de l'aggravation de la consommation des substances psychoactives et de la délinquance qui y est liée ;
 - des couples ;
 - des parents avec un ou plusieurs enfants, pour un travail éducatif et soignant sur la parentalité pour les personnes accueillies avec leur(s) enfant(s) ;
 - des personnes sous main de justice (notamment les alternatives à l'incarcération).

→ La diversité des publics accueillis réside également dans leur type de consommations problématiques. En effet, peuvent être accueillies :

- des personnes dépendantes de substances psychoactives (sevrées, en traitement de substitution ou autre traitement),
- des personnes ayant un usage abusif de substances psychoactives, en danger de dépendance.

Les personnes peuvent bénéficier de traitements psychotropes autres : antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques...

→ Des contre-indications peuvent toutefois être appréciées :

- les personnes présentant des traits psychotiques pour lesquels la confrontation familiale risque de réactiver une psychopathologie délirante ;
- les personnes présentant une antériorité de passages à l'acte violents avec un risque de répétition qui pourrait mettre en danger la famille d'accueil ;
- les personnes présentant des traits psychopathologiques pouvant déstabiliser la famille d'accueil et l'engager dans un processus destructeur.

« *Il convient cependant de noter que ces contre-indications existent à titre indicatif plus que formel, ces personnes pouvant malgré tout, au cas par cas, être prises en charge en famille d'accueil. L'équipe médico-psycho-sociale du CSAPA évalue le bien-fondé d'un séjour en famille* »⁶².

→ En général les personnes sont orientées par les CSAPA, mais il peut aussi y avoir des orientations par les hôpitaux généraux et spécialisés, les services de la PJJ, de l'ASE...

FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

→ Environ **une centaine de Familles**

d'Accueil collaborent avec les différents CSAPA. Elles sont généralement situées en milieu rural, à quelques exceptions près. Les Familles d'Accueil ont un statut bénévole avec une indemnisation forfaitaire pour frais de séjour (environ 25 euros par jour). La durée moyenne des séjours varie beaucoup d'un centre à l'autre ; elle est de 4 mois pour la majorité des réseaux. Chaque centre dispose d'un protocole d'admission des usagers différent.

→ Les Familles d'Accueil sont réunies **en réseaux**.

Si l'on considère qu'un « réseau » est un dispositif constitué de 5 familles avec 1 ETP dédié, alors il ne reste actuellement que 6 réseaux en France. Onze CSAPA différents ont une section « familles d'accueil ». Sur un plan statutaire, le contexte de création d'un réseau de familles d'accueil est également différent pour chaque centre et généralement relié à l'histoire de la création dudit centre.

→ Le **recrutement des familles** est réalisé par au moins deux personnes de l'équipe du CSAPA qui assurent le suivi des séjours et l'animation du réseau, par petites annonces ou cooptation, et dans l'esprit de la circulaire du 4 décembre 1987. La procédure de recrutement vise à évaluer les motivations de la famille et sa capacité à assumer l'engagement qu'elle propose. L'équipe rencontre l'ensemble de la famille, à son domicile.

→ Des critères objectifs doivent être validés (en référence à l'arrêté du 18 août 1993) :

- une chambre ou un lieu indépendant, correctement chauffé et meublé, doit exister dans le domicile ;

- la famille doit être à moins de 100 km ou 2 heures de route de son équipe de rattachement ou de son équipe décentralisée. Le CSAPA peut proposer, dans d'autres cas, un mode d'organisation spécifique à l'éloignement des familles (basé sur une équipe décentralisée ou une convention avec un CSAPA de proximité), qui est validé (par dérogation) dans le cadre du projet thérapeutique de l'établissement par l'autorité de contrôle ;

- la famille doit avoir des moyens de subsistance indépendants du défraiement lié à l'accueil ;
- il est souhaitable qu'un des membres de la famille ait une activité dans laquelle puisse s'inscrire la personne accueillie.

→ Des critères plus subjectifs sont appréciés :

- la qualité d'écoute,
- la capacité de la famille à s'engager avec une équipe,
- sa disponibilité à l'accueil,
- le non jugement et la capacité à poser et tenir des limites.

Une attention particulière est portée à la pertinence du recrutement lors de la présence d'adolescents dans la famille.

→ Les difficultés actuellement rencontrées par le dispositif se concentrent surtout sur le recrutement de nouvelles familles d'accueil. Le statut « bénévole » des familles, couplé à la crise financière actuelle, peuvent expliquer cette difficulté. L'avenir du dispositif familles d'accueil n'est pas remis en cause par les financeurs, mais la difficulté à trouver des familles amène certains centres à fermer leur réseau ou section afin de développer d'autres outils comme les Appartements Thérapeutiques par exemple. En une quinzaine d'années, ce sont ainsi une centaine de places en familles d'accueil qui ont été perdues.

⁶² Cahier des charges du dispositif Familles d'Accueil Thérapeutique, 27 février 1992

QUELLES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS ?

→ Ces dispositifs sont nombreux : CSAPA ambulatoires, Centres Thérapeutiques Résidentiels, Communautés Thérapeutiques, Appartements Thérapeutiques, etc. Mais aussi l'hôpital (dont les SSRA), et le champ de l'exclusion sociale (CHS, CHRS, etc.).

→ Le dispositif médical, social, judiciaire, scolaire et d'insertion de droit commun peut être concerné à différents stades de l'accueil :

- lors de l'admission : présentation de candidatures, négociation de contrats de séjour et de soins, élaboration de procédures particulières dans le cadre judiciaire ou de l'aide sociale à l'enfance, après étude de la situation individuelle ;
- au cours de séjour : suivi médico-psycho-social, accompagnement éducatif ou pédagogique, activités sportives, artistiques et de loisir ;
- au moment de la sortie : continuité des soins, insertion sociale et professionnelle (hébergement, logement, formation, emploi).

→ Le CSAPA gestionnaire du réseau veille à établir une collaboration avec le dispositif de droit commun durant le séjour, afin d'éviter toute rupture dans le processus de soins et d'insertion de la personne.

→ Les conventions de prise en charge et de financement pourront être négociées :

- avec la protection judiciaire de la jeunesse et l'aide sociale à l'enfance pour l'accueil des mineurs usagers de drogues ;
- avec l'aide sociale à l'enfance lorsque des enfants d'usagers de drogues sont accueillis avec leurs parents.

→ Il peut également être mis en place des partenariats avec les autres réseaux de familles d'accueil existants et ce, de deux manières :

- par une collaboration entre les différents réseaux pour une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les capacités et compétences des réseaux ;
- par l'organisation de rencontres, d'échanges ou de formations associant différents réseaux.

LES "SLEEP IN"

Ils relèvent de la loi du 9 août 2004, du décret d'application n°2005-1606 du 19 décembre 2005 et de la circulaire du 2 janvier 2006.

Notons que ces dispositifs d'hébergement d'urgence pour usages de drogues sont autorisés tantôt en tant que CSAPA, tantôt en tant que CAARUD. Cette variabilité tient à des considérations historiques et locales, la mission d'hébergement tirant ces établissements vers les CSAPA, la précarité de leur public et les prestations proposées relevant davantage de la réduction des risques...

Ils visent un public en grande précarité, et peuvent proposer des consultations médicales et de petits soins infirmiers.

LES HÔTELS

Ils constituent une modalité qui permet un hébergement rapide.

Ils répondent à deux fonctions :

→ Ils sont utiles en tant que tels pour certains usagers ou à certains moments, pour des séjours visant à mettre à l'abri ou en attente d'une solution moins précaire. Ils permettent alors d'accompagner l'utilisateur dans la construction d'un projet.

→ Ils pallient partiellement, en particulier dans les grandes métropoles, la difficulté d'accéder dans un délai raisonnable à un logement ou à un dispositif social ou médico-social.

AUTRES MODALITÉS D'ACCUEIL RÉSIDENTIEL

À côté des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, plusieurs dispositifs expérimentaux ont vu le jour ces dernières années. Sans cadre réglementaire précis, ils visent à répondre à des situations locales. Ainsi plusieurs actions, aux financements divers (État, collectivités locales, CAF...) ont pu se développer, en particulier visant l'hébergement d'utilisateurs actifs, que ce soit en sortie de squat, en réponse à l'inquiétude de riverains de lieux de consommation, ou pour permettre à des usagers le nécessitant d'accéder à des soins impliquant une stabilisation sociale.

→ Plusieurs modalités peuvent être recensées : hébergement individuel ou partagé en appartements, mise à disposition d'un petit immeuble avec parties privatives et parties collectives, hébergement en hôtel, hébergement partiellement autogéré en pavillon, etc. Cette liste n'est pas exhaustive, et la question se pose de savoir si ces expérimentations sont reproductibles, ou si elles ne peuvent fonctionner que du fait d'un ancrage local mettant en synergie, autour d'une problématique donnée, l'ensemble des acteurs : professionnels, usagers, élus, administrations... ce qui par ailleurs peut en soi constituer un modèle !

→ Il est remarquable également que ces actions originales, si elles ne reposent pas sur une demande de soins addictologiques, ont néanmoins un impact important sur l'addiction ; elles doivent être prises en compte dans les réflexions relatives à l'évolution des dispositifs addictologiques résidentiels, en tant que dispositifs à part entière.

3

les pratiques
professionnelles
de soin résidentiel
collectif

1. L'ÉVOLUTION DU MODÈLE UNIQUE D'ABSTINENCE

constats

→ Historiquement centrés sur l'abstinence comme modèle unique de soin, les centres résidentiels ont fait évoluer leur projet. Les Traitements de Substitution aux Opiacés, la réduction des risques et l'enrichissement des modalités du soin ont fait évoluer les pratiques et les projets d'établissements en incluant la gestion des consommations et la prévention des rechutes dans le soin résidentiel.

→ Aujourd'hui, la dynamique de changement par rapport au comportement addictif et la recherche de mieux-être global déterminent le parcours de soin, qu'il soit à visée de gestion des consommations ou d'abstinence, ou les deux successivement.

Deux préalables sont donc nécessaires :

- Le projet d'établissement précise les orientations en matière de soin addictologique.
- Professionnels et usagers s'accordent sur les objectifs de soin du projet individualisé de la personne.

problématisation

→ La définition de la notion « d'abstinence » est-elle claire et partagée au sein des centres ?

→ Le centre est-il en mesure d'accompagner des résidents apprenant à gérer leurs consommations et des résidents qui visent « l'abstinence » ?

→ Quels outils spécifiques le centre a-t-il développé pour répondre à la palette d'objectifs possibles ?

principes

→ La notion d'abstinence et ses déclinaisons font l'objet d'une définition partagée par l'équipe.

→ La notion d'abstinence et ses déclinaisons, telles que portées par le centre, sont écrites dans le projet d'établissement.

→ L'abstinence peut découler du traitement, mais elle n'en constitue pas systématiquement un objectif. Elle n'est pas imposée par le centre comme un modèle de vie. L'équipe et le résident échangent sur la notion d'abstinence et s'entendent sur les objectifs de soin visés durant le séjour (sevrage, traitements, gestion des consommations, abstinence...).

2. LA RÉDUCTION DES RISQUES

constats

→ La réduction des risques en centre de soin résidentiel, inscrite dans ses missions, est reliée au projet de l'établissement et au projet de soin des résidents, **de la gestion des consommations jusqu'à l'abstinence**. Les deux objectifs peuvent être poursuivis graduellement et sont dans tous les cas intéressants pour le résident. L'établissement communique clairement sur son projet et met en cohérence l'ensemble des outils déployés. La réduction des risques en fait partie.

→ La réduction des risques de l'usage reste **une thématique ambivalente pour certains professionnels de centres résidentiels**. Un paradoxe semble brouiller les pistes : les centres résidentiels sont des lieux dans lesquels les résidents ont librement choisi d'aller, ayant perdu la « liberté de s'abstenir », mais malgré leur « sanctuarisation », des produits peuvent y être apportés à l'insu des équipes, confrontant les résidents à la possibilité de re-consommer. Cette contradiction et les façons d'y faire face positionnent la réduction des risques au sein des équipes.

→ À l'heure actuelle, les pratiques professionnelles de **réduction des risques en matière d'alcool** montrent une évolution. Tout comme pour la toxicomanie il y a quelques années, le modèle unique d'abstinence tend à s'élargir à l'accompagnement des patients à la gestion de leurs consommations.

→ Des patients polyconsommateurs sont souvent accueillis dans les centres. En fonction de leurs besoins et de leurs possibilités, un accompagnement différencié selon les substances peut leur être proposé.

→ La prise en charge en structure de soin résidentiel, bien que centrée sur un produit (l'héroïne, le cannabis, l'alcool...), se veut globale et aborde ainsi le comportement addictif dans l'ensemble de ses déclinaisons. La réduction des risques concerne les addictions mais aussi **l'ensemble des risques corrélés encourus : risques sexuels, risques sociaux, risques sanitaires...**

problématisation

→ Comment faire cohabiter la « sanctuarisation » du site de l'établissement et la réduction des risques en structure de soin résidentiel ?

→ En cas de re-consommation sur le site, faut-il faire primer l'intérêt de ceux qui ont re-consommé ou celui de ceux qui maintiennent l'arrêt de leur consommation ? Comment concilier les deux ?

→ Quels outils déployer pour réduire les risques et dommages liés aux usages, mais aussi liés aux risques sexuels, sociaux, sanitaires ?

principes

→ Si historiquement, la réduction des risques et le soin ont été différenciés, on ne peut plus aujourd'hui les dissocier, notamment au regard des personnes présentant des polyaddictions.

→ Le principe de réduction des risques est intégré systématiquement au projet.

→ L'information quant aux lieux dans lesquels les résidents peuvent échanger des seringues (distributeurs, pharmacies) ou autres matériels de consommation (pipes à crack...), ainsi que sur les dispositifs ressources en matière de réduction des risques à l'extérieur du centre, est facilement disponible.

→ L'équipe informe les résidents sur les risques et dommages liés aux addictions (dont les IST). Elle aménage un accès à du matériel de réduction des risques en particulier liés aux rapports sexuels, et est encouragée à aménager un accès à un matériel de réduction des risques liés aux consommations.

→ Le centre s'assure de la sécurité des résidents et du personnel en mettant à leur disposition un ou plusieurs récupérateurs de matériels ... / ... d'injection.

3. LES LIEUX

constats

→ Selon les résultats du questionnaire, 55% des centres sont implantés en milieu rural et 45% en milieu urbain. La variété des locaux abritant ces dispositifs s'explique en partie par leur histoire et les opportunités qu'ils ont eues : petit bâtiment en ville proche de transports, commerces et de partenaires ; bungalows isolés en campagne ; structures disposant d'un grand terrain pour des activités, centre implanté dans un quartier résidentiel. La configuration des lieux impacte les modalités de mise en œuvre du programme thérapeutique.

Par exemple :

- L'Oasis (ADAJE) implanté dans le 14^e arrondissement de Paris, propose des activités thérapeutiques culturelles du fait des nombreuses offres de la ville.
- Le Peyry (CEIS) accueille des couples et personnes avec enfant, parce que sa configuration en bungalows indépendants est adaptée.
- La CT de Brantôme (Aurore), favorisée par son environnement naturel, utilise comme outil thérapeutique l'activité sportive.

→ Cette diversité des lieux permet de répondre à un panel de besoins et d'adapter les orientations, même si certains facteurs restent un frein : être une femme seule avec un enfant notamment, avoir un ou plusieurs chiens, être mineur, être âgé, etc. Les appels à projet créent des opportunités pour ces besoins spécifiques.

→ 21 CTR sur 33 ont une plaquette de présentation et 25 structures résidentielles sur 47 ont un site Internet qui facilite la connaissance et la visibilité de ces programmes thérapeutiques.

problématisation

→ Comment valoriser la diversité de l'offre de soin résidentiel, élément important de l'orientation dont les services orienteurs, les partenaires et les usagers doivent pouvoir prendre connaissance ?

principe

→ Le centre met à la disposition des professionnels et patients des outils présentant son programme thérapeutique et les modalités de sa mise en œuvre. Ils ne se substituent pas aux obligations légales telles que le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés et le livret d'accueil.

4. LA PLACE DES FEMMES...

constats

→ Quelques structures sont entièrement dédiées aux femmes, notamment dans le secteur de l'alcoologie, mais la plupart des établissements de soins résidentiels collectifs sont mixtes. Dans ces derniers, les femmes accueillies sont toutefois généralement moins nombreuses que les hommes. Des chambres, voire des espaces spécifiques, leur sont réservés, afin de préserver leur intimité.

→ En ce qui concerne les Communautés Thérapeutiques, dix des onze établissements recensés sont mixtes. Une seule CT actuellement en cours de développement en Guyane n'accueille que des femmes avec ou sans enfant (40 places, dont 15 pour les enfants). Cette non-mixité est également mise en œuvre dans des communautés thérapeutiques d'autres pays du monde comme en Israël, en Hollande, en Suède...

→ En 2011, lors des 1^{ères} journées de travail organisées par les Communautés Thérapeutiques françaises, une réflexion sur la place des femmes mettait en évidence des spécificités nécessitant une approche particulière, tenant compte de leur vécu antérieur avec les hommes (maltraitements, abus sexuels...). Certains centres ont pris en compte ces constats en mettant en place des activités réservées aux femmes : groupe de paroles femmes, activités entre femmes et/ou en préparant en amont, avec les résidents hommes, l'accueil des femmes. Ces initiatives semblent favoriser des parcours plus longs, la solidarité entre femmes, une meilleure communication, l'intégration positive dans le groupe, une meilleure acceptation de leur féminité, moins d'agressivité au sein du groupe...

problématisation

- Entre mixité et discrimination, le genre doit-il déterminer des pratiques de soin spécifiques ?
- Si des activités spécifiques sont mises en œuvre en fonction des sexes, jusqu'à faire des différences ?
- Comment équilibrer dynamique collective, mixité et respect de la liberté de chacun ?
- La protection des personnes est-elle assurée par le centre ? Avec quels outils ?

principes

- Le centre prend en compte les besoins spécifiques des femmes.
- Lorsque son projet d'établissement prévoit un accueil mixte, le centre veille à l'égalité hommes-femmes dans l'accès aux soins et aux services.
- Le centre veille au respect entre les résidents des deux sexes et à ce qu'il n'y ait pas d'attitude stigmatisante à l'égard des femmes de la part des professionnels ou des résidents.
- Le centre décline son programme thérapeutique sur la base d'activités diverses, susceptibles d'intéresser autant des hommes que des femmes.
- Le centre garantit la sécurité de tous les résidents et met en place des outils adaptés.
- Le centre développe des partenariats en adéquation avec les besoins spécifiques des femmes.

