

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” »

NOR : SSAP2201709A

Publics concernés : usagers de drogues, professionnels de santé et professionnels médico-sociaux intervenant dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et dans les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Objet : approbation du cahier des charges fixant les modalités de mise en œuvre des « haltes “soins addictions” » dans le cadre de la prolongation de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque initiée par l'article 43 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'arrêté, pris en application de l'article 43 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé modifié par l'article 83 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, approuve le cahier des charges national relatif à l'expérimentation des haltes “soins addictions”, dans le prolongement de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3411-8 et suivants ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 43 ;

Vu la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, notamment son article 83 ;

Vu l'arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Ithaque pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Strasbourg ;

Vu l'arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Gaïa pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Paris ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 13 janvier 2022,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges national relatif aux haltes “soins addictions” annexé au présent arrêté est approuvé.

Art. 2. – L'article 1^{er} de l'arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Ithaque pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Strasbourg est modifié comme suit :

Les mots : « pour une durée de six ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2025 ».

Art. 3. – L'article 1^{er} de l'arrêté du 25 mars 2016 portant désignation du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues Gaïa pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Paris est modifié comme suit :

Les mots : « pour une durée de six ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2025 ».

Art. 4. – L'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque » est abrogé.

Art. 5. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 janvier 2022.

OLIVIER VÉРАН

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES NATIONAL
RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION DES « HALTES "SOINS ADDICTIONS" »I. – **Éléments généraux et cadre national**

L'expérimentation d'une « halte "soins addictions" » (HSA), qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, répond à la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues telle qu'elle est définie par l'article L. 3411-8 du code de la santé publique.

Son expérimentation s'inscrit dans le cadre du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ; elle vient prolonger le dispositif expérimental, créé en France par la loi du 26 janvier 2016, dénommé « salles de consommation à moindre risque » (SCMR), qui a donné lieu à l'ouverture de deux lieux à Paris et Strasbourg en octobre et novembre de la même année.

L'étude des expériences étrangères avait montré que ce type de dispositif est adapté à la prise en charge des usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables, cumulant les risques (précarité, forte prévalence de pathologies infectieuses, absence de domicile, etc.). Elle a montré également un impact positif de ce type de dispositif sur la réduction de la mortalité liée aux surdoses, des morbidités associées à l'injection et sur la diminution des pratiques à risque (moins de réutilisation et partage du matériel d'injection, meilleure hygiène, etc.).

L'évaluation initiale des SCMR, après 5 ans de fonctionnement, a été pilotée par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Cette évaluation a reposé sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, santé publique, économie de la santé et sociologie) et comportait trois volets :

- un suivi longitudinal des usagers de drogues fréquentant ces lieux ;
- un volet sociologique sur l'acceptabilité sociale de ces lieux ;
- une étude médico-économique permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif.

Les résultats finaux de l'évaluation des deux salles existantes, restitués aux pouvoirs publics en mai 2021, sont en ligne avec les expériences étrangères et mettent en évidence des effets positifs sur la santé des personnes concernées, un rapport coût-efficacité acceptable pour la société ainsi qu'une absence de détérioration de la tranquillité publique.

L'accès à ces structures permet ainsi d'améliorer la santé des personnes usagères de drogues (baisse des infections VIH et VHC, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses non fatales) et de diminuer les passages aux urgences. Des coûts médicaux importants sont ainsi évités (en projection sur 10 ans, elle évalue les coûts médicaux évités à 11 millions d'euros pour les deux salles (respectivement 6,0 et 5,1 millions d'euros pour Paris et Strasbourg). Les injections et les déchets associés (seringues) dans l'espace public diminuent. L'évaluation n'a en outre pas mis en évidence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles.

Le rapport d'évaluation a également proposé des voies d'amélioration du dispositif en faveur de la réinsertion des usagers dans un parcours de soins (traitement des dépendances et conduites addictives, dépistages, etc.). Pour tenir compte de ces propositions, la loi n° 2021-1754 de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2021 prolonge l'expérimentation, et renomme les SCMR en « haltes "soins addictions" » (HSA), dans le but de renforcer la dimension d'accès à un parcours de santé de ces dispositifs.

