

- ratio : nombre de plans d'intervention personnalisés / nombre de dossiers ;
- taux d'établissement du plan de soins : nombre de plans de soins établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage ;
- taux d'établissement du plan d'aide : nombre de plans d'aide établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage ;
- taux de revue d'ordonnance annuel : nombre d'ordonnances revues / nombre total d'ordonnances exprimé en pourcentage.

Indicateurs de performance :

- délai moyen de réalisation du bilan après signalement ;
- délai moyen de réalisation du plan d'intervention personnalisé après inclusion ;
- proportion de dossiers partagés avec le(s) CLIC.

Indicateurs de résultats :

- nombre moyen de passages aux urgences par personnes âgées prise en charge sur une année ;
- ratio : nombre d'hospitalisations programmées par an / nombre hospitalisations totales par an pour les personnes âgées prises en charge par réseau ;
- nombre moyen de jours d'hospitalisation après indication médicale de sortie par personne âgée prise en charge sur une année ;
- taux de placement en institution : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau placées en institution sur un an / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau exprimé en pourcentage ;
- taux de décès à domicile : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau décédées à domicile / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau.

D'autres indicateurs peuvent en outre être utilisés tels que ceux figurant dans le guide d'évaluation des réseaux de santé de la Haute Autorité en santé du 8 septembre 2004.

PIÈCE JOINTE

Partenaires institutionnels du réseau de santé « personnes âgées » susceptibles de participer aux instances représentatives

Représentants :

- du conseil général ;
- des CLIC ;
- de chaque établissement de la filière gériatrique de l'aire géographique concernée (à raison d'un médecin, un administratif, un soignant par structure) ;
- de l'équipe mobile gériatrique ;
- de l'URML ;
- des infirmiers libéraux ;
- des professionnels libéraux de rééducation ;
- des SSIAD ;
- des structures d'accueil de jour ;
- de l'HAD ;
- des usagers ;
- des EHPAD ;
- des CCAS ;
- des structures psychiatriques concernées ;
- des services sociaux, municipaux et départementaux ;
- des services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement (PACTARIM) ;
- de l'association France Alzheimer ;
- des CODERPA ;
- de l'association ALMA,
- ...

Partenaires institutionnels susceptibles de participer au comité de pilotage du réseau

Le comité de pilotage est organisé par collège comme suit :

- collège des professionnels libéraux (URML...) ;
- collège des professionnels hospitaliers (centre hospitalier support de la filière gériatrique dont un médecin gériatre, équipe mobile gériatrique, hôpital local...) ;
- collège des professions médico-sociales (CLIC, EHPAD appartenant à la filière gériatrique...) ;
- collège des autres professionnels (services d'aide et d'accompagnement à la personne...) ;
- collège des usagers.

L'un au moins de ces représentants appartient au personnel soignant et l'un au moins au personnel administratif.

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé et société

Bureau SD 6B

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de l'organisation
du système de soins

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

NOR : SANP0730376C

Date d'application : immédiate.

Références :

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation ;

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
Article L. 312-1 9° du code de l'action sociale et des familles (CSAPA) ;

Articles D. 3411-1 à D. 3411-9 du code de la santé publique (CSST) ;

Articles R. 3311-1 à R. 3311-8 du code de la santé publique (CCAA) ;

Articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique (CAARUD) ;

Décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé ;

Décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du CSP ;

Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie ;

Circulaire DHOS/02/DGS/SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant une conduite addictive ;

Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé ;

Circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAMS ;

Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ;

Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions ;

Programme national hépatites virales B et C 2006-2009.

Annexes :

Annexe I. - Données épidémiologiques. Définition de la notion d'addiction ;

Annexe II. - Volet médico-social ;

Annexe III. - Volet hospitalier ;

Annexe IV. - La place des réseaux de santé en addictologie ;

Annexe V. - L'articulation avec les autres dispositifs concernés ;

Annexe VI. - Le suivi et l'évaluation du dispositif d'addictologie.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et diffusion aux établissements de santé); Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]); à Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion aux établissements médico-sociaux]).

Les addictions aux substances psychoactives sont responsables chaque année en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeurs. De ce fait, elles constituent un véritable enjeu de santé publique.

La définition des conduites addictives couvre aujourd'hui :

- les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance ;
- les addictions dites comportementales – ou addictions sans drogue – qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les cyberaddictions, etc... ;

L'objectif de la présente circulaire est de définir le dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive conformément aux orientations du Plan 2007-2011 présenté par le ministre de la santé et des solidarités le 15 novembre 2006. Ce dispositif sera dénommé, dans le cadre de cette circulaire, dispositif en addictologie.

Celui-ci devra :

1. Prendre en compte la nouvelle organisation en trois niveaux du volet sanitaire hospitalier, les orientations du dispositif médico-social en termes de prise en charge ambulatoire et d'hébergement, ainsi que des réseaux de santé en addictologie.
2. Répondre à des impératifs qui sont :
 - l'accès aux soins pour tous y compris pour des groupes de populations spécifiques (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité, les personnes sous main de justice) ;
 - la proximité dans le cadre des territoires de santé et de bassin de vie ;
3. Intégrer de nouvelles missions telles que le repérage précoce, le conseil minimum et les interventions brèves.
4. Mettre en place un système de suivi et d'évaluation du fonctionnement du dispositif.

I. – LE VOLET MÉDICO-SOCIAL (cf. ANNEXE II)

Le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion. Ses pratiques professionnelles sont pluridisciplinaires (médicale, psychosociale, éducative) et de durée adaptée. Elles répondent à la diversité des besoins de la population (adolescence, précarité, monde du travail...) par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

Ce dispositif offre une ressource de première intention pour les professionnels de santé et de façon plus générale les intervenants de la vie de la cité confrontés aux pratiques addictives. Il assure les missions suivantes :

1. L'accueil, l'information et l'orientation des usagers et de leur entourage, le repérage précoce des usages nocifs.
2. La prévention.
3. Les soins et l'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif ambulatoires.
4. Les soins résidentiels (appartements thérapeutiques, familles d'accueil, centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques).
5. L'aide à l'insertion et l'accès aux droits sociaux (avec notamment l'orientation vers l'hébergement social).
6. La réduction des risques associés aux usages de substances psychoactives et notamment dans le cadre du programme national hépatites virales B et C 2007-2011, en préparation.

Conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et au Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, il est prévu de créer et renforcer les

centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui doivent devenir l'élément clé du dispositif médico-social.

A. – LES CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale crée les CSAPA. Cette réforme vise à fusionner le cadre juridique des CSST et des CCAA afin de décloisonner la prise en charge qui était jusqu'ici organisée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre. Juridiquement, il s'agit d'une fusion de statut ; le rapprochement des structures gestionnaires ne pouvant être mis en œuvre que dans le cadre de la planification en région de l'offre de soins en concertation avec les acteurs concernés.

Conformément à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007 du 21 décembre 2006, les CSAPA sont financés par l'assurance-maladie. A compter de la publication de la LFSS 2007 (en date du 22 décembre 2006), les actuels CCAA et CSST disposent d'un délai de trois ans pour solliciter une autorisation en tant que CSAPA ; cette première autorisation est d'une durée de trois ans.

Il convient de veiller à ce que les CSST et CCAA gérés par des établissements de santé soient autorisés comme CSAPA financés dans le cadre de l'ONDAM médico-social, et non absorbés dans le dispositif sanitaire.

B. – LES CAARUD (CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES)

Le dispositif médico-social en addictologie comprend également les CAARUD depuis le 1^{er} janvier 2006. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins. Ce dispositif médico-social est complété par d'autres structures de réduction des risques (boutiques, programmes d'échanges de seringues, automates...) qui sont financées sur le budget de l'Etat.

C. – LES SCHÉMAS RÉGIONAUX D'ADDICTOLOGIE

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit les schémas régionaux des CSAPA. Ces schémas doivent organiser la planification du dispositif d'addictologie. Par ailleurs, ils visent à permettre une meilleure articulation du secteur médico-social avec les autres secteurs tels que la médecine de ville et le secteur sanitaire et avec les autres établissements médico-sociaux tels que les CAARUD.

Afin de préciser les missions des CSAPA ainsi que la méthodologie et les orientations relatives aux schémas régionaux d'addictologie, une circulaire accompagnera la sortie du décret relatif aux missions des CSAPA. En vue de la rédaction de cette circulaire, un groupe de travail s'est mis en place, rassemblant professionnels du secteur, membres de la commission addiction et agents des services déconcentrés.

II. – LE VOLET SANITAIRE (cf. ANNEXE III)

Dans les établissements de santé, des difficultés persistent concernant le repérage et la prise en charge des conduites addictives, notamment par les services d'urgences et par les services d'hospitalisation non orientés en addictologie. Pour améliorer le dispositif de soins hospitaliers, un certain nombre de mesures sont proposées :

A. – LA MISE EN PLACE DES FILIÈRES ADDICTOLOGIQUES HOSPITALIÈRES ET L'ORGANISATION DU DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE HOSPITALIER EN TROIS NIVEAUX

1. Une filière addictologique hospitalière est un dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours des personnes ayant une conduite addictive. La filière s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale et s'appuie sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation.

2. Le dispositif hospitalier en addictologie est organisé de façon graduée, en trois niveaux :

- le niveau I qui assure les réponses de proximité, y compris les sevrages simples ;
- le niveau II, ou niveau de recours spécifiquement addictologique qui propose des prises en charge spécialisées et accueille les patients posant des problèmes particuliers. Les structures de

niveau II assurent notamment des sevrages et des soins résidentiels complexes. Les services de soins de suite et de réadaptation ayant développé une activité en addictologie relèvent du niveau II ;

- le niveau III, ou centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU, propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II. Il constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation, et de recherche.

L'organisation du dispositif en trois niveaux fera l'objet de plans d'actions contractualisés, sur la base de référentiels d'organisation des soins.

B. - LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF SANITAIRE EN ADDICTOLOGIE DE MANIÈRE PLANIFIÉE, PÉRENNE, COORDONNÉE ET ÉVALUÉE

Ces conditions impliquent :

- d'intégrer l'activité addictologique dans la nouvelle organisation des pôles hospitaliers ;
- de disposer d'un financement assurant la viabilité des structures en MCO par la création d'un GHS spécifique pour les soins résidentiels complexes ;
- d'intégrer le dispositif sanitaire dans l'organisation régionale des soins.

C. - LA PRÉVENTION À L'HÔPITAL

Les missions de l'hôpital en matière de prévention des addictions, en particulier le repérage précoce des conduites addictives chez des patients hospitalisés ainsi que chez les consultants pour des motifs autres que l'addiction doivent être développées en particulier dans tous les établissements de santé disposant d'une structure d'urgences.

III. - LA VILLE

Les médecins généralistes et les centres de santé sont en première ligne face aux addictions : pour le repérage des risques et l'intervention brève, pour l'aide aux personnes présentant des difficultés et à leur entourage. Ils assurent également des suivis au long cours des personnes dépendantes, à la condition d'avoir été formés et de pouvoir s'appuyer sur des structures spécialisées et sur des réseaux de santé. Une attention particulière doit être apportée à l'implication des médecins généralistes dans la généralisation par le Ministère de la santé du repérage précoce et de l'intervention brève.

Les médecins et les professionnels des services de santé au travail ont également toute leur place, dans le repérage précoce des buveurs à risque ainsi que de l'ensemble des conduites addictives.

Les pharmaciens ont un rôle majeur dans la politique de réduction des risques, par la diffusion du matériel d'injection stérile dans les officines et la délivrance des médicaments de substitution nicotiques. Depuis 2000 et la levée de l'obligation de prescription, les pharmaciens sont devenus des acteurs importants de l'accès du public aux substituts nicotiques.

