



PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



Édition spéciale du 6 juin 2024



**PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

ÉDITION SPÉCIALE DU 6 JUIN 2024

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

ARRÊTÉ ARS Grand Est n°2024/2344 du 06/06/2024, modifiant l'arrêté ARS Grand Est 2021/2338 du 04/06/2021 relatif à l'expérimentation innovante en santé intitulée « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Salle de Consommation à Moindre Risque ».

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ CAHIER DES CHARGES

Direction Générale

ARRÊTÉ ARS Grand Est n°2024/ 2344 du 06/06/2024

Modifiant l'arrêté ARS Grand Est 2021/2338 du 04/06/2021 relatif à l'expérimentation innovante en santé intitulée « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Salle de Consommation à Moindre Risque » La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

VU la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

VU le décret du 3 septembre 2020 portant cessation de fonctions et nomination de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est – Mme Virginie CAYRÉ ;

VU le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

VU la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

VU l'arrêté ARS Grand Est n°2021/2338 du 04/06/2021 portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Salle de Consommation à Moindre Risque » ;

VU l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 31/05/2024 concernant le cahier des charges modifié du projet d'expérimentation dénommé « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions » ;

VU le cahier des charges modifié portant le projet d'expérimentation article 51 « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions » annexé au présent arrêté.

ARRETE

Article 1 :

L'intitulé de l'arrêté ARS Grand Est n°2021/2338 du 04/06/2021 susvisé est modifié comme suit :
Arrêté ARS Grand Est n°2021/2338 du 04/06/2021 portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions ».

Article 2 :

L'article 2 de l'arrêté ARS Grand Est n°2021/2338 du 04/06/2021 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

La durée de l'expérimentation est de 3 ans, 6 mois et 24 jours à compter de la date d'inclusion du premier patient. Elle se terminera le 31 décembre 2024.

Article 3 :

L'annexe de l'arrêté ARS Grand Est n°2021/2338 du 04/06/2021 susvisé est remplacée par le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation innovante en santé intitulée « ARGOS 2 - Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions », annexé au présent arrêté.

Article 4 :

Le champ d'application de l'expérimentation est de portée locale et concerne le Grand Est.

Article 5 :

La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

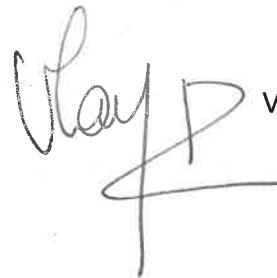
Article 6 :

Le Directeur de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'intéressé et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Article 7 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est



Virginie CAYRÉ



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE
CAHIER DES CHARGES

Version 14 : 31/05/2024

**Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement
adossé à une Halte Soins Addictions (HSA)**

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE
CAHIER DES CHARGES

Expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte soins addictions (HSA)

NOM DU PORTEUR : Association Ithaque

PERSONNE CONTACT : Gauthier WAECKERLE, Directeur (g.waeckerle@Ithaque-asso.fr / 03.88.52.20.88)

Résumé du projet

L'association strasbourgeoise Ithaque, structure médico-sociale existant depuis 1993, spécialisée dans l'accompagnement des personnes présentant des addictions, porte l'une des deux , appelées désormais Haltes soins addictions, expérimentées en France depuis 2016 : *Argos*.

Ce travail de première ligne a permis de confirmer que les usagers de substances psychoactives les plus marginalisés faisant face à des problématiques de santé n'accèdent pas aux soins requis. Ils sont fréquemment exclus des dispositifs existants, dont les fonctionnements ne peuvent s'adapter à leurs pratiques d'usages et à leurs réalités de vie. Ils accèdent tardivement et dans l'urgence aux soins suite à un parcours jalonné de ruptures, ayant pour conséquences des hospitalisations et des prises en charge lourdes et coûteuses qui auraient pu être évitées.

C'est pourquoi l'association Ithaque a construit un projet innovant intégrant un dispositif de soins avec hébergement adossé à Argos. L'objet de cette expérimentation est l'amélioration du parcours de soins des consommateurs actifs, en situation de grande précarité et présentant une ou plusieurs pathologies incompatibles avec la vie à la rue. La spécificité de ce lieu est un hébergement faisant preuve d'une grande adaptabilité et d'un haut seuil de tolérance, proposant des « soins à domicile » pour des personnes sans domicile.

Une équipe pluridisciplinaire formée à la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) présente 24h/24 y garantit l'accès à l'espace de consommation, tout en assurant l'organisation de la vie quotidienne. Les intervenants ont pour mission de réaliser les soins et les démarches sociales, de coordonner le parcours de la personne, de favoriser les accompagnements vers les partenaires extérieurs et d'organiser la suite du séjour.

Ce séjour temporaire, de 2 mois renouvelables, constitue pour les personnes auxquelles il est destiné, un tremplin dans les soins, un trait d'union entre la rue et un « après » situé dans le tissu des dispositifs de droit commun.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
<i>Financement innovant</i>	X
Pertinence des produits de santé	

Sommaire

Description du porteur	4
Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation	5
I. Contexte et constats.....	6
II. Objet de l'expérimentation (Résumé).....	11
III. Objectifs	11
1. Objectifs stratégiques	11
2. Objectifs opérationnels.....	12
IV. Description du projet	13
1. Population Cible.....	13
2. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)	16
3. Effectifs concernés par l'expérimentation.....	29
4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	29
5. Écosystème de partenaires.....	32
6. Terrain d'expérimentation	33
7. Durée de l'expérimentation.....	35
8. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	35
V. Financement de l'expérimentation	37
VI. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	41
1. Aux règles de financements de droit commun.....	41
2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins	41
3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles	42
VII. Impacts attendus.....	43
1. Impact en termes de service rendu aux patients	43
2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.....	43
3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé.....	44
VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	44
IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	46
X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel.....	46
XI. Liens d'intérêts.....	47
XII. Éléments bibliographiques / expériences étrangères.....	47
1. En Allemagne, à Francfort.....	47
2. Au Canada, à Vancouver	48
ANNEXES	50

Description du porteur

L'association *Ithaque*, structure médicosociale de droit privé, a été créée en 1997, suite à la nécessité de reprendre les actions menées depuis 1993 à Strasbourg au titre de *Médecins du Monde* : programme d'échange de seringues (PES) et programme Méthadone. Depuis, l'association *Ithaque* a continué de développer ses activités auprès des usagers de substances psychoactives afin de répondre au mieux à leurs besoins et à leurs réalités de vie et d'usages.

L'association *Ithaque* œuvre à la réalisation des objectifs suivants :

- développer des actions de prévention et de réduction des risques dans le champ des addictions ;
- accueillir et soigner les personnes présentant des addictions, et leur entourage, dans leurs dimensions médicale, sociale, psychologique et environnementale ;
- développer un travail de réseau en médecine de ville, par la mise en œuvre de microstructures de soin de proximité ;
- mettre en œuvre et publier des travaux de recherche et d'évaluation dans le domaine des addictions ;
- organiser des actions de formation, d'information et de sensibilisation concernant les addictions ;
- porter à la connaissance du public et des décideurs les dysfonctionnements observés dans la prise en compte des addictions, et formuler des propositions visant à y remédier.

Ces objectifs sont mis en œuvre à travers différents dispositifs complémentaires gérés par l'association : le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), le réseau des microstructures médicales (RMS), et à travers des actions spécifiques telles que les Consultations jeunes consommateurs (CJC), le Travail Alternatif Payé À la Journée (TAPAJ), les consultations pour l'entourage de personnes consommatrices (Détours), les antennes mobiles de prévention et de réduction des risques (RDR) et l'expérimentation – d'une Halte Soins Addictions (HSA *Argos*).

Afin de mener à bien ces objectifs, l'équipe est constituée de soixante-cinq professionnels : médecins, infirmiers, psychologues, psychiatre, travailleurs sociaux et équipe de direction épaulée par un service administratif. Une cinquantaine de bénévoles viennent en appui au travail mené par ces professionnels.

L'association *Ithaque*, présidée par le Pr Michel Hasselmann, est financée par des fonds publics provenant de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) ainsi que de la Ville de Strasbourg.

Au cours de ses 25 années d'existence, l'association *Ithaque* a été porteuse de nombreuses reprises de projets et d'expérimentations innovants (expérimentation article 51 LFSS 2018 Equip'Addict, Haltes Soins Addictions) dans le domaine des addictions. **C'est forte de ces expériences, d'une connaissance affinée des spécificités des usagers de drogues ainsi que du réseau partenarial, qu'elle propose aujourd'hui l'expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions.**

L'association *Ithaque* en tant que porteur du projet, est en charge :

- de l'ingénierie de projet ;
- de la gestion budgétaire et administrative de l'expérimentation ;
- du recrutement, de la formation et du management de l'équipe pluridisciplinaire ;
- de l'articulation avec les partenaires institutionnels ;
- de la mise en réseau avec l'écosystème de partenaires ;
- de la collecte et du traitement des données d'activités ;
- de l'évaluation du dispositif et des actions qui y sont menées ;
- de veiller au respect des droits, de la dignité et de l'intégrité des personnes hébergées lors de l'expérimentation.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les coopérations déjà existantes sont les suivantes :

- **Ville de Strasbourg** : participation financière à l'investissement et au comité de pilotage ;
- **Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)** : conventions de soins et urgences somatiques et psychiatriques ; Participation financière à l'investissement et au comité de pilotage ;
- **Agence Régionale de Santé Grand Est** : participation financière à l'investissement, au fonctionnement et au comité de pilotage ;
- **Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN)** : mise à disposition d'un temps partiel de Psychiatre.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en annexe 2.

I. Contexte et constats

Depuis novembre 2016, l'association *Ithaque* porte l'expérimentation d'une des 2 salles de consommation à moindre risque (SCMR) de France¹, appelée désormais Halte Soins Addictions HSA). L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), dans son rapport publié en juin 2018, « salle de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », définit ce dispositif comme suit :

*« Les salles de consommation de drogues sont des structures de soins de santé encadrées par du personnel qualifié, qui **permettent aux usagers de drogues de consommer dans des conditions plus sûres. Elles visent à attirer des populations toxicomanes difficiles à atteindre, en particulier des groupes marginalisés** et des individus consommant des drogues dans les espaces publics ou dans des situations de risque et de manque d'hygiène. **L'un de leurs principaux objectifs est de réduire la morbidité et la mortalité en fournissant aux usagers un cadre sûr ainsi que des conditions de consommation plus hygiéniques, et en les éduquant à une consommation limitant les risques.** »*

À Argos, la HSA strasbourgeoise, tout usager de drogues majeur est accueilli de manière anonyme et gratuite de 13h à 19h, 7 jours sur 7. L'équipe composée d'infirmiers et d'éducateurs présents au quotidien est renforcée par des temps de permanences médicale, psychologique, sociale et psychiatrique dans le but de favoriser et faciliter l'accès aux soins et aux droits du public accueilli. Le cahier des charges des SCMR – Haltes Soins Addictions est consultable en annexe 3.

Entre 50 et 80 personnes y sont accueillies quotidiennement. Depuis son ouverture, près de 900 personnes différentes ont pu bénéficier de conseils et de matériel de réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives. 650 usagers ont eu recours à l'espace de consommation sécurisé, leur permettant de réduire ainsi les risques encourus du fait de leurs pratiques et de leurs conditions de vie particulièrement précaires. Plus de 50% d'entre eux sont sans domicile fixe, c'est à dire sans logement stable. Le défaut de logement peut être ici relatif ou absolu et se décline sous plusieurs formes : certains vivent à la rue, sous tente ou en squat, d'autres dans des structures d'hébergement d'urgence, et d'autres encore chez un tiers. Le sans-abrisme se caractérise également par sa temporalité, à savoir intermittente, chronique ou de crise.

Si l'équipe a su susciter et accompagner les demandes de soins (1 160 actes infirmiers, 583 consultations médicales, 480 consultations psychiatriques, 661 test à orientation diagnostique, réalisés en 3 ans de fonctionnement), et si, dans une majorité de situations, l'issue des démarches a pu être favorable (traitement de substitution, traitement du VHC, accompagnement en CSAPA...), de nombreux usagers, principalement les plus marginalisés, ont vu leur état de santé se dégrader quand bien même le pronostic de départ était favorable.

L'épidémie de la Covid 19 apparue au printemps 2020 a également mis en exergue le constat du besoin d'un accompagnement spécifique de ces publics.

Le contexte de confinement et la fermeture de plusieurs dispositifs d'accueil ont accentué la précarité de nombreuses situations de personnes, et notamment celles nécessitant de soins, qu'ils soient d'ordre physique ou psychique. L'accès aux services hospitaliers s'étant complexifié, la crainte de contracter le

¹ Loi de modernisation de notre système de santé et arrêté du 22 mars 2016 fixant le cadre de l'expérimentation nationale des SCMR

virus au sein de l'hôpital ou la crainte de ne pas être accueilli, car jugé non prioritaire en tant que consommateur de substances psychoactives, sont autant de freins qui se sont révélés au cours de la période épidémique.

Des situations se sont aggravées, jusqu'à devoir être traitées en urgence, et des cas de coronavirus ont alors été dépistés. Mais malgré l'ouverture d'un centre d'accueil spécifique pour personnes sans domicile atteintes de la Covid 19, toutes ne peuvent pas y accéder. Les animaux de compagnie, par exemple, ne sont pas acceptés, et si leurs propriétaires ne peuvent ou ne souhaitent pas trouver une solution de garde, ces derniers restent à la rue, rejoignent potentiellement d'autres personnes et véhiculent probablement le virus au sein du groupe.

Si ces personnes ont pu continuer à bénéficier des missions d'accueil et d'accompagnement proposées par l'association Ithaque, il a fallu adapter ces dernières (instauration et explication des gestes barrière, respect de la distanciation sociale) et d'autres missions spécifiques se sont ajoutées.

Dans l'urgence de la situation, des services d'hébergement ont été mis en place, notamment par la réquisition de certains hôtels, mais les équipes accueillantes ont été confrontées à un regroupement de personnes sans domicile aux profils et parcours de vie variés. Les consommations de substances psychoactives ont été l'une des difficultés à prendre en compte dans ces nouveaux lieux d'habitation, et ce d'autant plus que les équipes sur place avaient peu de connaissances du travail d'accompagnement en addictologie. Des membres de l'association Ithaque sont venus en renfort sur des temps d'intervention dédiés à la réduction des risques et des dommages, afin de former les équipes (information sur les différents produits, sensibilisation aux états de manque et aux overdoses) et d'accompagner les résidents consommateurs (délivrance de matériel, orientation vers les lieux de soins).

Des difficultés peuvent survenir à cause des stéréotypes rattachés aux personnes consommatrices qui restent prégnants, même dans le milieu médical. Pour illustrer le préjudice que peuvent entraîner les idées préconçues, il y a l'exemple de cet usager hébergé à l'hôtel, se plaignant de fortes douleurs qui poussent le gérant à contacter le SAMU. Ce service d'urgence diagnostique sur place une overdose et laisse, au gérant totalement démuni, des consignes de suivi de l'état de la personne. Finalement, l'histoire dira qu'il s'agissait des symptômes de la Covid 19. Le test révélé positif a permis à la personne de rejoindre le centre d'accueil spécifique et de bénéficier d'une surveillance médicale, renforcée par une permanence spécifique en addictologie tenue par des membres de l'équipe détachés par Ithaque.

Cette période de crise sanitaire confirme la nécessité de créer un dispositif d'hébergement accueillant les personnes consommatrices de substances psychoactives avec leurs modes de vie pour les amener vers le soin, ainsi que celle de renforcer le travail en partenariat pour permettre d'adapter l'accueil qui leur est proposé dans les dispositifs existants.

Quels sont les mécanismes en jeu ici ? Pourquoi certains usagers n'accèdent-ils pas à une meilleure santé, même si le pronostic de départ est bon ? Quels sont les freins à l'accès aux soins de ces usagers les plus marginalisés ? Pourquoi n'accèdent-ils pas aux dispositifs de droits commun ? Les dispositifs de soins sont-ils adaptés aux usagers accueillis au sein de la HSA Argos ?

Pour répondre à ces interrogations, un questionnaire a été élaboré par l'équipe au printemps 2017, demandant aux usagers d'Argos les raisons qui les empêchent, selon eux, d'accéder aux dispositifs d'hébergement et de soins existants.

Sur 39 personnes interrogées, 16 vivaient à la rue au moment de l'enquête, 6 en squat, 8 sous tente, 3 en caravane et 1 à l'hôtel ; seules 5 personnes déclaraient avoir un logement durable (2 ayant un logement personnel, 3 vivant en CHRS).

Parmi les 34 personnes sans « chez soi » :

- seules 11 ont fait appel au 115 dans les 6 mois précédant l'enquête.
- 13 d'entre elles identifient leurs consommations comme étant un frein à l'inclusion dans les structures de droit commun, 8 incriminent leur chien.
- 15 d'entre elles ont refusé des propositions d'hébergement du fait des horaires imposés par le dispositif et 12 en raison de la cohabitation forcée.

Pour compléter ces données, un état des lieux a été réalisé en 2018 auprès des personnes fréquentant l'association. Ce dernier a révélé que 80 d'entre elles, du fait d'une altération de leur état de santé et de la précarité de leur situation sociale, auraient pu bénéficier d'un hébergement de type Lits Halte Soins Santé (LHSS) ou Lits d'Accueil Médicalisé (LAM), dont 20 pour le seul dispositif Halte Soins addictions.

Toutefois, leur orientation vers les dispositifs existants est très difficile, soit en raison d'une appréhension et d'une méfiance à l'égard des dispositifs de droit commun, soit en raison d'une incompatibilité entre leur mode de vie et le fonctionnement de ces dispositifs, ou encore en raison de la difficulté de prise en charge de ce public par les structures existantes (du fait de représentations négatives de leurs équipes, faute de formations spécifiques en addictologie et en réduction des risques par exemple).

