

# Les dispositifs de soin résidentiel médico-sociaux

Panorama de l'offre

Janvier 2022



## Les soins résidentiels nécessitent d'être identifiés et redéfinis parmi le panel d'accompagnements.

De nombreux dispositifs existent dans le champ de l'addictologie: **dispositifs hospitaliers, sanitaires, médico-sociaux ambulatoires, ou de soins résidentiels.**

Une personne ayant des conduites addictives est accompagnée par des **dispositifs ambulatoires** (CSAPA, CAARUD, etc.). Elle peut également bénéficier de dispositifs sociaux et/ou médico-sociaux soutenant la démarche de soins ambulatoires.

Si la situation de la personne rend l'accompagnement ambulatoire difficile à investir, elle peut solliciter ou se voir proposer une orientation vers des **dispositifs de soin résidentiel** dont l'organisation pourra soutenir un engagement plus effectif.

## 1. Organisation de l'offre d'accompagnement autour des addictions

### 1.1. Du côté de la santé

- **La médecine de ville:** lorsque la situation ne nécessite pas ou plus le recours à des dispositifs plus spécialisés.
- **Les dispositifs sanitaires** (hôpital, clinique, etc.): lorsque la problématique médicale est dominante (sevrage, soins complexes et leurs suites, problématiques psychiatriques)  
Ex: **hospitalisation en soins aigus, SSRA (soins de suite et de réadaptation en addictologie).**

### 1.2. À la croisée des secteurs de la santé et du social

- **Les dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie:** lorsqu'une personne nécessite un suivi rapproché en lien avec son addiction, et un accompagnement dans son insertion sociale et/ou professionnelle (intégration du soin dans le projet de vie).  
Ex: **CSAPA (ambulatoire ou résidentiel), CAARUD**
- **Les dispositifs médico-sociaux non spécialisés en addictologie:** lorsque la problématique sociale est dominante et que la problématique médicale est importante.  
Ex: **LAM (lits d'accueil médicalisés), ACT (appartement de coordination thérapeutique), LHSS (lits haltes soins santé).**

## 1.3. Du côté du secteur social et de la lutte contre la précarité

- **Dispositifs sociaux**: lorsque la problématique sociale est dominante (hébergement, insertion socio-professionnelle) et que la problématique addictive est stabilisée (idéalement).

Ex: **CHRS (centre hébergement réinsertion sociale), pensions de famille/maisons-relais, centre d'hébergement d'urgence, centre de stabilisation, etc.**

## 2. Les soins résidentiels médico-sociaux spécialisés en addictologie

### 2.1. Principes

**Les dispositifs de soin résidentiel proposent sur la durée, un accompagnement global, individualisé, s'appuyant sur un ensemble de compétences médico-psycho-socio-éducatives.**

L'hébergement devient un levier important pour l'accompagnement et le soin: la personne est accompagnée dans un cadre structuré, sécurisant, dans une approche globale, intégrée et transdisciplinaire (traitement médical, accompagnement éducatif, social et psychothérapie). Cet accompagnement est personnalisé, couplé d'une dynamique de groupe voire communautaire, où le savoir expérientiel et la pair-aidance peuvent jouer un rôle clé.

En effet, le projet de soin est décidé par la personne, co-construit avec les professionnels dans une logique de renforcement du pouvoir d'agir. Cette alliance thérapeutique se décline sur tout le panel des modalités de soin, quelque soit les objectifs de la personne (de l'abstinence à la gestion ou contrôle des consommations), intégrant la réduction des risques et des dommages en tant qu'outil décisif de réussite de ces objectifs. Le parcours vise un mieux-être, le rétablissement et l'inclusion sociale de la personne, pour qu'elle devienne une citoyenne à part entière dans la société. Le séjour s'inscrit dans la durée, dans un environnement qui l'éloigne de ses habitudes et influences.