La Fédération Addiction a produit en 2012 un **document de repères** sur la prise en compte de la question du genre dans les établissements médico-sociaux. Des questionnements pour les équipes y sont proposés. Vous pouvez consulter ce document sur www.federationaddiction.fr.

... ET DES ENFANTS

principes

- Lorsque le centre accueille des parents accompagnés d'enfant(s), il s'assure :
 - de disposer au sein de l'équipe de professionnels spécialisés dans l'enfance, garants de l'intérêt de l'enfant,
 - d'organiser des espaces adaptés aux enfants,
 - de développer des partenariats en lien avec les besoins des enfants.

... / ...

5. STRUCTURES "OUVERTES", STRUCTURES "FERMÉES"

constats

- Les résultats du questionnaire de lancement de cette réflexion font apparaître que 73% des structures sont ouvertes (les résidents peuvent sortir seuls au bout d'un certain temps ou sous conditions) et 27% sont fermées (les résidents ne peuvent sortir que s'ils sont accompagnés).
- Les sorties s'inscrivent dans le processus de soin des résidents. Par une approche expérientielle⁶³ de l'extérieur, le résident sollicite les acquis (progrès) de son parcours de mieux-être, en milieu ordinaire. Parfois, cette sortie prend le sens d'une reconnaissance par l'équipe de soin des étapes franchies (en communauté thérapeutique par exemple). Elle marque un pas de plus vers l'autonomie.
- Ces sorties – non accompagnées – peuvent permettre aux résidents de faire quelques courses, d'accéder à des activités de loisirs (culturels, sportifs...), de rendre visite à leur famille ou à leurs proches, de suivre une formation ou de travailler. Les horaires, le but, voire un budget, sont travaillés au préalable avec l'équipe.
- Les sorties accompagnées visent la plupart du temps à faire des démarches administratives et/ou quelques achats personnels.

- Les sorties (en particulier celles qui ne sont pas accompagnées) exposent aux envies et aux risques de re-consommation. Cette éventualité est intégrée à l'accompagnement proposé comme le recours à des tests (éthylotest, analyses urinaires...).
- Systématiques ou non, ils objectivent l'usage ou non. L'objectif est d'encourager la parole et l'échange sur les circonstances de ses consommations.
- Les équipes distinguent les re-consommations à l'intérieur du centre de celles opérées à l'extérieur. Les mesures sont adaptées et graduées en fonction de chacune des situations.
- Exemples :**
 - Un résident rentrant de week-end en état d'ébriété peut passer la nuit dans un appartement rattaché au centre avant de revenir le lendemain, pour ne pas troubler le collectif de résidents.
 - Un résident multipliant les re-consommations lors de ses sorties peut se voir exclu du centre de façon temporaire.
 - Un programme individualisé d'exposition au risque et de prévention de la rechute est co-construit avec le résident.

problématisation

- Comment garantir la sécurité des résidents au sein du centre (sanctuarisation), sans les isoler du milieu ordinaire ?
- Comment accompagner le résident dans ses sorties et notamment ses expositions aux risques ?

principes

- Le centre informe les résidents, dès leur accueil, sur les modalités de sortie le week-end.
- Les re-consommations éventuelles lors des sorties le week-end sont des étapes possibles dans le parcours de soin. Elles ne peuvent faire l'objet d'exclusion en première réponse.
- Le centre travaille avec le résident sur ses re-consommations, en s'appuyant sur des outils de gestion des rechutes.

⁶³ « L'approche expérientielle propose à l'individu de réfléchir à la meilleure façon de vivre ses expériences en respectant ses limites propres. Elle s'appuie sur le principe selon lequel les changements dans les comportements individuels sont intimement liés à l'évaluation que se fait l'individu du degré de satisfaction ou d'insatisfaction qu'ils lui procurent. Elle vise donc à promouvoir la recherche d'un équilibre satisfaisant pour l'usager entre dommages et bénéfices liés à un comportement ou à une consommation donnés : il s'agit avant tout d'aider l'individu à choisir ce qui lui convient et à vivre en fonction de ses attentes et de ses limites personnelles et environnementales. » (source : ARPAE – Association pour la Recherche et la Promotion des Approches Expérientielles)

6. LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES RÉSIDENTS

constats

- La Loi du 31 décembre 1970 a instauré la gratuité des soins dans les centres accueillant des personnes souffrant d'addiction. En centre résidentiel, les soins sont gratuits, ainsi que les prestations liées à l'hébergement (tout ce qui constitue le programme thérapeutique).
- Lorsque les résidents souhaitent bénéficier d'une activité de loisir, le centre peut l'organiser sous réserve d'une participation financière de la personne accueillie, ou la financer sous conditions.
- De façon globale, le tabac et les produits d'hygiène sont à la charge des résidents.
- En CT, la durée potentiellement longue des séjours a conduit plusieurs établissements à s'interroger quant à la pertinence de la totale gratuité de ceux-ci, lorsque les revenus des usagers sont par ailleurs maintenus. Plusieurs établissements mènent une expérimentation visant à ce que le résident participe financièrement à son séjour, au *pro rata* de ses revenus et selon la phase dans laquelle il se trouve. Cela permet un travail d'accompagnement éducatif et thérapeutique, individuel et en groupe, à la gestion de l'argent, et de préparer l'après-séjour.

problématisation

- Le fondement de la participation financière (lorsqu'il y en a) est-il clairement établi ? Partagé ?
- Quelle participation financière pour les personnes qui n'ont aucune ressource ?

principes

- L'absence de ressources ne peut faire obstacle à l'admission des résidents et à leur participation à l'ensemble des activités proposées.
- Les soins relatifs à l'addiction et l'hébergement sont gratuits pour les résidents de courts et moyens séjours.
- Si une participation financière est demandée aux résidents pour des raisons éducatives, celle-ci reste symbolique et repose sur une base claire.

... / ...

7. LES RELATIONS EXCLUSIVES ENTRE RÉSIDENTS

constats

→ Par relations exclusives, nous entendons les relations de couple qui se forment durant le séjour, mais aussi les relations fortes qui se tissent entre résidents. Cela ne concerne pas les couples formés avant leur admission dans un centre. En France, deux structures de soin résidentiel collectif accueillent les couples déjà constitués. Les installations et l'accompagnement sont adaptés à leurs démarches individuelles et prennent en compte leur projet de couple.

→ Lorsque le couple se forme durant le séjour, comme tous les résidents, il peut accéder au matériel de réduction des risques liés à la sexualité (préservatifs, contraceptifs).

→ Dans les pratiques professionnelles, on note trois attitudes :

- Les relations exclusives/sexuelles sont interdites au sein de la structure.
- Les relations exclusives/sexuelles sont autorisées si elles sont verbalisées et interrogées dans le cadre de l'accompagnement et du projet de la personne.
- Les relations exclusives/sexuelles ne sont pas évoquées dans le cadre de fonctionnement (ni autorisées, ni interdites).

→ Le parcours des personnes concernées peut être réinterrogé et la nouvelle situation évaluée :

- comme un frein au parcours d'une des deux ou des deux personnes,
- mais aussi comme un objet de travail thérapeutique.

→ Une relation trop affichée peut gêner la cohésion et la dynamique du groupe. Amoureuses ou amicales, les relations fortes mettent mal à l'aise les professionnels en renvoyant à la vie intime de chacun. Elles sont même qualifiées de « tabou » par certains. Dans tous les cas, c'est la démarche individuelle qui prime. Une réorientation de l'un des deux est parfois envisagée à la demande des résidents et/ou des professionnels pour assurer la continuité du projet de soins de chacune des deux personnes.

→ L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) précise dans l'introduction de la recommandation « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* » :

« *La complexité du rôle des professionnels réside dans le dépassement des tensions entre point de vue individuel et point de vue collectif :*

- *attentes et besoins singuliers de la personne, droits et libertés, autonomie, d'une part ;*
- *logiques organisationnelles et fonctionnelles de la collectivité, obligations et règles sociales, d'autre part. Ils ont à prendre en compte à la fois les problématiques organisationnelles et les objectifs de leurs interventions.* »

problématisation

→ Le centre peut-il (doit-il) interdire les relations sexuelles qui sont des éléments constitutifs de la vie, d'autant plus si les séjours sont longs ?

→ Projet de soin et relations exclusives au sein du centre sont-ils incompatibles ?

→ Comment le centre peut-il s'adapter à ces situations ?

→ Quels sont les effets des règles collectives sur la prise en compte des attentes et besoins de chaque personne ?

principes

→ Le centre doit articuler – dans son règlement intérieur notamment – les libertés individuelles fondamentales entre adultes et la protection des personnes en situation de fragilité affective.

Il conviendra de s'assurer que les relations exclusives entre résidents ne résultent pas de l'exploitation de l'une des personnes par l'autre (« abus de faiblesse »).

→ Les changements liés aux questions de couple (à l'intérieur ou à l'extérieur du centre, formation d'un couple ou séparation...) gagnent à être traités dans la transparence, sans dogmatisme et en prenant en compte le bénéfice du maintien du séjour ou non.

→ En cas de relations exclusives entre résidents ou de relations de couple, l'équipe veille à maintenir une dynamique collective en aménageant, par exemple, des espaces de parole permettant de parler de l'impact de ces relations sur le groupe.

→ En cas de départ, l'équipe prend en compte la situation des personnes à la sortie.

constats

→ Les demandes d'admission proviennent de l'ensemble du territoire national. Certains centres ont des priorités régionales ou départementales, imposées par l'autorité de contrôle ou du fait du projet d'établissement. Cependant, pour certains usagers, l'éloignement géographique et la rupture avec les milieux et circuits de consommation constituent un élément essentiel du soin, et fait partie intégrante de leur projet. Pour cette raison, les centres évitent parfois d'accueillir des patients domiciliés à proximité. À l'inverse, le choix d'un centre à proximité peut être privilégié, notamment pour associer la famille et l'entourage du patient à l'accompagnement ou pour maintenir une insertion professionnelle.

→ Il apparaît que de nombreux usagers effectuent leurs recherches de centres par Internet. Cet outil joue donc un rôle important dans la visibilité des dispositifs existants.

→ Les professionnels interviewés ou rencontrés lors des journées régionales remarquent qu'ils travaillent la plupart du temps « avec les mêmes centres » et qu'ils ne connaissent pas l'ensemble des structures résidentielles du territoire.

→ L'intégralité des CTR ayant répondu au questionnaire dispose d'une procédure d'admission standardisée, faite de courriers (88%), d'échanges téléphoniques (76%), de dossiers à compléter (68 %) et de rencontres (64 %). Une structure prend en charge les frais liés au déplacement et à l'hébergement de l'utilisateur pour le rencontrer et lui faire visiter les lieux. Quelques rares centres mènent des entretiens par visioconférences pour limiter les frais de déplacement et d'hébergement de la personne.

→ Le dossier d'admission varie d'un centre à l'autre : plus ou moins détaillé, long, complet, le dossier est régulièrement réinterrogé au sein des équipes. Pour certaines structures, il doit aborder les trois volets : médical, social et psychologique. Pour d'autres, la longueur est dissuasive et ne facilite pas la démarche des personnes, seuls quelques renseignements sont nécessaires à enclencher la demande. Les entretiens avec l'utilisateur ou/et avec le service orienteur, conforteront ou étofferont le processus de décision.

→ Le travail nécessaire au traitement des demandes est assuré par un ou plusieurs professionnels. Un premier tri des demandes est effectué par un encadrant ou par une personne dédiée (« responsable des admissions », « chargé-e d'admission », « coordinateur-trice des admissions », etc). Des informations complémentaires, nécessaires au choix, peuvent être demandées par téléphone à la personne ou au service qui oriente le patient.

→ La décision d'accueillir une personne est prise pour 52% par un encadrant (avec un avis médical une fois sur deux) et pour le reste, de façon collégiale en équipe ou via une commission dédiée. Le temps global de traitement des demandes est variable.

→ Certains centres établissent une liste d'attente limitée en temps (1 à 2 mois en moyenne) ou en nombre de personnes (une dizaine). Cependant, on constate que les usagers effectuent souvent plusieurs demandes simultanées qui peuvent aboutir indépendamment.

→ Dans cette période qui précède l'accueil, les centres maintiennent le lien avec l'utilisateur, par téléphone notamment, aidant à confirmer sa motivation.

→ La décision d'accueil se fonde à la fois sur l'évaluation de la capacité et des moyens du centre et la bonne cohésion du groupe en termes de mixité, d'âges, de problématiques psychiatriques, de situation vis-à-vis de la justice... Les équipes ont développé de l'expérience, elles évaluent mieux les dynamiques des groupes et les risques engendrés par telle ou telle configuration.

→ Des éléments de la situation de la personne peuvent être examinés, et pour quelques centres, faire obstacle à l'admission. Ces éléments concernent :

- les traitements médicamenteux (TSO, benzodiazépines, neuroleptiques...)
- la couverture sociale, ses ressources
- la situation vis-à-vis de la justice
- l'hébergement à la sortie
- les troubles psychiatriques diagnostiqués

problématisation

- La gestion d'une liste d'attente assure-t-elle une équité de traitement entre les usagers ?
- La multiplication des entretiens préalables à l'admission se justifie-t-elle ?
- Quelle prise en compte de l'orientation proposée par le service orienteur ?
- La prise en compte dans la décision d'admission du type de médicaments prescrits en ambulatoire (en particulier les neuroleptiques ou traitements de substitution aux opiacés) est-elle pertinente ?
- Qui a la responsabilité de l'admission d'une personne ?
- L'homogénéité du groupe de résidents est-elle un critère ?
- L'indication d'un établissement résidentiel est parfois liée à l'errance de la personne, laquelle constitue un frein au suivi d'un traitement ambulatoire. Est-il pertinent de refuser l'admission d'une personne en raison d'une absence de solution d'hébergement à la sortie ou d'une absence de couverture sociale ?

principes

- Les structures résidentielles établissent une procédure d'admission écrite à laquelle patients demandeurs et/ou les services orienteurs doivent avoir accès.
 - Le dossier de demande d'admission doit être simple et synthétique. Il pourra être complété plus tard dans les premiers temps du séjour. Si le dossier comporte des éléments médicaux, ceux-ci sont transmis sous pli fermé à l'intention du médecin de l'établissement.
 - Toute demande d'admission de la part d'un patient est à examiner et fait l'objet d'une réponse rapide. En cas de refus, le centre envoie un courrier motivé au patient et si possible propose une orientation.
 - La procédure d'admission a pour objectif d'évaluer si et comment le centre peut répondre aux besoins du patient dans le cadre de son parcours de soin.
 - L'attente d'admission ne doit pas viser à tester la motivation de l'utilisateur.
 - L'admission s'effectue sur une indication claire, partagée avec la personne et les services orienteurs. Elle s'appuie sur des outils d'évaluation construits en équipe tels que dossiers, appels téléphoniques, entretiens, visioconférences, visite de préadmission et s'effectue sur des critères objectifs et adaptés au projet de soin de la personne. Les critères d'admission ne peuvent pas inclure le fait de ne pas avoir de couverture sociale, de solution d'hébergement à la sortie, de prendre un TSO, des benzodiazépines ou des neuroleptiques, de ne pas avoir de ressources, etc.
 - La situation géographique, financière, etc., du patient est prise en compte et la procédure d'admission est adaptée pour éviter la multiplication de déplacements coûteux.
 - La décision d'admission relève de la responsabilité de la Direction de l'établissement. Elle peut être prise avec l'avis de l'équipe.
 - Tout résident peut faire une demande pour un deuxième ou troisième séjour.
- NB** Un dossier d'admission type est proposé en annexe de ce guide p. 85

constats

→ En Centre de Transition, le séjour dure de quatre semaines à un mois (parfois renouvelable une ou deux fois). En Centre Thérapeutique Résidentiel, cette durée peut aller jusqu'à un an. 76% des CTR accueillent les résidents en permanence. 24% fonctionnent par module d'une durée fixe. En Communauté Thérapeutique, les résidents peuvent séjourner jusqu'à deux ans.

→ Quelques centres organisent les séjours en étapes ou en séquences. Les premières semaines font l'objet d'une période « d'essai » ou de « découverte » plus ou moins formalisée que les professionnels estiment très important. Temps de la rencontre, de l'entrée dans le rythme de la structure et du projet individualisé, temps de la construction de l'alliance thérapeutique entre professionnels et résident. Une évaluation vient ensuite apporter les réajustements nécessaires à la bonne poursuite du séjour.

→ Les séjours en communautés thérapeutiques contiennent plusieurs phases évolutives en termes d'autonomie et de responsabilisation. La première est celle de l'arrivée et de l'accueil. Les suivantes ancrent la personne dans son projet et visent à renforcer son autonomie pour préparer sa sortie et son insertion. Tout au long du séjour, le co-étayage et le soutien entre pairs jouent un rôle essentiel dans le programme thérapeutique.

→ L'arrivée du résident au sein de la structure est « ritualisée » : visite des locaux, présentation de l'équipe, remise et lecture du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, installation en chambre, premiers moments collectifs. . .

→ Lorsqu'il intègre sa chambre, l'ensemble des affaires du résident fait le plus souvent l'objet d'un inventaire, avec lui. Cette procédure vise à éviter l'introduction de médicaments non prescrits, de substances psychoactives licites et/ou illicites ou d'armes dans le centre.

