

## Partie B. Thèmes spécifiques

### 11. Les traitements résidentiels pour usagers de drogues

#### 11.1. Histoire et cadre des politiques publiques

##### 11.1.1. Histoire des traitements résidentiels

Depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, l'intérêt des prises en charges résidentielles pour les personnes dépendantes de substances psychoactives ne s'est pas démenti. Il y a deux raisons à cela : d'abord, le temps du sevrage nécessitant pour ceux qui n'en disposaient pas d'un cadre protecteur ; ensuite, pour la période suivant immédiatement le sevrage, les médecins conseillaient déjà à ceux qui le pouvaient de se reposer dans un cadre agréable et lointain afin de mettre une certaine distance géographique et temporelle avec les substances précédemment consommées.

Il convient de remarquer que par la suite les dispositifs dédiés à l'alcool ou aux « drogues » illicites se sont développés séparément. Les premiers sont marqués par leur origine sanitaire (les malades alcooliques se rencontrent à l'hôpital). Les seconds, ancrés dans l'ambiance communautaire et contre culturelle des années 1970, resteront jusque dans les années 1980 marqués par leur méfiance à l'égard du monde médical.

##### Les toxicomanies

Dans le domaine des drogues illicites, l'essor des soins résidentiels apparaît consécutif à la diffusion des drogues dans la jeunesse vers la fin des années 1960 et à la loi du 31 décembre 1970 qui tentait de répondre à cette évolution. Différents établissements s'ouvrent alors aux « toxicomanes ». Ces dispositifs, « post-cure de sevrage » pour la plupart, s'inscrivent progressivement dans une chaîne thérapeutique dont les maillons se multiplient pour répondre à des problématiques de plus en plus diversifiées : appartements thérapeutiques, familles d'accueil. De nombreux établissements ouvrent alors, en accord avec leur époque, c'est-à-dire le plus souvent à la campagne, fondés sur l'idée d'un « retour à une vie saine », et encourageant la restauration de relations humaines satisfaisantes. On y vise l'abstinence de drogues illicites, et l'on s'y préoccupe parfois d'insertion professionnelle, dans une société alors proche du plein emploi. L'ouverture de ces établissements était d'autant plus aisée que les budgets étaient votés par les départements et remboursés à 80 % par l'État. Ils seront essentiellement portés par le secteur associatif, les pouvoirs publics considérant ce dernier plus réactif que les services de l'État. En l'absence de données probantes quant à l'efficacité des traitements, on décide de financer largement les expérimentations, dont beaucoup disparaissent, faute de rencontrer durablement leur public, ou du fait de dérives idéologiques ou financières.

Passée l'euphorie de la création, les années 1980 seront celles de la professionnalisation et aussi du début de l'organisation de ce secteur, avec la création de l'Association nationale des intervenants en toxicomane (ANIT), la mise en œuvre de journées annuelles de rencontres, qui tourneront sur toute la France, ainsi que les premières « journées de Reims », orientées par un discours résolument psychanalytique. Pourtant, durant ces années, le sida apparaît en 1981 aux

États-Unis, peu après en France, touchant gravement la population des héroïnomanes injecteurs, lesquels constituaient alors la majeure partie de la « clientèle » des dispositifs de soin. Les pouvoirs publics s'interrogent alors sur le système en place.

En 1987 un rapport du Conseil économique et social décrit les institutions d'hébergement (Sullerot 1989). Sur 30 établissements de postcure, 16 sont axées sur des « techniques relationnelles », 14 sur des « techniques occupationnelles », 3 proposent des « modes de vie semi autonomes » (appartements thérapeutiques). La postcure est aussi assurée par 4 grands réseaux de familles d'accueils et 19 plus modestes, rattachés à des centres d'accueil.

Si ce rapport déplore l'insuffisance quantitative des capacités d'hébergement, il souligne également un certain nombre de points faibles en critiquant la sous-médicalisation des centres, la sous utilisation de certains dispositifs, l'inadaptation des projets à l'évolution de la clientèle et la sélection de celle-ci, la mise à distance des familles, le manque de communication entre les centres résidentiels et leur environnement. Mais surtout, il récuse ce qui était présenté comme un atout du dispositif français, à savoir la diversité des modes de prise en charge proposés, qui selon le rapport n'est pas effective pour le patient qui s'adresse à un centre : il est orienté par affinités idéologiques des soignants, où plus prosaïquement là où il y a de la place, ce qui explique la brièveté des séjours dans les centres. « La variété n'a guère de vertu quand elle ne permet pas de choix » (Sullerot 1989).

En 1992, un décret<sup>215</sup> vient définir les missions des centres de soins, ambulatoires et résidentiels. Pour être un CSST conventionné, il faut assurer « au moins 1) la prise en charge médico-psychologique du toxicomane, 2) la prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. » ; si l'on n'assure qu'une de ces missions il faut ajouter « l'accueil, l'orientation, l'information des toxicomanes et de leur famille, le sevrage et son accompagnement (...), le soutien à l'environnement familial ». Cela est assorti d'un certain nombre d'obligations : projet thérapeutique et socio-éducatif à l'instar de ce qui existe dans les secteurs sanitaire et médico-social, rapport d'activité, projet établi pour 5 ans maximum, qui peut être revu à la demande du préfet, évaluation des actions entreprises.

La problématique de l'accès aux soins, de l'égalité d'accès aux traitements, puis de la réduction des risques, le problème majeur de santé publique créé par le sida met non seulement en évidence le sous-équipement du pays en matière de réponse aux usages de drogues, mais viendra interroger la nature même des réponses apportées à ces problématiques, en particulier les pratiques professionnelles fondées sur la seule perspective de l'abstinence.