Les dentistes et les professions paramédicales ont également un rôle dans le dispositif addictologique.

Enfin les travailleurs sociaux et éducatifs rattachés aux collectivités territoriales et aux dispositifs de réponse à la précarité et aux besoins d'hébergement ainsi que les professionnels des secteurs de l'éducation doivent voir conforter leur implication dans le champ des addictions.

Les conventions de partenariat et de coopération formalisées entre ces différents acteurs sont devenues indispensables pour mieux assurer la complémentarité des missions et des ressources, et favoriser la qualité et la coordination du parcours de soins.

IV. - LA PLACE DES RÉSEAUX DE SANTÉ DANS LE DISPOSITIF D'ADDICTOLOGIE (ANNEXE IV)

Les réseaux de santé ont pour mission de favoriser l'accès aux soins, la coordination des soins et de la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge.

Les réseaux de santé en addictologie comme le reste de la filière d'addictologie sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale.

V. - L'ARTICULATION DU DISPOSITIF D'ADDICTOLOGIE (ANNEXE V)

Le dispositif d'addictologie ne doit pas rester cloisonné. Ainsi les différentes démarches de planification régionale (les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les schémas régionaux d'addictologie et les programmes régionaux de santé publique) doivent être harmonisées.

De même, au-delà du dispositif médico-social et du dispositif sanitaire, les liens avec d'autres dispositifs de prise en charge (médecine de ville, associations d'entraide) méritent d'être renforcés.

VI. - LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF D'ADDICTOLOGIE (ANNEXE VI)

Le dispositif d'addictologie comme tout autre dispositif de soins, doit se doter d'instruments permettant de faire un état des lieux des besoins actuels de l'offre de soins et de proposer une méthode de suivi de l'adéquation de cette offre de soins aux besoins.

Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*

A. PODEUR

ANNEXE I

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DÉFINITION DE L'ADDICTION, L'ACCOMPAGNEMENT

Données épidémiologiques (annexe 1.A)

A. - LES CONSOMMATIONS : LE RISQUE DE CONSOMMATION NOCIVE ET DE DÉPENDANCE

Le tabac

Parmi les 18-75 ans, plus d'un tiers des individus se déclarent actuellement fumeurs de produits du tabac, pour l'essentiel quotidiens. Les proportions de fumeurs sont équivalentes chez les filles et les garçons de 17-19 ans. Ces toutes dernières années, la diminution du tabagisme a été particulièrement forte chez les femmes et les adolescents.

L'alcool

Sur l'ensemble des 18-75 ans, 10 % des individus peuvent être considérés comme ayant, ou ayant connu par le passé, un usage problématique d'alcool. La proportion de buveurs quotidiens apparaît en baisse depuis le milieu des années 1990. Cela est dû en particulier à la diminution de la consommation quotidienne de vin. Néanmoins, les ivresses alcooliques déclarées et la proportion de buveurs à risque sont restées stables depuis 2000. C'est la population masculine qui paie le tribut le plus lourd. Chez les jeunes, les alcoolisations massives concentrées en fin de semaine dans un contexte festif tendent à se développer.

Le cannabis

En 2005, parmi les 18-75 ans près de trois adultes sur dix (27 %) déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. 14 % des 18-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 9 % en sont usagers réguliers et 4 % usagers quotidiens. En tout, 550 000 personnes fument quotidiennement du cannabis. Le cannabis est aujourd'hui devenu le premier motif de visite dans un CSST, supplantant les opiacés. Chez les 17-19 ans, la tendance à la hausse de la consommation a été freinée en 2003.

Les autres drogues

Entre 2000 et 2005, il a été noté une hausse significative de l'usage de stimulants et d'ecstasy tandis que celui de l'héroïne, du LSD et des amphétamines semble en baisse.

B. - LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DU MÉSUSAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (USAGE NOCIF ET DÉPENDANCE)

En France, environ 5 millions de personnes sont en difficulté avec l'alcool. Il existe environ 150 000 héroïnomanes actifs ou substitués en France, plus de 200 000 consommateurs de cannabis à problème et un nombre croissant de cocaïnomanes. Dans notre pays, le coût social du tabac est d'environ 3 % du PIB, pour l'alcool 2,4 %, 0,18 % pour les stupéfiants.

Le tabac, produit hautement addictif, entraîne pour sa part environ 66 000 décès par an par cancers, maladies respiratoires et pathologies cardio-vasculaires.

A la consommation d'alcool, 45 000 décès sont attribués par an. C'est la première cause de décès chez les jeunes et la cause de plus de 30 % des décès par accidents de la route.

L'alcool et le tabac réunis, sont à l'origine de plus de 100 000 morts évitables par an en France.

L'usage de drogues illicites présentent des risques sanitaires immédiats graves tant en termes infectieux : hépatites (prévalence 59,8 % d'après l'InVS), HIV (prévalence 10,8 % d'après l'InVS), psychiatriques, neurologiques, de surdosage (une centaine de décès par overdoses chaque année...) que sociaux.

C. - ADDICTIONS ET CANCERS

Tabac et cancer : le tabac est de loin la première cause de cancer avec un total plus de 33 000 décès par an.

Alcool et cancer : l'alcool est la 3^e cause de mortalité en France dont une part importante par cancers : l'alcoolisation chronique induit en effet directement plus de 10 000 morts par cancers et par an.

Cannabis et cancer : le recul manque pour le cannabis et la part éventuelle de la responsabilité du 9-THC dans la survenue d'une pathologie cancéreuse restent à préciser. Il existe déjà des données qui sont en faveur d'un effet cancérigène du cannabis fumé, y compris des données épidémiologiques. Rien ne permet, en revanche, de dire que les effets du tabac et du cannabis sont multiplicatifs.