→ Les modalités liées à l'arrivée des résidents revêtent un caractère plus ou moins cadré. Dans une majorité de centres, les effets personnels (téléphone, ordinateur, carte bleue, papiers administratifs, ordonnances. . .) sont mis dans un coffre ou un casier personnel, ce qui permet (comme dans d'autres établissements de santé) d'éviter les problèmes de perte et de faciliter les démarches administratives. Dans certains lieux, les résidents n'ont temporairement plus accès à leur téléphone portable et pourront contacter leur entourage au bout d'un certain temps et sous conditions (s'ils ont des enfants par exemple). Cette pratique accompagne l'entrée dans le soin résidentiel et vise à mettre entre parenthèses des liens avec un entourage ne favorisant pas la démarche. Dans d'autres structures, il est permis aux résidents de conserver leur téléphone et d'appeler durant les temps libres. Ces différentes pratiques d'accueil renvoient au projet d'établissement, mais aussi au respect des droits des usagers.

→ Enfin, les personnes sous main de justice sont informées des obligations éventuelles de l'établissement à leur égard (obligation de prévenir l'autorité judiciaire en cas de départ par exemple).

problématisation

- Comment, lors de la période d'accueil, créer les conditions d'une alliance thérapeutique, aider le résident à se sentir suffisamment bien et à élaborer avec l'équipe, son projet individualisé ?
- De quels outils la structure s'est-elle dotée pour mesurer l'évolution des séjours ?

principes

- Les différents documents, relatifs à ses droits et devoirs (le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, les modalités de participation des usagers, la charte des usagers, le contrat de séjour) lui sont présentés, expliqués et traduits si nécessaire.
- On s'assurera que les droits des usagers, tels que définis par la réglementation en vigueur, sont appliqués.
- Comme pour tout établissement résidentiel, un contrat de séjour, fixant les objectifs de la prise en charge est co-construit avec le résident. Il est évalué et adapté tout au long du séjour.
- La durée du séjour est adaptée aux objectifs.
- Le centre accompagne le résident dans son intégration dans le groupe et s'assure que les différents interlocuteurs lui sont présentés.
- On s'assurera, lorsqu'on le met en œuvre, que l'inventaire des affaires du résident ne constitue par une pratique humiliante.

1. GÉNÉRALITÉS

constats

→ Les centres résidentiels collectifs rencontrés dans le cadre de la démarche participative proposent des programmes thérapeutiques visant le soin des addictions, dont la mise en œuvre repose essentiellement sur différents supports :

- la vie quotidienne et collective
- les activités collectives
- l'accompagnement médical
- l'accompagnement socio-éducatif, individuel
- l'accompagnement psychologique

→ Chacun de ces supports est décliné et adapté au projet individualisé des résidents. Ils forment un tout : la « prise en charge globale ».

→ La formalisation des outils et modalités d'intervention est plus ou moins importante selon les structures. Si pour certaines, leurs apports thérapeutiques font l'objet de rapports écrits, partagés et évalués régulièrement, dans d'autres structures, la conceptualisation est plus globalisée et réinterrogée lors d'entretiens périodiques, avec les travailleurs sociaux notamment, ou lors de réunions ou de séminaires d'équipe.

problématisation

→ Le centre a-t-il formalisé l'apport des outils thérapeutiques qu'il propose ?

→ Comment résidents et partenaires peuvent-ils avoir connaissance des outils thérapeutiques proposés pour accompagner les projets de soin ?

principes

- Les structures élaborent et communiquent sur le programme thérapeutique qu'elles proposent et les objectifs visés par un séjour en leur sein.
- Les différents outils proposés sont présentés sur un support de communication, utile aux demandeurs d'un séjour et aux partenaires orienteurs.
- Les résidents signent leur contrat de séjour (incluant les objectifs de soins médico-psycho-sociaux) avec le représentant de l'établissement. Comme tout contrat, il engage réciproquement l'institution et le résident.

.../ ...

2. L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL

constats

- L'accompagnement médical est assuré par des médecins généralistes, des médecins addictologues ou des médecins psychiatres.
- Les consultations sont organisées sur site ou dans le cabinet du médecin en ville. Parfois l'accompagnement médical est assuré par un duo de médecins complémentaires : un médecin psychiatre et un médecin généraliste par exemple.
- La compétence psychiatrique est recherchée, soit en continu, soit ponctuellement, pour un avis ou un conseil, le nombre de résidents présentant des comorbidités psychiatriques étant important dans les centres résidentiels. Le suivi psychiatrique peut être assuré par un partenariat avec un service hospitalier. Les équipes sont aussi souvent demandeuses d'information ou de formations sur les comportements et symptômes des personnes souffrant de troubles psychiatriques ainsi que sur les traitements qui leur sont nécessaires.
- Médecins et infirmier(e)s travaillent généralement à temps partiel au sein des structures résidentielles. Lorsqu'ils ne sont pas sur site, les médecins se rendent disponibles par téléphone pour l'équipe. De même, l'infirmier(e) est une personne ressource auprès des résidents ou des professionnels, lorsqu'ils ont des questions sur les traitements notamment, et en l'absence du médecin.
- L'infirmier(e) a un rôle important d'interface avec les résidents et avec l'équipe. Certains entretiens s'effectuent en binôme médecin/infirmier(e) pour faciliter la coordination des soins. L'infirmier(e) fait ainsi le lien entre l'équipe et le médecin.
- Le rôle du médecin peut commencer avant l'admission, par un avis médical qui contribue à la décision d'admission. Ceci est observé en cas de comorbidités psychiatriques importantes ou lors d'éventuelles contre-indications médicales, aux activités sportives notamment.
- À l'arrivée du résident, le médecin effectue une évaluation médicale plus ou moins exhaustive, à partir des éléments du dossier d'admission. Il peut être amené à contacter le médecin référent ou ayant participé à l'orientation.
- Certains établissements proposent de centraliser l'ensemble de l'accompagnement médical au sein du centre le temps de son séjour, pour faciliter son suivi. Le résident accepte ou refuse s'il préfère conserver son médecin référent à l'extérieur du centre (habitude, confidentialité...) et dissocier ce qui relève du soin addictologique de l'accompagnement médical global.
- Les dossiers médicaux sont conservés sous clé et accessibles au seul personnel médical. Tout résident peut demander à consulter son dossier. Cela s'effectue en présence du médecin.
- De nombreux outils participent à l'accompagnement médical et sont gérés par le personnel infirmier : classeurs pour tracer la délivrance et le stockage des TSO, piluliers individuels, cahiers de liaison ou de transmission, tableau de suivi individualisé...
- De même, lorsque le séjour touche à sa fin, le médecin peut être amené à rédiger un courrier de sortie destiné au médecin qui suivra la personne après sa sortie.

→ L'accompagnement médical peut prendre différentes formes :

- des consultations somatiques périodiques permettant le suivi médical durant le séjour
- la prescription et la délivrance des médicaments, dont les TSO
- des actions ou des examens spécifiques (vaccins, sérologies, VIH, VHC, soin dentaire, gynécologie...) qui nécessitent parfois des partenariats extérieurs (laboratoire, spécialistes...). Le personnel médical coordonne l'ensemble des soins nécessaires à la personne.
- des conseils sur le soin et l'hygiène en général, en individuel ou via un atelier thématique collectif co-animé (infirmier(e) + éducateur(trice) par exemple)
- la transmission d'information sur la réduction des risques et des dommages (dont le mésusage des TSO)

→ La durée des séjours permet, si le résident n'est pas suivi médicalement hors du centre et avec son accord, de mettre en œuvre un accompagnement global.

→ Le personnel infirmier participe aux réunions pluridisciplinaires, le plus souvent hebdomadaires. La présence des médecins n'est pas systématique du fait des temps de travail sur site restreints.

→ Des temps de coordination spécifiques peuvent être organisés pour fluidifier la passation d'information et l'accompagnement global des résidents.

→ Des temps informels peuvent compléter l'échange d'informations afin de faciliter le quotidien et la continuité des suivis.

problématisation

→ La responsabilité médecin/infirmier(e) est-elle clairement formalisée (délégation de compétences) et connue de l'équipe ?

→ Comment s'articulent le secret médical et la transmission d'informations ?

→ Comment l'accompagnement médical s'inscrit-il dans le parcours global des résidents ?

→ La consultation médicale inclut-elle un examen clinique somatique ? Les lieux permettent-ils cet acte ? Sinon, comment est-ce organisé avec des partenaires extérieurs ?

principes

→ L'accompagnement médical en centres résidentiels est global et prend en compte l'ensemble des problématiques de santé que peuvent rencontrer les résidents. Il inclut un examen clinique des patients s'ils n'ont pas de médecin référent par ailleurs.

→ La prescription de médicaments est de la responsabilité du médecin et s'appuie sur une indication médicale.

→ Pour mettre en œuvre un accompagnement médical adapté aux besoins des résidents, le centre établit des partenariats avec un réseau de professionnels pluridisciplinaires (psychiatrie de secteur ou libérale, médecins de ville, hôpitaux, spécialistes, laboratoires, etc.).

→ Le résident peut choisir que le médecin du centre résidentiel soit son médecin traitant durant la durée de son séjour. Le centre ne peut le lui imposer et la consultation d'un médecin de ville constitue une bonne pratique qui doit être recherchée et proposée.

→ Le centre développe des outils et des procédures formalisés pour faciliter la continuité des soins médicaux avant, pendant et après le séjour (exemples : fiche de liaison, dossier médical, contacts téléphoniques).

→ Les professionnels s'accordent dans le respect des réglementations quant à ce qui peut se dire en équipe, ce qui ne peut se dire qu'avec l'accord de l'usager, et ce qui relève du secret professionnel.

→ L'accompagnement médical intègre la réduction des risques et des dommages liés aux traitements ou aux pratiques d'addiction.

→ Les traitements de substitution peuvent être primo prescrits ou suivis comme tout médicament utile au résident. Il n'y a pas d'objectif institutionnel d'arrêt des TSO en CTR.

→ La présence des médecins aux réunions est souhaitable et ce, de façon systématique.

... / ...

3. LA VIE QUOTIDIENNE ET COLLECTIVE

constats

- La vie quotidienne et collective est un axe thérapeutique fondamental en centre résidentiel. C'est un lieu et un temps d'exploration des liens et de la relation à l'autre, de réinvestissement de rythmes sociaux personnels et collectifs, non altéré par l'impact des substances psychoactives et la centration sur leur usage, et ce dans un cadre sécurisé.
- Cet aspect est d'autant plus essentiel en Communauté Thérapeutique lorsque le groupe et la prise de responsabilité en son sein sont au centre de la dynamique thérapeutique.
- Les équipes évaluent dans le cadre de la procédure d'admission, mais aussi lors des premiers temps du séjour, s'il n'y a pas de contre-indication à la vie en collectif. Cette évaluation s'appuie sur l'échange avec le résident et l'expérience des équipes. Les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères font l'objet d'une vigilance particulière.
- L'inscription dans un groupe et la vie au sein d'un collectif s'appuie sur des rythmes journaliers partagés. La capacité à les suivre, à y contribuer et à s'y sentir bien est un axe de travail durant le séjour.
- Les semaines sont séquencées en différents temps selon le programme thérapeutique établi. Ainsi, les activités liées au « vivre ensemble » s'inscrivent complètement dans le programme proposé. Les temps thérapeutiques obligatoires du programme se déroulent le plus souvent du lundi au vendredi. Ils peuvent concerner des démarches à effectuer avec des acteurs extérieurs.
- Le week-end, les résidents sont le plus souvent autorisés à sortir, rendre visite à leur famille et entourage ou bien, s'ils restent sur le site du centre, prendre l'initiative de proposer une activité. Cependant, la nécessité d'organiser le fonctionnement du centre et les activités du week-end est le plus souvent considérée comme partie intégrante du programme thérapeutique et fait l'objet de reprises en équipe et avec les résidents.
- Pendant la semaine essentiellement, les résidents ont des obligations liées au partage de leur lieu de vie, aux horaires, à l'entretien des lieux et à la confection des repas.
- Les tâches de chacun sont définies dans des réunions d'organisation ou de planification, mises en place en début de semaine la plupart du temps. L'implication dans la bonne marche du « vivre ensemble » repose ainsi sur l'ensemble des résidents. Ils en sont à la fois bénéficiaires et acteurs.
- Pour les personnes accueillies, préparer un repas pour soi et les autres est un véritable apprentissage. Le regard des autres et l'exposition à la critique (négative mais aussi positive), la responsabilité de l'alimentation du groupe, la capacité d'organiser une tâche, de gérer un budget pour des courses, etc., constituent des apprentissages thérapeutiques structurants.

→ Les repas sont souvent préparés par les résidents dans le cadre d'ateliers ou d'activités thérapeutiques, animés par un travailleur social. Les normes contraignantes HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*) ont conduit des centres à engager d'importants travaux de modification et de modernisation des cuisines, ou bien, à renoncer à faire de la préparation des repas un outil thérapeutique.

→ De la même façon, l'entretien de sa chambre peut être difficile pour certaines personnes. Son apprentissage développe la capacité des résidents à prendre soin d'eux et de leur lieu de vie. La tâche quotidienne est un outil d'étagage multiple ; parce qu'elle touche à l'individuel mais aussi au rapport au collectif.

→ Certains centres proposent également des réunions visant à régler les éventuels conflits entre résidents, aménagées chaque semaine ou ponctuellement en fonction des besoins ou d'évènements passés. Elles permettent l'évacuation des tensions, des revendications ou de la colère surgissant par moments. Elles améliorent le « vivre ensemble » au fil de l'eau en amenant chacun à s'exprimer et à partager son ressenti. Elles permettent également d'aborder les éventuelles situations de deal ou de consommation collective, avant la mise en œuvre d'autres dispositions ou sanctions.

problématisation

→ Comment faire de la vie quotidienne et collective un outil thérapeutique ?

→ Cet axe de travail est-il formalisé par les équipes ?

→ Avec quels outils évaluer le parcours des résidents dans le quotidien et le collectif ?

→ Comment le centre régule-t-il les tensions inhérentes à la vie collective ?

→ Comment s'articulent la place des résidents et des professionnels dans la vie quotidienne ?

principes

→ Le centre met en place une instance de coordination et de régulation de la vie quotidienne.

→ Les usagers sont associés à l'organisation de la vie quotidienne. Dans l'organisation des tâches, les équipes tiennent compte de l'état de santé et des capacités des résidents.

→ Les règles de fonctionnement de la vie quotidienne sont concertées dans l'instance de participation des usagers (Conseil de la vie sociale, Conseil d'établissement...).

→ Le positionnement des professionnels doit éviter deux écueils : faire à la place des résidents et laisser les résidents tout faire. Les équipes adaptent leur posture éducative et veillent à accompagner les personnes dans le développement des habiletés utiles à la vie quotidienne. ... / ...

4. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-ÉDUCATIF

constats

→ En centre de soin résidentiel, le partage de la vie quotidienne sur un lieu de vie unique favorise un accompagnement socio-éducatif, assuré en continu par des travailleurs sociaux. Ses outils sont variés de par sa transversalité : accueil, activités collectives, vie collective, entretiens individuels, occupations durant les week-ends...

→ C'est généralement l'équipe éducative qui présente au résident le règlement de fonctionnement ou le livret d'accueil et assure la visite des lieux, l'inventaire des effets personnels ou l'installation en chambre.

→ Cet accompagnement s'appuie sur les activités en groupe et sur le travail en individuel, qui s'articulent comme outils thérapeutiques socio-éducatifs visant le mieux-être du résident, sa capacité à être acteur de sa démarche de soin et son autonomie.

→ Il vise également le recouvrement des droits, l'accès à l'emploi, à la formation, au logement, etc.

→ Les **entretiens individuels de suivi** du parcours des résidents, selon les structures, se déroulent sous la forme d'un entretien en face à face, durent environ 1h, et sont soit périodiques et obligatoires, soit ponctuels en fonction des besoins ou complètement informels.

→ Ce suivi concerne des démarches administratives (restauration de droits médico-sociaux, appels téléphoniques à des organismes...) depuis le centre ou à l'extérieur, mais aussi l'échange et la négociation autour d'achats, de sorties ou d'appels téléphoniques à des proches. Des mises en situation peuvent être également proposées par les travailleurs sociaux, pour préparer les résidents à une sortie, ou face à une difficulté particulière.

→ Une part importante de l'accompagnement individuel est aussi consacrée à **l'éducation à la santé** du résident concernant son addiction. Le personnel socio-éducatif (et plus largement l'ensemble de l'équipe) cherche à valoriser les savoirs et les compétences de la personne sur différents plans : relationnel, participation à la vie collective, rapport à son addiction, etc. L'éducation à la santé appliquée aux addictions est un outil multi-professionnel que l'ensemble de l'équipe impliquée dans l'accompagnement peut utiliser. Elle se fonde sur la personnalisation du soin et sur les ressources des patients. Elle se construit avec le patient et tend à promouvoir sa capacité de choix.

→ Les travailleurs sociaux peuvent être amenés à distribuer les **traitements médicamenteux** aux résidents en l'absence du personnel infirmier, habituellement en charge de cette activité. Dans ce cas, les médicaments sont préparés en amont par les médecins, les infirmiers ou les pharmaciens. La distribution s'effectue avec le résident dans un bureau fermé.

→ Les **ateliers** sont animés par des travailleurs sociaux, avec, selon leurs spécialités, des éducateurs techniques ou des intervenants extérieurs. Ils servent à ré-entraîner à des rythmes de travail, développer la créativité, favoriser une autre modalité de communication entre usagers et professionnels, restaurer l'estime de soi, etc.

→ L'équipe éducative accompagne également le groupe durant les **week-ends**. Elle aide au choix d'activités de loisirs et à leur organisation. Selon les structures, ces temps occupationnels sont porteurs de sens et d'objectifs éducatifs ou non. Certaines les assimilent au plaisir, à la prise d'initiative et à la détente. D'autres les positionnent en complémentarité avec le programme thérapeutique de la semaine.

→ Dans certaines structures, la notion de **référé** est mise en œuvre. Un travailleur social est nommé référent d'un résident. Cela garantit un suivi régulier du projet de soin par un professionnel, sans signifier « interlocuteur unique », l'ensemble des professionnels restant impliqué dans l'accompagnement.

Le référent est l'interface entre l'équipe et le résident, il centralise les informations utiles au suivi de l'usager dont il constitue un interlocuteur privilégié. Il prend part aux décisions concernant le projet de la personne.

→ La pratique d'entretiens individuels à deux professionnels est un recours plutôt ponctuel, répondant à des situations précises qui nécessitent une approche renforcée (conflit, régulation...). De la même façon, deux résidents peuvent être reçus en même temps par un travailleur social, notamment pour proposer une médiation entre eux.

