



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives

RAPPORT

Établi par

Catherine HESSE et Dr. Gilles DUHAMEL

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Février 2014 -

2013-119R

SYNTHESE

La Ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission d'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives ciblant le dispositif spécialisé des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD).

La saisine a précisé que l'évaluation devait porter sur la définition de ses missions, la façon dont elles sont remplies, l'éventuel besoin de leur adaptation en particulier aux publics concernés, et la pertinence d'une mission de prévention obligatoire pour les CSAPA. L'analyse devait également porter sur le fonctionnement du dispositif, sur les évolutions à promouvoir pour plus d'efficacité et un meilleur service rendu. La possibilité de rénover leur financement en fixant des tarifs ambulatoire et résidentiel devait être étudiée, ainsi que la possibilité de fixer un taux d'encadrement dans ces structures. Il était également attendu que la mission se positionne sur la nécessité de maintenir des CSAPA spécialisés et la pertinence d'une structuration de l'offre de soins autour du CSAPA comme centre ressource d'un territoire. Enfin, la place particulière des CSAPA résidentiels et des communautés thérapeutiques devait être évaluée.

Pour réaliser cette évaluation, la mission s'est appuyée sur l'abondante documentation issue des travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui depuis 2009 exploite les rapports d'activité annuellement renseignés par l'ensemble des établissements concernés. Elle a d'autre part pris contact avec de nombreux experts et les principales associations nationales opératrices du secteur. Elle a rencontré 38 équipes et visité 29 établissements, dans trois régions particulièrement touchées par les problèmes d'addiction : l'Ile-de-France, le Nord-Pas-de-Calais et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le nombre de structures concernées par la mission, près de 600, et le temps imparti, a conduit l'IGAS à ne pas procéder à l'évaluation du dispositif d'hébergement de moyen terme rattaché à certaines structures, dont les missions sont très spécifiques et qui a fait par ailleurs l'objet de travaux parlementaires récents. Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire n'ont pas été compris dans le périmètre d'évaluation, les services de la justice n'ayant pas été associés à la mission.

Les CAARUD ont été créés en 2005 à partir des structures dites « de première ligne », ou « à bas seuil », souvent dénommés « boutiques » pour mettre en place une politique de réduction des risques chez les personnes toxicomanes, mission qui a été reconnue par la loi de santé publique du 9 août 2004. Depuis 2007, les ex Centres de soins aux toxicomanes (CSST) et Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont devenus CSAPA. Ils doivent a priori accueillir tous les publics en difficulté avec une conduite addictive et inscrire la réduction des risques dans leur action. Ils bénéficient, pour leurs missions rendues obligatoires par la réglementation, d'un financement relevant du sous-ONDAM dit « spécifique » relatif aux établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques. En revanche, leur mission de prévention qui est facultative, ne relève pas d'un financement systématique dans le cadre de l'ONDAM. Devenus établissements sociaux et médicosociaux, les CSAPA et CAARUD sont soumis aux nouvelles obligations qui leur sont imposées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (régime d'autorisation, respect des droits des usagers, obligation d'évaluation interne et externe...).

Globalement, il semble que le secteur ait su s'adapter au nouveau cadre réglementaire qui le régit et que l'organisation et le fonctionnement des établissements répondent aux besoins des publics très spécifiques qui s'adressent à eux. Cependant, la généralisation des CSAPA n'est pas totale. Certains établissements prennent principalement ou quasi exclusivement en charge des usagers en fonction du produit qui constitue leur principal problème d'addiction (alcool ou usage de drogues illicites), conservant ainsi leur spécialisation historique. De fait, les CSAPA « alcool » n'accueillent pas le même public que ceux spécialisés « drogues illicites » et leurs modes de prise en charge diffèrent. Certains établissements ont focalisé tout ou partie de leur action sur certains publics. D'autres, enfin, mais en moins grand nombre, ont su élargir leur compétence à la prise en charge d'un public plus large et aux problèmes d'addiction en général. Cette spécialisation persistante ne semble pas poser de problèmes notables en milieu (péri) urbain, en particulier dans les territoires où les établissements ont su créer des liens fonctionnels entre eux. Les rapprochements entre CSAPA et CAARUD, lorsqu'ils sont souhaités par les impétrants, devraient être encouragés par la tutelle puis évalués pour vérifier que les adaptations nécessaires à l'accueil et à la prise en charge des différents publics sont bien respectées. Cependant, la mission ne considère pas utile de fusionner l'ensemble des établissements dans le cadre d'un statut unique.

L'évaluation de l'efficacité du dispositif, de son bon positionnement et de son articulation avec les autres acteurs de la prévention, du soin, du social et du médico-social se heurte à des difficultés en matière de recueil d'information et à des insuffisances en ce qui concerne les outils d'analyse. Des améliorations sont proposées pour y remédier. Au plan épidémiologique, le recensement de tous les patients via le fichier RECAP, harmonisé au plan européen, se révèle très lourd pour la plupart des CSAPA et CAARUD alors même qu'il ne donne pas toutes les informations nécessaires à une bonne évaluation. Les rapports d'activité des CSAPA pourraient être plus précis sur la mesure de la file active, l'évaluation du partenariat sur le territoire et enrichis d'informations qualitatives sur les nouvelles consommations. Parallèlement des allègements pourraient être envisagés concernant certaines modalités de prise en charge. La mise en œuvre de ces améliorations suppose que les systèmes d'information actuellement utilisés par les établissements respectent un cahier des charges commun qu'il reste à construire. Il conviendrait enfin d'explorer, avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la possibilité d'une méthode de recueil de données sur un mode discontinu.

L'évaluation interne de leurs activités et de la qualité de leurs prestations, à laquelle sont tenus les CSAPA et CAARUD, est apparue utile à l'ensemble des structures rencontrées, même les plus petites. En revanche, cette évaluation se révèle dispersée dans son contenu et doit être recadrée. La mission propose que soient définis, de concert avec les opérateurs, des indicateurs harmonisés en matière d'évaluation et que soient identifiés un petit nombre d'entre eux (dont un relatif au maillage territorial des établissements avec les autres acteurs de la prise en charge) qui seraient collectés systématiquement pour permettre des comparaisons entre établissements, démarche que le financeur public n'est pas en mesure de réaliser aujourd'hui. La mission propose des éléments de méthode pour avancer dans cette direction.

L'évaluation externe, pour sa part, pose problème aux yeux de la mission. La réglementation actuelle qui concerne l'ensemble des établissements médico-sociaux et prévoit l'intervention d'un prestataire extérieur, paraît tout à fait inadaptée dans sa finalité (prévue pour le renouvellement d'autorisation des établissements et non dans une logique de bonne gestion et de bon fonctionnement), dans son calendrier (devant intervenir de façon ponctuelle et tardive), dans le choix d'un opérateur de marché, et du fait de son coût élevé. Un dialogue de gestion renforcé entre ARS et établissements pourrait intégrer l'objectif d'évaluation externe, le principe d'un œil extérieur à l'établissement devant être maintenu. La mise en œuvre de cette recommandation nécessite que la législation en vigueur pour les établissements médico-sociaux soit amendée pour les CSAPA et les CAARUD.

La prévention mérite également une attention particulière. Les enjeux sont importants et concernent de nombreux publics différents. Face à ces besoins, les établissements sont fréquemment sollicités – bien que leurs moyens soient limités - du fait de leurs compétences spécifiques en matière d'addiction. Ils interviennent aujourd'hui de façon souvent dispersée en faisant appel à des financements dont la reconduction n'est pas assurée. Pour assurer la qualité de ces interventions, un cahier des charges-type devrait être défini au plan national, les ARS seraient conviées à identifier des priorités territoriales et à lancer des appels à projets, autant que possible conjointement avec les chargés de projet de la MILDT et les autres financeurs publics locaux. Les établissements, pour leur part, seraient incités à renforcer la compétence de leurs équipes et à envisager de mutualiser leurs moyens.

La mission estime toutefois nécessaire de prioriser l'action publique et de cibler le public jeune. Pour prendre en compte le continuum des actions et la nécessité d'intervenir très en amont, il est recommandé de rendre obligatoire une mission de prévention collective auprès des jeunes pour les CSAPA assurant une « consultation jeunes consommateurs » et d'en permettre le financement par le sous-ONDAM réservé aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Le financement du dispositif n'a pas été réduit ; au contraire il n'a cessé d'augmenter dans les huit dernières années. La mission estime qu'il ne convient pas de l'accroître avant de s'être donné les moyens de garantir que l'utilisation des ressources consacrées est bien optimisée. Concernant les modalités du financement des établissements, la mission juge inadaptée l'évolution vers une tarification à l'acte ou vers le financement à l'activité. Elle estime, toutefois, la reconduction annuelle quasi systématique des budgets des établissements insatisfaisante. Une tarification selon la lourdeur de la prise en charge paraît plus intéressante mais nécessite que soit développés au préalable des outils qui permettront de mieux caractériser et de comparer les files actives, les prestations et les coûts engagés.

Dans ces perspectives, la mission insiste sur la nécessité pour les ARS de s'investir davantage et de construire un véritable dialogue de gestion avec les établissements dont elles assurent la tutelle et l'essentiel sinon la totalité des financements. Ce dialogue s'organiserait autour de la prise en compte conjointe des ressources, des activités et des résultats d'évaluation. Il permettrait aux ARS d'optimiser la répartition de leurs allocations et le cas échéant d'opérer progressivement des réajustements en vue de réduire les écarts de coûts, dans une logique de convergence tarifaire.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
1 LE CADRE GENERAL DE LA MISSION ET DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	9
1.1 La saisine	9
1.2 La conduite de la mission	9
1.3 Le poids très lourd des addictions et de leurs conséquences.....	11
1.3.1 Le poids très lourd des addictions.....	11
1.3.2 Les dommages ou risques liés aux addictions peuvent concerner à la fois l'utilisateur et la collectivité	14
1.4 La prise en charge des conduites addictives mobilise de multiples intervenants notamment dans le cadre d'un dispositif médico-social spécifique	14
1.4.1 L'évolution dans le temps de l'addictologie.....	14
1.4.2 Le dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD	15
2 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION BIEN QU'HETEROGENES PARRAISSENT CORRESPONDRE GLOBALEMENT AUX ATTENTES.....	19
2.1 L'activité des CSAPA	19
2.1.1 Des pratiques de prises en charge propres à chaque structure	19
2.1.2 Le maillage territorial, plus empirique que structuré.....	21
2.1.3 Des outils de la loi 2002 assez bien utilisés.....	22
2.1.4 Des pratiques thérapeutiques disparates	23
2.2 L'activité des CAARUD	24
2.2.1 Une prise en charge basée sur la primauté du lien.....	24
2.2.2 Les outils de la loi de 2002 jugés difficiles à intégrer	25
2.2.3 Les pratiques de réduction des risques en CAARUD.....	25
2.3 CSAPA et CAARUD : un rapprochement ?	26
3 UNE ACTIVITE DE PREVENTION MULTIFORME QUI DOIT PRIORISER LES JEUNES	28
3.1.1 Une mission des CSAPA reconnue mais « non obligatoire » sur le plan formel.....	28
3.1.2 Une mission dont le périmètre d'intervention va en s'élargissant.....	29
3.1.3 Une mission investie par les établissements mais de façon plus ou moins professionnelle	32
3.1.4 Le rapprochement des financeurs publics à favoriser.....	34
3.1.5 La nécessité d'un financement reconnu pour les « consultations jeunes consommateurs ».....	36
4 LES MODALITES DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PROVENANCE DES CSAPA ET CAARUD POSENT CERTAINES DIFFICULTES	38
4.1 Les outils actuels de mesure et d'évaluation de l'activité.....	38
4.2 Une clarification des informations épidémiologiques souhaitable.....	39
4.3 Une actualisation des données épidémiologiques pour tenir compte des évolutions de consommation.....	40
4.4 Une possible simplification du recueil d'informations épidémiologiques	41
4.5 Un cahier des charges commun pour sécuriser le recueil d'informations	41
4.6 Explorer la recevabilité auprès de l'OEDT d'une méthode de recueil en discontinu	42
4.7 La clarification des éléments quantitatifs de l'activité dans les rapports d'activité.....	43
5 L'EVALUATION, LARGEMENT INITIEE, DOIT ETRE RECADREE	46
5.1 Une réglementation récente	46

5.2	Un accord global des opérateurs sur les principes, les finalités et le cadre méthodologique.....	47
5.3	Une mise en œuvre très variable et un blocage sur la transparence	50
5.4	Conserver la démarche générale et le calendrier de l'évaluation interne.....	50
5.5	Répondre à des besoins de référentiels	50
5.6	Mieux définir les finalités et les indicateurs	51
5.7	Reconfigurer l'évaluation externe.....	55
6	LES CONDITIONS DE FINANCEMENT DOIVENT EGALEMENT MONTER EN PUISSANCE	57
6.1	Les modalités actuelles de financement sont trop tributaires du passé.....	57
6.2	Les modalités de financement des CSAPA et CAARUD peuvent être améliorées	62
6.2.1	Les principes de financement doivent être transparents	62
6.2.2	Le paiement à l'acte n'est pas une piste d'évolution souhaitab	64
6.2.3	Une tarification à l'activité ne paraît pas non plus réaliste	65
6.2.4	La piste d'une tarification selon la lourdeur de la prise en charge	68
6.2.5	Construire un véritable dialogue de gestion	69
7	EN CONCLUSION, LE DISPOSITIF SPECIFIQUE NE DOIT PAS ETRE REMIS EN CAUSE MAIS IL APPELLE UNE EVALUATION PLUS RIGOUREUSE	70
7.1	Un dispositif spécifique dont l'existence est justifiée.....	70
7.2	Mais son évaluation plus rigoureuse est nécessaire pour garantir l'optimisation des ressources.....	71
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	73
	LETTRE DE MISSION.....	75
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	77
	SIGLES UTILISES	85

RAPPORT

1 LE CADRE GENERAL DE LA MISSION ET DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

1.1 La saisine

La ministre des affaires sociales et de la santé a saisi le 6 mars 2013 l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission d'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives ciblant le dispositif spécialisé des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD).

La saisine a précisé que l'évaluation devait porter sur :

- la définition de ses missions, la façon dont elles sont remplies et l'éventuel besoin de leur adaptation en particulier aux publics concernés (dont les jeunes consommateurs, les femmes, les personnes migrantes...), et notamment la pertinence d'une mission de prévention obligatoire pour les CSAPA ;
- son fonctionnement, les évolutions à promouvoir pour plus d'efficacité et un meilleur service rendu, notamment l'articulation des missions de réduction des risques des CSAPA et des CAARUD ;
- leur financement, la possibilité de le rénover en fixant des tarifs ambulatoire et résidentiel, et la possibilité de fixer un taux d'encadrement dans ces structures ;
- la pertinence du maintien de CSAPA spécialisés ;
- la pertinence d'une structuration de l'offre de soins autour du CSAPA comme centre ressource d'un territoire et son articulation avec les autres partenaires de la prévention, du soin, du social et du médico-social pour assurer la continuité et l'efficacité du parcours de soins ;
- la place particulière des CSAPA résidentiels et des communautés thérapeutiques.

1.2 La conduite de la mission

Compte tenu du nombre de structures existantes, des moyens affectés à la mission, surtout de la variété des structures du fait à la fois de l'histoire de chacune, de la variété de leur statut respectif, de la diversité de leurs publics cibles, de l'évolution dans le temps des conduites addictives selon les populations et les produits en cause, le travail de la mission ne pouvait permettre un état des lieux exhaustif et une évaluation fine du dispositif existant dans son ensemble.

La mission, conduite par le docteur Gilles DUHAMEL et Catherine HESSE, inspecteurs généraux des affaires sociales, n'a pas réalisé d'évaluation sur l'ensemble du territoire. Elle a écarté l'idée initiale d'analyser le dispositif dans un nombre significatif de régions pour se concentrer sur trois régions. Le choix de ces régions s'est opéré sur un critère majeur : le nombre de personnes concernées par un usage problématique de substances psychoactives. Ont été retenues l'Ile-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Nord-Pas-de-Calais.