Ces constats locaux sont corroborés au niveau national par la littérature. On peut citer notamment Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin², qui dans leur rapport remis à la Ministre de la Santé et des Sports en 2009 (La santé des personnes « sans chez soi »³) observent déjà que « *Ce phénomène des personnes « sans chez soi » est révélateur à la fois des difficultés du système de soins à répondre aux besoins de ces personnes, mais aussi de l'importance d'avoir un*

² Vincent Girard est psychiatre, praticien hospitalier, coordinateur d'un programme expérimental de santé communautaire à Marseille dans le service du Pr. Naudin (Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille) et professeur assistant dans l'équipe de recherche « Yale Programm for Recovery and Community Health" du Pr. Davidson (New Haven, Connecticut). Pascale Estecahandy est médecin généraliste et praticien hospitalier au CHU de Toulouse où elle coordonne un réseau d'accès aux soins pour les personnes sans chez soi, une équipe mobile et des lits halte soins santé rattachés au département de santé publique du Pr Grand. Pierre Chauvin, médecin et épidémiologiste, est directeur de recherche à l'Inserm où il dirige l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris), et membre du Haut Conseil de la Santé Publique.

³ La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi. La Documentation française, pp.231, 2010. inserm-00452211

chez soi pour la santé. » et d'ajouter au sujet des personnes en situation d'addiction : « ***De plus, la présence d'un problème d'addiction vient encore augmenter à la fois la gravité du tableau clinique, les risques sanitaires encourus et les difficultés d'accès aux soins.*** »

Au 1^{er} février 2020, seuls 3 usagers d'Argos ont pu accéder à un dispositif LHSS et tous l'ont quitté de manière prématurée (exclusion ou rupture de prise en charge).

En prenant en compte le fait qu'une part importante des usagers de drogues en situation de grande précarité est en compagnonnage avec un ou plusieurs chiens, les données récentes du service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) (novembre 2019), viennent mettre en lumière un autre facteur excluant, celui du refus de se séparer de son animal. Ainsi, les motifs reconnus par l'État justifiant la comptabilisation des demandes non pourvues par le 115 sont notamment les suivants :

- absence de places disponibles ;
- refus du 115 lié à la problématique du demandeur (pathologie lourde, présence animale...) ;
- refus du 115 lié au comportement de l'utilisateur (problème d'agressivité, sous l'emprise de psychotropes, ...) ;
- refus de la structure d'accueillir la personne.

Les structures d'hébergement accueillant des personnes ayant des chiens sont rares et, lorsqu'elles existent, ne disposent que de peu de places spécifiques. De plus, les dispositifs permettant l'accueil des animaux aux côtés de la personne, et non en chenil, sont encore plus rares.

La question de l'usage de substances est au cœur de la problématique. Comme indiqué ci-dessus, la mention « sous l'emprise de psychotropes » est l'un des motifs de refus des dispositifs d'hébergement en urgence, mais également l'un des freins repérés dans l'accès aux soins. Même s'il n'est pas toujours stipulé dans le cahier des charges des structures que l'usage de substances est interdit, de fait, toute consommation y est prohibée. Cet interdit impacte les relations entre soignants et soignés, accueillants et accueillis. Suspicion d'un côté, dissimulation de l'autre, mènent à une incompréhension et parfois à des conflits. L'utilisateur de drogues est souvent vu comme un patient ou une personne hébergée « problématique ». Pour preuve, certaines structures font le choix de n'accueillir simultanément qu'un nombre restreint de personnes repérées comme consommatrices de produits, par crainte des conflits avec l'équipe ou les autres usagers.

De nouvelles questions se posent alors : **Comment permettre à ces usagers les plus marginalisés d'accéder à des soins et ainsi éviter une aggravation de leur état de santé ? Peut-on favoriser leur accès aux dispositifs de droit commun ou faut-il imaginer un dispositif spécifique ?**

Ces questions sont d'autant plus prégnantes qu'elles s'inscrivent dans un contexte régional de forte présence d'héroïne et de cocaïne, comme le décrit l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), dans le portrait de territoire qui révèle que la région Grand Est se démarque de la moyenne nationale par :

- Une présence importante d'héroïne et de cocaïne dans la région avec des décès par surdose et des ventes de traitements de substitution beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, notamment en Alsace et en Lorraine ;
- Une absence de prise en charge coordonnée des personnes présentant des troubles addictifs.

C'est en partant de ces constats que le fonctionnement du dispositif de soins avec hébergement adossé à la HSA Argos a été pensé autour d'un accueil et d'un accompagnement individualisé et adapté aux réalités de vie et d'usages du public accueilli, en imposant peu, voire pas de contraintes horaires, en proposant des places permettant l'accueil des animaux de compagnie en chambre et en permettant aux usagers de substances de consommer leurs produits dans un espace dédié sous la supervision de deux professionnels présents pour donner des conseils de réduction des risques et intervenir en cas de malaise, d'overdose et d'hémorragies, et ce grâce à un accès 24 h sur 24 à la Halte Soins Addictions adjacente.

De plus, la présence en continu du personnel soignant et éducatif, telle qu'elle est prévue, doit permettre des modalités d'entretiens, de soins et d'accompagnement innovants, s'adaptant au mieux à la temporalité et au rythme du public accueilli car, comme l'énonçait déjà au 19^{ième} siècle le philosophe Danois Soren Kierkegaard : « *On doit avant tout, si l'on veut véritablement conduire quelqu'un à un lieu précis, faire attention à le rencontrer là où il se trouve, et commencer là. Ceci est le secret de tout art qui vise à aider son prochain.* ». Ainsi un pansement, un test de dépistage à orientation diagnostique (TROD) ou un entretien de réduction des risques pourront être effectués en pleine nuit, et bon nombre de démarches administratives pourront être faites en ligne aux heures les plus propices, non pas pour les intervenants, mais bien pour la personne hébergée.

« La liberté de ces personnes est le maître mot. Il découle de cette position que le projet de la personne soit élaboré en commun avec elle. Il prend appui sur la capacité de cette dernière à décider de sa vie, sur sa parole, sur une temporalité qui lui est propre, et sur ses droits. »

Projet institutionnel, Avril 2012, Association *Ithaque*

Il s'agit ainsi de cheminer avec la personne, de l'associer aux démarches la concernant en cherchant sa participation active, en faisant *avec* et non *pour* elle, et ce dans l'objectif de favoriser son maintien dans le dispositif, ainsi que la mise en œuvre des soins médicaux et sociaux requis. C'est en pensant à l'« après », et pour faciliter l'accueil des personnes hébergées dans des dispositifs de droit commun, que le choix a été fait de proposer, aux partenaires prenant le relais de ces accompagnements, un suivi conjoint pouvant s'étendre sur 6 mois en fonction des besoins des partenaires et des personnes anciennement hébergées.

L'expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement à haut seuil de tolérance et aux modalités d'accueil prenant en compte la temporalité du public accueilli, à savoir les usagers de drogues sans domicile fixe présentant une ou plusieurs problématiques de santé, s'inscrit pleinement dans le Programme Régional de Santé Grand Est 2018-2028, en ce sens qu'il prend en compte les pistes d'améliorations énoncées axe 4 chapitre 8 :

- **La structuration d'une offre de soins graduée** à l'échelle des zones d'implantation du niveau de soins de référence (ELSA, offre de proximité, restructuration des filières addictologie) en lien avec les dispositifs de ville et médico-sociaux ;
- **Le développement de parcours de santé coordonnés** prenant en considération les poly-consommations et comorbidités (médecine libérale, pharmacies, structures spécialisées en addictologie médico-sociales et hospitalières, dispositif hospitalier à orientation somatique et psychiatrique...) avec un focus sur la réduction des risques et des dommages.

II. Objet de l'expérimentation

L'objet de l'expérimentation est l'amélioration du parcours de soins des consommateurs actifs en situation de grande précarité présentant une ou plusieurs pathologies incompatibles avec la vie à la rue, grâce à un accueil dans un lieu de vie et de soins avec accès à un espace de consommation.

Le présent projet est construit dans une approche pragmatique, proposant aux usagers de la salle de consommation à moindre risque en situation de grande précarité, présentant une ou plusieurs problématiques de santé incompatibles avec la vie à la rue, un accompagnement individualisé au sein d'un hébergement temporaire faisant preuve d'une grande adaptabilité et d'un haut seuil de tolérance.

III. Objectifs

1. Objectifs stratégiques

Il résulte, des constats énumérés au chapitre 1, une réflexion sur la mise en place d'un dispositif d'hébergement s'inscrivant dans une perspective de réduction des risques et des dommages liée aux modes de vie des personnes. En découlent les objectifs stratégiques suivants :

- 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.

Ces objectifs s'inscrivent dans les directives nationales et régionales de santé suivantes :

- Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2018-2022, prolongé par la stratégie interministérielle de mobilisation contre les addictions 2023-2027
- Feuille de route 2019-2023 : mobilisation contre les addictions Grand Est
- Programme régional de santé Grand Est 2018-2028

2. Objectifs opérationnels

Le dispositif de soins avec hébergement adossé à une Halte Soins Addictions permet :

- un repérage et une orientation facilitée grâce à la proximité avec la Halte Soins Addictions et l'Hôpital;
- un hébergement médico-social fonctionnant en continu ;
- un accès 24h/24 à un espace de consommation supervisée ;
- limiter les risques d'overdoses ;
- limiter les risques de contaminations et d'infections ;
- parler des 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 ambulatoires ;
- l'accès à un parcours de soins allant du dépistage des problématiques de santé à leur prise en charge ;
- un temps d'observation clinique de la symptomatologie présentée par la personne 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 la personne 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 démarche d'aide à l'ouverture des droits ;
- des ateliers et forums afin d'enrichir la vie des résidents, certains étant mutualisés avec ceux existants de l'association Ithaque (sorties culturelles, photo, cuisine, expressions artistiques, sport, journal, accompagnement à la réduction des risques), d'autres restant à développer spécifiquement pour l'hébergement, en vue de recréer du lien social et d'envisager une vie au quotidien qui ne soit plus centrée uniquement sur la consommation du produit ;
- un accompagnement vers un logement autonome/logement accompagné ou autre solution d'hébergement plus durable, en assurant la continuité du suivi ;
- un partenariat avec l'Hôpital situé à proximité immédiate.

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 autonome.

IV. Description du projet

Afin de faciliter la description du projet, la dénomination *Argos* évolue :

- *Argos 1* représente la Halte Soins Addictions, expérimentation démarrée depuis novembre 2016 ;
- *Argos 2* représente le futur dispositif de soins avec hébergement adossé à la Halte Soins Addictions.

Cette distinction est nécessaire pour comprendre les missions spécifiques ainsi que les interactions entre chaque dispositif.

1. Population Cible

L'expérimentation d'un dispositif de soins avec hébergement adossé à une HSA s'adresse aux **usagers de drogues sans domicile fixe inclus dans l'expérimentation de la HSA Argos 1** et qui, du fait de leurs pratiques d'usages 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** (cf. figure 1).

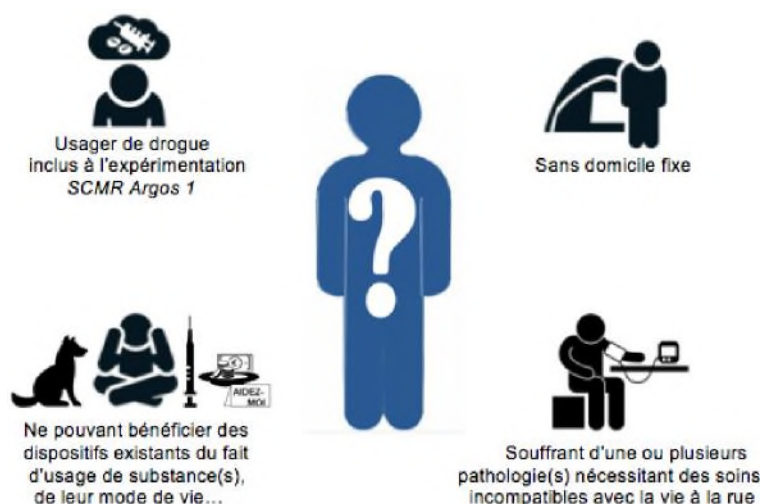


Figure 1 : population cible de l'expérimentation

Afin d'obtenir une définition claire du public accueilli, il convient de définir les critères énoncés :

a. Usagers de drogues inclus dans l'expérimentation de la HSA Argos 1 :

Peuvent être incluses dans l'expérimentation « HSA *Argos 1* », toutes personnes majeures faisant usage d'une ou plusieurs substances psychoactives, quel que soit le mode de consommation usité (sniff, inhalation ou injection) ou le produit consommé. Seuls les mineurs, les primo-consommateurs et les personnes faisant exclusivement usage de cannabis, de tabac et/ou d'alcool sans autres consommations associées, ne peuvent être inclus et sont réorientés vers les structures adaptées telles que les CSAPA, le CAARUD, les CJC ou les consultations de médecine générale.

Les personnes accueillies à la HSA viennent de leur plein gré, régulièrement, principalement sur les conseils d'une personne déjà inscrite. Certaines ont connu le dispositif *via* les médias et d'autres encore ont pu être orientées *via* des partenaires (maraudes, CSAPA, microstructures, services hospitaliers, médecins généralistes, structures d'accueil, services de police, partenaires transfrontaliers...).

Les usagers inclus ont la possibilité d'accéder à l'espace de consommation d'Argos 1, mais cela n'est en rien une obligation. Ainsi, plus de 900 usagers ont été accueillis sur les espaces d'accueil et dans le cadre du programme d'échange de seringues d'Argos 1 depuis novembre 2016. L'espace de consommation est un espace collectif regroupant 12 postes de consommation, supervisés en permanence par deux professionnels ; or il n'est pas toujours aisé pour les usagers de drogues d'exposer leur pratique aux yeux de professionnels ou même d'autres usagers, tant le poids des années passées à devoir se cacher pèse sur leurs épaules.

Si 650 d'entre eux ont fait le choix d'utiliser l'espace de consommation au cours d'au moins une de leurs venues, 250 n'ont pas encore franchi cette étape. Certains auront besoin de temps pour « apprivoiser » l'équipe et lui faire confiance, avant d'oser formuler la demande d'accéder à l'espace de consommation. D'autres ne la formuleront peut-être jamais.

Lorsqu'un usager souhaite accéder à l'espace de consommation d'Argos 1, un questionnaire d'inclusion est réalisé par l'un des professionnels de la structure au cours d'un entretien dit « d'inclusion à l'expérimentation HSA ». Ce questionnaire permet à la personne accueillie de faire le point sur ses pratiques de consommation, ses ressources et ses conditions de vie, avec le professionnel.

Seules les personnes ayant bénéficié de l'entretien d'inclusion à l'expérimentation HSA Argos 1 et ayant fréquenté l'espace de consommation seront éligibles à l'une des 20 places d'hébergement et de soins de l'expérimentation Argos 2.

b. Personnes Sans Domicile Fixe :

« Sans domicile fixe », « sans-abri », « sans chez-soi », « sans logis », sont autant de concepts tendant à définir une population hétérogène, ayant comme facteur commun la précarité du statut d'occupation.

Le dispositif Argos 2 est destiné à accueillir toutes les personnes privées d'une résidence fixe et décente, sans notion de durée ou de continuité, telles que celles allant d'un hébergement à un autre, qu'il s'agisse de structures sociales ou de logements appartenant à un tiers. Il peut également s'agir de personnes n'ayant aucune expérience de la rue, mais se voyant contraintes de changer fréquemment de résidence.

À ce jour, plus de 150 personnes fréquentant l'espace de consommation de la HSA Argos 1 sont hébergées par un tiers ou dans une structure sociale et plus de 180 déclarent résider dans des lieux non prévus pour l'habitation, tels que la rue, les parkings, les caves, les tentes et les squats.

La notion de décence est importante à relever : en effet, sont incluses ici dans la dénomination « sans domicile fixe » les personnes ayant un hébergement ne leur garantissant pas le respect de leurs droits fondamentaux du fait de leur insalubrité notamment, ceci pouvant interférer avec la qualité des soins nécessités par leur situation médicale.

c. Personnes dont le mode de vie ou le besoin d'accompagnement est peu ou pas compatible avec les dispositifs existants :

Comme énoncé dans le chapitre « contexte et constats », les usagers de drogues accèdent plus difficilement aux dispositifs de droit commun, et lorsqu'ils y accèdent, peu bénéficient de sorties positives, bien que les dispositifs existants tentent de s'adapter au mieux aux situations des personnes accueillies. Les personnes qui cumulent consommations de produits, compagnonnage de chiens et horaires de vie atypiques, en plus de la nécessité de soins, ne parviennent pas à trouver une solution adaptée.

Le dispositif expérimental de soins avec hébergement *Argos 2* s'adresse à ce public spécifique qui cumule les motifs de refus des structures de droit commun et pour lequel aucune autre solution n'est possible :

- soit du fait de consommations répétées et impossibles à aménager dans le cadre des horaires d'entrée et de sortie des dispositifs existants ;
- soit à cause de leur compagnonnage avec un ou plusieurs animaux de compagnie ;
- soit du fait de leur mode de vie en inadéquation avec les horaires imposés par les dispositifs. Il ne s'agit pas simplement de répondre à une incapacité à respecter un horaire, mais bien de tenir compte des spécificités du mode de vie des personnes accueillies. Ainsi, une personne dont la mendicité est l'unique ressource, sera dans la rue aux heures habituelles des repas, ce temps étant l'un des plus propices pour cette activité ;
- soit à cause d'un parcours de longue errance leur rendant trop difficile la vie en collectif, dans du « dur » et avec un cadre qui nécessite une prise en charge à haut seuil de tolérance.

Les usagers éligibles à *Argos 2* seront ceux que l'équipe aura repérés comme s'inscrivant difficilement dans les dispositifs classiques de prise en charge existants.

d. Personnes atteintes d'une ou de plusieurs pathologies physique ou psychique incompatibles avec la vie à la rue :

Est entendu ici, tout usager présentant une pathologie aiguë ou une complication aiguë d'une pathologie chronique ne nécessitant pas une hospitalisation, mais dont la situation médicale risque de s'aggraver au point de conduire à une hospitalisation, faute d'un accès à un hébergement adapté.