→ L'accompagnement socio-éducatif comprend une mission d'**évaluation** du parcours de la personne au sein de la structure. Il s'agit de vérifier que le soin résidentiel collectif reste une bonne indication. Les équipes ont développé des outils plus ou moins formalisés, proposés périodiquement ou ponctuellement selon le programme thérapeutique adopté : carnets de bord, grille d'évaluation et autoévaluation, entretiens de synthèse, etc. Le résident est parfois mis à contribution en rédigeant un écrit de bilan de période ou de séjour ou suite à une sortie ou encore en cas de re-consommation.

→ L'accompagnement socio-éducatif est partagé lors des **réunions d'équipe**, le plus souvent hebdomadaires. Elles sont des lieux d'expression de la transdisciplinarité et de co-élaboration. D'autres outils, tels que les cahiers de transmission, les transmissions informelles, les réunions entre personnels socioéducatifs, viennent compléter et favoriser la communication et la coordination des soins pluridisciplinaires.

Famille et entourage

En CTR, le lien avec les familles et l'entourage des résidents tend à se développer, en accord avec ces derniers et dans le respect de la confidentialité. Cela fait écho à leur prise en compte de plus en plus importante dans le soin en addictologie. Ainsi, des structures ont inclus dans leur pratique un accueil, une écoute, voire un accompagnement des familles et des personnes de l'entourage.

Pour offrir cet espace, les professionnels se sont formés à l'approche familiale (systémique ou autre). Ainsi, les équipes socioéducatives, mais aussi des psychologues, apporteront leurs compétences pour travailler avec la famille, inscrite dans le soin comme une alliée thérapeutique. Cette posture vient modifier celle historique de la « famille pathogène », de laquelle il faut se préserver et s'isoler pour augmenter ses chances de « s'en sortir »...

Sauf situations particulières, les liens familiaux et ceux avec l'entourage de la personne prennent la place de facteurs aidants dans le processus de soin. Renouer avec son réseau de proches, reprendre contact avec sa compagne, son compagnon, ses parents, ses enfants, aménager des visites au sein du centre, peuvent aider les résidents dans leur travail sur le relationnel et les liens affectifs.

Ce travail avec les familles et l'entourage est facilité par la proximité géographique du centre et du lieu de résidence de ceux-ci ou par la mise à disposition d'une possibilité d'hébergement. Il peut préparer l'après séjour et le retour en famille.

Par ailleurs, « *le rétablissement ou le maintien des liens sociaux du résident, notamment les liens familiaux* » font partie intégrante des missions des CT telles qu'inscrites dans leur cahier des charges.

problématisation

→ Comment l'accompagnement socio-éducatif s'inscrit-il dans l'accompagnement global ?

→ Quels sont les objectifs de l'accompagnement socio-éducatif avec – la plupart du temps – un public adulte et responsable ? Ses outils sont-ils clairs et formalisés ?

→ Comment les équipes socio-éducatives articulent-elles l'appui technique et l'accompagnement à l'expérience de la vie quotidienne sans le recours à des substances modificatrices des états de conscience ?

→ Quelle est la place du règlement dans le travail socio-éducatif ?

principes

→ Les équipes éducatives accompagnent le résident dans l'expérience de la vie quotidienne non déformée par le recours à des substances modifiant les perceptions

→ Chaque fois que possible, les équipes privilégient la co-construction du « vivre ensemble » avec les résidents plutôt que l'application stricte d'un règlement.

→ Dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif, les professionnels évitent tout processus d'infantilisation. Ils évitent de mettre les résidents en situation d'échec telle que celles qui parfois ont concouru à l'addiction.

→ Les personnels socio-éducatifs visent une dynamique positive entre les choix de la personne et les exigences du cadre.

5. LES ACTIVITÉS COLLECTIVES

constats

→ L'équipe anime ou co-anime des **groupes de résidents** ou « réunions des résidents » ou « conseils de maison ». Ces groupes, quels que soient leur nom, rassemblent les personnes accueillies afin qu'elles s'expriment sur leur quotidien, leurs relations aux autres (équipe et résidents), etc. Ces rencontres peuvent avoir aussi comme objectifs : organisation de la semaine, gestion des conflits, régulation de l'ambiance, participation des usagers, etc.

→ La **participation des usagers** (au sens de la loi 2002-2) est plus spécifiquement mise en œuvre au sein de Conseils de la Vie Sociale (CVS), de conseils d'établissement, ou de « groupes d'expression des résidents ». Une fois par trimestre, par exemple, cette rencontre permet d'aborder des points de fonctionnement de la structure pour les améliorer ou les soumettre au débat. La richesse des échanges, variable selon les groupes, les questions abordées, etc., témoignent de l'utilité de cette instance mais également de la difficulté pour certains résidents de s'en saisir. Les résidents peuvent s'investir dans la durée dans une réflexion de type citoyenne au sein du centre les accueillant. L'instance de participation, lorsqu'elle fonctionne bien, permet ainsi d'aborder des éléments importants de la sortie des personnes, notamment sur un plan institutionnel, ainsi que l'actualité de l'addictologie, mais aussi les droits et devoirs de tout citoyen.

→ Le programme thérapeutique s'appuie sur des **activités thérapeutiques** le plus souvent obligatoires qui sont des mises en situation expérientielles et progressives visant des objectifs tels le renforcement de l'estime de soi, le développement de compétences psychosociales visant à prévenir la rechute et de facteurs protecteurs du risque, la stabilisation des traitements, etc. Ces activités concernent les

dimensions psychologique et corporelle de la personne, à travers les liens et les rencontres avec les autres résidents, l'expérimentation du plaisir de et dans l'effort, l'acquisition de compétences et de savoir-faire, l'engagement dans une activité et le respect des consignes, le challenge et le dépassement de soi, le repérage de compétences ou de talents, le développement personnel en général.

→ Les activités sont **encadrées par un professionnel du secteur concerné ou par un professionnel de l'équipe possédant une compétence spécifique**, par exemple en sport, en cuisine, en travaux manuels de décoration...

→ La palette d'activités proposées est large et varie en fonction des compétences en présence et de l'environnement naturel du centre. Lors de l'étude, nous avons recensé les activités suivantes :

- sports (musculature, randonnée, natation, yoga, canoë, badminton, VTT, escalade, équitation, jogging, football, ski, courses d'orientation...)
- relaxation, sophrologie
- jeux collectifs
- jardinage, travaux de la ferme (maraîchage, soin et alimentation des animaux...)
- activités artistiques (peinture, sculpture, modelage, théâtre, origami, musique et mixage)
- activités manuelles (travail du bois, réfection de meubles, fabrication d'objets de décoration, soudure, poterie...)
- récupération et recyclage de vêtements (friperie)
- cuisine
- philosophie, histoire de l'art
- écriture
- santé (prévention, alimentation, hygiène)

→ Les activités sont adaptées aux possibilités et au rythme de chaque personne. Une vigilance particulière est accordée à la compatibilité entre

les traitements médicamenteux et la capacité à mener une activité, comme le sport par exemple.

→ Les professionnels rencontrés ont parfois regretté que **les contraintes liées aux normes** de sécurité ou d'hygiène de plus en plus drastiques ne permettent plus de poursuivre certaines activités.

Exemples :

- les travaux de type agricole, dont les règles de sécurité concernant les machines sont de plus en plus importantes ou strictes ;
- les activités culinaires - de l'initiation à la culinothérapie - ont amené plusieurs structures, afin de respecter les normes en vigueur, à engager d'importants travaux de modification des cuisines, voire pour certains à abandonner cette activité au profit de repas préparés à l'extérieur par un prestataire, n'assurant plus sur place que le réchauffage, ou ont conduit à recruter un personnel spécifique.

Regret ou progrès ? Les professionnels s'adaptent et renouvellent leurs propositions d'activités pour concilier sécurité, respect de la réglementation et processus thérapeutique.

→ Le cahier des charges des communautés thérapeutiques précise que « *les activités d'adaptation à la vie active, d'accès à la formation professionnelle ou à l'insertion par l'économique* » font partie du parcours thérapeutique proposé par les CT.

Cette mission peut être assurée en lien avec le secteur de l'Insertion par l'Activité Economique (IAE) et notamment les Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI). Cela permet aux résidents de valoriser une expérience professionnelle antérieure ou d'en acquérir une nouvelle. Cette modalité permet également la mixité entre publics accompagnés par le secteur médico-social en addictologie et ceux issus des dispositifs de lutte contre les exclusions.

→ **L'aide à l'insertion et à la réinsertion** fait partie des missions des CSAPA, sans que ses modalités ne soient déclinées précisément. En l'absence de cahier des charges des CTR, différentes modalités de mise en œuvre sont observées :

- la présence de conseillers de Pôle Emploi au sein du centre pour accompagner le résident dans sa recherche de formation ou d'emploi, sur la base de permanences hebdomadaires
- l'accompagnement par l'équipe éducative :
 - à la remise à niveau et à la formation
 - à la recherche d'emploi (élaboration de CV et de lettres de motivation, contacts téléphoniques, préparation aux entretiens...)
 - mais aussi pour la préparation du permis de conduire (afin de favoriser la mobilité de la personne)
 - pour les pointages situationnels demandés par les Assedic et Pôle Emploi
 - pour le remplissage de la déclaration de revenus, etc.
- la possibilité de démarrer une activité professionnelle pendant le temps de préparation à la sortie

→ En 2010/2011, la Fédération Addiction a participé au groupe de travail piloté par la Direction Générale de la Santé, chargé d'élaborer un cahier des charges spécifique pour les CTR. En cours d'élaboration au moment de la rédaction du présent guide, le cahier des charges prévoit que l'accompagnement proposé inclut « *la formation et l'accès et le soutien à la reprise d'un emploi* » dans le cadre de l'aide à « *l'insertion ou à la réinsertion sociale* ». Cet appui peut se faire en interne ou peut être organisé à l'extérieur.

⁶⁴ Caldéron C., Lagomanzini P., Maguet O., Menneret F., *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*, sous l'égide de la DGCS et de la MILDT, 2011 – disponible sur www.federationaddiction.fr

problématisation

→ Les activités collectives ont-elles un but occupationnel ou font-elles partie intégrante du projet thérapeutique ? Auquel cas comment est évalué leur impact sur le parcours des résidents ?

→ Quel est l'impact des normes (sécurité, responsabilité, hygiène, etc.) sur le fonctionnement des établissements ?

→ Comment intégrer l'objectif d'insertion ? Avec quels outils et quels moyens ?

principes

→ Les ateliers font partie intégrante du programme thérapeutique de l'établissement.

→ Les animateurs des activités collectives sont compétents dans le domaine qu'ils animent.

→ La participation des résidents aux ateliers fait l'objet d'un retour en équipe par la suite.

→ Les activités collectives tiennent compte des possibilités des résidents.

→ Les ateliers à visée professionnalisante privilégient l'intérêt du résident, fusse au détriment de la productivité.

→ Le maniement d'outils potentiellement dangereux s'attache au respect des règles de sécurité.

→ Pour ce qui concerne l'insertion, on peut s'appuyer sur le guide *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif* élaboré par « Drogues et Société »⁶⁴

→ Chaque établissement recherche comment mettre en œuvre la participation des usagers au-delà des obligations de la loi 2002-2.

6. L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

constats

→ Les structures de soin résidentiel proposent un accompagnement psychologique, la plupart du temps **en interne** par des psychologues employés à temps partiel. Quelques structures ont choisi de tisser un partenariat avec un Centre Médico-Psychologique (CMP) en ville. La difficulté à disposer de temps de psychiatre amène le psychologue, en collaboration avec le médecin, à être en lien avec les dispositifs de soins psychiatriques. **Le psychologue est une ressource** pour ses collègues, notamment sur la question des troubles psychiques des résidents. Certaines équipes sont demandeuses d'une information sur les différentes pathologies afin d'acquiescer quelques repères théoriques et de mieux comprendre certaines attitudes ou comportements des résidents.

→ Le psychologue peut prendre part à l'**admission**, au même titre que ses collègues socio-éducatifs notamment. Il peut être amené à rencontrer les usagers qui font une demande d'admission et à faire part du fruit de ses échanges avec ceux-ci lors de la réunion d'équipe hebdomadaire. Son regard permettra d'aborder le volet psychologique et éventuellement de se mettre en contact avec le psychiatre ou psychologue du lieu d'origine.

→ Présenté lors de l'admission ou de l'arrivée, le psychologue peut n'intervenir qu'après. Dans ce cas, un **entretien** est souvent organisé (voire rendu obligatoire) pour présenter au résident cette modalité d'accompagnement dont il peut formuler la demande. Dans les structures où il n'est pas obligatoire, les résidents choisissent souvent de s'en saisir dès leur arrivée ou plus tard durant leur séjour. Cet accompagnement va du soutien psychologique au travail

psychothérapeutique, suivant donc un rythme de rendez-vous adapté et une durée déterminée avec le thérapeute. Les psychologues interviewés témoignent d'une flexibilité permanente aux besoins des personnes, qu'ils soient de l'ordre de l'urgence (parler d'un souci avec un autre résident par exemple) et/ou d'un accompagnement régulier.

→ Selon les projets des structures, des psychologues ont aussi développé des **outils d'évaluation ou d'auto-évaluation** du parcours par le résident. Ils permettent un suivi régulier et la re-définition d'objectifs si nécessaire.

→ Le psychologue contribue à alimenter le dossier du patient.

→ Pour de nombreux résidents, l'accompagnement psychologique est une expérience nouvelle, la plupart du temps imprégnée de représentations négatives (difficulté à parler de soi, peur d'être considéré comme « fou » ...). Lorsque le résident a déjà rencontré un psychologue par le passé (parfois en situation de contrainte ou d'évaluation), son expérience peut être teintée d'amertume ou de méfiance. Le travail psychologique abordera de façon importante la relation aux autres (résidents, équipe, famille, entourage...) et le cheminement personnel durant son séjour. **Le centre résidentiel est ainsi un lieu de remaniement psychique important.** Les approches psychodynamiques apparaissent de plus en plus souvent complétées par des approches cognitivo-comportementales et systémiques.

→ Dans le prolongement de l'approche individuelle, des **groupes thérapeutiques** obligatoires ou non sont proposés et animés (ou co-animés) par les psychologues. Complémentaire aux entretiens en face à face, cette modalité d'accompagnement psychologique permet par exemple de travailler en collectif - sur l'affirmation de soi, l'expression des émotions, la gestion des addictions et/ou la question des re-consommations.

→ Enfin, tout comme le personnel éducatif, le psychologue accompagne les résidents dans le maintien ou la restauration de ses liens avec **sa famille et ses proches**. Dans certaines structures, il est « référent familles » et s'appuie sur des outils tels que la thérapie familiale ou l'approche systémique. Les contacts sont souvent téléphoniques mais des visites peuvent être aménagées. Toute démarche auprès de la famille ou l'entourage d'un résident est menée avec l'accord de celui-ci.

→ De nombreuses équipes bénéficient de sessions **d'analyse de la pratique ou de supervision**, animées par un intervenant expérimenté. Ces sessions permettent une prise de distance par rapport aux accompagnements mis en œuvre dans le cadre du projet d'établissement.

problématisation

→ Qu'appelle-t-on psychothérapie en soin résidentiel collectif ?

→ Sous quelles conditions, peut-on faire cohabiter des modèles différents d'interventions psychologiques (psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale) ?

→ Quelle est la place du psychologue dans l'équipe ?

principes

→ Le psychologue adapte son activité au contexte de l'établissement dans lequel il exerce et, en particulier, prend en compte la durée du séjour.

→ Le psychologue appartient pleinement à l'équipe et participe à la construction de l'accompagnement du résident. À ce titre, il alimente le dossier du patient.

→ Avec le médecin, le psychologue assure l'interface avec les services psychiatriques si nécessaire.

→ En fonction du projet d'établissement, le psychologue mène des entretiens individuels, anime des groupes thérapeutiques et éclaire ses collègues sur les problématiques psychopathologiques des résidents.

→ Les modèles d'intervention psychologique et les techniques mises en œuvre sont reconnus, validés, et non sectaires.

→ Les différents modèles d'intervention psychologique sont complémentaires et non antagonistes.

1. GÉNÉRALITÉS

constats

→ De façon schématique, les séjours peuvent prendre fin pour deux raisons.

- Le temps du séjour touche à sa fin. La sortie du résident est anticipée, programmée, et préparée avec lui.
- Le départ n'est pas programmé, il intervient en cours de séjour, le résident part volontairement ou est exclu suite à des actes spécifiques (violence, deal, etc.).

→ Les fins de séjours programmées

permettent une sortie préparée en amont avec l'aide de l'équipe. La fin de séjour est souvent évoquée dès l'admission. Sur la base de son projet de soin, les professionnels accompagnent le résident dans ses choix en le soutenant dans ses démarches et en le mettant en contact avec les organismes et institutions de droit commun ou spécialisés, adaptés à ses besoins. L'initiative du départ peut être prise par le résident et/ou par l'équipe en fonction du projet de soin. Des outils d'évaluation accompagnent cette phase : écrits de bilan, synthèse de chacun des professionnels, préconisations personnalisées, etc. En accord avec le résident, ces documents pourront être transmis aux partenaires si besoin.

→ **En Communauté Thérapeutique**, cette préparation est travaillée en tant que telle lors de la troisième et dernière phase du parcours thérapeutique des résidents (la phase « d'autonomisation » ou « d'insertion »). La décision de sortie est collective ; elle est prise au regard des objectifs et des moyens définis dans le cadre du projet thérapeutique communautaire.

→ Les professionnels interviewés témoignent cependant des **difficultés inhérentes** à ce moment. En fonction des situations personnelles vis-à-vis de l'emploi, des possibilités de logement ou d'hébergement, du parcours de soin, des ressources relationnelles, les fins et suites de séjours présentes diverses issues, plus ou moins « favorables » au résident.

La **précarité** de certaines personnes notamment, se retrouvant **sans solution d'hébergement et sans emploi**, complexifie les sorties et représente un risque important de fragilisation et de vulnérabilité, en particulier à la rechute. Si une **problématique psychiatrique** s'ajoute à ces facteurs, le risque de retour à la rue et de rechute est élevé.