### 2.2. Fonctionnement

#### Public accueilli

- Homme ou femme, majeur (ou mineur selon la structure), seul ou en couple, avec ou sans enfants, avec ou sans animaux, pouvant être en situation d'aménagement de peine.
- **Conduites addictives sévères** qui peuvent être associées à des comorbidités psychiatriques si stabilisées.
- **Ruptures de parcours professionnel** et des difficultés de liens sociaux.

#### Admission

- **Démarche volontaire** de la personne
- Orientation **par un professionnel, par l'entourage, d'elle-même.**
- **Procédure d'admission réalisée par les structures** et accessible à tous.

#### Place de la personne accueillie

- Place centrale de la personne: **le bénéficiaire choisit** son offre d'accompagnement en fonction de ses besoins et de sa situation personnelle.
- Le séjour s'inscrit dans le **parcours de soins** de la personne.

#### Accompagnement

- **Accompagnement global**: modèle de soins intégrés, avec continuité des soins.
- **Équipe pluridisciplinaire**: personnels encadrants (direction et chef de service), personnels de santé (médecin, infirmier), personnels socio-éducatif, psychologue, surveillants de nuit.

- **Articulation avec un ensemble de professionnels**: psychiatrie, médecine de ville, hôpital, laboratoire, autres spécialistes.
- **Entourage** de la personne peut être pris en compte.
- Programme thérapeutique global :
  - **Problématiques**: santé & comorbidités; relations soi et autrui; impact sur la famille, l'environnement et la vie sociale; insertion socioprofessionnelle.
  - **Objectifs & axes**: organisation de la vie quotidienne; accompagnement médical, socio-éducatif, psychologique, etc.
  - **Outils**: groupes de paroles; activités sportives, créatives, artistiques, culturelles; entretiens individuels; etc.
  - **Résultats**: rythme & hygiène de vie sains et adaptés avec une visée de transposition sur l'extérieur, meilleure gestion de sa vie personnelle, réinsertion sociale.

### Projets de soins

- **Évolution des pratiques et des postures professionnelles**: de l'abstinence comme unique modèle de soins vers une offre diversifiée, et intégration de la **réduction des risques**.
- **Co-construit**, logique d'**empowerment**

(**pouvoir d'agir**), responsabilisant la personne. La pair-aidance favorise ce pouvoir d'agir.

- **Différentes déclinaisons** du projet de soin: **arrêt définitif** de toute substance psychoactive (dont traitements), **arrêt total** avec poursuite des traitements, **arrêt partiel** ou régulation.

### Fin de séjours

- Soit prévue: **la sortie est anticipée avec la personne** (solutions adaptées à ses besoins).
- Soit imprévue: **départ volontaire, exclusion** (violences, etc.). Les consommations ne sont plus motifs d'exclusion, dès lors que tout l'étayage d'accompagnement a été mis en place.

### Évaluation

- **Obligation interne et externe** (rapport d'activité, enquêtes par l'autorité de contrôle, outils spécifiques, etc.)
- **Difficile de chiffrer** l'amélioration du lien social, hygiène de vie, etc., qui s'inscrivent dans la durée.

## 2.3. Catégories

### → Dispositifs collectifs

#### CSAPA-CTR centres thérapeutiques résidentiels

**Public**: personnes ayant une problématique majeure de dépendance aux produits psychoactifs, et d'éventuelles comorbidités, **sevrées ou stabilisées**. Deux CTR accueillent uniquement des mineurs. Certains accueillent des personnes ayant des **problématiques psychiatriques**.

**Fonctionnement**: lieux de soins « mixtes » qui visent à un **accompagnement global individualisé**, dans une **dynamique collective**, au sein d'une **petite unité** (environ 15 personnes maximum). Les personnes **réapprennent la vie sans produit addictif** problématique, la **vie en collectivité**, les

**gestes quotidiens**. Elles acquièrent et valorisent leurs compétences par des soins psychothérapeutiques et psychoéducatifs, dans une optique d'inclusion sociale. Les CTR ne sont actuellement **pas soumis à un cahier des charges** (la circulaire CSAPA, avec une annexe spécifique sur le CSAPA résidentiel, fait office de cahier des charges).

