

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 19 mai 2026 relatif aux cahiers des charges nationaux de l'expérimentation nationale des « haltes "soins addictions" »

NOR : SFHP2613211A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 3411-8 ;

Vu le code de la voirie routière, notamment son article L. 113-2 ;

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

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

Vu la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, notamment son article 58 ;

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 Gaia pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé à Paris ;

Vu l'arrêté 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2025 relatif à l'expérimentation nationale des « haltes "soins addictions" » ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 7 mai 2026,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'annexe de l'arrêté du 26 janvier 2022 susvisé est ainsi modifiée :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les deux derniers alinéas du premier paragraphe sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Deux autres évaluations ont permis de compléter celles de l'INSERM. Le rapport conjoint de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales établit que les HSA répondent à leur mission, en particulier dans les quartiers où la consommation de stupéfiants présente des enjeux significatifs de sécurité et de santé publiques. Elles bénéficient à un public très fortement précarisé et constituent un point d'entrée vers l'accès aux droits et les parcours de soins. Elles améliorent la tranquillité publique et ne génèrent pas de délinquance additionnelle. L'étude qualitative des Hospices civils de Lyon a, quant à elle, montré que l'expérimentation des HSA permet de structurer une offre médico-sociale spécifique à destination de publics en grande précarité. Les HSA sont identifiées comme des relais par d'autres acteurs qui peuvent y orienter les usagers à haut risque. Cette capacité d'adaptation des outils aux réalités de vie des usagers permet de construire des réponses individualisées et durables. Grâce à leur ancrage dans un tissu local des services de santé, les HSA peuvent aider des usagers précaires et désinsérés à accéder à des parcours de soins dont ils ne bénéficiaient pas jusque-là, dans un objectif de réinsertion. Elles jouent également un rôle dans le dispositif de veille, en détectant de nouvelles tendances ou substances afin d'adapter la réponse publique.

« Les évaluations successives ont également mis en lumière des pistes de renforcement des HSA, portant notamment sur :

« – l'amélioration de l'articulation des HSA avec les soins primaires et les acteurs territoriaux ;

« – le développement du suivi des parcours et la coordination avec les dispositifs de droit commun par le déploiement d'indicateurs de suivi ;

- « – l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation tels que des dispositifs mobiles, des guichets « santé » ou des places d'hébergement ;
- « – la mise en œuvre de l'analyse des produits et l'intégration aux réseaux de veille sanitaire de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).
- « Pour tenir compte de ces propositions, l'expérimentation a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2027. » ;
- b) Après le deuxième alinéa du 7, est inséré l'alinéa suivant :
- « Afin de faciliter la prise en charge sanitaire des usagers, les locaux de la HSA sont implantés sur le site géographique d'un établissement de santé. » ;
- c) Les deuxième, troisième et quatrième alinéas du 9 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- « Le Comité national assure le suivi de la mise en œuvre de l'expérimentation des HSA dans toutes ses composantes. Il se réunit au moins une fois par an pour établir un bilan annuel.
- Le porteur de la HSA adresse chaque année un rapport d'activité à la MILDECA et à la DGS, fondé sur des données couvrant une période d'au moins douze mois, au plus tard le 31 mai de l'année suivante. » ;
- d) Le 10 est supprimé ;
- 2° Le II est ainsi modifié :
- a) L'intitulé du b du 3 du II est complété par les mots : « et produits de santé » ;
- b) Au premier alinéa du b du 3, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou du pharmacien » ;
- c) Après le dernier alinéa du b du 3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- « La prescription, la délivrance, l'approvisionnement, le stockage et la gestion des médicaments au sein d'une HSA portée par un CSAPA sont effectués conformément aux articles D. 3411-9 et D. 3411-10 du code de la santé publique. Au sein d'une HSA portées par un CAARUD, ils sont effectués conformément aux articles D. 3121-33-4 et suivants du même code. » ;
- d) Après l'alinéa 3 du 6, il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le contenu de ce règlement est expliqué lors de l'entretien d'accueil. » ;
- e) Après le quatrième alinéa du 6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- « Le règlement de fonctionnement est intégré au livret d'accueil et affiché dans l'espace d'accueil. » ;
- f) Le dernier alinéa du 7 est supprimé ;
- g) Au cinquième alinéa du 8, après le mot : « risques », sont ajoutés les mots : « et à la prise en charges des urgences liés à l'usage des drogues », les mots : « autres que l'espace de consommation. » sont supprimés et les mots : « peut s'appuyer » sont remplacés par les mots : « s'appuie » ;
- h) Les alinéas un à cinq du 10 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- « 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, pendant la durée du projet, est :
- « – de vérifier la conformité du projet de HSA au contenu du présent cahier des charges ;
- « – de partager les éléments du diagnostic local, incluant notamment des éléments portant sur l'ordre public et 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.
- « Il adresse un bilan annuel au copil national avant le 30 mars de chaque année. » ;
- i) A la fin du 12, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- « Le rapport d'activité permet en outre de décrire la manière dont la HSA répond aux objectifs généraux décrits dans la partie I.1 du présent cahier des charges, et de qualifier, de manière quantitative, les parcours des usagers (santé, accès aux droits, aux services sociaux et à l'hébergement et au logement) et de fournir une appréciation qualitative des parcours. »
- Art. 2.** – Le cahier des charges national relatif à l'hébergement en haltes « soins addictions » en annexe 1 est approuvé.
- Art. 3.** – Le cahier des charges national relatif aux haltes « soins addictions » situées dans des structures mobiles en annexe 2 est approuvé.
- Art. 4.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 mai 2026.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,
S. SAUNERON

