



Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé

**Direction générale de la
cohésion sociale**

Personnes chargées du dossier :
Camille Allain-Launay Tél : 01 40 56 86 73
Mél. : camille.allain-launay@social.gouv.fr
Evangeline Bonnerot (LHSS/LAM) Tél : 01 40 56 67 56
Mél. : evangeline.bonnerot@social.gouv.fr

**Direction générale de la
santé**

Personnes chargées du dossier :
Malisa RATTANATRAY (addictologie) Tél : 01 40 56 65 46
Mél. : malisa.rattanatray@sante.gouv.fr
Frédérique DOUMAT (ACT) Tél : 01 40 56 74 24
Mél. : frederique.doumat@sante.gouv.fr
Personne chargée (« Un chez soi d'abord »)
Flore MOREUX Tél : 01 40 56 72 96
Mél : flore.moreux@sante.gouv.fr

**Direction de la sécurité
sociale**

Personne chargée du dossier :
Arthur Stril Tél : 01 40 56 71 10
Mél. : arthur.stril@sante.gouv.fr
Marie-José Sauli Tél : 01 40 56 51 27
Mél. : marie-jose.sauli@sante.gouv.fr

Le ministre de l'économie et des finances

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
d'agences régionales de santé

(Pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale,

Directions de la jeunesse, des sports et de la
cohésion sociale outre mer,

Mesdames et Messieurs les préfets de
département,

Directions départementales de la cohésion sociale,

Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations,

(Pour information)

INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/DSS/DGS/2017/142 du 27 avril 2017 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2017 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord».

Date d'application : immédiate

NOR : AFSA1712932J

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le 28 avril 2017 - Visa CNP 2017-65

Examinée par le COMEX JSCS du 4 mai 2017

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.
Résumé : La présente instruction notifie les dotations régionales de dépenses médico-sociales pour les ESMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques pour 2017. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.
Mots-clés : ONDAM, établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques, mesures nouvelles, ACT, CAARUD, CSAPA, LHSS, LAM, ACT « Un chez soi d'abord ».
Textes de référence : LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 Arrêté du 28 avril 2017 fixant pour l'année 2017 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles Arrêté du 17 mai 2017 fixant les dotations régionales de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles
Instructions abrogées : néant
Instructions modifiées : néant
Annexes : Annexe 1 : Notifications régionales pour 2017 Annexe 2 : Questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA

Annexe 3 : Activité de dépistage par TROD – bilan annuel de l'activité réalisée
Annexe 4 : Programmation pluri annuelle du nombre de place d'ACT
Annexe 5: Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région
Annexe 6 : Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2017 des LHSS et des LAM
Annexe 7 : Calendrier et modalités de retour des rapports d'activité relatifs aux structures addictologie
Annexe 8 : Rapport d'activité des CSAPA – structures ambulatoires.
Annexe 9 : Rapport d'activité des CSAPA – structures avec hébergement.
Annexe 10: Rapport d'activité des CAARUD.
Annexe 11 : Enquête relative à la campagne de tarification 2017 et au recensement des besoins 2018 et 2019.
Annexe 12 : Cahier des charges pour la création de places d'appartements de coordination thérapeutique accueillant des personnes en situation ou à risque de handicap d'origine psychique.

Diffusion : Les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé, selon le dispositif existant au niveau régional.

L'article L.314-3-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent chaque année l'objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (ONDAM) des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L.314-3-3 du même code, soit les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (CAARUD), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les « lits halte soins santé » (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM), et à compter du 1^{er} janvier 2017¹ les appartements de coordination thérapeutique du dispositif « Un chez-soi d'abord ». Les ministres arrêtent également le montant total annuel des dépenses du secteur et sa répartition entre les dotations régionales limitatives notifiées aux agences régionales de santé.

En 2016, afin de disposer d'un suivi des dépenses de ces établissements, il vous a été demandé de répondre à une enquête tarifaire. Cette enquête tarifaire est reconduite en 2017.

Le montant définitivement arrêté de l'enveloppe de crédits dédiés aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) « spécifiques » au titre de l'année 2017 s'élève à 582,25 M€, soit un taux de progression de +5,6 % par rapport à 2016. Le montant de mesures nouvelles disponibles en 2017 est de 9,67 M€.

La présente instruction a pour objectif de détailler les hypothèses de construction des dotations régionales limitatives fixées par arrêté et de vous indiquer les évolutions et les priorités d'emploi des crédits pour chacune des catégories de structures. A compter de la notification par arrêté de votre dotation régionale limitative, vous disposez d'un délai de soixante jours pour procéder à la tarification des établissements mentionnés à l'article L.314-3-2 du CASF.

1. LES MESURES DE RECONDUCTION ET EXTENSIONS EN ANNEE PLEINE EN 2017.

¹ En application du décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

a) Concernant les crédits reconduction : les ESMS concernés par la présente instruction bénéficient en 2017 d'un taux de reconduction global de 0,85 % (0,93 % pour la masse salariale et 0,6% pour l'effet prix) ce qui représente 4,81 M€ de crédits.

b) Concernant les crédits dédiés aux extensions en année pleine : le montant des enveloppes consacrées à l'extension en année pleine des mesures nouvelles de 2016 s'élèvent à 16,73 M€ et correspond à :

- la création de places en appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour 8 mois de fonctionnement soit 4,42 M€ ;
- les dispositifs addictologie : 5,26 M€ ;
- la création de 50 places de LHSS pour 9 mois, soit 1,55 M€ ;
- la création de 100 places de LAM pour 9 mois soit 5,50 M€.

2. LES MESURES NOUVELLES : CREATION DE PLACES EN 2017

2.1. Structures d'addictologie

Le montant des mesures nouvelles 2017 pour les structures d'addictologie est fixé à 1,792 M€.

2.1.1. Financement des salles de consommation à moindre risque : 0,179 M€ sur un mois

Ces crédits sont destinés au financement des salles de consommation à moindre risque de Paris et de Strasbourg dont l'expérimentation est prévue dans le cadre de l'article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le financement par le FNPEIS cessera à compter du 1er Janvier 2018.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.2. Renforcement de l'offre médico-sociale : 0.443 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont délégués dans le cadre de la mesure 31 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils sont destinés au renforcement de l'offre médico-sociale et à l'adaptation de la répartition territoriale des établissements médico-sociaux pour répondre aux besoins de la population (créations de CSAPA, de CAARUD, d'antennes de CSAPA, de consultations avancées, d'équipe mobile de CAARUD, renforcement des équipes existantes...).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.3. Renforcement de l'offre de matériel de réduction des risques et des dommages : 0.190 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont destinés à permettre aux CAARUD d'accroître, à la fois qualitativement et quantitativement, l'offre de matériel de réduction des risques et des dommages, afin de diminuer les complications sanitaires auxquelles sont exposés les usagers de drogues.

Ces crédits doivent également permettre de répondre aux besoins de formations des professionnels des CAARUD au regard des nouveaux produits et des nouveaux profils des usagers de drogues.

Les crédits sont répartis en fonction du nombre de CAARUD et des files actives, ils sont notifiés en annexe 1.

2.1.4. Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC en CSAPA : 0.090 M€ sur 4 mois

Cette mesure s'inscrit dans la continuité des financements de TROD depuis 2014. Il s'agit de mettre à disposition des TROD VHC dans les CSAPA dans le cadre de la mesure 37 du plan d'actions 2013-2015 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les CAARUD et les CSAPA ont la possibilité de réaliser des TROD VIH et VHC après autorisation de l'ARS, selon les modalités précisées dans l'arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médicosocial ou associatif.

La structure doit respecter le cahier des charges figurant en annexe de cet arrêté. Les personnels pratiquant le dépistage par TROD doivent avoir suivi une formation à l'utilisation de ces tests. La direction de l'établissement doit pouvoir fournir les attestations de formation.

Les crédits sont destinés à couvrir le coût lié au développement de cette activité, incluant la formation du personnel, l'achat des TROD et les frais liés à leur utilisation, ainsi que le traitement des déchets liés à cette activité.

Les crédits délégués cette année complètent ceux délégués depuis 2014. Ainsi, dorénavant tous les CAARUD et tous les CSAPA doivent être en mesure de proposer des dépistages à l'aide de TROD VIH et VHC à leurs usagers.

Les crédits sont répartis en fonction du nombre de CSAPA et des files actives ; ils sont notifiés en annexe 1.

Il vous est demandé de transmettre aux structures auxquelles vous déléguez ces crédits le questionnaire relatif au bilan annuel de l'activité de dépistage par TROD (annexe 3) afin qu'elles le complètent. Ce document rendant compte de l'activité 2016 doit parvenir complété pour le 31 janvier 2018 au plus tard à la DGS / bureau SP3 (dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr).

2.1.5. Programme de réduction des risques et des dommages à distance : 0.083 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont délégués dans le cadre de la mesure 50 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils sont destinés à améliorer l'accessibilité du matériel de réduction des risques et des dommages (RDRD) par la création d'un service d'envoi postal de matériel, en s'appuyant sur les CAARUD.

Un programme de RDRD à distance est valorisé à 50 000€ par an.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.6. Renforcement des consultations jeunes consommateurs (CJC) : 0.673 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont destinés à renforcer les moyens des CJC, afin d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs et de leurs proches. Ces crédits doivent notamment, permettre d'augmenter les heures d'ouvertures, de créer des consultations avancées et de développer l'intervention précoce et les activités « d'aller vers » (partenariat avec les acteurs non spécialisés notamment).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.7. Mise à disposition de *naloxone* : 0.133M€ sur 4 mois

Ces crédits sont délégués dans les suites de la mesure 39 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les crédits sont destinés à l'achat par les CSAPA et les CAARUD de spécialités à base de *naloxone* indiquées dans le traitement d'urgence des surdoses aux opiacés, faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc) ou d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Cela permet la dispensation gratuite de ce traitement aux usagers identifiés comme présentant un risque de surdose aux opiacés, parmi la file active des usagers accueillis par les CSAPA et CAARUD.

Concernant les CAARUD, une évolution des textes réglementaires reste nécessaire pour permettre à leurs intervenants de délivrer ces médicaments, en lien avec l'article 69 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. La finalisation du texte est en cours et doit intervenir dans les prochains mois.

Ces crédits doivent également permettre de former les professionnels des CSAPA et des CAARUD à l'utilisation de la *naloxone* et aux modalités d'accompagnement des usagers auxquels ils délivrent ce médicament.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

Focus sur les crédits 2016

Les crédits destinés à la mise à disposition de la *naloxone* délégués en 2016 l'étaient uniquement pour la durée de l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc). Ils sont donc repris cette année (y compris les EAP). En effet, en 2016, seule une partie des établissements était concernée par l'ATUc : CSAPA à gestion hospitalière ou membre d'un groupement de coopération sanitaire.

Tous les CSAPA et les CAARUD pourront délivrer la *naloxone*, la totalité des crédits 2016 (notifiés en 2016 + EAP2017 + revalorisation) est donc répartie entre les CSAPA et les CAARUD en année pleine.

La reprise des crédits 2016 et la nouvelle répartition de ces derniers sont notifiées en annexe 1.

2.2. Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 2,21 M€ sur 4 mois

Les ARS ont fait état de besoins supplémentaires en ACT au travers de l'enquête réalisée par la DGS en 2012².

Au regard des besoins exprimés, une enveloppe de 2,21 M€ a été réservée à la création /extension de 200 places d'ACT en 2017 sur quatre mois.

Cette enveloppe correspond à une valorisation des 200 places sur 4 mois, soit à compter du 1er septembre 2017, sur la base d'un coût annuel à la place de 32 504 € en métropole et de 38 877€ en Outre-Mer.

La répartition des crédits correspondant à ces 200 places est détaillée en annexe 1.

Cette répartition tient compte du taux d'équipement en ACT des régions, des indicateurs de précarité³, du nombre de personnes recensées en affection longue durée VIH, hépatites et diabète⁴ dans ces régions.

² Enquête réalisée par la DGS auprès des ARS (circulaire du 7 juin 2012).

Ces créations/extensions pourront s'appuyer sur les préconisations développées par la stratégie nationale de santé sexuelle⁵, sur les recommandations issues des divers plans, rapports et enquêtes⁶ relatifs à l'hébergement, l'accompagnement ou encore la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Ces principales mesures consistent à :

- Améliorer l'offre d'hébergement et de logement pour les personnes atteintes du VIH ou d'hépatites (Objectif 5 – Mesure 31 de la stratégie nationale de santé sexuelle) ;
- développer auprès des services d'orientation : l'information, les missions des ACT ainsi que les critères d'admission de ces établissements ;
- favoriser l'accueil et l'intégration en ACT des patients sortant de prison ;
- aider aux conditions permettant un parcours vers l'autonomie des patients ;
- développer les compétences internes des équipes d'ACT (pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison) et encourager les partenariats avec les réseaux et structures spécialisées du territoire ;
- permettre l'accueil des accompagnants, notamment par la mobilisation du droit commun.