**Durée de séjour**: **séjour d'un an max** ou de plus **courte durée** (6 semaines - 2 mois), par modules ou séquentiels; elle est plus ou moins longue, adaptée aux besoins de la personne accueillie.

## CSAPA-CT communautés thérapeutiques

**Public:** personnes majeures ayant une problématique majeure de dépendance aux produits psychoactifs, **sevrées ou stabilisées**, avec ou sans TSO.

**Fonctionnement:** lieux de soins et de réhabilitation sociale (environ 35 personnes maximum) qui visent un **travail sur soi** via une **dynamique communautaire** permettant d'interroger ses consommations. **L'entraide** et la **responsabilité** sont valorisées pour faire émerger les **capacités** et les potentialités de chacun. Ce **parcours** doit permettre un **regard nouveau** sur soi en se connectant à ses émotions et aux autres afin de construire

librement un projet de vie épanouissant.

**L'accompagnement est structuré en étapes** pour **responsabiliser** la personne par diverses **activités**: groupes de paroles, groupes thérapeutiques, entretien des sites, activités créatives, etc. mais aussi des **activités professionnalisantes** en vue d'insertion socioprofessionnelle. Les CT sont soumises à un **cahier des charges**.

**Durée de séjour:** **séjour de 2 ans max** ou **plus court** selon l'avancée du parcours de la personne, plus longue qu'en CTR, avec une approche de «lieux de soin et de vie» plus marquée.

## CAUT centres d'accueil d'urgence et de transition

**Public:** personnes en **grande vulnérabilité sociale et psychique**, en majorité sous main de justice mais aussi jeunes de 16 ans et plus, ayant des conduites addictives.

**Fonctionnement:** accueil en collectif; **lieux de soins** permettant à la personne de rompre avec son cadre habituel, en étant **accompagnée dans la stabilisation de sa démarche de soin**, en cours de construction. L'accompagnement a pour but de **consolider**

**ou mettre en place ce projet de soin ou d'insertion** vers les autres dispositifs pour plus longtemps. Les CAUT permettent de réduire les risques d'aggravation de la situation des usagers et de **prévenir les rechutes**. Ils sont soumis à un **cahier des charges**.

**Durée de séjour:** **séjour de transition de courte durée** (quelques semaines à 3 mois).

## Sleep-In

**Public:** personnes majeures en **situation de grande précarité**, qui consomment des substances psychoactives. Leurs pratiques de consommation à risque majeur entravent la régulation du rythme de vie, la satisfaction des besoins fondamentaux, et l'accès à tout autre dispositif d'hébergement et de droit commun.

**Fonctionnement:** ils fonctionnent tantôt en tant que **CSAPA** tantôt en tant que **CAARUD**, dans une dynamique de réduction des risques et des dommages. Ils proposent un hébergement d'urgence de nuit, ainsi que des consultations pluridisciplinaires (médicale, socio-éducative, psychologique), avec pour

certain un accueil de jour.

L'hébergement d'urgence, en collectif, est conçu comme **un outil de RDRD à part entière**, visant **l'amélioration de l'état global** des personnes avec un cadre sécurisant. Il propose un accès au **matériel de consommation**, des dépistages, pour toute personne qui le souhaite, hébergée ou non. Il fonctionne en lien avec les autres dispositifs de soin spécialisés en addictologie, et peut orienter les personnes qui le souhaitent vers d'autres dispositifs en fonction de leurs besoins.