Cela conduit à un décret en 1993 visant le doublement de la capacité d'hébergement, en développant en particulier les dispositifs « d'appartements thérapeutiques », et en créant les premières communautés thérapeutiques, mais en insistant aussi sur le développement des dispositifs ambulatoires sur tout le territoire national et sur l'importance des réseaux ville hôpital.

Parallèlement les pouvoirs publics, poussés par un ensemble d'acteurs dont ceux issus de la lutte contre le sida, travaillent à une redéfinition des politiques publiques, appuyées sur plusieurs rapports : rapport Trautmann en 1989 (Trautmann 1990), rapport Henrion (Henrion 1995), Parquet-Reynaud (Parquet 1997), Roques (Roques 1998). Ceux-ci posent, d'une part, les bases

---

<sup>215</sup> Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NOR SANP9201106D).

de l'addictologie et soutiennent, d'autre part, le développement d'une politique de réduction des risques et le recours aux traitements de substitution aux opiacés.

La couverture du territoire en centres ambulatoires habilités à prescrire la méthadone, puis en 1995 la mise sur le marché du Subutex® ont alors pour conséquence de repositionner les centres de soins résidentiels. De dispositifs essentiels au traitement des toxicomanes, ils deviennent une option possible dans un parcours de soins. Ils sont par ailleurs contraints à se médicaliser, à accepter les usagers bénéficiant de traitements de substitution, et à travailler en réseaux, comme cela leur est rappelé dans une note de la Direction générale de la santé en 1998<sup>216</sup>. Ces bouleversements conduiront à la fermeture de plusieurs établissements, en particulier des établissements fonctionnant en collectif, ne parvenant pas à prendre ce virage et, d'autre part, peu soutenus par les pouvoirs publics occupés à mettre en place l'accès aux traitements de substitutions et à la réduction des risques. Par ailleurs, certains pouvaient croire que les traitements de substitution allaient rendre inutiles ces dispositifs spécialisés. Les professionnels interpellent néanmoins régulièrement les pouvoirs publics sur la nécessité non seulement de maintenir, mais aussi de développer les capacités d'accueil en traitements résidentiels. En effet, on s'aperçoit vite que si les traitements de substitution améliorent considérablement la situation des usagers de drogues, la seule thérapeutique médicamenteuse ne résout pas les problèmes complexes médicaux, psychologiques et sociaux intriqués dans nombre d'addictions. Parallèlement les consommations évoluent, la consommation de cocaïne augmente, y compris sous forme de crack, les polyconsommations incluant l'alcool étant la règle. Pour ces formes les plus complexes d'addictions, les prestations proposées en centres ambulatoires ou en médecine de ville apparaissent insuffisantes.

Afin de sécuriser ces dispositifs aux financements fragiles, ils sont intégrés en 2002<sup>217</sup> au secteur médico-social, financés non plus par l'État mais par l'Assurance maladie. Ils deviennent des CSAPA, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, et voient leurs missions précisées en 2008<sup>218</sup>.

Il faudra attendre 2006<sup>219</sup>, pour que les politiques publiques relancent la création de dispositifs de soins résidentiels, à travers la mise en place de communautés thérapeutiques. Tenant compte à la fois de l'évolution des usages, de la nécessité de proposer des séjours longs (jusqu'à deux ans) pour des usagers très désinsérés, et de la volonté de rééquilibrer les propositions thérapeutiques, un cahier des charges sera établi, précisant les objectifs des communautés thérapeutiques. En particulier sont proposés un accompagnement vers l'abstinence et vers une insertion socioprofessionnelle. Sept communautés thérapeutiques de 35 places ouvriront leurs portes entre 2006 et 2011, s'ajoutant aux 3 établissements communautaires déjà existants.

Pendant ce temps, le groupe « hébergement » de la commission addiction<sup>220</sup> du ministère de la Santé, se penchait sur les besoins en hébergement, et soulignait les difficultés d'accès à l'hébergement thérapeutique de certains publics : les femmes, accompagnées ou non d'enfants,

---

<sup>216</sup> Note de service DGS/SP3 n°98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NOR MESP9830471N).

<sup>217</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (NOR MESX0000158L).

<sup>218</sup> Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR SJSP0830130C).

<sup>219</sup> Circulaire DGS/MILDT/SD6B n°2006-462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques (NOR SANP0630464C).

<sup>220</sup> <http://www.sante.gouv.fr/commission-addictions.html>

les personnes sortant de détention, les jeunes usagers, les usagers âgés, les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques, les personnes souffrant de troubles cognitifs liés à des détériorations neurologiques, ainsi que les usagers « actifs », refusés par la majorité des dispositifs médico-sociaux et sociaux.

Pour tenir compte de ces besoins non satisfaits, les pouvoirs publics ont lancé des appels à projet visant certains de ces groupes, en particulier les femmes, ainsi que les personnes sortant de détention. Des dispositifs d'accueil d'usagers actifs ont par ailleurs vu le jour à titre expérimental.

### Les postcures alcool

Les soins résidentiels « modernes » de l'alcoolisme se sont développés peu avant la Seconde guerre mondiale : la première *postcure pour alcoolique* a été fondée en Alsace en 1932, sur le site du Château Walk, sur le modèle d'une ferme thérapeutique. Dans les années 1950, inspirés de ce modèle, plusieurs établissements ouvrent leurs portes, certains dans le secteur sanitaire, d'autres dans le secteur social associatif (*Foyers de postcure*), au gré des projets et des opportunités.

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

La loi de réforme hospitalière<sup>221</sup>, puis le décret SSR du 17 avril 2008<sup>222</sup>, ont modifié ces établissements, anciennement de moyen séjour hospitalier, en *Soins de suite et de réadaptation en addictologie* (SSRA).