Il ne saurait être dressée une liste exhaustive des pathologies pouvant motiver l'inclusion au dispositif de soins avec hébergement *Argos 2*, car toutes celles présentées pourront faire l'objet d'une inclusion : infections respiratoires, abcès, plaies chirurgicales, fractures, phlébites et érysipèle sont autant d'exemples susceptibles de motiver une admission dans le dispositif.

Pourront également être admises dans le dispositif de soins avec hébergement *Argos 2*, les personnes en situation pré et post-opératoires et/ou en pré et post-hospitalisation, indépendamment du service hospitalier concerné (médecine, chirurgie ou psychiatrie) mais également les personnes ayant des difficultés d'observance d'un traitement. Le but est ici de favoriser le pronostic en peropératoire et per-hospitalisation et de favoriser l'observance des traitements prescrits.

Bien que la grossesse ne constitue pas en soi une pathologie, il s'agit d'une période de grande vulnérabilité pour les femmes vivant à la rue. Ainsi, la grossesse peut constituer un motif d'inclusion dans le dispositif, dans l'attente d'un accès à un dispositif spécialisé et ce pour favoriser le suivi de grossesse par les structures appropriées (ELSA périnatalité). Le compagnon de la femme enceinte accueillie pourra également être admis afin de favoriser le maintien de cette dernière dans le dispositif, et d'entamer les démarches pour accéder aux dispositifs dédiés. Ce temps d'accueil sera limité au temps de la grossesse, les enfants ne pouvant être accueillis à *Argos*.

Trois exemples de situations de personnes accompagnées dans le cadre de la HSA sont détaillés en annexe 4. Ces descriptions permettent d'illustrer certains types de difficultés auxquelles est confrontée la population recensée dans le paragraphe précédent pour accéder aux soins.

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

La HSA *Argos 1* et le dispositif de soins avec hébergement *Argos 2* sont installés dans un bâtiment situé au sein du CHRU de Strasbourg (Quai Menachem Taffel 67000 Strasbourg).



Figure 2 : Plan du CHRU de Strasbourg : localisation de la HSA Argos 1

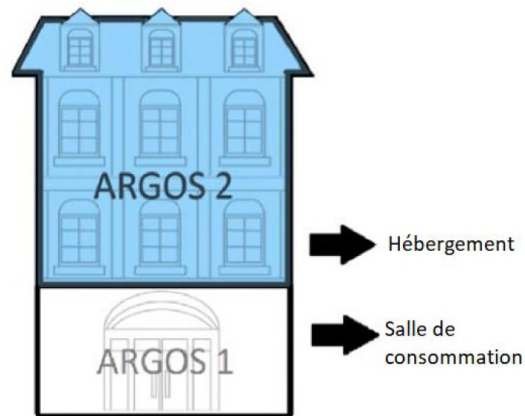


Figure 3 : Répartition des dispositifs au sein du bâtiment

Depuis novembre 2016, la HSA gérée par l'association Ithaque se trouve dans un bâtiment indépendant situé dans l'enceinte du CHRU de Strasbourg (cf. figure 2 et 3). Les étages supérieurs étant vacants, des travaux de réhabilitations ont été menés afin d'y créer 20 places d'hébergement.

Plusieurs dispositifs de sécurisation ont été déployés afin de garantir le bon fonctionnement des deux expérimentations et prévenir le risque de trafic. Ainsi, le bâtiment se situe dans les murs de l'enceinte du CHRU de Strasbourg, et est entouré d'une enceinte grillagée accessible par des portails fermés. Il dispose également de deux entrées distinctes pour chaque dispositif, toutes deux sécurisées avec des visiophones équipés de caméra à l'extérieur. Un agent de médiation présent 24h/24 à la HSA assure la tranquillité aux abords immédiats du bâtiment et apporte un appui aux professionnels de l'équipe pluri professionnelle en contribuant à la fluidité entre *Argos 1* et *Argos 2*, en particulier au moment de la fermeture d'*Argos 1*.

Enfin, des casiers personnels mis à disposition au sein de l'espace *Argos 1* permettront de déposer les substances psychoactives des personnes hébergées au sein d'*Argos 2* afin de s'assurer qu'elles ne les emmènent pas dans l'espace d'hébergement.

Afin de pouvoir détailler les modalités d'intervention et le parcours d'une personne au sein du dispositif d'hébergement, il convient de rappeler rapidement l'organisation de l'accueil et des services proposés en journée à la HSA.

Un schéma détaillé du parcours est disponible en annexe 5.

a. **Accueil au sein de la HSA Argos 1**

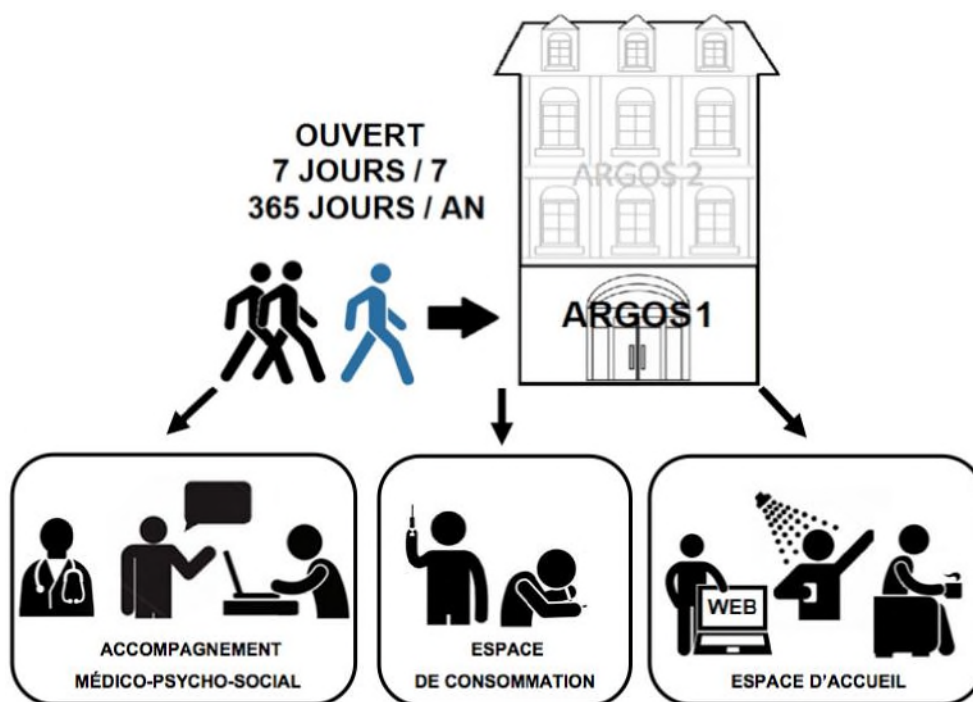


Figure 4 : Accueil au sein de la HSA Argos 1

Chaque personne qui arrive à la HSA est reçue en entretien dans un bureau par un membre de l'équipe, infirmier ou travailleur social.

Cet entretien vise à s'assurer que la personne est bien consommatrice active de substances psychoactives et majeure. Il permet également de présenter le cadre expérimental de la SCMR, son fonctionnement et son règlement, les professionnels ainsi que leurs missions. Les principes d'anonymat et de gratuité sont exposés, la personne est alors libre d'évoquer son parcours, ses potentielles problématiques, ses envies et ses besoins autour desquels un accompagnement peut se construire. Afin d'accéder à l'espace de consommation, un questionnaire est proposé, lui permettant d'évoquer sa situation et son cheminement dans ses consommations. En fin d'entretien, le règlement est signé et un identifiant est créé pour la personne, avant de lui faire visiter les locaux.

Les locaux de la HSA sont composés de différents espaces (cf. Figure 4) :

- **Le comptoir d'accueil** permet d'accueillir les personnes à leur arrivée, de les inviter dans un bureau en cas de première visite et de délivrer les conseils et le matériel de réduction des risques (seringues, eau stérile, cups, acide, récupérateurs, pailles, pipes, aluminium...) dont elles auraient besoin.
- **L'espace d'accueil** garantit l'accès à de la petite restauration (café, gâteau) ainsi qu'à des sanitaires (WC et douches) et permet aux personnes d'accéder à de l'information grâce aux panneaux d'affichage et à la mise à disposition de documentation ou grâce à un ordinateur avec accès à internet.
- **L'espace de repos** est un lieu où le calme est recherché, que ce soit après une longue nuit d'errance pour récupérer quelques heures de sommeil ou après une consommation pour en gérer les effets.

- **L'espace de consommation** est supervisé par deux membres de l'équipe dont au moins un infirmier. Les personnes viennent y consommer leur produit en injection, en inhalation ou en sniff, avec du matériel propre qui leur est délivré. Une salle de soins attenante permet d'effectuer des soins ou des entretiens relatifs aux prises de risques liées aux consommations.

Des bureaux sont disponibles de manière à proposer une rencontre plus confidentielle avec un membre de l'équipe.

Ces rencontres, entretiens et accompagnements menés au sein de la HSA, chaque jour de la semaine de 13h à 19h et 365 jours/an ont permis à l'équipe d'être repérée et sollicitée pour un soutien dans les démarches de soins ou d'ordre social.

Malgré ces possibilités, certaines personnes rencontrées dans le cadre de la HSA ont vu leur état de santé se dégrader. Ces personnes sont sans domicile et ne peuvent prétendre à un hébergement *via* le SIAO car elles sont généralement accompagnées de chien-s, sont sous l'emprise de consommations interdites dans les dispositifs existants et ont des habitudes de vie difficilement adaptables aux horaires ou rendez-vous imposés par les structures partenaires.

Ces personnes, pour lesquelles la HSA est parfois le seul dispositif fréquenté, peuvent être orientées vers le dispositif de soins avec hébergement par les membres de l'équipe.

b. Circulation des personnes au sein d'Argos 1 et 2 :

Pour une compréhension optimale de la circulation des personnes au sein du dispositif *Argos* dans sa globalité, il est important de rappeler que tout usager souhaitant accéder à *Argos*, qu'il soit hébergé ou non, doit se présenter à l'entrée principale, située quai Menachem Taffel.

Chaque dispositif possède quant à lui son entrée propre et distincte dans le bâtiment :

- la première à l'avant du bâtiment permet l'accès au dispositif salle de consommation à moindre risque (*Argos 1*) ;
- la seconde sur le côté permet l'accès au dispositif d'hébergement (*Argos 2*).



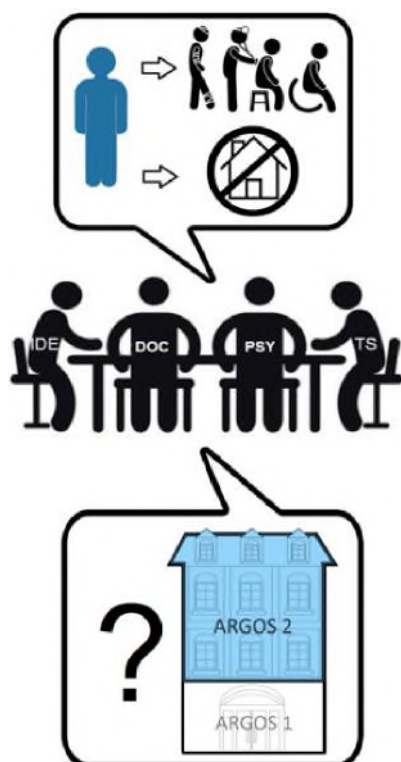
Figure 5 : entrée avant Argos 1 HSA



Figure 6 : entrée latérale Argos 2 hébergement

- Entre 13h et 19h, le portail situé sur le quai Menachem Taffel est ouvert permettant l'accès aux usagers des deux dispositifs.
- En dehors de cette plage horaire, le portail est fermé et actionné à distance grâce à un visiophone.

b. Orientation vers le dispositif de soins avec hébergement *Argos 2*



Le repérage des personnes pouvant bénéficier d'une chambre à *Argos 2* en vue d'accéder à un accompagnement adapté vers les soins se fait à partir de la HSA.

Lorsqu'une place est disponible à *Argos 2*, les situations sont discutées lors d'une réunion d'équipe (cf. Figure 10). La priorité est donnée aux situations des personnes dont l'état de santé est préoccupant et qui sont dépourvues de solution dans le droit commun. Les pratiques de consommation et le parcours global sont également pris en compte. La personne orientée vers le dispositif d'hébergement est alors informée 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 « à domicile ».

Figure 7 : orientation vers *Argos 2*

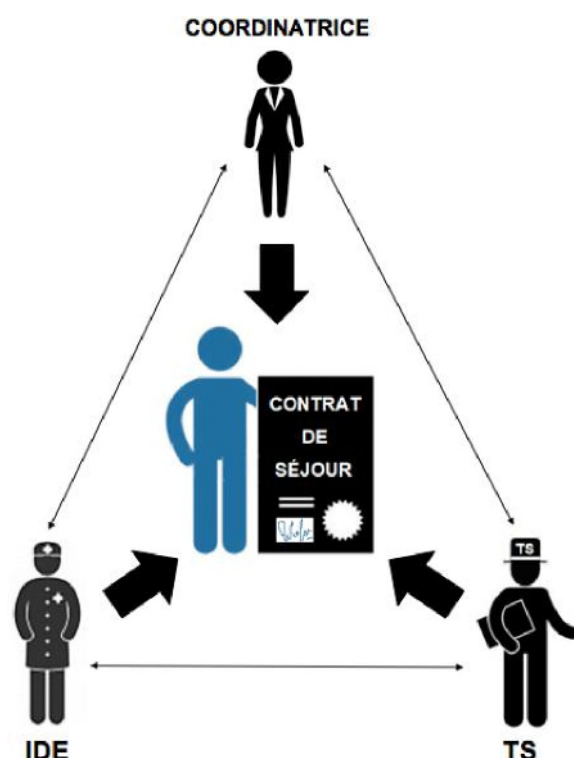
c. Admission et entretien d'accueil

La personne est reçue en entretien par le coordinateur du dispositif d'hébergement qui évoque avec elle 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, principalement 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 (cf. Figure 8).

Figure 8 : admission et entretien d'accueil



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

Le contrat de séjour permet de garder en mémoire un « fil rouge » des démarches entreprises avec la personne. Il peut être consulté et complété par la personne et les membres de l'équipe, et est réévalué au minimum tous les deux mois.

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...).

Utilisation des casiers destinés aux personnes hébergées :

L'immunité pénale prévue pour les usagers dans le cadre de la HSA n'est pas applicable à l'espace d'hébergement. Par conséquent, la détention et l'usage de substances illicites sont interdites dans l'espace d'hébergement Argos 2.

Les personnes hébergées doivent déposer toute substance illicite en leur possession dans un casier personnel et 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 à Argos. La personne doit présenter le produit qu'elle possède, en annoncer le nom et la quantité. La quantité pouvant être déposée correspond aux quantités définies correspondant à une consommation personnelle.

Lorsqu'une personne hébergée souhaite consommer et si son état le permet (état de conscience, état physique...), le professionnel en charge d'établir les tickets à l'entrée de l'espace de consommation l'accompagne et lui ouvre son casier personnel. La personne hébergée 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 à Argos 2

La personne est accueillie dans les locaux du dispositif d'hébergement (cf. plan en annexe 6). 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.

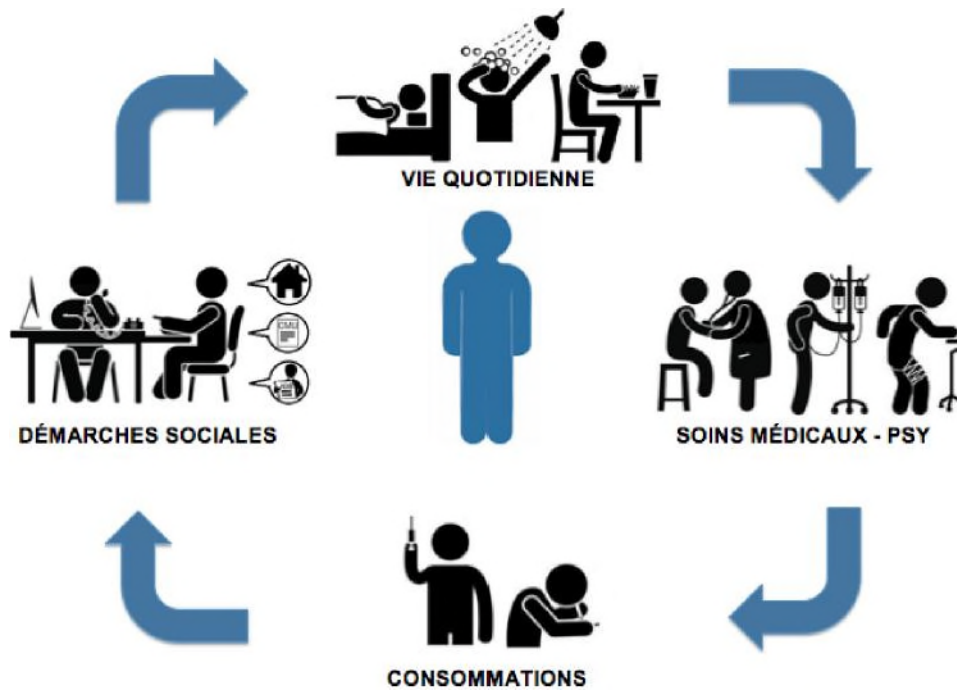


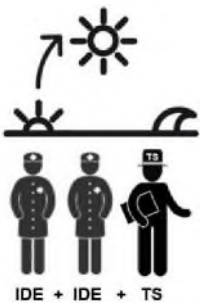
Figure 9 : accueil et accompagnement dans la vie quotidienne à Argos 2

Tout comme les membres de l'équipe présents en journée dans le cadre de la HSA, 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 (cf. Figure 9).

Le travail en continu implique une présence 24h/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 :

- La matinée : de 6 h 30 à 13 h 30, trois intervenants sont présents, dont deux infirmiers.



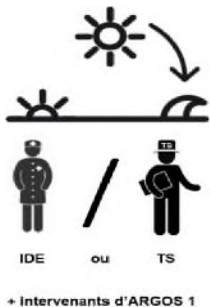
Le petit-déjeuner est proposé de manière échelonnée en fonction des réveils. Les pansements et soins sont priorités en matinée ainsi que les prises de rendez-vous extérieurs, les entretiens sociaux et l'organisation d'accompagnements extérieurs.