La mission a pris le parti de réaliser, avec l'aide des agences régionales de santé (ARS) concernées, un échantillonnage raisonné - sinon significatif au plan statistique - des structures, prenant en compte à la fois leur type (CSAPA ou CAARUD), leur statut (hospitalier ou associatif), leur localisation géographique dans la région et autant que faire se peut les différents publics auxquels elles s'adressent.

La mission a rencontré, entre septembre et décembre 2013, les principaux acteurs institutionnels nationaux du secteur, ceux des ARS des trois régions retenues, et de nombreux opérateurs locaux. Au total elle a rencontré des membres de 38 équipes (cf. en annexe 2 la liste des personnes rencontrées) et visité 29 établissements, sur proposition des ARS¹. Elle a également pu avoir un contact direct avec plusieurs personnes (restées anonymes) parmi les publics fréquentant les CSAPA et CAARUD visités.

Elle a centré son évaluation sur la file active de chaque structure et, parmi ses publics cibles, sur les personnes en grande précarité et les jeunes consommateurs. De façon annexe, elle a évalué la prise en charge d'autres publics : femmes, personnes migrantes, personnes sortant de prison. Elle n'a pas évalué le dispositif s'adressant aux personnes détenues.

De même, la mission a ciblé son évaluation sur les consommateurs d'alcool et /ou de drogue illicite par injection. D'autres produits de consommation ont été pris en compte : essentiellement le tabac et la prise de médicaments psychoactifs. Les autres produits ou usages addictifs (cocaïne, produits de synthèse, jeux, internet...) ont pu être pris en compte mais de façon très accessoire.

La mission s'est cantonnée à l'analyse des structures d'accompagnement et d'accueil temporaire (accueil de jour, maraudes, hébergement de nuit des CAARUD).

Elle n'a pas analysé le dispositif d'hébergement de moyen terme dont disposent certains CSAPA et dont la nature est variée: centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques, appartements thérapeutiques, hôtels pour l'urgence, réseaux de familles d'accueil.

Ces dispositifs d'hébergement sont dispersés sur le territoire et leur capacité en nombre de places est limitée : environ 1100 places dans 11 communautés thérapeutiques et 32 centres thérapeutiques résidentiels. Ces centres accueillent très majoritairement des usagers de drogues illicites, alors que pour les usagers d'alcool qui nécessitent un hébergement - généralement post-sevrage - celui-ci est assuré essentiellement par les établissements de soins de suite et de réadaptation qui sont des établissements de santé et ne sont pas des CSAPA.

Compte tenu de leur rôle très spécifique, de leur nombre limité et de la variété de leur statut, la mission a considéré que ces structures pourraient faire l'objet d'une évaluation propre et qu'il serait peu opérant de les inclure dans le périmètre de la présente évaluation. D'autant que certaines de ces structures - les communautés thérapeutiques - ont été étudiées dans un rapport parlementaire récent².

La mission ne s'est pas penchée non plus sur d'autres modalités d'accompagnement telles les projets de salles de consommation.

La mission a tiré partie des référentiels existants de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)³, des travaux d'évaluation réalisés par l'OFDT, notamment de l'exploitation que cet Observatoire fait des rapports annuels d'activité des structures, ainsi que des travaux des têtes de réseaux associatives, principalement de la Fédération addiction et l'ANPAA. D'autres éléments bibliographiques ont été analysés sans avoir fait l'objet d'une analyse exhaustive de la littérature, cette dernière étant très abondante sur le sujet de la lutte contre l'addiction et nettement moins prolixe sur les dispositifs (sinon les fonctionnalités) de prise en charge spécifique.

¹ Dont le degré d'activité ne témoigne pas forcément de celui de l'ensemble des établissements.

² Rapport d'information sur les toxicomanies, de Serge BLISKO, député, et François PILLET, sénateur - juin 2011.

³ Voir Evaluation instruments bank <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

1.3 Le poids très lourd des addictions et de leurs conséquences

1.3.1 Le poids très lourd des addictions

L'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique et social, dans son processus de survenue comme dans ses conséquences. Les personnes confrontées à des comportements d'abus ou de dépendances s'en sortent souvent seules⁴, d'autres ont besoin d'une aide et d'un accompagnement spécifique⁵.

Pour juger de l'adéquation des politiques publiques aux enjeux sanitaires et sociétaux en matière d'addictions, ceux-ci doivent pouvoir être définis au mieux, notamment en termes de besoins. Or la démarche s'avère difficile.

Pour juger des enjeux, des définitions préalables sont nécessaires et l'estimation des besoins doit tenir compte à la fois des produits concernés, de l'évolution de leurs consommations, des publics de consommateurs et de leur âge.

La consommation de substances psychoactives est considérée comme nocive (abusive) lorsque l'usage qui est fait de ces substances ou le comportement induit par cet usage impliquent ou sont susceptibles d'impliquer des dommages de nature sanitaire, sociale, économique ou judiciaire, ces dommages étant causés - ou susceptibles d'être causés - à l'usager lui-même ou à un tiers⁶.

Il y a dépendance lorsque sont associés tout ou partie des éléments suivants : un désir compulsif vis-à-vis du produit consommé, une difficulté à contrôler sa consommation, la nécessité de prendre régulièrement un produit pour éviter un syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'antérieurement, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur. La dépendance est à la fois physique et psychique ou psychopathologique. On considère l'usage être problématique lorsqu'il est abusif, qu'il soit associé ou non à une dépendance.

Ces définitions et points de repère ont toutefois leur limite, notamment pour ce qui concerne l'usage problématique chez les jeunes consommateurs. En effet ces derniers s'avèrent plus particulièrement vulnérables et sont d'autant plus susceptibles de développer une addiction que leur consommation est précoce et les effets chez eux sont particulièrement délétères. Aussi est-il nécessaire de leur porter une particulière attention dès le début de consommation.

On connaît les principaux produits psychoactifs consommés en France : le tabac et l'alcool.

L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de français, et plus régulièrement par plus du quart de la population. L'usage du tabac est, lui aussi largement répandu. En raison de son fort pouvoir addictif, sa consommation est plus souvent quotidienne que l'alcool ou le cannabis - trois français sur dix fument quotidiennement du tabac -, alors que la consommation d'alcool n'est quotidienne que pour un français sur dix, et deux français sur cent pour le cannabis.

⁴ Klingemann H & Carter-Sobell L. « Promoting self-change from addictive behavior. Practical implication for policy, prevention, and treatment » Springer. New-York 2007

⁵ « Mission d'évaluation du dispositif médico-social en addictologie par l'IGAS. Contribution de la Fédération Addiction » Janvier 2014.

⁶ Voir pour cette définition et les suivantes « Drogues et addictions, données essentielles » Observatoire Français des drogues et toxicomanies. 2013.

L'OFDT estime le nombre de consommateurs réguliers de tabac à 13,4 millions, d'alcool à 8,8 millions, de cannabis à 1,2 millions⁷. L'usage des autres drogues illicites concerne une part de la population plus faible, mais non négligeable pour autant : le nombre de consommateurs de cocaïne était estimé à 400 000 en 2010, et celui d'héroïne à 100 000⁸.

Pour ce qui concerne les médicaments psychotropes, on sait que 11 millions de français y ont eu recours en 2011, mais on ne connaît ni le nombre de consommateurs réguliers, ni la pertinence et la qualité de l'usage qui en est fait.

Au total, les principaux produits concernés sont identifiés et on est en mesure d'attribuer à leur consommation un ordre de grandeur en terme populationnel.

Mais les estimations dont on dispose ne nous renseignent pas sur le nombre et les différents publics présentant une situation problématique, cibles auxquelles doivent s'adresser prioritairement les actions publiques de prise en charge.

D'autres éclairages utiles sont disponibles pour estimer les besoins et définir et évaluer la politique et les dispositifs de réponse à l'addiction. Il en est ainsi de l'analyse des différences existantes en matière de consommation selon les produits consommés et les tranches d'âge des usagers.

La consommation des jeunes se caractérise par l'importance du rôle tenu par le cannabis et la place des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes. Les consommations régulières d'alcool et davantage encore de cannabis sont plus le fait des hommes. Alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus souvent chez les femmes.

Les tendances d'évolution des consommations sont également importantes à connaître pour adapter les actions à mener. Ces évolutions diffèrent là encore suivant le produit et la tranche d'âge.

La proportion de fumeurs de tabac, après avoir baissé, a augmenté pour se situer en fin de décennie à peu près au même niveau qu'en 2000 et reste deux fois plus élevée que dans d'autres pays où la consommation était comparable il y a quelques décennies, comme les Etats-Unis. Elle a singulièrement augmenté chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. Certains indices laissent à penser que la tendance est orientée à la baisse, mais globalement les français décrochent difficilement de la cigarette.

La consommation d'alcool est en baisse, comme en témoignent la proportion de consommateurs quotidiens et les quantités vendues, prolongeant une tendance observée depuis plusieurs décennies⁹. Toutefois, l'enjeu « alcool » reste un problème majeur compte tenu des niveaux de consommation, d'un rythme de diminution qui ralentirait, de la fréquence des ivresses et des comportements d'alcoolisation ponctuelles importantes chez les adolescents et les jeunes adultes¹⁰, et de son retentissement sur la santé.

Le niveau de consommation des médicaments psychotropes reste également élevé comparé à celui d'autres pays voisins, même s'il évolue différemment selon les classes. Pour ce qui concerne les anxiolytiques, après une baisse entre 2002 et 2009, augmentation notable en 2010 et niveau de remboursement comparable à celui du début des années 2000. Pour les antidépresseurs, la croissance a été continue entre 1990 et 2003, a baissé depuis 2005 mais semble repartir à la hausse.

⁷ Un usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours pour l'alcool et le cannabis, à un usage quotidien pour le tabac. In OFDT « Drogues et addictions données essentielles » 2013.

⁸ Beck F. et coll. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 » Tendances OFDT, n°76 ; 2011 ; 1-6.

⁹ Cette tendance à la diminution est générale en Europe. Voir « Status report on alcohol and health in 35 european countries 2013 » WHO regional office for Europe.

¹⁰ Com-Ruelle L. Le Guen N. « Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs. » Questions d'économie de la santé n°192, IRDES, novembre 2013.

De même, si la tendance est à la stabilisation, voire à une certaine baisse des usages de cannabis (expérimentation et usage régulier), notamment chez les jeunes, la France demeure le pays ayant la plus forte proportion de jeunes consommateurs de cannabis parmi tous ses voisins en 2011.

Concernant les autres drogues illicites, l'usage de cocaïne s'est développé : la part des 18-64 ans en ayant consommé dans l'année a triplé au cours de la décennie, passant de 0,3% à 0,9%. De nombreux autres produits psychostimulants sont apparus, notamment de nouveaux produits de synthèse ; leur diffusion reste plus restreinte que celle de la cocaïne.

Pour ce qui concerne le nombre et les différents publics présentant une situation problématique vis-à-vis de leur(s) addiction(s), cibles auxquelles doivent s'adresser prioritairement les actions publiques d'accompagnement et de prise en charge, il y aurait quelques 10% de la population adulte en difficulté avec l'alcool¹¹, 520 000 consommateurs d'alcool à risque de dépendance¹², 280 000 usagers de drogues illicites (opiacés, cocaïne, amphétamines et drogues injectables) dépendants et problématiques¹³. Parmi les quelques 142 000 personnes sans domicile fixe, le nombre de personnes ayant une consommation problématique de produits addictifs n'est pas connu mais très vraisemblablement très élevé.

L'adolescence représente une période « propice » à l'expérimentation de pratiques addictives. Or celles-ci se sont développées ces dernières années et les jeunes accèdent difficilement aux dispositifs d'accueil et de soin¹⁴. La plupart des jeunes concernés ne qualifient pas leurs conduites de « pathologiques », ne se voient pas « malades » et ne se reconnaissent pas comme ayant besoin d'aide et nécessitant une quelconque prise en charge.

La consommation de cannabis, en recul depuis quelques années, se maintient à un niveau élevé chez les jeunes au sein des pays de l'Union européenne. L'expérimentation au moins une fois dans sa vie et la part d'usagers réguliers semble s'être stabilisée mais concernait respectivement 41,5% et 6,5% des jeunes de 17 ans en 2011, soit plus de 50 000 usagers réguliers. Parmi ces consommateurs réguliers, presque la moitié est considérée comme ayant un usage problématique et plus de 90% d'entre eux n'ont effectué aucune demande d'aide.

La consommation d'alcool a augmenté légèrement ces dernières années chez les jeunes de 18 à 25 ans, à l'inverse de la population générale. Les expérimentations d'ivresse sont plus précoces (près de 60% des jeunes de 17 ans en 2011) ; on note un basculement progressif des usages modérés vers des usages ponctuels sévères et les épisodes d'alcoolisation massive (« *binge drinking* », plus de 5 verres en une occasion de consommation) sont de plus en plus fréquents. L'usage quotidien de tabac, même s'il a baissé par rapport à l'année 2000, concerne près du tiers des jeunes (31,5%) en 2011. Même si elle ne représente qu'une petite minorité, la consommation de psychostimulants et d'héroïne s'ancre dans les soirées festives. L'usage de cocaïne sous différentes formes consommables se développe aujourd'hui. L'expérimentation de cocaïne à 17 ans a triplé entre 2000 et 2011 et concerne aujourd'hui 3% des jeunes de cet âge.

L'enquête ESCAPAD 2008 de l'OFDT a montré que plus de 90% des jeunes de 17 ans cumulant usage régulier de cannabis, ivresses régulières et expérimentation de cocaïne n'ont effectué aucune démarche d'aide, soit 5 100 jeunes. Cette estimation est sans doute minimale compte tenu du développement ces dernières années du nombre de sites d'achat et d'achat de substances psycho actives sur internet et des pratiques addictives sans produit, notamment l'usage pathologique des jeux vidéos qui semblent en progression constante.

¹¹ In « Alcool et santé : bilan et perspectives » Dossier INSERM 2013.

¹² OFDT opus cité 2013.

¹³ OFDT opus cité 2013.

¹⁴ «Pratiques professionnelles dans les consultations jeunes consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées » Fédération Addiction, Paris 2012.

1.3.2 Les dommages ou risques liés aux addictions peuvent concerner à la fois l'utilisateur et la collectivité

Les risques individuels touchant l'état de santé sont extrêmement variés : de très nombreux symptômes, dérèglements, maladies peuvent survenir, dépendant de l'importance de l'addiction, du terrain génétique et physiologique sur lequel ils interviennent, et du produit addictif concerné.

Les troubles somatiques sont légions (cancers, cirrhose du foie, maladies broncho-pulmonaires, cardiovasculaires) et la consommation régulière de produits addictifs, alcool et tabac essentiellement, est associée à et responsable des principales causes de mortalité et de morbi-mortalité dans notre pays, ainsi que la cause majeure de mortalité évitable chez l'adulte¹⁵.

Alcool et tabac sont les principales causes ou facteurs de risque de mortalité en France : environ 70 000 morts par an liés à l'alcool, environ 50 000 morts par an liés au tabac ; alors que le nombre de mort directement lié à la consommation de drogues illicites a considérablement diminué suite en particulier à la politique de réduction de risques menée dans notre pays : quelques 25 morts par an par overdose.

La consommation de produits addictifs est également associée à des troubles psychiques majeurs : anxiété, dépression, perte de contrôle, problème comportemental, psychose, paranoïa, schizophrénie, automutilation, suicide, altération cérébrale, déficits neurocognitifs, détérioration intellectuelle, troubles neuropsychiatriques divers.