Enfin, dans son discours d'ouverture du dernier « Colloque Hépatites » qui s'est tenu le 25 mai 2016, la Ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé l'accès universel aux traitements de l'hépatite C et a réaffirmé l'importance des structures ACT dans la prise en charge de ces patients.

2.3. Expérimentation des ACT à domicile : 0, 147 M€ sur 4 mois

Suite à une demande relayée par les différents partenaires (ARS, associations, fédérations) et divers besoins identifiés sur les territoires, « l'expérimentation des ACT à domicile » est initiée.

Cette expérimentation propose un accompagnement médico-social à des personnes atteintes de maladies chroniques en situation de précarité, mais bénéficiant déjà d'un logement. Ces patients ne nécessitent pas une hospitalisation, mais présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne et peuvent souffrir de vulnérabilités psychiques, économiques et/ou sociales.

Une enveloppe de 147 332 € a été dédiée à cette expérimentation pour la création de 50 places d'ACT sur quatre mois.

Cette enveloppe correspond à une valorisation des 50 places sur 4 mois, soit à compter du 1er septembre 2017, sur la base d'un coût annuel à la place de 8 500€ en métropole et de 10 200 € en Outre-Mer.

Un cahier des charges national sera proposé aux ARS expérimentatrices.

³ Nombre de bénéficiaires des minima sociaux en 2015 – SOURCE DREES.

⁴ ALD 6 « maladies chroniques actives du foie et cirrhoses », ALD 7 « déficit immunitaire primitif, infection par le VIH », ALD 8 « diabète de types 1 et 2 », données CNAMTS 2013.

⁵ Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030, 28 MARS 2017.

⁶ Plan Cancer 3, Étude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH. Plein sens (commande DGS) – octobre 2010, Rapport Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Rapport Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C

Les ARS devront transmettre à la Direction générale de la santé pour le 1^{er} mars 2018 (à DGS-SP2@sante.gouv.fr) le tableau de prévisions des besoins en place d'ACT pour les trois prochaines années (annexe 4).

2.4. ACT handicap psychique : 0, 322 M€ sur 4 mois

Dans le cadre du volet handicap psychique de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (Axe III « Prévenir et réduire les situations de non-recours initial ou après une rupture du parcours » : Action 11), il a été décidé la création de 30 places d'appartement de coordination thérapeutique pour des personnes en situation ou à risque de handicap psychique. Les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ces places d'ACT ont été définies dans un cahier des charges que vous trouverez en annexe 12 de la présente instruction. Ces places seront réparties en 3 groupes de 10 places chacun, dans les régions suivantes : Ile de France, Nouvelle Aquitaine et Occitanie. Elles feront l'objet d'une évaluation à 2 et 5 ans, avec un pilotage national et la participation des ARS concernées.

2.5. Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM) : 5,203 M€ sur 3 mois

Les LAM et les LHSS sont des dispositifs pérennisés à l'issue d'expérimentations et qui répondent à un véritable besoin pour la prise en charge des personnes en situation de grande précarité souffrant de pathologies diverses.

Pour mieux articuler les "lits halte soins santé" (LHSS) et les "lits d'accueil médicalisés" (LAM), le décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 détaille les conditions techniques de fonctionnement des deux dispositifs. Les LHSS assurent un accueil temporaire de personnes en situation de précarité lorsque leur état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Ils interviennent donc fréquemment en relais d'une hospitalisation, pour une durée de 2 mois renouvelable autant de fois que de besoin. Les LAM assurent un accueil, sans limitation dans le temps, de personnes souffrant de pathologies lourdes, chroniques, irréversibles et invalidantes.

Leur déploiement sur l'ensemble du territoire national n'est toutefois pas encore achevé.

Le Premier ministre a annoncé en avril 2016 la création de 300 places de lits d'accueil médicalisés (LAM) et de 200 places de lits Halte Soins Santé (LHSS) dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013-2017).

En 2017, 150 nouvelles places de LHSS et 200 places de LAM sont créées sur 3 mois. La ventilation de ces places a tenu compte de plusieurs critères :

- La création effective des places financées dans les ONDAM 2015 et 2016 ;
- Les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;
- La population et le taux de pauvreté des régions ;
- La densité des places de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dans les régions ;
- La faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;
- Le déploiement des LAM dans toutes les régions.

Afin de préparer le déploiement d'éventuelles nouvelles places dans les années à venir, j'attire votre attention sur la nécessité de compléter les annexes 5 et 11 avec tout le soin

nécessaire afin que le déploiement de nouvelles places soit le plus pertinent possible. Il est par ailleurs vivement recommandé de procéder à l'analyse des besoins puis des appels à projets avec les services compétents des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Les "lits halte soins santé" (LHSS)

En 2017, il sera créé 150 nouveaux lits sur 3 mois (91 jours), soit une enveloppe de 1,5468 M€ € au total.

Le prix de journée d'un LHSS s'élève à 113,32 €/jour/lit.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM)

En 2017, il est créé 200 nouveaux lits financés sur 3 mois (91 jours), soit une enveloppe de 3,6563 M€ au total.

Le prix de journée d'un LAM s'élève à 200,90 €/jour/lit.

L'annexe 5 recense par région le nombre de lits antérieurement financés et les mesures nouvelles 2017. Afin de consolider la visibilité de l'existant et les projections 2018, 2019 et 2020 au regard de vos besoins locaux en LAM et LHSS, il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

L'annexe 6 présente la méthodologie de l'affectation des places nouvelles par région en 2017 et rappelle les contraintes techniques pour la création des LAM et LHSS.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 5 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 2018 au plus tard à l'adresse suivante : DGCS-lamlhss@social.gouv.fr;

2.6. Les quatre sites du dispositif « Un chez-soi d'abord »

Conformément à l'article 2 du décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », les quatre sites de Lille, Toulouse, Paris et Marseille agréés dans les conditions prévues par les arrêtés des 11 avril 2011 et 2 mai 2012 sont réputés autorisés jusqu'au 30 juin 2018 en tant qu'établissements régis par le 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces structures disposent d'un délai d'un an à compter du 1er janvier 2017 pour se mettre en conformité avec les dispositions du décret précité et présenter une demande d'autorisation dans les conditions prévues à l'article R. 313-8 du code de l'action sociale et des familles.

Seuls les crédits relatifs à la reconduction des moyens des structures existantes font l'objet de la présente notification. Au total, les crédits dédiés à ce dispositif représentent 2,8 M€.

3. Les rapports d'activité relatifs aux structures « addictologie » et le questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA

La présente instruction a également pour objectif de vous transmettre les formulaires des rapports d'activité des CSAPA et des CAARUD, portant sur l'année 2017, que vous voudrez bien adresser aux structures afin qu'elles les complètent (annexes 8, 9 et 10). L'annexe 7 rappelle le calendrier et les modalités de retour des données recueillies. Ces remontées sont essentielles pour pouvoir dresser un état des lieux ; des analyses régionales pourront être réalisées.

Il vous est également demandé de transmettre aux CSAPA le questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA (annexe 2) afin qu'ils le complètent pour l'activité 2017. Les

documents complétés doivent parvenir pour le 31 janvier 2018 au plus tard à la DGS / bureau SP3 (dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr).

4. L'enquête relative à la campagne de tarification pour 2017 et au recensement des besoins en mesures nouvelles

Votre attention est attirée sur la nécessité de procéder à un suivi rigoureux des dépenses engagées par vos décisions de tarification et de vos besoins pour les années à venir. L'enquête tarifaire 2016 est reconduite, il vous est demandé de renseigner impérativement l'annexe 11 jointe à cette instruction qui concerne l'ensemble des ESMS financés sur la dotation régionale limitative.

Vous voudrez bien retourner le fichier excel complété de façon exhaustive pour le 31 janvier 2018 au plus tard aux quatre adresses suivants : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr ; DGCS-lamlhss@social.gouv.fr; DGS-SP2@sante.gouv.fr; dgs-sp3@sante.gouv.fr.

Pour la ministre et par délégation,
Le directeur général de la cohésion sociale

Signé

J-P. VINQUANT

Pour le ministre et par délégation,
Le directeur de la sécurité sociale

Signé

T. FATOME

Pour la ministre et par délégation,
La directrice générale adjointe de la santé

Signé

A-C. AMPROU

Pour la ministre et par délégation,
Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales

Signé

P. RICORDEAU

Annexe 1 : Notifications régionales 2017

	Enveloppe addictologie et ACT reconductible notifiée en 2016 en €	Transferts au 01/01/2017 en €	Base addictologie et ACT pour 2017 en €	Actualisation de la base 2016 (+0,85%) en €	EAP ACT 2017	EAP Addictologie 2017	Socle 2017 pour structures addictologie et ACT hors LHSS et LAM en €	Mesures nouvelles										Total Notifications Addictologie 2017	Mesures nouvelles		Actualisation de la base LHSS 2016 (+0,85%) en €, soit un tarif 2017 de 113,32€/jour/lit	EAP LHSS 2017 (tarif 2017 de 113,32€/jour/lit)	Mesures nouvelles		Rappel base LAM pour 2016 en €	Actualisation de la base LAM 2016 (+0,85%) en €, soit un tarif 2017 de 200,90€/jour/lit	EAP LAM 2017 (tarif 2017 de 200,90€/jour/lit)	Mesures nouvelles		Base "Un chez soi d'abord" pour 2016 en €	Actualisation du socle 2016 (+0,85%) en €	Total Notifications "Un chez soi d'abord" 2017	Total 2017 en €	
								Création de 200 places ACT sur 4 mois	Création de 50 places ACT à domicile sur 4 mois	SCMR sur 1 mois	Renforcement de l'offre de matériel de RDR pour les CAARUD sur 4 mois	Renforcement de l'offre médico-sociale (CSAPA/CAARUD) sur 4 mois	Mise à disposition de TROD VHC dans les CSAPA sur 4 mois	Programmes de RDRD à distance sur 4 mois	Renforcement des CJC sur 4 mois	Mise à disposition de la naloxone dans les CAARUD et les CSAPA sur 4 mois	Reprise des crédits naloxone délégués en 2016, uniquement pour les CSAPA hospitaliers, le temps de l'ATUc (en année pleine)		Répartition des crédits	Création de 30 places ACT troubles psychiques sur 4 mois			Rappel base LHSS pour 2016 en €	Total Notifications LHSS 2017				Création de 150 LHSS (=113,32€/jour/lit) sur 3 mois, soit 91 jours	Total Notifications LHSS 2017					Création de 200 places de LAM (=200,90€/jour/lit) sur 3 mois, soit 91 jours
GRAND EST	36 565 488	0	36 565 488	309 893	498 409	430 240	37 804 030	140 851		79 167	15 683	37 457	8 123	0	47 327	11 103	-53 672	52 067	38 142 134	107 437	4 193 736	35 542	155 248	82 497	4 467 023	3 635 547	30 811	0	0	3 666 358	0	0	0	46 275 516
NOUVELLE AQUITAINE	38 556 399	0	38 556 399	326 765	260 040	493 215	39 636 419	130 016		0	18 549	39 906	7 410	16 667	57 651	13 244	-50 502	62 109	39 931 468	107 437	2 953 143	25 028	0	41 248	3 019 419	326 306	2 765	990 839	36 564	1 356 474	0	0	0	44 414 798
AUVERGNE RHONE-ALPES	41 432 113	0	41 432 113	351 137	281 709	528 502	42 593 461	216 693		0	17 116	46 188	9 464	0	85 110	11 348	-63 527	53 216	42 969 068	107 437	4 798 861	40 670	0	103 121	4 942 652	1 454 215	12 324	0	365 638	1 832 177	0	0	0	49 743 897
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	17 548 339	0	17 548 339	148 722	195 030	210 698	18 102 789	108 347	28 333	0	8 105	20 607	5 024	0	33 581	5 881	-15 281	27 581	18 324 968	107 437	1 476 574	12 514	0	103 121	1 592 209	1 308 806	11 092	0	36 564	1 356 462	0	0	0	21 273 639
BRETAGNE	14 492 561	0	14 492 561	122 824	86 680	222 464	14 924 529	140 851		0	5 555	19 396	4 287	16 667	40 826	3 571	-40 150	16 747	15 132 278	107 437	1 558 605	13 209	0	51 561	1 623 375	1 090 672	9 243	0	73 128	1 173 043	0	0	0	17 928 695
CENTRE VAL DE LOIRE	14 014 569	0	14 014 569	118 773	281 709	190 060	14 605 111	162 520		0	7 302	14 655	2 457	0	25 659	4 721	-10 101	22 140	14 834 463	107 437	1 527 702	12 947	155 248	0	1 695 898	271 922	2 305	825 699	91 410	1 191 335	0	0	0	17 721 695
CORSE	3 072 313	0	3 072 313	26 038	0	35 197	3 133 548	0		0	2 526	4 438	653	0	2 315	776	-4 175	3 640	3 143 721	107 437	82 032	695	0	0	82 727	0	0	0	0	0	0	0	0	3 226 448
I.E-DE-France	111 480 851	0	111 480 851	944 800	866 799	972 603	114 265 054	433 387	28 333	100 000	30 950	73 928	16 964	0	106 004	26 447	-132 218	124 022	115 072 871	107 437	16 354 672	138 606	465 745	381 548	17 340 571	3 761 854	31 882	1 045 885	585 021	5 424 642	650 196	5 510	655 706	138 601 227
OCCTANIE	46 082 400	0	46 082 400	390 548	346 720	507 756	47 327 424	173 355		0	20 024	41 640	8 600	16 667	89 623	15 150	-48 924	71 045	47 694 603	107 437	3 814 480	32 328	0	226 867	4 073 674	1 454 215	12 324	0	329 074	1 795 613	752 451	6 377	758 828	54 430 156
HAUTS-DE-France	48 907 214	0	48 907 214	414 489	628 430	567 613	50 517 745	162 520		0	19 627	47 038	9 555	0	52 124	14 462	-72 789	67 821	50 818 103	107 437	4 572 877	38 755	434 696	154 682	5 201 009	1 780 521	15 090	990 839	420 484	3 206 933	655 776	5 558	661 334	59 887 379
NORMANDIE	20 109 174	0	20 109 174	170 425	195 030	255 614	20 730 244	108 347	28 333	0	8 072	23 774	5 704	0	29 912	5 846	-49 751	27 414	20 917 895	107 437	2 912 128	24 680	0	0	2 936 808	271 922	2 305	825 699	91 410	1 191 335	0	0	0	25 046 038
PACA	42 882 541	0	42 882 541	363 430	151 689	410 892	43 808 552	108 347	28 333	0	15 247	33 564	6 395	16 667	52 940	11 038	-52 507	51 763	44 080 339	107 437	5 250 039	44 494	0	51 561	5 346 094	1 454 218	12 324	0	329 074	1 795 617	741 590	6 285	747 875	51 969 925
PAYS DE LA LOIRE	18 330 130	0	18 330 130	155 348	108 350	209 225	18 803 054	65 008		0	7 326	18 033	2 468	16 667	50 384	3 947	-10 101	18 510	18 975 295	107 437	2 009 772	17 033	0	82 497	2 109 302	271 922	2 305	825 699	91 410	1 191 335	0	0	0	22 275 932
GUADELOUPE	4 408 828	0	4 408 828	37 365	51 837	42 738	4 540 768	38 877		0	2 665	5 198	733	0	2 451	837	-4 324	3 924	4 591 127	107 437	399 707	3 388	217 348	51 561	672 003	0	0	0	329 074	329 074	0	0	0	5 592 204
MARTINIQUE	5 126 510	0	5 126 510	43 447	51 837	44 253	5 266 047	25 918		0	2 408	5 450	881	0	3 036	664	-10 968	3 114	5 296 550	107 437	286 998	2 432	124 199	41 248	454 878	0	0	0	329 074	329 074	0	0	0	6 080 502
GUYANE	8 577 664	0	8 577 664	72 696	155 511	73 700	8 879 571	155 508	34 000	0	4 813	5 435	638	0	5 619	2 764	-5 127	12 960	9 096 180	107 437	246 096	2 086	0	123 745	371 927	0	0	0	274 229	274 229	0	0	0	9 742 335
OCEAN INDIEN	6 026 435	0	6 026 435	51 074	259 185	68 874	6 405 569	38 877		0	4 032	6 628	645	0	8 438	1 536	-1 154	7 201	6 471 772	107 437	1 230 478	10 428	0	51 561	1 292 467	0	0	0	274 229	274 229	0	0	0	8 038 467
TOTAL	477 613 529	0	477 613 529	4 047 775	4 418 965	5 263 646	491 343 914	2 209 422	147 332	179 167	190 000	443 333	90 000	83 333	673 000	133 333	-625 274	625 274	495 492 835	322 310	53 667 898	454 835	1 552 484	1 546 818	57 222 036	17 082 118	144 771	5 504 660	3 656 380	26 387 929	2 800 014	23 730	2 823 744	582 248 853

ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE RELATIF AU SEVRAGE TABAGIQUE EN CSAPA

Année : **2017**

Nom du CSAPA :

Adresse:

Mél :

Tél. :

File active du CSAPA (toutes addictions) :

Nombre de fumeurs quotidiens dans la file active du Caspa (toutes addictions):

#DIV/0!

Nombre de personnes prises en charge pour un sevrage tabagique au Csapa (toutes addictions)

Nombre d'amorces de traitement d'un mois distribué gratuitement en 2017

Commentaires et observations relatifs au sevrage tabagique en CSAPA :

ANNEXE 3

« Activités de dépistage par TROD » Rapport annuel de l'activité réalisée

N° Département : _____ Région : _____ Année (= N-1) : 20____

<p>Nom et adresse de la structure :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Nom du responsable :</p>	<p>Personne ayant rempli le questionnaire</p> <p>Nom :</p> <p>Fonction</p> <p>Téléphone :</p> <p>Email :</p>
---	--

Consignes :

- Le rapport demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1).
- Ne laisser aucune plage vide.
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle.
- Indiquer « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible ou si la donnée n'existe pas.
- Pour le calcul des équivalent temps plein (ETP) des personnels : ne sont pris en compte que les personnels (salariés ou bénévoles) réalisant des dépistages par TROD, en comptabilisant l'ensemble des activités liés au dépistage (accueil, counselling pré et post-test, acte de dépistage, accompagnement, ...).
- Un ETP correspond à 10 demi-journées de travail par semaine, 0,1 ETP à une demi-journée de travail par semaine ; une demi-journée équivaut à au moins 3 heures et demi de travail. Pour les temps de travail inférieurs à une demi-journée (ou moins de 3 heures et demi) les ETP sont calculés sur la base suivante : 0,025 ETP équivaut à environ 1h de travail par semaine.
- S'assurer que, pour chacune des maladies dépistées, le total (A) (nombre total de TROD réalisés) est bien égal à la somme du total (B) (TROD réalisés dans les structures) et du total (C) (TROD réalisés dans les lieux de vie) : pour le VIH $A1 = B1 + C1$; pour le VHC $A2 = B2 + C2$.
- Pour l'item « *Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD* », il faut considérer un antécédent de dépistage par TROD quelque soit le lieu ou l'année de réalisation de ce dernier (établissements ou services de santé, association, lieu mobile, ...) avant celui réalisé le jour de la venue de la personne dans l'établissement et comptabilisé dans ce rapport d'activités.
- L'item « *Nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques* » correspond aux TROD confirmés par un examen de biologie médicale réalisé par un laboratoire.

PERSONNEL

	Nbre	ETP
Personnel dédié à l'ensemble de l'activité de dépistage en ETP		
➤ dont professionnels de santé.....	[_____]	[_____]
➤ dont non professionnels de santé.....	[_____]	[_____]

ACTIVITE DE DEPISTAGE

	VIH	VHC
Nombre total de TROD réalisés (A1 pour le VIH et A2 pour le VHC)	A1 =[_____]	[_____]= A2
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Hommes.....	[_____]	[_____]
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Femmes.....	[_____]	[_____]

ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTEES

	VIH	VHC
• Nombre de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH ou du VHC au cours de leur vie	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes dont le dernier dépistage date de plus d'1 an	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD	[_____]	[_____]

REPARTITION ET LIEUX DE REALISATION DES TROD

	Nombre de TROD réalisés dans le local de la structure		➤ dont nombre de TROD positifs		Nombre de TROD réalisés au cours d'actions menées dans les lieux de vie ou locaux de partenaires (hors les murs)		➤ dont nombre de TROD positifs	
	VIH	VHC	VIH	VHC	VIH	VHC	VIH	VHC
- chez des Hommes :	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
- chez des Femmes :	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Nombre total des TROD réalisés	B1=[] []=B2		[]	[]	C1=[] []=C2		[]	[]

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATION DES PERSONNES

	VIH	VHC
Nombre de TROD positifs :	[]	[]
➤ dont nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques en laboratoire	[]	[]
➤ dont nombre de faux positifs	[]	[]
➤ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité	[]	[]
➤ dont nombre de personnes pour lesquelles on ne connaît pas le résultat de la confirmation	[]	[]
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de l'infection à VIH ou à VHC dans les 3 mois suivant la date du TROD positif	[]	[]

COMMENTAIRES

Annexe 4 : Programmation pluri annuelle du nombre de place d'ACT

ARS:

Nom et coordonnées de la personne à contacter

Tableau à renvoyer avant le 1 mars 2018 à la DGS: DGS-SP2@sante.gouv.fr

Régions	2017		2018		2019	2020	Commentaires
	Nombre total des places d'ACT installées au 01/01/17	Création de places d'ACT en 2017	Nombre total des places d'ACT installées au 01/01/18	Besoins en places d'ACT	Besoins en places d'ACT	Besoins en places d'ACT	
GRAND EST							
NOUVELLE AQUITAINE							
AUVERGNE RHONE-ALPES							
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE							
BRETAGNE							
CENTRE VAL DE LOIRE							
CORSE							
ILE-DE-France							
OCCITANIE							
HAUTS-DE-France							
NORMANDIE							
PACA							
PAYS DE LA LOIRE							
GUADELOUPE							
MARTINIQUE							
GUYANE							
REUNION - MAYOTTE							

ANNEXE 5 : Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région (colonnes à compléter)

Régions	Nombre total de LHSS financés par région au 31/12/2016	MESURES NOUVELLES LHSS 2017 : nombre de lits en LHSS financés en 2017 sur 3 mois soit 91 jours (sur la base de 113,32 €/jour/lit)	Total Financement LHSS 2017 par région	Nombre de LHSS installés par région au 31/12/2017	Nombre de LHSS non pourvus au 31/12/2017 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)	Explication du différentiel (entre le nombre de LHSS financés et le nombre de LHSS installés) et mesures correctives envisagées	Estimation des besoins de LHSS en 2018	Estimation des besoins de LHSS en 2019	Estimation des besoins de LHSS en 2020	RECAPITULATIF LAM Nombre total de LAM financés par région au 31/12/2016	MESURES NOUVELLES LAM 2017 Nombre de lits en LAM financés en 2017 sur 3 mois soit 91 jours (sur la base de 200,90€ /jour/lit)	Total Financement LAM 2017 par région	Nombre de LAM installés par région au 31/12/2017	Nombre de LAM non pourvus au 31/12/2017 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)	Explication du différentiel (entre le nombre de LAM financés et le nombre de LAM installés) et mesures correctives envisagées	Estimation des besoins de LAM en 2018	Estimation des besoins de LAM en 2019	Estimation des besoins de LAM en 2020
GRAND EST	106	8	114							50	0	50						
NOUVELLE AQUITAINE	72	4	76							18	2	20						
AUVERGNE RHONE-ALPES	117	10	127							20	20	40						
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	36	10	46							18	2	20						
BRETAGNE	38	5	43							15	4	19						
CENTRE VAL DE LOIRE	41	0	41							15	5	20						
CORSE	2	0	2							0	0	0						
ILE-DE-France	410	37	447							66	32	98						
OCCITANIE	93	22	115							20	18	38						
HAUTS-DE-France	122	15	137							38	23	61						
NORMANDIE	71	0	71							15	5	20						
PACA	128	5	133							20	18	38						
PAYS DE LA LOIRE	49	8	57							15	5	20						
GUADELOUPE	15	5	20							0	18	18						
MARTINIQUE	10	4	14							0	18	18						
GUYANE	6	12	18							0	15	15						
REUNION - MAYOTTE	30	5	35							0	15	15						
TOTAL	1346	150	1496							310	200	510						

Annexe 6

Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2017 des LHSS et des LAM

La DGCS a travaillé sur plusieurs critères de priorisation afin de proposer une ventilation du nombre de places (150 LHSS et 200 LAM en 2017) afin de répondre au plus juste aux besoins territoriaux et à une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire national.

Les critères de priorisation pour la ventilation 2017 sont les suivants :

- **La création effective des places financées dans les ONDAM 2015 et 2016 ;**
- **Les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;**
- **La population et le taux de pauvreté des régions ;**
- **La densité des places de CHRS dans les régions ;**
- **La faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;**
- **Le déploiement des LAM dans toutes les régions.**

Seuils	Structures	Sources	Extraits de textes
Nombre de lits par structure	LHSS	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-2. I	« Le nombre de lits d'une structure "lits halte soins santé" ne peut excéder 30 lits. Toutefois, sur décision de l'agence régionale de santé, le nombre de lits peut être porté à un maximum de 50. »
	LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-4. I	« Une structure "lits d'accueil médicalisés" dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits. Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure "lits halte soins santé". »
Procédures : extensions non importantes d'établissements ou appel à projets	LHSS ET LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.313-2 (Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016)	« Le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1, à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection, correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève.»

ANNEXE 7

Calendrier et modalités de retour des rapports d'activité relatifs aux structures « addictologie »

1- Formulaires relatifs à l'activité des CSAPA.