L'accès à l'espace de consommation du rez-de-chaussée est possible jusqu'à 12 h. 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 trois professionnels restent mobilisés à l'étage.

De 12h à 13h, c'est le temps privilégié pour organiser la prise des repas autour d'un moment convivial, mais non imposé, partagé avec les membres de l'équipe en poste. En parallèle, le nettoyage de l'espace de consommation par l'agent d'entretien est effectué avant l'ouverture aux usagers de la HSA Argos 1 à 13 h 00.

Un temps de transmission a lieu entre 12 h 30 et 13 h 00 avec un intervenant d'Argos 2 et l'équipe de la HSA Argos 1. Ce moment permet de partager les événements de la matinée et de noter des points de vigilance sur les pratiques de consommation ou l'état de santé de certaines personnes hébergées.

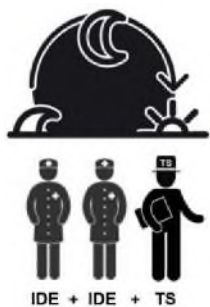
- L'après-midi : de 12 h 30 à 19 h 30, un seul intervenant est présent (infirmier ou travailleur social)



Seul à l'étage, mais épaulé par au moins 5 professionnels au rez-de-chaussée, sa mission principale est de veiller à la tranquillité des lieux et de rester disponible pour les personnes qui resteraient en chambre. Il peut également être amené à effectuer des accompagnements extérieurs en mutualisant les moyens avec les équipes de l'association *Ithaque*.

Au cours de l'après-midi, les personnes hébergées se rendent directement au rez-de-chaussée pour bénéficier de l'accueil de jour et de la supervision de l'espace de consommation par l'équipe de la HSA Argos 1.

- La soirée et la nuit, entre 19 h 00 et 7 h 00, trois intervenants sont présents, soit deux infirmiers et un travailleur social



Un temps de transmission a lieu entre 19 h 00 et 19 h 30 avec un intervenant d'Argos 2 et l'équipe de la HSA Argos 1. Ce moment permet de recueillir les événements survenus au cours de l'après-midi au sein de la HSA, ainsi que les démarches effectuées avec certaines personnes qui seraient hébergées. Entre 19 h et 20 h, l'accès à l'espace de consommation du rez-de-chaussée est restreint pour, d'une part, permettre son nettoyage, et d'autre part privilégier le moment du repas du soir en présence des professionnels. À partir de 20 h et jusqu'au lendemain midi, cet espace est ouvert aux personnes hébergées et disponible sur sollicitation des professionnels.

La soirée est propice à la proposition d'ateliers et d'activités d'animation : projection de films, jeux de société, soirée débat sur un thème donné... Des réunions avec les personnes hébergées peuvent également être organisées en soirée.

Ce sont les rythmes spécifiques des personnes hébergées et l'adaptabilité de l'équipe pour répondre à leurs demandes qui permettront de faire avancer les situations. 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.

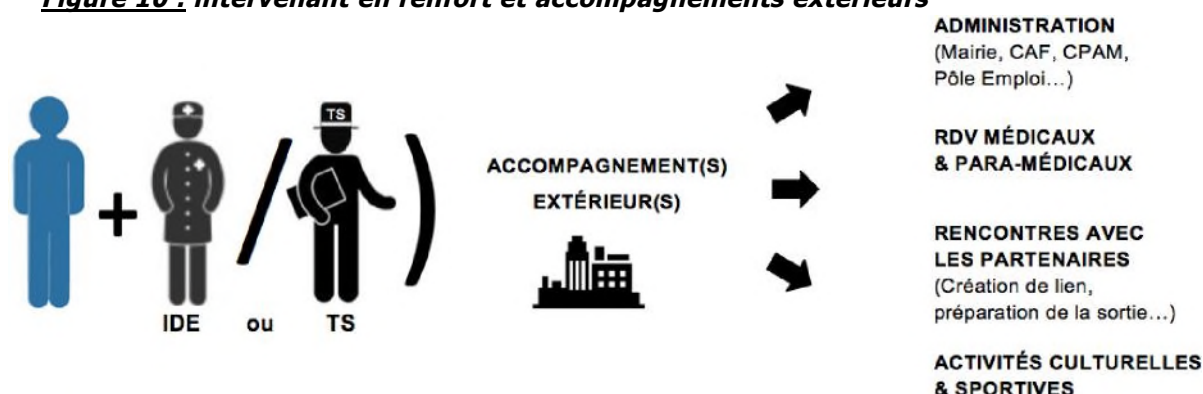
Deux des intervenants terminent leur service à 6 h 30 lorsque les collègues de la matinée arrivent. Le troisième intervenant de nuit reste jusqu'à 7 h pour assurer un temps de transmission avec l'équipe du matin.

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

Réglementairement, les intervenants prévus sur chaque tranche horaire doivent rester en poste dans le bâtiment. En effet, 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 à l'étage. Ce renfort est intégré dans les effectifs du projet.

C'est pourquoi, pour assurer les nombreux accompagnements extérieurs, un poste d'intervenant supplémentaire est prévu, pour prendre le temps nécessaire avec chaque personne. Les horaires de ce poste ne sont pas fixes et sont déterminés en fonction de la nécessité des accompagnements et activités organisées.

Figure 10 : intervenant en renfort et accompagnements extérieurs



Les accompagnements permettront de :

- veiller à ce que les rendez-vous extérieurs soient respectés ;
- gérer l'attente parfois longue lors de rendez-vous médicaux ou administratifs ;
- participer, avec l'accord de la personne 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 la personne de porter un regard sur la cité différent de celui qu'elle a subi 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 la personne après le séjour (ainsi que l'équipe accueillante le cas échéant) en permettant un relais progressif grâce à des visites sur le nouveau lieu de vie.

e – Déroulement des consommations pour les usagers d'Argos 2

On peut distinguer deux parcours possibles au sein du dispositif *Argos*, celui concernant les personnes hébergées à *Argos 2* durant les **horaires de fermeture** au public de la HSA, l'autre durant les **horaires d'ouverture** au public de HSA.

- **Circulation des personnes au sein d'Argos durant les horaires de fermeture de la HSA au public :**

Ceci concerne exclusivement les personnes hébergées au sein du dispositif de soin avec hébergement, la HSA étant fermée au public entre 19h et 13h.

Lorsque les personnes hébergées arrivent sur le site *Argos* durant ces horaires, elles utilisent l'entrée située sur le quai Menachem Taffel, le portail étant fermé, elles doivent actionner le visiophone. L'intervenant ou l'agent de médiation présent à l'étage de l'hébergement, après s'être assuré qu'il s'agit bien d'une personne hébergée actuellement, ouvre la porte à distance. La personne entre ensuite dans le bâtiment par la porte latérale dédiée à l'hébergement.

Elle peut ainsi accéder à sa chambre, aux sanitaires, au bureau d'entretien, à l'espace de vie collectif et à l'espace de consommation, selon les modalités spécifiques décrites ci-dessous.

Accès à l'espace de consommation :

Lorsqu'une personne hébergée souhaite **consommer un produit en dehors des horaires d'ouverture de la salle de consommation à moindres risques au public** il se rend au rez-de-chaussée par l'escalier interne, il sera accueilli par l'un des deux intervenants présents dans l'espace de consommation.



Figure 11 : accès escalier intérieur Argos 2

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. La personne hébergée 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 la HSA doit suivre les conditions d'utilisation de la HSA telles que décrites dans le protocole d'accompagnement.

- **Circulation des personnes au sein d'Argos durant les horaires d'ouverture de la HSA :**

Accès au dispositif de soin avec hébergement Argos 2 :

Seules les personnes hébergées peuvent accéder aux étages, **les visites ne sont pas autorisées.**

Accès au dispositif HSA Argos 1 :

Entre 13h et 19h, les personnes hébergées à *Argos 2* peuvent circuler au rez-de-chaussée de la manière établie dans le protocole d'accompagnement de la HSA, en entrant dans le bâtiment par la porte d'entrée **avant** dédiée à la HSA, et ont ainsi accès aux espaces situés dans le dispositif Argos 1 (espace d'accueil, programme d'échange de seringues, espace de consommation, espace de repos, sanitaires et bureaux d'entretiens du rez-de-chaussée).



Figure 12 : entrée avant Argos 1

Si une personne souhaite accéder à la HSA depuis le dispositif d'hébergement, il lui faudra quitter l'étage de l'hébergement par **l'escalier extérieur** et la **porte latérale dédiée à l'hébergement**, puis rejoindre la porte d'entrée avant, dédiée à la HSA.

Aucune circulation par l'escalier intérieur n'est possible durant ce créneau horaire.

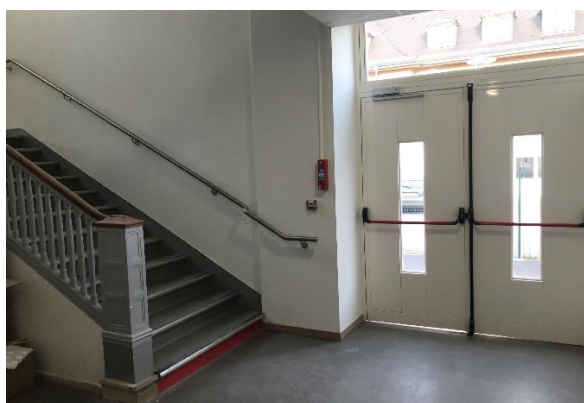


Figure 13 : escalier extérieur hébergement

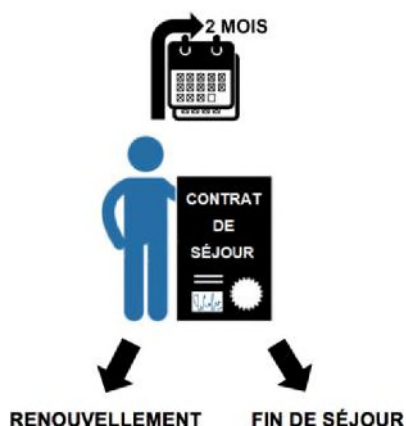
Accès à l'espace de consommation pour les personnes hébergées :

Lorsque l'état de l'utilisateur 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. La personne hébergée 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'utilisateur est en possession de son ticket et du produit qu'il entend consommer, son parcours au sein de la HSA doit suivre les conditions d'utilisation de la HSA telles que décrites dans le protocole d'accompagnement.

e. Renouvellement du contrat

Tous les deux mois, la situation médicale et sociale de la personne hébergée est évaluée. Le contrat de séjour de la personne est reconduit si nécessaire, sur avis de l'équipe pluri-professionnelle.



Un bilan est réalisé au préalable avec la personne hébergée 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.

f. Fin de séjour

Les sorties de dispositifs 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 positives tout au long du séjour, ces liens doivent perdurer pour les soutenir.



Figure 14 : modalités de sortie du dispositif

Différentes sorties peuvent avoir lieu (cf. Figure 14) :

- **Les soins sont terminés et une solution locative se profile.** L'accueil de la personne 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 la personne (instructions de dossiers 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 locative a été trouvée.** En fonction de la solution et de la nature des soins en cours, l'organisation de la sortie doit se construire. 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 locative ne peut être envisagée.** S'il s'avère que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une orientation suite au séjour, soit par choix (retour en squat, en camion...), soit par défaut de documents relatifs à la situation administrative, il s'agit de construire une solution de sortie décente. Le travail social entre alors en jeu et prend tout son sens, car dans ces situations, la sollicitation du réseau partenarial et caritatif est plus que nécessaire pour envisager une orientation adaptée.
- **La situation médicale ne permet plus d'accueillir la personne sur 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 la personne et l'équipe hospitalière compétente.
- **La personne est exclue du dispositif d'hébergement suite à plusieurs manquements au règlement intérieur.** En fonction de la nature et de la gravité des actes, son accueil à la HSA reste ou non possible en journée. S'il est possible, les démarches entamées se poursuivent en partenariat avec l'équipe de la HSA, et s'il ne l'est pas, une orientation est proposée pour permettre, en priorité, la poursuite des soins.
- **La personne 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 la personne 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 la HSA reste possible pour les soutenir.

g. Suite au 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.

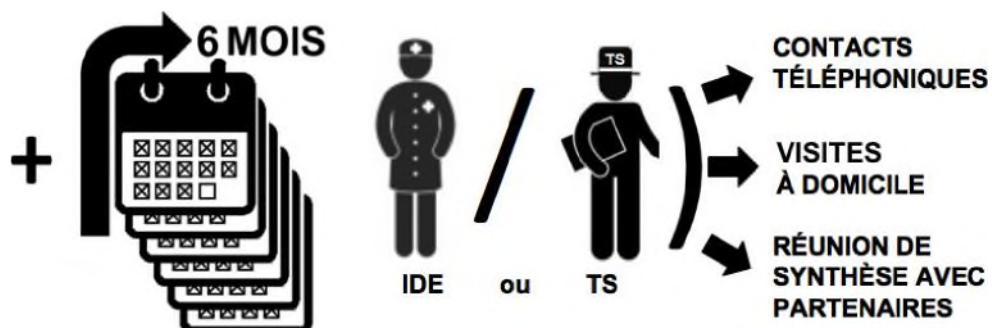


Figure 15: lien après le séjour

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 (cf. Figure 15).

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Le dispositif de soins avec hébergement *Argos 2* a été pensé, au regard des besoins actuels recensés, pour 20 places avec une création en 2 phases :

- Phase 1 : création de 10 places d'hébergement et de soins
- Phase 2 : création de 10 places supplémentaires permettant d'augmenter la capacité d'accueil de 40 à 50 personnes différentes en moyenne par an.

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

L'équipe est composée d'infirmiers et de travailleurs sociaux qui accompagnent au quotidien la personne hébergée, 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 24h/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 entretiens individuels (cf. Figure 16).

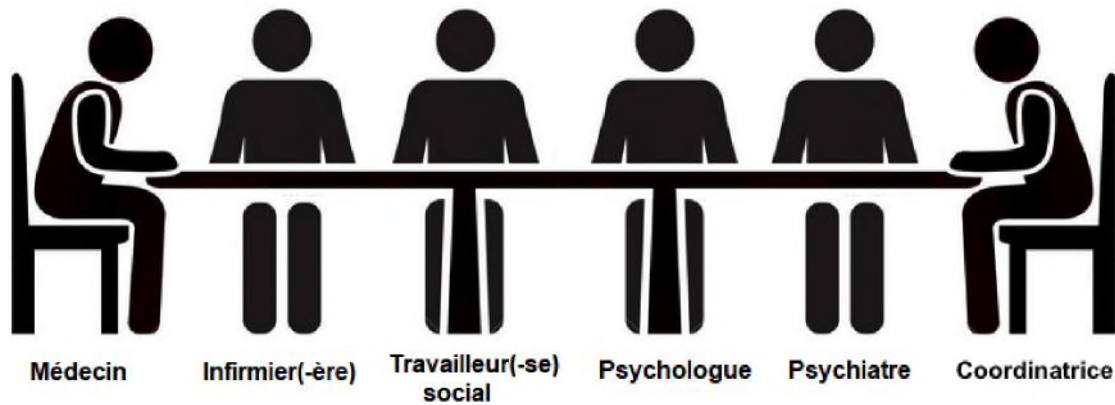


Figure 16 : professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

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 sont en charge d'organiser les soins nécessaires qui consistent à :

- préparer et délivrer les traitements prescrits, surveiller l'apparition d'effets indésirables ;
- donner à la personne 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 la personne l'objectif des examens prescrits ;
- proposer et réaliser des Tests Rapides à Orientation Diagnostique ainsi que des fibroscan ;
- organiser avec la personne 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 la personne hébergée.

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 auprès de la MDPH...) ;
- 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 les dispositifs de la HSA et du lieu d'hébergement et 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 d'overdoses 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.
 - De par l'interaction permanente des activités entre ARGOS 1 et ARGOS 2 il existe une mutualisation des équipes entre les deux dispositifs. Ainsi Infirmiers et médiateurs travaillant sur ARGOS 2 peuvent être amenés à travailler sur ARGOS 1. Cette porosité facilite la continuité de l'accueil, de la prise en charge et permet un partage naturel 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 (cf. règlements de fonctionnement *Argos 1* et *Argos 2*) 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, prévient les éventuels conflits et intervient en cas de nécessité.

Lors de l'ouverture au public entre 13h et 19h, il est principalement au rez-de-chaussée (entrée et accueil de la HSA). Il veille au respect des modalités de circulation dans le *bâtiment* et est amené à circuler dans les étages pour s'assurer de la quiétude des lieux.

Au moment de la fermeture de la HSA, il raccompagne les derniers usagers d'*Argos 1* présents à la sortie, et verrouille le portail d'accès du dispositif.

Les personnes hébergées pouvant entrer et sortir du dispositif entre 19h et 23h puis à partir de 7h, l'agent de médiation est en charge de contrôler ces accès en s'assurant de l'identité des personnes à l'aide du visiophone. Il est également présent dans tous les espaces collectifs, intérieurs et extérieurs afin de s'assurer du respect du règlement y compris la nuit entre 23h et 7h.

Il vient en renfort de l'équipe en soirée. Sa mission est de superviser l'accès aux étages, réservé aux personnes hébergées, principalement au moment de la fermeture de la HSA aux usagers non hébergés.

Il assure également la tranquillité aux abords immédiats du dispositif. Son appui à l'équipe permet d'assurer la fluidité entre les dispositifs *Argos 1* et *Argos 2*.

5. Écosystème de partenaires

Certaines personnes qui fréquentent la HSA *Argos 1* ne sollicitent aucune aide ni aucun autre dispositif. Le dispositif de soins avec hébergement *Argos 2* 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:

a. Les services hospitaliers spécialisés

- les différents services du CHRU : hépato-gastro-entérologie, le Trait d'Union, le CeGIDD, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), la clinique dentaire, les urgences somatiques et psychiatriques, l'ELSA et l'ELSA périnatalité, le CMCO et l'unité kangourou de HautePierre, le SAMU ;
- l'EPSAN et l'hôpital psychiatrique d'Erstein (unités de psychiatrie intra et extrahospitalières) ;
- les services de santé de la Maison d'arrêt : UCSA, SMPR ;
- la clinique Rhéna.

b. La médecine générale

- les microstructures médicales du Pôle Médecine de ville d'Ithaque ;
- les médecins généralistes ;
- les médecins spécialistes : urologues, hépatologues, ophtalmologues, radiologues, ...