Certaines pratiques liées essentiellement à l'usage de drogues illicites sont à l'origine de contaminations et d'infections chroniques (infection à VHC, VIH, VHB) ; elles-mêmes sources de morbi-mortalité prématurée (hépatite B, hépatite C, Sida) chez les usagers. Ces pratiques sont également porteuses de risques pour la collectivité du fait de transmission virale (VHC, VIH, VHB), en particulier en milieu carcéral.

Les risques sociaux liés à la consommation et à la dépendance sont également très importants, chez les usagers : troubles relationnels avec l'entourage, baisse de la performance au travail, facteurs de marginalisation progressive et de désocialisation, accidents (de la route, professionnel, domestique) ; dans l'entourage et pour la collectivité : accidents, violences, agressions, délinquance induite et criminalité.

1.4 La prise en charge des conduites addictives mobilise de multiples intervenants notamment dans le cadre d'un dispositif médico-social spécifique

1.4.1 L'évolution dans le temps de l'addictologie

Historiquement acteurs et structures d'intervention en matière de drogue intervenaient de façon dispersée et se distinguaient, essentiellement selon les produits concernés. Les approches, les modes de prise en charge étaient principalement centrées sur le produit en cause et les démarches façonnées par les représentations sociétales et les politiques publiques qui y étaient attachées : plutôt tournées vers le somatique en privilégiant un champ d'intervention médical pour les produits licites et plus principalement orientées vers le psychique pour les drogues illicites.

¹⁵ Selon une étude récente de l'Institut de recherche en santé publique, la France se situe en 3^e mauvaise position derrière le Portugal et la Finlande pour ce qui concerne la mortalité prématurée évitable chez les hommes. Rapporté à la moyenne des membres de l'Union européenne, la France pourrait sauver quelques 7600 vies par an. Si elle s'alignait sur les trois pays les plus performants, elle verrait diminuer sa mortalité masculine totale de 50 000 personnes chaque année.

Les objectifs prioritaires des acteurs de la prise en charge n'étaient pas toujours univoques selon les produits, les usagers et les acteurs concernés : priorité à un objectif curatif pour les uns, focalisé sur le sevrage et l'abstinence, plus souple en matière d'abstinence totale pour d'autres et centré sur un accompagnement de longue durée et de réduction des risques.

Une conjonction d'éléments (épidémie de VIH/sida, actions des associations, connaissances physiopathologiques et épidémiologiques...) a conduit à faire évoluer les politiques publiques et le dispositif de prise en charge dans leur conception, dans leurs pratiques et dans son organisation.

Depuis plus de 30 ans maintenant les politiques ont pris en compte les effets néfastes des consommations et des politiques de réduction des risques (des dommages *harm reduction*) ont été progressivement mises en œuvre : programmes d'échange de seringues, puis de distribution de matériel d'injection et de traitements de substitution aux opiacés.

Depuis plus de 10 ans, une approche globale de l'addiction et de sa prise en charge sont préconisées, l'addiction étant attribuée à des problèmes de comportement en général plutôt que propre aux spécificités de chaque produit ou situation. Et, au-delà du simple sevrage et de l'abstinence, l'idée de « s'en sortir » laisse place à l'objectif d'une plus grande autonomie et d'une plus grande maîtrise de sa trajectoire de vie.

Aujourd'hui, la prise en charge des conduites addictives mobilise différents dispositifs qui coexistent et sont amenés à se compléter et à coopérer :

- trois secteurs dans le champ sanitaire :
 - le secteur hospitalier : dans certains établissements de santé, des équipes et structures sont spécifiquement dédiées à ces publics : consultations spécifiques d'addictologie et équipes de liaison dont la vocation est d'intervenir de façon transversale dans la structure (ELSA),
 - le secteur psychiatrique,
 - et les professionnels de santé exerçant en ville (médecins d'exercice libéral et pharmaciens d'officine) ;
- le dispositif social « de droit commun » relevant essentiellement des collectivités territoriales et des associations ;
- et un dispositif médico-social spécifique essentiellement constitué des CSAPA et des CAARUD.

1.4.2 Le dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD

Le dispositif médico-social spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en difficulté avec une addiction s'est construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits (alcool d'un côté, drogues illicites de l'autre), d'initiatives et d'opportunités locales. Il s'est fondé sur le principe d'une prise en charge gratuite et sur celui de l'anonymat à la demande de la personne prise en charge.

Le dispositif a vu sa configuration largement modifiée dans un passé récent : dans les textes depuis un peu plus de 10 ans et dans les faits dans les 4-5 dernières années, pour l'essentiel des structures. Toutes les structures anciennes, antérieurement distinctes et spécialisées vis-à-vis de la prise en charge des personnes toxicomanes ou des personnes alcooliques, ont été regroupées dans des structures communes que sont au premier chef les CSAPA et les CAARUD, bousculant les habitudes et souvent les identités, ici de façon concertée, là plus « à marche forcée » semble-t-il.

Les CSAPA se sont substitués aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et aux Centres de cure ambulatoire en addictologie (CCAA).

Selon les dispositions de l'article D.3411-1 du Code de la santé publique (CSP)¹⁶, les CSAPA assurent pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

« 1° L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;

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

3° La prise en charge médicale, psychologique sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances ».

Les CSAPA s'adressent désormais aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac ou les médicaments détournés de leur usage, ou les addictions sans substance (jeu pathologique, addiction à internet...).

Les CSAPA peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances sans qu'il s'agisse d'une spécialisation reconnue. En 2010, les 419 CSAPA en ambulatoire recensés sont pour 60% de statut associatif et à 40% gérés par une entité publique, hospitalière sauf exception. Ils sont pour un peu plus de la moitié d'entre eux spécialisés « alcool ».

Un dispositif spécifique a été mis en place à partir de 2004 pour les publics jeunes : les consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances psychoactives et de leur famille. En 2005, 266 de ces consultations étaient identifiées, 274 en 2007. En 2008, ces consultations ont été rattachées aux CSAPA en cours de création pour celles adossées antérieurement à une structure médico-sociale et aux consultations hospitalières pour celles adossées aux établissements de santé.

Initialement centrées sur le cannabis, leur champ d'intervention a été élargi à celui d'ensemble de l'addictologie ; et elles sont devenues « consultations jeunes consommateurs » (CJC). Leurs missions sont définies par une circulaire du 28 février 2008¹⁷ : « *Les consultations doivent assurer des missions d'accueil, d'information, d'évaluation, de prise en charge brève, et d'orientation, si nécessaire* », en particulier : évaluer la situation médico-psycho-sociale du consommateur, offrir une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève aux consommateurs à risques ou ayant un usage nocif, accompagner ou orienter les personnes en difficulté, accueillir et assurer une information à l'entourage, proposer un accueil conjoint de l'usager et de son entourage, aller à la rencontre des personnes en difficultés potentielles et se faire connaître des partenaires et institutionnels (éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville), recevoir les personnes adressées par l'autorité judiciaire, et participer à des actions d'information et de prévention collective.

¹⁶ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007.

¹⁷ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Leur objet principal est l'intervention précoce dans une optique de réduction de risques. Elles visent à anticiper les risques de l'expérience addictive en agissant autant que possible dès les premiers stades de la consommation pour éviter le passage à l'usage nocif. Elles ont vocation à être centre ressources sur la question des addictions chez les jeunes.

Se situant à la croisée des chemins entre soin et prévention les CJC doivent permettre, selon la circulaire précitée « à un moment où cela est encore possible, d'influer sur le parcours du consommateur et soit d'éviter le passage par une addiction douloureuse et coûteuse physiquement, psychologiquement et socialement, soit d'accélérer l'entrée dans une prise en charge adaptée ».

Un premier bilan des CJC réalisé en 2011 avait souligné la diversité du dispositif, de son positionnement, de son intégration dans les structures de rattachement, des moyens matériels et humains à disposition, des ressources, des liens co-existants dans le territoire d'intervention, des critères d'accueil et des pratiques professionnelles, souvent prioritairement orientées vers le soin ou vers la prévention sans que soit suffisamment assuré le continuum entre eux¹⁸.

Les CAARUD, seraient d'après l'expression entendue, « un moment de l'histoire ». Ils ont été créés en 2005, alors que les usagers de drogues étaient massivement exposés à l'infection par le VIH-sida et les hépatites virales, à partir de structures existantes désignées comme « à bas seuls d'exigence », de « réduction de risques », voire de « première ligne ». L'activité de ces structures reposait alors sur de simples circulaires et était financée par l'Etat.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques. L'article L.313-1 du CSP les autorise ; les articles L.314-3-3 et R.314-105 du même code établissent la base de leur financement. L'article L.3121-3 du CSP précise que la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.

Les articles R.3121-33-1s. du CSP¹⁹ décrivent les missions des CAARUD.

Les CAARUD doivent assurer :

« 1° L'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil / personnalisés ;

2° le soutien aux usagers dans l'accès aux soins...

3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits sociaux, l'accès au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;

4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

5° L'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec des usagers

Ils développent des actions de médiation sociale ... ».

Les équipes CAARUD se répartissent en quatre types d'activité : accueil fixe, unités mobiles, équipes de rue et équipes intervenant dans le milieu festif.

Les CAARUD reçoivent des personnes cumulant les vulnérabilités bio-psycho-sociales qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques. Il existait, en 2010, selon l'OFDT, 135 centres pour une file active d'environ 60 000 usagers.

¹⁸ Fédération addiction 2012, opus cité.

¹⁹ Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005.

CSAPA et CAARUD, du fait du statut que leur confère les dispositions du 9° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sont insérés dans le champ beaucoup plus vaste des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Devenus établissements médico-sociaux, ces structures ont été soumises aux obligations de la loi de 2002, notamment à un régime d'autorisation (dérogatoire dans son calendrier plus long) et à des dispositions garantissant les droits des usagers.

Ceci a nécessité un effort d'adaptation pour des structures composées de petites équipes et disposant d'un encadrement de formation sociale ou médicale qui a dû prendre en compte toute une dimension administrative de sa fonction.

Au total, la somme des files actives des CAARUD est d'environ 61 000 personnes et celle des CSAPA, d'environ 268 000 personnes). La file active des 229 CSAPA « alcool » est proche de 161 000 et celle des 190 CSAPA « drogues illicites » proche de 107 000.

L'article L.313-1 du CASF prévoit une procédure d'autorisation pour la création de tout ESMS, après appel à projet. Les structures existantes doivent également être autorisées pour obtenir le statut d'ESMS²⁰. Cette étape a été structurante pour les CSAPA. Un projet d'établissement est établi pour cinq ans et doit ensuite être revalidé ou réactualisé.

L'article L.311-3 du CASF garantit l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne prise en charge par les ESMS. L'article L.311-4 définit les outils permettant de garantir l'exercice effectif de ces droits et notamment une charte des droits et libertés de la personne accueillie, et un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge élaboré avec la participation de la personne accueillie : *« ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement »*.

L'article L.311-6 prévoit qu'« afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation ». Enfin, l'article L.311-7 prévoit un règlement de fonctionnement.

²⁰ Cette procédure nécessite la production d'un dossier dans lequel figure le projet de l'établissement, la description de ses modes d'intervention.

2 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION BIEN QU'HETEROGENES PARRAISSENT CORRESPONDRE GLOBALEMENT AUX ATTENTES

En l'absence d'indicateurs suffisamment précis et comparables d'une structure à l'autre, le constat de la mission selon lequel le fonctionnement des établissements prenant en charge l'addictologie paraît correspondre globalement aux attentes des pouvoirs publics, se fonde sur l'analyse qu'elle a réalisé des rapports d'activité des structures rencontrées, l'exploitation que l'OFDT a fait des rapports d'activité de l'ensemble des établissements et sur l'analyse empirique qu'elle a effectuée lors de ses visites de sites sur le terrain.

2.1 L'activité des CSAPA

2.1.1 Des pratiques de prises en charge propres à chaque structure

Les pratiques de prises en charge des patients par les CSAPA sont très liées à l'histoire de la structure, à son implantation et aux moyens dont elle dispose.

Les CSST et les CCAA dont sont issus les CSAPA sont le plus souvent nés dans les années 70, par la volonté d'une association militante, voire d'une personnalité qui a eu le dynamisme pour entraîner derrière lui des professionnels ou une entité (hospitalière généralement) et trouver les financements nécessaires pour créer une structure tournée vers la prise en charge de personnes dépendantes. Ces « pères fondateurs », parfois encore à la tête de l'établissement, ont imprimé leur marque dans l'organisation et le fonctionnement de leur équipe. Certains, médecins, ont imposé un mode prise en charge thérapeutique : par exemple, dans un CSAPA visité par la mission, la prise en charge est essentiellement de nature psychologique voire psychanalytique et dure généralement une dizaine d'années. Si le directeur est de formation sociale, l'approche sera différente : du dépannage alimentaire sera par exemple prévu. Ainsi, même si les CSAPA ont su évoluer, l'empreinte du passé et la personnalité des directeurs marquent fortement les pratiques²¹.

Il est observé que les CSAPA hospitaliers ont une orientation sanitaire marquée, le sevrage faisant plus naturellement partie du parcours de soins proposé et un CSAPA hospitalier rencontré a même déclaré le proposer systématiquement. Ils semblent s'investir plus facilement dans la prise en charge les addictions sans substance. Les CSAPA associatifs sont de fait le plus souvent spécialisés, drogues illicites ou alcool, ces derniers prenant en charge davantage le tabagisme très souvent couplé avec l'alcoolisme. Ils ont une orientation plus sociale et accompagnent leurs patients dans leurs démarches, administratives (CNI, CMU, RSA, procédures de surendettement...), judiciaires etc.

Les pratiques des CSAPA sont également dépendantes des moyens humains alloués car ce sont généralement de petites structures où chaque professionnel compte dans l'équipe. En 2010, le nombre moyen d'ETP dans les CSAPA drogues illicites s'établit à 9,6, avec un maximum de 33 et un minimum de 2. Seuls 20 centres emploient plus de 20 personnes et 20 moins de 5. Le nombre moyen dans les CSAPA alcool s'établit à 7,5, avec une grande dispersion également (entre 31 et 2).

La part des médecins parmi le personnel est de 12% pour les CSAPA drogues illicites et de 16% pour les CSAPA alcool. Les emplois socioéducatifs sont nettement moins représentés dans les CSAPA alcool que dans les CSAPA drogues illicites (17% vs 25%), même si ces moyennes recouvrent une grande diversité de situation.

²¹ Cette observation vaut pour d'autres structures médicosociales associatives, issues de l'engagement très personnel du président-fondateur de l'association.

Il est évident que le gestionnaire du CSAPA, la composition des équipes, bien souvent d'ailleurs corrélée à l'histoire de la structure, ont une influence sur le mode de prise en charge. Il en est de même de son environnement : lieu d'implantation de la structure (milieu urbain ou zone plus isolée), accessibilité, proximité de certains équipements...

La mission a pu le constater au cours de ces différentes visites sur site en ce qui concerne :

➤ le public accueilli :

La généralisation des CSAPA²² (pour tout public quelle que soit sa dépendance) s'est accompagnée d'une possibilité de spécialisation dans la prise en charge. Les CSAPA spécialisés alcool accueillent très majoritairement un public dépendant de l'alcool et du tabac, ceux spécialisés drogues illicites des usagers de produits stupéfiants - mais qui consomment aussi souvent de l'alcool -. Cependant l'acceptation du principe de généralisation fait que tous les usagers sont accueillis et réorientés si nécessaire.

La mission constate que les CSAPA se connaissent sur un territoire et collaborent et que cette spécialisation ne suscite pas d'antagonismes locaux; elle correspond à des publics différents et qui ne peuvent facilement coexister en raison des représentations qu'ils ont les uns des autres.

En zone urbaine cette spécialisation ne pose donc pas de problèmes puisque les deux types de structures sont représentés. En zone rurale, peu explorée par la mission, le schéma régional de santé et sa déclinaison en addictologie doit s'attacher à cette problématique, que les ARS rencontrées ont d'ailleurs soulevé.