Définition de l'addiction (annexe I.B)

A. - DÉFINITION

L'addiction se définit comme un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »

Les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs qui interagissent : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Ainsi, toute intervention visant à modifier ces conduites doit se déployer sur ces trois domaines.

B. - PÉRIMÈTRE

Le champ des addictions couvre aujourd'hui :

- les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance ;
- les addictions dites « comportementales » ou addictions sans drogue qui correspondent à des comportements compulsifs, notamment le jeu pathologique.

L'accompagnement (annexe I.C)

La prise en charge d'une personne ayant une conduite addictive peut comporter, un accompagnement en aval, en amont ou pendant la prise en charge.

La prévention

La prévention en addictologie, individuelle ou collective, s'étend à tous les âges de la vie et en tout lieu. Chacun des éléments du dispositif addictologique : la ville, l'entraide, le médico-social, le sanitaire et les réseaux, a un rôle à jouer en matière de prévention.

L'intervention précoce

L'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes des conduites de consommation de substances psycho-actives quand celles-ci deviennent problématiques. L'intervention précoce comprend le repérage des usages à risques, lorsqu'il a lieu dans divers services éducatifs, sociaux, judiciaires, sanitaires en vue d'orienter les personnes ainsi repérées vers le dispositif spécialisé de soins.

Le rôle des usagers

L'usager a un rôle à jouer dans les structures de soins. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale fixe notamment pour objectif de développer les droits des usagers en affirmant, d'une part, un certain nombre de principes généraux (respect de la vie privée, confidentialité, accès aux infor-

mations concernant l'usager, participation directe à la conception et à la réalisation du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne), d'autre part, en rendant obligatoire des documents ou des instances (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale).

Les réseaux d'entraide sont une ressource supplémentaire de la prise en charge. Ancrés historiquement dans l'aide aux buveurs dépendants, notamment pour le maintien d'une abstinence, les mouvements ont dans l'ensemble diversifié leurs champs d'intervention, ils participent aux réseaux, prennent soin des entourages et interviennent en milieu hospitalier, en prison... Dans le contexte de l'épidémie de VIH dans les années 80, le mouvement d'auto-support s'est développé chez les usagers de drogues, contribuant notamment à une meilleure prise de conscience des moyens de réduire les risques dans cette population.

La mise en place de structures d'addictologie devrait parallèlement permettre le rapprochement de ces dispositifs d'entraide et d'auto-support, qui étaient créés sur la base d'une approche par produits.

Auto-support et entraide sont représentés dans la commission addictions, aux côtés des professionnels de santé.

ANNEXE II

LE VOLET MÉDICO-SOCIAL

A. - UNE OFFRE DE PROXIMITÉ POUR LA PRÉCOCITÉ ET LA CONTINUITÉ DES INTERVENTIONS ET PRISES EN CHARGE

Pour assurer à la fois la nécessaire précocité des interventions et la durée nécessaire des soins et de l'accompagnement, il convient de s'appuyer sur un dispositif de proximité, pluridisciplinaire et ambulatoire pouvant comporter de l'hébergement. C'est la vocation et la mission du dispositif de prise en charge médico-social spécialisé, avec jusqu'ici ses centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) et ses centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et demain les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ces établissements sont appelés à poursuivre le processus de rapprochement et de restructuration amorcé depuis quelques années par la perspective de la mise en place des CSAPA pour définir et constituer un maillon du dispositif en addictologie. Coordinné aux soins de ville, au secteur sanitaire et aux acteurs des réseaux de santé en addictologie, le dispositif spécialisé des CSAPA constituera une des pièces maîtresses de la politique publique de santé en addictologie dans ses trois composantes : la prévention, les soins et l'accompagnement médical, psychologique et social.

B. - ÉTATS DES LIEUX DU DISPOSITIF EXISTANT ET DE SES MISSIONS

A l'heure actuelle, le dispositif médico-social en addictologie est constitué de structures (environ 600 en incluant les CAARUD), réparties de manière disparate sur le territoire national, spécialisées en toxicomanie ou en alcoologie, et animées par des équipes de taille diverse qui participent à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires, depuis le repérage et l'accueil de la personne et de son entourage, jusqu'au suivi psychosocial et à l'insertion.

Le dispositif médico-social spécialisé de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive se compose actuellement :

- des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) : au nombre de 270, les CSST sont financés par l'assurance-maladie depuis 2003, leurs missions sont fixées aux articles D. 3411-1 à D. 3411-9 du code de la santé publique ; ce dispositif a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, et le soutien à l'environnement familial ;
- des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) : au nombre de 230, les CCAA sont financés par l'assurance maladie depuis 1999, leurs missions sont définies aux articles R. 3311-1 à R. 3311-8 du code de la santé publique ; ils sont chargés d'assurer le diagnostic, l'orientation, la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur famille ;
- des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille : au nombre total de 280, les consultations pour jeunes consommateurs ont

été mises en place fin 2004 ; elles doivent permettre une meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec cette consommation et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évaluation et les aides, en particulier à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à leur bien-être ; autorisé pour trois ans, ce dispositif a vocation à se fondre dans les CSAPA pour en constituer l'un des services ;

- des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) ; les CAARUD sont financés par l'assurance-maladie depuis 2006, au 31 décembre de l'année, 130 structures auront été autorisées. Leurs missions sont fixées aux articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique ; l'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins ;
- des communautés thérapeutiques : quatre structures ouvriront courant 2007 ; définies par la circulaire du 24 octobre 2006, les communautés thérapeutiques sont des structures (expérimentales) d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale ; les communautés thérapeutiques ont vocation à être transformées en CSAPA une fois la phase d'expérimentation terminée et sous réserve de leur évaluation.

Le dispositif médico-social comporte donc des structures fonctionnant en ambulatoire et/ou avec hébergement. On compte actuellement plus de 40 structures résidentielles (centres thérapeutiques résidentiels et centres thérapeutiques communautaires), ainsi que des appartements thérapeutiques, des réseaux de famille d'accueil et des appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant des personnes présentant une addiction grave et/ou une ou plusieurs maladies chroniques (VIH, hépatites, maladie mentale...).