Cette même loi autorise également la mise en place de HSA mobiles dont le cahier des charges sera intégré par un arrêté ultérieur.

1. *Objectifs généraux*

Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation sécurisées et du matériel stérile et/ou à usage unique et personnel ;

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues ou de médicaments détournés de leur usage dans un parcours de santé incluant notamment :

- la connaissance et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages ;
- la possibilité de bénéficier d'un suivi psychiatrique ;
- la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ou de substitution ;
- l'aide à la recherche d'un médecin traitant ;

Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits, aux services sociaux et à l'hébergement ou logement ;

Contribuer à réduire les atteintes à la tranquillité publique, dont la présence de matériel d'injection sur la voie publique.

2. *Objectifs spécifiques*

Atteindre les usagers actifs à haut risque et les faire entrer dans un parcours de réduction des risques et de soins ;

Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages ;

Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique ;

Encourager et faciliter l'accès aux soins des troubles somatiques et psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers.

3. *Cadrage juridique*

Article 43 modifié de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article L. 3411-8 du code de la santé publique : politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue.

Article L. 3411-9 du code de la santé publique : prise en charge anonyme et gratuite.

Articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-6 du code de la santé publique : missions des CAARUD.

Articles D. 3411-1 à D. 3411-10 du code de la santé publique : missions des CSAPA.

Référentiel national de réduction du risque prévu à l'article D. 3121-33 du code de la santé publique et reproduit à l'annexe 31-2 du même code.

Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 311-7.

4. *Durée*

L'expérimentation nationale se déroule jusqu'au 31 décembre 2025.

5. *Structures concernées*

La mise en œuvre des expérimentations des HSA est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et à des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages

6. *Public concerné*

Les HSA s'adressent à un public d'usagers de substances psychoactives par voie d'injection, par voie nasale ou par inhalation, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les risques. En cas de doute, le personnel exige à tout moment que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie.

7. *Implantation*

Le projet d'une HSA tient compte des réalités et des besoins spécifiques de son territoire d'implantation.

Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'usagers actifs, aux produits, aux modes et à la fréquence de consommation ainsi qu'aux habitudes des usagers, en tenant compte de l'environnement social dans lequel la HSA a vocation à s'intégrer. Il conviendrait ainsi de le situer à proximité des lieux de consommation afin d'être proches des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles.

Le projet adapte en conséquence les programmes d'intervention, les actions et les outils de réduction des risques à ces besoins spécifiques.

8. *Financement*

Le coût du fonctionnement annuel d'une HSA intègre les dépenses suivantes, qui reprennent les groupes fonctionnels de la nomenclature budgétaire des établissements médico-sociaux définie par l'arrêté du 8 août 2002 :

- dépenses afférentes à l'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, y compris médical) ;
- dépenses afférentes au personnel (salaires et cotisations sociales) ;
- dépenses afférentes à la structure (loyer, maintenances diverses).

Le financement d'une HSA est assuré sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique.

Des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement).

9. *Pilotage national*

Un comité de pilotage national est placé sous la responsabilité de la MILDECA. Il est composé de représentants des différents ministères concernés (santé, justice, intérieur).

Il a pour mission de coordonner le déploiement de l'expérimentation et son évaluation dans l'objectif d'adapter au mieux l'évolution du projet au public concerné, aux besoins nationaux et locaux identifiés, aux possibilités locales.

Le comité national assure un suivi régulier de la mise en place des projets de nouvelles HSA dans toutes leurs composantes. Il facilitera les liens entre le consortium de recherche chargé de l'évaluation scientifique et les comités de pilotage locaux.

Le porteur de la HSA doit adresser chaque année, un rapport d'activité à la MILDECA au plus tard le 31 mai de l'année suivante.

10. *Evaluation scientifique de l'expérimentation*

La mise en place et le financement d'une évaluation indépendante de cette nouvelle phase de l'expérimentation sont sous la responsabilité de la MILDECA. Les structures expérimentant une HSA seront amenées à participer à cette évaluation.