➤ les conditions d'accueil :

L'espace disponible est nécessairement dépendant du lieu d'implantation des structures ; les structures parisiennes sont toujours logées de façon plus exiguë que celles de banlieue ou de province, ces dernières disposant parfois de conditions d'accueil confortables. Toutefois un espace d'accueil est toujours identifié et le personnel chargé de cette fonction est présenté de façon valorisante. Il s'agit toujours - dans les sites visités par la mission - de secrétaires, formées « sur le tas » le plus souvent, parfois ayant bénéficié d'une formation complémentaire. Ce premier accueil est bien distinct du premier entretien avec un professionnel du secteur sanitaire ou social.

Les jours et horaires d'ouverture font partie de la qualité d'accueil. A cet égard, il faut noter que la très grande majorité des CSAPA et CAARUD relève de la convention collective de 1951²³, qui prévoit un régime de congés plus favorable que la convention collective de 1966²⁴. Cette contrainte d'organisation peut peser lourdement sur de petites structures. Tel CSAPA explique par exemple que pour tenir compte de ses différentes obligations, il n'ouvre pas le mercredi et ferme à 16h30, ce qui manifestement ne facilite pas l'accès pour certaines populations. Ce point particulier a été soulevé par certaines personnes rencontrées par la mission.

En dépit de ces contraintes, tous les CSAPA rencontrés ont souligné l'intérêt qu'ils portaient à ce moment du premier accueil car engageant en partie la suite du parcours.

➤ le « protocole » de prise en charge :

Il n'existe pas de protocole de soins au sens médical mais la mission s'est penchée sur la façon dont le patient est pris en charge au sein de la structure.

²² A noter que l'OFDT ne recense que des CSAPA spécialisés, et aucun généraliste.

²³ Convention collective nationale des établissements d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

²⁴ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

Après le premier accueil, le premier entretien peut, selon les cas, être obligatoirement fait par un médecin, un psychologue ou un travailleur social. Parfois il est effectué par le professionnel le plus disponible. Ce premier entretien déclenche ensuite des rendez-vous avec d'autres membres de l'équipe, selon les besoins de la personne.

La désignation d'un « référent », c'est-à-dire d'un professionnel désigné pour suivre le consultant pendant tout son parcours, désormais généralisée dans les suivis sociaux, n'est pas, dans les CSAPA rencontrés, systématique. Cela peut se comprendre quand il s'agit de petites équipes où le partage d'informations est quotidien à condition que l'utilisateur connaisse son interlocuteur permanent.

- le délai entre l'accueil et le premier entretien :

Selon les déclarations des directeurs²⁵, il peut varier de 0 jours à 3 semaines, mais se tient généralement dans la semaine suivante. Un rendez-vous immédiat est généralement possible en cas d'urgence (ont été cités par exemple les femmes enceintes, les situations de grande détresse). L'urgence semble moins manifeste dans les CSAPA alcool rencontrés.

- la durée de prise en charge :

Elle est liée bien évidemment aux besoins des patients et peut de ce fait être difficilement quantifiée. Certains usagers viennent pendant une certaine période tous les jours et demeurent dans les lieux pendant plusieurs heures (« nous sommes sa seule famille »), d'autres viennent régulièrement une fois par semaine pour prendre un traitement substitutif ou une fois de temps en temps en cas de crise, le même patient pouvant passer par ces différents stades. Les CSAPA reçoivent en effet une clientèle qui peut aller du malade psychiatrique au consultant stabilisé et inséré socialement sous traitement substitutif. Cette réalité est connue des tutelles mais n'apparaît pas dans les rapports d'activité.

La mission note cependant que la durée de prise en charge peut être aussi dictée par le projet de la structure. Un CSAPA hospitalier prévoit de ne pas prolonger la prise en charge psychologique au-delà de 6 mois afin de passer la main à la médecine de ville; dans un autre, il est convenu que le suivi, pour être opérant, dure a priori 10 ans. Pour un troisième, la psychothérapie n'est indiquée qu'à certains moments clefs, avant ou après une cure de sevrage. Ces positions, parfois très tranchées, pourraient être interrogées par les tutelles.

2.1.2 Le maillage territorial, plus empirique que structuré

C'est cette capacité à nouer des liens et à être reconnu qui permet d'approcher la notion de « CSAPA centre de ressource d'un territoire », notion évoquée par la MILDT²⁶.

Il est évident que la nature associative ou hospitalière du centre influe sur son environnement et sur les liens qu'il entretient avec celui-ci ; de même un centre situé dans un centre de santé municipal aura aussi des liens naturels avec la commune et ses élus.

²⁵ Les rapports d'activité ne donnent aucune information à ce sujet.

²⁶ Notion qui reprend celle d' « élément clef du dispositif médicosocial » de la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Quand est évoqué le partenariat, tous les CSAPA rencontrés citent spontanément en premier lieu le médecin de ville, en tant que soignant sur le **long terme**. Ainsi que le dit nettement un médecin d'un CSAPA hospitalier, « *quand un patient est stabilisé, il faut réfléchir de suite à une porte de sortie pour libérer du temps* ». Unanimement les CSAPA rencontrés disent leurs difficultés à tisser des liens suffisants avec les médecins généralistes de leur secteur. Ceux-ci sont très sollicités et ne seraient pas toujours à l'aise avec des malades dépendants. Une génération de médecins militants disparaît peu à peu et trouverait difficilement à se faire remplacer²⁷. Tous soulignent aussi que la difficulté à lever est celle du retour possible du patient vers le dispositif spécialisé qui permet de sécuriser le généraliste.

Les CSAPA et CAARUD font état également de leur difficulté à établir des relations de travail constructives avec le secteur de la psychiatrie, ce qui renvoie à la question - non résolue - de savoir si un patient dépendant l'est en raison de ses problèmes psychologiques (ou psychiatrique) ou si c'est l'usage excessif de produits qui le fragilise au plan psychologique. Ce qui apparaît cependant clairement, c'est que beaucoup d'usagers de drogues présentent des symptômes pour lesquels le soutien de la psychiatrie (CMP ou centre hospitalier) serait nécessaire.

Les pharmaciens d'officine peuvent être très proches de certains CSAPA ; le plus souvent il s'agit de certains d'entre eux dans une ville. Un établissement a déclaré travailler avec toutes les pharmacies de la commune.

Outre ces relations fonctionnelles permanentes, comme celles qui peuvent exister avec la justice, il existe un partenariat fréquent avec le monde de l'éducation, du social. Sont plus rarement citées les relations avec les collectivités territoriales alors qu'elles s'investissent aussi souvent dans le domaine de la prévention sanitaire, particulièrement en faveur des jeunes.

Les CSAPA ne sont donc pas isolés dans leur environnement mais ce partenariat est plus sollicité au fur et à mesure des besoins que construit dans une stratégie. Ils centrent leurs actions autour de leurs patients et activent le partenariat en fonction des besoins de ceux-ci, de façon empirique, même si parfois ces relations prennent la forme de la signature d'une convention.

2.1.3 Des outils de la loi 2002 assez bien utilisés

Les CSAPA et CAARUD, établissements sociaux et médicosociaux, sont soumis aux obligations de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. Ces obligations leur sont connues mais sont diversement appliquées.

Pour être autorisé, tout établissement doit obligatoirement rédiger un projet d'établissement « *qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations* »²⁸. L'intérêt stratégique de ce document n'est pas toujours bien compris par les gestionnaires, ce qui apparaît formellement : le projet d'établissement peut tenir en 3 pages ou aller jusqu'à 30.

En ce qui concerne la garantie des droits des usagers, la charte des droits et libertés et le livret d'accueil de la personne accueillie ne font pas question et sont généralement utilisés. Le document individuel de prise en charge (DIPEC) est l'outil de la loi le plus discuté. Certains CSAPA considèrent qu'il fige trop l'évolution de l'accompagnement et des soins. D'autres ont su s'en saisir en tant qu'instrument d'évaluation du droit des usagers. Quand le DIPEC existe et est utilisé, il prend des formes différentes, succincte (1 page) ou plus détaillée (6 pages).

²⁷ Ce sentiment général est cependant contredit par une étude publiée par la revue française des affaires sociales de juillet-septembre 2013 « la prise en charge des usagers d'opiacées par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes », F Beck, R Guignard, A Gautier, C Palle et I Obradovic, qui conclue à la « *progression de la prise en charge des usagers d'opiacées en médecine générale* » entre 2003 et 2009.

²⁸ Art L.311-8CSAF.

Le principe de la participation des usagers dont l'action vise notamment à promouvoir l'exercice de la citoyenneté des personnes accueillies²⁹ n'est pas contesté mais est plutôt vécu comme une évidence dans le continuum de la prise en charge ; sa formalisation ne s'imposerait donc pas selon certains. D'autres au contraire cherchent à trouver la forme adéquate pour la mettre en place, ainsi que le dit expressément un projet d'établissement : « ...les personnes que nous accueillons ont souvent des vécus difficiles avec les procédures institutionnelles. De ce fait il s'agit pour nous de pouvoir prendre en compte cela en réduisant au maximum les discours trop techniques...Si nous n'adaptions pas notre cadre, il y a eu peu chance qu'ils soient « attirés » par le Comité des usagers et l'investissent de façon opérante ».

S'inspirant des recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM)³⁰, certains établissements ont mis en place un conseil de la vie sociale ou, plus fréquemment, d'autres formes de participation plus ou moins formelles suggérées : groupes participatif, enquêtes, questionnaires, cahier permettant l'expression, boîte à idées...

La loi du 2 janvier 2002 prévoit d'autre part une obligation d'évaluation interne et externe, qui fait l'objet de la partie 5 du présent rapport.

2.1.4 Des pratiques thérapeutiques disparates

Malgré l'existence de références concernant le traitement par Méthadone³¹, la mission a constaté une certaine hétérogénéité des modalités d'utilisation et des pratiques, de suivi de prescription et de sécurisation d'usage: variabilité des posologies des premiers mois, variabilité des lieux d'approvisionnement, activité relais pour TSO habituellement réalisée dans une autre structure, variabilité des coûts selon le lieu de distribution (CSAPA ou pharmacie), variabilité des rythmes de distribution, des conditions de distribution (distribution pour plusieurs jours ou quotidienne)³².

Les analyses de détection de traces de substances psycho actives dans les urines sont parfois systématiques, comme dans le cas de ce CSAPA hospitalier bénéficiant gracieusement des prestations du laboratoire de l'hôpital, ce qui lui permet de réaliser systématiquement et régulièrement des analyses d'urine. Dans un autre CSAPA hospitalier, les analyses ne sont jamais systématiques et sont discutées en équipe. Sur ce point « il n'y a pas consensus » dans les CSAPA associatifs.

Le stockage des produits est plus ou moins protégé (de la chambre forte au placard fermé à clef) et la distribution est également opérée dans des conditions plus ou moins sécurisées.

La mission a noté que les conditions d'élimination des seringues usagées - rapportées par les usagers en CAARUD et CSAPA ou récupérées dans les espaces publics par les CAARUD - n'entrent pas dans le dispositif réglementaire des « déchets d'activité de soins à risque infectieux » (DASRI). L'élimination de ces seringues s'effectue dès lors selon des pratiques hétérogènes, en fonction notamment des relations entretenues avec l'hôpital. La mission recommande en conséquence que ce matériel puisse bénéficier du dispositif réglementaire des DASRI, dans un but évident de renforcement de la sécurité sanitaire.

²⁹ Art L.116-1 CASF.

³⁰ La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie –ANESM 2010.

³¹ « Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacées : place des traitements de substitution » - ANAES et fédération français d'addictologie. juin 2004.

³² La distribution quotidienne est très rare, en raison des contraintes qu'elle impose 365 jours par an. A Paris une seule association la pratique.

Par ailleurs, l'expertise collective de l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogue a mis en avant le rôle que les CSAPA et les CAARUD ont à jouer dans le soin des usagers de drogue au-delà de la seule question de la substitution et des infections virales³³.

La prévalence des co-morbidités somatiques et psychiques chez les usagers des files actives des CSAPA (comme des CAARUD) conduisent à des prises en charge thérapeutiques fréquentes, et en particulier à des prescriptions de médicaments psychotropes. Mais les pratiques en la matière semblent très hétérogènes.

Recommandation n°1: Mieux documenter les pratiques de prises en charge thérapeutiques (TSO et traitements associés) en CSAPA.

Recommandation n°2: Intégrer dans le dispositif réglementaire d'élimination des « déchets des activités de soins à risque infectieux » les seringues usagées récupérées par les CSAPA et les CAARUD.

2.2 L'activité des CAARUD

2.2.1 Une prise en charge basée sur la primauté du lien

La précarité du public des CAARUD apparaît clairement dans les rapports d'activité : en 2010 près de la moitié des usagers vivait dans un logement provisoire ou n'avait pas de domicile fixe. La même proportion n'avait pour seules ressources que les prestations sociales et près d'un quart ne disposait d'aucune ressource officielle. La population accueillie est essentiellement masculine et il est constaté un vieillissement progressif (35,5 ans en moyenne en 2010 contre 34,1 ans en 2008).

Selon l'OFDT « *les mesures d'accueil dans les structures sont relativement homogènes. En 2010, la quasi-totalité des structures offre aux usagers un espace d'accueil et de repos, met à disposition de la nourriture et permet un accès au téléphone et à une connexion internet* »³⁴. Les CAARUD fournissent également des possibilités de lavage du linge, de douche et de rangement des effets personnels. L'essentiel des actes (40%) concerne l'accueil des usagers et l'établissement du lien social ; 20% concernent les activités de réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité³⁵.

Dans ce cadre, la mission a toutefois observé des modalités différentes. Certains CAARUD sont très orientés vers les aspects sociaux (fourniture de repas), d'autres mettent plus l'accent sur la prévention sanitaire et la réduction des risques. Il en est ainsi pour les bus CAARUD, qui « vont vers » un public de prostituées, qui interviennent en milieu festif ou qui pratiquent la distribution quotidienne de méthadone.

Ces différences tiennent, comme pour les CSAPA, à l'histoire, aux personnalités et à la composition des équipes. Celles-ci sont plus réduites qu'en CSAPA et s'élève en moyenne à 4,7 ETP par structure. Le personnel est largement de formation sociale alors que seulement 59% des CAARUD disposent de personnel de soins, essentiellement infirmier. La réduction des risques reposent donc essentiellement sur des éducateurs spécialisés, formés aux problématiques sanitaires.

³³ « Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations ». Expertise collective. INSERM, juin 2010.

³⁴ Les CAARUD en 2010 - analyse des rapports d'activité standardisés.

³⁵ Voir « étude qualitative auprès des consommateurs ou anciens consommateurs de drogue fréquentant ou ayant fréquenté les CAARUD à Paris » - usagers de CAARUD à Paris- parcours de vie et besoins d'accompagnement – Thamilla AIT ALI.

Il faut noter enfin que l'accueil pendant les week-ends (samedi et/ou dimanche) est très peu fréquent, ce qui peut surprendre quand on s'adresse à des personnes très désinsérées : en 2010, seulement 13,5% des structures ont ouvert leurs lieux d'accueil fixe pendant la journée. La mission note qu'à Paris un seul CAARUD fonctionne 365 jours par an et assure à lui seul la plupart des permanences de week-ends et de jours de fête, et cela grâce notamment à l'engagement de bénévoles. L'ARS Ile-de-France a tenté, sans y parvenir jusqu'ici d'organiser cette « garde » entre plusieurs associations. De même seulement 9,3% des CAARUD interviennent en soirée (après 20h).

2.2.2 Les outils de la loi de 2002 jugés difficiles à intégrer

L'autorisation des CARUD a nécessité l'élaboration d'un projet d'établissement, dont la rédaction a sans nul doute constitué une étape importante pour certaines structures jusqu'alors plus tentées par l'informel.