ANNEXES

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF À L'HÉBERGEMENT EN HALTES SOINS ADDICTIONS

Le cahier des charges national relatif aux haltes « soins addictions » annexé à l'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » s'applique aux haltes « soins addictions » (HSA) avec hébergement, avec les dispositions suivantes :

1. Objectifs généraux

- réduire toute forme d'exclusion des usagers de substances les plus marginalisés ;
- favoriser l'accès aux soins des usagers de la salle de consommation à moindre risques les plus vulnérables ;
- favoriser l'accès aux droits des usagers de la salle de consommation à moindre risques les plus éloignés des dispositifs existants ;
- créer un dispositif d'hébergement innovant dédié aux usagers de drogues, sans exigence préalable d'arrêt de leurs pratiques de consommation.

2. Objectifs spécifiques

L'hébergement permet :

- un hébergement médico-social fonctionnant en continu ;
- un accès 24 heures/24 à un espace de consommation supervisée ;
- de limiter les risques surdoses ;
- de limiter les risques de contaminations et d'infections ;
- de délivrer des conseils sur les pratiques d'usages des personnes hébergées ;
- la coordination du parcours de soins des personnes par une équipe ayant une expertise reconnue en matière de réduction des risques et des dommages ;
- l'accompagnement vers les dispositifs médicaux et sociaux de droits commun ;
- la réalisation des soins médicaux en ambulatoire ou en hospitalisation ;
- l'accès à un parcours de soins ;
- un temps d'observation clinique de la symptomatologie présentée par l'usager avec ajustement du traitement médicamenteux secondaire si nécessaire ;
- une démarche de proximité quant à l'acceptation d'une prise en charge de la santé psychique (traitement psychotrope) ;
- une observance du traitement améliorée ;
- l'autonomisation progressive et une évaluation de l'autonomie de l'usager dans les gestes de la vie quotidienne en vue de favoriser son inscription vers un logement stable ;
- des consultations spécialisées et paramédicales ;
- des entretiens d'accompagnement social et des démarches d'aide à l'ouverture des droits ;
- un accompagnement vers un logement autonome ou accompagné ou autre solution d'hébergement plus durable, en assurant la continuité du suivi ;
- un partenariat avec l'établissement de santé situé à proximité.

Ce projet constitue un « amont » à une entrée dans un logement pour des personnes ayant besoin de soins, de repos et d'un accompagnement social effectif, avant d'être à même de vivre, si elles le souhaitent et le peuvent, en appartement ou au sein d'une autre structure.

3. Public concerné

L'hébergement s'adresse aux usagers de drogues sans domicile fixe qui, du fait de leurs pratiques d'usage de substances psychoactives et de leurs modes de vie, ne peuvent bénéficier des dispositifs existants bien que souffrant d'une ou de plusieurs pathologies physiques ou psychiques nécessitant la mise en œuvre d'examen et de soins incompatibles avec la vie à la rue.

4. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

Plusieurs dispositifs de sécurisation sont déployés afin de garantir le bon fonctionnement de la HSA avec hébergement et prévenir le risque de trafic.