Ce retour sur l'histoire éclaire les enjeux actuels : les SSRA restent ancrés dans le champ sanitaire, les CSAPA résidentiels dans le secteur médico-social et les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) addictologiques apparaissent comme des caprices de l'histoire.

#### 11.1.2. Stratégie et cadre réglementaire des traitements résidentiels

Les politiques publiques maintiennent depuis les premiers textes l'intérêt des dispositifs résidentiels pour usagers de drogues. Néanmoins les missions qui leur sont attribuées ont évolué avec le temps, tenant compte d'une part de l'évolution des besoins, de l'évolution des connaissances, et aussi de l'évolution des traitements disponibles, conduisant à une diversification des modalités de traitements résidentiels.

Ainsi le décret de 1992 prévoyait que les centres, ambulatoires ou résidentiels, devaient proposer au moins : 1) la prise en charge médico-psychologique du toxicomane, 2) la prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion, laissant ainsi une large initiative aux promoteurs de projets.

---

<sup>221</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (NOR SPSX9000155L).

<sup>222</sup> Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (NOR SJSH0803309D).

Le décret du 14 mai 2007<sup>223</sup> relatif aux missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), se veut plus précis quant à leurs missions, qui se déclinent ainsi :

« 1°) *L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;*

2°) *La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;*

3°) *La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou la réinsertion. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et les suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. »*

Le décret précise également que l'équipe doit être pluridisciplinaire, placée sous l'autorité d'un directeur, la responsabilité des activités médicales étant assurée par un médecin.

Les communautés thérapeutiques, dont les missions ont été précisées dans la circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques, plus orientées vers l'abstinence, bénéficient d'une dérogation quant à la prescription de traitements de substitution, à laquelle elles ne sont pas tenues.

L'annexe 5 de la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médicaux sociaux d'addictologie précise les différentes modalités d'hébergement autorisées, réparties en fonction de la durée du séjour :

- Le court séjour (inférieur à 3 mois), concernant essentiellement les structures d'urgence et de transition ;
- Le moyen et long séjour, concernant les appartements thérapeutiques (au maximum 12 mois renouvelables une fois), les centres thérapeutiques résidentiels (au maximum 12 mois), les familles d'accueil (« de quelques jours à plusieurs mois »), les communautés thérapeutiques (de 12 à 24 mois maximum).

Les ratios d'encadrement ne sont précisés que pour les communautés thérapeutiques, où ils ne doivent pas dépasser 0,5 pour 1.

## 11.2. Disponibilité et caractéristiques

### 11.2.1. Types et caractéristiques des établissements

En tant que CSAPA, les établissements suivants sont astreints à des missions obligatoires, précisées par la circulaire du 28 février 2008. Ces missions sont :

---

<sup>223</sup> Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (NOR SANP0721630D).

- L'accueil : cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou la contactant, qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation, mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise de rendez vous.
- L'information : écrite ou orale, elle doit être accompagnée et explicitée, qu'elle porte sur l'information de l'utilisateur quant à ses droits ou sur les modalités de prise en charge
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale : cette mission consiste à évaluer les besoins du patient et de son entourage. Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins. Concernant l'entourage, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

La circulaire précise également le contenu de certaines missions obligatoires :

- La prise en charge médicale comprend :
  - L'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance ;
  - La recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques ;
  - La proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités ;
  - La proposition d'un sevrage thérapeutique. S'il n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient ;
  - La prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie ;
  - Par ailleurs, les CSAPA doivent, au titre de la prise en charge médicale, assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO), et assurer les primo prescription de méthadone. Les CSAPA peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge.
- La prise en charge psychologique : elle s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances, qui viennent compléter l'évaluation médicale. Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur. Elle doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

- La prise en charge sociale et éducative : elle consiste en un accompagnement socioéducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément elle comprend : des aides au recouvrement des droits sociaux, des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.
- La réduction des risques : elle a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soins, au maintien et à la restauration du lien social. Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdoses...) Elle est accompagnée tout au long de son parcours, pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques.

Ces différentes missions se trouvent déclinées dans les établissements que nous allons maintenant décrire, avec plus ou moins d'intensité selon la nature et le projet de l'établissement.

### Des structures d'hébergement de transition et d'urgence :

#### Les sleep-in

Individuels ou collectifs (134 places financées en 2001, source DGS)

Ces dispositifs dénommés « sleep-in », proposent un hébergement de nuit à des usagers en attente de pouvoir entrer dans une démarche de soins, ou nécessitant une mise à l'abri temporaire. Ils s'adressent essentiellement à un public en grande difficulté sociale, et visent alors à reconstruire un lien social. L'hébergement de nuit est relayé par une consultation de jour, où une assistante sociale, un médecin, une infirmière, un conseiller juridique et un accueillant sont en charge de l'accueil, du suivi, de l'orientation et l'accompagnement des personnes dans les domaines médical, paramédical, social et juridique.

#### Les centres d'accueil rapide et de court séjour

Au nombre de 4, ils visent à accueillir des usagers de drogues ou d'alcool, multi-rechuteurs, dès leur sortie de détention. L'ouverture récente de ces établissements, par transformations de CSAPA avec hébergement existants, illustre la volonté des pouvoirs publics d'orienter une partie des dispositifs résidentiels vers les publics les plus exclus. Le séjour, limité à trois mois, propose une prise en charge intensive, avec pour objectif de les soutenir dans la construction d'un projet de soins ou d'insertion. Il est centré sur la réadaptation à un environnement non carcéral, la prévention de la rechute, et l'inscription dans des réseaux de soins et d'insertion.