II. – **Déclinaison locale du cahier des charges**

Le choix de l'implantation est issu d'un diagnostic partagé par le comité de pilotage local basé sur des données populationnelles et épidémiologiques locales (espaces publics de consommations, rapports d'activité des CAARUD et CSAPA, etc.).

1. *Missions*

Une HSA met en œuvre les prestations suivantes :

- accueil personnalisé ;
- mise à disposition de postes de consommation adaptés et permettant un usage supervisé ;
- mise à disposition de matériel stérile et/ou à usage unique et personnel adapté aux consommations des usagers ;
- mise à disposition de naloxone prête à l'emploi ;
- supervision des usages au sein de l'espace de consommation ;
- accompagnement aux pratiques de consommation à moindre risque ;
- soins médicaux et infirmiers ;
- dépistage des infections transmissibles (VIH, VHB, VHC) ;
- orientation et/ou accompagnement vers des structures de prise en charge médico-sociales, sanitaires (établissements de santé ou médecine de ville) ou sociales ;
- information, orientation et soutien aux démarches administratives d'accès aux droits ;
- information et orientation vers les instances de démocratie sanitaire ;
- maraudes pour aller à la rencontre d'usagers ne fréquentant pas encore la HSA ;
- participation à la médiation avec les riverains et les commerçants ;
- participation à la prévention des nuisances aux abords du service, en lien avec les services de voirie et les forces de sécurité ;
- participation au système de veille sanitaire et d'alerte.

2. *Disposition des différents espaces composant une HSA*

Les espaces doivent être identifiés et organisés de manière à permettre une circulation fluide des usagers, tenant compte du « parcours » de l'utilisateur, de l'accueil à la sortie de la HSA.

Le projet précise la disposition des espaces qui comprennent au minimum :

- un lieu d'accueil et d'attente ;
- l'espace de consommation (précisant le nombre de postes de consommation par voie d'injection ou voie nasale et le nombre de postes d'inhalation), qui comporte :
 - un système d'alerte visuelle ou sonore en cas d'incident ;
 - un dispositif de récupération des matériels utilisés ;
 - une hotte aspirante en cas d'installation de postes d'inhalation ;
- un espace de consultation médicale individuel ;
- un lieu de repos.

Le nombre de places dans l'espace de consommation est défini sur la base de la file active prévisible et des capacités d'accueil.

Chaque espace doit être accessible aux personnes à mobilité réduite et disposer de portes adaptées au passage de brancards.

La HSA satisfait aux conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires aux pratiques d'injection, de consommation par voie nasale et d'inhalation.

Chaque poste d'injection est individualisé.

3. *Matériel*

a. *Matériel de réduction des risques et des dommages mis à disposition pour la consommation sur place :*

Le matériel de prévention et de réduction des risques et des dommages mis à disposition des usagers doit être conforme aux objectifs de la politique de réduction des risques et des dommages. Il doit être adapté aux besoins des usagers.

Les usagers ont l'obligation d'utiliser le matériel stérile et/ou à usage unique et personnel fourni par la HSA et de déposer le matériel usagé dans des collecteurs spécifiques.

b. Matériel médical :

Sous la responsabilité du médecin, un chariot d'urgence, contrôlé à échéances régulières, doit être mis en place. Il comprend obligatoirement de la naloxone pour les cas de surdose d'opiacés.

La commande des médicaments se fait directement auprès de fabricants, de distributeurs ou de grossistes répartiteurs, qui sont autorisés à fournir les CAARUD et les CSAPA disposant d'une HSA, en effectuant un suivi individualisé des lots et, s'il y a lieu, leur retrait.

4. Fonctionnement

a. Amplitude horaire d'ouverture :

Les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux modes de vie des publics concernés.

La HSA est ouverte au public 7 jours sur 7 et sur une plage horaire d'au minimum une demi-journée (entre 4 et 7 heures), auxquelles doivent être ajoutés les temps d'installation et de nettoyage de l'ensemble du dispositif.