Vous trouverez en annexes n°8 et 9 les formulaires (l'un pour l'ambulatoire, l'autre pour l'hébergement) du rapport concernant les CSAPA pour l'année 2017 (annexe de l'arrêté du 2 avril 2010 fixant les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Ces formulaires n'ont pas été modifiés par rapport à ceux diffusés pour l'activité 2016.

2- Formulaire relatif à l'activité des CAARUD (ASA- CAARUD).

Vous trouverez également en annexe n°10, le formulaire du rapport concernant les CAARUD (annexe à l'arrêté du 29 janvier 2010 fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue) qui devra être utilisé par les structures pour rendre compte de leur activité.

Ce formulaire n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2016.

3- Retour des données : Modalités – Calendrier.

Conformément aux articles R.314-49 et R.314-50 du CASF, les structures doivent vous transmettre les rapports dûment complétés et accompagnés de leur compte administratif au plus tard le 30 avril qui suit l'année de l'exercice (soit 30 avril 2018 pour le rapport sur l'activité de l'année 2017).

Il vous appartient alors de vérifier que :

- la totalité des items est renseignée notamment la dotation de l'assurance maladie, le nombre d'ETP et leur structuration. Vous veillerez particulièrement à l'exhaustivité des rapports des CSAPA avec hébergement ;
- les questions 14 du rapport CAARUD relatif au dépistage des hépatites B&C et à la vaccination hépatite B sont renseignées ;
- les données recueillies sont cohérentes.

Compte tenu de l'informatisation complète des rapports qui permet d'éviter la phase de saisie des données et de procéder ainsi plus rapidement à leur analyse, il vous est demandé de retourner ces documents à la DGS / bureau SP3, exclusivement **sous format Excel** aux adresses suivantes: malisa.rattanatray@sante.gouv.fr et dgs-sp3@sante.gouv.fr, pour le 31 mai 2018.

Il est rappelé la nécessité de respecter ce délai pour que les rapports puissent être analysés dans un délai raisonnable et que leur synthèse ne prenne pas de retard.

Ces remontées sont importantes pour pouvoir dresser un état des lieux ; des analyses régionales pourront être réalisées en vue de l'élaboration des projets régionaux de santé

Enfin, il est rappelé que les données de ces rapports d'activité pourront également être utilisées pour la répartition des mesures nouvelles ; leur absence est donc susceptible d'affecter l'enveloppe régionale attribuée chaque année.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
SOUS-DIRECTION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS ET DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPÉCIALISÉ DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITÉ DES STRUCTURES AMBULATOIRES

ANNÉE 2017

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).

Ce rapport concerne l'activité ambulatoire et les patients concernés des structures telles que définies par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA). Un rapport devra être complété pour chaque structure autorisée.

[Cliquer Ici](#)

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :
Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal Commune

Téléphone Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal Commune

Téléphone Télécopie

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

Adresse électronique

II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE AMBULATOIRE PENDANT L'ANNEE

(y compris ceux vus dans le cadre des consultations pour jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

8. Nombre de personnes reçues dans le CSAPA

	Patient ^{3 4}	Personnes de l'entourage ^{3 5}
Nombre de personnes vues au moins une fois	200	
dont nombre de patients vus une seule fois		
dont nombre de nouveaux patients ⁵		

³ Il s'agit de tout contact en face à face dans le cadre d'une consultation. Les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire, etc...)

⁴ Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives (ou addictions sans substances) qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

⁵ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

⁶ Les nouveaux patients correspondent aux patients qui n'ont jamais été vus par la structure. Ainsi un patient dont le suivi a été interrompu ne doit pas être considéré comme un nouveau patient.

-----Parmi les patients vus au moins une fois au cours de l'année-----

Pour les patients suivis sans interruption, prendre en compte la dernière situation connue⁷ ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi⁸, prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact⁹

Toutes les données suivantes de la partie II reposent sur des réponses exclusives ; un patient ne peut donc être pris en compte que pour une seule modalité de réponse (à l'exception toutefois de la question 10, une même personne pouvant être recensée comme moins de 20 ans et comme moins de 18 ans).

⁷ les centres veilleront à ce que les informations sur les patients soient actualisées au moins une fois par an.

⁸ le suivi est considéré comme interrompu en cas d'absence de contact pendant six mois consécutifs, sauf situation particulière (par ex. rendez vous programmé dans plus de six mois)

⁹ ces choix, toujours un peu arbitraires, de date de situation à prendre en compte sont liés au souhait de compatibilité avec RECAP et les standards européens (situation au moment du contact pour les nouveaux patients) et de prise en compte de la situation la plus récente pour les patients déjà suivis.

9. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

10. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		0,0
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0
--------------------------------------	-----	-------

11. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département		0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)		0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	200	0,0
--------------------------------------	-----	-----

12. Logement

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Durable ¹⁰		0,0
Provisoire (ou précaire)		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0
--------------------------------------	-----	-------

¹⁰ Le logement sera considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

13. Origine principale des ressources

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0

ANNEXE 8

Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0
--------------------------------------	-----	-------

14. Origine de la demande de consultation

%

Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

15. Répartition des patients suivant les produits consommés¹¹ ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	200	100,0

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse		100,0
	200	

¹¹ Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge ¹²

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits à l'origine de la prise en charge	0	0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse		100,0
	200	

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

¹² Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 renseigné à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

	%
en abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	0,0
en usage simple	0,0
en usage à risque ou en usage nocif ¹³	0,0
en dépendance ¹³	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0
ne sait pas ¹⁴	0,0

Nombre et % de patients sans réponse 200 100,0

¹³ en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

¹⁴ les patients dont l'usage date de plus de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse¹⁵

	%
utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	0,0
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0,0

Nombre et % de patients sans réponse 200 100,0

¹⁵ quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

20. Vaccinations et dépistage¹⁶

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

¹⁶ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients
 sous traitement quel que soit le prescripteur
 pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre
 pour lesquels le traitement a été initié par le centre
 pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients (quel que soit le prescripteur):
 pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre
 pour lesquels la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville
 pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du

(nom du traitement)

(nbre patients)

(nom du traitement)

(nbre patients)

III. L'ACTIVITE

(y compris celle réalisée dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

22. Nombre de consultations avec les patients ¹⁷

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance de TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

Nombre d'actes/ de visites	Nombre de patients

Parmi les consultations, nombre de visites à domicile

Nombre d'actes d'accompagnements de patients pour démarche extérieure

¹⁷ un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations ¹⁸ avec les personnes de l'entourage

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage ¹⁹
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹⁸ un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

¹⁹ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

24. Activités de groupe thérapeutique²⁰

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées ²¹
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

²⁰ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

²¹ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Sevrages²²

Sevrages initiés lors de l'année

(dans le centre ou avec accompagnement du centre)

 dont sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre

 dont sevrages initiés assurés par l'hôpital et suivi par le centre

Nombre de sevrages	Nombre de patients

²² On entend par sevrage toute tentative d'arrêt protocolisé de tout produit (substances psychoactives et traitements de substitution compris)

26. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)

Nombre de seringues à l'unité de 1cc

Nombre de seringues à l'unité de 2cc

Nombre de seringues usagées récupérées²³

Nombre de jetons

Nombre de brochures sur l'alcool

sur le tabac

sur les drogues illicites

Nombre de préservatifs

Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerström...)

²³ 1 litre= 56 seringues

27. Les activités de prévention et de formation collective ²⁴

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

²⁴ Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions en face à face (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport (y compris celles réalisées dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)

28. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

*se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport
(y compris celle des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)*

29. Les membres de l'équipe

			Salariés ²⁵ (en nombre d'ETP) ²⁷	Mis à disposition ²⁶ (en nombre d'ETP) ²⁷	Total (en nombre d'ETP) ²⁷
Médecin					0
Psychiatre					0
Autre médecin spécialiste	précisez:				0
Psychologue					0
Infirmier					0
Aide-soignant					0
Autre paramédical					0
Assistant de service social					0
Educateur spécialisé					0
Animateur / Moniteur					0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction					0
Secrétaire / comptable/ agent administratif					0
Documentaliste					0
Agent d'entretien					0
Autres, précisez:					0
Autres, précisez:					0
Autres, précisez:					0
TOTAL GENERAL			0	0	0
Bénévoles et volontaires					
Emplois aidés					
Stagiaires					

²⁵ salariés de la structure

²⁶ salariés mis à disposition par d'autres structures

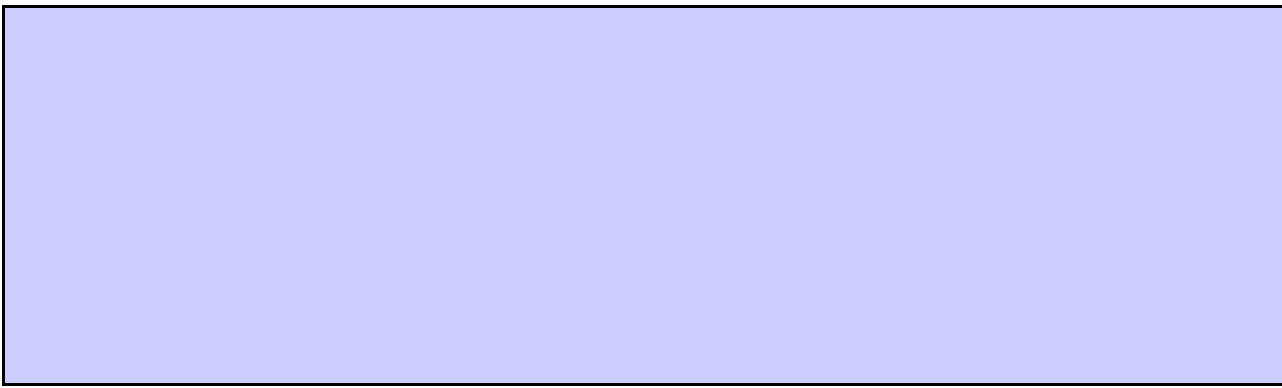
²⁷ un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

30. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017



Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs¹

Cette annexe décrit l'activité de la consultation jeunes consommateurs défini par le cahier des charges joint en annexe n°4 de la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA et aux schémas régionaux d'addictologie

¹ La consultation jeunes consommateurs est une consultation pour les jeunes qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire. A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

LA FILE ACTIVE

1. Nombre de personnes reçues dans la consultation ²
(au moins un contact en face à face)
dont nombre reçus seuls (entourage seul ou consommateurs seuls)

Entourage Consommateurs

--	--

--	--

² personnes vues dans les locaux de la consultation

2. Critère d'inclusion dans la file active des jeunes consommateurs
liste à choix

--

âge inférieur à :

Si le critère est 1_Age limite, indiquez cet âge

	ans
--	-----

Si le critère est 2_Autre critère, précisez svp :

--

LES ACTES

3. Nombre total d'entretiens individuels avec le consommateur
(avec ou sans présence de membre(s) de l'entourage)

--

4. Nombre total d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage
en l'absence du consommateur

--

5. Nombre total de séances de groupe ⁴ organisées pour des consommateurs

--

⁴ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet

6. Nombre total de séances de groupe ⁵ organisées pour l'entourage
(sans consommateurs)

--

⁵ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

LES PRODUITS

7. Répartition des patients suivant les produits consommés/addictions les plus dommageables

	Produit N°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0
---------------------------------------	---	-----

	Produit N°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 2	0	0,0
Pas de produit n°2		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0
---------------------------------------	---	-----

L'EQUIPE

8. Membres de l'équipe de la consultation jeunes consommateurs

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

HEURES D'OUVERTURE

9. Nombre d'heures hebdomadaires d'ouverture de la consultation

ORIENTATIONS

10. Nombre de consommateurs orientés vers :

%

CSAPA		0,0
CMP/CMPP		0,0
Hospitalisation		0,0
Médecin de ville psychiatre		0,0
Médecin de ville généraliste		0,0
Psychologue ⁶		0,0
Point écoute		0,0
Service social		0,0
Autre		0,0
Libellé Autre		
Sans orientation ⁷		0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		

Nombre et % de patients sans réponse

⁶ hors CSAPA/CMP/CMPP

⁷ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Annexe : rapport d'activité spécifique sur l'intervention en milieu carcéral

Cette annexe doit être remplie pour toute l'activité carcérale du CSAPA que le centre intervienne dans un ou plusieurs établissements pénitentiaire(s)¹

¹ Pour les CSAPA en milieu pénitentiaire, seuls les items 3, 15 et 16 de cette annexe devront être remplis en plus du rapport global

1. Etablissement(s) pénitentiaire(s) où intervient le CSAPA

Nombre d'établissements pénitentiaires où intervient le CSAPA

Indiquer la ville de chaque établissement pénitentiaire concerné

2. Nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire

--

3. Nombre de personnes pour lesquelles la consultation du CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie en addictologie

--

4. Sexe des patients

%

Nombre d'hommes	0	0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

5. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		0,0
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

6. Origine de la demande de consultation

%

Initiative du patient ou des proches		0,0
UCSA		0,0
SMPR		0,0
SPIP		0,0
Surveillants		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

7. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge ²

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée)	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres	0,0
	Total produits à l'origine de la prise en charge	0
	Non renseigné	
	Total (=100% de la file active)	0

Nombre et % de patients sans réponse

0

² Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

8. Voie Intraveineuse³

Nombre de patients ayant :

%

utilisé la voie intraveineuse		0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

Nombre et % de patients sans réponse

0

³ quel que soit le produit injecté

9. Vaccinations et dépistage ⁴

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination	
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	
--	--

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	
---	--

⁴ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le CSAPA ou à l'extérieur

10. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Indiquez le nombre de patients		Méthadone	BHD
pour lesquels le traitement a été initié en détention			
pour lesquels le traitement a été poursuivi en détention			

11. Nombre de consultations avec les patients ⁵

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

⁵ un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

12. Activités de groupe thérapeutique ⁶

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées ⁷
Groupe de paroles			

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2017

Groupe d'informations (éducation pour la santé,			
Ateliers d'activité artistique et d'expression			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

⁶ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un
⁷ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

13. Membres de l'équipe intervenant en prison

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

14. Nombre d'heures mensuelles d'intervention en prison

15. Nombre de sortants de prison dans l'année parmi les personnes vues en établissement pénitentiaire

16. Orientation à la sortie

Parmi les sortants, nombre de patients orientés vers:

%

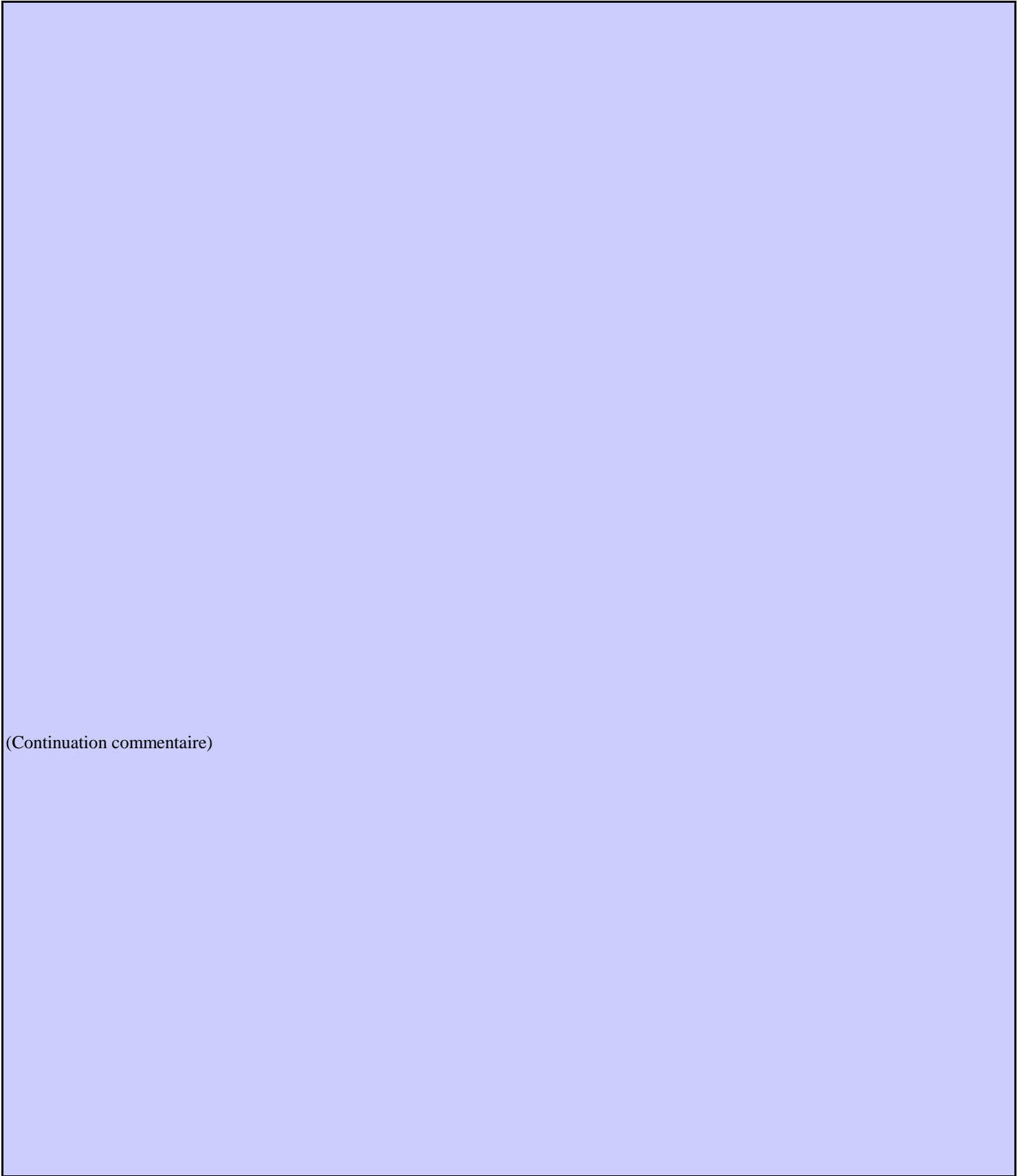
CSAPA intervenant en prison		0,0
autre CSAPA ambulatoire		0,0
CSA avec hébergement		0,0
Etablissement sanitaire (hospitalisation, SSR)		0,0
Médecin de ville		0,0
Autre		0,0
Libellé Autre		
Sans orientation ⁸		0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		

Nombre et % de patients sans réponse

N'indiquer qu'une seule orientation par patient

⁸ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Commentaires sur l'ensemble du rapport



(Continuation commentaire)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DES POPULATIONS ET DE LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DE LA PREVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT

ANNEE 2017

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).

Ce rapport concerne l'activité hébergement des CSAPA définie par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA)

Un rapport devra être complété pour chaque type d'activité hébergement (voir liste question n°3), dès lors qu'un minimum de 10 patients ont été accueillis dans un type d'hébergement. Pour moins de 10 patients, a minima les items 1 à 12, 26 puis de 28 à 31 devront être remplis.

Cliquer Ici

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

3. Type de structure (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)

1 communauté thérapeutique autorisée à titre expérimental dans le cadre de la circulaire du 24/10/06

4. Forme juridique du CSAPA (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

5. Statut du personnel (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Autres statuts (préciser)

6. Partenariat

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?

Si oui combien y a-t-il de conventions signées?

Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)

Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice

II. PATIENTS VUS ET HEBERGES PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE

7. Nombre de personnes vues par l'équipe²

² il peut s'agir des personnes hébergées, de personnes sollicitant un hébergement, de l'entourage... Elles peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, étab. pénitent...). Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

8. Nombre de patients hébergés³

³ est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

-----**Parmi les patients hébergés**-----
(situation au moment de l'admission)

9. Sexe des patients

%

Nombre d'hommes	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Nombre de femmes	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Total (hors Ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>

Nombre et % de patients sans réponse

10. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
dont moins de 18 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
entre 20 et 24 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
entre 25 et 29 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
entre 30 et 39 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
entre 40 et 49 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
entre 50 et 59 ans	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
60 ans et plus	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Total (Hors ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>

Nombre et % de patients sans réponse

11. Origine géographique

Renseigner par rapport au domicile ou à la domiciliation

Nombre de patients originaires du département	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Nombre de patients en provenance d'autres rég.	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Total (hors Ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>

Nombre et % de patients sans réponse

12. Logement

Dernière situation avant l'entrée dans la structure

		%
Durable ⁴		0,0
Provisoire (ou précaire) ⁵		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

⁴ Le logement sera considéré comme durable si la personne pouvait raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution était prévu.

⁵ Les personnes sortantes de prison doivent être renseignées à logement provisoire ou précaire.

13. Origine principale des ressources

Ressource principale avant l'entrée dans la structure

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

14. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

15. Répartition des patients suivant les produits consommés⁶ ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

⁶ Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge⁷

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée)	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres (dont autres produits)	0,0
	Total produits et addictions	0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

⁷ Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
	En abstinence, au moins les 30 derniers jours	0,0
	En usage	0,0
	En usage à risque ou en usage nocif ⁸	0,0
	En dépendance ⁸	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas ⁹	0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

⁸ en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

⁹ les patients dont l'usage date de moins de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse¹⁰

Nombre de patients ayant :

		%
	Utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	0,0
	Utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	0,0
	Jamais utilisé la voie intraveineuse	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas (ou non renseigné)	0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

¹⁰ quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès
Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

20. Vaccinations et dépistage¹¹

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

⁹ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients, au cours de l'année,
sous traitement quel que soit le prescripteur
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre
pour lesquels le traitement a été initié par le centre
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients:
pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre
pour lesquels la dispensation a lieu en pharmacie de ville
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du traitement et

(nom du traitement) (nbre patients)
(nom du traitement) (nbre patients)

III. L'ACTIVITE

22. Nombre de consultations avec les patients ¹²

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance des TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹² un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage ¹³

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage ¹⁴
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹³ un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

¹⁴ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

24. Activités de groupe thérapeutique ¹⁵

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de patients concernés ¹⁶
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

¹⁵ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

¹⁶ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)	
Nombre de seringues à l'unité de 1cc	
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	
Nombre de seringues usagées récupérées ¹⁷	
Nombre de jetons	
Nombre de brochures sur l'alcool	
sur le tabac	
sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs	
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerstöm...)	

¹⁷ 1 litre= 56 seringues

26. Durée de séjour

Nombre total des journées d'hébergement réalisées (ou de nuits pour les nuits d'hotel) (N)	
Durée moyenne d'hébergement en jours (si différent du chiffre calculé automatiquement) (N / nombre de personnes hébergées dans l'année)	

27. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	
---	--

28. Nombre de résidents sortis entre le 1er janvier et le 31 décembre

--

29. Répartition de la durée d'hébergement des sortants dans l'année

%

Au plus un mois	
De 1 à moins de 3 mois	
De 3 à moins de 6 mois	
De 6 mois à un an	
Plus de un an	

Total	0
-------	---

Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0
--	---	-----

30. Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées et ont abouti afin de trouver:

	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées ¹⁸	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont abouti ¹⁹
un autre hébergement		
un emploi		
une formation professionnelle		
maintien et accès aux droits		

¹⁸ constitue une démarche engagée, un rendez-vous avec un employeur avec un bailleur...

¹⁹ constitue une démarche aboutie un logement obtenu, l'accès à un emploi, à une formation...

31 Motifs de sortie du résident :

%

Contrat thérapeutique mené à terme		
Réorientation vers une struct. médico-sociale plus adaptée, précisez:		
Exclusion par le centre de soins		
Hospitalisation durable		
Rupture à l'initiative du résident		
Décès		
Autres, précisez:		
Total	0	
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0

32. Descriptif qualitatif de l'activité du centre

Modalités de prise en charge et activités thérapeutiques ou spécifiques proposées par le centre aux résidents.

33. Les activités de prévention et de formation collective ²⁰

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

²⁰ Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

34. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

35. Les membres de l'équipe

	Salariés ²¹ (en nombre d'ETP) ²²	Mis à disposition ²³ (en nombre d'ETP) ²²	Total (en nombre d'ETP) ²²
Médecin			0
Psychiatre			0
Autre médecin spécialiste (précisez)			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Aide-soignant			0
Autre paramédical			0
Assistant de service social			0
Educateur spécialisé			0
Animateur / Moniteur			0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction			0
Secrétaire / comptable/ agent administratif			0
Documentaliste			0
Agent d'entretien			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
TOTAL GENERAL	0	0	0
Bénévoles et volontaires			
Emplois aidés			
Stagiaires			