Les méthodes employées incluent une pharmacothérapie, chaque fois qu'elle apparaît nécessaire, en particulier la prescription et la délivrance de traitements de substitution, mais aussi des activités corporelles (relaxation, qi qong, activités sportives adaptées, etc.), un suivi psychologique individuel, et des séances de groupes (information sur les addictions, observance des traitements, prévention de la rechute, groupe de parole « libre », régulation de l'espace collectif, etc.), et un important accompagnement social (ouverture/restauration de droits, dossiers d'orientations, etc.) voire juridique.



## Des hébergements individuels :

### Appartements thérapeutiques/relais :

Il s'agit d'un mode d'hébergement thérapeutique en appartements individuels ou partagés, bénéficiant d'un accompagnement soutenu d'une équipe pluridisciplinaire. Les appartements thérapeutiques mis à disposition des usagers constituent un support à l'insertion ou au maintien d'un projet de soin reposant sur un accompagnement ambulatoire. Ils préparent l'accès à un dispositif d'insertion sociale, ou bien, chaque fois que possible, directement à un appartement individuel autofinancé.

Des rencontres régulières et obligatoires avec les membres de l'équipe sont organisées soit au centre d'accueil, soit dans l'appartement. Certains services acceptent des couples, voire des personnes avec des enfants. Dans ce cas, les parents ne doivent pas avoir été déchus de l'autorité parentale. Une participation à l'hébergement est souvent demandée, consistant en une fraction des revenus de la personne. Si nécessaire, la mise en place d'aides sociales permettant de financer cette participation prépare au paiement d'un loyer réel.

La durée maximale de séjour a été portée à 2 années afin de tenir compte de la difficulté d'accès à un logement autonome à la sortie de ces services.

Ces dispositifs sont accessibles soit en sortie d'un établissement de soins résidentiels collectif, soit directement. Dans le premier cas, les appartements thérapeutiques permettent aux personnes prises en charge d'expérimenter les conditions les plus proches de l'autonomie, tout en gardant un soutien professionnel important. Les usagers peuvent intégrer directement un appartement thérapeutique en cas de contraindication d'un hébergement collectif (personne accompagnée d'enfants, couple, par exemple). Ce soutien, impliquant des visites régulières des professionnels dans l'appartement, et des rendez-vous en centre d'accueil, vise sur le plan social à faciliter la tenue de l'appartement, la gestion du budget, la gestion du temps, mais aussi la gestion des *cravings*, éventuellement des re-consommations, afin qu'elles ne se transforment pas en rechutes. Un accompagnement médico-psychologique est systématiquement associé à cette modalité d'hébergement.

D'après les dernières données disponibles, on comptait en 2008, 58 CSAPA gérant<sup>224</sup> des appartements thérapeutiques représentant globalement 488 places d'hébergement.

### Familles d'accueil :

Il s'agit de familles qui acceptent de recevoir pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois une personne qui leur est adressée par un centre spécialisé (on ne peut s'y rendre de soi-même). Elles proposent un mode de vie au rythme de la famille, dans un environnement chaleureux favorisant les contacts.

Toutes les familles sont sélectionnées par le service spécialisé, elles sont indemnisées des frais occasionnés par une personne supplémentaire. Les réseaux de famille d'accueil se situent souvent en province (dans les grandes villes on dispose rarement de la chambre supplémentaire qui permettrait de recevoir).

---

<sup>224</sup> Les appartements thérapeutiques ne constituent pas en France des unités autonomes sur le plan juridique et budgétaire ; ils sont gérés par un CSAPA le plus souvent ambulatoire et représentent un des services offerts par le CSAPA.



Elles conviennent tout particulièrement à des personnes qui ont besoin d'un cadre (et qui savent le respecter), mais ne souhaitent pas vivre en collectivité, ou dans un environnement trop institutionnel. La personne hébergée reste suivie par le centre de soins, et la famille est soutenue par un travailleur social à qui elles peuvent exposer les éventuels problèmes rencontrés.

Le développement de ces réseaux se heurte à la difficulté à recruter des familles motivées et, au-delà du défraiement, à la question de la rémunération des familles.

En 2008, 6 CSAPA géraient un réseau de famille d'accueil offrant au total 47 places.

## Des hébergements collectifs

### Centres thérapeutiques résidentiels (CTR)

Les Centres thérapeutiques résidentiels proposent l'ensemble des services des CSAPA, mais dans le cadre d'un hébergement, collectif ou éclaté. Ils visent à favoriser et soutenir chez les usagers une dynamique de changement, appuyée sur un programme thérapeutique qui peut varier selon les établissements. Ils sont proposés lorsque les dispositifs ambulatoires ou individuels apparaissent insuffisants, du fait d'un environnement dégradé, de comorbidités somatiques ou psychiatriques, de problématiques sociales lourdes, qui empêchent la personne de bénéficier pleinement du traitement, ou lorsque celle-ci nécessite un environnement sécurisant et protecteur, sans pour autant nécessiter une hospitalisation.

Située en environnement urbain ou rural, l'offre résidentielle de soins procure un environnement sûr et sans drogues. Les activités proposées visent à restaurer un rythme de vie ainsi que des capacités relationnelles satisfaisantes pour la personne, ainsi qu'à permettre le développement d'aptitudes personnelles favorisant la prévention de la rechute. Ces établissements favorisent la mise en œuvre d'un projet de vie incluant le soin.

Ces programmes résidentiels bénéficient d'une présence professionnelle continue et fournissent habituellement un soutien psychologique (individuel et/ou collectif), psycho éducatif, médical et un suivi social incluant des actions de réinsertion. Ils doivent aussi être en lien avec des services médicaux et psychiatriques, des services de soutien à l'insertion et à l'accès au logement, afin de répondre aux besoins des patients.

La vie quotidienne se partage entre les activités thérapeutiques (entretiens individuels, réunions de groupe) et des activités collectives ou tournées vers l'insertion. Ces activités peuvent se dérouler en interne, ou à l'extérieur de l'établissement. Il est souvent possible après quelques temps de séjour de reprendre une activité professionnelle tout en restant hébergé et accompagné. L'environnement familial peut y être pris en compte, afin par exemple de préparer un retour en famille, ou dans le cadre d'un soutien à la parentalité.