Les informations sur les horaires et conditions de fonctionnement d'une HSA sont transmises aux usagers ainsi qu'aux professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics par le biais de différents moyens (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.). Une concertation spécifique est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales pour les informer de ces conditions.

b. Règles d'usage :

Dans l'ensemble des espaces d'une HSA, les règles suivantes doivent être respectées :

- l'utilisateur doit énoncer et montrer à l'intervenant au moment de l'accueil le produit qu'il souhaite consommer pour éviter qu'il n'entre dans la HSA sans substance et incite au partage des produits ;
- une seule session de consommation (injection ou inhalation ou consommation par voie nasale) est autorisée par passage. L'utilisateur doit ensuite quitter le poste de consommation ;
- la consommation est pratiquée par l'utilisateur lui-même sous la supervision d'un professionnel. En cas de besoin, celui-ci peut conseiller l'utilisateur sur les conditions d'une pratique à moindre risque, sans toutefois participer au(x) geste(s) de consommation ;
- après la consommation, les usagers sont encouragés à rester un moment dans la salle de repos avant de quitter la structure.

5. Protocoles, outils à mettre en place

a. Protocole d'accompagnement :

Un document détaillant le déroulement du parcours de l'utilisateur, de l'accueil initial à la sortie, doit être élaboré préalablement à l'ouverture d'une HSA. Il doit comprendre également une description :

- des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques au profil des usagers accueillis pour les couples d'injecteurs (historique des pratiques d'injection et parcours de soins), les femmes enceintes (suivi médical, historiques de vie et pratiques de consommation), les primo-injecteurs ou les usagers peu expérimentés ;
- des modalités d'admission et de primo-admission (inscription, respect de l'anonymat, recueil de données, profils de consommation, etc.) ;
- des modalités de prise en compte, le cas échéant, des besoins spécifiques des différents publics accueillis.

Ce protocole d'accompagnement détaille également les modalités de coopérations avec les services de voirie, de police, de gendarmerie et de l'autorité judiciaire. Ce document doit être rédigé de façon concertée, en veillant à son appropriation par l'ensemble des professionnels concernés. Il est régulièrement adapté au regard du fonctionnement de la HSA.

b. Protocole d'intervention :

Le protocole d'intervention doit être formalisé par écrit, de manière claire et porté à la connaissance de l'ensemble des intervenants. Il est signé par le directeur et/ou le médecin attaché à la HSA.

Le protocole d'intervention inclut en particulier une description détaillée :

- du déroulement de l'entretien d'admission et de la communication du règlement de fonctionnement de la HSA. Celui-ci précise les droits et devoirs des personnes accueillies, des intervenants ainsi que les règles de fonctionnement et de sécurité de la HSA ;
- des règles d'hygiène que les usagers doivent respecter avant, pendant et après leur consommation ;
- des situations particulières qui peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de la HSA (non-respect des règles d'usage, état d'ébriété ou d'agitation excessive, etc.) ;
- des modalités du travail de supervision des intervenants : notamment en incluant des recommandations de bonnes pratiques de consommation, de la mise en garde contre les pratiques à risque et des conseils visant à minimiser ces risques.

Dans le cadre de leur rôle de supervision, les intervenants doivent être aptes à juger de l'état de conscience des usagers et à évaluer le degré de risque de la consommation : entretien, observation des signes d'imprégnation, etc.

Le protocole précise :

- les conduites à tenir en cas d'urgence, spécifiquement en cas de malaise ou en cas de suspicion de surdose ; le protocole précise notamment le circuit d'intervention rapide en lien avec le service des urgences de l'hôpital, le SAMU, l'utilisation de la naloxone en cas de surdose aux opiacés, etc. ;
- la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

6. Règlement de fonctionnement

Conformément à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Destiné à l'usager, le règlement de fonctionnement définit les règles devant être respectées respectivement par les professionnels et les usagers pour garantir le bon fonctionnement de la HSA.