**Durée de séjour:** **séjour de très courte durée - hébergement d'urgence**.

## → Dispositifs individuels:

### AT appartements thérapeutiques

**Public:** personnes majeures ayant une problématique de dépendance aux produits psychoactifs, en particulier sous **traitement** (TSO, VHC, VHB). En demande d'un accompagnement autour de la réduction des risques, ces personnes peuvent avoir des difficultés relationnelles ou des expériences négatives en groupe, ou continuer leur insertion sociale après un séjour en CT/CTR. Elles ont la capacité à **vivre seule** et gérer leur quotidien.

**Fonctionnement:** unités de soins rattachés aux CSAPA qui proposent un accompagnement durable et transdisciplinaire, dans le but de favoriser l'autonomie de la personne et restaurer ses liens socioprofessionnels. Ils visent son inscription sociale et le renforcement de son identité avant son entrée dans le droit commun.

Les AT s'organisent autour de la **signature d'un contrat** avec la personne accompagnée (dossier individuel DIPEC pour suivre les objectifs et le parcours de soins et d'insertion de la personne). Le suivi médical est assuré par le CSAPA (ambulatoire ou ville) et le **soutien psychologique** peut l'être au sein de l'appartement (équipes autonomes de psychologues, éducateurs, assistantes sociales) ou en CSAPA.

Le **redevance locative** peut être à la charge de la personne selon ses ressources. Une aide à bénéficier de prestations (RSA, AAH, APL, ALT) est proposée, et le **glissement de bail** pour que le logement soit ensuite à son nom est dans certains cas possible, mais reste rare.

**Durée de séjour:** séjour variable d'un mois à un an, renouvelable une fois.

### FA familles d'accueil

**Public:** personnes ayant une problématique majeure de dépendance aux produits psychoactifs, **sevrées ou stabilisées**, avec ou sans TSO, accompagnées dans un cadre individuel sans pour autant se retrouver seul. C'est l'un des dispositifs les plus souples dont le cadre d'accompagnement est défini par la famille qui accueille.

**Fonctionnement:** accueil au sein d'une famille, recrutée par un CSAPA en fonction de différents critères: motivation; faisabilité financière et matérielle (avoir une chambre, proximité avec le CSAPA de moins de 100 kms ou 2h de route); possibilité de proposer des **activités; valeurs conformes** (non-jugement, etc.). Les familles ont un statut de **bénévole**. Elles sont réunies **en réseau** (6 réseaux de 5 familles en France). **Les CSAPA assurent le suivi et l'animation du réseau**, et disposent d'un protocole d'admission.

L'accompagnement des personnes varie en fonction des profils (prévention de la délinquance pour des jeunes, programme éducatif pour les couples, etc.), elles sont **orientées par les CSAPA, hôpitaux, services PJJ, ASE, etc.** En ce sens, les personnes à risque de psychopathologie délirante dans un cadre familial, ou les personnes violentes, ne peuvent pas intégrer ce dispositif.

Le but étant pour la personne de retrouver son **identité** (stigmatisation), un **rythme de vie ordinaire** et un **réapprentissage des liens sociaux**, dans un **cadre chaleureux et sécurisant**.

**Durée:** séjour variable, de 4 mois en moyenne pour les réseaux.

## 3. L'articulation avec les autres dispositifs

L'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives demande un regard transverse et pluridisciplinaire. En ce sens, les dispositifs de soins résidentiels, qui répondent à des besoins spécifiques, sont complémentaires et s'articulent entre eux, dans une logique de parcours : par exemple, une Communauté Thérapeutique peut orienter une personne vers un Appartement Thérapeutique, etc.

Les dispositifs de soins résidentiels s'articulent également avec les dispositifs sociaux et sanitaires.

Il est important de cibler la porte d'entrée adaptée à la personne, et à ses besoins.

### 3.1. Dispositifs médico-sociaux non spécialisés en addictologie

#### LHSS lits halte soins santé

**Public:** personnes sans domicile fixe, majoritairement d'un âge avancé, en convalescence et **nécessitant des soins aigus** qui ne justifie pas une hospitalisation, mais qui nécessite d'un hébergement stable.