La mission est en accord avec une observation fréquemment mise en avant par les CAARUD rencontrés qui considèrent généralement que les préconisations de la loi du 2 janvier 2002 concernant les droits des usagers, tels que le document individuel de prise en charge ou leur participation des usagers au fonctionnement du CAARUD, sont difficilement applicables pour leur public. Cette position peut être entendue surtout quand il s'agit d'usagers rencontrés de façon très discontinue et/ou qui sont hostiles à toute forme d'institutionnalisation des relations.

Toutefois la mission a visité un CAARUD qui revendique l'intérêt de faire vivre un conseil de la vie sociale, régulièrement consulté sur la vie de l'établissement. A titre d'exemple, un thème récemment débattu a été celui de savoir si les auteurs de violence sur les biens devaient être exclus de la structure : telle n'était pas la position de la direction, mais celle du conseil de la vie sociale.

La mission considère que le principe général de participation des usagers au fonctionnement de l'établissement, par la création d'un « conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation » doit être maintenu mais souligne la possibilité laissée à chaque établissement de trouver la forme de participation adéquate, qu'il convient de prévoir expressément dans le projet d'établissement.

2.2.3 Les pratiques de réduction des risques en CAARUD

Le décret du 14 avril 2005³⁶ décrit le référentiel de la réduction des risques qui a pour objectifs :

« 1o De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à utilisation commune du matériel d'injection ;

2o De prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;

3o De prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;

4o D'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;

5o D'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment) ».

³⁶ Décret no 2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.

Historiquement les CAARUD sont toujours en première ligne sur cette politique qui vise à réduire les risques pour la santé liés à la consommation de drogues illicites. Ils distribuent du « matériel » destiné à la consommation (seringues stériles, « pipe à crack »...). Ils mènent des actions d'aide à la survie quand ils distribuent des repas chauds ou offrent un toit pour la nuit³⁷ et sont dans l'« aller vers » lorsqu'ils interviennent en milieu festif et aussi en alimentant les automates de distribution de matériel d'injection. Ils touchent ainsi certains publics qui ne s'adresseraient pas à d'autres structures.

Le plan de la MILDT 2013-2017 accorde une large place aux actions de réduction des risques en l'étendant à tous les produits. Pour ce qui concerne l'addictologie, il préconise notamment d'évaluer le pratique d'échanges de seringues par voie postale, de mieux prendre en compte les femmes et d'expérimenter l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque.

2.3 CSAPA et CAARUD : un rapprochement ?

Les publics des CSAPA et CAARUD sont en principe différents et induisent un mode de fonctionnement spécifique, qui justifie la différence de leur statut. Cela est particulièrement vrai dans les grandes zones urbaines, où une population dépendante et extrêmement précaire ne peut être prise en charge dans des lieux et par des équipes qui accueilleraient aussi des usagers stabilisés et insérés. Certains acteurs, par exemple les CSAPA hospitaliers ou des associations particulièrement orientées vers le soin, concevraient ainsi difficilement de s'engager dans la prise en charge d'un public qui n'envisage pas d'entrer dans un tel processus. Dans ces conditions, la mission considère qu'il n'y a pas lieu de distinguer plus avant le rôle respectif des CSAPA et CAARUD en matière de réduction de risques.

Pour autant la mission a pu constater que la différence entre ces deux types d'établissements tend à s'estomper dans certains établissements. Il est de fait que les CSAPA contribuent eux aussi à la réduction des risques quand ils s'adressent à un public sous substitution mais dont ils savent qu'il est toujours consommateur (distribution de seringues) ou lorsqu'ils font des actions d'information ou de l'alerte sur certains produits. La mission a observé d'autre part que certains CAARUD proposent des consultations médicales, s'engageant ainsi vers le soin pour les dommages causés par l'usage.

Plusieurs des associations rencontrées exercent la double mission, sans y voir de difficultés particulières, parfois même quasiment dans les mêmes lieux. C'est le cas d'une association parisienne qui parvient à distinguer des lieux de prises en charge différentes sur un même site quand un usager du CAARUD est près à franchir le pas vers le CSAPA. Le continuum est donc établi entre les deux structures, qui ont ainsi mutualisé certains moyens humains (direction commune) et matériels (locaux communs). La dynamique qui s'instaure entre les deux équipes est également vécue comme positive.

C'est pourquoi la question du statut ne doit pas bloquer une évolution vers un rapprochement entre CSAPA et CAARUD qui peut prendre différentes formes et une dynamique temporelle variable. Un rapprochement peut s'opérer par exemple par la fusion de deux structures qui le souhaitent, constituant ainsi une nouvelle entité portant une double mission en mutualisant leurs moyens. Ailleurs il peut s'agir d'une demande d'extension de mission formulée par un CSAPA, formant ainsi un nouvel établissement bicéphale mais dans les mêmes locaux et avec quasiment le même personnel.

³⁷ Certains CAARUD ont des structures d'accueil d'urgence de type « sleep-in ».

Selon la mission, le rapprochement ne doit pas être une démarche imposée mais doit correspondre à une démarche adaptée à la situation locale pour aller dans le sens d'une meilleure prise en charge des usagers : une recherche conduite pour la DGS³⁸ propose de « *combler le fossé entre la réduction des risques et le soin* » et cite l'exemple d'un CSAPA-CAARUD qui a fait le choix d'ouvrir un seul et unique lieu avec une seule équipe pour recevoir les usagers en fonction de leur parcours, en constatant que les jeunes pouvaient ressentir « *des enjeux institutionnels, des différences de point de vue, des rivalités... entre des équipes de CAARUD et des équipes de CSAPA* ».

De telles propositions émanant du terrain sont à encourager au niveau régional. Cela peut être particulièrement opportun dans des zones isolées où n'existe qu'un CSAPA, les missions CAARUD n'étant pas couvertes sur ce territoire. Pour autant la mission reconnaît les risques inhérents à imposer un tel rapprochement qui amène un public en démarche de soins à être en contact avec un public consommateur, dans la mesure où un tel rapprochement n'est pas toujours souhaité et peut poser un problème d'organisation de prise en charge.

A cette réserve près, il convient que la tutelle considère positivement ces demandes et en fasse le bilan. Cette approche pragmatique devrait précéder toute démarche vers un processus d'unification des statuts³⁹.

Recommandation n°3 : Faciliter des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, les évaluer, avant d'envisager une fusion statutaire.

³⁸ « Jeunes en errance et addictions », recherche pour la DGS- CEMEA juin 2013.

³⁹ Il faut noter que le plan gouvernemental 2013-2017 préconise une approche par actions : « accompagner et prendre en charge », « réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux » et non pas une approche par structures CSAPA / CAARUD.

3 UNE ACTIVITE DE PREVENTION MULTIFORME QUI DOIT PRIORISER LES JEUNES

3.1.1 Une mission des CSAPA reconnue mais « non obligatoire » sur le plan formel

Le terme de « prévention » figure dans l'acronyme CSAPA, au même titre que le « soin » ou l'« accompagnement », et participe bien aux missions qui lui sont confiées dans le domaine médical, psychologique, éducatif et social, tel que figurant dans l'article D.3411-1 du CSP et dans la circulaire du 28 février 2008. Ainsi que l'écrit la Fédération addiction « *la mission prévention des addictions a été inscrite dans la circulaire CSAPA, au nom de la synergie avec les autres missions* »⁴⁰.

Cependant la prévention n'est pas considérée par la réglementation comme une mission obligatoire. Parmi les missions facultatives des CSAPA la circulaire précitée cite explicitement les « *activités de prévention, de formation et de recherche* » mais aussi « *les consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs* » qui sont en fait du domaine de la prévention puisque « *ces consultations de proximité ont pour but le repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce* ». Toutefois il est précisé que « *les actions de prévention, de formation et de recherche* » ne doivent pas être financées par l'ONDAM médicosocial spécifique et « *devront faire l'objet d'un budget propre pour les associations et d'un budget annexe autre que celui du CSAPA pour les établissements publics lorsque les produits affectés, au titre de ces activités dépasse un seuil* »⁴¹.

En revanche, les consultations de proximité, souvent en fait des « consultations jeunes consommateurs » et en charge du repérage précoce, et souvent les actions destinées à « aller vers » sont financées par l'ONDAM spécifique. Dans les faits et à titre d'exemple, une action de prévention très précoce réalisée par une consultation de proximité est donc financée par l'ONDAM alors que le financement d'une action d'information auprès de lycéens permettant d'alerter sur des consommations de produits et de sensibiliser certains consommateurs est à rechercher par d'autres moyens.

Le financement dépend donc du caractère collectif ou individuel de l'intervention préventive. Seule cette dernière, qui se situe dans le continuum direct du soin et de la réduction des risques, est actuellement financée par l'assurance maladie.

Les données fournies par l'OFDT sur l'activité de prévention des CSAPA ne prennent pas en compte cette distinction et sont assez lacunaires. : « *en 2010, 204 centres ont renseigné la question portant sur le nombre d'activités de prévention. Ce nombre s'établit en moyenne à 64 et varie entre un minimum de 0 et un maximum de 1231, la valeur médiane étant de 6* ». Ces chiffres montrent en tous cas la grande hétérogénéité de l'activité des CSAPA sur ce plan. Quant aux CAARUD, leurs actions de prévention sont plutôt orientées vers la non aggravation des conséquences dommageables ; ils conduisent, par ailleurs, de façon plus ou moins formelle, des actions de médiation sociale auprès de différents acteurs (habitants du quartier, élus...).

⁴⁰ Fédération addiction, opus cité janvier 2014.

⁴¹ Fixé depuis un décret du 21 mars 2006 à 153 000€

3.1.2 Une mission dont le périmètre d'intervention va en s'élargissant

La prévention, selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948, " est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ". On peut se référer aussi aux définitions connues de la prévention et de sa déclinaison en trois niveaux⁴².

Il n'existe pas de définition spécifique de ce qu'il convient d'entendre par prévention en addictologie dans les textes administratifs. La circulaire du 2 février 2008 en donne une déclinaison pour les CSAPA à travers les « consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs » qui repèrent les personnes dans les premières étapes de leur consommation « en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique et/ou faciliter un recours au système de soins ».

On peut penser ainsi que la prévention s'attache dès le niveau « usage » de la trilogie usage/usage nocif/dépendance, habituelle en addictologie. Peuvent être considérées comme actions de prévention celles qui cherchent à éviter l'usage, l'entrée ou la rechute dans la dépendance au produit, à en limiter les effets et/ou à dépister, à éviter les maladies qui sont les conséquences des pratiques addictives ou à en faciliter la prise en charge médicale.

Cette prévention est spécifique car elle s'adresse tout autant

- à des publics réputés « difficiles » car souvent instables, en perte de repères notamment temporels, désinsérés socialement et pouvant parfois faire preuve de violence, pour lesquels le soin, l'accompagnement et la prévention ne peuvent être séparés⁴³ ; il s'agira alors de prévention tertiaire,
- qu'à des jeunes scolarisés mais en recherche de repères et difficilement accessibles si on ne va pas au devant d'eux, vis-à-vis desquels la prévention primaire constitue l'enjeu majeur.

De surcroît « l'ambiguïté du P de CSAPA », pour reprendre l'expression d'un responsable associatif, vient surtout du fait qu'il désigne à la fois la prévention qui s'adresse à un individu, patient d'un CSAPA et CAARUD (réduction des risques, éducation thérapeutique, accompagnement personnalisé, surveillance sanitaire, voire accompagnement des expérimentations de produits illicites par les jeunes, dans le but d'en limiter les risques et d'en dénoncer les effets ...) et des actions collectives vers un groupe de personnes non dépendantes (éducation à la santé, actions de formation...).

Pour la mission, la question posée est bien celle de la prévention collective, de son caractère ou non obligatoire et de son financement.

Les jeunes sont traditionnellement des publics cibles de la prévention. Pour ce public, les objectifs d'une action de prévention efficace sont assez bien définis par les experts : tout faire pour éviter l'expérimentation, alerter très tôt sur la dérive vers la dépendance⁴⁴.

⁴² Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique, on peut distinguer trois types de prévention : (i) primaire : Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas, (ii) secondaire : Actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes, (iii) tertiaire : Actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de réhabilitation.

⁴³ Cette observation vaut d'ailleurs pour tous les publics présentant ce type de problématique, dits désormais « à difficulté spécifique ».

⁴⁴ Voir à ce sujet notamment « Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie » – Roger HENRION 1995.

Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 identifie également d'autres priorités en préconisant : « *le développement d'interventions de prévention au bénéfice de groupes exposés (prévention sélective) et de sujets vulnérables (prévention indiquée)...notamment pour les jeunes, les femmes présentant des conduites addictives, les femmes enceintes consommatrices d'alcool et /ou de tabac, les travailleurs pauvres, les chômeurs et les populations les plus précaires (personnes marginalisées, sans domicile fixe, migrants) ».*

Au-delà de ces cibles, l'ensemble des CSAPA rencontrés font état d'une multiplication des sollicitations partenariales pour des actions de prévention. Selon un dirigeant associatif « *la parole se libère sur l'addiction* » et les CSAPA sont de plus en plus sollicités en prévention.

En effet, à ces cibles, déjà fort nombreuses, peut être ajouté « *le monde du travail* » qui a fait l'objet de plusieurs recommandations. Un avis présenté en décembre 2013 par un député au nom de la commission des affaires sociales, rapporteur pour avis des crédits Travail et emploi, appelle ainsi à « *sortir de l'irresponsabilité collective entourant aujourd'hui le problème des addictions pendant le travail* ». En juin 2011 un rapport d'information sur les toxicomanies déposé par Serge BLISKO (pour l'Assemblée nationale) et François PILLET (pour le Sénat) souhaitait aussi « *intensifier la prévention dans l'entreprise* »⁴⁵. Il proposait de renforcer à cet égard le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui, rappellent-ils, « *doivent procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs (article L. 4612-2 du code du travail) et à la prévention de ces risques (article L. 4612-3 du code du travail)* » et « *prendre des initiatives en matière de prévention* ». Selon la Fédération addiction, pour mener des actions sur la question des addictions au sein de l'entreprise « *il est préconisé de construire un collectif de personnes volontaires, formés à l'ensemble des enjeux préventifs, managériaux et d'accompagnement* » : médecin du travail, salariés, direction, dispositif spécialisé⁴⁶.

Les besoins ne sont pas faciles à chiffrer mais le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dans un avis rendu en mai 2011 sur l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail et sur les enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection les estime : « *Dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommeraient régulièrement ou occasionnellement des produits illicites ; en premier lieu et très majoritairement, le cannabis (de l'ordre de 8 %), puis la cocaïne, les amphétamines et – très peu – l'héroïne. Parmi les personnes au travail (actifs occupés), la consommation est très variable selon les catégories socioprofessionnelles : très faible chez les agriculteurs (2,7 %), elle atteint des pics chez les professionnels des arts et du spectacle (17 %), et à un moindre degré dans l'hôtellerie-restauration. Elle est de l'ordre de 9 % chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, de 7 % chez les cadres et dans les professions intermédiaires. Ce sont les chômeurs, les demandeurs d'emploi et les jeunes apprentis qui sont les consommateurs les plus réguliers de cannabis (15 % et 19 % respectivement) contre 5,7 % chez les étudiants.* »

Sur le terrain les CSAPA voient monter cette problématique car les entreprises industrielles ou commerciales leur font désormais appel pour des actions de sensibilisation/formation. Ont été notamment cités les contacts engagés avec certains groupes de grandes surfaces ou les casinos confrontés à des problèmes d'addiction sans substance.

Certains CSAPA évoquent aussi les sollicitations émanant des EHPAD, qui se trouvent confrontés à l'accueil de personnes âgées dépendantes physiquement mais aussi à un produit. Le personnel de ces établissements doit être sensibilisé à la prise en charge de ce public.