Le règlement de fonctionnement peut comporter, en complément de ces dispositions communes de mises en œuvre, des modalités plus spécifiques, adaptées aux situations locales du lieu d'implantation de la HSA.

a. Conditions, modalités d'admission, principes, droits et obligations :

Sont inclus les usagers majeurs.

Sont exclus les usagers mineurs.

Tout échange ou tentative d'échange de produit psychoactif entraîne l'exclusion immédiate temporaire ou définitive, dans les conditions fixées par le règlement de la HSA.

Les obligations des usagers comprennent au minimum le respect du règlement de fonctionnement, notamment :

- l'énonciation et la description visuelle du produit que l'usager vient consommer ;
- le respect des règles d'hygiène avant, pendant et après la consommation ;
- l'interdiction de tout partage ;
- l'interdiction de toute vente ou cession de produits illicites ou de médicaments à l'intérieur des locaux, y compris dans l'espace de consommation, et dans le périmètre extérieur direct ;
- l'interdiction de consommer toute substance psychoactive en dehors des postes de consommation ;
- l'interdiction de tout acte de violence, menace verbale ou physique entre les usagers ou envers les intervenants ;
- l'interdiction d'endommager les mobiliers et matériels ;
- l'interdiction, comme dans tout lieu accueillant du public, de consommer du tabac à l'intérieur de la HSA (y compris au niveau des postes de consommation) sauf dans les espaces réservés aménagés dans le respect des normes techniques précises et garantissant la sécurité des non-fumeurs. La consommation de tabac aux abords des locaux ne doit pas être une source de nuisance pour les riverains.

Certaines situations particulières peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de la HSA. Ces situations sont librement fixées dans le règlement de fonctionnement qui doit en préciser les motifs.

Ces motifs peuvent inclure :

- un état d'ébriété ou d'agitation excessive ;
- la volonté d'utiliser son propre matériel ;
- la volonté d'injecter par voie artérielle, dans des abcès ou des sites d'injection dangereux.

En cas de non-respect de ces dispositions, le personnel de la HSA peut faire appel aux services de police ou de gendarmerie territorialement compétents.

b. Conditions et modalités de l'accueil :

Sont précisés, dans le règlement de fonctionnement, sous forme accessible, les informations suivantes :

- les horaires d'ouverture ;
- les conditions d'accès au lieu d'accueil et d'attente ;
- les conditions d'accès à la HSA et aux postes de consommation ;
- les conditions d'accès à la salle de repos ;
- les modalités du déroulement de la première consultation d'accueil ;
- les conditions de gestion des animaux de compagnie pendant les temps d'accueil, d'attente et de consommation ;
- les prestations délivrées :
 - information, conseil, rappels sur la réduction des risques et des dommages ;
 - information, rappel des règles d'hygiène à respecter avant, pendant et après la consommation ;
 - fourniture de matériel stérile et/ou à usage unique et personnel ;
 - prestations de soins et/ou d'accès aux soins, dans une logique de parcours, notamment les traitements de substitution, sevrage, soins psychiatriques et médecine générale ;

– prestations d'accès et de maintien aux droits sociaux, aux démarches administratives et juridiques.

c. Participation à l'expression des usagers, le conseil de la vie sociale ou autre mode d'expression :

Le règlement de fonctionnement détaille le rôle et les modalités de désignation des usagers représentants.

d. Livret d'accueil remis à l'utilisateur :

Chaque usager admis dans une HSA se voit remettre un livret d'accueil.

7. Participation au système de veille et alerte sanitaire

Le personnel participe au système de veille et d'alerte sanitaire.

Il est aussi le relais d'information et de messages d'alerte déclenchés par les autorités auprès des usagers et des professionnels.

Une circulation des informations est organisée et précisée : elle inclut notamment le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A), l'agence régionale de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La HSA est intégrée aux différents dispositifs d'observation dont les dispositifs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), que sont les réseaux « Tendances récentes et nouvelles drogues » (TREND) et le « Système national d'identification des toxiques et substances » (SINTES).

Le personnel de la HSA ne peut pas réaliser d'analyse de produits sur place pour le compte de l'utilisateur avant sa consommation.