→ Du point de vue du parcours de soin addictologique, la plupart des résidents continuent à être accompagnés par un **CSAPA ambulatoire** : pour beaucoup, celui qui les a orientés. Les liens de continuité sont activés/réactivés durant la phase préparatoire à l'aide de contacts téléphoniques et/ou de courriers de suivi entre professionnels. Quelques résidents souhaitent être suivis par la suite par leur **médecin de ville**.

→ Du point de vue du logement ou de l'hébergement, les solutions dépendent de la situation et des ressources du résident : a-t-il déjà un logement, une famille qui peut l'aider ? De quels recours peut-il bénéficier ? Quelles sont ses revenus ou ressources ? Souhaite-t-il vivre seul ou en collectivité ? En institution ou dans le privé ? A-t-il besoin d'un autre séjour dans un dispositif de soin spécialisé ? Peut-il accéder à un dispositif du secteur de l'accueil et de l'hébergement d'urgence ? Etc. En fonction des réponses, l'équipe du centre va chercher avec le résident, **la réponse la plus adaptée**.

Les professionnels ont évoqué le fait que les résidents désirent assez souvent, après leur séjour, partir vivre et poursuivre leur démarche de soin en **Appartement Thérapeutique**⁶⁵. Cette solution est adaptée pour les résidents capables de vivre seuls avec un suivi régulier par des professionnels parfois communs aux deux dispositifs. Pour ceux qui ne le souhaitent pas ou ne le peuvent pas, le recours aux réseaux de **Familles d'Accueil** peut constituer une indication⁶⁶.

→ Dans la préparation à la sortie, **la question du lieu géographique de vie se pose**, notamment pour les résidents qui n'ont pas de logement privé, voire qui vivent à la rue. Si leur séjour s'est déroulé au sein d'une structure éloignée de leur lieu d'origine, beaucoup font le choix de s'implanter dans la région du centre, estimant ainsi que l'éloignement géographique est un facteur favorable à la consolidation de leur parcours de soin.

Les séjours en CTR se prolongeant en CT et, à l'inverse, les séjours en CT se poursuivant en CTR, sont plus rares. On note que **les spécificités de chacun des deux dispositifs sont globalement peu identifiées** par les professionnels et ce, au sein même du secteur médico-social. Au-delà du fait que « *les séjours en CT sont des séjours plus longs s'appuyant essentiellement sur la communauté de pairs* », la distinction entre ces types de centres restent floue.

On voit depuis quelques temps se développer des articulations avec les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie qui orientent en sortie de séjour des patients vers des CTR ou Communautés Thérapeutiques⁶⁷.

→ Les équipes notent qu'il manque **un maillon intermédiaire d'accompagnement après la sortie**. Certaines structures l'ont organisé sous

différentes formes, formalisées ou non, financées spécifiquement ou non, par exemple :

- la mise en place d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) qui lie par contrat le résident, la structure résidentielle d'où vient le résident et le partenaire vers lequel il est orienté et ce, durant un an. Cet outil est une forme de protection du parcours de la personne et d'assurance d'une bonne articulation entre les acteurs de soin.
- la poursuite de l'accompagnement psychologique et social durant quelques temps
- un questionnaire de suivi post-séjour en lien avec le partenaire sur l'ensemble des volets de l'accompagnement du résident
- la possibilité à développer de poursuivre des ateliers collectifs en ambulatoire
- etc.

→ Les résidents, une fois leur séjour terminé, repartent dans leurs vies. **Que sont-ils devenus des mois et des années après ?** Les professionnels ont parfois des nouvelles *via* des partenaires ou par le résident lui-même qui un jour envoie quelques lignes sur une carte postale, rend visite ou appelle. Si la question trotte dans les têtes de temps à autre, la frontière entre « laisser le résident faire son chemin et ses expériences » et le « prendre soin en continu » est mince. Pour preuve, les centres imposent un délai entre deux séjours consécutifs dans une même structure. Ou encore, la vigilance de ne pas s'installer dans un quotidien a priori lisse, s'étirant sur des semaines, voire des mois, sans avancées, sans interrogation sur le pourquoi du séjour et sur le sens de l'accompagnement proposé.

⁶⁵ Cf. Fiche page 32.

⁶⁶ Cf. Fiche page 34.

⁶⁷ Cf. Fiche page 69.

problématisation

- Les motifs d'exclusion sont-ils précisés dans le règlement de fonctionnement ?
- Quelles pratiques l'équipe met-elle en place pour éviter la dégradation de la situation des patients après leur sortie, programmée ou non ?

principes

- Tout séjour repose sur la libre adhésion de la personne, qui de ce fait peut l'interrompre quand elle le décide.
- Les conditions de sortie d'un résident sont une préoccupation de l'équipe. Elles sont abordées très tôt dans l'accompagnement afin d'être préparées.
- Les conditions de départs non programmés liés à des actes inadaptés au séjour en centre sont précisées dans le règlement de fonctionnement et présentées au résident dès son arrivée.
- L'équipe s'engage à accompagner le résident dans sa sortie en cherchant, avec lui, les solutions les plus adaptées à ses souhaits, ses besoins et ses ressources.

... / ...

2. LES DÉPARTS NON PROGRAMMÉS

constats

- Dans les premières semaines, des résidents interrompent leur séjour parce qu'ils ne se sentent pas bien dans le centre, que la vie en collectivité ou le rythme du programme thérapeutique ne leur conviennent pas. Libres, ils peuvent partir quand ils le souhaitent, même en cas d'une décision soudaine et non partagée avec les professionnels.
- Les structures peuvent exclure un résident, notamment en cas de violences physiques ou verbales (menaces), d'introduction de produits illicites, de deal, de consommation collective, de vol ou de dégradations volontaires. L'exclusion est le dernier échelon de mesures graduées et accompagnées par l'équipe.
- Les départs non conflictuels reposent sur une analyse partagée et un « consentement mutuel » entre l'équipe et le résident. Ils conviennent que le séjour ne répond pas aux besoins de la personne ou n'intervient pas au bon moment.

problématisation

→ Qu'il soit à l'initiative du résident ou à celle de l'équipe, comment garder un lien et accompagner un départ non programmé ?

principes

→ Un établissement médico-social ne doit pas générer de l'exclusion sociale.

→ Les centres inscrivent dans leur règlement de fonctionnement les mesures qu'ils peuvent prendre pour tel ou tel motif, dont l'exclusion des résidents.

→ Le centre fonde sa réponse sur une analyse des transgressions et de leurs causes. Il vise à distinguer par exemple des moments d'angoisse générant des « acting », des fragilisations liées au processus de l'accompagnement psychothérapeutique, des actes posés pour tester la capacité du cadre à contenir...

→ Le manque de motivation apparent d'un résident fait l'objet d'une exploration spécifique et de la recherche d'une solution adaptée à son projet et ses attentes.

→ En cas d'exclusion temporaire ou définitive, ou de départ à l'initiative du résident, le centre prendra toutes les mesures possibles pour lui éviter une dégradation de sa situation sociale et une rupture dans les traitements médicamenteux dont il bénéficie.

Tisser des liens avant, pendant et après le séjour

Les résidents peuvent bénéficier des partenariats **tissés et formalisés** par les établissements.

Si les équipes assurent un accompagnement médico-social transdisciplinaire dans une unité de lieu, elles ont besoin au quotidien de travailler avec d'autres professionnels issus de champs multiples. On observe que « l'isolement résidentiel » comme modèle tend à disparaître au profit d'un repositionnement du centre et du séjour thérapeutique, toujours sécurisant, mais plus en lien avec « l'extérieur » et plus ancré dans la réalité de vie des personnes hors du centre.

Cela nécessite des collaborations techniques avec des partenaires des dispositifs addictologiques (médico-sociaux, sanitaires, réseaux...) comme avec ceux d'autres secteurs⁶⁸ :

- établissements de santé « classiques »
- dispositifs sociaux du secteur de l'accueil et de l'hébergement
- dispositifs de droit commun pour l'emploi et la formation
- dispositifs spécialisés de l'Insertion par l'Activité Economique
- médecine de ville
- pharmacies d'officine
- libéraux spécialistes (dentistes...)
- etc.

La prise en compte de l'évolution des usages et les difficultés à vivre en autonomie complète nécessitent lors des sorties de résidents une articulation avec d'autres dispositifs, notamment ceux du secteur addictologie qui proposent des soins résidentiels individuels tels que les Appartements Thérapeutiques et les Familles d'Accueil⁶⁹ qui mettent en œuvre l'approche transdisciplinaire des addictions, assurant une cohérence avec l'accompagnement effectué en soins collectifs.

Il est essentiel de s'assurer de la continuité des soins : la structure doit veiller à ce que le relais sur un autre dispositif ne génère pas de rupture dans l'accompagnement.

Développer les passerelles et un langage commun

→ L'articulation des acteurs entre eux, au sein du secteur médico-social, mais aussi avec les autres secteurs, reste hétérogène. Si certains ont développé des outils en commun, des espaces de rencontre ou signé des conventions de partenariat, d'autres travaillent côte à côte sans réelle articulation. Le développement de passerelles entre les professionnels constitue un axe de travail majeur dans l'accompagnement des usagers addicts.

→ L'articulation des acteurs est une préoccupation constante au sein de la Fédération Addiction. Les notions de continuité et de co-construction de la prise en charge sont centrales pour un meilleur accompagnement de l'utilisateur. On parlera ainsi plus volontiers d'articulation, de liaison, de collaboration ou encore de coopération entre acteurs, que de passage de relais.

→ Cette articulation n'est pas simple à mettre en œuvre car les modes de collaboration et leurs difficultés sont directement influencées par les représentations que les uns ont des autres. Ainsi, pêle-mêle : le médecin de ville regrette que le CSAPA ne sache pas « lâcher » ses patients... Les médecins de ville et les pharmaciens n'aiment pas s'occuper des patients toxicomanes et « ont peur des problèmes » qu'ils peuvent générer... Les médecins de ville ne sont pas assez formés... Les CSAPA ont des temps d'initialisation de TSO beaucoup trop longs, ils sont difficiles d'accès et ne donnent plus de nouvelles des patients qu'ils les prennent en charge... etc.

⁶⁸ Voir sur ce point les caractéristiques des différents acteurs dans *l'Histoire des dispositifs de soins résidentiels*, page 8.

⁶⁹ Ces dispositifs sont décrits dans les fiches de la partie 2 de ce guide, page 31.

→ Aborder les pratiques d'articulation impose donc d'abord de mieux identifier les spécificités et les missions de chacun, et, pour cela, de parler de ces représentations pour les partager, les dépasser et en construire ensemble des plus conformes à la réalité et aux objectifs de collaboration. Comment l'autre se représente-t-il mon activité ? Quelle image a-t-il de ma mission ? Pour quelle raison ? Que fais-je que l'autre ne fait pas ? Que fais-je qu'un autre devrait faire ? Comment puis-je me situer dans une meilleure complémentarité ?

→ La teneur et la qualité des liens partenariaux dépendent en partie de l'histoire des différentes structures sur les territoires. Liens naturels ou en travail permanent, les collaborations reposent parfois sur des professionnels militants ou particulièrement sensibles à l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction. Quel secteur s'est implanté en premier ? De quelles façons ? Par quelle initiative ? Comment l'offre de soin s'est-elle consolidée ? Complétée ? Développée ou au contraire réduite et transformée ? Sur quelles bases se sont créés les liens entre les acteurs ? Les relations entre les secteurs se sont-elles construites en confiance, par défaut, par injonction ? Des collaborations fonctionnent-elles par le militantisme ou la connaissance interpersonnelle de certains professionnels ? Des outils formalisant ces articulations ont-ils été déployés ? Quels acteurs travaillent rarement ensemble ? La géographie du territoire influence-t-elle les coopérations ? Dans quel sens ? Etc.

→ Pour finir, et c'est sans doute le point le plus important, les acteurs de la ville, du médico-social et du sanitaire, ainsi que les réseaux addictions, ne peuvent collaborer utilement entre eux et avec les usagers que s'ils partagent suffisamment une même vision de ce que sont les problématiques addictives, les souffrances qu'elles génèrent et les modes d'intervention pour que la personne addict trouve du mieux-être. Une conception suffisamment partagée, mais ouverte également, pour donner sens à l'intervention de chacun.

Cette conception multidimensionnelle et ouverte de l'addiction et de ses soins est celle que porte la Fédération Addiction. Elle met en jeu :

- une personne ;
- un produit (voire plusieurs) ;
- un contexte de consommation.

Accompagner les patients en matière de prévention, de réduction des risques, de soin... c'est prendre en compte ces trois aspects. Chacun des acteurs détient donc à un moment donné un « bout de la réponse ». C'est l'usager, le patient, qui en détient, au bout du compte, les clés.

→ Ainsi, améliorer les articulations et les collaborations entre les professionnels du soin en addictologie, c'est mieux aider le patient à trouver ses réponses en proposant autour de lui des supports, des outils, des traitements gradués, coordonnés et inter-agissants.

Pour une complémentarité dans la prise en charge des conduites addictives entre les CSAPA avec hébergement et les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

par **Marc Kusterer**

Directeur du CSSR en addictologie « Marienbronn »

(F-67250 LOBSANN)

Vice-Président de la FNESAA

Trésorier de la COPAAH

Dès 1999, au début du Plan Triennal 1999-2002, Nicole Maestracci, alors Présidente de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) souhaitait faire évoluer les dispositifs résidentiels de prise en charge des toxicomanes, initialement créés pour les soins des héroïnomanes, afin de mieux répondre aux besoins des nouvelles conduites d'usage nocif et des polyconsommations. Elle préconisait également un rapprochement avec le dispositif de lutte contre l'alcoolisme. En effet, auparavant, deux dispositifs de soins distincts coexistaient sous une même appellation de « post-cure » :

- pour les soins aux toxicomanes, et depuis la loi du 31 décembre 1970, les **Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST)**, qui assuraient alors une prise en charge plutôt psychologique, éducative et sociale, du moins dans la composition majoritaire des équipes ;

- pour la prise en charge résidentielle des malades alcooliques, soit **des structures sanitaires** (classées, dans le décret du 9 mars 1956, en annexe 19 « Maison de repos et de convalescence » ou en annexe 23 « Maison de santé mentale »), soit **des structures sociales** (« Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale » orienté en alcoologie). Les premières étaient plus médicalisées, avec du personnel soignant et des durées de séjour de 1 à 3 mois ;

... / ...

les secondes plutôt animées par des travailleurs sociaux, avec des durées de séjour de 6 mois à 2 ans. De façon générale, elles développaient des capacités d'accueil de 30 à 100 usagers, pour un total (en 2009) d'environ 2300 lits sur 70 structures sanitaires, et 450 lits sur 11 structures en CHR.

Cette hétérogénéité provenait bien sûr du cloisonnement entre ces deux versants de l'addictologie, mais aussi de l'absence d'une politique et d'une réglementation nationale communes.

Certes, dans l'élan du Plan Addictions 2007-2011, la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie a bien précisé les articulations de chaque volet du dispositif de soin. Elle a classé nos établissements sanitaires en services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (**SSRA**), **structure de recours de niveau 2**. Le décret du 17 avril 2008 a reconnu aux établissements SSR la mention de **spécialisation pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives**, sous réserve d'une demande d'autorisation. La circulaire d'application de ce décret, du 31 octobre 2008, décrit dans une fiche « H » (sic !), **les services attendus de cette spécialisation**. La circulaire du 29 septembre 2008, décrivant la filière hospitalière en addictologie, détaille en annexe 6 un référentiel d'organisation des soins pour ces établissements.

Ainsi le séjour, de 4 semaines à 3 mois, est indiqué pour :

- des personnes majeures ayant une conduite addictive aux substances psychoactives toxiques, et présentant des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales;
- des patients présentant une dépendance à un ou plusieurs produits associé(s) ou non à d'autres addictions comportementales;
- des patients ayant suivi un sevrage simple ou après des soins résidentiels complexes (sauf pour certains établissements assurant des sevrages avec des lits classés en santé mentale);
- des patients volontaires et motivés pour : faire le point sur leur comportement addictif, consolider leur abstinence, prévenir les risques liés à la re-consommation de ces substances; accepter ce travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne sur les plans biologique, psychologique et social; adhérer aux objectifs et au contrat thérapeutiques, aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi et coopérer aux soins;
- des patients désirant expérimenter un changement de mode de vie dans un parcours de soins commencés lors de la préparation du sevrage et à poursuivre au-delà de la durée du séjour.

Pour tendre vers ces objectifs, les SSRA proposent les activités thérapeutiques suivantes :

- des activités de prise en charge individuelle : consultations médicales en addictologie, entretiens d'élaboration du programme personnalisé, entretiens de soutien psychologique, entretiens d'accompagnement éducatif et social, thérapies individuelles médiatisées, séances de kinésithérapie,

entretiens de préparation et de retour de sortie thérapeutique, entretiens familiaux individualisés, entretiens sur les transgressions au contrat de soins. . .

- des activités « addictologiques » de groupe : séances thérapeutiques de prévention de la re-consommation (mises en situation, jeux de rôles. . .), groupes de parole, séances d'informations en addictologie et d'éducation à la santé (avec ou sans supports, films spécialisés avec débats. . .), réunions avec l'entourage, interventions des associations d'entraide. . .
- des séances collectives thérapeutiques à médiations : séances d'expression orale, écrite, artistique et de thérapie corporelle;
- des séances collectives thérapeutiques par le travail : activités d'atelier créatif, activités de service communautaire;
- des animations de loisirs : activités sportives diverses collectives, activités physiques individuelles, activités ludiques, activités culturelles et touristiques, fêtes;
- des pratiques d'équipe : réunions de synthèse et de bilan multidisciplinaire, réunions de coordination d'équipe, groupes d'analyse de la pratique professionnelle, groupes de travail de mission spécifique, participation à des colloques;
- une vie institutionnelle favorisant les rencontres usagers/professionnels : Commission de la relation avec les usagers et de la qualité des soins (décret du 2 novembre 1998, loi du 4 mars 2002), rédaction d'une publication interne et/ou à destination des anciens usagers, journées portes ouvertes. . .