⁴⁵ Rapport précité, qui poursuit : « On rappellera, par ailleurs, que certaines grandes entreprises telles que la SNCF, EDF et Air France ont mis en œuvre des chartes de prévention des risques liés à l'alcool. Ces chartes ont été signées par les directions, les syndicats de salariés, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Elles prévoient l'interdiction d'introduire ou de consommer de l'alcool sur les lieux de travail et excluent toute présence d'alcool lors des événements festifs accompagnant la vie de l'entreprise ».

⁴⁶ « Pratiques addictives en milieu professionnel » - Fédération addiction.

La mission estime opportun d'affirmer, au plan régional, des domaines prioritaires d'intervention en prévention pour éviter la dispersion des forces des différents acteurs de prévention, dont les CSAPA, qui sont, pour la plupart, des établissements comptant de petits effectifs⁴⁷. En prenant en compte les priorités définies par la MILDT et sur la base d'un diagnostic territorial partagé, il appartient aux ARS de définir une stratégie dans le cadre de leur projet régional de santé. Les ARS peuvent ainsi privilégier certains champs d'action et lancer des appels à projet sur leurs crédits FIR. C'est en effet leur capacité de financement qui renforce la légitimité des ARS à encadrer les activités de prévention, qui ne leur sont d'ailleurs pas systématiquement connues.

La bonne approche passe sans doute en effet par la notion de territoire et de définition du projet à y conduire. Les ARS devraient œuvrer, avec les autres financeurs et les acteurs de terrain, à fixer des priorités locales et à répartir les rôles entre les acteurs présents sur un territoire. En zone urbaine la densité des acteurs permet sans doute une telle répartition des rôles, selon les compétences, mais en tenant compte aussi de la dynamique de chaque structure.

Recommandation n°4 : Charger les ARS de définir, avec les autres financeurs, au niveau des territoires de santé, des priorités d'actions de prévention collective en addictologie.

⁴⁷ Selon l'OFDT le nombre moyen des effectifs CSAPA drogues illicites s'établit en 2010 à 9,6 et à 7,5 dans les CSAPA alcool.

3.1.3 Une mission investie par les établissements mais de façon plus ou moins professionnelle

Dans tous les CSAPA rencontrés par la mission, la prévention fait partie des activités effectuées, au même titre - de fait - que les missions obligatoires. C'est le cas des CSAPA tant associatifs qu'hospitaliers mais aussi des CAARUD qui ne se limitent pas à la distribution de matériel de réduction des risques mais informent, orientent etc. Ils parlent alors de « prévention » même si ces pratiques ne correspondent pas strictement au sens retenu par la circulaire précitée.

Tous les CSAPA considèrent cette prévention comme faisant partie intégrante de leurs missions obligatoires et en quelque sorte ne pouvant en être distinguée. Ils disposent pour cela des compétences nécessaires en matière d'addiction, mais celles-ci ne sont pas suffisantes pour la prévention en collectif. Comme l'a exprimé un dirigeant d'une structure « *la compétence clinique ne fait pas un bon préventeur* », il faut aussi faire preuve de savoir-faire en communication et en pédagogie. Ce responsable, formé à l'éducation pour la santé, soulignait devant la mission le professionnalisme que requièrent des actions de prévention collectives pertinentes, c'est-à-dire adaptées à la population visée. Or bien souvent, celle-ci n'est pas homogène. L'exemple était donné d'une action devant une classe de lycéens, dont un ou deux sont déjà entrés dans une dépendance au cannabis, quelques-uns ont fait une expérimentation du produit mais dont la plupart ont seulement besoin d'une information sur les risques encourus. La difficulté est de pouvoir établir une relation avec ceux qui sont consommateurs et de les amener à venir au CSAPA, en s'adressant aussi aux autres dans l'objectif de leur éviter d'entrer dans cette consommation.

La Fédération addiction cite ainsi, parmi les conditions d'une prévention efficace : « *l'inscrire dans la durée et la proximité, s'appuyer sur des programmes d'intervention évalués et validés, interagir efficacement avec les autres acteurs du territoire, stabiliser son intégration dans le continuum avec les autres missions (intervention précoce, réduction des risques, soin et insertion), être portée par des personnels qualifiés, formés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées* ».

La plupart des CSAPA rencontrés par la mission mènent donc des actions de formation et de prévention collectives, sur des thématiques déterminées. Ils le font parfois en étant sollicités directement par des institutions (ex RATP pour un CSAPA parisien), pour une intervention ponctuelle et sans demander de financement. Il faut noter aussi que le travail de partenariat s'apparente souvent à de la formation informelle tant auprès du public visé (élèves par exemple) que des responsables (enseignants) et, à ce titre, peut être considérée comme une action de prévention.

Toutefois, le plus souvent, les CSAPA répondent à des appels à projets, lancés essentiellement par des collectivités territoriales, par la MILDT ou les ARS. Ils déplorent alors unanimement la lourdeur que représentent ces procédures, qui nécessitent des dossiers importants (pièces à fournir concernant l'association et élaboration du projet), la perte de temps qu'elles représentent. Une association rencontrée a ainsi constitué 15 dossiers pour obtenir environ 80 000€ Le dossier COSA⁴⁸, unique pour les demandes de subventions adressées aux services de l'Etat, ne s'impose pas en effet aux collectivités territoriales. En outre l'exigence d'évaluation est souvent jugée excessive, en tous cas au regard des sommes perçues et de la difficulté à réaliser une véritable évaluation d'impact. La mission estime que le principe d'une évaluation ne peut être levé car il va dans le sens d'une rigueur de gestion indispensable, mais que ses modalités peuvent être simplifiées.

⁴⁸ Le dossier COSA est un dossier unique de demande de subvention institué en 2002 dans un souci de simplification des relations entre l'Etat et les associations. C'est un formulaire simplifié destiné à toutes les associations désireuses d'obtenir une subvention de la part d'une autorité administrative (Etat ou établissements publics). Il permet une harmonisation des modalités de traitement du dossier, et nécessite moins de pièces justificatives à fournir pour les demandeurs. Ce dossier concerne le financement d'actions spécifiques ou le fonctionnement général de l'association, et exclut les demandes relatives à l'investissement.

L'ANPAA, association d'envergure nationale, a fait le choix de disposer de personnels de prévention - environ 20% de ses 1500 salariés sont spécifiquement dédiés à ces actions - réparties en équipes régionales. Cette grande association signe avec l'ARS d'Ile-de-France un contrat annuel d'objectif et de moyens dans lequel, en contrepartie d'une subvention importante (600 000€), provenant du FIR ; y figurent notamment les actions qui seront menées en prévention. Des crédits complémentaires proviennent de différents financements : MILDT, politique de la ville, sécurité routière, municipalités...

Certaines associations, plus petites, ont cependant une surface suffisante pour pouvoir dédier un poste (au moins à temps partiel) ou plusieurs à l'activité de prévention. Certains regroupements d'associations sont d'ailleurs motivés notamment par la volonté de disposer de moyens pour répondre à des appels à projet et dédier des personnels aux actions de prévention-formation.

Dans les autres CSAPA, les plus nombreux, chaque professionnel est mobilisé pour participer à des actions de prévention, parfois en recrutant temporairement un salarié sur un budget dédié.

Les appels à projets sont aussi l'occasion pour les CSAPA de rencontrer d'autres acteurs que ceux du champ médicosocial : élus communaux, départementaux, régionaux, parents d'élèves... ainsi que le relèvent positivement certains directeurs. Ces procédures s'adressent de fait à des structures assez solides et motivées pour se confronter à d'autres logiques (administrative, territoriale...).

Les centres les plus investis en prévention soulignent en effet les compétences nécessaires : il faut faire preuve de savoir-faire en communication, en pédagogie mais aussi en montage de dossier et en conduite de projet pour convaincre les financeurs, conduire l'action en partenariat et faire bien passer le bon message. Une intervention dans la durée est souvent aussi présentée comme une condition d'efficacité d'une action de prévention : suivre une classe plusieurs années, par exemple, est considérée comme une bonne pratique.

La mission considère ces éléments comme devant être requis dans le cadre d'un cahier des charges à définir. Il faut noter que la MILDT dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 souhaite aller dans le sens d'une plus grande exigence méthodologique : *« conformément aux recommandations européennes et internationales, il convient de promouvoir le développement de programme de prévention validés scientifiquement. Cette évaluation, financée par la MILDT, sera conduite par des spécialistes (équipes pédagogiques) »*.

De fait la mission a constaté que, si tous les CSAPA se déclaraient favorables à mener des actions de prévention et si la plupart déclaraient en mener, peu d'entre eux avaient professionnalisé ce pan de leur activité⁴⁹.

Si l'on admet qu'un niveau de compétence particulier doit être requis pour les actions de prévention en addictologie, il convient de faciliter une évolution dans ce sens, par une affectation dédiée, au moins temporaire, de professionnels, spécifiquement formés.

Cette recherche de compétences a conduit une ARS à signer un CPOM avec l'ANPAA, qui dispose d'un service de prévention dans chaque département de la région, fixant des orientations sur cinq ans. Les partenaires s'engagent à *« promouvoir une politique globale de prévention des conduites addictives en Bourgogne, avec un accent porté sur les jeunes dont les difficultés ont été repérées, les publics précaires et les femmes enceintes »*. L'ARS et l'ANPAA *« souhaitent développer des actions de proximité et améliorer le maillage territorial »*.

⁴⁹ Les chiffres publiés par l'OFDT sont à cet égard significatifs : en 2010, 204 sur 219 ont renseigné la question sur le nombre d'activités de prévention. Ce nombre s'établit en moyenne à 64 et varie entre 0 et 1231, montrant la grande diversité de l'implication des structures si l'on s'en tient aux chiffres.

Face à cette expérience qui repose sur un unique partenariat, d'autres solutions sont envisageables, en termes de mutualisation de moyens, de compétences et d'organisation à la fois de la demande et de l'offre en matière de prévention. Dans les faits, il est évident que seules des structures disposant d'une direction structurée et de personnels en nombre suffisants peuvent aller dans ce sens. Cette observation montre l'intérêt, ne serait-ce que sur ce point, du rapprochement entre associations ((mutualisation des moyens, coopération), voire de leur regroupement.

La mission considère donc comme souhaitable que le milieu associatif prenne conscience de l'intérêt de regrouper ses moyens et ses compétences pour être en capacité de répondre à des appels à projets des financeurs publics, mode de financement de la plupart des actions de prévention collective.

Recommandation n°5 : Renforcer la qualité des actions de prévention collective : dans ce but engager au plan national la rédaction d'un cahier des charges type et encourager localement les associations à structurer leurs actions (formation spécifique, mutualisation des moyens, coopération).

3.1.4 Le rapprochement des financeurs publics à favoriser

La question de l'opportunité de mener des actions de prévention, le plus souvent dans le cours même du travail de soins et d'accompagnement, n'est donc pas posée ; en revanche celle du mode de financement de ces actions l'est.

Les actions de prévention des CSAPA et CAARUD ne bénéficient d'aucun financement par la CNAM, ni au titre de l'ONDAM, ni directement au titre de son fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)⁵⁰.

Toutefois l'intrication étroite entre les missions soins et accompagnement des CSAPA et CAARUD permet de penser que l'essentiel des actions de prévention est indirectement pris en charge par l'assurance maladie : travail de réseau, information-orientation des usagers... Mais certaines actions spécifiques, ne relevant pas du quotidien des centres, doivent rechercher d'autres financements.

Ainsi il n'existe pas de financement pérenne en matière de prévention collective. Les principaux financements sont ceux de la MILDT, délégués aux préfetures de région, et du Fonds d'intervention régional (FIR) délégués aux ARS⁵¹. Celles-ci veillent donc à la répartition des crédits FIR conformément au projet régional de santé sur la base d'appel à projets: à titre d'exemple le FIR de PACA consacré à l'addictologie en 2012 s'élevait à 530 000€ répartis en 40 projets, allant de 2 500€ à 60 000€

⁵⁰ Ce fonds est destiné à la mise en œuvre opérationnelle par l'assurance maladie (i) de plans de santé publique copilotés avec l'Etat (campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire pour les six ans et douze ans, dépistage néonatal des maladies génétiques ...) ; cet ensemble représente environ 170 millions d'euros pour 2012 ; (ii) des dépenses à la charge de l'assurance maladie dont le niveau est fixé par l'Etat (contribution aux actions de prévention des ARS, subvention à l'INPES), pour un montant de 136 millions d'euros en 2012 ; (iii) des dépenses relatives aux programmes directement conçus ou initiés par la CNAMTS (programme Sophia d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques...), dont le montant est d'environ 200 millions€ pour 2012.

⁵¹ La LFSS 2012 a créé un fonds d'intervention régional (FIR) qui regroupe les actuels crédits régionaux de la permanence des soins ambulatoires et en établissements, plusieurs dotations FICQS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), MIG (Mission d'intérêt général) et les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant des ARS.

Concernant les dossiers financés sur fonds MILDT, les ARS sont le plus souvent associées à l'instruction des projets, mais cela varie selon les départements ; cette observation est valable réciproquement pour les dossiers financés par le FIR. Lorsque les projets sont ainsi co-instruits, les financements sont optimisés et l'action de l'Etat est plus cohérente. Certains projets peuvent aussi être cofinancés, ce qui nécessite un travail de conception en amont. La mission préconise donc un rapprochement entre ARS et chargé de projet MILDT pour l'élaboration des cahiers des charges des projets de prévention collective et, si possible, de systématiser la co-instruction réciproque des réponses⁵².

Un rapprochement serait souhaitable également avec les projets des collectivités territoriales, villes ou départements, lesquels sollicitent les CSAPA essentiellement au titre de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA. Toutefois il ne peut être imposé aux collectivités d'associer les services de l'Etat à l'instruction de leurs projets.

Recommandation n°6 : Favoriser le rapprochement entre les financeurs publics pour les actions de prévention collective locales.

Ces procédures d'appels à projet permettent de financer un temps partiel, voire un ou plusieurs postes, mais sans garantie de pérennité. Lorsque des professionnels sont dédiés à des actions de prévention, le financement de ces postes n'est donc pas garanti et l'employeur choisit soit un recrutement en CDD, ce qui ne permet pas toujours de recruter au niveau de compétence recherché et nuit à la continuité souhaitable, soit un CDI avec le risque d'avancer un salaire sans l'assurance d'un financement postérieur. Seules les associations disposant de suffisamment de fonds de trésorerie peuvent prendre ce risque.

Il existe donc une demande de certains acteurs de stabiliser le financement de la prévention par une dotation ONDAM. Mais des voix se sont élevées aussi pour attirer l'attention de la mission sur les risques d'une éventuelle « *ouverture d'un nouveau marché* », selon une expression entendue, attirant des prestataires plus ou moins légitimes ou compétents. Actuellement s'il est vrai que seules les associations ayant une certaine surface financière peuvent s'inscrire dans cette démarche d'appel à projet, ce sont celles qui offrent aussi des garanties en termes de compétence, de formation et d'encadrement ; ces éléments vont dans le sens du professionnalisme recherché pour une prévention efficace.

Par ailleurs, la recherche de financement, dont la mission ne nie pas le caractère chronophage, est aussi le lieu de contacts avec des partenaires, voire des acteurs extérieurs au monde de l'addictologie, qui peuvent être riches pour tous.

Dans ces conditions, la mission ne recommande pas que l'ONDAM spécifique prenne en charge ces actions de prévention, au-delà de la prévention à titre individuel (sauf pour les publics jeunes, cf. infra).

⁵² A noter qu'une mission IGAS est en cours portant sur « l'évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie ».

3.1.5 La nécessité d'un financement reconnu pour les « consultations jeunes consommateurs »

Succédant aux consultations destinées aux consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives et leur famille, mises en place à partir de 2004⁵³, les CJC sont désormais adossées aux CSAPA et aux consultations hospitalières d'addictologie.