L'espace de réduction des risques par usage supervisé et l'hébergement disposent de deux entrées distinctes, toutes deux sécurisées avec des visiophones équipés de caméra à l'extérieur. Un agent de médiation présent 24 heures/24 au niveau de l'hébergement assure la tranquillité aux abords immédiats du bâtiment et apporte un appui aux professionnels de l'équipe pluridisciplinaire en contribuant à la fluidité entre l'espace de réduction des risques par usage supervisé et le dispositif d'hébergement.

Enfin, des casiers personnels mis à disposition au sein de l'espace de réduction des risques par usage supervisé permettent de déposer les substances psychoactives des personnes hébergées afin de s'assurer qu'elles ne les emmènent pas dans l'espace d'hébergement.

a. Orientation vers le dispositif d'hébergement

Le repérage des personnes pouvant bénéficier d'un hébergement dans la HSA en vue d'accéder à un accompagnement adapté vers les soins se fait dans l'espace de réduction des risques par usage supervisé.

Lorsqu'une place est disponible en hébergement, les situations sont discutées lors d'une réunion d'équipe. La priorité est donnée aux situations des personnes dont l'état de santé nécessite un accompagnement vers une prise en charge rapide et qui sont dépourvues de solution dans le droit commun. Les pratiques de consommation et la situation sociale sont également prises en compte. L'utilisateur orienté vers le dispositif d'hébergement est alors informé de cette proposition et son admission validée par l'équipe de coordination.

Lorsque l'équipe acte l'orientation d'une personne, le médecin coordinateur s'assure de l'adéquation entre les soins envisagés et les moyens dont dispose l'équipe. Le dispositif ne peut se substituer à une hospitalisation mais est conçu autour d'un accueil permettant des soins sur place.

b. Admission et entretien d'accueil

L'utilisateur est reçu en entretien par le coordinateur du dispositif d'hébergement qui lui décrit le fonctionnement du lieu de vie et lui fait signer le contrat de séjour pour une durée initiale de deux mois. Ce contrat est reconductible autant de fois que nécessaire, notamment si la situation médicale le nécessite.

L'équipe de coordination définit les actions conjointes entre le dispositif de l'hébergement et celui de la salle de consommation (RDR, soins...) et organise le suivi des personnes dans le parcours.

Un entretien d'accueil est mené par deux professionnels intervenant sur le dispositif d'hébergement : un infirmier et un travailleur social qui deviennent les référents de la personne. Ils ont pour mission de définir les objectifs mentionnés dans le contrat de séjour.

Deux axes sont prioritaires : l'accompagnement vers et dans les soins, et l'accompagnement social, notamment dans la recherche d'une solution locative adaptée en fin de séjour.

En cas d'admission d'une personne accompagnée d'animaux de compagnie, un protocole spécifique lui est proposé afin de s'assurer que l'accueil de l'animal est compatible avec la vie en collectivité (vaccinations, parasites, comportement...).

c. Utilisation des casiers destinés aux personnes hébergées

La détention et l'usage de substances illicites sont interdits dans l'espace d'hébergement. Les personnes hébergées doivent déposer toute substance illicite ou tout médicament stupéfiant en leur possession dans un casier personnel sécurisé prévu à cet effet.

L'utilisation de ces casiers, disposés à l'entrée de l'espace de consommation est encadrée par les professionnels présents en espace de consommation, et eux seuls en détiennent les clés.

Les produits doivent être déposés dans ces casiers dès l'arrivée dans l'espace de réduction des risques par usage supervisé. L'utilisateur doit présenter le produit qu'il possède et en annoncer le nom et la quantité. La quantité pouvant être déposée correspond aux quantités définies comme correspondant à une consommation personnelle.

Lorsqu'une personne hébergée souhaite consommer et si son état le permet (état de conscience, état physique...), le professionnel l'accompagne et lui ouvre son casier personnel. L'utilisateur hébergé y récupère son produit, le montre au professionnel et lui indique le type de produit et le mode de consommation choisi. Un ticket numéroté mentionnant ces informations lui est remis, ce qui lui permettra d'accéder à l'espace de consommation.

d. Accueil et accompagnement dans la vie quotidienne au sein de l'hébergement

L'utilisateur est accueilli dans les locaux d'hébergement. La particularité du dispositif réside dans des modalités de prise en charge complémentaires qui allient soins, hébergement et réduction des risques et des dommages liés à la consommation de substances psychoactives.