La durée de traitement résidentiel, réglementairement fixée à une année maximum, doit tenir compte du délai nécessaire pour que le patient puisse acquérir une autonomie suffisante pour évoluer vers un cadre de traitement plus ouvert (appartements thérapeutiques, centre de soins ambulatoires par exemple) ou vers une insertion sociale et/ou professionnelle. La prise en

charge en CTR peut être anonyme<sup>225</sup>, à la demande de l'utilisateur, et elle est gratuite, financée par l'Assurance maladie.

Certains CTR visent des publics particuliers : deux établissements en France sont plus particulièrement orientés vers la prise en charge des mineurs, certains ont développé une section destinée à des femmes accompagnées d'enfants. Un seul établissement s'appuie sur le modèle Minnesota, et travaille en lien avec les réseaux des Alcooliques anonymes et des Narcotiques anonymes.

On comptait en 2008, 35 centres thérapeutiques résidentiels offrant globalement environ 440 places d'hébergement. Environ 1 500 patients ont été hébergés en 2008 dans ces centres.

#### Les communautés thérapeutiques :

Les communautés thérapeutiques se définissent comme des centres résidentiels de long séjour ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polytoxicomanies, etc.) qui leur procurent un environnement sûr et sans drogues dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles d'identifications positifs et par la pression du groupe. Cette approche vise à aider les résidents à développer leurs capacités à gérer leurs stress et leur détresse sans drogues, à reprendre confiance en eux-mêmes et à avancer progressivement sur la voie de l'autonomie et de la resocialisation par une responsabilisation croissante.

Ces programmes concernent actuellement des patients trop difficiles pour être réellement en mesure de pouvoir retirer des bénéfices durables de programmes ambulatoires ou de traitements résidentiels « brefs » (CTR) : il s'agit, par exemple, des patients ayant de nombreux antécédents d'échecs de prise en charge antérieures et/ou présentant des troubles psychiatriques associés ou une désocialisation majeure.

Les communautés thérapeutiques françaises tiennent compte de leur environnement, et représentent un mode de prise en charge complémentaires aux dispositifs existants. Moins rigides que leurs homologues anglo-saxonnes, elles proposent aux usagers qui le souhaitent un accompagnement vers l'abstinence, lorsque cela est médicalement possible. Compte tenu des comorbidités psychiatriques fréquentes, les traitements psychiatriques peuvent y être poursuivis.

Leur fonctionnement est organisé autour de quatre axes principaux :

- La structuration du temps : le séjour est structuré en phases plus ou moins longues, fonction de l'avancement de la personne dans sa capacité à gérer les tâches qui lui sont confiées, les relations avec ses pairs et le personnel d'encadrement, sa capacité à gérer ses éventuels « cravings ». La journée est également structurée en différents temps d'activités thérapeutiques et/ou organisationnelles.
- Le groupe : il est postulé que le groupe a la capacité de résoudre les problèmes qui surgissent au décours de son fonctionnement. Le groupe est sollicité pour soutenir chacun de ses membres par la promotion d'une dynamique d'entraide.

---

<sup>225</sup> Cette possibilité d'anonymat est la conséquence de la pénalisation de l'usage.

La plupart des activités thérapeutiques reposent sur des situations collectives (groupes de parole de diverses natures).

- L'abord émotionnel : il s'agit de permettre la verbalisation « ici et maintenant » des émotions ressenties par les personnes, et de faciliter par cette verbalisation la gestion des émotions et la résolution des conflits.
- La responsabilisation : au fur et à mesure de leur avancement dans leur parcours, les usagers voient leurs responsabilités augmenter, que ce soit dans l'encadrement d'usagers moins avancés, ou dans la participation aux décisions concernant la vie de la communauté.

Les communautés peuvent également s'appuyer sur des ateliers (ergothérapie par exemple), ou sur des dispositifs d'insertion (chantiers d'insertion, permettant une rémunération des personnes qui y participent). Les communautés thérapeutiques allient un abord cognitivo-comportemental et un abord psychodynamique. Elles peuvent développer en leur sein des programmes spécifiques (prévention de la rechute, féminité, etc.) adaptés à une partie de leur public. Elles font l'objet d'une évaluation spécifique. Une communauté thérapeutique en instance d'ouverture est plus précisément destinée à accueillir des femmes accompagnées d'enfants.

En 2008, Il existait 6 communautés thérapeutiques qui représentaient globalement une capacité d'hébergement de près de 200 lits. Depuis 2008, quatre nouvelles communautés thérapeutiques ont vu le jour. La capacité totale d'hébergement de ces communautés thérapeutiques s'élève en 2012 à 350 lits.

#### [Durée de séjour et motifs de sortie des patients hébergés dans les centres thérapeutiques résidentiels et dans les communautés thérapeutiques](#)

En 2008, les patients accueillis dans les centres thérapeutiques résidentiels ou les communautés thérapeutiques ont été principalement pris en charge par des éducateurs spécialisés ou des animateurs (56 % des actes) et par du personnel infirmier (33 % des actes). Médecins généralistes, psychiatres et psychologues assuraient de leur côté 22 % des actes.

La durée moyenne d'hébergement dans ces centres était en 2008 d'environ 100 jours. Pour un peu plus de la moitié des patients ayant terminé un séjour en 2008, la durée de séjour se situait entre 1 et 3 mois, pour un peu plus d'un quart entre 3 et 6 mois et pour près d'un sur cinq plus de 6 mois. Environ un patient sur quatre a terminé son séjour à la date prévue avec le personnel soignant. Près d'un patient sur dix a été réorienté vers une autre structure plus adaptée à sa situation. Environ 2 patients sur 10 ont été exclus par le centre de soins et près de 3 patients sur 10 ont quitté le centre avant la date prévue de leur propre initiative.