²¹ salariés de la structure

²² un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

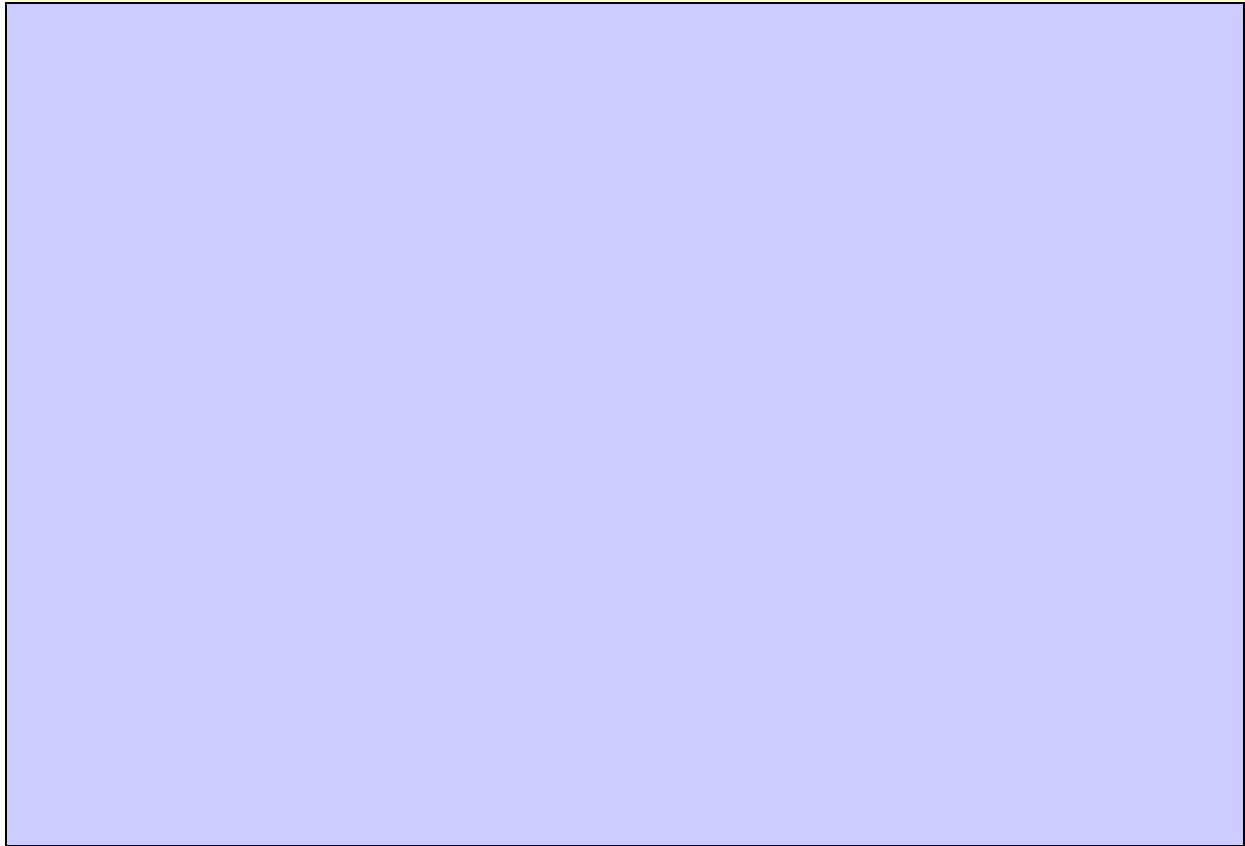
²³ salariés mis à disposition par d'autres structures

36. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

Commentaires sur l'ensemble du rapport





Ministère des affaires sociales et de la santé
Direction générale de la santé
Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la prévention des addictions

ASA-CAARUD Rapport d'Activité Standardisé Annuel

ANNEE 2017

Décret n°1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD

Décret n°347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues

1. LA STRUCTURE

1. Coordonnées de la structure

Nom du CAARUD :

Date d'autorisation :

Adresse

Code postal Commune

Téléphone Fax

Adresse électronique

Site internet

Notes : Si le CAARUD a été autorisé dans l'année qui fait l'objet du présent rapport, celui-ci doit être renseigné à compter de la date d'autorisation.

2. BUDGET (à partir du compte administratif)

(format ex: 100 000€)

	Recettes	Charges
Budget du CAARUD		
Dotation ONDAM		

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2017

3. MEMBRES DE L'EQUIPE

Notes : Les volumes horaires sont exprimés en Equivalent Temps Plein (ETP), pour tous les emplois qu'ils soient salariés (liés par un contrat de travail avec le CAARUD) ou bénévoles pour l'année civile complète. Si un emploi prévu au budget n'est pas pourvu, il ne doit pas figurer dans les effectifs. Indiquez uniquement les personnes en poste pendant la période couverte par ce rapport).

- Personnel salarié : toute personne touchant une rémunération (salaire ou vacation) quelle qu'en soit la durée.
- Equivalent temps plein : Le calcul doit se faire sur la base du nombre de mois travaillés. Ainsi un salarié à temps plein ayant travaillé les 12 mois de l'année = 1 ETP ; un salarié à temps plein ayant travaillé 6 mois = 0,5 ETP et celui qui n'a travaillé qu'un seul mois = 0,08 ETP (1/12).
- Pour les salariés à mi-temps, ils comptent pour 0,5 ETP s'ils ont travaillé 12 mois, et 0,25 ETP pour 6 mois...
- Bénévoles/volontaires : toute personne ne touchant ni salaire ni vacations

Personnel salarié (Nombre ETP format ex : 0,5)		Bénévoles/volontaires (Nombre ETP format ex :0,5)
	Directeur/coordonateur/chef de service	
	Secrétariat et personnel administratif	
	Personnel logistique (entretien...)	
	Médecin	
	Infirmier	
	Psychologue	
	Educateur	
	Animateur	
	Assistant social	
	Personne relai issue de la communauté UD	
	Stagiaire	
	Autre personnel 1 (précisez) :	
	Autre personnel 2 (précisez) :	
	Autre personnel 3 (précisez) :	
0,0	Totaux	0,0

4. MODALITES ET LIEUX D'INTERVENTION

Notes : Un CAARUD peut pratiquer une ou plusieurs des 3 modalités d'intervention suivantes :

* **Lieux d'accueil :** les activités s'exercent dans un **local** principal et/ou antenne(s) ou dans une **unité mobile** (camion, bus, minibus qui se déplace ou non d'un lieu à un autre dans la même journée/soirée ou la même semaine.

* **Activités extérieures :** **Intervention de rue** (équipe/travail de rue où les activités s'exercent « à pied ») ; intervention sur des lieux de **squat** ; **permanences** (accueil "décentralisé" au sein d'une autre institution) ; visites/ateliers sur des **lieux de détention** ; travail collaboratif avec des **pharmacies** (échanges de seringues et/ou automates).

* **Activités en milieu festif :** les activités s'exercent sur les lieux de déroulement des événements festifs.

« Lieux d'accueil » du CAARUD

Local principal et antennes

Unité mobile (bus, camion...)

Interventions extérieures

Interventions de rue Intervention en prison

Interventions en squat PES en pharmacie

Permanences (universités, CHRS...)

Activités en milieu festif

Interventions régulières (boite, discothèques...)

Evénements ponctuels (technivals, festivals, concerts...)

5. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, SERVICES PROPOSES

Espace d'accueil et de repos

Espace laverie

Mise à disposition de boissons/nourriture

Espace sanitaire (douches...)

Mise à disposition téléphone/internet

Casiers, consignes pour effets personnels

Autre 1 :

Autre 2 :

6. PERIODES DE FONCTIONNEMENT

Accueil des usagers ou présence sur les lieux d'intervention (jours, soirs et week-end)

Notes : Du lundi au vendredi il s'agit de comptabiliser le nombre de jours et de soirées/nuits d'ouverture aux usagers de la structure par **semaine** et pour le WE du nombre de jours ou de soirées/nuits **annuels** de fonctionnement. *Exemple* : Si un CAARUD dispose de plusieurs modalités d'intervention (local, unité mobile, équipes intervenants à l'extérieures) additionnez les journées : exemple : un CAARUD dispose de 2 locaux ouverts toute la journée 5 jours par semaine + une unité mobile intervenant 3 soirées par semaine et chaque samedi + une équipe de rue intervenant 3 après midi par semaine :

- Lieu fixe-local : 5+5=10 journées par semaine
- Lieu fixe-unité mobile = 3 soirées/nuits par semaine + 52 samedis et/ou dimanches par an.
- Activité extérieures = 3 x 0,5= 1,5 jours par semaine

	Lundi au vendredi		Samedi et/ou dimanche	
	Nombre de jours hebdomadaires d'ouverture (de 8h à 20h)	Nb de soirée et/ou nuits hebdomadaires d'ouverture (après 20h00)	Nb de jours annuels d'ouverture	Nb de soirées et/ou nuits annuelles d'ouverture (après 20h00)
Lieu d'accueil, local principal et antennes				
Lieu d'accueil - unité mobile				
Interventions extérieures (rue, squat, prison, permanences...)				
			Nb de sorties annuelles	
Activités en milieu festif : Indiquez le nb de "sorties" annuelles (un événement = une sortie)				

7. ESTIMATION ANNUELLE DES FILES ACTIVES ET PASSAGES/CONTACTS

Les trois grandes modalités d'intervention ont été distinguées afin de refléter au mieux les spécificités d'interventions et les publics. Pour chaque type d'intervention il est demandé de distinguer :

* **la file active annuelle** : ensemble des usagers vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe ; un usager ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans une année. Cet indicateur renseigne sur la taille de la population suivie. Il peut y avoir des doubles compte entre les files actives des différentes modalités d'intervention (ex : intervention squat et équipe de rue), mais cela devrait être minoritaire.

* **Le nombre de contacts annuels** : cet indicateur renseigne sur la fréquence des rencontres. Il s'agit d'estimer le nombre de contacts et non la file active Exemple 1 : monsieur X est vu au cours de l'année 10 fois au sein du local et 10 fois lors des interventions de rue (= 20 contacts ET 1 file active). Exemple 2: Dans le cadre d'une intervention d'une équipe de rue, la rencontre avec un groupe de 10 personnes, doit donner lieu à la comptabilisation de 10 contacts, même si le dialogue et/ou la remise de matériel de RDR n'ont pas eu lieu avec chacun des membres du groupe.

Concernant les activités en milieu festif, distinguez :

* **Les passages** : estimation du nombre de personnes qui sont passées au stand, chill-out... pendant l'événement festif

* **Les interventions/entretiens** : estimation du nombre de personnes avec lesquelles les intervenants ont initié ou développé une intervention individuelle ou pour un groupe (conseil, discussion, accompagnement...)

« Lieux d'accueil » du CAARUD

Local principal et antennes	File active	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/contacts
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	↓		
	dont femmes :	<input type="text"/>	
Unité mobile (bus, camion...)	File active	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/contacts
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	↓		
	dont femmes :	<input type="text"/>	

Interventions extérieures

Interventions de rue	File active	Nombre de contacts
	<input type="text"/>	
Interventions en squat	File active	Nombre de contacts
	<input type="text"/>	
Interventions en prison	File active	Nombre de contacts
	<input type="text"/>	
Permanences	File active	Nombre de contacts
	<input type="text"/>	

Activités en milieu festif

Nombre de passages Nombre d'interventions/entretiens

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2017

8. PRODUITS (%)

Notes: Indiquez le **pourcentage** au sein de la file active (local principal et antennes, unité mobile, interventions extérieures et milieu festif) des produits consommés par les personnes rencontrées.

Les personnes accueillies dans les CAARUD sont nombreuses à consommer plusieurs produits au cours d'une même année (polyusagers). Il vous est demandé ici d'évaluer pour chaque personne de vos files actives le produit (ou les deux produits) dominant ; c'est-à-dire le produit qui occupe une place prépondérante dans la vie de la personne. Ce produit constituant dans la plupart des cas "celui qui pose le plus de problèmes à l'usager". La typologie ci-dessous reprend les termes de l'enquête OFDT Ena-CARRUD (réalisée tous les deux ans) ; cette enquête permet quant à elle, de renseigner tous les produits consommés récemment (au cours du dernier mois) ainsi que leurs modalités d'usage.

Pour le milieu festif, il est demandé de tenir compte seulement des consommations des personnes vues en entretiens.

Héroïne	Buprénorphine, subutex	Méthadone	Moscantin-Sknénan	Cocaïne ou free base	Crack	Amphétamines	MDMA, ecstasy

Kétamine	Plantes hallucinogènes(1)	LSD, acides	Benzo (2)	Cannabis	Alcool	Autre 1 lequel	Autre 2 lequel

(1) Champignons, Datura, Salvia divinorium, DMT/ayahuasca

(2) Rivotril, Rohypnol, Vallium, Tranxene, Temesta, etc

9. MODALITES DE REALISATIONS DES ACTES

Note : Il s'agit des différentes modalités et méthodes d'intervention menées par les membres de l'équipe du CAARUD quel que soit leur statut (salarié ou bénévole/volontaire) et quelle que soit la fréquence d'utilisation de cette méthodologie d'intervention. En revanche ne pas répondre par oui lorsque que cette modalité d'intervention est tout à fait exceptionnelle dans l'activité traditionnelle du CAARUD et quelle ne sera jamais répétée.

Entretiens individuels	<input type="text"/>	Visites (domicile, hôpital...)	<input type="text"/>
Ateliers/sessions d'échanges collectives	<input type="text"/>	Orientation de la personne	<input type="text"/>
Groupes d'entraide/auto support/communautaire	<input type="text"/>	Accompagnement physique	<input type="text"/>
Autre 1 - Précisez :	<input type="text"/>	Autre 2 - Précisez :	<input type="text"/>

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2017

10. ACTES REALISES

Notes : Il s'agit de décrire la nature des interventions menées par le CAARUD. Ces interventions sont caractérisées en actes. On entend par « acte » toute action accomplie par un membre de l'équipe, dans le cadre de ses activités, sur place ou sur les lieux d'intervention de l'équipe, pour soutenir, orienter ou accompagner un usager de drogues ayant un contact avec le CAARUD. Un même acte (exemple recherche d'un logement de moyen séjour) peut varier considérablement d'une personne à l'autre en termes de temps consacré et de difficulté. De plus, certains des actes énumérés ci-dessous, peuvent en fonction des situations, avoir ou non une « issue positive ». Quelques exemple d'actes pouvant être comptabilisés comme un acte : un entretien, un remplissage de dossier, un accompagnement au CDAG, un appel téléphonique...