Les infirmiers et les travailleurs sociaux du dispositif d'hébergement sont formés spécifiquement à la réduction des risques pour accompagner les personnes dans leurs pratiques. Ils sont présents en continu, et l'équipe est renforcée par la présence quotidienne du coordinateur du dispositif et du chef de service, ainsi que par des interventions hebdomadaires du médecin coordinateur, du psychiatre et du psychologue.

Le travail en continu implique une présence 24 heures/24.

Trois tranches horaires principales (se chevauchant pour permettre un temps de transmission) sont identifiées comme suit, avec un nombre variable d'intervenants selon les besoins :

- avant l'ouverture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé : trois intervenants sont présents, dont deux infirmiers dans l'espace d'hébergement.

L'accès à l'espace de consommation est possible. Lorsqu'une personne souhaite consommer, deux intervenants (dont au moins un infirmier) l'accompagnent dans l'espace de consommation. Si aucune consommation n'est en cours, les professionnels restent mobilisés dans la partie hébergement.

Avant l'ouverture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé au public, un temps de transmission a lieu entre un intervenant du dispositif hébergement et l'équipe de l'espace de réduction des risques par usage supervisé. Ce moment permet de partager les événements de la matinée et de noter, le cas échéant, des points de vigilance sur les pratiques de consommation ou l'état de santé des personnes hébergées.

Lorsque l'espace de réduction des risques par usage supervisé est ouvert au public, un seul intervenant est présent (infirmier ou travailleur social) dans l'espace d'hébergement. Sa mission principale est de veiller à la tranquillité des lieux et de rester disponible pour les personnes qui resteraient en chambre.

Au cours de l'après-midi, les personnes hébergées se rendent à l'espace de réduction des risques pour bénéficier de l'accueil de jour et de la supervision de l'espace de consommation par l'équipe de l'espace de réduction des risques par usage supervisé.

- la soirée et la nuit, trois intervenants sont présents, deux infirmiers et un travailleur social.

Un temps de transmission a lieu avant la fermeture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé entre un intervenant du dispositif d'hébergement et l'équipe de l'espace de réduction des risques. Ce moment permet de recueillir les événements survenus au cours de l'après-midi au sein de l'espace de réduction des risques, ainsi que, le cas échéant, les démarches effectuées avec les personnes hébergées. Après la fermeture, l'accès à l'espace de consommation est ouvert aux personnes hébergées et disponible sur sollicitation des professionnels.

Les professionnels restent disponibles toute la nuit afin de superviser l'espace de consommation mais également pour réaliser des entretiens individuels. En effet, les soins peuvent être réalisés à tout moment, de même que de nombreuses démarches sociales, grâce à internet et aux comptes personnels à distance ou aux dossiers disponibles en téléchargement.

- pour faciliter les accompagnements extérieurs, un intervenant (infirmier ou travailleur social) vient en renfort de l'équipe en poste en cas de besoin.

Les intervenants prévus sur chaque tranche horaire doivent rester en poste dans le bâtiment. Deux intervenants, dont au moins un infirmier, sont tenus d'être présents dans l'espace de consommation, et un intervenant doit rester disponible en continu pour les personnes hébergées.

En cas de besoin, pour assurer les nombreux accompagnements extérieurs, un poste d'intervenant supplémentaire peut être prévu. Les horaires de ce poste ne sont pas fixes et sont déterminés en fonction de la nécessité des accompagnements et activités organisées.

Les accompagnements permettent de :

- veiller à ce que les rendez-vous extérieurs soient honorés ;
- gérer l'attente parfois longue lors de rendez-vous médicaux ou administratifs ;
- participer, avec l'accord de l'usager et du professionnel concerné, aux entretiens pour faciliter la compréhension de la situation et les démarches à mettre en place ;
- animer des activités extérieures (sportives, culturelles...) permettant à l'usager de porter un regard sur la cité différent de celui qu'il a eu au cours des années d'errance ;
- organiser les rencontres avec les partenaires extérieurs pour favoriser les liens et faciliter l'avancée des démarches sociales ;
- rassurer l'usager après le séjour ainsi que le cas échéant l'équipe dans le cadre d'un relais progressif grâce à des visites sur le nouveau lieu de vie.