Des pharmaciens de ville et laboratoires d'analyses partenaires sont également sollicités ainsi que des cabinets d'infirmiers libéraux, pour garantir la continuité des soins après le séjour.

c. Les structures de soin médico-sociales

- les CSAPA : CHRU, ALT, Maison d'Arrêt et Ithaque ;
- le CAARUD Ithaque et également le dispositif TAPAJ (Travail Alternatif Payé À la Journée) destiné à l'insertion par le travail des jeunes de 16 à 25 ans ;
- DROBS Kehl (Allemagne), structure d'addictologie frontalière partenaire d'Ithaque.

d. Les dispositifs proposant des solutions d'hébergement

- le SIAO regroupe la majorité des hébergements disponibles chez les partenaires des CHRS, Maisons Relais et autres centres de stabilisation et d'accueil ;
- les dispositifs issus du principe de Logement d'abord. À Strasbourg : l'association l'Îlot, le Chez soi d'abord et les 100 places de la Ville ;
- les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). À Strasbourg, des ACT sont destinés à des personnes ayant une pathologie chronique nécessitant un accompagnement médical (VIH, cancer...);
- les Appartements Thérapeutiques Relais (ATR). À Strasbourg, des ATR sont destinés à des parents consommateurs de substances, seuls ou en couple, accompagnés d'au moins un enfant de moins de 3 ans ;
- les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) et les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA) ;
- les Lits Halte Soins Santé ;
- le Bureau d'Accès au Logement ;
- les bailleurs sociaux et autres dispositifs locatifs en accès direct.

e. Les administrations favorisant l'accès aux droits

- les mairies, préfectures et consulats pour l'obtention de documents d'identité ;
- la CAF, Pôle Emploi, la MDPH, la CARSAT pour permettre l'accès à des ressources ;
- la CPAM (convention signée en 2017) et les mutuelles privées pour obtenir des droits permettant l'accès aux soins ;
- le CCAS et autres associations agréées permettant l'accès à une domiciliation postale ;
- le FSL facilitant les démarches d'accès à un logement personnel ;
- les associations caritatives pour les aides financières.

f. Des partenaires spécifiques proposant

- l'accès à la culture : Théâtre National de Strasbourg, Opéra National du Rhin ;
- des conseils et soutiens pour l'accueil des animaux de compagnie : LIANES, le dispensaire vétérinaire, les interventions d'une éducatrice canine ;
- l'intervention de traducteurs et interprètes via l'association Migration Santé ;
- la lutte contre la précarité alimentaire : la Banque Alimentaire.

g. Les associations d'autosupport

- AIDES ;
- I Care ;
- GEM Aube ;
- SOS Hépatites.

h. Les associations spécialisées dans le travail de rue

- Médecins du Monde ;
- OPI ;
- Entraide le Relais ;
- Équipe mobile de rue du CCAS.

Des conventions spécifiques sont établies, notamment avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, ainsi qu'avec des services spécialisés dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité (Un Chez-

soi d'abord, l'Îlot) et des administrations favorisant l'accès aux soins (CPAM). D'autres conventions sont en cours d'établissement.

6. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation se déroulera à Strasbourg dans des locaux adossés à la HSA *Argos 1* (bâtiment situé au sein du CHRU de Strasbourg).

L'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) a réalisé un portrait de territoire en mai 2017 dans lequel la région Grand Est se démarque de la moyenne nationale par :

- une présence importante d'héroïne et de cocaïne dans la région avec des décès par surdose et des ventes de traitements de substitution beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, notamment en Alsace et en Lorraine ;
- une surconsommation féminine du tabac et une surmortalité globale liée au tabac touchant en priorité le territoire lorrain ;
- une consommation d'alcool se situant dans la moyenne, avec cependant de fortes disparités intra régionales en termes de conséquences sanitaires ;
- une consommation plus faible de cannabis ;
- une absence de prise en charge coordonnée des personnes présentant des troubles addictifs.

Le Projet Régional de Santé (PRS) Grand Est 2018-2028 identifie la thématique des addictions comme prioritaire et propose, en matière de prise en charge, deux pistes d'amélioration :

- la structuration d'une offre de soins graduée en lien avec les dispositifs de ville et médico-sociaux ;
- le développement de parcours de santé coordonnés prenant en considération les poly-consommations et comorbidités (médecine libérale, pharmacies, structures spécialisées en addictologie médico-sociales et hospitalières, dispositif hospitalier à orientation somatique et psychiatrique...) avec comme point focal la réduction des risques et des dommages.

Sept objectifs ont été fixés dans le PRS, devant permettre de renforcer la prévention des conduites addictives et faciliter l'organisation de parcours de soins adaptés aux besoins de santé de la personne en situation d'addiction. L'objectif n°3, prévu par l'axe stratégique n°4, concerne particulièrement l'organisation d'un maillage territorial efficient de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie.

L'amélioration du maillage territorial s'inscrit dans la continuité des travaux engagés dans les PRS précédents et a pour objectif : de réduire les inégalités territoriales en matière de prévention et d'accès aux soins en addictologie ; d'assurer la qualité des interventions et de prises en charge en évitant la survenue de ruptures dans le parcours de santé de la personne en situation d'addiction.

L'Agence Régionale de Santé Grand Est a établi fin 2018 un recueil global des besoins en termes d'hébergements spécifiques. Pour l'association *Ithaque*, il ressort que :

- 47 usagers auraient dû bénéficier d'un LHSS : 15 personnes suivies en CAARUD, 7 en CSAPA et
- 25 à la HSA *Argos 1*.
- 12 usagers auraient dû bénéficier d'un LAM : 5 personnes suivies en CAARUD, 3 en CSAPA, 4 à la HSA.
- 35 personnes auraient dû bénéficier d'un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT).

Ces constats permettent de démontrer que l'offre d'hébergement médico-social pour les personnes consommatrices en situation de grande précarité à Strasbourg est faible.

Le projet de création du dispositif de soins avec hébergement *Argos 2* répond parfaitement aux observations et à l'orientation du PRS Grand Est en favorisant le travail en équipe pluri-professionnelle et en assurant la gradation de la réponse apportée à l'utilisateur, en complémentarité avec les dispositifs existants.

7. Durée de l'expérimentation

Le projet est conçu pour une création de 20 places, avec une montée en charge progressive en termes d'inclusion des usagers, permettant de l'évaluer et de le réajuster le cas échéant, et ainsi de l'adapter à des réalités non anticipées lors du démarrage.

La durée de l'expérimentation est de 3 ans à compter de l'inclusion du premier patient et est conditionnée au fonctionnement effectif de la HSA *Argos 1*, située quai Menachem Taffel 67000 Strasbourg.

La durée de l'expérimentation est prolongée jusqu'au 31/12/2024 soit 3 ans, 6 mois et 24 jours à compter de la première inclusion.

Planning prévisionnel des grandes phases de travaux et de mise en œuvre du projet d'expérimentation :

- 1er trimestre 2019 : finalisation du budget d'investissement
- 2e trimestre 2019 : appel d'offres travaux, par l'association *Ithaque*
- 4e trimestre 2019 : début des travaux, maîtrise d'œuvre : association *Ithaque*
- Septembre 2020 : finalisation des travaux phase 1 et début des travaux de la phase 2
- Fin du 1er trimestre : 1^{er} étage opérationnel
- Juin 2021 : ouverture de 10 places d'hébergement
- Aout 2021 : finalisation travaux phase 2
- Septembre 2021 : bilan à 3 mois d'ouverture
- 2^e semestre 2021 : 2^e étage opérationnel

Ce calendrier prévisionnel reste tributaire de l'obtention des financements requis, ainsi que des délais et aléas liés aux travaux d'aménagement.

8. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La gouvernance est exercée par :

a. Le comité de pilotage de la HSA

Un comité de pilotage regroupant l'ensemble des partenaires locaux concernés et des représentants de la MILDECA est en charge du suivi de l'expérimentation de la HSA. Ce dernier pourrait adjoindre à l'exercice de ses missions des partenaires locaux en charge de l'hébergement, selon des modalités restant à définir, et assurer le suivi de l'ensemble du dispositif, constitué d'une HSA et d'un lieu d'hébergement.

À ce jour, il est composé de la Ville de Strasbourg, de la Préfecture de région, de la MILDECA, de l'Agence Régionale de Santé, de la Direction Générale des HUS, du Procureur de la République, du Directeur

Départementale de la Sécurité Publique, de la Caisse d'Assurance Maladie, et de l'Association *Ithaque*. Il se réunit au moins une fois par an.

Un premier bilan sera présenté lors d'un Comité de pilotage, trois mois après l'ouverture du dispositif d'hébergement. Ce bilan portera spécifiquement sur le fonctionnement et la sécurisation du dispositif.

b. Un comité technique

Il regroupe les principaux partenaires plus spécifiquement investis dans la construction du projet hébergement : ARS (DT 67), Ville de Strasbourg (CCAS, Service de prévention urbaine, Service Santé), HUS (Service du patrimoine, CME, Direction Générale) et association *Ithaque*.

Ce comité s'est déjà réuni à plusieurs reprises en vue d'étudier l'opportunité et la faisabilité de ce projet, et nous proposons de le réunir annuellement durant la phase expérimentale.

c. L'association *Ithaque*

L'association *Ithaque*, porteur du Projet, est en charge du recrutement des salariés, du fonctionnement au quotidien du lieu et de sa gestion financière, de l'établissement des conventions de partenariat nécessaires et de l'évaluation du dispositif.

IV. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Le projet global repose sur l'expérimentation d'un **modèle de financement au forfait pour une prise en charge pluri-professionnelle** des usagers dans le cadre du dispositif de l'article 51 LFSS 2018, décrite ci-après.

2. Modalités de financement de la prise en charge proposée

a. Investissement

Le budget d'investissement pour la première phase de création de 10 places d'hébergement, s'élève à 902 424 euros comprenant les travaux complets au 1er étage et le gros œuvre du 2e étage, en préparation de la phase 2 portant sur la création de 10 places supplémentaires qui s'élèvera à 651 734 euros.

La phase 1 du projet est d'ores et déjà financée, le budget a été trouvé et engagé pour un montant de 902 424 euros, les travaux sont engagés depuis juillet 2019. L'ARS Grand Est participe à hauteur de 408 750 euros, la Ville de Strasbourg pour 300 000 euros, et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour 150 000 euros qu'ils récupéreront sur le loyer versé pendant la période d'expérimentation. L'association *Ithaque* autofinance le complément à hauteur de 43 674 euros, qui porte sur l'achat de mobilier (cf. annexe 7).

La phase 2 du projet d'un montant de 651 734 € a également fait l'objet de co-financements : l'ARS Grand Est participe à hauteur de 200 000 €, le Ville de Strasbourg pour un montant de 200 000 € et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg pour un montant de 200 000 €. L'association *Ithaque* autofinance à hauteur de 51 734 € (cf. annexe 7).

b. Fonctionnement

Le budget de fonctionnement est basé sur un financement au **forfait de prise en charge par une équipe pluri-professionnelle (hébergement et coordination du parcours)**.

En réalisant le calcul du forfait en prenant les hypothèses d'un hébergement de 20 places, le forfait proposé est de 139 euros par personne et par jour.

Méthode de calcul utilisée :

Les hypothèses prises en compte pour la détermination du forfait sont les suivantes :

- 20 places d'hébergementLe personnel mobilisé (charges comprises) :

PERSONNEL CADRE	ETP
Chef de service	1
Médecin coordonnateur	0,5
Psychiatre	0,2
Psychologue	0,1

PERSONNEL NON CADRE	ETP
INFIRMIERS	5,04
TRAVAILLEURS SOCIAUX	2,52
INDEMNITÉS DIMANCHE ET JOURS FERIÉS	50%
Agent de médiation (prestation externe)	4h
Astreintes	50%
COMPTABILITÉ	0,2

SECRÉTARIAT	0,3
AGENT TECHNIQUE	0,25

Le forfait est composé des postes suivants (Coût horaire brut chargé) :

par personne, par jour	Hébergement (A)	Accompagnement / Parcours et coordination (B)	Nb d'heures d'intervention par jour (A) +(B)	Coût horaire brut chargé (€)	Coût forfait (€)
Psychologue		0,0252	0,0252	47,82 €	1,21 €
Psychiatre		0,05	0,05	82,45 €	4,12 €
Médecin		0,125	0,125	61,68 €	7,71 €
Travailleur social	0,315	0,315	0,63	25,82 €	16,27 €
IDE	0,8946	0,3654	1,26	25,82 €	32,54 €
Chef de service		0,25	0,25	34,82 €	8,71 €
Astreintes (€)	1,24 €				1,24 €
Indemnités nuits (€)	6,16 €				6,16 €
Agent de médiation (€)	7,23 €				7,23 €
Frais de siège (comptabilité, secrétariat, agent technique, commissaire aux comptes...) (€)	4,44 €				4,44 €
Frais généraux (nourriture, loyer, fluides, entretien, blanchisserie...) (€)	49,37 €				49,37 €
Forfait par jour par lit (€)					139 €

Il est proposé d'affiner le modèle économique sur la base des données réelles qui seront observées.

En effet, les profils accueillis et les besoins d'accompagnement identifiés par la structure au cours de l'expérimentation pourront être hétérogènes. Aussi, la structure pourrait identifier plusieurs niveaux d'accompagnement et de prise en charge, à déterminer suite au bilan médico-social proposé à l'entrée de chaque bénéficiaire.

Un accompagnement médico-social gradué pourrait alors être envisagé, fonction du degré d'autonomie et de la complexité de la situation.

Exemple :

=> niveau 1 : panier minimal= lit, blanchisserie, repas, prise en charge médicale, prise en charge sociale, accès à la HSA, prévention RdR

=> niveau 2 : accompagnement spécifique = lit, blanchisserie, repas, prise en charge médicale, prise en charge sociale, accès à la HSA, prévention RdR, recherche active de logement avec l'utilisateur, médiation en santé dont accompagnement physique

=> niveau 3 : accompagnement complexe = lit, blanchisserie, repas, prise en charge médicale, prise en charge sociale, accès à la HSA, prévention RdR, recherche active de logement avec l'utilisateur, médiation en santé dont accompagnement physique, accompagnement sur le plan psychiatrique, gravité de la pathologie impliquant un parcours complexe

Modalités d'intervention des prestataires extérieurs :

Pour la gestion du linge, des repas, des déchets médicaux, du nettoyage des locaux et de l'extermination des nuisibles, l'association Ithaque fera appel à des prestataires extérieurs. Des conventions qui définiront les modalités d'intervention seront établies en ce sens.

3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités / économies potentielles

A titre indicatif, le coût des LHSS est de 126,68 par jour et par lit et de 224,90 € pour les LAM (à novembre 2023).

4. Besoin de financement

Le besoin de financement en termes d'investissements a été pris en charge (cf. répartition ci-dessous). Les crédits d'amorçage et d'ingénierie pour accompagner la mise en place de l'expérimentation portent sur le recrutement préparatoire de l'équipe pluri-professionnelle et leur entrée, leur immersion et leur formation en amont de l'ouverture et des dépenses d'ingénierie de projet (direction, coordination, comptabilité, secrétariat...) ont été financés pour partie.

Montants déjà versés	FIR (euros)	Autres financements (euros)	TOTAL
Phase de travaux 1	408 750 €	493 674 (Ville de Strasbourg + HUS + Ithaque)	
Phase de travaux 2	200 000 €	451 734 (Ville de Strasbourg + HUS + Ithaque)	
Investissement	608 750 €	945 408 €	1 554 158 €
Fonctionnement	364 321 €		364 321 €
TOTAL	973 071 €	945 408 €	1 918 479 €

Les projections des besoins de financements s'appuient sur l'hypothèse de tendre vers un taux d'occupation 100% des places.

	Nombre de patients différents par an	File active occupée (en nb de places)	FISS (euros)	FIR (euros)
Prestation dérogatoire	<i>Sur la base de 365,25 jours par an pour le calibrage</i>			
Année civile 1, sur 7 mois*		20	515 611 €	- €
Année civile 2, sur 12 mois		20	883 905 €	- €
Année civile 3, sur 12 mois		20	883 905 €	- €
Année civile 4, sur 12 mois		20	960 607 €	- €
Total FISS	40 à 50 / an en moyenne	40	3 244 028 €	- €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie FIR			- €	43 266 €
Total			3 244 028 €	43 266 €
Coût total de l'expérimentation FISS + FIR			3 287 294 €	

* La montée en charge s'est faite progressivement dès juin 2021, avec l'ouverture de 10 places, puis 10 autres places en février 2022.

Une convention est signée avec l'assurance maladie afin de définir les modalités de financement.

VI. Drogations ncessaires pour la mise en oeuvre de l'expérimentation

1. Aux rgles de financements de droit commun

Il s'agit d'expérimenter un modle de financement au forfait de prise en charge, par une quipe pluri professionnelle, par la mise en oeuvre d'un hbergement m dico-social incluant la coordination du parcours de vie par des professionnels ayant une expertise reconnue dans la prise en charge des addictions, et notamment en matire de rduction des risques et des dommages.

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les rgles de prise en charge ou de remboursement d'acte ou prestation (article L.162-1-7 du CSS). Le forfait pluridisciplinaire inclue des prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue, travailleur social, agent de mdiation, (drogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS) et un partage d'honoraires entre les professionnels de sant (drogation à l'article L. 4113-5 du CSP).

2. Aux rgles d'organisation de l'offre de soins

Support juridique pour la mise en oeuvre de l'expérimentation, non drogatoire au droit commun :

Ce type de structure, qui, de par ces caractéristiques de fonctionnement et de la population accueillie, ne relève ni de LAM, ni d'ACT, ni de LHSS, n'existe pas actuellement. Une structure d'hbergement expérimntale relevant du 12° de l'article L. 312-1 du CASF a donc été crée.