Dans les années à venir, les SSRA devront encore évoluer pour répondre à de nouveaux besoins :

- créer des SSRA « classiques » dans de grandes zones géographiques non couvertes ;
- par grande région sanitaire, créer un SSRA à orientation cognitive pour les personnes souffrant des troubles cognitifs d'origine toxique, modérés à sévères mais réversibles, avec un plateau technique très pointu, et en coopération hospitalière : neurologue, neuropsychologue, psychomotricien, imagerie du système nerveux... Ces SSRA « cognitifs » devront articuler leur prise en charge avec l'organisation de la prise en charge complète des personnes atteintes de troubles neurocognitifs à caractère irréversible (pour lesquelles une prise en charge à domicile est impossible) – notamment ceux présentant une comorbidité neurologique et/ou psychiatrique et/ou somatique pouvant atteindre un état grabataire (Korsakov, polynévrites très invalidantes, troubles vasculaires majeurs...), par exemple en Maison d'Accueil Spécialisé ou en Foyer d'Accueil Médicalisé ;
- à même échelle, créer des SSRA accueillant mères ou pères et leurs enfants en bas âge ;
- organiser la prise en soins de patients addictifs présentant des comorbidités psychiatriques lourdes et des troubles du comportement sévères (psychoses, états limites...);
- organiser la prise en soins de patients addictifs adolescents et jeunes adultes, mais aussi vieillissants.

Mais même si, depuis une douzaine d'années, des complémentarités se dessinent entre les deux « filières » d'origine, bien des progrès restent à faire pour améliorer l'articulation dans la prise en charge des conduites addictives entre les CSAPA avec hébergement et les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie. En effet nous constatons parfois des « chevauchements » dans les modalités de prise en soin.

Je me risque donc à proposer un parcours d'accompagnement et de soin plus « addictologique » pour les personnes ayant une conduite addictive avec des produits psychoactifs et s'inscrivant dans le projet de leur arrêt. Ce parcours schématique sera forcément réducteur et sujet à bien des discussions... Un choix thérapeutique sera à négocier à chaque étape selon la motivation du patient, l'indication de l'équipe multidisciplinaire en fonction du projet de soin personnalisé élaboré avec le patient et les différentes institutions du réseau addictologique.

Voilà quelle pourrait en être la chronologie:

- 1.** tout d'abord un travail sur la motivation aux soins en CSAPA ambulatoire, à partir des orientations faites par les ELSA, les consultations hospitalières, voire les CAARUD ;
- 2.** puis un sevrage ambulatoire accompagné par le CSAPA, ou un sevrage résidentiel (complexe ou standard) en soins aigus à l'hôpital ;
- 3.** pour consolider un projet d'abstinence de produit, un séjour en SSRA avec une prise en charge médico-psycho-socio-éducative des comorbidités somatiques et psychiatriques ;

- 4.** après une stabilisation de l'état général, un séjour plus long en Centre Thérapeutique Résidentiel, voire en Communauté Thérapeutique, pour étayer le projet de vie sans produit ;
- 4^{bis}.** si l'utilisateur est déjà dans une perspective de réinsertion, plutôt une orientation en CHRS en addictologie ou en Appartement Thérapeutique ;
- 5.** enfin, un suivi ambulatoire en CSAPA.

Bien sûr, à chaque étape de la prise en charge, une orientation directe vers le suivi ambulatoire est possible sans faire de ces cinq étapes un parcours obligé. Et une attention particulière devrait être portée au risque de déplacement de l'objet de la dépendance des produits vers les institutions.

Je ne peux que saluer l'heureuse initiative de la Fédération Addiction de s'être attelée à la rédaction d'un « référentiel » des différentes formes de dispositif résidentiel en CSAPA. Peut-être ce guide servira-t-il aux décideurs du Ministère de la Santé pour rédiger des annexes à la circulaire CSAPA, à l'instar de l'annexe 6 à la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, qui définit les missions et le fonctionnement des SSRA.

Il sera en tous cas très utile aux acteurs de la prise en charge en CSAPA résidentiel, et à toute la communauté addictologique, qui pourra mieux orienter les personnes ayant une conduite addictive.

conclusion

On perçoit à travers le travail réalisé que le CTR « lieu de vie où l'on vient se poser pour faire une halte dans un parcours » a vécu, et fait place à des établissements modernes s'adaptant sans cesse à l'évolution des problématiques addictives... La professionnalisation des établissements, l'évolution des pratiques addictives, l'évolution des politiques publiques, qu'elle concerne les droits des usagers et leur participation au fonctionnement des établissements, la santé publique et la réduction des risques, la promotion de la notion d'addiction, la régulation de l'accès à l'hébergement et l'insertion à travers les SIAO, a profondément modifié les dispositifs de soins résidentiels et leur place, non plus dans un parcours de dépendance, mais dans un parcours de soin. Ils doivent désormais s'articuler avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et s'organiser pour recevoir les publics qui ne peuvent bénéficier suffisamment des dispositifs ambulatoires, sans pour autant relever d'une hospitalisation. C'est le cas aujourd'hui, et le présent document atteste de l'inventivité et des capacités d'adaptation de ces établissements à des problématiques d'addiction en constante évolution. Mais il faut aussi penser à demain. Dans un contexte budgétaire contraint et de tensions sociales croissantes, l'ensemble des politiques publiques se réaménage encore, l'accès à un toit pour chacun est devenu prioritaire et l'addiction ne doit pas y faire obstacle. La fonction de « CHRS spécialisé » que l'on a parfois attribué - à tort - aux CSAPA avec hébergement, n'a plus lieu d'être. Pour cela, trois directions sont à prendre en compte :

- Accroître les capacités à héberger les usagers de drogues dans les dispositifs sociaux (certains en reçoivent déjà un grand nombre) et médico-sociaux non spécialisés en addictologie, en développant des formations croisées, mais aussi des modalités de soutien aux équipes. Cela se fait déjà en quelques lieux par le biais de consultations avancées, par exemple. En effet, il n'est pas acceptable que des usagers de drogues en traitement, voire actifs, se voient refuser à ce seul titre l'accès à des dispositifs d'hébergement et d'insertion dont ils devraient pouvoir bénéficier.
- Développer des dispositifs de soins résidentiels pour les publics qui ne peuvent pas accéder directement à ces dispositifs généralistes. Ce sont en particulier des personnes qui se trouvent, du fait de leur situation personnelle, de leur parcours, de comorbidités conjoncturelles ou chroniques, ou lorsque l'addiction prend le pas sur tout le reste, dans l'impossibilité de bénéficier des dispositifs existants. Citons pêle-mêle les plus jeunes, les plus vieux, les femmes, a fortiori accompagnées d'enfant(s), les personnes sortant de détention, les personnes présentant des troubles psychiatriques... Plusieurs établissements ont d'ailleurs spécialisé tout ou partie de leur activité ces dernières années, en réponse à des appels à projet MILDT/DGS, dont plusieurs visaient des publics spécifiques. Il convient également de faire le point sur les expériences d'hébergement des usagers actifs, de renforcer l'intégration de la réduction des risques au soin, d'intégrer dans les possibilités de recours les communautés thérapeutiques, dont les rencontres annuelles permettent de dégager un modèle « français », tenant compte de l'histoire de ce mouvement, des contraintes réglementaires qu'elles se doivent d'appliquer et de notre tradition humaniste.

Il importe aussi de finaliser le cahier des charges des Centres Thérapeutiques Résidentiels, ainsi que celui des appartements thérapeutiques, afin de poser le socle commun de ces dispositifs, et qu'ils puissent faire l'objet d'appels à projet.

- Stabiliser les Communautés Thérapeutiques comme des établissements addictologiques généralistes, particulièrement adaptés aux personnes nécessitant un accompagnement pouvant être long dans un cadre sécurisant suffisamment durable. Les CT françaises telles qu'elles se développent présentent en effet un modèle original, fondé sur le développement de solidarités, de responsabilité, d'engagement et d'implication des usagers, tenant compte en cela des fondamentaux des Communautés Thérapeutiques tels que rappelés dans leur cahier des charges. Et ce sont aussi des établissements médico-sociaux, impliqués dans leur environnement sanitaire, social et médico-social avec lequel elles sont en lien étroit, dans un souci de complémentarité et d'ouverture.

Par ailleurs, nous constatons que l'élaboration des schémas régionaux a souvent mis en évidence des besoins non couverts, lesquels restent en attente des appels à projets nationaux qui les prendront en compte... ou pas. Il importe donc de mettre en œuvre, comme c'est déjà le cas dans la plupart des autres secteurs, une programmation visant à répondre à ces besoins qui, dans le contexte actuel, ne font que croître. Soulignons aussi que les soins résidentiels ne coûtent pas si cher, dès lors que l'on prend en compte la réduction du nombre d'hospitalisations, du recours aux dispositifs d'hébergement social et des autres coûts induits par l'absence de réponse adaptée.

Enfin, il faut développer la communication entre ces dispositifs et sur ces dispositifs, ainsi que les lieux d'échanges et de confrontation, intégrant des usagers, afin de maintenir en tension les réflexions qui traversent ces établissements, et de mettre en lumière les objectifs et moyens mis en œuvre, ainsi que leurs originalités.

Soutenons que les dispositifs de soins résidentiels ne sont pas au bout de leur histoire !

François Hervé

*Directeur du Pôle Addictions, Santé – précarité,
Association Aurore, juillet 2013*

annexes

annexe 1 une méthodologie participative au service de l'évolution d'un réseau

En début d'année 2010, le conseil d'administration de la Fédération Addiction a validé la nécessité d'engager cette réflexion nationale sur les pratiques professionnelles au sein des dispositifs médico-sociaux de soin résidentiel en addictologie. Ce projet a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé.

Du fait des interactions existant entre les différents dispositifs du médico-social, il a été choisi de faire un focus sur les structures de soin accueillant les résidents en collectif, c'est-à-dire :

- les Centres Thérapeutiques Résidentiels
- les Communautés Thérapeutiques
- et les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition

Si ces trois types de structures ont été le cœur du projet, les dispositifs individuels (appartements thérapeutiques, familles d'accueil...) en font également partie.

Pour mettre en œuvre cette réflexion, la Fédération Addiction a choisi une méthodologie participative, qui permet aux adhérents du réseau d'être à la fois acteurs et bénéficiaires de l'ensemble de la démarche et de ses apports. A partir des hypothèses de départ et des objectifs fixés, la parole et l'expérience des professionnels des dispositifs de soin résidentiel médico-sociaux ont été recueillies selon différentes modalités et via des espaces d'échanges et de débats ouverts.

Collecte des écrits et textes de référence

Les pratiques de soin résidentiel collectif ou individuel avaient fait l'objet, bien avant le lancement du projet national, de travaux et d'écrits au sein du réseau. Les administrateurs avaient produit des notes de réflexion sur l'évolution du modèle résidentiel de soin ou, comme en Île-de-France, travaillé avec les adhérents sur deux référentiels pour les Centres Thérapeutiques Résidentiels et les Appartements Thérapeutiques (cf. Bibliographie).

De plus, nous avons participé aux travaux du groupe de travail Hébergement de la Commission Addiction pilotée par la Direction Générale de la Santé, qui a notamment produit le rapport sorti en février 2010.

Constitution du Comité de Pilotage du projet

Le début d'année 2010 a été consacré à la constitution d'un comité de pilotage. Les membres du conseil d'administration ainsi que l'ensemble du réseau des adhérents ont été sollicités.

La composition du COPIL est la suivante :

François Hervé *réfèrent du groupe – directeur du pôle Addictions, Santé, Précarité - Aurore*
Saïd Aoula *responsable du service des appartements thérapeutiques, thérapeute familial – CEID*

Kamal Belgaïd *directeur – Le Thianty*
Sandra Bernardi *éducatrice, AMPTA*

André Dugnat *directeur, Le Gué*

Raphaël Dutriaux *chef de service éducatif, CTR*
Le Cèdre Bleu

Olivier François *directeur, CEIS*

Denis Jouteau *directeur, Ressources*

Mars Kusterer *directeur, Marienbronn*

Corinne Noltelteers-Sibile *directrice – CTR*
Blannaves

Christine Tellier *directrice, APLEAT*

Marie-Claude Théodas *éducatrice spécialisée,*
La Croisée

Patrick Veteau *directeur, ATRE*

Odile Vitte *directrice, APS Contact*

Ce groupe représente dix régions de France :

Alsace, Aquitaine, Centre, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, PACA, Rhône-Alpes.

Il s'est réuni quatre fois en 2010 (24 mars, 26 mai, 28 juin et 18 novembre), trois fois en 2011 (31 mars, 4 octobre et 17 novembre) et deux fois en 2012 (19 janvier et 22 mars).

En lien avec le conseil d'administration de la Fédération Addiction et avec la responsable de projet Dominique Meunier, le comité de pilotage a accompagné les différentes étapes du projet. Il a élaboré les principaux outils de recueil de données et a contribué à la rédaction de ce guide. Il a nourri les réflexions et débats en apportant son expérience et son analyse du contexte de cette démarche.

Une étude universitaire préalable sur le parcours des usagers

La Fédération Addiction a commandé une étude menée auprès d'usagers à un groupe de cinq étudiants de Diplôme d'État d'Ingénierie Sociale (DEIS) de l'Université Paris Est Créteil Val-de-Marne (94). Cette étude, intitulée « La place de l'hébergement thérapeutique dans le parcours de vie des usagers de drogues. De la parole de l'utilisateur à l'évaluation du dispositif », s'est appuyée sur cinquante-cinq entretiens d'usagers fréquentant des CSAPA, CAARUD, appartements thérapeutiques, communautés thérapeutiques, centres thérapeutiques résidentiels, SSR A, hôtels, etc., sur toute la France.

L'hypothèse de départ était que « les usagers disposent de ressources internes et externes qui leur permettent d'accéder aux dispositifs de soins et d'hébergement où les facteurs sociaux, familiaux et affectifs jouent un rôle ».

Les deux axes de la recherche (les ressources et le rôle des facteurs) ont été travaillés auprès des usagers à l'aide du **questionnaire semi-directif suivant** :

Trajectoires-parcours :

Quelles ruptures l'interviewé a-t-il rencontré ?
Quelles sont ses ressources (réseau) ?

Situation actuelle :

Quelles structures fréquente-t-il ou a-t-il fréquentées ?
Quelles stratégies a-t-il utilisées pour entrer dans ces structures ?
Quelles démarches de soin a-t-il entamées ?

Difficultés - priorités :

Quelles sont les difficultés qu'il a rencontrées ?
Quelles sont ses priorités aujourd'hui ?
Quels besoins a-t-il ?

Approfondissement - analyse :

Que pense-t-il du dispositif de soin et du contrat de soin ?
Quelle est sa représentation de l'hébergement et de l'assistance ?
Quelles relations a-t-il avec les prestataires ?
Quelle autonomie a-t-il ?

À partir des trajectoires de vie recueillies, les étudiants ont identifié deux profils d'usagers :

- un public dit « structuré », désignant des personnes possédant un réseau
- un public dit « désocialisé », structuré en marge de la société

... ainsi que des préconisations pour chacun des profils et pour les professionnels. Les éléments proposés dans le rapport final des étudiants sont repris dans ce guide.

Lancement de la dynamique nationale avec un premier questionnaire

Pour mobiliser le réseau sur la question des pratiques de soin résidentiel collectif, il a été au préalable nécessaire de recenser toutes les structures concernées par le focus. À partir du site de la MILDT, de notre fichier des adhérents,

du « Répertoire 97 » ou encore de la mémoire des membres du COPIL, nous avons listé 47 établissements répartis comme suit :

- 32 Centres Thérapeutiques Résidentiels
- 11 Communautés Thérapeutiques
- 4 Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition

Un questionnaire a été élaboré au sein du COPIL afin : d'une part, de communiquer sur ce projet participatif national et d'autre part, de collecter quelques repères quantitatifs pour mieux appréhender notre objet d'étude

Ce questionnaire contenait onze rubriques :

- un premier volet d'identification de la structure gestionnaire : coordonnées, types d'établissements rattachés, outils de communication développés
 - l'identification de l'établissement répondant
- Ensuite, les questions concernaient :
- l'accueil et la capacité du service : nombre de places, public, ouverture en continu ou non
 - l'admission et les éventuelles critères de refus ou pouvant représenter un obstacle
 - la procédure d'admission (protocole, étapes et modalités, liste d'attente éventuelle)
 - la file active, la provenance des résidents, les éventuels quotas et priorités départementales ou régionales
 - les objectifs prioritaires et spécifiques de l'établissement
 - la gestion du cadre avec le recours à des inventaires, les différents cas d'exclusion, l'utilisation d'analyses urinaires
 - la composition de l'équipe en Equivalents Temps Plein (ETP)
 - le fait d'être volontaire pour être interviewé dans le cadre du projet national
- Le questionnaire a été adressé pour la première fois le 24 juin 2010, puis deux relances ont été effectuées le 1er et 28 septembre 2010.

... / ...

Le taux de retour fut de 74,41 %, et 88 % des établissements ayant répondu ont confirmé être volontaires pour participer à la phase suivante de la méthodologie : les entretiens qualitatifs sur site ! Les résultats sont surtout significatifs pour les Centres Thérapeutiques Résidentiels. En effet, 26 centres sur les 32 existants en France ont répondu, soit 81,25 %.

Le questionnaire a été construit pour apporter quelques repères de premier niveau nécessitant d'être complétés par la phase qualitative.

Recueil de données qualitatives

Pour approfondir les résultats du questionnaire, des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de 62 professionnels issus de 13 structures résidentielles du territoire français.