e. Déroulement des consommations pour les usagers du dispositif d'hébergement

Circulation des personnes au sein de l'hébergement et de l'espace de réduction des risques par usage supervisé durant les horaires de fermeture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé au public :

Lorsque les personnes hébergées arrivent sur le site d'hébergement durant ces horaires, elles utilisent l'entrée spécifique dédiée à ce dispositif. L'intervenant ou l'agent de médiation présent au niveau de l'hébergement, après s'être assuré qu'il s'agit bien d'une personne hébergée actuellement, ouvre la porte. L'usager entre ensuite par la porte dédiée à l'hébergement.

Accès à l'espace de consommation :

Lorsque l'état de l'usager le permet (état de conscience, état physique...), le professionnel en charge d'établir les tickets à l'entrée de l'espace de consommation lui ouvre son casier. L'usager hébergé y récupère son produit, le montre au professionnel et lui indique le type de produit et le mode de consommation choisi. Un ticket numéroté mentionnant ces informations lui est remis ce qui lui permettra d'accéder à l'espace de consommation. Sans ce ticket, il ne pourra y accéder.

Dès que l'usager est en possession de son ticket et du produit qu'il entend consommer, son parcours au sein de l'espace de réduction des risques par usage supervisé doit suivre les conditions d'utilisation de l'espace de réduction des risques par usage supervisé telles que décrites dans le protocole d'accompagnement.

Circulation des usagers au sein du dispositif d'hébergement et à l'espace de réduction des risques par usage supervisé durant les horaires d'ouverture de l'espace de réduction des risques :

Accès au dispositif d'hébergement :

Seuls les usagers hébergés peuvent accéder à l'hébergement, les visites ne sont pas autorisées.

Accès à l'espace de réduction des risques par usage supervisé :

Durant les horaires d'ouverture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé, les usagers hébergés peuvent circuler dans l'espace de réduction des risques par usage supervisé de la manière établie dans le protocole d'accompagnement.

f. Renouvellement du contrat

Tous les deux mois, la situation médicale et sociale de l'usager hébergé est évaluée. Le contrat de séjour de l'usager et, le cas échéant, reconduit sur avis de l'équipe pluri-professionnelle.

Un bilan est réalisé au préalable avec l'usager hébergé et ses référents, lors d'un entretien auquel d'autres professionnels et partenaires extérieurs peuvent se joindre. Cet entretien permet d'évoquer les objectifs mentionnés dans le contrat de séjour et de faire un point sur le parcours et l'accompagnement. Des compléments ou des modifications peuvent être apportés au contrat de séjour au cours de cette rencontre.

g. Fin de séjour

Les sorties du dispositif sont généralement des moments décisifs dans le parcours des personnes. Si les liens établis avec les membres de l'équipe doivent permettre de trouver des solutions de sortie positive tout au long du séjour, ces liens doivent perdurer après les sorties pour les soutenir.

Différentes sorties peuvent avoir lieu :

- les soins sont terminés et une solution d'hébergement se profile. L'accueil de l'usager peut se poursuivre le temps que la solution soit effective. Tout le travail permettant de construire un relais dans de bonnes conditions est alors effectué avec l'usager (instructions de dossier pour accéder aux aides locatives, changement de situation à effectuer auprès des administrations, recherche de mobilier, liens avec la nouvelle équipe accueillante en cas de relais vers un centre d'hébergement ou un centre thérapeutique...) pour lui permettre de préparer au mieux la transition vers son nouveau lieu de vie ;
- les soins sont en cours et une solution d'hébergement a été trouvée. Si les soins peuvent être réalisés à domicile, un relais progressif avec un infirmier libéral est organisé. S'il s'agit d'un relais vers un autre dispositif d'hébergement, le lien établi avec la future équipe permettra de déterminer les possibilités de poursuite des soins. Un suivi conjoint entre les deux équipes peut alors se mettre en place pour travailler un relais progressif ;
- les soins sont terminés mais aucune solution d'hébergement ne peut être envisagée. S'il s'avère que la situation de l'usager ne permet pas d'envisager une orientation à la suite du séjour, soit par choix (souhait de retour en squat, en camion...), soit par défaut de documents relatifs à la situation administrative, une solution de sortie décente via le travail social et le réseau partenarial devra être construite ;
- la situation médicale ne permet plus d'accueillir l'usager au sein d'une structure médico-sociale et une hospitalisation est nécessaire. En fonction du motif et de la durée de l'hospitalisation, une sortie du dispositif d'hébergement peut être prononcée. Les membres de l'équipe peuvent se rendre directement dans le service hospitalier concerné et poursuivre les démarches en lien avec l'usager et l'équipe hospitalière ;
- l'usager est exclu du dispositif d'hébergement à la suite de plusieurs manquements au règlement intérieur. En fonction de la nature et de la gravité des actes, son accueil à l'espace de réduction des risques par usage supervisé reste ou non possible en journée. Les démarches entamées se poursuivent en partenariat avec l'équipe de l'espace de réduction des risques par usage supervisé ou le cas échéant, une orientation est proposée pour permettre, en priorité, la poursuite des soins ;
- l'usager décide de partir ou disparaît sans donner de nouvelles. Au bout de 7 jours sans nouvelles d'une personne, sa sortie est prononcée. Ce délai de 7 jours permet soit à l'usager de se manifester pour expliquer son départ et envisager la poursuite ou non de l'accompagnement, soit aux membres de l'équipe de vérifier si elle n'est pas incarcérée ou hospitalisée.