Ces données décrivent surtout la situation dans les centres thérapeutiques résidentiels beaucoup plus nombreux que les communautés thérapeutiques et ne rendent pas compte des spécificités de ce deuxième type de centre avec hébergement, d'autant plus que leur date de création est récente et que ces centres étaient encore en développement au moment de l'enquête.

#### [Les CHRS addictologiques](#)

Comme il a été dit plus haut, leur création est le produit d'une époque où la réflexion sur les soins aux personnes souffrant d'addiction en était à ses débuts. Ils reçoivent essentiellement des personnes en difficulté avec l'alcool, et aspirent pour la plupart à devenir des SSR ou des

CSAPA. Dans la perspective de la mise en place de l'addictologie englobant alcool et drogues illicites, certains s'ouvrent progressivement aux usagers de drogues illicites.

Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale à orientation addictologique se donnent pour mission :

- d'accueillir toute personne présentant une problématique addictive, en démarche d'abstinence, pouvant présenter des polydépendances ;
- d'accueillir des mères avec leurs enfants, des femmes enceintes dans le cadre de la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- d'accompagner ces personnes vers une réinsertion de qualité en tenant compte des aspects somatiques, psychiques et sociaux ;
- de poursuivre éventuellement cet accompagnement, dans le cadre d'un service de suite.

Il existe 11 CHRS autrefois orientés vers l'alcoolologie, représentant 448 lits (sources FNESAA-COPA AH). Leur fonctionnement est très proche de celui des CSAPA avec hébergement.

Certains envisagent d'évoluer vers un statut de CSAPA avec hébergement, en Centre thérapeutique résidentiel, ou en appartement thérapeutique.

## Sanitaire

### Soins de suite et de réadaptation en addictologie

Issus essentiellement du champ de la prise en charge de l'alcoolisme, ces établissements s'ouvrent progressivement à d'autres addictions. Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.

La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Ils assurent en plus du suivi médical une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, ils peuvent être plus particulièrement orientés vers la prise en charge des complications somatiques, des troubles psychologiques ou psychiatriques, des troubles neurologiques et cognitifs, ainsi que vers la réadaptation sociale.

Les SSRA sont une des composantes des structures addictologiques hospitalières. Ils accueillent en hospitalisation des patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes.

Le champ de compétence des SSRA s'étend aux conduites addictives aux substances psychoactives associées ou non à d'autres addictions comportementales.

Il existe actuellement 70 services de soins de suite et de réadaptation en addictologie avec une capacité globale de 2 305 lits. Jusqu'en 2010 ces services accueillait presque exclusivement des patients en difficulté avec l'alcool.

### 11.2.2. Les modalités d'intervention

#### Travail en réseaux

Les établissements sont invités à passer des conventions avec les partenaires indispensables à leur action. Il existe ainsi des conventions avec des CSAPA ambulatoires, afin d'assurer la suite de soins en aval, avec des services hospitaliers d'addictologie, pour assurer les sevrages simples et complexes, avec des services de médecine, avec des services de psychiatrie, afin de mieux prendre en charge les personnes présentant un « double diagnostic », avec l'Aide sociale à l'enfance, lorsque des mineurs sont hébergés, avec des CAARUDS, par exemple pour accompagner les éventuelles rechutes dans une perspective de réduction des risques, ou pour participer à la mission de réduction des risques des CSAPA, ou encore avec les services de l'Administration pénitentiaire pour les centres avec hébergement qui reçoivent des détenus...

Dans tous les cas, le séjour en établissement résidentiel est conçu comme une étape dans un parcours de soin, impliquant l'ouverture du dispositif à l'ensemble des acteurs de ce parcours.

L'origine des addictions étant posée comme multifactorielle, les traitements associent le plus souvent plusieurs approches : pharmacothérapies, psychothérapies, approches corporelles, aide à l'insertion... C'est la conjonction de ces approches, à égalité d'intérêt, ainsi que les regards croisés portés par différents professionnels, qui apparaissent pertinents.

### 11.3. Management de la qualité

Tous les CSAPA ainsi que les communautés thérapeutiques sont des établissements médico-sociaux et relèvent à ce titre de la loi 2002-2, laquelle prévoit les modalités d'évaluation des établissements, et impose un certain nombre de normes et d'outils, en particulier en matière de représentation des usagers.

En particulier chaque établissement doit :

- disposer d'un livret d'accueil, présentant l'établissement ;
- disposer d'un règlement de fonctionnement ;
- établir avec chaque usager un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge ;
- informer l'usager de ses droits et de ses possibilités de recours ;
- afficher dans l'établissement la charte de la personne hébergée ;
- organiser un « Conseil de vie sociale », instance d'expression des usagers de l'établissement, comportant aussi des membres extérieurs à l'établissement.

Par ailleurs, chaque établissement doit disposer d'un projet d'établissement validé par l'autorité de contrôle, et s'inscrire dans un processus d'amélioration de la qualité, impliquant la mise en œuvre d'évaluations interne et externe régulières, ces dernières intervenant impérativement avant le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

### 11.3.1. Disponibilité de référentiel et de standards

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) produit des référentiels<sup>226</sup> auxquels les établissements doivent se conformer, ainsi que des recommandations de bonnes pratiques.

Certaines recommandations s'appliquent à l'ensemble des établissements médico-sociaux, telles « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »<sup>227</sup>, ou celles relatives à l'évaluation interne et externe des établissements<sup>228</sup>. D'autres sont plus spécifiques telle « la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »<sup>229</sup>.