11 Centres Thérapeutiques Résidentiels :

Le Haut des Frêts (ADM), Blannaves (APSA 30), Centre de Bègles (CEID), Foville (CMSEA), Le Kairos (OPPELIA), Le Cèdre bleu, L'Oasis (ADAJE), Prélude (ADNSEA), La Levée (APLEAT), Le Peyry (CEIIS), La Maison Le Gué

Et 2 Communautés Thérapeutiques :

La Maison André Le-Gorrec (Aurore), La CT du Fleuve (CEID)

Structures / Nombre d'entretiens effectués

CT du Fleuve / 5
CT Maison André Le-Gorrec / 3
CTR de Blannaves / 5
CTR de Foville / 6
CTR du Cèdre bleu / 4
CTR de Bègles / 6
CTR Le Kairos / 5
CTR L'Oasis / 7
CTR La Levée / 5
CTR Le Gué / 4
CTR Le Haut des Frêts / 5
CTR Le Peyry / 3
CTR Prélude / 4

Une grille d'entretien semi-directive a été construite pour recueillir la parole des différents professionnels :

- personnel médical et paramédical (médecins généralistes, addictologues, psychiatres, infirmiers et infirmières, psychomotriciennes...)
- personnel socio-éducatif (éducateurs-trices spécialisé(e)s, assistantes sociales, moniteurs éducateurs, animateurs socio-éducatifs...)
- personnel psychologue
- personnel encadrant (direction, chef de service, responsable de pôle...) et administratif (secrétaire d'accueil...)
- personnel technique (éducateurs-trices techniques, moniteurs-trices d'atelier, maîtresse de maison...)

Professionnels rencontrés :

Fonction / Nombre de professionnels rencontrés

Animateur socio-éducatif / 2
Assistante sociale / 1
Autres (stagiaires éducateurs, CMP partenaire) / 3
Conseillère en Economie Sociale et Familiale / 2
Educateur technique / 4
Educateur (trice) spécialisé(e) / 16
Encadrant(e) / 13
Infirmier / 4
Maitresse de maison / 2
Médecin généraliste / 4
Médecin psychiatre / 2
Moniteur éducateur / 1
Psychologue / 6
Psychomotricienne / 1
Secrétaire médicale / 1
> **Total 62 entretiens**

Les entretiens ont duré entre une heure et une heure et demie. Ils se sont déroulés en face à face, dans de bonnes conditions : confidentialité, calme, disponibilité. Si les structures visitées sont ici identifiées, les professionnels se sont exprimés de façon anonyme.

La grille d'entretien contenait 8 champs exploratoires :

1. La présentation du dispositif : historique de sa création, public, financement, lieux, objectifs de soin et d'insertion, gratuité, activités, etc.
2. L'accueil et l'admission : critères et étapes d'admission, motifs de refus, documents remis au résident
3. Les temps du séjour : projet, modalités de sorties, temps individuels et collectifs, notion de référence, place du médical, famille et entourage des résidents, partenariats...
4. La gestion des limites de soin : outils de contrôle, situations de dépassement du cadre et de la loi, cas d'exclusion
5. La participation des usagers : mise en œuvre, formes, modalités
6. Dossiers, secrets : dossiers des résidents, accès, droit à l'anonymat...
7. Suite et sorties du dispositif : orientations, sorties à l'issue du séjour
8. L'évaluation du dispositif : modalités d'évaluation, valeur ajoutée du soin résidentiel, définition du soin résidentiel, pistes d'améliorations, textes de référence supports

Échanges de pratiques et débats en régions

Afin de permettre la mobilisation et la participation d'un maximum de professionnels concernés par le soin résidentiel, nous avons organisé, en lien avec les Unions Régionales de la Fédération Addiction, quatre journées d'échanges :

Union Régionales Fédération Addiction /

Lieu / Dates / Nombre de participants

Nord Pas de Calais / Lille / 13 avril 2011 / **100**

Aquitaine / Bordeaux / 28 avril 2011 / **70**

Centre / Orléans / 14 juin 2011 / **19**

PACA + Languedoc Roussillon / Marseille / 27 juin 2011 / **100**

Ces journées ont permis de réunir des professionnels des trois dispositifs du focus, mais également, de façon plus large, de professionnels issus de CSAPA ambulatoires, de CAARUD, et des représentants du sanitaire (SSR Addictologie, ELSA...).

Chacune des journées a fait l'objet d'une présentation du contexte et des objectifs du projet national et d'ateliers thématiques, animés par les professionnels eux-mêmes, afin de favoriser l'interconnaissance, les échanges de pratiques et les débats.

Thèmes des ateliers thématiques

Nord Pas de Calais (Lille)

- *Dépasser les obstacles à l'admission*
- *Organiser le partenariat pour assurer un suivi continu des usagers*
- *Accompagner les personnes sous contrainte de justice*
- *Gérer et accompagner les fins de contrat prématurées*

Aquitaine (Bordeaux)

- *Abstinence et/ou gestion des consommations*
- *Le travail avec les familles et l'entourage des résidents*
- *Quelles activités-supports au sein des dispositifs de soin résidentiel ?*

Centre (Orléans) CTR et SSR A

- *Quelles spécificités ?*

PACA + Languedoc Roussillon (Marseille)

- *Le passage entre communautés (thérapeutiques) et appartements (thérapeutiques)*
- *Appartements thérapeutiques, précarité et pathologies mentales*
- *La prise en charge collective en alcoologie et en toxicomanie : divergences et complémentarités*

Trois groupes de travail régionaux rassemblent périodiquement les professionnels des dispositifs de soin en addictologie, présents sur un territoire :

- en Nord-Pas-de-Calais
- en Île-de-France
- et en Rhône-Alpes

Ainsi, nous avons articulé les deux niveaux (régional et national) afin de nourrir les réflexions respectives et de les coordonner. Les apports de ceux-ci sont utilisés et repris dans ce guide. Enfin, lors des 1^{ères} Journées Nationales de la Fédération Addiction qui se sont déroulées à Lyon les 19 et 20 mai 2011, deux ateliers ont été proposés autour de la thématique du soin résidentiel :

- *L'Accueil en famille : une spécificité du soin résidentiel !* animé par **Stève Pascaud**, animateur Socioéducatif, Apreto (74), **Ivan Vannicatte**, Educateur, Tempo (26), **Aurélia Croizer**, Psychologue, Centre Hospitalier des 4 villes (92), **Kalou Estrella**, Chef de service du réseau familles d'accueil de Clémence Isaure (31) et **2 familles d'accueil**
- *Le soin résidentiel collectif en questions* animé par **François Hervé**, Directeur du Pôle Santé Précarité d'Aurore, Référent projet au sein de la Fédération Addiction, **Dominique Meunier**, Responsable de projet, Fédération Addiction.

annexe 2

questionnaire de lancement

Merci de remplir un questionnaire par établissement !

Année 2009 = référence pour toutes les questions

Identification de la structure gestionnaire

- Nom et coordonnées de la structure gestionnaire :
 - CSAPA spécialisé CSAPA généraliste
- La structure gestionnaire possède (partie CSAPA) :
 - un Centre Thérapeutique Résidentiel
 - une Communauté Thérapeutique
 - des Appartements Thérapeutiques / Relais
 - des Familles d'Accueil
 - un SSR
 - un CHRS Addictologique
 - un Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition
- La structure possède :
 - un site Internet, dont l'adresse est :
 - une plaquette de présentation
 - autres outils de communication

Identification de l'établissement

- Vous allez remplir ce présent questionnaire pour quel établissement ?
 - un Centre Thérapeutique Résidentiel
 - une Communauté Thérapeutique
 - un Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition
- Nom de l'établissement / du service :
Coordonnées complètes :
Date de création de l'établissement / du service :
- L'établissement / le service est implanté en milieu urbain rural

- L'établissement est :
 - ouvert (les résidents peuvent sortir seuls au bout d'un certain temps ou sous conditions)
 - fermé (les résidents ne peuvent sortir que s'ils sont accompagnés)

1. Accueil et capacité de l'établissement/du service

- nombre de places :
- mixte : oui non
- enfants : avec sans
- couples : oui non
- âge : majeurs mineurs
- animaux : admis non admis
- l'établissement / le service est-il ouvert 365 jours / an ?
 - oui non, les périodes de fermeture sont :

Admission

- Les éléments suivants concernant les personnes sont-ils des obstacles ou des motifs de refus à l'admission d'une personne ? (Cochez)
 - Sous Traitements de Substitution aux Opiacés obstacle refus
 - Sous Benzo obstacle refus
 - Sous neuroleptiques obstacle refus
 - Sans Carte vitale obstacle refus
 - Sans Carte Nationale d'Identité obstacle refus
 - Sans revenus stables obstacle refus
 - En aménagement de peine ou en attente de jugement obstacle refus
 - Sans hébergement à la sortie obstacle refus
 - Âge obstacle refus
 - Ayant des troubles psychiatriques diagnostiqués obstacle refus
- Commentaire éventuel :
- Avez-vous formalisé un protocole d'admission ? oui non

- Qui décide de l'admission ?
- Quelles sont les modalités de la procédure d'admission ?
 - courrier(s)
 - dossier(s) à compléter
 - rencontre(s) – le déplacement et l'hébergement sont-ils pris en charge par l'établissement/le service ? oui non
 - échanges téléphoniques
 - autres :
- Y a-t-il une liste d'attente ? non oui
À la date d'aujourd'hui, combien de personnes sont en attente (= accueil prévu) ?
- Mettez-vous une limite à la liste d'attente ?
 - non
 - oui :
 En termes de délais, combien ?
 En nombre de personnes, combien ?

2. Les personnes accueillies

Nombre de personnes reçues en 2009 :
 Nombre de personnes accueillies en 2009 :

- Qui oriente les résidents ?
 - CSAPA CAARUD ELSA
 - services hospitaliers en Addictologie
 - réseau des médecins de ville
 - milieu carcéral familles
 - résident, spontanément
 - partenaires. Le(s)quel(s) ? autre :
- Sur quels critères d'orientation ?
- Provenance des demandes et des résidents en 2009 (Précisez en quantifiant svp)

Provenance des demandes

% de la région :
 % du département :
 % du territoire national :

Provenance des résidents

% de la région :
 % du département :
 % du territoire national :

- Y a-t-il des quotas ? Des priorités ? Des exclusivités régionales, départementales ?
 - non
 - oui, précisez :

3. Le séjour

- Modalités du séjour :
 - fonctionnement par modules
 - entrées / sorties en permanence
- Durée moyenne des séjours :
- Durée maximale de séjour :
- Renouvellement possible ?
 - non oui dans les conditions suivantes :

4. Quels sont les objectifs prioritaires et spécifiques de votre d'établissement ?

5. Autres points de fonctionnement

- Y a-t-il des motifs d'exclusion ?
 - non
 - oui - lesquels ?
- Pratiquez-vous des « fouilles » ?
 - non
 - oui – dans quels cas ?
- Effectuez-vous des analyses d'urine ?
 - non
 - oui – dans quels cas ?
- autres :

6. L'équipe pluridisciplinaire

- Quelle est la composition de l'équipe en nombre d'ETP ?
- Directeur (trice) :
- Chef de service :
- Educateur (trice) spécialisé(e) :
- Assistant(e) social(e) :
- Médecin :
- Médecin Psychiatre :
- Infirmier(e) :
- Psychologue :
- Psychomotricien(ne) :
- Veilleur de nuit :
- Personnel administratif :
- Autre :
- Intervenant extérieur :

7. La participation des usagers

- Quelle forme de participation des usagers avez-vous mise en place ?
 - Conseil de la vie sociale (CVS)
 - autres, précisez :

Êtes-vous volontaire pour les entretiens individuels des professionnels dans votre structure ?
 oui non

annexe 3

grille d'entretien semi directif

Cet entretien :

- dure environ 1h à 1h30
- est enregistré si accord
- repose sur une grille semi directive, structurée par thèmes
- sera rendu anonyme dans toute communication
- est complémentaire des données recueillies par les questionnaires « de lancement »

1. Présentation du dispositif (CTR, Communauté thérapeutique)

1.1 Comment est né ce dispositif ? Quelles ont été les grandes étapes de son développement ? (contexte de création, liens avec l'environnement...)

1.2 Pouvez-vous décrire précisément l'activité ? (Personnel/équipes, capacité, formation des équipes, outils de transdisciplinarité, supervision, etc...).

1.3 À quel public s'adresse-t-il ? (âge, sexe, couple, famille,...). Pour répondre à quels besoins ?

1.4 Comment est financée la structure ? (dotation globale ou cofinancement)

1.5 Quels sont les objectifs de soin / d'insertion / ... ? Y a-t-il un modèle de référence dans la prise en charge ? Quels sont les outils de soin ? Où vous situez-vous dans le parcours des usagers ?

1.6 Les lieux : pouvez-vous décrire les lieux ? Combien de chambres ? Pour combien de personnes ? Etc.

1.7 La gratuité des soins : quelles sont les modalités de participation financière aux soins ? Quels soins pour les personnes qui n'ont pas de couverture sociale immédiate ?

2. L'accueil et l'admission

2.1 Pouvez-vous décrire les étapes d'une demande d'admission ? (Cf. questionnaire pour aborder : le billet retour, la CMU, la réserve de traitement... etc.).

C'est-à-dire : les procédures, les critères d'admissibilité, les outils utilisés, les outils de décision, le degré de formalisation et d'évaluation, l'évaluation de la motivation, les professionnels rencontrés, la posture professionnelle adoptée, la personnalisation des courriers, délais...

2.2 Lors de l'admission, quels éléments relèvent du « cas par cas » c'est-à-dire de l'adaptation au patient ?

2.3 Qu'est-ce qui motive un refus ? Les usagers sont-ils réorientés ?

2.4 Quels sont les critères d'admission pour un usager qui ferait une seconde ou troisième demande de séjour ?

2.5 Quels outils sont remis ou présentés au résident ? (Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour avec objectifs,...).

3. Les temps du séjour

3.1 Un projet est-il construit ? Comment est-il travaillé ? Y a-t-il un contrat de séjour ? Est-il évalué régulièrement ?

3.2 Quels sont les temps individuels ou activités individuelles ? (Entretiens avec des professionnels - lesquels, activités, sorties, temps obligatoires / facultatifs...).

Pouvez-vous les quantifier ?

3.3 Quels sont les temps collectifs ou activités collectives ? (Groupe de parole, groupe thérapeutique, auto soutien, groupe de pairs...).

Pouvez-vous les quantifier ?

3.4 Quel est le rôle de chaque professionnel ? Y a-t-il un ou des référent(s) ?

3.5 Quelle est la place du médical ? Y a-t-il un médecin dans l'équipe ? La place de la RDR ?

3.6 Quels sont les liens avec les familles, l'entourage de la personne ?

3.7 Quels sont les liens avec l'environnement ? (ex : Services psychiatriques, justice, insertion, services sociaux, associations culturelles et sportives, etc.)

3.8 Sexualité et relations amoureuses peuvent-elle poser problème ? Quelle position de la structure ?

4. Gestion des limites de soin

4.1 Quels sont les outils de contrôle ? (Conseil de discipline, analyses d'urine, fouilles...)

4.2 Comment sont gérées les limites ? Le dépassement de la loi ? Les consommations de produits ? Les conflits ?

4.3 Y a-t-il des exclusions ? Dans quels cas ?

5. Participation des usagers

5.1 Comment la participation est-elle mise en œuvre ? Y a-t-il un CVS ? Des enquêtes ? (outils...)

5.2 Quels apports ? Quelles difficultés ?

5.2 Les usagers prennent-ils part à l'accueil et à la décision d'admission ?

6. Dossiers, secrets

6.1 Quels dossiers sont complétés – par qui ? Où sont-ils conservés ? Combien de temps ? Faites-vous la déclaration CNIL ?

6.2 Comment travaillez-vous sous secret professionnel ? Que partagez-vous ?

6.3 Comment est mis en œuvre le droit à l'anonymat ?

7. Suite et sorties du dispositif

7.1 Quelles orientations possibles à l'issue du séjour ?

7.2 Avec quels objectifs ? (Hébergement, insertion, formation, soin...). Est-ce dans le projet thérapeutique ?

8. Évaluation du dispositif

8.1 Évaluez-vous l'activité ? À quelle fréquence ? Avec quels outils ? Établissez-vous des indicateurs de performance / qualité ?

8.2 Quelle est la valeur ajoutée par ce type de dispositif ? Qu'apportez-vous que les résidents ne trouvent pas ailleurs ?

8.3 Quelle est votre définition du soin résidentiel ?

8.4 Quelles sont les pistes d'amélioration pour ce dispositif ?

8.5 Sur quels textes de référence (opposables) vous appuyez-vous ?

Merci pour votre participation !

annexe 4 dossier d'admission type

FICHE D'ADMISSION (volet 1)

« Anonymat demandé » (présenter les conséquences de ce choix)

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

- célibataire
- union Libre
- marié
- pacsé
- séparé
- divorcé
- veuf

Enfants : non oui

à charge : non oui, combien ?

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Sans activité :

- demandeur d'emploi
- étudiant
- inactif - retraité
- invalide

RESSOURCES

- salaire
- allocataire de la CAF
- ASSEDIC
- RSA / API
- aucun
- AAH
- indemnités journalières
- pension d'invalidité
- à la charge d'un tiers :
- dettes

COUVERTURE SOCIALE

- Régime général - Sécurité Sociale
- numéro :
- Centre d'affiliation :
- mutuelle
- AME
- ALD
- CMU
- CMU Complémentaire
- Indemnités Journalières

LOGEMENT

- durable précaire
- indépendant
- chez des amis / proches
- SDF
- en famille
- en institution :

SITUATION JUSTICE

- injonction thérapeutique
- mise à l'épreuve
- aménagement de peine
- peines en attente, précisez :
- jugement en attente
- obligations de soins
- placement extérieur, précisez les dates :
- contrôle judiciaire
- coordonnées du conseiller en insertion :

RÉFÉRENT SOCIAL

Le cas échéant, indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande.

Nom du travailleur social :

Structure :

adresse complète :

téléphone :

Le référent social peut-il être appelé au téléphone ?

oui non

email :

ADDICTIONS

Produit(s) à lister/ préciser pour chacun :

mode d'usage (Intraveineuse, sniff, fumé) /

fréquence / dépendance actuelle / dépendance

ancienne / abus / année de début de prise.