L'article L. 313-3 b du code de l'action sociale et des familles prvoit que l'autorisation de cration d'un tablissement est délivrée par le Directeur gnral de l'ARS pour les tablissements et services mentionns notamment au 12° du I de l'article L. 312-1 [les tablissements ou services à caractre expérimntal] lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État ou l'Assurance Maladie au titre de l'article L. 162-24-1 du Code de la Sécurité Sociale.

A la suite de la ralisation d'un appel à projets régional, ce dispositif d'hbergement a été autoris par le Directeur gnral de l'ARS Grand Est, pour une duree de 3 ans, sous l'appellation « tablissement ou service à caractre expérimntal ». L'arrt d'autorisation de 20 places sous l'appellation « tablissement ou service à caractre expérimntal » en date du 18/05/2021, autorisant l'association Ithaque, a été publi au recueil des actes administratif (RAA) de la rgion Grand Est le 28/05/2021. L'autorisation est liee au fonctionnement effectif de la HSA de Strasbourg, situee quai Menachem Taffel 67000 Strasbourg.

L'arrt de l'activit de la HSA (*Argos 1*), quel qu'en soit le motif, emportera la fin de la prsente autorisation.

L'arrt d'autorisation de 20 places sous l'appellation « tablissement ou service à caractre expérimntal » en date du 18/05/2021 a été modifiee en date du 24/05/2024 et publi au RAA Grand Est du 24/05/2024 pour porter la date de fin d'autorisation au 31/12/2024.

3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Néant

VII. Impacts attendus

1. Impact en termes de service rendu aux patients

Les principaux impacts attendus sont de :

- permettre à des personnes socialement, physiquement et psychologiquement fragilisées, d'entrer dans une démarche de soins et d'accompagnement social dans un environnement sécurisant pour elles ;
- permettre un accès aux soins par le biais notamment :
 - de l'initialisation d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et du soutien de son observance ;
 - de l'instauration d'un traitement contre l'hépatite C et de son suivi ;
 - de la nécessité de traiter les complications liées aux injections ;
 - de la stabilisation d'un traitement psychiatrique et de l'aide à son observance ;
 - de la coordination des soins somatiques et psychiques avec les équipes hospitalières compétentes et partenaires, face à des états de santé grandement dégradés ;
 - d'un accompagnement dans la durée vers l'ouverture des droits ;
 - de la préparation à une inscription durable dans d'autres dispositifs existants ;
 - d'un accompagnement et d'un soutien à un changement d'habitudes, qui suppose le passage du mode de vie de la rue à un espace de vie délimité par les murs d'un logement, et qui passe par l'acceptation des règles de vie collectives. L'hébergement proposé constituera ainsi un espace de transition vers des solutions plus durables en matière d'hébergement et de soins.

Le travail d'accompagnement global proposé permet aux personnes d'envisager à terme une solution d'hébergement adaptée et un relais vers le système de santé de droit commun.

En plus de limiter les overdoses et les contaminations virales, le dispositif permet d'éviter les hospitalisations en urgence et de désengorger les services d'urgences somatiques et psychiatriques.

2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

a) A court terme :

- Coordonner le repérage des usagers pouvant bénéficier du dispositif, la présentation de ces situations lors de temps de réunion conjoints avec l'équipe de la HSA.
- Présenter le dispositif, son fonctionnement innovant et ses spécificités aux partenaires extérieurs.
- Organiser des temps d'immersion des nouveaux professionnels dans les services de l'association.
- Monter en compétences des intervenants de l'association dans le champ de la réduction des risques, de l'addictologie mais également de l'accès au logement.
- Inventer de nouvelles modalités d'intervention sur un dispositif fonctionnant en 24/24.
- Réorganiser les temps de réunion pour favoriser les échanges entre les intervenants d'Argos 1 et d'Argos 2.

b) A moyen terme :

- Limiter les orientations en urgence en favorisant un accès précoce aux soins et en assurant le suivi global des personnes, à l'interne et grâce au réseau partenarial.
- Raccourcir la durée des hospitalisations pour les personnes sans domicile fixe.
- Former et développer des compétences en addictologie pour les professionnels et partenaires impliqués dans le projet.

- Former et développer des compétences des professionnels dans le champ de l'accès au logement
- Favoriser le retour vers le droit commun, créer du lien ou renouer les liens avec les professionnels de secteur.
- Obtenir la satisfaction des personnes hébergées, des professionnels et des partenaires face aux spécificités du dispositif.

c) A long terme :

- Améliorer l'acceptabilité du public cible par les établissements en proposant un accompagnement conjoint à la sortie dispositif.
- Changer les représentations des professionnels de la santé et du social à l'encontre des usagers de drogues les plus marginalisés.
- Changer les représentations et la méfiance des usagers envers les institutions, les structures de soins et d'hébergement.
- Permettre un changement réglementaire, juridique afin d'autoriser la création d'espaces de consommation dans les dispositifs d'hébergement de droit commun.

3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

En ce qui concerne l'efficience, il faudra, au minimum, évaluer l'impact concernant :

- le nombre de personnes intégrant les dispositifs partenaires pour une sortie de rue durable,
- le nombre de personnes intégrant un programme de soins (somatique, addiction, psychiatrie),
- l'évolution des compétences psychosociales (autonomie, retour vers une activité d'insertion de type Travail Alternatif Payé À la Journée (TAPAJ) par exemple).

Des critères tels que, par exemple, les hospitalisations évitées, le recours aux urgences, les complications sanitaires, etc., sont à construire ; il s'agirait d'évaluer l'impact à court, moyen et long termes sur les parcours de santé des usagers.

VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Afin d'affiner au mieux l'évaluation, un recueil des différents éléments nécessaires à une bonne connaissance des situations des personnes hébergées sera effectué : âge, sexe, ressources, logement, situation sociale, médicale, consommations de produits, pratiques à risques, etc.

Des critères quantitatifs permettant l'autoévaluation seront établis tels que :

- le nombre d'usagers accueillis ;
- le profil des usagers accueillis ;
- le nombre de nuitées assurées ;
- le nombre de consultations médicales, sociales, psychiatriques et psychologiques assurées ;
- le nombre de soins infirmiers prodigués ;
- les orientations médicales et sociales effectuées ;
- les orientations abouties en terme :
 - d'accès à un logement durable ;
 - d'accès aux soins, par exemple TSO, traitements hépatite C, vaccinations hépatite B mises en œuvre ;
- le nombre de suivis conjoints et la durée d'accompagnement entre *Argos 2* et la structure accueillante (accompagnement vers la transition).

En 2021, l'INSERM était en charge de l'évaluation des SCMR. Le cadre d'évaluation couvert par le dispositif article 51 (évaluation externe dans le cadre du marché DREES/CNAM) pourra trouver une articulation avec le

dispositif en place pour l'expérimentation des HSA. Ainsi, l'expérimentation actuelle de la HSA qui arrive à son terme permettra d'affiner les critères envisagés.

De plus, l'évaluation pourra intégrer la mesure de l'impact sur le système de santé. En regard des critères décrits ci-dessus, il s'agira de déterminer quels en seraient les bénéfices en termes de santé publique et quel serait l'impact économique pour les payeurs. Ces travaux d'évaluation pourront déterminer, à la sortie de l'expérimentation, un nouveau modèle de financement cible pour les dispositifs d'hébergement, à l'instar de ce qui a été réalisé sur le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutiques « Un chez soi d'abord ».

IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

À l'admission de la personne, un contrat de séjour lui est proposé : dans ce dernier sont précisés les modalités de recueil de données nécessaires à sa prise en charge, leurs objectifs, ainsi que les personnes qui auront accès à ces données, les droits d'accès, de modifications, de suppressions et de transférabilité.

Les informations sont accessibles dans le cadre du secret partagé et du travail pluri professionnel à l'ensemble de l'équipe en charge de l'accompagnement des usagers. Aucune information nominative n'est transmise aux partenaires sans l'accord préalable de la personne concernée. Tous ces points seront précisés de façon éclairée et compréhensible dans le document de consentement du patient.

X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Les données spécifiques concernant les usagers seront recueillies dans un logiciel métier (logiciel éO, labélisé e-santé) hébergé sur un serveur dédié sécurisé.

Un registre du traitement des données est en cours d'élaboration et sera finalisé avant le démarrage du projet. Un DPO est d'ores et déjà désigné.

L'ensemble du traitement des données, leur stockage et leur utilisation sont compatibles avec la RGPD.

XI. Liens d'intérêts

Néant

XII. Éléments bibliographiques / expériences étrangères

Pour exemple sont présentés ci-après deux modèles étrangers de lieux d'hébergement destinés aux usagers éloignés des dispositifs et en grande précarité, intégrant les dimensions de réduction des risques et un accompagnement vers le soin spécifique.

1. En Allemagne, à Francfort

<https://www.idh-frankfurt.de/eastside>

Accueil, hébergement, espace de consommation, médicament de substitution aux opiacés, emploi, soins, réinsertion... À la périphérie de Francfort, East Side, une usine désaffectée, offre sur 3000 m² un très vaste éventail de services à une population d'usagers de drogues très désocialisés :

Plusieurs niveaux d'hébergement :

- 80 places, sans conditions préalables, avec des espaces réservés aux femmes, aux hommes, aux couples.
- 24 places pour des personnes en voie de socialisation avancée, avec un projet d'insertion accompagnée par le dispositif.
- Des appartements en colocation pour des personnes ayant accédé à un travail et qui sont plus avancées dans leurs démarches de soins, espace de transition vers le droit commun.

Un dispositif d'insertion intégré (travail, ateliers...) :

- Une buanderie, un atelier d'entretien et de nettoyage des bâtiments, pensés pour s'adapter aux possibilités des personnes, constituent la dernière étape vers une éventuelle activité avec un niveau d'exigence plus élevé.
- Un atelier de menuiserie, des chantiers extérieurs, et une imprimerie (rentables financièrement).

- Une cafétéria fonctionne toute la journée. On peut y manger un repas ou un sandwich, boire un café. L'alcool est interdit, tout en étant toléré dans l'espace privé que constituent les chambres.

Toutes ces activités sont encadrées par des professionnels.

Un espace de consommation intégré au sein de l'hébergement est ouvert en quasi- permanence.

Un dispensaire, avec des infirmiers et des médecins, assure toutes sortes de soins allant de la délivrance de médicaments, des pansements, des soins concernant les hépatites et le VIH, la prise en charge d'abcès et d'infections diverses, de la tuberculose...

Les personnes peuvent vivre selon leurs modalités, leur intégration est pensée en trois étapes :

- D'abord le contact, via l'hébergement, la réduction des risques, l'espace de consommation, les soins.
- La réinscription sociale, via les traitements de substitution, l'accompagnement psychosocial, la responsabilisation, l'accompagnement vers un logement autonome.
- La consolidation, via de meilleures conditions d'hébergement, le développement de compétences (entretien du lieu, rapport avec l'argent, etc.), des activités professionnelles, de la formation,

Ainsi, le retour vers une réelle autonomie peut s'envisager grâce à un appartement, une activité professionnelle, des revenus.

2. Au Canada, à Vancouver

<https://www.drpeter.org/>

Le Dr Peter Center est une structure d'accueil et d'hébergement pour malades du VIH, qui est rattachée à un hôpital, accueille pour 80% de ses patients, des usagers de drogues. Les malades peuvent y rester 18 mois ou plus. L'espace de consommation est d'une propreté quasi clinique, et il peut être utilisé aussi par les gens qui viennent voir les personnes hébergées, avec un nombre conséquent de services proposés (repas, ateliers artistiques, insertion...).

Ce lieu fournit un logement aux personnes pour éviter l'hospitalisation, il fait la transition entre l'hôpital et un logement autonome, et propose un soutien aux personnes à long terme.

Il propose :

- Des soins infirmiers 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Des soins médicaux complexes à long terme, soins de fin de vie et stabilisation à court terme.
- 24 chambres, chacune avec salle de bains et douche, kitchenette avec micro-ondes et réfrigérateur, et télévision.
- Deux étages, chacun avec un salon-salle à manger commun.
- Tous les repas fournis.
- Des ateliers d'art, musique et thérapies complémentaires pour enrichir la vie en résidence.
- Des bénévoles qui accompagnent les résidents dans le but d'améliorer les soins et leur quotidien, en participant aux sorties, aux achats personnels, à la lessive, à la coiffure, aux soins des animaux domestiques, aux veillées au chevet des patients et plus encore.
- Un programme d'accès à la santé pour aider à la réintégration dans le droit commun
- Un programme de réduction des méfaits de la consommation de substances (notamment par un espace de consommation intégré).

Parallèlement au VIH et aux maladies coexistantes, les usagers accueillis au Dr Peter Center ont été victimes de pauvreté extrême, de violence, de maltraitance, de maladie mentale et 70% d'entre eux vivent avec une addiction.

Pour répondre à leurs besoins très complexes en matière de santé, l'équipe clinique multidisciplinaire du Dr Peter Center met en œuvre des stratégies de réduction des risques, telles que le service d'injection supervisée (SIS), qui permet aux personnes de sortir de la rue et d'être soignées, tout en prévenant les infections, la mort par surdose et la propagation du VIH.

ANNEXES

Annexe 1 : Catégories d'expérimentations	pg 51
Annexe 2 : Coordonnées du porteur et des partenaires	pg 53
Annexe 3 : Cahier des charges des Salle de Consommations à Moindre risques et cahier des charges des Haltes soins addictions	pg 54
Annexe 4 : Vignettes cliniques	pg 76
Annexe 5 : Schéma détaillé du parcours des usagers	pg 79
Annexe 6 : Plan des locaux	pg 80
Annexe 7 : Budget d'investissement du projet	pg 83

Annexe 1. Catégories d'expérimentations

À quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	x	financement forfaitaire de l'hébergement et de la coordination mise en place entre les dispositifs hébergement et la HSA : coordination du parcours de vie par une équipe ayant une expertise reconnue notamment en matière de réduction des risques et des dommages.
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	x	Dispositif qui favorise l'accès aux soins, proximité de la HSA et de l'Hôpital.
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)³ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

³ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1^o du I de l'article L. 162-31-1)

Annexe 2. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	Association <i>Ithaque</i> (CSAPA/CAARUD dont HSA/réseau de Microstructures) 12 rue Kuhn 67000 Strasbourg	M. Gauthier WAECKERLE Directeur g.waeckerle@Ithaque-asso.fr 03.88.52.20.88	
Partenaires	Ville de Strasbourg	Mme la Maire de Strasbourg et le service santé de la ville de Strasbourg Dr Alexandre Feltz adjoint au maire à la santé	
	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)	M. le directeur général du CHRU de Strasbourg	
	Agence Régionale de Santé Grand Est	Mme la Directrice générale, Virginie Cayré	
	Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN)	M. Daniel KAROL Directeur Contact@ch-epsan.fr	

Annexe 3. Cahier des charges national des Salle de Consommation à Moindre Risques

Le 15 avril 2020

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 »

NOR: AFSP1601434A

Version consolidée au 15 avril 2020

La ministre des affaires sociales et de la santé,

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

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment ses articles 41

et 43 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 4 février 2016,

Arrête :

Article 1

Le cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisés, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque », annexé au présent arrêté est approuvé.

Article 2

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

CAHIER DES CHARGES

- Modifié par Arrêté du 15 juillet 2019 - art. 2
- Modifié par Arrêté du 15 juillet 2019 - art. 3

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION D'ESPACES DE RÉDUCTION DES RISQUES PAR USAGE SUPERVISÉ

I. - Éléments généraux et cadre national

1. Contexte

L'expérimentation d'un espace de réduction des risques par usage supervisé dit "salle de consommation à moindre risque" (SCMR) 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 plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

L'étude des expériences étrangères montre que ce type de dispositif est capable d'attirer les usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables et cumulant les risques (précarité, forte prévalence de pathologies infectieuses, absence de domicile...).

Ces études montrent également un impact positif des SCMR 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...).

Ce sont également des lieux où peuvent être prodigués des soins de base ainsi que des dépistages de pathologies infectieuses et autres. Ils favorisent aussi l'orientation des usagers vers des structures de soins et de traitement de la dépendance.

2. 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 et d'injection sécurisées et du matériel stérile.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.

Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.

Réduire les nuisances dans l'espace public.

3. Objectifs spécifiques

Atteindre les usagers actifs à haut risque et les faire entrer dans un processus 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 somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires.

4. Cadrage juridique

Article 43 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. Article R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique : missions des CAARUD.

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.

5. Durée

La durée totale de l'expérimentation nationale est fixée à six ans à compter de la date d'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque.

Chaque projet de SCMR doit être opérationnel pour une durée minimale de un an.

6. Structures concernées

La mise en œuvre des expérimentations de salles de consommation à moindre risque est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages.

La consommation de substances psychoactives n'étant pas autorisée dans les locaux d'un CAARUD, la salle de consommation devra donc être située dans un lieu distinct.

7. Public concerné

La salle de consommation à moindre risque s'adresse 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.

8. Implantation

Le projet d'expérimentation de salle de consommation à moindre risque tient compte des réalités et des besoins spécifiques à son territoire d'implantation.

Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'utilisateurs actifs, aux produits, aux modes et à la fréquence de consommation et aux habitudes des usagers. Il doit être situé 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.

9. Financement

Le coût du fonctionnement annuel d'une salle de consommation à moindre risque 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 de l'expérimentation est assuré, pour la partie État, par le ministère des affaires sociales et de la santé. Les objectifs poursuivis par cette expérimentation s'inscrivent pleinement dans le champ du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) au titre de son intervention de lutte contre les infections VIH/hépatites.

Des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), d'associations et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) qui participe au financement de l'évaluation.

La programmation des financements nécessaires est assurée pour toute la durée de l'expérimentation.

10. Pilotage national

Un comité de pilotage national est placé sous la responsabilité de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Il est composé de représentants des différents ministères concernés (santé, justice, intérieur).