La Fédération addiction, ONG regroupant la majorité des établissements médico-sociaux d'addictologie, prépare avec le soutien des pouvoirs publics et au moyen d'une démarche participative associant l'ensemble des établissements concernés, un guide des bonnes pratiques en CSAPA avec hébergement<sup>230</sup>.

#### Référentiels nationaux et locaux

La Fédération addiction, a également développé un référentiel à l'intention de ses membres<sup>231</sup>, afin de les aider à l'auto-évaluation. Il permet d'analyser différents domaines de fonctionnement des établissements :

- L'adéquation de la réponse aux besoins du public ;
- Les partenariats et l'inscription dans l'environnement ;
- Le respect des droits et devoirs des usagers et leur participation ;
- Le management des ressources humaines ;

---

<sup>226</sup> La liste exhaustive des référentiels de l'ANESM est disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id\\_rubrique=10](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=10)

<sup>227</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Saint Denis, ANESM, 2008, 47 p. : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=128](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=128)

<sup>228</sup> Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Évaluations internes et externes. Fiches pratiques élaborées à partir des expériences du réseau FNARS, Paris, FNARS, 2010, 95 p : <http://www.fnars.org/index.php/ressources-documentaires-evaluation/125-ressources-documentaires/2371-un-outil-pour-le-reseau-fnars>

<sup>229</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint Denis, ANESM, 2010, 96 p : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=371](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=371)

<sup>230</sup> Fédération addiction. Guide méthodologique « Mener l'évaluation interne : pas de panique ! », 2008 : <http://www.federationaddiction.fr/guide-methodologique-mener-levaluation-interne-pas-de-panique/>

<sup>231</sup> Fédération addiction. Un référentiel d'évaluation interne pour les CSAPA et CAARUD, 2012 : <http://www.federationaddiction.fr/un-referentiel-dauto-evaluation-pour-les-csapa-et-caarud/>

- La gestion administrative et financière ;
- Le premier accueil ;
- L'information ;
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation ;
- L'accompagnement ;
- La réduction des risques ;
- L'hébergement et ses modalités.

D'autres référentiels, intégrant les directives données par l'ANESM, ont été élaborés parfois par les établissements eux-mêmes, ou des groupes d'établissements.

### Résultats, documentation et évaluation

Chaque établissement est tenu de rendre chaque année à la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé dont il dépend un rapport retraçant son activité. Cependant la diversité des publics accueillis et des modalités de fonctionnement des établissements (accueil ou non de comorbidités psychiatriques sévères, d'usagers précarisés, etc.) rendent difficile une évaluation globale de leurs résultats qui ne tiendrait pas compte de la situation de départ des usagers.

Il convient de souligner que les appels à projets les plus récents (Communautés thérapeutiques, hébergement mères enfants, personnes sortant de détention...) ont inscrit dans les cahiers des charges de ces dispositifs la nécessité de mettre en œuvre une procédure d'évaluation.

### Liens entre financement et « reporting »

Le rapport transmis chaque année à la délégation territoriale de l'Agence régionale met en perspective l'utilisation du budget qui lui a été alloué et l'activité de l'établissement.

Par ailleurs, un dispositif national de recueil d'information a été mis en place depuis 2005, dénommé « RECAP » (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), permettant d'analyser les grandes tendances dans l'évolution des publics et des consommations. Cette connaissance permet de réorienter chaque fois que nécessaire l'activité des établissements et les politiques publiques.

## 11.4. Discussion et perspectives

### 11.4.1. Tendances dans la demande d'accès aux traitements pendant la dernière décennie

La dernière décennie a été marquée par plusieurs faits marquants. Nous en citerons trois, qui ont eu un impact certain sur le développement des dispositifs de soin avec hébergement.



Le premier est l'avènement de l'addictologie, regroupant les problématiques alcool, tabac, drogues illicites et addictions sans substances sous une même bannière. Pour autant l'histoire séparée de ces secteurs a laissé des traces qui ne s'estompent que lentement : le secteur de l'alcool, principalement géré par le secteur hospitalier, s'ouvre progressivement aux drogues illicites, mais les besoins en matière d'alcool restent immenses. Les CSAPA avec hébergement accueillent toujours majoritairement des consommateurs de drogues illicites, mais se sont ouverts à l'alcool, tant il est vrai qu'il reste souvent le dernier produit utilisé après l'arrêt de tous les autres. Cependant, le traitement résidentiel des usagers de drogues illicites occupe une place moins centrale qu'auparavant, les possibilités de traitements ambulatoires s'étant largement développées, en particulier depuis la mise sur le marché de traitements de substitution efficaces. Les CSAPA ambulatoires disposent de plateaux techniques médico-sociaux permettant un accompagnement au long cours des usagers de drogues. De nombreux médecins de ville se sont également impliqués, capables de traiter à travers les réseaux de soins de nombreuses addictions dès lors qu'elles ne présentent pas de complications majeures.

Le deuxième fait marquant est lié à l'évolution des consommations qui a amené la cocaïne sur le devant de la scène, en particulier sous la forme de crack, ce qui a conduit à reconsidérer les modèles de soins essentiellement pensés pour les héroïnomanes. Mais la cocaïne a aussi mis en évidence les consommations « festives », en particulier de psychostimulants, qui dérapent parfois et nécessitent un accompagnement soutenu. Les consommateurs sont aussi d'âge très variable, avec toujours de nombreux jeunes, mais aussi des utilisateurs plus âgés, confrontés à des problématiques de santé importantes, pour lesquels une insertion professionnelle n'apparaît plus pertinente.

Le troisième élément à prendre en compte est la crise économique, qui fragilise des populations déjà vulnérables : les jeunes en errance, et aussi les plus âgés, les personnes sortant de détention, les femmes, en particulier lorsqu'elles sont accompagnées d'enfants, les personnes malades en particulier infectées par le VIH ou le VHC, les personnes étrangères sans titre de séjour, etc.