L'important travail de préparation ainsi que l'accompagnement au moment de la sortie du dispositif sont gages d'une bonne adaptation dans de nouveaux lieux et modes de vie, collectifs ou non. L'accueil quotidien en journée à l'espace de réduction des risques par usage supervisé reste possible pour les soutenir.

h. Suites après le séjour

Après le séjour, le lien établi avec l'équipe de l'hébergement perdure afin de poursuivre les démarches entamées, que ce soit vis-à-vis des soins ou du suivi social.

Sur une durée d'environ 6 mois, les membres de l'équipe, avec l'accord de la personne, peuvent suivre son cheminement au travers de contacts téléphoniques, de visites à domicile ou de réunions de synthèse avec les partenaires.

5. Composition de l'équipe

L'équipe est composée d'infirmiers et de travailleurs sociaux qui accompagnent au quotidien l'usager hébergé, tant au niveau médical, social, qu'en matière de réduction des risques et dans la réappropriation des gestes du quotidien. Ils assurent le fonctionnement du dispositif de soins avec hébergement 24 heures/24 et 365 jours par an. Un médecin, un médecin psychiatre et un psychologue viennent renforcer l'équipe sur des temps de permanence durant lesquelles ils accueillent les personnes hébergées en entretien individuel.

a. Le médecin coordinateur

Il assure des temps de consultations de médecine générale ainsi que la coordination du parcours de soin. Il organise les soins avec l'équipe infirmière et procède aux prescriptions, facilite les liens avec les spécialistes extérieurs et est destinataire des comptes rendus médicaux. Il est également l'interlocuteur privilégié des médecins traitants avec lesquels un travail de partenariat se construit autour de la situation des personnes concernées. Le médecin valide également les admissions, ainsi que les reconductions des contrats de séjour.

b. Les infirmiers

En lien avec le médecin coordinateur, ils ont la charge d'organiser les soins nécessaires qui consistent à :

- préparer et délivrer les traitements prescrits, surveiller l'apparition d'effets indésirables ;
- donner à l'usager une information claire et adaptée sur la pathologie qui a conduit à la prescription de ses traitements (symptômes, causes, effets recherchés du traitement, effets indésirables, mode d'actions, mode de prise...) afin de lui permettre d'être autonome dans la gestion de ses traitements et d'en favoriser l'observance ;
- assurer la gestion du stock de médicaments en lien avec le médecin et les pharmaciens de ville (vérification de la date de péremption, intégrité de l'emballage, gestion de stock) ;
- effectuer le suivi et le soin des plaies, prescrire le matériel nécessaire à la réfection des pansements ;
- effectuer les prises de sang prescrites, expliquer à l'usager l'objectif des examens prescrits ;
- proposer et réaliser des tests rapides à orientation diagnostique ainsi que des fibroscans ;
- organiser avec l'usager les rendez-vous médicaux nécessaires, l'accompagner physiquement vers les spécialistes et les examens extérieurs si nécessaire ;
- proposer et conduire des entretiens infirmiers de manière individuelle et collective, autour de thèmes pertinents en fonction de la situation des personnes hébergées ;
- assurer et organiser la continuité des soins à l'arrivée et à la sortie de l'usager hébergé.