Méthode suggérée pour comptabiliser les actes : Pour faciliter la comptabilisation des actes réalisés, il est conseillé d'utiliser des fiches (journalières, hebdomadaires ou mensuelles) adaptées à ce rapport d'activité et à vos pratiques professionnelles. Ensuite, chaque fois qu'un membre de l'équipe réalise un acte, il coche la case correspondante. Les fiches peuvent être individuelles (c'est-à-dire avoir une fiche par salarié dont on fait le total à la fin de la semaine ou du mois) ou collective. Il s'agit alors d'un exemplaire déposé dans un lieu central permettant aux membres de l'équipe de noter les actes réalisés.

Typologie des actes		Nombre d'actes annuel
Accueil/refuge/lien social		
Réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité (modes de consommation, récupération de matériel, risques infectieux et sanitaires...)		
Hygiène (nutrition, douches, machine à laver...)		
Soins	Infirmiers	
	Médecine générale (hors substitution)	
	Accès à la substitution aux opiacés	
	Suivi psychologique/psychiatrique	
	Traitement hépatite B	
	Traitement hépatite C	
	Traitement sida	
	Dentaire	
Autre, Précisez la discipline :		
Dépistage et vaccination (VIH, IST, hépatites...)		
Démarches d'accès aux droits (sociaux, santé, administratif, justice...) ou de maintien		
Logement	Court séjour inférieur à 3 mois (urgence ou transition - collectif (foyers) ou individuel (hôtel))	
	Moyen séjour et long séjour (appartements thérapeutiques, CTR, communauté thérapeutique, familles d'accueil...)	
	Logement personnel, logement autonome de droit commun	
	Actions/activités/interventions de maintien dans le logement	
Formation et emploi	Accès et recherche de formation	
	Accès et recherche d'emploi	
	Actions/activités/interventions de maintien dans l'emploi et la formation	

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2017

11. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

Notes : Le calcul du nombre des matériels de prévention, (Seringues ; Kit injection, Préservatifs hommes, Préservatifs femmes, Brochures et matériels d'information, Container de récupération de seringues et Jetons...), mis à disposition des usagers peut se faire à travers une gestion des stocks de ces matériels (il n'est ainsi pas nécessaire de comptabiliser les nombres de matériels délivrés à chaque usager. Suggestion :

Total du nombre d'unités acquises (achetées ou obtenues) – le nombre des unités restant non distribuées au 31 décembre = nombre des unités distribuées

Récupération des seringues usagées :

Pour calculer le nombre de seringues utilisées récupérées, la méthode suivante peut être utilisée :

Etape 1 : Remplir au fur et à mesure des containers de 1 litre (ce container contient approximativement 55 seringues) ;

Etape 2 : multiplier, à la fin de l'année, le nombre de containers utilisés au cours de l'année par 55.

Pour le cas des containers ayant des dimensions différentes, il faut faire des estimations sur la base équivalent 1 litre (container 0,50 litre = 27 seringues ; 2 litre = 110 seringues etc...

	Matériel		Nombre		Matériel		Nombre
Trousse d'injection délivrées par automates	Kits +			Filtres stériles	Stérifilt®		
	Steribox®				Autre		
	KAP				Stéricup®		
Trousse d'injections délivrées par les équipes du CAARUD	Kits +			Cupules stériles de chauffe et de dilution	Autre		
	Steribox®				Eau PPI (fiolo plastique de 5 ml)		
	KAP				Tampons alcoolisés		
Jetons distribués							
Seringues distribuées à l'unité par les équipes (hors kits)	1 cc			Matériel de sniff	"Roule ta paille"		
	2 cc				Sérum physiologique		
	autre contenance précisez:				Autre		
Préservatifs et gels	Masculins			Matériel pour fumer le crack	Doseur		
	Féminins				Embouts		
	Gels lubrifiants				Autre, précisez:		
Ethylotests				Brochures et matériels d'information			

PES en pharmacie

	Nombre		Nombre
Pharmacies partenaires		Jetons	
Kits livrés aux pharmaciens	Kits +	Flyers	
	Steribox®	Autre, précisez:	

Récupération de matériels usagés

Nombre de seringues usagées récupérées (1 litre = 55 seringues approximativement)		Récupérateurs de seringues mis à disposition (équivalent 1 litre)	
---	--	---	--

12. MEDIATION SOCIALE

Indiquez si vous avez assuré des actions de médiations en vue d'assurer une bonne intégration dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues

Avec : Autorités locales (communes, services sanitaires et sociaux)

Avec réseaux de soin (médecins, pharmaciens...)

Avec la police

Avec les riverains

Autre 1 - Précisez :

Autre 2 - Précisez :

13. Indiquez le cas échéant des activités menées par votre structure financées dans le cadre du CAARUD et non décrites dans ce rapport

--

14. QUESTIONNAIRE RELATIF AU SUIVI DE LA MESURE DU PLAN NATIONAL CONTRE LES HÉPATITES B ET C 2009-2012 VISANT À INCITER LES USAGERS DE DROGUE AU DÉPISTAGE ET À LA VACCINATION

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B dans l'année :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié d'un seul dépistage gratuit de l'hépatite C dans l'année :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié de dépistages répétés gratuits de l'hépatite C (plus de 1 dans l'année) :

Nombre d'**usagers** ayant débuté une vaccination anti-VHB :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié du schéma vaccinal complet anti-VHB :

15. PARTICIPATION AU DISPOSITIF DE VEILLE A LA RECHERCHE, A LA PREVENTION ET A LA FORMATION SUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES DES USAGERS.

Conformément à l'article R5121-55 2 les CAARUD participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Par votre contact direct avec les usagers de drogues, vous constituez des observateurs privilégiés des changements intervenant en matière de drogues. À ce titre, le décret CAARUD vous investit d'une mission de veille. Croisée avec d'autres sources d'information, cette veille doit contribuer à orienter et à concevoir les réponses des pouvoirs publics à l'échelle locale, régionale et nationale, en matière de prise en charge, d'offre de soin et de prévention destinées à cette population.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté, parmi les personnes fréquentant votre structure, des phénomènes marquants ou des évolutions notables (expliquer pourquoi et comment ces changements sont intervenus). En l'absence d'éléments explicatifs, vous pouvez faire des hypothèses :

1. Les produits : décrire la forme (poudre, liquide, comprimés spray, etc.), la couleur, le conditionnement (paquet en papier, boulette, paquet en plastique, etc.); citer les différentes appellations et le contenu supposé ; la disponibilité (présence globale du produit dans un espace géographique donné) ; prix de vente généralement observé...

--

2. Profil de consommateurs ou changement notable dans le profil des usagers rencontrés : Par nouveau profil, il faut entendre un groupe plus ou moins homogène au moins sur un aspect : âge (adolescents, jeunes, adultes entre 30 et 40 ans, etc.), lieu d'habitation (banlieue, cité, centre ville), une caractéristique culturelle, origine géographique (Europe de l'Est, Asie, etc.), mode de vie (errant, sédentaire, squat, etc.), type d'activité professionnelle (transports routiers, restauration, show-business, etc.).

--

3. **Les modes d'administration** ou **l'association de produits**. Quels sont les effets recherchés et ressentis par le biais de ce mode d'administration ou de cette association ?

4. **Les problèmes de santé** marquants liés ou non à l'usage de produits (OD, abcès, problèmes psychiatriques, etc.).

5. **Les problèmes sociaux** marquants (marginalisation, chômage, pauvreté, violence, délinquance, etc.).

6. Autres éléments marquants non mentionnés dans les questions 1 à 5 précédentes (cela peut être en lien avec le contexte local, les politiques publiques, les usagers, le trafic de drogues, le dispositif de prise en charge et de soins etc.)

7. Veille sur trois produits : les personnes accueillies dans les CAARUD sont majoritairement consommateurs des trois produits suivants : **Subutex (et générique), cocaïne et héroïne**. Pour chacun de ces trois produits indiquer leur **disponibilité perçue** (niveau de présence globale de la substance dans un espace géographique donné) et leur **prix** (prix du gramme ou de l'unité généralement observé sur un espace géographique donné). Ces trois questions permettent d'assurer une veille régulière sur les trois principaux produits aujourd'hui consommés par les personnes reçues dans les CAARUD

Disponibilité et prix du Subutex (et générique) :

Disponibilité et prix de la cocaïne :

Disponibilité et prix de l'héroïne :

Fin du rapport ASA CAARUD

merci pour le temps que vous y avez consacré

Annexe 12

Cahier des charges pour la création de places d'appartements de coordination thérapeutique accueillant des personnes en situation ou à risque de handicap d'origine psychique

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT), soumis au régime des autorisations prévu par les dispositions des articles L 313-1 à L 313-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sont des structures médico-sociales prévues au 9° de l'article L.312-1 de ce code « *qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical* ». L'article D. 312-154 du CASF précise qu'ils « *fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* ». Leurs dépenses de fonctionnement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie et relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social et des conditions fixées par les articles R. 174-16-1 à 5 du code de la sécurité sociale (CSS).

Dans le cadre de l'évolution de l'offre médico-sociale annoncée lors de la Conférence nationale du handicap 2016, et plus particulièrement de son volet Handicap psychique décidé lors du Comité interministériel du handicap le 2 décembre 2016, l'action 11 prévoit le « *développement d'appartements de coordination thérapeutique pour des personnes en situation ou à risque de handicap psychique* ».

En effet, le constat actuel montre qu'un certain nombre de personnes en situation ou à risque de handicap psychique sont en voie ou en situation de précarisation et ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale et pérenne ; que d'autres sont hospitalisées ou accueillies au long cours dans des établissements psychiatriques ou médico-sociaux sans projet de soins ou d'accompagnement adapté, avec une qualité de vie réduite et sans perspective d'amélioration de leur situation ; que d'autres encore vivent à domicile sans prise en charge adaptée. C'est pourquoi il a été décidé la création en 2017 de 30 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) adaptées à l'accompagnement de ces personnes, dans le but d'améliorer leur état de santé psychique et somatique et de promouvoir leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie active, sociale et citoyenne choisie. Ces 30 places d'ACT nouvellement créées seront réparties en 3 groupes de 10 places chacun, comportant une même équipe de coordination médicale et d'accompagnement social et médico-social. Les 3 groupes sont créés dans 3 régions différentes.

Les places d'ACT ainsi créées auront pour objet d'agir sur la prévention et la réduction des situations de non recours, initiales ou après rupture de parcours, par un accompagnement de ces personnes vers des modalités de soins et d'autonomisation plus pérennes et inclusives, en lien avec un réseau de partenaires, dont la MDPH, qui leur permettent de construire ou de reconstruire un parcours de santé et de vie dans la durée.

1. Publics concernés

Les personnes ayant vocation à être accueillies sur ces places d'ACT sont des personnes en situation de vulnérabilité sociale et présentant des troubles psychiques, en situation ou à risque de handicap psychique.

Il peut s'agir plus spécifiquement de personnes n'ayant pas ou plus recours aux soins ou à un accompagnement social et médico-social - parce qu'elles sont dans un déni de leur pathologie ou qu'elles ne souhaitent pas faire l'objet d'une stigmatisation – et qui ont été

repérées par différents acteurs, notamment du champ de l'inclusion sociale alors qu'elles sont en situation ou en voie de précarisation ; en situation récurrente d'inadaptation à l'emploi ; ou qu'elles ont des difficultés de maintien dans leur logement.

Il peut s'agir également de personnes hospitalisées au long cours sans perspective d'évolution.

Il peut s'agir encore de personnes souffrant de troubles psychiatriques sans réelle solution à domicile et sans autre perspective d'inclusion sociale.

2. Objectifs

Des associations œuvrant dans le champ social et médico-social ont montré qu'un parcours pouvait être entrepris ou rétabli pour des personnes n'ayant pas recours à des soins ou à un accompagnement social et médico-social, au moyen d'une prise en charge définie à partir de leurs difficultés et dans la perspective d'instaurer un parcours global coordonné à court ou moyen terme.

C'est pourquoi l'objectif d'un accueil en ACT de personnes en situation de vulnérabilité sociale et présentant des troubles psychiques, sans recours à des soins ou à un accompagnement social et médico-social adapté, va être de susciter une remobilisation des personnes elles-mêmes et pourra se traduire par un changement des équipes professionnelles – sanitaire, sociale et médico-sociale – intervenant auprès de ces personnes, en vue de l'élaboration d'un projet individuel actualisé et de la mise en œuvre d'un parcours de santé et de vie réellement adapté, dans lesquels les personnes sont partie prenante.

Le projet individuel d'accompagnement de ces personnes devra s'appuyer sur une évaluation initiale et répétée de leurs capacités d'autonomie - fonctionnelles et cognitives - ainsi que sur l'évaluation de leur handicap psychique éventuel. Ce projet individuel s'appuiera également sur le projet de vie et d'inclusion sociale formulé par les personnes.