Il a pour mission de faire le lien entre les comités de pilotage locaux qui seront mis en place au fur et à mesure des expérimentations pour 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 d'expérimentation dans toutes leurs composantes. Il facilitera les liens entre le consortium de recherche chargé de l'évaluation scientifique et les comités de pilotage locaux.

11. Évaluation scientifique de l'expérimentation

Les objectifs et modalités d'évaluation sont développés à l'annexe 3. Les structures expérimentant une salle de consommation à moindre risque seront amenées à participer à cette évaluation.

L'évaluation des salles de consommation à moindre risque portera sur la santé publique, l'ordre public et la collectivité dans le contexte français. L'évaluation doit aussi contribuer à définir les conditions nécessaires à la pérennisation du dispositif et à son insertion dans le dispositif médico-social de prise en charge des personnes présentant des pratiques addictives.

Afin d'évaluer ce dispositif et son impact pour les personnes et l'environnement, trois recherches sont financées par la Mildeca :

- le programme de recherche socio-épidémiologique "Cosinus" porté par un consortium de chercheurs de l'Inserm étudiera l'impact de la salle à partir d'une série de critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risque de transmission du VHC, du VIH et d'autres maladies transmissibles, ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle et l'accès au logement, la diminution des actes de délinquance, l'accès aux soins, etc.

La population de cette étude sera composée de personnes recrutées dans une ville où les salles n'existent pas, de personnes qui ne fréquentent pas une SCMR, même s'ils habitent dans une ville où une SCMR existe, et enfin de personnes qui fréquentent une SCMR ;

- la recherche conduite par le centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société (Cermes 3) portera sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de réduction des risques incluant le dispositif innovant des salles de consommation à moindre risque sur la ville de Paris.

Cette recherche sociologique et ethnographique aura pour objectif principal d'analyser de manière approfondie les évolutions de perception des riverains, des professionnels de santé et de la sécurité publique, des institutions et des usagers de drogues vis-à-vis des nuisances associées à la consommation de drogues et en particulier les pratiques d'injection et la présence d'usagers de drogues dans l'espace public, avant et après la mise en place d'une SCMR sur Paris.

Les retombées pragmatiques de ce volet qualitatif pourront contribuer à améliorer le service proposé par la SCMR, d'après les expériences étrangères menées sur ce sujet.

-L'évaluation médico-économique du dispositif de la SCMR prévue par la Mildeca. Pour cela, sera réalisée la mesure des coûts, des coûts évités et du coût-efficacité des SCMR par rapport aux Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). Il s'agit également de mettre en regard les coûts associés aux SCMR avec les principaux bénéfices qu'ils apportent et les coûts évités que ces bénéfices représentent. Ainsi, cette étude collectera des données sur le coût de la mise en place des SCMR et leur coût additionnel par rapport aux CAARUD. Également, les données issues de la cohorte Cosinus et de la littérature scientifique permettront d'identifier les bénéfices de ce dispositif en termes d'infections (VHC, VIH, abcès) et d'overdoses (fatales ou non fatales) évitées et des coûts évités en terme de consommation de soins liés à la prise en charge de ces problèmes de santé. Le modèle développé dans le cadre de cette étude permettra également de simuler sur le long terme les bénéfices de santé apportés par les SCMR.

II. - Déclinaison locale du cahier des charges

Le choix de l'implantation est issu d'un diagnostic partagé des différents acteurs basé sur des données populationnelles et épidémiologiques locales (espaces publics de consommations, rapports d'activité des CAARUD et CSAPA...).

1. Missions

La salle de consommation à moindre risque 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 adapté aux consommations des usagers ;
- supervision ;
- accompagnement aux pratiques d'injection à moindre risque ;
- soins médicaux et infirmiers ;
- dépistage des infections transmissibles (VIH, VHB, VHC) ;
- orientation vers des structures de prise en charge médico-sociales, sanitaires ou sociales ;
- information, orientation et soutien aux démarches administratives d'accès aux droits ;
- participation à la médiation et 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 et d'alerte.

2. Disposition des différents espaces composant la salle de consommation à moindre risque

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 salle de consommation.

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 médical 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 prévues dans le cadre de l'expérimentation.

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

La salle de consommation 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 fourni par la salle de consommation à moindre risque 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 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues disposant d'une SCMR, 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.

7 jours sur 7, la salle est au minimum ouverte au public sur une plage horaire d'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 horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.) ainsi que des professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics. Une concertation spécifique est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales.

b. Règles d'usage :

Dans l'ensemble des espaces de la salle de consommation à moindre risque, les règles suivantes doivent être respectées :

- les produits consommés et admis dans le dispositif peuvent être des produits illicites ainsi que des médicaments détournés de leur usage ;
- 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 SCMR 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 sûre, sans toutefois participer au(x) geste(s) de l'injection ;
- 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 de la salle de consommation à moindre risque. Il doit comprendre également une description :

- des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques au profil des usagers accueillis : les couples d'injecteurs (histoire des pratiques d'injection et parcours de soins), les femmes enceintes (suivi médical, histoires 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...).

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

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.

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 salle. Celui-ci précise les droits et devoirs des personnes accueillies et des intervenants et les règles de fonctionnement et de sécurité de la salle de consommation à moindre risque ;
 - 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 salle de consommation (non-respect des règles d'usage, état d'ébriété ou d'agitation excessive...) ;
 - des modalités du travail de supervision des intervenants : notamment en incluant des recommandations de bonnes pratiques d'injection, 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 d'overdose ; 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'utilisateur, le règlement de fonctionnement définit les règles devant être respectées respectivement par les professionnels et les usagers pour garantir le bon fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque.

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 salle.

a. Conditions, modalités d'admission, principes, droits et obligations : Sont inclus les usagers injecteurs 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 salle de consommation.

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

- l'énonciation et la description visuelle du produit que l'utilisateur 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 des locaux (y compris la salle et les 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 salle de consommation. 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 salle de consommation peut faire appel aux services de police.

b. Conditions et modalités de l'accueil : Sont précisés :

- les horaires d'ouverture ;
- les conditions d'accès au lieu d'accueil et d'attente ;
- 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 conditions d'accès à la salle et aux postes de consommation ;
- les conditions d'accès à la salle de repos ;
- 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 ;
- prestations de soins et d'accès aux soins ;
- 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 la salle de consommation se voit remettre un livret d'accueil.

7. Participation au système de veille et alerte sanitaire :

Le personnel de la salle de consommation à moindre risque peut être à l'origine d'une information en direction du 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 les pharmacodépendances (CEIP), l'agence régionale de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La salle de consommation à moindre risque est intégrée aux différents dispositifs d'observation dont les dispositifs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) et Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES).

Le personnel de la salle de consommation à moindre risque ne peut pas réaliser l'analyse de produits sur place pour le compte de l'utilisateur avant sa consommation.

8. Composition de l'équipe

L'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque 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 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.

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 projet précisera 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

Le CAARUD en charge de l'expérimentation 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 l'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 salle.

La salle de consommation à moindre risque a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenariats : CAARUD, CSAPA, ELSA, CeGIDD, structures sociales, médico-sociales, sanitaires de proximité, ou tout autre établissement, structure ou dispositif intervenant dans le cadre de prestations, dont les soins somatiques, addictologiques et psychiatriques.

Les horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.) ainsi que les professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics.

Une concertation spécifique, notamment dans le cadre de l'élaboration du protocole de fonctionnement de la salle, est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales concernant le fonctionnement de la salle de consommation et la gestion de l'ordre public à l'extérieur de la salle. Dans ce cadre, les modalités de recours aux services de police 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 être prévues (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 quartiers, etc.).

10. Comité de pilotage local de l'expérimentation

Un comité de pilotage local est créé. Le maire de la commune où est implantée l'expérimentation de la salle de consommation, le directeur général de l'ARS et le chef de projet régional Mildeca sont chargés du pilotage de ce comité. Celui-ci 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 (préfecture, ministère public, etc.), de la caisse primaire d'assurance maladie, du gestionnaire porteur de l'expérimentation, des représentants des usagers, etc.

Il a pour missions de vérifier la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges, d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales et de faciliter le lien avec le comité de pilotage national.

Un comité opérationnel, distinct du comité de pilotage mais agissant sous sa responsabilité, est créé. Ce comité opérationnel, qui pourra pour partie être composé de membres du comité de pilotage, associe l'équipe de direction de la salle de consommation à moindre risque et les acteurs locaux de proximité ou les plus directement impliqués dans le projet (services de police, de justice, de voirie, riverains...).

Il a pour fonctions de favoriser l'échange d'informations, d'assurer la coordination entre tous les acteurs, d'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.

11. Évaluation de l'activité

Le CAARUD porteur désigné doit adresser chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel il est implanté, au maire de la commune 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... ;
- les produits consommés et leur nature ;
- le temps moyen de passage ;
- les événements indésirables ;
- les dépistages réalisés ;
- les actions de médiation sociale et de proximité ;
- le nombre de réunions avec les différents partenaires ;
- les articulations avec les réseaux environnants : CAARUD, CSAPA, hôpital, social.

Annexe 1 Cahier des charges SCMR :

- Modifié par Arrêté du 15 juillet 2019 - art. 4

Encadrement de la salle de consommation : tableau indicatif

	Heures hebdos	Temps de réunion + matinées	ETP théoriques	ETP nécessaires
Accueillant				
Médecin				
Infirmier				
Éducateur				
Travail social				
Coordinateur				
Administratif				

Ce tableau est proposé à titre indicatif et peut être ajusté en fonction des catégories de personnel intervenant dans la SCMR (médiateur pair, etc.).

Annexe 2 Cahier des charges SCMR :

Liste des documents à élaborer préalablement à l'ouverture de la salle de consommation à moindre risque

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.

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

Règlement de fonctionnement de la SCMR.

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...).

Annexe 3 Cahier des charges SCMR :

- Modifié par Arrêté du 15 juillet 2019 - art. 5

Évaluation de l'expérimentation du dispositif de la salle de consommation à moindre risque

Dans le domaine de la recherche, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 préconise d'améliorer les connaissances sur les trajectoires d'utilisateurs de drogues en particulier ceux qui présentent une grande vulnérabilité sociale, des pratiques à risque de transmission du VHC et du VIH et qui sont, pour la majorité d'entre eux, en marge du système de santé.

À cet effet, la Mildeca a commandé à l'institut de santé publique de l'Inserm la mise en place d'une étude de cohorte d'utilisateurs de drogues afin d'évaluer des dispositifs innovants de réduction des risques tels que les salles de consommation à moindre risque.

Le consortium de recherche mandaté pour la conduite de ce programme de recherche est chargé d'évaluer l'impact de l'ouverture des salles de consommation à moindre risque sur la santé publique, l'ordre public et la collectivité dans le contexte français. L'évaluation doit aussi contribuer à définir les conditions nécessaires à la pérennisation du dispositif et à son insertion dans le dispositif médico-social de prise en charge des personnes présentant des pratiques addictives.

Afin d'évaluer ce dispositif et son impact pour les personnes et l'environnement, trois recherches sont financées par la Mildeca :

- le programme de recherche socio-épidémiologique Cosinus porté par un consortium de chercheurs de l'Inserm étudiera l'impact de la salle à partir d'une série de critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risque de transmission du VHC (problème majeur de santé publique dans cette population), du VIH et d'autres maladies transmissibles, ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle et l'accès au logement, la diminution des actes de délinquance, l'accès aux soins, etc.

Ces critères seront mesurés par l'intermédiaire de questionnaires validés c'est-à-dire déjà testés dans des évaluations menées à l'étranger et adaptés pour la France. Les questions sont posées aux utilisateurs de drogues par injection par un enquêteur formé et indépendant (extérieur aux structures de réduction des risques), selon un rythme régulier.

L'étude permettra de comparer à la fois un groupe d'injecteurs exposés à ce dispositif et un groupe qui n'a jamais fréquenté une SCMR. Les participants seront recrutés dans quatre villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg) et auront ou non fréquenté une SCMR.

Ainsi, la population de cette étude sera composée de personnes recrutées dans une ville où les salles n'existent pas (Marseille), de personnes non exposées à SCMR mais dans des villes où une SCMR existe, et enfin de personnes qui fréquentent une SCMR.

Le schéma de l'étude permettra donc d'avoir une ville témoin afin de comparer l'évolution des critères dans une ville où aucune SCMR n'existe et dans des villes où une SCMR a été mise en place.

Le programme de recherche Cosinus prévoit la mise en place de deux comités : un comité de pilotage associant les chercheurs et les représentants de l'Inserm et de la Mildeca et un comité scientifique externe

composé de membres non impliqués dans l'évaluation, associant des experts étrangers, dont la mission sera de vérifier la pertinence des questions scientifiques et la validité des méthodes utilisées pour y répondre.

- la recherche conduite par le centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société (Cermes 3) portant sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de réduction des risques incluant le dispositif innovant des salles de consommation à moindre risque sur la ville de Paris.

Cette recherche sociologique et ethnographique aura pour objectif principal d'analyser de manière approfondie, à partir d'entretiens semi-directifs en face à face, les évolutions de perception des riverains, des professionnels de santé et de sécurité publique, des institutions et des usagers de drogues vis-à-vis des nuisances associées à la consommation de drogues et en particulier les pratiques d'injection et la présence d'usagers de drogues dans l'espace public, avant et après la mise en place d'une SCMR sur Paris. Des observations ethnographiques seront également réalisées dans les espaces de discussion formels et informels concernant l'implantation des SCMR, tels que les réunions entre la mairie de Paris et les riverains, et au sein des réunions spécifiques aux associations de riverains se positionnant en faveur ou en défaveur des SCMR.

Les retombées pragmatiques de ce volet qualitatif pourront contribuer à améliorer le service proposé par la SCMR, d'après les expériences étrangères menées sur ce sujet.

L'évaluation médico-économique des SCMR sera portée par une équipe de l'Inserm, l'équipe du SESSTIM U1252. Cette étude apportera des données sur le coût de la mise en place des SCMR ainsi que sur les bénéfices de cette intervention en termes d'infections et d'overdoses évitées, de coûts évités liés à la prise en charge de ces problèmes de santé et de coût-efficacité. Le modèle développé dans le cadre de cette étude permettra également de simuler sur le long terme les bénéfices de santé apportés par l'intervention, notamment vis-à-vis de l'infection à VIH, du VHC, des abcès et des overdoses.

Elle permettra de mettre en regard les coûts associés à ce dispositif et son efficacité d'un point de vue sanitaire. L'évaluation économique des SCMR sera effectuée en termes de :

- coût de fonctionnement d'une SCMR (intégrant coût en capital et coût en fonctionnement), décrire ses composantes par activité et le coût unitaire par usager ;
- coût incrémental (ou coût additionnel) de la SCMR par rapport aux CAARUD ;
- d'efficacité de la salle de consommation en termes d'infections et d'overdoses évitées (par rapport aux CAARUD) ;
- coûts évités en terme de consommations de soins (urgence, hospitalisation, consultations médicales, traitement ...) associés aux infections évitées (abcès, hépatite C et infection VIH) et aux overdoses évitées ;
- coût-efficacité de la SCMR.

Un modèle sera construit afin de simuler le devenir de la population d'usagers de drogues fréquentant les SCMR. Ce modèle sera divisé en deux sous-modèles : un arbre de décision permettant d'évaluer le nombre d'infections (VIH, VHC et abcès) et d'overdoses (fatales ou non fatales) évitées en fonction de la fréquence d'injection et des probabilités d'infection et d'overdose par injection ; et un modèle multi-état pour simuler la cascade de soins associée à chacune de ces infections (dépistage, prise en charge par le système de santé et traitement) et les bénéfices de santé sur le long terme en termes d'années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALY). Dans un deuxième temps, le modèle sera utilisé afin d'évaluer l'impact d'une mise à l'échelle des SCMR.

Plusieurs sources de données seront mobilisées pour la conduite de l'analyse économique : les données de la cohorte " Cosinus ", les données institutionnelles concernant les dispositifs en question, les données de coûts et d'activités recueillies sur site dans les SCMR et les données issues de la littérature.

Fait le 22 mars 2016. Marisol Touraine

Cahier des charges des haltes soins addictions :

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

NOR : SSAP2201709A

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/1/26/SSAP2201709A/jo/texte>

JORF n°0045 du 23 février 2022

Texte n° 9

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 Gaia 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 :

Article 1

Le cahier des charges national relatif aux haltes "soins addictions" annexé au présent arrêté est approuvé.

Article 2

L'article 1er 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 ».

Article 3

L'article 1er 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 Gaia 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 ».

Article 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.

Article 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.

Annexe

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 vacations 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.

Annexe

ANNEXES (articles Annexe 1 à Annexe 2)

Annexe 1

Encadrement de la HSA : tableau indicatif

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

Infirmier				
Educateur				
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.

Fait le 26 janvier 2022.

Olivier Véran

Annexe 4. Vignettes cliniques

Il s'agit de trois exemples de situations rencontrées par les équipes *d'Ithaque*, notamment sur le site de la SCMR *Argos* : l'état général de ces personnes aurait nécessité un hébergement afin d'organiser au mieux les soins requis.

1/ Situation d'Alicia et Jérôme

Alicia et Jérôme forment un couple de trentenaires qui viennent à *ARGOS* consommer par voie intraveineuse. Ils vivent dans une tente, Jérôme cumule les petits contrats et Alicia ne bénéficie d'aucune ressource car elle éprouve des difficultés à effectuer ses démarches.

La jeune femme découvre qu'elle est enceinte à la fin de l'été 2019, le couple accueille la nouvelle avec joie.

Alicia ne passe plus en salle pour consommer, elle dit avoir arrêté les consommations (ou consommer ponctuellement) mais l'équipe reste vigilante et tente de lui apporter soutien et conseils pour que la situation évolue positivement.

Au cours de l'hiver, Alicia se plaint de douleurs au niveau des jambes, le médecin suspecte une phlébite et après maintes négociations, la jeune femme accepte de se rendre aux urgences somatiques. Le diagnostic est avéré, elle doit être hospitalisée mais elle quittera son lit le soir même. Un signalement est fait, tant la situation est inquiétante et ses conditions de vie incompatibles avec une grossesse et une phlébite. Sachant où vit le couple, des membres de l'équipe se rendent sur place afin de sensibiliser Alicia aux risques potentiels, pour lui administrer le traitement et lui expliquer comment l'observer au mieux.