c. Le médecin psychiatre

Il est présent sur des permanences, pour les personnes qui nécessiteraient une écoute particulière en raison de problèmes psychiques. En lien avec le médecin coordinateur, il procède aux prescriptions spécifiques et sensibilise l'équipe aux différents troubles rencontrés.

d. Le psychologue

Il propose un espace de parole libre aux personnes ayant besoin d'évoquer leur parcours et d'être soutenues au travers d'entretiens.

e. Les travailleurs sociaux

Ils ont pour missions principales de :

- favoriser l'accès aux droits ;
- assurer un suivi dans les démarches définies dans le contrat de séjour (recherche d'emploi, liens avec la justice, instruction de dossiers...);
- organiser la recherche d'un lieu de vie adéquat en fin de séjour notamment grâce à l'écosystème de partenaires ;
- accompagner physiquement vers les rendez-vous sociaux extérieurs.

f. Le coordinateur

Il vient en appui à l'équipe au quotidien. Il veille au respect des projets élaborés avec les personnes en début de séjour, s'assure que les moyens mis à disposition de l'équipe permettent la réalisation des soins et des démarches relatives à chaque accompagnement, et facilite les liens avec les partenaires extérieurs en prévision des relais futurs. Il a également la charge de définir les actions conjointes entre l'espace de réduction des risques par usage supervisé et l'hébergement. Enfin, il s'occupe de l'organisation du travail de l'équipe (plannings, astreintes, formations...).

g. L'équipe pluridisciplinaire

Tous les intervenants sont également amenés à :

- proposer et conduire des entretiens de réduction des risques ;
- délivrer le matériel de réduction des risques ;
- superviser l'espace de consommation ;
- réaliser les gestes de premiers secours en cas de nécessité ;
- mettre en œuvre les mesures de surveillance en post-consommation ;
- sensibiliser aux risques de surdoses et veiller à ce que les personnes ne consomment pas dans leurs chambres ;
- être garants du bon fonctionnement du lieu de vie collectif et de son règlement ;
- organiser la vie quotidienne avec les personnes hébergées : respect de la propreté des locaux, participation aux repas, gestion de la lingerie, animation d'activités et de séances d'informations ;
- participer à une réunion d'équipe hebdomadaire. Ces dernières permettent : d'évoquer les situations des personnes hébergées afin d'avoir une vision globale des démarches effectuées, en cours et à entreprendre ; de réfléchir en équipe aux actions à proposer aux personnes hébergées ; d'évoquer les points de fonctionnement.

Par l'interaction permanente des activités entre le dispositif d'hébergement et l'espace de réduction des risques par usage supervisé, il existe une mutualisation des équipes entre les deux dispositifs. Ainsi infirmiers et médiateurs travaillant sur le dispositif d'hébergement peuvent être amenés à travailler au sein de l'espace de réduction des risques par usage supervisé. Cette porosité facilite la continuité de l'accueil, de la prise en charge et

permet un partage naturel de l'information entre les deux équipes. Cette mutualisation facilite aussi la gestion RH, facilite les recrutements et optimise les coûts.

h. Un agent de médiation

Conformément au cahier des charges des salles de consommations, un agent de médiation doit être présent en permanence lors de l'ouverture de l'espace de consommation pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation.

Il fait partie intégrante de l'équipe, participe aux temps de transmissions et aux réunions. Sa mission principale est de veiller à l'application des règlements en lien avec les autres professionnels. Il est plus spécifiquement en charge d'assurer la tranquillité à l'intérieur et aux abords immédiats du dispositif, prévenir les éventuels conflits et intervenir en cas de nécessité.

Lors de l'ouverture au public, il a principalement la charge de l'entrée et de l'accueil au sein de l'espace de réduction des risques par usage supervisé. Il veille au respect des modalités de circulation dans la HSA et s'assure de la quiétude des lieux.

Au moment de la fermeture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé, il raccompagne les derniers usagers présents à la sortie et verrouille le portail d'accès du dispositif.

L'agent de médiation a la charge de contrôler l'accès à l'hébergement en s'assurant de l'identité des personnes. Il est également présent dans tous les espaces collectifs, intérieurs et extérieurs afin de s'assurer du respect du règlement, y compris la nuit.