Prises en charge addictologique en cours et passées en ambulatoire et/ou en résidentiel

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE (volet 2)

NOM :

PRENOM :

Repérage des éventuelles fragilités psychiques (cochez et précisez) :

dépression

anxiété - stress

émotionnelles

troubles cognitifs

relations sociales et familiales

éléments psycho traumatiques identifiés

Suivi psychologique en cours ou passé :

Nom du psychologue :

adresse complète :

téléphone :

email :

date et signature :

DOSSIER MEDICAL – CONFIDENTIEL (volet 3)

À compléter par le médecin

NOM :

PRENOM :

date de naissance :

Coordonnées du médecin traitant ou du médecin adressant le patient :

NOM :

PRENOM :

adresse :

téléphone : fax :

email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX

- Personnels :

- Familiaux :

- Allergies :

2. VACCINATIONS

DTP C BCG Hépatite B

Dates des dernières vaccinations

3. SÉROLOGIES

HIV HVB HVC

Dates des derniers tests

Résultats

4. VOLET PSYCHIATRIQUE

- Antécédents psychiatriques familiaux :

- Antécédents psychiatriques personnels :

TS

Hospitalisation en psychiatrie

HDT

HO

- Suivi psychiatrique en cours : non oui

- Traitement psychiatrique en cours : non oui

=> Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur :

NOM :

PRENOM :

adresse :

téléphone : fax :

email :

5. TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicament(s) à lister en précisant pour chacun : indications/date de commencement du traitement /posologie

Contre-indication au sport : non oui, préciser laquelle :

Commentaires éventuels :

Date, signature et cachet du médecin :

annexe 5 annuaire

LES CENTRES D'ACCUEIL D'URGENCE ET DE TRANSITION



- **ATRE**

98, rue d'Isly 59800 LILLE
03 20 54 60 88 - atre@nordnet.fr
www.atre-csapalille.fr

12 places en collectif
**hommes et femmes majeurs, couples,
sortants de prison**

- **Centre CLEMENCEAU (AURORE)**

Le Centre Clémenceau est un Centre Thérapeutique Résidentiel mais accueille uniquement des personnes sortant de prison, remplissant ainsi les missions d'un Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition.

8, rue Georges Clémenceau 93220 GAGNY
01 43 01 30 70 - ctr@aurore.asso.fr
<http://aurore.asso.fr/addictions-sante-precarite>

12 places en collectif
**hommes et femmes majeurs
sortants de prison**

- **ENTR'ACTE**

23, chemin des Chênes 34170 CASTELNAU-LE-LEZ
04 67 02 83 15
entracte.montpellier@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

8 places en collectif
**hommes et femmes majeurs
sortants de prison**

- **INTERMEZZO (Sauvegarde du Nord)**

2, Place de la République 59260 HELLEMES
03 20 04 10 62

intermezzo@lasauvegardedunord.fr
www.lasauvegardedunord.fr

6 places en collectif
**hommes et femmes, couples
majeurs, mineurs à partir de 16 ans**

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES



- **Communauté thérapeutique AURORE**

13-15, rue Madeleine Vionnet
93300 AUBERVILLIERS
01 53 56 01 40 - ct.aubervilliers@aurore.asso.fr
<http://aurore.asso.fr/addictions-sante-precarite>

35 places en collectif
hommes et femmes majeurs



- **Communauté thérapeutique du Fleuve (CEID)**

10-18, place Franck Chassaingne 33720 BARSAC
05 56 76 39 20 - ceid.barsac@orange.fr
www.ceid-addiction.com

35 places en collectif
hommes et femmes majeurs

📍 Adossée à une Atelier Chantier d'insertion



• **Communauté thérapeutique du Pré Davert (MONTJOIE)**

10, rue Beauverger 72000 LE MANS
02 44 718 728 - ct53@montjoie.asso.fr
www.montjoie.asso.fr

30 places en collectif

hommes et femmes majeurs

🕒 Ouverture mars 2010

• **Communauté thérapeutique de l'Espace du Possible (Sauvegarde du Nord)**

2 bis, route de Guise 59360 LE CATEAU
03 27 07 00 14
communautetherapeutique@lasauvegardedunord.fr
www.lasauvegardedunord.fr

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs

🕒 Ouverture février 2010

• **Communauté thérapeutique du SATO**

Château de Flambermont - 2, rue des Malades
60000 SAINT-MARTIN-LE-NEUD
03 44 02 88 60 - sato.secretariat@wanadoo.fr
www.sato.asso.fr

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs

• **Communauté thérapeutique LE MAS ST GILLES (Groupe PSA)**

Étang d'Estagel 30800 SAINT-GILLES
04 66 01 36 36 - mas.st.gilles@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs, couples

• **Communauté thérapeutique de la Guyane (Groupe PSA)**

Cette structure est un Centre Thérapeutique Résidentiel mais fonctionne selon les modalités d'une Communauté Thérapeutique.

PK 37 RN2 Crique Marguerite 97311 ROURA
05 94 28 09 95 - ct.guyane@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs de plus de 25 ans

• **Communauté thérapeutique LE VAL D'ADOUR (Groupe PSA)**

7 rue de La Tuilerie 65700 LAFITOLE
05 62 96 95 11 - val.adour@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs de plus de 25 ans

• **Maison d'André Le-Gorrec (AURORE)**

Le Grand Bost 24310 BRANTÔME
05 53 35 10 03 - maisonlegorrec@aurora.asso.fr
http://aurora.asso.fr/addictions-sante-precarite

35 places en collectif

hommes et femmes majeurs



• **Communauté Thérapeutique « Les Portes de l'Imaginaire » - Centre Rimbaud**

Le Bourg 42 111 SAINT DIDIER SUR ROCHEFORT
04 77 96 25 85 - portes-imaginaires@orange.fr
www.centre-rimbaud.fr

25 places en collectif

hommes et femmes majeurs de plus de 25 ans

🕒 Ouverture décembre 2011

• **Communauté Thérapeutique du Centre AKAT'IJ**

35 rue Justin Catayée
97320 SAINT LAURENT DU MARONI
05 94 27 94 72 - ctsl@akatij.fr

40 places en collectif

(25 places femmes + 15 places enfants)

Public accueilli femmes majeures avec enfant

🕒 Ouverture fin 2011

LES CENTRES THÉRAPEUTIQUES RÉSIDENTIELS

• **APTE (AURORE)**

Cet établissement bénéficie également pour 20 places d'un agrément en tant que SSR.

2, rue Dutour de Noirfosse 02880 BUCY LE LONG
03 23 72 22 80 - centreapte@aurora.asso.fr
http://aurora.asso.fr/addictions-sante-precarite

12 places en collectif

hommes et femmes majeurs

🕒 Prise en charge résidentielle de 12 semaines.

Thérapie inspirée du modèle Minnesota



• **Centre de BLANNAVES (APSA 30)**

551, Route de la Royale 30110 ALES
04 66 34 13 81 - blannaves@wanadoo.fr
www.centre-blannaves.fr

8 places en collectif

hommes et femmes majeurs

... / ...

- **C.A.S.T.**

3, rue des Chapelains - 51100 REIMS
03 26 47 48 09 - cast.dir@nerim.net
www.cast.asso.fr

10 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **Centre de BEGLES (CEID)**

33-35, Impasse de IV Septembre 33130 BEGLES
05 56 49 59 58 - ceid.begles@wanadoo.fr
www.ceid-addiction.com

11 places en collectif
hommes et femmes majeurs



- **Centre EN BOULOU (ARPADE)**

Bourg Saint-Bernard 31570 LANTA
05 61 83 77 81 - sas.arpade@wanadoo.fr ou
arpade@wanadoo.fr

12 places en collectif
hommes et femmes majeurs



- **Centre de FOVILLE (CMSEA)**

3, rue de Louvière 57420 FOVILLE
03 87 01 32 46 - centre-de-foville@wanadoo.fr
www.cmsea.asso.fr

12 places en collectif
hommes et femmes majeurs

ⓘ Accueil de chiens possible

- **Centre thérapeutique résidentiel (ALIA)**

Lieu-dit Haute Brin 49600 BEAUPREAU
02 41 63 62 68
associationsoleillevant@wanadoo.fr
www.allia49.fr

10 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **L'HERBERGERIE (SAJED)**

B.P 36 77313 MARNE LA VALLEE 02
01 64 61 76 67 - sajed@wanadoo.fr

13 places en collectif
hommes et femmes majeurs
mineurs à partir de 17 ans



- **Centre KAIROS (OPPELIA)**

111, rue du Général Leclerc 78570 ANDRESY
01 39 27 90 71 - kairos@oppelia.fr
www.oppelia.fr

15 places en collectif
hommes et femmes majeurs
ⓘ Prise en charge résidentielle de 6 semaines

- **LA CERISAIE (Association hospitalière Sainte-Marie)**

Celles-Les-Bains 07250 ROMPON
04 75 85 16 31
cerisaie@privas-groupe-sainte-marie.com
www.groupe-sainte-marie.fr

11 places en collectif
hommes majeurs

ⓘ Pas d'accueil de personnes résidant habituellement près du centre

- **LA CORNICHE (Groupe PSA)**

2, chemin de la Mûre 13015 MARSEILLE 15
04 91 25 27 36 - corniche@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

10 places en collectif
Garçons et filles, mineur(e)s et jeunes majeur(e)s de 14 à 22 ans

- **LA FERME MERLET (SEARS)**

Lieu-dit La Ferme Merlet
33910 SAINT MARTIN DE LAYE
05 57 55 07 07 - sears@wanadoo.fr

16 places en collectif
hommes et femmes majeurs, couples
ⓘ Accueil possible d'une personne avec deux chiens

- **LA FUCHARNIERE (LYADE)**

45, avenue Pasteur
69370 SAINT DIDIER AU MONT D'OR
04 72 17 72 69 - a3.fucharniere@orange.fr
www.association-lyade.org

10 places en collectif
Public accueilli hommes et femmes majeurs

- **LA LEVEE (APLEAT)**

1, rue Sainte Anne 45000 ORLEANS
02 38 51 00 18 - accueil.lalevee@apleat.com
www.apleat.com

14 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **LA ROBERTSAU (ALT)**

1, chemin de l'Anguille 67000 STRASBOURG
03 88 31 33 45 - contact@alt-67.org
www.alt-67.org

14 places en collectif
hommes et femmes majeurs



• **LA SANTOLINE (SEDAP)**

1, rue Toutain Mirande 21000 DIJON
03 80 65 20 47 - santoline@addictions-sedap.fr
www.drogues-sedap.com

8 places en collectif
hommes et femmes majeurs, couple, personnes en aménagement sous main de justice et sous écrou

• **LE CEDRE BLEU**

24 rue de Verdun
59890 DEULEMONT
03 20 39 20 12 - ctr@cedre-bleu.fr
http://cedrebleu.lille.free.fr/

8 places en collectif
hommes et femmes majeurs, couple



• **MAISON D'ACCUEIL LE GUÉ**

Le vieux village 26160 LE POET LAVAL
04 75 46 21 67 - legue@orange.fr
www.maison-le-gue.com

13 places en collectif
hommes et femmes majeurs âgés de 40 ans maximum



• **LE HAUT DES FRETS (ADM)**

10, rue du Haut des Frères 88430 GERBEPAL
03 29 50 68 28 - haut.des.frets@wanadoo.fr
www.le-haut-des-frets.fr

9 places en collectif
hommes et femmes majeurs

📍 Projet d'accueil de mères avec enfant et de couples en cours



• **LE MAIL**

Centre thérapeutique résidentiel
89, rue Gauthier De Rumilly 80000 AMIENS
03 60 12 25 95 - direction@assoc-lemail.net
www.assoc-lemail.net

9 places en collectif
hommes et femmes majeurs âgés de 45 ans maximum, couples

Unité mère-nourisson

267, rue Jean Moulin 80000 AMIENS
03 22 89 40 74 - 07 77 26 79 48 (Ligne grossesse et addiction) - umn267@assoc-lemail.net
www.assoc-lemail.net

10 places en collectif (**5 mères + 5 enfants**)
mères majeures avec leur enfant de moins de 3 ans, mères majeures en fin de grossesse

• **LE MAS THIBERT (Groupe PSA)**

Route de Port Saint-Louis du Rhône 13104 ARLES
04 90 98 75 70 - mas.thibert@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org

12 places en collectif
hommes et femmes majeurs



• **LE PEYRY (CEIIS)**

D 820 – Lieu dit St Barthélémy 46170 PERN
05 65 40 71 50 - peyry@wanadoo.fr
http://ceiis.fr/

15 places en collectif
hommes et femmes majeurs seul(e)s ou avec enfant, couples

📍 Accueil de chiens possible

• **Centre LE POINT DU JOUR (AEP)**

41, rue du Général Leclerc 59212 WIGNEHIES
03 27 60 27 09 - aeplepointdujour@free.fr

15 places en collectif
hommes et femmes majeurs



- **LE THIANTY (OPPELIA)**
Château Folliet 74290 ALEX
04 50 01 29 12 - kbelgaid@oppelia.fr
www.oppelia.fr
9 places en collectif
hommes et femmes majeurs



- **LE TRAIT D'UNION (OPPELIA)**
154 rue du Vieux Pont de Sèvres
92100 BOULOGNE BILLANCOURT
01 41 41 98 01 - traitdunion@oppelia.fr
www.oppelia.fr
7 places en collectif
hommes et femmes majeurs
- **L'OLIVERAIE (Centre Hospitalier de Thuir)**
Traverse du Soler 66350 TOULOUGES
04 68 85 39 20 - post-cure.bi@ch-thuir.fr
9 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **MELTEM 94**
17, avenue de l'Épargne
94500 CHAMPIGNY SUR MARNE
01 53 88 11 10 - udsm.meltem@wanadoo.fr
10 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **OASIS (ADAJE)**
15, rue Coulmiers 75014 PARIS
01 45 42 75 00 - adaje.asos@wanadoo.fr
www.adaje.org
15 places en collectif
hommes et femmes majeurs

- **Centre thérapeutique résidentiel PIERRE NICOLE (CROIX ROUGE FRANCAISE)**
27, rue Pierre Nicole 75005 PARIS
01 44 32 07 60 - ctr.pnicole@croix-rouge.fr
www.pierre-nicole.com
15 places en collectif
hommes et femmes majeurs,
couples, femmes enceintes et parents avec
enfants âgés de 6 mois maximum

- **PRELUDE (Sauvegarde du Nord)**
50, rue de Valenciennes 59000 LILLE
03 20 52 99 50 -
espacedupossible@lasauvegardedunord.fr
www.lasauvegardedunord.fr
10 places en collectif
garçons et filles mineur(e)s et jeunes
majeur(e)s de 14 à 23 ans

- **SUERTE**
624 Domaine de Broquedis - RN 117
40390 SAINT ANDRE DE SEIGNANX
05 59 56 73 73 - association.suerte@wanadoo.fr
http://suerte.fr/
17 places en collectif
hommes et femmes majeurs,
mères avec enfants âgés d'un an maximum

annexe 6 bibliographie

Alves P., Besse D., Chaouch K., Fourel Mazière P., Tchouaga R., *La place de l'hébergement thérapeutique dans le parcours de vie des usagers de drogues. De la parole de l'utilisateur à l'évaluation du dispositif, rapport d'épreuve d'ingénierie de développement*, DEIS, Université de Paris-Est Créteil Val de Marne, mars 2010

ANESM, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, Recommandation de bonnes pratiques*, septembre 2009

ANESM, *La bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre, Recommandation de bonnes pratiques*, juin 2008

Commission Addictions, Groupe de travail « Hébergement », DGS, *Rapport final*, 2008

Da Cunha A., Caprani I., Martins E., Schmid O., Stofer S., *Évaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social*, rapport final, Université de Lausanne, Observatoire universitaire de la ville et du développement durable, octobre 2010

Damade M., « Quelques points d'histoire concernant les post-cures », *Interventions*, n°27, 1990, p. 4-8

De Leon G., *The Therapeutic Community, Theory, Model and Method*, Springer Publishing company, 2000

Delile J-M, Couteron J-P, « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions », *Alcoologie et addictologie*, Tome 31, n°1, mars 2009, p. 27-35

Delile J-M, « Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? », *Psychotropes*, n°17, 2011, p. 29-57

Demange J.P., « La communauté thérapeutique oui ! Mais pas tout de suite », *Psychotropes*, n°17, 2011

Fédération Addiction, *Les dispositifs de soin résidentiel en Addictologie : quelles pratiques professionnelles ? Quels dispositifs ? Quelles articulations ?*, Actes de la journée régionale Paca-Corse et Languedoc Roussillon, juin 2011

Gestin P., Lambrette G., « Du bon usage des communautés thérapeutiques en matière de traitement des toxicomanies : la "fenêtre thérapeutique" », *Psychotropes*, n°12, 2006, p. 127-139

Hervé F. et Pedowska D., « Une communauté thérapeutique hors les murs », *Psychotropes*, n°17, 2011

Hervé F., *Hébergement et Thérapeutique*, allocution de clôture, Journées Hébergement de l'ANIT, Amiens, décembre 2011

Hervé F., *Les liens avec les autres structures d'hébergement thérapeutique et de réinsertion*, 1^{ère} réunion des acteurs de l'addictologie hospitalière, SFA, Paris, 19 octobre 2006

Hervé F., « Principes de prise en charge d'un sujet consommant des drogues illicites », In : Reynaud M. (ss dir), *Traité d'addictologie*, Flammarion, 2006, p.616-619

Rowlings B. & Yates R., *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, London, Jessica Kinsley, 2001

Union Régionale Île-de-France de la Fédération Addiction, *Document pour un référentiel de bonnes pratiques en Centres Thérapeutiques Résidentiels*, février 2010

Union Régionale Île-de-France de la Fédération Addiction, *Document pour un référentiel des appartements thérapeutiques*, novembre 2007

Van der Straten G., *La nouvelle communauté thérapeutique*, Bruxelles, Bruylant-Academia, 2012

En ce qui concerne la réglementation sur les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition, les Centres Thérapeutiques Résidentiels et les Communautés Thérapeutiques, se reporter au panorama des dispositifs en Partie 2 de ce guide.



9 rue des Bluets 75011 Paris
contact 01 43 43 72 38
Liste des unions régionales
sur **www.federationaddiction.fr**

rédaction :

Dominique Meunier, Responsable « Pratiques professionnelles »

d.meunier@federationaddiction.fr

Cécile Bettendorff, Chargée du recueil et de la diffusion de l'information

c.bettendorff@federationaddiction.fr

conception graphique Carole Peclers
impression La Petite Presse, Le Havre, Seine-Maritime,
Haute-Normandie
achevé d'imprimer octobre 2013



Pratique(s)