Ce contexte difficile s'est traduit par une évolution majeure de la place et du fonctionnement des dispositifs résidentiels : autrefois dispositifs de premier recours, ils s'inscrivent désormais dans un parcours de soins et un réseau de partenaires, tant en amont qu'en aval. Ils développent davantage de technicité, en proposant des programmes de soins complexes associant pharmacothérapies, psychothérapies, sociothérapies, et s'adressant à des publics nécessitant la mobilisation de davantage de ressources, les dispositifs résidentiels concentrant les cas les plus lourds. L'ouverture de communautés thérapeutiques a permis depuis 2006 de recevoir une partie de ces publics, souvent plus éloignés de l'insertion. Cependant les besoins restent importants et en partie non couverts, comme l'ont montré deux enquêtes (Coquelin *et al.* 2009; Palle Non publié) effectuées dans le cadre du groupe de travail « hébergement » de la commission addiction du ministère de la Santé, mettant en évidence la nécessité de développer des réponses diversifiées en matière d'accès à des hébergements thérapeutiques pour les usagers de drogues.

Au confluent des deux secteurs sanitaire et social, les établissements résidentiels médico-sociaux doivent cependant tenir compte des évolutions en cours : le développement des réponses sanitaires d'un côté, en particulier les services de soins de suite et de réadaptation et, parallèlement, la « refondation » du secteur social, et les expérimentations visant l'accès inconditionnel au logement (par exemple les dispositifs de type « Housing first »).

Cela conduit à poursuivre l'effort dans plusieurs directions : d'une part, il est nécessaire de travailler à une meilleure acceptation des personnes en situation d'addiction par les dispositifs dits « de droit commun », œuvrant dans le champ de l'hébergement et de l'insertion. Il faut d'autre part poursuivre l'ouverture de dispositifs résidentiels visant l'accueil des publics en situation de « sur-exclusion », ceux qui ne peuvent accéder directement aux dispositifs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, en les inscrivant dans de larges réseaux partenariaux. Et enfin, il sera nécessaire de poursuivre les travaux visant à identifier les profils d'usagers pouvant bénéficier des différentes modalités d'accompagnement résidentiel afin de mieux les orienter.

## Références complémentaires

- Carreau-Rizzetto, M.C. and Sztulman, H. (2003). Comorbidité et communauté thérapeutique. Annales Médico-Psychologiques 161 (4) 290-295.
- Commission Addiction (2009). Rapport du groupe de travail Hébergement, Ministère de la Santé. Non publié.
- Couteron, J.P. and Van Der Straten, G. (2011). Place de la communauté thérapeutique dans l'indication d'un soin résidentiel. Ou comment les aider à gérer leurs stress et leur détresse sans substance. Le Courrier des Addictions 13 (1) 26-29.
- Delile, J.M. (2011). Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? Psychotropes 17 (3-4) 29-57.
- Delile, J.M. and Couteron, J.P. (2009). Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. Alcoologie et Addictologie 31 (1) 27-35.
- Demange, J.P. (2011). La communauté thérapeutique ? Oui, mais pas tout de suite ! Psychotropes 17 (3-4) 59-83.
- Denis, C., Langlois, E., Fatseas, M. and Auriacombe, M. (2012). Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels. Psychotropes 17 (3-4) 85-101.
- Diop-Ben-Geloune, A. and Barrague, C. (2001). Appartements thérapeutiques : Considérations sur la cadre "appartement thérapeutique" et l'espace transitionnel ; Les objectifs des appartements thérapeutiques. Interventions 18 (2) 14-19.
- Gastfriend, D.R. and Mee-Lee, D. (2003). The ASAM patient placement criteria: context, concepts and continuing development (Editorial). Journal of Addictive Diseases 22 (Suppl.1) 1-8.
- Hervé, F. (2001). L'hébergement thérapeutique : évolution d'une idée. Interventions 18 (2) 3-13.
- Hervé, F. (2003) Hébergement et thérapeutique. Allocution de clôture. *Journées de l'Anit*. Amiens, ANIT.
- Hervé, F. (2012) Addictions, précarité et sur-exclusion. *Journées nationales de la Fédération Addiction*. Toulouse.
- Hervé, F. and Pedowska, D. (2011). Une communauté thérapeutique hors les murs : intérêt, faisabilité et perspectives. Psychotropes 17 (3-4) 9-27.
- Meier, P.S. and Best, D. (2006). Programme factors that influence completion of residential treatment. Drug and Alcohol Review 25 (4) 349-355.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.
- Morel, A., Hervé, F. and Fontaine, B. (1998). Soigner les toxicomanes. Dunod, Paris.
- Neira, R. (1988). Les familles d'accueil et les centres de traitement spécialisés pour toxicomanes : quelle collaboration pour quelle prise en charge ? Pour une clinique du toxicomane, Villes journées de Reims, 3 et 4 décembre 1988. ACTES (Association du Centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes), Reims.
- Nominé, P. (1995). Centres d'hébergement collectif : prolégomènes. Interventions (49) 35-37.
- Smith, L.A., Gates, S. and Foxcroft, D.R. (2008). Therapeutic communities for substance related disorder (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews (n°4) CD005338 ; 005341 p.
- Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J. and Strang, J. (2000). Variation between and within drug treatment modalities: data from the National Treatment Outcome Research Study (UK). European Addiction Research 6 (3) 106-114.
- Tosquellas, J. (2001). Hébergement thérapeutique. De l'espace contenant au dispositif complexe. Interventions 18 (3) 3-25.

Van Der Straten, G. (2011). Une communauté thérapeutique à la frontière entre deux cultures.  
Psychotropes 17 (3-4) 117-125.