C. - EVOLUTIONS DU DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL POUR 2007

Le dispositif médico-social évoluera avec la mise en place des CSAPA à compter de 2007 qui fusionnera le cadre juridique des CCAA et CSST (et probablement les communautés thérapeutiques). La publication du décret fixant les missions des CSAPA est prévue pour la fin du premier trimestre 2007. Le projet de décret prévoit que les CSAPA prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, quelles que soient ces substances (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage) et les personnes présentant des addictions sans substance dont le jeu pathologique (Une expertise collective de l'Inserm sur la question est en cours à la demande de la DGS. Elle devra notamment permettre de préciser les stratégies thérapeutiques à proposer à ces patients.). Ils devront assurer pour l'ensemble des addictions l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage, et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives. Concernant ce dernier point, il convient notamment de signaler l'important effort qui doit être mené dans les années qui viennent pour réduire les contaminations aux virus hépatotropes à l'origine d'hépatites chez les usagers de drogues.

Les CSAPA ont la possibilité de se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites. Dans le cas où le CSAPA est spécialisé, il n'est tenu d'assurer la prise en charge pour le public pour lequel il a fait ce choix. Il est, toutefois, tenu de travailler en réseau avec les structures qui prennent en charge les autres types d'addictions. Indépendamment de sa spécialisation, le CSAPA devra prendre en charge les consommations associées de ses patients.

Les CSAPA fonctionneront en ambulatoire et/ou avec hébergement. En effet, l'accueil et le traitement avec hébergement peuvent constituer dans certaines conditions et pour certains patients une étape de la trajectoire de soins.

Dans le cadre de la circulaire relative à la mise en place des CSAPA et des schémas d'addictologie, les missions des différents types d'hébergement thérapeutique seront précisées. Par ailleurs, un travail d'expertise sera conduit en 2007 au sein de la commission addictions pour définir les indications thérapeutiques et les besoins en hébergement.

Dans le cadre de la LFSS 2007, les orientations suivantes ont été retenues :

- création et renforcement de quelques CSAPA ;
- création de communautés thérapeutiques ;
- renforcement des CAARUD ;
- augmentation du nombre de place d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) accessibles aux usagers de substances psycho-actives en difficulté : 20 à 30 parmi les 150 nouvelles places créées en 2007.

ANNEXE III

LE VOLET HOSPITALIER

A. - LA FILIÈRE HOSPITALIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Une filière hospitalière assure la coordination des soins tout au long du parcours hospitalier des patients et prépare le projet thérapeutique individualisé après la sortie, avec les intervenants du secteur médico-social et libéral.

Elle est composée des structures suivantes :

- consultation ;
- équipe de liaison et de soins en addictologie ;
- hôpital de jour ;
- lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples ;
- lits d'hospitalisation complète pour les soins résidentiels complexes ;
- et un accès aux soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

B. - L'ORGANISATION DU DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE HOSPITALIER EN 3 NIVEAUX

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif gradué en trois niveaux :

Le niveau I : niveau de proximité :

Le niveau I permet d'assurer les réponses de proximité, y compris les sevrages simples. Il comporte :

a) Des consultations hospitalières d'addictologie :

Structures de première ligne dans le suivi ambulatoire, spécialisées en addictologie, elles sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles travaillent en partenariat avec un service d'hospitalisation capable de réaliser des sevrages simples.

b) Des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Définies par la circulaire DGS/DHOS du 8 septembre 2000, elles assurent :

- des interventions spécifiques dans les services de l'établissement : actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé, prévention secondaire et tertiaire dans les services d'hospitalisation ;
- des actions en liaison avec les partenaires extrahospitaliers.

c) Des services d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples :

Ils sont le plus souvent situés dans le système de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépatogastroentérologie et/ou psychiatrie...) disposant d'une équipe formée à l'addictologie. Ces services servent également de référents notamment pour les structures des urgences.

Les centres de lutte contre le cancer, les maternités devraient également être en mesure de proposer une réponse de niveau I.

Une équipe de niveau I devrait pouvoir disposer de personnels compétents en addictologie (médecin, infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale). Par ailleurs un avis psychiatrique doit pouvoir être sollicité chaque fois que nécessaire.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a fixé comme objectif qu'une prise en charge de niveau I soit disponible dans tous les établissements de santé dotés d'une structure des urgences (SU) définie par le décret du 22 mai 2006.

Le niveau II : niveau de recours :

Niveau spécifiquement addictologique, il comprend des structures bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécialisées à des patients posant des problèmes particuliers.

a) Les structures ou unités d'addictologie, de prise en charge aiguë

Elles doivent pouvoir prendre en charge l'ensemble des problèmes posés par les patients, qu'il s'agisse de la conduite addictive elle-même, de ses complications somatiques, psychiatriques et/ou des comorbidités associées.

Par rapport aux structures de niveau I, elles comprennent en plus :

a) une hospitalisation de jour qui permet un accompagnement médical, psychologique et social similaire à celui proposé lors d'une hospitalisation dans un service spécialisé en addictologie tout en maintenant les patients dans leur environnement. L'hospitalisation de jour constitue une alternative à l'hospitalisation temps plein ou un relais de celle-ci.

b) Une hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes

Ces structures d'addictologie accueillent les patients les plus en difficultés, du fait de la sévérité de la dépendance, de la gravité des troubles somatiques, neuro-psychiatriques et cognitifs.

Elles permettent une évaluation et un bilan addictologique somatique, social et psychiatrique approfondis dans le cadre d'un projet de soins et de prise en charge globale. Elles proposent également des soins addictologiques spécifiques tels que des thérapies de groupe, des psychothérapies individuelles, la possibilité de thérapie familiale ou de couple.