8. Composition de l'équipe

Une HSA s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Le personnel répond aux qualifications professionnelles du secteur médico-social.

Deux intervenants, dont au moins un infirmier compétent pour la prise en charge des urgences liées à l'usage de drogues, sont présents à tout moment dans l'espace de consommation : l'un accueille et gère le flux de personnes et le matériel, l'autre supervise les consommations et intervient selon les protocoles définis.

Un poste spécifique d'agent de sécurité et de médiation doit être créé pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation. En fonction de l'analyse des acteurs locaux et du contexte, le nombre de ces agents peut être augmenté.

Des vacances médicales doivent être organisées au moins une journée par semaine, ce qui équivaut à un minimum de 0,2 ETP.

Des médiateurs pairs, formés à la réduction des risques, peuvent assister le professionnel de santé ou du secteur médico-social, dans tous les espaces autres que l'espace de consommation. Ils ne sont pas autorisés à participer à la mission de supervision. Le porteur de projet peut s'appuyer sur le référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la médiation en santé de la Haute Autorité de santé pour préciser leur cadre d'intervention.

Le porteur de projet précise les compétences et qualifications requises (formations), les quotités de temps et le taux d'encadrement qui doivent garantir la qualité de l'accueil, des prestations et la sécurité (cf. annexe 1 : proposition de tableau des emplois simplifié).

Une astreinte de direction est organisée et budgétée. Des réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre des protocoles doivent être organisées par l'équipe de direction.

9. Partenariats et conventionnements

Une HSA a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales, structures sanitaires de proximité, et tout autre établissement, structure ou dispositif intervenant dans le cadre de prestations, dont les soins somatiques, addictologiques et psychiatriques. L'objectif est de formaliser des partenariats afin de renforcer l'orientation et la prise en charge médico-psycho-sociale afin d'améliorer le parcours de soin des usagers (traitement somatique et/ou psychiatrique, traitement de substitution, naloxone, etc.).

Dans ce contexte, il est important de construire un partenariat avec les équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et, le cas échéant, entre CSAPA et CAARUD.

Le CAARUD ou le CSAPA en charge d'une HSA formalise avec le SAMU et le service des urgences de l'hôpital le plus proche des protocoles d'intervention en cas d'urgence.

Une convention formalise la procédure d'élimination des déchets et des seringues usagées. Une concertation est prévue entre l'association porteuse et la municipalité concernant le ramassage des seringues usagées autour de la HSA.

Une concertation spécifique, notamment dans le cadre de l'élaboration du protocole de fonctionnement d'une HSA, est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales notamment pour établir la gestion de l'ordre public à l'extérieur de la HSA. Dans ce cadre, les modalités de recours aux services de police ou de gendarmerie territorialement compétents doivent être formalisées.

Des interventions régulières de proximité visant à assurer une bonne intégration dans le quartier, à prévenir et réduire les nuisances sur l'espace public doivent également être prévues (maraudes, réunions de riverains, rencontres avec les élus, la police, les institutions, participation aux réunions et instances locales de pilotage et de suivi, aux conseils de quartier, etc.).

10. Comité de pilotage local de la HSA

Préalablement à la mise en place d'une HSA, un comité de pilotage local est créé pour toute la durée de l'expérimentation. Son rôle est :

- de vérifier la conformité du projet de HSA au contenu du présent cahier des charges ;
- de partager les éléments du diagnostic local, notamment sur le choix du lieu d'implantation ;
- d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales ;
- de faciliter le lien avec le comité de pilotage national.

Le maire de la commune où est implantée la HSA, le directeur général de l'ARS, le préfet de département territorialement compétent et le procureur de la République assurent la co-présidence du comité de pilotage et décident conjointement de l'engagement, des évolutions attendues ou, le cas échéant, de la fin d'un projet de HSA, proposé au ministre chargé de la santé en application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Le comité de pilotage est composé d'élus locaux, de représentants des services des collectivités territoriales, des institutions concernées intervenant dans les domaines de la santé, de la sécurité, de la justice, du gestionnaire porteur de la HSA, etc.