La coordination médicale au sein des ACT aura pour objet l'accompagnement vers la prévention et les soins somatiques et psychiatriques nécessaires à la personne, notamment de réhabilitation psychosociale, ainsi que la continuité des actions de prévention et des soins mis en œuvre.

Les interventions sociales et médico-sociales, menées en concertation avec un réseau de partenaires, préalablement établi, auront pour objet :

- Une amélioration du niveau d'autonomie des personnes ;
- Le rétablissement et/ou l'ouverture de leurs droits ;
- L'accès et le maintien à court terme dans un logement adapté ;
- L'accès et le maintien à court terme dans un emploi ;
- L'accompagnement à une vie sociale, notamment par le développement d'un réseau social pour chaque personne, dont les membres de GEM par exemple ; par l'accès à des activités sportives et de loisirs ; voire par la participation à des actions de bénévolat.

Une transition et une continuité de l'accompagnement des personnes devront être instaurées à l'issue de leur séjour en ACT par les équipes de coordination médicale et d'accompagnement social et médico-social, en lien avec le réseau des partenaires et les équipes amenées à prendre le relais.

En cas de sortie non programmée de l'ACT, un protocole préalablement défini d'analyse et de gestion des situations est à mettre en place, afin d'accompagner au mieux la suite du parcours des personnes concernées et d'améliorer, le cas échéant, le fonctionnement ou l'organisation de l'ACT.

3. Missions des ACT accueillant des personnes en situation de vulnérabilité sociale et en situation ou à risque de handicap psychique

Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des ACT sont définies par les articles D312-154 et D312-155 du CASF.

La circulaire N°DGS/SD6A/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT) précise les missions des ACT, leurs modalités de fonctionnement, d'autorisation, de financement et d'évaluation.

Les appartements de coordination thérapeutique pour personnes en situation ou à risque de handicap psychique hébergent à titre temporaire des personnes en situation de vulnérabilité sociale et présentant des troubles psychiques, qui nécessitent des soins et un suivi médical ainsi qu'un accompagnement vers l'inclusion sociale. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, sociale et médico-sociale, ils s'appuient sur une coordination médicale et une équipe sociale et médico-sociale devant permettre l'accès des personnes à des soins psychiatriques et somatiques, à des actions de prévention, l'ouverture ou le rétablissement de leurs droits (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion), un accompagnement vers une meilleure autonomie fonctionnelle, cognitive et sociale, une inclusion dans la cité, le logement et l'emploi.

Les professionnels intervenant en appartement de coordination thérapeutique disposent d'une expérience préalable de travail pluridisciplinaire et de coordination thérapeutique auprès des personnes en situation ou à risque de handicap psychique et en situation de vulnérabilité sociale.

Les professionnels de l'ACT assurant la coordination médicale et l'accompagnement social et médico-social, interviennent notamment de façon concertée avec les réseaux existants et les partenariats qu'ils auront préétablis.

3.1- La coordination médicale

La coordination médicale est assurée par un médecin (qui ne peut être le médecin traitant) éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend :

- un accompagnement vers les soins somatiques, psychiatriques et de réhabilitation psycho-sociale pour les personnes n'y ayant pas ou plus recours ;
- la constitution et la gestion de leur dossier médical (psychiatrique et somatique) ;
- les relations avec la psychiatrie de secteur, les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville- hôpital ;
- la coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) ;
- l'aide à l'observance thérapeutique et son suivi y compris lors des périodes d'hospitalisation ;
- l'accès à des actions d'éducation à la santé et à la prévention ;
- des conseils en matière de nutrition et d'hygiène ;
- la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé ;
- le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...).

3.2- L'accompagnement social et médico-social

Assuré par une équipe sociale et médico-sociale, l'accompagnement social et médico-social porte plus particulièrement sur :

- l'écoute des besoins et des souhaits de vie des personnes, leur soutien et celui de leurs proches le cas échéant ;
- l'analyse de leurs difficultés
- leur accès aux droits et la facilitation de leurs démarches administratives ;
- leur accès à des évaluations fonctionnelles et cognitives lors de l'entrée en ACT
- l'accompagnement des personnes lors de leurs déplacements le cas échéant ;
- l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement, fondé sur la capacité des personnes et leur projet de vie et d'inclusion sociale ;
- l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle, cognitive et sociale des personnes ;
- leur accompagnement vers l'inclusion sociale, notamment par l'accès à un logement et à un emploi, en s'appuyant sur les réseaux existants et les partenariats préétablis par les professionnels de l'ACT.

4. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ACT accueillant des personnes en situation de vulnérabilité sociale et présentant des troubles psychiques

Pour une logique d'action, il a été défini que les 30 places d'ACT nouvellement créées seront réparties en 3 groupes de 10 places chacun, comportant une même équipe de coordination médicale et d'accompagnement social et médico-social. Les 3 groupes étant créés dans 3 régions différentes.

Il est prévu par ailleurs que la création de ces 30 places soit évaluée à 2 et 5 ans au niveau national (*Cf. paragraphe Evaluation nationale en fin du présent cahier des charges*)

Les dispositions d'ordre général en matière d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux sont applicables aux appartements de coordination thérapeutique.

4. 1 Admission

La décision d'accueillir à sa demande une personne est prononcée par le responsable de l'appartement de coordination thérapeutique désigné à l'administration. La décision établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne tient compte de la capacité de la structure et de la catégorie de personnes accueillies.

Les procédures qui permettent de prendre la décision d'admission sont à décrire dans le projet d'établissement ou de service, ainsi que les modalités d'information qui permettent de faire connaître le dispositif (missions, modalités et critères d'admission, fonctionnement)

Lors de l'admission, le responsable vérifie que la personne accueillie a des droits ouverts aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale. Dans le cas contraire, il effectue, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du bénéficiaire, les démarches nécessaires à son affiliation au titre de l'article L.161-2-1 du code de la sécurité sociale (affiliation immédiate au régime général au titre de la couverture maladie universelle de base).

Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les appartements de coordination thérapeutique peuvent également accueillir leurs proches. Les

dépenses liées à l'accueil des proches ne peuvent être prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

4.2 Localisation

Les appartements ou pavillons destinés à l'hébergement individuel ou collectif doivent être situés à proximité des lieux de soins et bien intégrés dans la cité. Ils doivent être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades ou très fatigables (ascenseurs, proximité des lieux de soins, des transports...).

Leur organisation et leur taille doivent permettre un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé.

Ouverts sur l'extérieur avec l'intervention des services ambulatoires et éventuellement de bénévoles, ils contribuent à l'insertion sociale des personnes.

4.3 Durée de séjour

Il s'agit d'un hébergement à caractère temporaire. Toutefois, la durée du séjour sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel.

Si un séjour long paraît souhaitable, la structure fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accueillie en veillant à ne pas lui laisser craindre que la prise en charge puisse prendre fin brutalement.

Une attention particulière sera portée aux modalités de sortie du dispositif.

4.4 Projet d'établissement ou de service et projet individualisé

Chaque groupe de 10 places d'appartements de coordination thérapeutique établit un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux nécessaires à l'exercice de ses missions. Il établit également un plan ou une action de formation des professionnels à mettre en œuvre dès le début de la première année de fonctionnement.

L'équipe pluridisciplinaire de chaque groupe d'appartements de coordination thérapeutique élabore avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins et son projet de vie, qui définit les objectifs thérapeutiques somatiques et psychiatriques, et d'inclusion sociale portant notamment sur l'autonomie, la vie citoyenne, le logement et l'accès à l'emploi, ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Le projet devra tenir compte des problématiques relatives aux pratiques addictives et aux troubles neurocognitifs que peuvent présenter les publics accueillis.

4.5 Recours à des prestations extérieures

En tant que de besoin, les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (paramédicales ou sociales et médico-sociales), des soins de ville ou des soins et prestations liés à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces soins sont pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et font l'objet d'un remboursement à l'acte. Il en va de même pour les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription.

4.6 Partenariats

Un réseau des partenaires devra être préétabli par l'équipe pluridisciplinaire de l'ACT lors de sa création, qui pourra être complété ensuite dans la durée.

Des partenariats devront être plus particulièrement mis en place avec la MDPH et les acteurs du rétablissement des droits, de la santé, du logement et de l'emploi, ainsi qu'avec un GEM situé en proximité lorsqu'il existe ou est programmé.

Le réseau des partenaires devra figurer dans le projet d'établissement ou de service de l'ACT, et son évaluation dans le rapport d'activité.

4.7 Modalités et protocoles préétablis à mettre en œuvre lors de période de rupture ou de transition du parcours des personnes

Différents protocoles et modalités devront être établis afin d'anticiper les transitions de parcours et gérer les ruptures :

Protocoles pour la gestion des ruptures de séjour en ACT, l'accompagnement des personnes lors de ces ruptures, l'analyse et la prise en compte des retours d'expériences.

Protocoles pour la prévention et l'anticipation de la crise.

Protocoles pour la gestion des hospitalisations, l'accompagnement des personnes lors de ces hospitalisations, la gestion de leur retour d'hospitalisation, l'analyse et la prise en compte des retours d'expériences.

Modalités pour la transition et la continuité de l'accompagnement des personnes à l'issue de leur accueil en ACT.

4.8 Rapport d'activité

Conformément à l'article R. 314-50 du CASF, un rapport d'activité sera joint au compte administratif envoyé chaque année à l'ARS. Il décrira l'activité et le fonctionnement de l'ACT pour l'année concernée.

La nature, les modalités de recueil et de remontée des indicateurs d'activité auprès de l'ARS seront à déterminer lors de l'élaboration du protocole d'évaluation nationale des ACT accueillants des personnes à risque ou en situation de handicap psychique.

5. Modalités d'évaluation interne et externe de l'ACT et de mise en œuvre des droits des usagers

5.1 Principes et outils de la loi de 2002-2 du 2 janvier 2002

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux garantis aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires :

- Le livret d'accueil (article L. 311-4 du CASF) auquel sont annexés :
 - La charte des droits et liberté de la personne accueillie
 - Le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF)
- Le document individuel de prise en charge ou de contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF)
- Les modalités de participation des usagers (article L. 311-6 du CASF)

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 seront à préciser.

5.2 Evaluation interne et externe

Conformément aux dispositions des articles L. 312 -8 et D. 312-98 à 205 du CASF, les éléments relatifs à l'évaluation interne et externe de la structure ACT devront être prédéfinis. Ils pourront l'être dans le cadre de l'élaboration du protocole de l'évaluation nationale déjà citée.

5.3 Evaluation nationale

Une évaluation des 3 groupes de 10 places d'ACT est prévue à 2 et 5 ans au niveau national.

Les modalités de l'évaluation nationale et le recueil des données nécessaires fera l'objet d'une concertation préalable entre l'évaluateur retenu à la suite d'un appel d'offres, les porteurs de projet et les ARS concernées, en vue d'une meilleure adhésion à la démarche d'évaluation et d'une facilitation de sa réalisation.

Cette évaluation sera menée en deux temps dont le premier consistera à évaluer la pertinence et l'efficacité des appartements de coordination thérapeutique à l'égard des personnes à risque ou en situation de handicap psychique, au regard de la file active des personnes accueillies dans ces ACT, de l'activité de l'équipe de coordination médicale et de l'équipe d'accompagnement social et médico-social et le cas échéant des ruptures de séjour et de leurs motifs.

Plus largement, le champ de l'évaluation portera notamment sur :

- Le profil des porteurs de projet ;
- Les modalités organisationnelles (partenariats préalables, orientation des personnes vers les places d'ACT, évaluation de l'autonomie et des besoins des personnes, type d'habitat, coordination médicale, accompagnement social et médico-social, transition et continuité d'un suivi à l'issue du séjour en ACT...) conçues pour chacun des 3 groupes de 10 places d'ACT
- Les aspects médico-économiques qui en découlent ;
- La file active des personnes accueillies en ACT ;
- Les proportions dans cette file active de déficits fonctionnels, cognitifs, handicap psychique.
- La proportion dans cette file active de droits rétablis, de droits nouveaux ouverts.
- L'activité de l'équipe de coordination médicale et de l'équipe d'accompagnement social et médico-social ;
- Les partenariats mis en place et les modalités de ces partenariats ;
- La durée d'accompagnement des personnes au sein de l'ACT et à l'issue ;
- L'effectivité de la continuité des soins lors de l'accueil en ACT et à l'issue ;
- Les ruptures de séjour en ACT et leur gestion ;
- Les recours à l'hospitalisation et leur gestion ;
- Le développement des réseaux sociaux des personnes ;
- L'accès à un logement ;
- L'accès à des activités sportives et de loisirs ;
- L'accès à un emploi ;
- L'adéquation projet de vie/parcours de vie ;
- La conformité de la mise en œuvre des places d'ACT par rapport aux objectifs du dispositif et aux modalités organisationnelles déclinées localement, et l'analyse des écarts.