Au nombre de 165 en 2010, elles sont définies par l'OFDT comme « *l'ensemble des lieux d'accueil dédiés aux jeunes consommateurs qui dépendent d'un même CSAPA* ». Ce sont généralement des structures de faible effectif : le nombre d'ETP varie entre 0,1 et 9 ETP, avec une valeur médiane de 0,6 ETP. Leur activité consiste essentiellement en des consultations en faveur de jeunes fumeurs de cannabis (produit consommé n°1 pour 76% des consultants).

Selon la circulaire du 28 février 2008 précitée, « *les consultations pour jeunes consommateurs sont une illustration de la mission d'intervention précoce ainsi confiée aux CSAPA* » ; le cahier des charges prévoit qu'elles assurent un accueil, une information, des conseils personnalisés aux consommateurs et /ou à leur entourage. Elles sont gratuites et doivent assurer au moins une demi-journée d'accueil par semaine, dont une en dehors des horaires de classe et de travail. Elles doivent être faciles d'accès et bien identifiées. Dans la plupart des lieux visités par la mission, la CJC est située dans un lieu autre que celui de la consultation adulte et fonctionnent quelques demi-journées par semaine⁵⁴.

Orientées à l'origine vers l'accueil des usagers de cannabis, l'évolution et la diversification des modes d'usage (alcoolisation, multi consommations) a conduit les CJC à réorienter leurs pratiques.

D'après le guide « *pratiques professionnelles dans les CJC* » rédigé par la Fédération addiction en 2012, « *les CJC sont au service d'une stratégie d'intervention précoce pour faciliter le repérage, l'accès au soin et améliorer la prise en charge* », la prévention constitue donc un axe essentiel de leur activité.

Le plan 2013-2017 présenté par la MILDT rappelle que « *l'intervention précoce est largement mise en pratique par les professionnels en contact avec les jeunes. Les CJC diffuseront cette méthode à l'échelle de leur territoire* ».

Certains jeunes peuvent ainsi bénéficier, au cours d'une consultation, d'informations qui seront suffisantes pour les sensibiliser sur le risque de l'usage du produit illicite et les en dissuader : ce message de prévention, reçu à titre individuel s'avère nécessaire.

Mais la prévention collective doit aussi être considérée comme un impératif vis-à-vis des publics jeunes et peut constituer l'amont d'une consultation de soins en CJC : « *l'intervention précoce contribue à l'orientation des jeunes consommateurs vers des structures de soins dédiées lorsque cela est nécessaire. S'adressant à des publics consommateurs, elle est à l'intersection du soin et de la prévention intervenant dès les premières consommations dont elle s'attache à éviter la chronicisation* »⁵⁵. Telle serait même la conséquence attendue en s'adressant - dans la continuité - à une classe de collège ou lycée dans laquelle il est probable que certains élèves sont déjà consommateurs, voire dépendants.

⁵³ Sur les 165 CJC dont les rapports d'activité ont été exploités en 2010, les 2/3 d'entre elles ont été créés entre 2004 et 2005, 14% entre 2006 et 2007, 7% en 2010.

⁵⁴ Selon l'OFDT, en 2010 les heures d'ouverture varient entre 2 et 50 heures hebdomadaires, avec une valeur médiane de 12 heures.

⁵⁵ Addictions familles et entourage, Repères - Fédération addiction, p 23.

Le plan 2013-2017 présenté par la MILDT préconise d'intensifier « *les actions en direction des jeunes des quartiers de la politique de la ville, notamment les décrocheurs scolaires et les jeunes sans emploi et sans formation* » en se rapprochant des acteurs de ce réseau. Un autre axe consiste à développer la formation par les pairs en se rapprochant du monde de l'éducation, des affaires sociales, de la santé et de l'agriculture⁵⁶.

Ces nouvelles impulsions devraient conduire les CJC à multiplier les actions de prévention collectives avec de nombreux partenaires - au premier rang desquels le monde éducatif - et, pour certaines d'entre elles, à acquérir de nouveaux savoir-faire (la formation de formateurs par exemple).

Par ailleurs, les CJC prennent en compte très souvent l'entourage du jeune, soit en consultation soit dans des groupes de parents⁵⁷ : « *depuis quelques années, des espaces d'accueil et d'écoute, lieux ressources accessibles, ouverts et non stigmatisant, se développent...ils proposent une aide pour dénouer des situations déjà dégradées, une médiation et des temps de rencontre et d'échanges avec d'autres parents* »⁵⁸.

Considérant la priorité à accorder à ces différentes actions en direction des jeunes, la prévention collective des CJC doit, aux yeux de la mission, devenir une mission obligatoire et relever de ce fait d'un financement par l'ONDAM spécifique, dans le cadre d'un dialogue du dialogue de gestion menées par les ARS et sur la base du cahier des charges préconisé supra.

Ce nouveau financement suppose une réaffectation partielle des crédits consacrés à ce secteur, à partir des possibilités de restructuration du dispositif (optimisation des ressources, mutualisation, coopération) que la mission recommande.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la recherche par les CSAPA de financements pour des actions de prévention collectives s'adressant à d'autres publics. Celles-ci ne sont certes pas injustifiées mais apparaissent moins prioritaires et ne sauraient relever du financement par le sous-ONDAM.

Recommandation n°7 : Renforcer la prévention collective pour les jeunes en la rendant obligatoire dans le cadre des « consultations jeunes consommateurs » et en ouvrant la possibilité d'un financement par le sous-ONDAM spécifique.

⁵⁶ Actions 10 et 11 du plan d'actions du plan gouvernemental 2013-2017.

⁵⁷ Certains jeunes sont reçus avec leur entourage, mais l'entourage peut aussi être seul reçu aussi.

⁵⁸ Addictions familles et entourage, Repères - Fédération addiction, p16.

4 LES MODALITES DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PROVENANCE DES CSAPA ET CAARUD POSENT CERTAINES DIFFICULTES

4.1 Les outils actuels de mesure et d'évaluation de l'activité

L'administration centrale demande annuellement aux CSAPA et CAARUD⁵⁹ de renseigner des rapports d'activité normalisés qui constituent une source d'informations très dense, dans l'objectif d'apprécier ainsi l'activité des CSAPA et CAARUD et l'allocation de ressources nécessaires.

Le rapport d'activité des CSAPA est alimenté à partir des fiches individuelles par patient remplies en principe par tous les établissements, au jour le jour, et qui alimentent le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées et sur un noyau minimum commun de questions à renseigner par tous les intervenants du champ des addictions⁶⁰.

RECAP est en effet une adaptation à la situation française du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement dont les recommandations sont aujourd'hui suivies dans la quasi-totalité des pays de l'Union Européenne. Les données épidémiologiques recueillies sont celles nécessaires pour répondre à la commande européenne. La définition de RECAP a été menée au sein de groupes de travail composés de professionnels de la prise en charge et de représentants des administrations et agences concernées (DGS, DGOS, DREES, MILDT, INVS, ANSM) animés et coordonnés par l'OFDT. Le travail de ces groupes a conduit à l'adoption d'un questionnaire pour les CSAPA, accompagné d'un « guide de remplissage du questionnaire type pour les structures spécialisées en addictologie » par l'OFDT⁶¹ et d'un autre guide rédigé par la Fédération addiction⁶².

Le fichier RECAP complet est adressé en fin d'année directement à l'OFDT pour exploitation. L'observatoire disposant de la réponse de 70% des CSAPA estime que les données sont statistiquement fiables. Toutefois certains indicateurs, tels la file active, ne peuvent être pertinents à ce niveau de retour et c'est pourquoi l'OFDT attend de disposer de la quasi intégralité des rapports d'activité pour utiliser cette donnée et publie plus tardivement ses données consolidées.

En effet, parallèlement, les CSAPA et CAARUD remplissent un rapport d'activité (comprenant à la fois les données épidémiologiques de RECAP et des chiffres sur leur activité), qu'ils envoient aux ARS puis à la DGS pour validation. Ces documents sont ensuite exploités par l'OFDT qui publie une synthèse nationale⁶³. Des délais sont constatés à chaque étape de ce circuit : tant au sein des structures qu'au sein de l'administration - chacun étant dépendant des délais des autres - si bien que l'OFDT publie finalement l'exploitation des données n en n+3.

La mission a systématiquement posé la question de l'intérêt porté par les directeurs et les équipes à ce « rapport d'activité DGS » : s'ils ne le remettent pas en cause dans son principe, ils ne le considèrent pas comme un outil essentiel de pilotage et n'en mesurent pas toujours l'importance en tant qu'outil d'allocation de ressources.

⁵⁹ Un arrêté du 2 avril 2010 fixe les rapports d'activité type des CSAPA, sur la base de l'article R. 314-50 CASF et des articles D. 3411-1 à D. 3411-10 CSP ; un arrêté de la même date fixe le rapport d'activité type des CAARUD en se fondant sur l'article R. 314-50 de CASF et les articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-3 CSP.

⁶⁰ Le projet RECAP a été soumis à la CNIL qui a autorisé sa mise en œuvre (autorisation N°04-1059).

⁶¹ RECAP guide de l'OFDT- octobre 2013.

⁶² Un guide de remplissage pour le rapport d'activité CSAPA, Fédération addiction.

⁶³ Ainsi qu'une fiche par structure répondante permettant de comparer des indicateurs clefs sur les patients du CSAPA à ceux de la France entière.

En revanche les gestionnaires des centres et leurs équipes attachent tous plus d'importance à ce qu'ils qualifient de « vrai rapport d'activité » qu'ils rédigent par ailleurs, document volumineux, d'une mise en forme soignée, qui s'attache à une description plus qualitative de leurs actions, à destination tant de leurs instances associatives que de leurs partenaires et sont également adressés aux ARS. Si les chiffres sont quasi-identiques dans les deux documents, ils sont contextualisés dans le « vrai rapport d'activité » et de ce fait ont plus de sens aux yeux des auteurs. Ce document permet aussi de faire apparaître des actions qui ne remontent pas dans le rapport d'activité dit « DGS » ; c'est à ce document que ce sont essentiellement référés les directions et les équipes dans leurs échanges avec la mission.

Le rapport d'activité des CSAPA⁶⁴ se présente en deux parties, l'une concernant la typologie des « patients reçus pendant l'année »⁶⁵, l'autre « l'activité » du centre⁶⁶. Les parties suivantes concernent les moyens financiers de la structure et l'équipe. On constate que la première partie présente surtout un intérêt épidémiologique et que les suivantes servent essentiellement à évaluer l'activité de la structure et donc, théoriquement, le financement à lui attribuer. Deux annexes construites sur le même plan concernent l'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs et de l'intervention en milieu carcéral.

Le rapport d'activité des CAARUD comporte les rubriques suivantes : membres de l'équipe, modalités et lieux d'intervention, accueil et services proposés, périodes de fonctionnement, files actives, produits, actes⁶⁷. On observe que les éléments demandés aux CAARUD cernent davantage l'activité de la structure que la population et de façon plus qualitative.

La mission s'est penchée sur les possibilités de simplifier ce recueil d'informations et d'en améliorer le contenu, en précisant bien que son analyse s'est portée sur les rapports d'activité types, seules sources d'information du niveau national, alors que les ARS disposent, en plus, du « vrai rapport d'activité » au contenu beaucoup plus riche.

4.2 Une clarification des informations épidémiologiques souhaitable

Pour les CSAPA, des indications concernant la typologie des patients sont demandées par l'Observatoire européen de drogues et toxicomanies⁶⁸ et sont donc encadrées. Selon la directive pour la déclaration des données concernant les usagers de drogue en traitement dans les pays européens⁶⁹ « les personnes à inclure sont les consommateurs de drogues qui commencent un épisode de traitement dans un centre de soins durant l'année calendaire, entre le 1er janvier et le 31 décembre, en raison de problèmes liés à leur usage de drogues »⁷⁰. Ces informations, à travers le fichier RECAP remontent directement à l'OFDT. Ces fiches par patient fourniront en fin d'exercice les chiffres épidémiologiques qui figureront dans le rapport adressé finalement à la DGS.

L'OFDT renvoie 6 mois après le recueil d'informations (février : demande fichier RECAP, juin : clôture de la collecte puis exploitation des données) à chaque centre ses données, avec en regard les données nationales pour lui permettre de se situer.

⁶⁴ Le rapport a été modifié à plusieurs reprises avec les représentants des opérateurs, la dernière version date de 2011.

⁶⁵ File active, sexe, âge, l'origine géographique, logement, origine des ressources, origine de la demande de consultation, répartition suivant les produits consommés, traitements de substitution.

⁶⁶ Nombre de consultations avec les patients, avec les personnes de l'entourage, activité de groupes thérapeutiques, nombre de sevrages, distribution de matériel de réduction des risques, activités de prévention et de formation...

⁶⁷ Pour els actes : nombres et modalités de réalisation, mise à disposition de matériel de prévention, médiation sociale, veille et activités de prévention. Les deux dernières comportent une possibilité de réponse ouverte.

⁶⁸ OEDT- agence de l'UE basée à Strasbourg dont l'OFDT est un des relais nationaux.

⁶⁹ Qui ne compte pas moins de 39 pages.

⁷⁰ Auparavant l'OFDT lançait une enquête nationale au cours du mois de novembre.

La mission a constaté toutefois que, selon les centres, la saisie de ces fiches par patient est réalisée de façon plus ou moins exhaustive et que la complexité des questions posées⁷¹ rend les réponses incertaines : comment répartir les patients « *suivant les produits consommés ou les addictions les plus dommageables* » ou « *suivant les produits N°1 puis N°2 à l'origine de la prise en charge* »? Beaucoup ont souligné leurs difficultés voire leur impossibilité à remplir correctement ces fiches. Un centre, par exemple, fait figurer exactement les mêmes chiffres dans les deux rubriques (« *on n'y comprend rien* »).

« *La répartition des patients suivant les produits consommés ou les addictions les plus dommageables* »⁷², classés en produit N°1 et produit N° 2, semble aussi susceptible d'interprétation : s'agit-il de la première demande formulée ou de celle qui apparaît en cours de soins la plus dommageable ? A noter aussi que la liste proposée compte 12 produits et est d'autant plus difficile à cocher que les usagers utilisent le plus souvent plusieurs produits, et peuvent modifier leur consommation en cours d'année.

Dans le rapport d'activité des CAARUD, il convient d' « *indiquer le pourcentage au sein de la file active des produits consommés par les personnes rencontrées* ». Il est précisé qu'il « *convient d'évaluer le produit qui occupe une place prépondérante dans la vie de la personne* », définition légèrement différente de celle posée pour les CSAPA. Les rapprochements entre les files actives des CSAPA et CAARUD, pour autant qu'elles soient significatives, s'avèrent ainsi difficiles.

Recommandation n°8 : Pour la caractérisation épidémiologique des patients des CSAPA, poursuivre le travail de clarification du contenu des éléments du rapport d'activité.

4.3 Une actualisation des données épidémiologiques pour tenir compte des évolutions de consommation

La nature des informations demandées pourrait aussi être remaniée étant donné l'évolution de la consommation : il existe peu de questions portant sur l'usage de cannabis et d'autres substances (cocaïne et dérivés⁷³, solvants, champignons hallucinogènes...) ou l'alcoolisation des jeunes, comportements particulièrement inquiétants mais des questionnements détaillés sur l'usage de l'héroïne (les demandes de soin émanant de la justice, les injections intraveineuses...), pratique plutôt stabilisée, voire en déclin⁷⁴. Ces évolutions sont désormais bien connues du terrain mais ne font pas l'objet de remontées statistiques au niveau national.

Recommandation n°9 : Dans les rapports d'activité des CSAPA, faire remonter les informations concernant les nouveaux modes de consommation.

⁷¹ Rubriques 15 et 16.

⁷² Rubrique 15.

⁷³ Par exemple la free base : usage de la cocaïne où la substance est fabriquée par l'utilisateur, et jouit d'un certain prestige dans les milieux festifs alternatifs (alors que l'image du crack est peu gratifiante).