11. Comité opérationnel de la HSA

Un comité opérationnel, distinct du comité de pilotage mais agissant sous sa responsabilité, est créé pour accompagner la mise en œuvre opérationnelle de la HSA, notamment pour :

- favoriser l'échange d'informations et assurer la coordination entre tous les acteurs ;
- examiner en tant que de besoin les difficultés d'organisation ou de fonctionnement de la structure et de faire remonter ces difficultés au comité de pilotage au cas où elles ne peuvent être résolues à l'échelle du comité opérationnel.

Ce comité opérationnel, qui pourra pour partie être composé de membres du comité de pilotage, associe l'équipe de direction de la HSA et les acteurs locaux de proximité les plus directement impliqués dans le projet (services de police, de gendarmerie, de justice, de voirie, riverains, etc.) ainsi que des représentants des usagers.

12. Evaluation de l'activité

Le porteur de la HSA désigné doit adresser chaque année, au plus tard le 31 mai de l'année N + 1, un rapport sur le déroulement de l'activité de HSA aux pilotes du comité de pilotage local (directeur général de l'agence régionale de santé, préfet de département, procureur, maire de la commune) et à la MILDECA ainsi qu'au ministre en charge de la santé.

Ce rapport d'activité annuelle détaille notamment :

- la file active : nombre, profil, part d'usagers réguliers, etc. ;
- les produits consommés et leur nature ;
- le taux d'occupation mensuel de la structure ;
- les événements indésirables et leur nombre ;
- les dépistages réalisés et leur nombre ;
- le nombre d'initiations de TSO ou d'orientations vers une consultation TSO ;
- le nombre de kits naloxone distribués ;
- le nombre d'orientations vers l'hospitalisation ou les structures d'accompagnement pour un sevrage ;
- le nombre d'orientations vers des structures sanitaires pour prise en charge somatique/psychiatrique ;
- les actions de médiation sociale et de proximité : nombre, type d'action, résultats, etc. ;
- le nombre de maraudes ;
- le nombre de réunions avec les différents partenaires ;
- les articulations avec les réseaux environnants : hôpital, médecine de ville, social, médico-social, etc.

ANNEXES (articles Annexe 1 à Annexe 2)

Annexe 1

Encadrement de la HSA : tableau indicatif

	Heures hebdo	Temps de réunion + matinées	ETP théoriques	ETP nécessaires
Accueillant				
Médecin				
Infirmier				
Educateur				

	Heures hebdo	Temps de réunion + matinées	ETP théoriques	ETP nécessaires
Travail social				
Coordinateur				
Administratif				
Agent de sécurité et de médiation				
Médiateur pair				

Ce tableau est proposé à titre indicatif et peut être ajusté en fonction des catégories de personnel intervenant dans la structure.

Annexe 2

Liste des documents à élaborer préalablement à l'ouverture d'une HSA :

- les prestations, programmes, activités, etc., proposés font l'objet de recueils de procédures, élaborés de manière concertée et appropriés par l'ensemble des professionnels concernés.

Il est recommandé que soient associés des représentants des usagers dans le cadre de la participation et de l'expression des usagers ;

- règlement de fonctionnement ;
- protocole d'accompagnement détaillant le déroulement du parcours de l'utilisateur, de l'accueil initial à la sortie, l'organisation et l'utilisation des locaux. Ce protocole d'accompagnement détaille également les modalités de coopération avec les services de voirie et de police et l'autorité judiciaire ;
- protocole d'intervention détaillant notamment le rôle de supervision des intervenants, le déroulement de la consommation et les règles d'hygiène et détaillant les procédures et les conduites à tenir en cas d'urgence ;
- conventions de partenariat (SAMU, services d'urgence, etc.).

Ces protocoles d'accompagnement et d'intervention sont signés par le directeur et/ou le coordonnateur ainsi que par le médecin. Ils sont datés, et doivent être actualisés le cas échéant pour tenir compte de l'évolution des besoins et des pratiques.