**Fonctionnement:** lieux de soins, organisés en chambres collectives et/ou individuelles, dont la porte d'entrée n'est pas l'addiction. Cependant, les LHSS sont **en lien avec les CSAPA et CAARUD** car ils accueillent des consommateurs (certains se spécialisent

même dans l'**accompagnement des conduites addictives** et disposent d'équipes formées).

La mission des LHSS est de **dispenser des soins médicaux et paramédicaux temporaires**, dans une approche globale: l'équipe médicale est présente 24h/24 et un accompagnement social est proposé.

**Durée de séjour: séjour de 2 mois renouvelables** (voire plus selon les besoins et le contexte de la personne).

#### LAM lits d'accueil médicalisé

Public: **personnes sans domicile fixe**, souffrant de **perte d'autonomie et à l'état de santé très dégradé** (pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires), ne pouvant être pris en charge par d'autres structures.

Fonctionnement: lieux de soins **très médicalisés**, organisés en chambres individuelles, avec la présence **24h/24 de l'équipe médicale et paramédicale**, qui intègre également un accompagnement social

(animation) et un soutien psychologique. L'addiction n'est pas la porte d'entrée mais un suivi est proposé. Actuellement, les LAM sont pour la majorité adossés aux LHSS. Le plus souvent, une orientation en EHPAD ou FAM/MAS est privilégiée. **Les LAM sont aussi des lieux de fin de vie.**

Durée de séjour: **séjour non limité**, adapté à la situation sanitaire et sociale de la personne.

## ACT appartements de coordination thérapeutique

**Public:** les ACT classiques hébergent inconditionnellement des **personnes en situation de précarité psychologique, sociale ou financière**, qui nécessitent des soins liés à une maladie chronique, et qui ont la capacité de vivre en autonomie. Elles sont accueillies seules, en couple ou avec leurs familles. Les ACT «Un Chez Soi d'Abord» hébergent des **personnes sans domicile fixe atteintes d'une ou plusieurs pathologies mentales**, sans l'obligation d'adhérer à un projet de soin.

**Fonctionnement:** les ACT classiques sont des **logements relais**, qui permettent à la personne accompagnée de bénéficier d'un **accompagnement médical, social et psychologique**. L'équipe médico-sociale

assure une présence hebdomadaire. Ce dispositif concerne les personnes ayant des **conduites addictives** (ACT Addictologie), mais aussi les **anciens détenus** (ACT Sortants de Prison), etc. Ces dispositifs spécifiques d'ACT ont pour vocation première de venir compléter la gamme d'ACT classique. Les ACT «Un Chez Soi d'Abord» ont un fonctionnement similaire avec un accent mis sur le **accompagnement psychologique** et basé sur le principe du «logement d'abord»: les personnes sont censées pouvoir être locataire de leur logement.

**Durée de séjour:** pour les ACT hébergement, **séjour temporaire**, déterminé en fonction des besoins de la personne (en moyenne 18-24 mois). Pour les ACT «Un Chez Soi d'Abord», **séjour pérenne**, sans durée limitée.

## 3.2. Dispositifs d'hébergement sociaux

### CHU centres d'hébergement d'urgence

**Public:** personnes **sans abri, isolées ou en famille**, ayant des **vulnérabilités sociales, psychiques et/ou médicales** et nécessitant d'un hébergement d'urgence.

**Fonctionnement:** **centres d'hébergement collectif ou en diffus**, permettant une **mise à l'abri immédiate** et offrant des **prestations de première nécessité** (toit, hygiène, repas et une évaluation médicale, psychique et sociale) puis une orientation vers une structure

adaptée aux besoins de la personne. Ainsi, les conduites addictives peuvent être évaluées par l'équipe des CHU, qui peut orienter ensuite vers les structures spécialisées. La majorité des personnes hébergées en CHU sont **orientées par le SIAO**. L'accueil est inconditionnel.