Il vient en renfort de l'équipe en soirée. Sa mission est de veiller que l'accès à l'hébergement est réservé aux personnes hébergées, principalement au moment de la fermeture de l'espace de réduction des risques par usage supervisé.

Il assure également la tranquillité aux abords immédiats du dispositif. Son appui à l'équipe permet d'assurer la fluidité entre les dispositifs d'hébergement et l'espace de réduction des risques par usage supervisé.

6. Partenaires

Le dispositif d'hébergement est un maillon complémentaire dans le réseau partenarial local. Il se situe en amont de nombreux dispositifs de soins, d'hébergement et d'accès aux droits. Le lien avec les partenaires investis dans le parcours des personnes avant leur arrivée est préservé.

Le travail en partenariat est omniprésent et concerne l'ensemble des champs de compétences extérieurs :

- les services hospitaliers spécialisés ;
- la médecine générale ;
- les structures de soin médico-sociales ;
- les dispositifs proposant des solutions d'hébergement ;
- les administrations favorisant l'accès aux droits.

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La gouvernance est exercée par le comité de pilotage local de la HSA.

ANNEXE II

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF AUX HALTES SOINS ADDICTIONS SITUÉES DANS DES STRUCTURES MOBILES

Le cahier des charges national relatif aux haltes « soins addictions » annexé à l'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » est applicable aux haltes « soins addictions » (HSA) situées dans des structures mobiles, ci-après dénommées « HSA mobiles », sous réserve des adaptations suivantes :

1° Le 5 du I est ainsi rédigé :

« 5. Structures concernées :

« La mise en œuvre des HSA mobiles 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), ayant ouvert une HSA fixe. » ;

2° Le 7 du I est ainsi rédigé :

« 7. Implantation :

« Le projet d'une HSA mobile définit son ou ses lieux de stationnement selon les modalités prévues au premier alinéa du II et en tenant compte des réalités et des besoins spécifiques du territoire. Le choix des lieux de stationnement dépend 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 convient ainsi de la 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. » ;

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« Le choix des lieux de stationnement 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.). » ;

4° Le 1 du II est ainsi rédigé :

« 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.

« Une HSA mobile met en œuvre, en lien avec le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue ou le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie porteur, toutes les prestations susvisées. » ;

5° Le 2 du II est ainsi rédigé :

« 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 espace d'accueil et d'attente ;
- « – un 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 médical individuel ;
 - un espace 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 mobile 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.

« La disposition de ces différents espaces est adaptée à la configuration de la HSA mobile et de son lieu de stationnement. » ;

6° L'alinéa 1 du b du 3 du II est ainsi rédigé :

« Sous la responsabilité du médecin, un chariot ou un sac d'urgence, contrôlé à échéances régulières, doit être mis en place. Il comprend obligatoirement de la naloxone. » ;

7° Le a du 4 du II est ainsi rédigé :

« a. Amplitude horaire d'ouverture et lieux de stationnement :

« Les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux modes de vie des publics concernés et aux caractéristiques du lieu d'implantation.

« La HSA est ouverte au public a minima 3 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 lieux de stationnement de la HSA mobile aux horaires d'ouverture au public, tels qu'identifiés dans le projet validé par le comité de pilotage local, font l'objet d'un permis de stationnement délivré par l'autorité compétente conformément à l'article L. 113-2 du code de la voirie routière.

« Les informations sur les horaires et conditions de fonctionnement d'une HSA mobile 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. » ;

8° Le 8 du II est ainsi rédigé :

« 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 vacations médicales sont organisées au moins une demi-journée par semaine, ce qui équivaut à un minimum de 0,1 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, les quotités de temps et le taux d'encadrement qui doivent garantir la qualité de l'accueil, des prestations et la sécurité.

« 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° Le 10 du II est ainsi rédigé :

« 10. Comité de pilotage local de la HSA

« Préalablement à la mise en place d'une HSA mobile, 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 comité de pilotage partage les éléments du diagnostic local sur le choix des lieux de stationnement.

« Les maires des communes où est stationnée la HSA, le directeur général de l'ARS, le préfet et le procureur de la République territorialement compétents 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 mobile, proposé au ministre chargé de la santé en application de l'article 83 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

« Le comité de pilotage est composé notamment 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 et du gestionnaire porteur de la HSA. »