Une équipe de niveau II doit disposer de personnels compétents en addictologie (praticien hospitalier, infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a fixé l'objectif de disposer d'une filière complète de prise en charge de niveau II pour 500 000 habitants dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé. Les besoins précis doivent être définis dans chaque région à partir d'un état des lieux et de la définition d'objectifs quantifiés.

c) Les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR) orientés en addictologie

Les soins de suite et de réadaptation sont intégrés au niveau II de recours et constituent une étape importante de la prise en charge résidentielle des patients après les soins aigus pour consolider leur abstinence. Ils proposent un projet thérapeutique médico-psycho-social où la réadaptation est un objectif essentiel. Il est également souhaitable que certains SSR puissent prendre en charge des patients dont les troubles des fonctions cognitives sont au premier plan.

Une équipe de SSR ayant développé une activité en addictologie doit disposer de personnels compétents en addictologie (médecin, infirmière, psychologue, assistantes sociale).

En fonction du projet thérapeutique, peuvent être proposés des temps d'éducateurs spécialisés, psychomotriciens/ergothérapeutes, kinésithérapeutes...

L'implantation des soins de suite et de réadaptation doit prendre en compte les besoins de chaque région et les projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire.

Le niveau III : centre d'addictologie universitaire régional :

Le centre régional est doté des mêmes moyens que les structures de niveau II (unité d'addictologie, hospitalisation complète pour sevrages simples et soins résidentiels complexes, hospitalisation de jour), ce qui lui permet de proposer les mêmes prises en charge que ces dernières. Il travaille en partenariat avec les deux autres niveaux et les réseaux de santé dont il fait partie.

Par ailleurs, ce centre constitue un niveau de référence régional addictologique en assurant la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche. Il assure une véritable interface entre la clinique et la recherche fondamentale.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions a fixé pour objectif un centre de niveau III par CHU.

La mise en œuvre de ce dispositif hospitalier en trois niveaux de prise en charge ainsi que son financement sont confiés aux ARH et feront l'objet d'un appel d'offre régional pour les cinq ans de la durée du plan.

C. - LES CONDITIONS ASSURANT LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF SANITAIRE EN ADDICTOLOGIE DE MANIÈRE PLANIFIÉE, PÉRENNE, COORDONNÉE ET ÉVALUÉE

1. Le dispositif sanitaire doit être pérenne.

Les conditions assurant la pérennité de ces structures sont :

- une reconnaissance administrative de l'addictologie dans le cadre des pôles. La constitution d'un pôle spécifique « addictologie » pourrait dans certains cas, être envisagée selon la taille de l'établissement et/ou le contexte local ;

- tous les établissements publics de santé devraient disposer d'un volet « addictions » dans leur projet d'établissement. Un tel volet devrait aussi exister dans les projets médicaux de territoire.

2. Le dispositif doit être intégré dans l'organisation régionale des soins.

Les régions qui n'ont pas développé un volet addictologie dans le SROS 3, peuvent saisir l'opportunité d'une révision du SROS pour l'y introduire.

Par ailleurs, il est indispensable d'harmoniser les schémas sanitaires (SROS) et médico-sociaux (schémas régionaux d'addictologie et programmes régionaux de santé publique).

3. Pour assurer la continuité des soins, les structures hospitalières doivent être articulées avec l'ensemble des partenaires : médico-social spécialisé, libéral, intervenants du champ social.

Les réseaux de santé sont les garants du décloisonnement des structures et de la coordination des soins entre les partenaires tout au long du parcours des patients.

D. - LES MISSIONS DE L'HÔPITAL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Les établissements hospitaliers ont un rôle à jouer bien qu'encore peu développé dans la prévention, notamment concernant le repérage précoce des conduites addictives. Les actions de prévention sont destinées aux patients qui y sont hospitalisés et à leur famille, aux consultants ainsi qu'aux personnels hospitaliers. Les équipes de liaison et de soins en addictologie ont un rôle fondamental dans le développement de telles actions qui incluent le repérage, l'intervention précoce et l'orientation de ces personnes.

Il serait souhaitable qu'une politique tendant vers un « hôpital sans addiction » sur le mode de ce qui est fait pour un « hôpital sans tabac », soit menée en collaboration avec les personnels, la direction, la médecine du travail et les équipes spécialisées.

ANNEXE IV

LA PLACE DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE

Les réseaux de santé ont fait l'objet de la circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAMS. Cette circulaire définit les objectifs des réseaux, leur cohérence avec les parcours de soins et leur inscription dans l'organisation territoriale de soins. Elle précise également le cadre général de la décision de financement. Enfin, elle rappelle les modalités de l'évaluation interne et externe qui représente une condition majeure de financement.

Il existe actuellement sur l'ensemble du territoire une cinquantaine de réseaux de santé en addictologie, financés par la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR). D'autres réseaux plus ou moins formalisés d'addictologie fonctionnent avec d'autres sources de financement.

A. - MISSIONS DES RÉSEAUX

La coordination professionnelle du soin reste la mission centrale du réseau, qui ne doit pas assurer de soins directs aux patients ni se substituer aux actes de prise en charge du dispositif en addictologie.

Le réseau met en œuvre des moyens d'aide à l'amélioration des pratiques professionnelles par l'élaboration de protocoles des soins (repérage précoce et intervention brève, protocoles de sevrage ambulatoire). Le réseau élabore, utilise et diffuse des référentiels de prise en charge et évalue régulièrement leur pertinence.

Le réseau soutient les actions de prévention primaire, éventuellement en lien avec le centre d'information et de ressources sur les drogues et la dépendance régional (CIRDD), mais il n'a pas vocation, en tant que tel, à organiser et structurer cette action. Il assure la coordination de la prévention secondaire et tertiaire.

Il participe aux actions de formations : formations-actions type repérage précoce intervention brève (RPIB), formations - coordinations, formations généralistes et multidisciplinaires...

Il développe des outils de communication.