**Durée de séjour: courte durée**, mais dépend de l'orientation vers la structure adaptée.



## CHRS centres d'hébergement et de réinsertion sociale

**Public:** personnes seules ou en couple, avec ou sans enfant(s), ayant d'importantes vulnérabilités socio-professionnelles, économiques, familiales, médicales ou psychiques qui nécessitent un accompagnement sur du long terme.

**Fonctionnement:** centres d'hébergement collectif (ou diffus), comportant des parties privatives et des parties communes, qui proposent un accompagnement social favorisant la réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que l'autonomie des personnes.

Il existe différents types de **CHRS spécialisés**

en fonction du type de public accueilli (femmes enceintes, sortants de prison, jeunes...). La porte d'entrée n'est pas l'addiction, bien que l'accompagnement des conduites addictives soit de plus en plus travaillé au sein des CHRS en raison d'un grand nombre de consommateurs accueillis. Il existe **6 CHRS dits « à orientation addictologique »** qui accueillent exclusivement des personnes présentant des conduites addictives.

**Durée de séjour:** séjour de moyen terme : généralement 6 mois renouvelable.

## Maisons-relais Pensions de famille

**Public:** personnes majeures, seules ou en couple, ayant déjà fréquenté de façon répétée des structures d'hébergement et disposant de faibles ressources. Elles présentent des vulnérabilités sociales et familiales, mais ont un degré d'autonomie suffisant pour vivre dans un logement durable. Ces personnes peuvent avoir des difficultés de santé (physiques ou psychologiques/psychiatriques).

**Fonctionnement:** résidences sociales ayant une dimension collective (logement individuel et espaces partagés) et proposant un accompagnement social individualisé. Les personnes recréent du lien social avec les autres résidents et avec l'environnement externe.

**Durée de séjour:** sans limitation de durée.

## CHS centres d'hébergement et de de stabilisation

**Public:** personnes sans domicile fixe, désocialisées et très éloignées de l'insertion, en rupture avec toute sorte de structures plus classiques.

**Fonctionnement:** centres d'hébergement ouverts 24h/24 avec accueil inconditionnel. A travers un accompagnement socio-éducatif individualisé, ils permettent à la personne de se stabiliser, de s'engager dans une dynamique d'insertion et de favoriser

l'orientation vers des structures adaptées à leur situation. La porte d'entrée n'est pas l'addiction, mais un accompagnement en CHS offre un accès facilité au soin vis-à-vis des conduites addictives et de santé.

La plupart du temps, l'accompagnement par un CHS intervient dans la continuité de l'accompagnement par un CHU.

**Durée de séjour:** séjour sans limitation de durée.

### 3.3. Dispositifs sanitaires

#### SSR-A soins de suite et de réadaptation en addictologie

**Public:** personnes majeures souhaitant un soin long de rééducation.

**Fonctionnement:** lieux de soins accessibles après un séjour hospitalier en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ou directement depuis le domicile / établissement d'hébergement.

Ils ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales, des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les SSR-A sont les SSR spécialisés en addictologie et accueillent des personnes ayant des conduites addictives. Accessibles sur prescription médicale, ils ont pour but d'accompagner un projet de soin qui

**nécessite une hospitalisation.** Les modalités d'accompagnement s'effectuent au travers de groupes de paroles et par des entretiens individuels (médicaux, psychologiques, sociaux). Certains disposent d'outils thérapeutiques particuliers (art thérapie, activité sportive, entretiens familiaux...). Il existe des SSR-A un peu partout en France (environ un par département).

**Durée de séjour: séjour variable** en fonction des structures et des projets de soin de chacun (abstinence, gestion des consommations, essai d'un suivi plus long, etc.), allant de 6 semaines à 3 mois, avec pour certains des hospitalisations plus courtes en semaine ou en journée afin de permettre à chacun d'y avoir accès (personnes salariées, avec enfants, etc.).