Beaucoup de démarches sont entreprises, mais les nombreux rendez-vous manqués, les incohérences dans le discours d'Alicia et dans celui de Jérôme, ainsi que les nombreux intervenants gravitant autour des deux situations, compliquent l'accompagnement. Les soins se poursuivent tant bien que mal tout au long de la grossesse, en fonction des passages d'Alicia, de sa notion particulière du temps et de ses conditions de vie. Les différentes équipes (équipe mobile santé et précarité, équipe hospitalière dédiée au suivi grossesse, équipe *d'Ithaque* et service de protection de l'enfance) sont en lien afin de trouver une solution adaptée avec et pour le couple de futurs jeunes parents.

Si certaines démarches d'ordre social ont pu aboutir, avec notamment le déblocage des ressources d'Alicia, aucune solution d'hébergement n'est trouvée au terme de la grossesse. Alicia a finalement accouché dans l'ambulance venue la chercher dans sa chambre d'hôtel et elle est restée hospitalisée avec sa fille pendant 2 semaines. Le placement de l'enfant a été inévitable et les jeunes parents se retrouvent, actuellement, dans des conditions de vie similaires à celles précédant la grossesse.

Le projet d'hébergement, s'il avait été opérationnel, aurait pu permettre au couple d'investir une chambre pour organiser au mieux les soins relatifs à la phlébite dont souffrait Alicia. En parallèle, l'accompagnement lié au suivi de grossesse aurait pu être organisé et des accompagnements physiques auraient pu être proposés, facilitant ainsi le travail en partenariat et des propositions de relais adaptées. Les futurs jeunes parents auraient pu construire un projet de vie, appuyé par un travailleur social présent quotidiennement dans le lieu d'hébergement. Une solution adaptée aurait pu aboutir avant la naissance de leur petite fille et le placement aurait potentiellement pu être évité. Si des entretiens psychologiques avaient pu être proposés, le couple aurait également pu bénéficier d'un soutien face au changement de vie qu'induit l'arrivée d'un enfant.

2/ Situation de Marie

Marie a 40 ans, elle est consommatrice depuis une vingtaine d'années et elle vit dans des conditions très précaires. Une nuit où elle trouvait refuge dans une cage d'escalier, elle a été violemment agressée du fait de ses pratiques d'injection.

Un abcès au niveau du sternum s'est développé. Marie a été rencontrée par un médecin de l'association *Ithaque*, qui l'a orientée vers les urgences somatiques. Elle s'y est rendue mais n'a pas pu attendre jusqu'à ce qu'elle soit reçue. Les douleurs étaient intenses et ses consommations ne lui permettaient plus de les supporter ; elle a alors accepté de retourner à l'hôpital quelques jours après et son abcès a nécessité deux interventions chirurgicales, ainsi qu'une surveillance intensive.

Un partenariat avec le service de chirurgie thoracique a permis à l'équipe *d'Ithaque* d'être en lien, mais malgré les visites et les appels téléphoniques réguliers, Marie est sortie contre avis médical après moins de deux semaines d'hospitalisation. Elle a mis en avant que le cadre était trop rigide ; elle se sentait seule et ses compagnons de rue ne pouvaient pas lui rendre visite, elle ne pouvait pas consommer ni fumer de tabac et elle avait peu de liens avec l'équipe hospitalière. Lors de son séjour, elle avait également pu rencontrer un travailleur social de l'Hôpital, mais aucune démarche n'avait pu être mise en place, du fait de la brièveté de son séjour, et malgré les échanges avec les travailleurs sociaux de l'association *Ithaque*, peu de solutions étaient envisageables au vu de la situation.

Aujourd'hui, Marie vit à nouveau à la rue. Son abcès a disparu, mais un trou béant au niveau de la cage thoracique nécessite encore des soins et une observance médicamenteuse pour éviter le risque de septicémie. Inquiets, les professionnels de l'équipe du service de chirurgie thoracique ont apprécié que l'équipe *d'Ithaque* puisse prendre le relais ; ils ont pu verbaliser qu'ils étaient peu habitués à ce type de profil de patients. Le partenariat construit entre les deux équipes a permis la poursuite des soins mais les conditions de vie de Marie ne permettent pas de lui garantir un rétablissement optimal.

Une place dans un hébergement adapté, tel celui pensé par l'association *Ithaque*, lui aurait permis de poursuivre au mieux les soins nécessaires. La présence constante d'un personnel paramédical aurait assuré la bonne réalisation des soins et l'observance du traitement. La présence constante de personnel social aurait pu rendre possible la mise en place de démarches visant l'accès à un hébergement et l'attente d'une solution adaptée. De plus, le repos dans de bonnes conditions d'hygiène, l'accès à un espace de consommation sécurisée, ainsi que des repas équilibrés, font partie intégrante d'un bon rétablissement.

3/ Situation de Pierre

Pierre, 45 ans, est consommateur d'opiacés depuis son adolescence. Il vit dans son camion et il est habitué de la SCMR depuis son ouverture en novembre 2016 ; il passe quotidiennement effectuer ses injections, prendre un café, une douche et discuter avec les intervenants. En novembre 2018, nous observons qu'il s'amaigrit, s'affaiblit et son teint devient jaune.

L'équipe est inquiète mais Pierre, extrêmement attaché à ses 2 chiens, n'accepte pas de se rendre à l'hôpital, ne pouvant se séparer de ses animaux qu'il considère comme ses enfants. De plus, il craint que ses habitudes de consommations ne soient incompatibles avec une hospitalisation et, d'un tempérament positif, il se dit que son état va s'arranger. Malgré nos tentatives pour trouver une solution de garde pour ses chiens, malgré nos propositions d'accompagnement, malgré notre inquiétude grandissante face à l'évolution négative de la situation, aucune possibilité ne permet de le

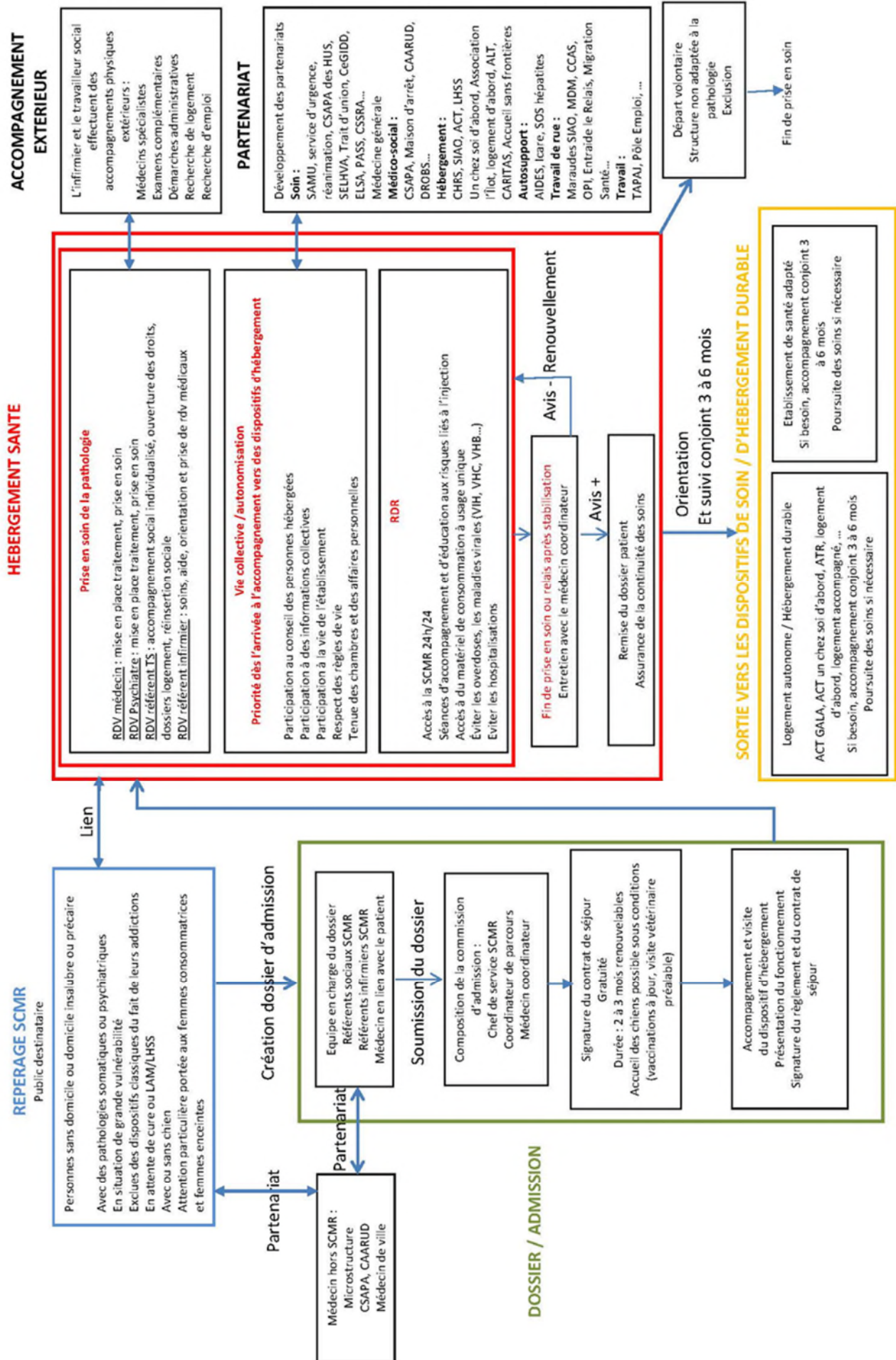
diriger vers l'hôpital. C'est grâce à ses compagnons de rue, également témoins de l'aggravation de son état de santé, que Pierre réalise qu'il est affaibli et qu'il accepte de confier ses chiens temporairement à une personne de confiance.

Il autorise alors l'équipe à organiser une hospitalisation et accède rapidement à un lit en service hépato-digestif : il souffre d'une cirrhose suivie d'une décompensation hépatique. Il restera hospitalisé plus d'un mois et bénéficiera des soins nécessaires ainsi que d'un accompagnement vers une solution d'hébergement qui permet qu'il ait ses chiens avec lui. Mais l'avancement de la maladie et la gravité de son état de santé n'ont malheureusement pas permis de guérison, seule une greffe de foie aurait pu sauver Pierre. Il est décédé en fin d'année 2018 dans son nouvel hébergement.

Le dispositif d'hébergement adossé à l'espace de consommation aurait permis à Pierre de s'installer avec ses chiens dès l'apparition des premiers symptômes. L'équipe présente aurait pu observer, organiser et accompagner Pierre aux différents examens de santé nécessaires. Pierre aurait également pu rester hébergé le temps de sa convalescence jusqu'à son accès à une solution adaptée et il aurait pu bénéficier de la visite de membres de l'équipe d'*Argos* au sein de son nouvel hébergement.

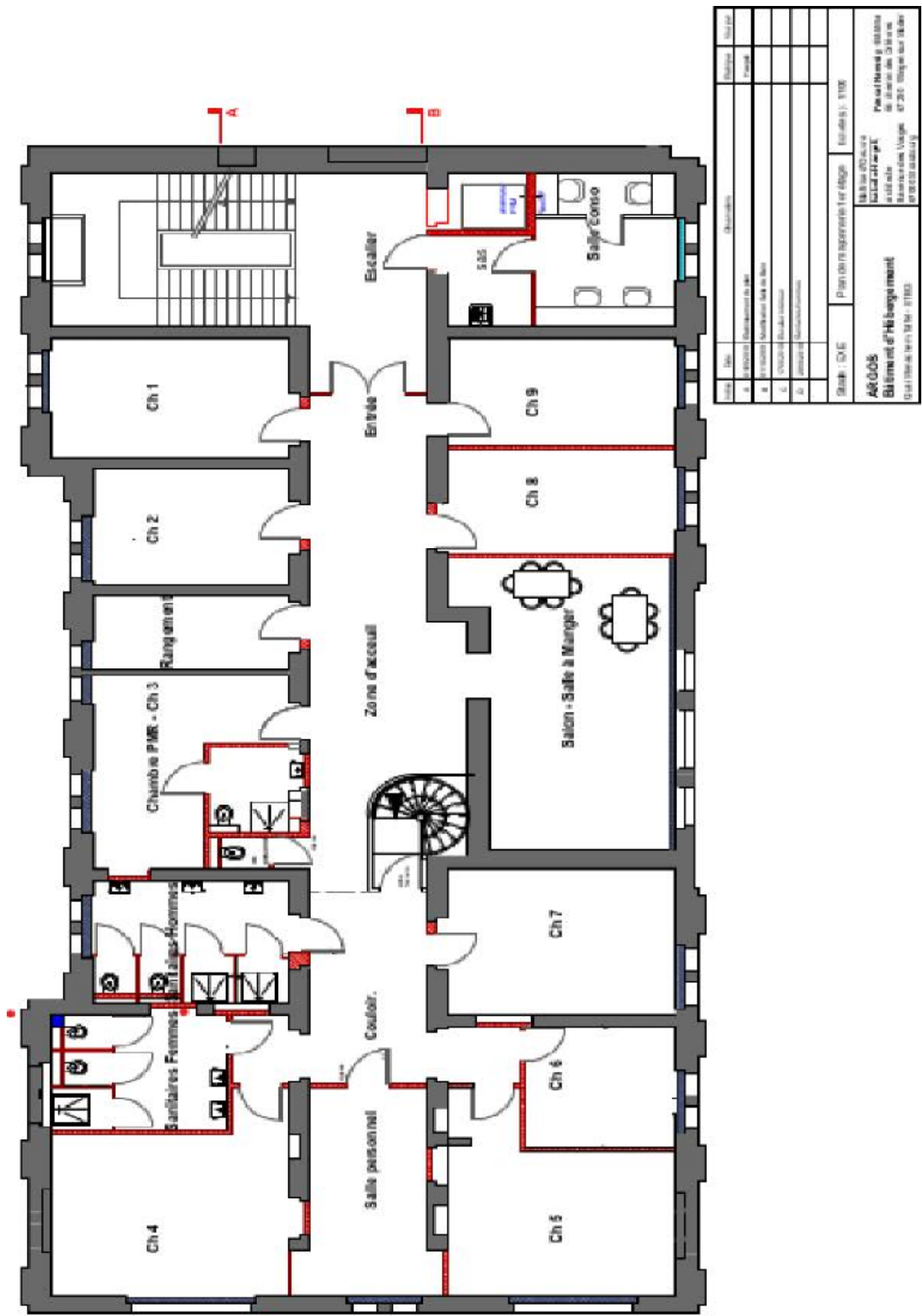
La maladie de Pierre était sans doute trop avancée lorsque les premiers symptômes ont été observés, mais l'hébergement aurait pu lui permettre d'être accompagné dans la maladie dans le respect de ses choix de vie.

Annexe 5 : Parcours d'une personne au sein du dispositif



Annexe 6. Plan des locaux du dispositif de soins avec hébergement *Argos 2*

Etage 1 :



Les locaux du dispositif trouvent leur place aux étages supérieurs de la HSA existante. Ils sont organisés de manière à accueillir à terme 20 personnes.

Les travaux ont permis de réhabiliter le premier étage qui permet l'accueil de 10 personnes en première phase.

Ce premier étage est composé de plusieurs espaces :

- un escalier qui permet de rejoindre l'entrée de l'hébergement et le lieu de vie à l'étage. Un ascenseur est disponible pour les personnes à mobilité réduite et les livraisons de charges lourdes ;
- un espace de stockage prévu initialement pour un espace de consommation ;
- une zone d'accueil avec un comptoir, située dans le couloir central qui dessert l'ensemble des pièces ;
- une salle de vie collective (salon-salle à manger) qui permet l'animation d'activités, la tenue de réunions avec les personnes hébergées, l'organisation d'ateliers et des temps de repas ;
- des chambres qui sont au nombre de 8. Six chambres sont individuelles, dont l'une permet l'accueil d'une personne à mobilité réduite avec sanitaires spécifiques. Deux chambres sont doubles afin d'envisager l'accueil de couples ou de personnes acceptant la colocation ;
- deux blocs sanitaires distincts avec douches, WC et lavabos pour femmes et pour hommes ;
- un espace de rangement/buanderie qui permet aux personnes de laver et sécher leur linge. Le nettoyage du linge de toilette et de literie sera sous-traité par une blanchisserie professionnelle afin de garantir une hygiène optimale ;
- un deuxième escalier qui permet de rejoindre la salle de consommation située au rez-de-chaussée du bâtiment ;
- une salle de soins/bureau d'entretien (Ch9) qui garantit un espace confidentiel en cas de besoin ;
- une salle du personnel qui permet aux membres de l'équipe de ranger leurs affaires et de se retrouver lors des temps de transmissions et de la réunion hebdomadaire.
- Un lieu de stockage.

Le second étage est composé de 9 chambres, dont une chambre double, ainsi que de deux blocs sanitaires distincts, d'un bureau et d'un espace collectif.

Les travaux de mises aux normes réalisés permettent l'accessibilité de l'entièreté du dispositif aux personnes à mobilité réduite ou souffrant de handicap.

Annexe 7. Budget d'investissement du projet et subventions

Phase 1 :

TOTAL INVESTISSEMENTS PHASE 1 DU PROJET : 10 LITS D'HEBERGEMENT	902 424 €
--	------------------

SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENTS	PHASE 1
ARS Grand Est	408 750
Ville de Strasbourg	300 000
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	150 000
TOTAL SUBVENTIONS	858 750
AUTOFINANCEMENT <i>ITHAQUE</i>	43 674 €

Phase 2 :

TOTAL INVESTISSEMENTS PHASE 2 DU PROJET : 20 LITS D'HEBERGEMENT :	651 734 €
--	------------------

SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENTS	PHASE 2
ARS Grand Est	200 000
Ville de Strasbourg	200 000
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	200 000
TOTAL SUBVENTIONS	600 000
AUTOFINANCEMENT <i>ITHAQUE</i>	51 734