B. - ÉVALUATION DES RÉSEAUX ET INDICATEURS

Le réseau mesure l'impact de ses actions sur la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive par une évaluation à la fois interne et externe. Cette évaluation est adaptée à l'addictologie, par l'élaboration d'indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs figurant dans le cahier des charges en cours de préparation.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 préconise la création d'un réseau de santé en addictologie de proximité pour 200 000 habitants. Il est important d'assurer l'articulation de ces réseaux en addictologie avec d'autres réseaux ayant une thématique proche.

ANNEXE V

L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS CONCERNÉS

A. - ARTICULATION ENTRE LES DISPOSITIFS ADDICTOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Les conduites addictives ont de fait, des liens étroits avec le champ de la santé mentale et de la psychiatrie. Cependant les collaborations entre les deux secteurs sont à l'heure actuelle insuffisamment développées et peu organisées. Il est nécessaire de préciser les champs de compétence, les missions des deux dispositifs et leur complémentarité.

1. Les professionnels de la psychiatrie sont saisis pour traiter :
 - des sujets présentant des facteurs psychologiques, psychopathologiques voire de comorbidités psychiatriques primaires qui favorisent l'émergence d'une conduite addictive puis leur pérennisation ;
 - dans d'autres cas, il s'agit de patients souffrant de dommages induits par la consommation de substances psychoactives, qui sont à l'origine de troubles d'ordre cognitif, psychopathologiques, de comorbidités psychiatriques secondaires, et dont la gravité se conjugue le cas échéant à l'évolution de la comorbidité psychiatrique primaire.

Les prises en charge des comorbidités psychiatriques et addictives doivent se faire en partenariat entre des équipes ayant des compétences complémentaires, ou par la même équipe si elle possède la double compétence.

2. Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie doivent proposer une prise en charge des patients ayant des troubles addictifs :
 - ils devront assurer au moins une réponse de Niveau I. Ceci implique que les équipes médicales et paramédicales possèdent des compétences addictologiques validées et que les infrastructures soient en place. A défaut, des conventions pourront être passées avec les structures addictologiques de niveau I des autres établissements de santé ;
 - certains établissements de santé ayant une activité en psychiatrie développent des structures addictologiques spécifiques correspondant au niveau II ;
 - dans les établissements publics de santé mentale, l'intersecteur d'addictologie quand il existe, pourra en partenariat avec le CHU être constitué en structure de Niveau III à vocation universitaire pour développer des compétences d'enseignement et de recherche.

B. - ARTICULATION AVEC LA CANCÉROLOGIE

Compte tenu de la fréquence des cancers évitables chez les patients présentant des conduites addictives, notamment une alcoolisation chronique et/ou un tabagisme, il est essentiel de coordonner les dispositifs, structures et réseaux, addictologiques et cancérologiques.

Les centres de lutte contre le cancer, les consultations d'annonce du cancer et de façon générale les consultations de cancérologie sont des lieux privilégiés de repérage des conduites addictives et d'orientation pour une prise en charge adaptée.

Il apparaît souhaitable que les équipes de cancérologie bénéficient d'une formation en addictologie.

C. - ARTICULATION AVEC LA PÉRINATALITÉ

Les conduites addictives sont à l'origine de nombreux problèmes au cours de la grossesse et après la naissance.

- au-delà des grands syndromes malformatifs qui ont permis de décrire le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), l'alcool représente la première cause non génétique de retards de développement psychomoteur et de handicaps par le biais du SAF ;

- un syndrome de sevrage peut être noté chez les nouveau nés de mères ayant une toxicomanie active ;
- le tabac est responsable d'accouchements prématurés, de retards de croissance *in utero* ;
- d'hémorragies de la délivrance. Il est également reconnu comme facteur de mort subite du nourrisson ;
- la consommation de substances psychoactives chez les mères de très jeunes enfants est également source de carences diverses chez l'enfant ;
- les femmes enceintes recevant un traitement de substitution par la méthadone nécessitent un suivi et un accompagnement spécifique durant toute la durée de leur grossesse.

De ce fait, il est important de :

- former les intervenants en périnatalité au repérage des consommations de substances psychoactives ;
- développer le lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie dans les maternités ;
- mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus adaptées à leurs problèmes.

ANNEXE VI

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF D'ADDICTOLOGIE

Différentes directives ont été mises en place ces dernières années. Il s'agit en particulier :

- du plan quinquennal gouvernemental 2004-2008 (dont les objectifs et les indicateurs sont suivis par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies) ;
- du plan national sur la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 (dont le suivi est confié à la commission des addictions) ;
- de la loi relative à la politique de santé publique (dont les objectifs et les indicateurs sont suivis par la DREES).

Le suivi du dispositif doit reposer sur :

1. Un état des lieux des besoins actuels de l'offre de soins en fonction des données connues de l'épidémiologie.
2. Une méthode de suivi de l'évolution de l'adéquation de cette offre de soins aux besoins par :
 - la construction d'indicateurs simples, sensibles au changement ;
 - la réalisation d'étude et de suivi de cohorte ;
 - l'utilisation de critères validés utilisés dans les autres pays.

A. - LE CONSTAT ACTUEL

La juxtaposition des différents plans rend complexe l'élaboration des tableaux de bord et des indicateurs de suivi et d'évaluation. D'une façon générale, les indicateurs retenus sont dispersés et les données souvent issues d'échantillons trop faibles pour fournir des informations au niveau des régions. Enfin, les données disponibles portent surtout sur les consommations et peu sur les besoins de prise en charge.

B. - LES INDICATEURS NÉCESSAIRES AU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

Il convient de développer des indicateurs globaux portant sur l'ensemble de la population (niveaux de consommations des différents produits, morbidité et mortalité) et de construire des indicateurs plus pertinents et plus fins pour chaque région ou territoire de santé en fonction des besoins.

Pour le suivi et l'évaluation du plan quinquennal 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, les indicateurs suivants pourraient être retenus et mis à la disposition des ARH pour suivre la montée en charge du volet sanitaire avec le financement alloué à chacun des composants suivants :

- structures de niveau I : nombre de consultations d'addictologie ;
- nombre d'équipes de liaison et de soins en addictologie ;
- structures de niveau II : nombre de structures de Niveau II ;
- structures de niveau III (CHU) : nombre de centres régionaux d'addictologie universitaires ;
- nombre de sevrages simples effectués dans les hôpitaux du département, de la région ;
- nombre de soins complexes effectués dans les hôpitaux du département, de la région.

Pour suivre le volet médico-social, les indicateurs suivants peuvent être retenus :

- CSAPA : nombre de CSAPA autorisés ;
- ACT : nombre de places ;
- communautés thérapeutiques ;
- CAARUD : nombre de CAARUD.

Ces indicateurs seraient recueillis annuellement pendant toute la durée du plan. Ils pourraient en tant que de besoin, être complétés par des indicateurs de soins dont le nombre et la périodicité du recueil feront l'objet de réflexions à venir. Leurs objectifs sont d'évaluer :

- l'amélioration du dispositif ambulatoire actuel : soins de ville, réseaux et dispositif ambulatoire spécialisé (CCAA, CSST) avec la mise en place des CSAPA ;
- l'amélioration du dispositif sanitaire hospitalier et du dispositif de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Direction générale de la santé

Département des urgences sanitaire

Circulaire DGS/DSUS n° 2007-213 du 24 mai 2007 relative au devenir des masques FFP2 stockés en vue d'une pandémie grippale pour les lots arrivant à la date de péremption affichée

NOR : *SJSP0730423C*

Date d'application : immédiate.

Références :

Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale » et les fiches techniques annexées ;

Circulaire interministérielle du 21 août 2006 relative à la distribution des traitements et équipements de protection, en cas de pandémie grippale.

Textes abrogés : néant.

Annexes : néant.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Messieurs les préfets de zone de défense ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (pour information).

Pour assurer la protection des personnels du secteur de la santé et assimilés, à un risque de contamination en cas de survenue d'une pandémie grippale, des stocks de masques FFP2 ont été constitués au niveau local et au niveau zonal depuis 2005. Certains premiers lots vont arriver, au cours des prochains mois, à la date de péremption figurant sur ces produits ou sur leurs emballages. Compte tenu des enjeux, il est apparu nécessaire de déterminer si les performances des masques concernés, notamment celles de filtration, perdurent au-delà de cette date. En conséquence, dans l'état actuel des connaissances, les dispositions suivantes sont retenues pour la gestion de ces lots :

Chaque lot doit être bien déterminé et distingué des autres en fonction notamment de la date de péremption. Ceci nécessite, si cela n'a pas déjà été fait, d'identifier clairement, dans les stocks, les cartons de masques FFP2 en apposant sur l'emballage externe une fiche indiquant le fournisseur, le modèle avec sa référence et sa date de péremption (si elle figure sur les masques) et de reconstituer (et refilmer) les palettes qui ont été dépalettisées et de les identifier ;

Jusqu'à nouvel ordre, les lots arrivant à date de péremption doivent rester en place et maintenus dans de bonnes conditions de conservation. En aucun cas, ils ne doivent être détruits ou utilisés à des fins autres que leur destination initiale ;

Une étude a été confiée par la direction générale de la santé au Laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE) pour disposer d'une méthodologie rapide permettant de suivre l'évolution des performances des lots de masques dans le temps ;

Un plan « Qualité renouvellement des stocks santé nationaux » (QRS2N) est mis en place par la direction générale de la santé. Il comprend la réalisation de séries d'essais en laboratoires sur des échantillons de masques prélevés sur différents lots afin de permettre de guider les décisions concernant le devenir des lots concernés en fonction des résultats des mesures effectuées ;

Le ministère a acquis une quantité de masques FFP2 équivalente à celle des lots devant arriver à date de péremption affichée en 2007 ; ils sont entreposés dans les stocks zonaux.

Je demande aux préfets (DDASS), en coordination avec les préfets de zone de défense (DRASS), d'informer des présentes dispositions, l'ensemble des responsables des lieux de stockage des masques FFP2 concernés, en particulier les directeurs des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux ayant en stock de tels masques.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés particulières que vous pourriez rencontrer sur ce sujet.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

Pr D. HOUSSIN

Pharmacie

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Mission marine

Circulaire DHOS/O5/Mission marine n° 2007-159 du 17 avril 2007 pour la mise en œuvre des simplifications administratives relatives à l'exploitation des officines de pharmacie et l'utilisation de l'application nationale PHAR

NOR : *SANH0730421C*

Date d'application : immédiate.

Références :

Article L. 5125-16 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 ;

Circulaire DAGPB/SINTEL SD/SINTEL 3/02/773 du 31 décembre 2002.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes : modèle d'arrêté modificatif.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; directions de la santé et du développement social de Guadeloupe, Martinique et Guyane ; direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud ; direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

La mise en œuvre prochaine des simplifications administratives introduites à l'article L. 5125-16 du code de la santé publique par l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 va conduire à la suppression de l'enregistrement des déclarations d'exploitation des pharmacies auprès des DDASS. Les finalités de cette démarche seront assurées par l'inscription au tableau du conseil régional de la section A, ou à celui du conseil central de la section E de l'Ordre des pharmaciens, qui en informera les services de l'Etat. Cette simplification entrera en vigueur après la parution des décrets d'application en cours de préparation.

Cette évolution nécessite préalablement une adaptation de l'application PHAR – qui constitue le fichier national de référence des officines de pharmacie – pour mettre en œuvre de nouvelles modalités de fonctionnement et en particulier gérer la connexion au RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé). C'est à travers celui-ci que seront réalisés les échanges d'information entre l'application PHAR et le système d'information de l'Ordre des pharmaciens.