⁷⁴ 15% des 17-25 ans consomment au moins 10 fois par mois du cannabis, proportion 2 fois plus importante que chez les 26-44ans. Concernant l'héroïne, sa consommation, après avoir augmenté en 2003-2009, est désormais stable. Elle correspond en outre à un profil de consommateurs bénéficiant d'une meilleure insertion sociale et fréquentant les milieux de la fête - OFDT, drogues et addictions, données essentielles 2013. Cela explique sans doute que, selon les observations des CSAPA et CAARUD rencontrés par la mission, les consommateurs d'héroïne seraient même en net déclin dans leur patientèle.

4.4 Une possible simplification du recueil d'informations épidémiologiques

La mission consciente de la charge de travail que représente cette remontée d'informations pour ces établissements, a cherché des pistes pour aller également dans le sens de la réduction de certaines rubriques : est-il nécessaire de connaître annuellement le type de seringues distribuées ? Les différentes activités de groupe thérapeutiques⁷⁵? Doit-on connaître dans le détail le matériel de réduction des risques distribués : type de seringues, nombre de brochures ou de préservatifs distribués sachant que ceux-ci sont généralement mis à disposition⁷⁶?

Mais l'enjeu principal se situe au niveau des modalités de saisie de l'information qui sont encore assez rudimentaires dans de nombreux établissements.

Recommandation n°10 : Revisiter les rubriques du rapport d'activité dans un sens de simplification.

4.5 Un cahier des charges commun pour sécuriser le recueil d'informations

Les gestionnaires des centres soulignent tout d'abord que le contenu de ces rapports d'activité a été, ces dernières années instables dans certains éléments, ce qui rend difficile une collecte d'information informatisée car, selon eux, leur logiciel s'adapte difficilement en temps réel aux modifications demandées. A chaque modification de la demande de renseignements, une nouvelle version du logiciel est réalisée par le prestataire. Elle doit être ensuite implantée par chaque centre, ce qui est une perte de temps pour le gestionnaire et provoque un retard de saisie.

Les logiciels les plus souvent cités sont au nombre de deux (PRO G DIS, eo-addictions), sans compter les « logiciels maison ». A noter qu'un seul des CSAPA rencontrés remplit encore ces documents « à la main ».

La mission a noté avec intérêt qu'un dispositif de gestion informatisée des activités en addictologie (GI2A) a été mis en place par l'ANPAA pour ses 79 CSAPA depuis 2010. L'ANPAA nationale centralise les données recueillies sur le terrain (mais le logiciel ne permet pas l'accès aux dossiers nominatifs) et les transmet à l'OFDT. Ce logiciel est conforme aux décrets de 2007⁷⁷ sur les conditions de protection des données personnelles et assurant le « *droit au respect de la vie privée et du secret des informations médicales la concernant* » toute personne bénéficiant de soins médicaux. Le logiciel est hébergé par la société Santeos, hébergeur agréé DMP. Il est accessible par l'ensemble des utilisateurs affiliés, par internet en mode sécurisé. Les mises à jour nécessaires sont automatiquement mises en ligne et donc opérationnelles en temps réel à tous les utilisateurs. Chaque utilisateur a bénéficié d'une formation à la prise en main de GI2A.

GI2A permet à chaque CSAPA le suivi individualisé des usagers, de l'activité ainsi que la génération automatique du « rapport annuel d'activité DGS », et, pour la direction nationale de l'ANPAA, le traitement anonymisé de l'enquête RECAP à transmettre chaque année à l'OFDT. L'ANPAA se dit prête à étendre l'application GI2A aux CAARUD si elle dispose des moyens financiers pour ce faire.

⁷⁵ Rubrique 24.

⁷⁶ Rubrique 26.

⁷⁷ Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique ; Décret n° 2007-451 du 25 mars 2007 modifiant le décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, pris en application de l'article L 1110-4 CSP.

Le montant de l'investissement total pour GI2A (1ère et 2ème tranche) - qui a été immobilisé et est amorti sur 5 ans - s'est élevé à 311 K€ pour lequel la DGS a contribué à hauteur de 120 K€. Depuis le déploiement de GI2A, chaque CSAPA participe au coût d'hébergement, de maintenance et d'évolution à hauteur de 2€ par usager et par an, ce qui représente un coût faible mais significatif pour le budget de certaines structures.

Cette application initialement prévue pour les centres de l'ANPAA, a été proposée aux CSAPA qui utilisaient déjà un ancien logiciel de l'ANPAA. Toute garantie leur est donnée en termes de protection de leurs données (clefs d'accès indépendantes). L'ANPAA travaille actuellement à la rédaction de documents contractuels pour définir les conditions de cette mise à disposition et propose de mettre cette application à disposition de l'ensemble des CSAPA qui le souhaiteraient.

Cette proposition mérite d'être examinée afin que ce dispositif, financé sur fonds public, puisse ainsi être mieux rentabilisé. Une autre solution serait que les logiciels existants s'adaptent dans des délais rapides pour disposer des mêmes fonctionnalités : simplicité d'utilisation, sécurisation des données, accessibilité par internet, mise à jour automatique des données.

L'intérêt disposer de tels outils ces critères par les différents systèmes d'information serait triple : pour les établissements il simplifierait le recueil de données puisqu'ils disposeraient -via internet - d'un logiciel toujours à jour ; pour l'administration il permettrait d'éviter des retards de transmission ; quant à l'OFDT, il disposerait plus rapidement de données présentées uniformément, ce qui faciliterait son travail⁷⁸.

Il faut noter qu'une ARS a organisé une réunion régionale sur le sujet où les principaux opérateurs sont venus présenter leurs offres (eo-addictions, PRO G DIS, GI2A / ANPAA et un acteur local). La réunion a été préparée par une petite enquête auprès des structures pour connaître leurs outils existants et leurs attentes. A l'issue de cette réunion, chaque gestionnaire doit travailler à la mise en place d'un système d'information performant, l'ARS ne pouvant pas imposer un prestataire unique.

La mission préconise que la MILDT et la DGS lancent un travail pour faire adopter des critères communs pour les systèmes d'information dont disposent les CSAPA et CAARUD, garantissant notamment la sécurisation des données, l'accessibilité par internet et la mise à jour automatique des données.

Recommandation n°11 : Demander à la MILDT et à la DGS d'élaborer un système d'information pour les systèmes d'information dont disposent les CSAPA et CAARUD.

4.6 Explorer la recevabilité auprès de l'OEDT d'une méthode de recueil en discontinu

Selon la mission le recueil épidémiologique serait sans doute plus proche de la réalité s'il était réalisé par enquête une semaine ou un mois donné, comme dans l'enquête épidémiologique dite « Ena-CAARUD » qui est faite tous les deux ans, une semaine donnée, pour tous les usagers reçus dans un centre ou rencontrés par une équipe mobile. Ce type d'enquête qui prend en compte la spécificité des « structures bas seuil », dans lesquelles les usagers sont particulièrement instables, est admise par l'OEDT.

⁷⁸ Il faut noter qu'une ARS a organisé une réunion régionale sur le sujet où les principaux opérateurs sont venus présenter leurs offres (eo-addictions, PRO G DIS, GI2A / ANPAA et un acteur local). La réunion a été préparée par une petite enquête auprès des structures pour connaître leurs outils existants et leurs attentes. A l'issue de cette réunion, chaque gestionnaire doit travailler à la mise en place d'un SI performant, l'ARS ne pouvant pas imposer un prestataire unique.

C'est ce que notait d'ailleurs indirectement l'OFDT dans son analyse nationale de l'activité des CAARUD en 2006 et 2007 : « *L'ensemble des données présentées dans ce document sont issues des bilans d'activité à l'exception des informations concernant la description des patients. En effet, les données issues de l'enquête ENA-CAARUD 2006, sont plus pertinentes pour informer sur les caractéristiques de la file active* ».

Dans ces conditions, la mission propose de soulever officiellement la question au niveau de l'OEDT de substituer à l'enquête exhaustive des données par patient tout le long de l'année en CSAPA par une enquête sur une période donnée.

Recommandation n°12 : Explorer la recevabilité auprès de l'OEDT d'une méthode de recueil des données épidémiologiques en discontinu.

4.7 La clarification des éléments quantitatifs de l'activité dans les rapports d'activité

Le rapport d'activité type doit permettre, comme l'indique l'OFDT « *de comprendre et de décrire de façon globale et homogène, la nature, le fonctionnement, l'activité de ce dispositif, ainsi que les caractéristiques des personnes accueillies. Il permet également à chaque CSAPA de se situer par rapport aux moyennes nationales, en nourrissant ainsi la réflexion sur l'activité de chacune des structures* ».

Au plan national l'OFDT admet la validité statistique des chiffres remontant par la voie des rapports d'activité : « *en 2010, 348 rapports d'activité de CSAPA en ambulatoire ont été exploités, même si pour certains, une partie des questions peuvent ne pas avoir été renseignés... Il est possible d'évaluer le nombre total de CSAPA existant en 2010 à 419. L'exploitation des données porte donc sur 83% des CSAPA en 2010* ». L'OFDT en tire des estimations qu'il estime fiables sur le nombre total de consultants, en distinguant les CSAPA drogues illicites et alcool, la file active moyenne, les nouveaux patients et réalise des comparaisons régionales.

Toutefois le premier objectif recherché, la description de l'activité de façon ne paraît pas atteint, la mission ayant constaté à plusieurs reprises que plusieurs indicateurs contenus dans ces rapports d'activité, qui ont pourtant fait l'objet de travaux menés en commun entre l'administration, l'OFDT et les centres, pouvaient être mal compris et donc mal remplis.

Ainsi que le note le guide de remplissage de la Fédération addiction de décembre 2011 : « *Il a souvent été évoqué, lors de journées adhérentes, la manière différente que chacun a de renseigner les éléments sur son activité. Cette hétérogénéité rend difficile une bonne prise en compte de l'activité du secteur médico-social et des comparaisons à un niveau régional et national. Cela contribue aussi au découragement de certains sur les motivations finales (« cela ne sert à rien, ce n'est pas lu* ». Pour remédier à cette situation la Fédération addiction a ouvert des formations et a mis à disposition de ses adhérents sur son site un supplément technique « le système d'information en CSAPA » en novembre 2010.

La mission a cependant observé un certain manque de rigueur dans les informations fournies par les rapports d'activité : certaines rubriques ne sont pas renseignées, par exemple le nombre de sevrages.

D'autre part certains chiffres ne semblent pas a priori, aux yeux de l'observateur extérieur, cohérents si on compare les différents centres. Parmi les rubriques renseignées de façon manifestement peu cohérente entre les structures figurent toutes celles qui concernent :

➤ La mesure de la file active

Le « *nombre de personnes vues au moins une fois* » et le « *nombre de personnes vues une seule fois* » donne lieu à interprétation différente. Ainsi différents centres rencontrés et a priori comparables présentent des files actives très inégales, pour lesquelles la mission n'a pas obtenu d'explication satisfaisante.

A titre d'exemple pour deux CSAPA comptant 8 ETP, le « *nombre de personnes vues au moins une fois* » en 2012 a été respectivement de 162 dont 12 « *patients vus une seule fois* » et de 432 dont 52 « *patients vus une seule fois* ». La première structure a expliqué qu'elle ne comptabilise que les patients qui s'inscrivaient dans une démarche suivie. Par ailleurs elle fait apparaître un nombre élevé de consultations médicales : 3400 pour les 162 patients, ce qui montre paradoxalement une activité médicale importante et qui concernerait tous les patients. La seconde structure ne réalise pour sa part que 2455 consultations médicales alors qu'elle reçoit près du double de consultants.

Si l'on compare les renseignements fournis par deux autres CSAPA, comparables en ressources humaines (14 ETP) : le nombre de « *personnes vues au moins une fois* » est respectivement 1411 et de 1108, alors que « *le nombre de nouveaux patients* » est respectivement de 123 et 669.

De même pour deux CSAPA hospitaliers, de la même région, l'un comptant 10 ETP, la file active s'élève à 277 « *personnes vues au moins une fois* », dont 42 « *vues une seule fois* » et 158 « *nouveaux patients* » ; l'autre, disposant de quasiment le même effectif, les chiffres sont respectivement de 620, dont 267 « *nouveaux patients* » ; le « *nombre de personnes vues une seule fois* » n'est pas renseigné.

L'évaluation de l'activité à partir de la file active rapportée à des moyens humains (quasi)identiques, pourtant essentielle pour comparer l'allocation des ressources, ne paraît donc pas fiable. Cela peut témoigner d'un problème de compréhension, résulter d'un remplissage incomplet ou refléter effectivement une différence d'activité à moyens pourtant comparables. Une clarification peut intervenir dans une approche individualisée qui consisterait d'une part à vérifier la cohérence interne des chiffres sur plusieurs années au regard du projet d'établissement, et d'autre part leur cohérence externe en les comparant avec d'autres établissements similaires.

Dans ces conditions les comparaisons d'activité entre structures réalisables à partir de la file active s'avèrent discutables. Par exemple, le calcul du nombre de consultations par professionnel ou le taux d'attrition (nombre de personnes vues une seule fois / nombre de personnes vues au total) seraient sans doute contestables. Elles auraient encore moins de pertinence au niveau national.

A partir de ces exemples, la mission estime que les données figurant dans les rapports d'activité, même si elles étaient bien renseignées, sont susceptibles de recouvrir des différences de pratiques et doivent donc être interrogées dans le cadre d'un dialogue de gestion régulier avec la tutelle. Les documents fournis à la mission par les ARS n'attestent pas d'une telle démarche et ne permettent pas de penser que des conséquences significatives en aient été tirées.

Il faut toutefois noter que les ARS n'ont pas les moyens d'imposer des changements rapides et radicaux de pratiques professionnelles. Celles-ci tiennent en effet soit à des orientations associatives assumées, soit des stratégies thérapeutiques de personnalités médicales dans les CSAPA hospitaliers, soit à un environnement particulier (situation géographique, implication d'élus de la commune par exemple), ces explications n'étant pas exclusives les unes des autres et correspondant au « *poids de l'histoire* », souvent évoqué et incontestable pour des structures dont le personnel - en particulier de direction - est généralement très stable.

Les CAARUD, pour leur part, doivent recenser « *la file active* » et « *le nombre de contacts* », « *qui renseigne sur la fréquence des rencontres* », indicateurs dont la définition ne peut être que très large. Il n'existe pas actuellement de guide de remplissage⁷⁹.

Recommandation n°13 : Pour mieux évaluer l'activité des CSAPA et des CAARUD, clarifier les éléments de mesure de la file active dans leur rapport d'activité.

➤ L'observation du maillage des structures sur leur territoire

Les caractéristiques présentées par ce public (précarité, manque de repères temporels, modes de vie non compatibles avec le fonctionnement du droit commun...) compliquent leur prise en charge par les services de droit commun. Les CSAPA et CAARUD doivent donc nouer et maintenir en permanence des relations de confiance et de travail avec les autres professionnels sociaux ou médicaux pour qu'ils acceptent de jouer leur rôle vis-à-vis de ces publics et assurent la continuité du parcours de soin et d'accompagnement.

CSAPA et CAARUD doivent nécessairement être en contact avec les hôpitaux, la médecine de ville⁸⁰, les pharmaciens d'officine, la justice, le monde éducatif, le monde du social etc. La fréquence et la qualité de ces contacts et des interactions montrent la capacité du dispositif spécifique à s'articuler avec le droit commun pour la prise en charge des usagers.

Ce « maillage territorial » apparaît essentiellement sous la rubrique « partenariat » du CSAPA où figure le « nombre de conventions passées avec d'autres structures », nommément désignées : médicosociales (CSAPA, CAARUD), sanitaires (établissements de santé, établissements de soins de suite et de réadaptation, CDAG), sociales (CHRS), services de la justice. Cet indicateur ne reflète pas la réalité du partenariat : les conventions sont parfois inactives, des relations ont pu être nouées avec des partenaires sans que des conventions soient signées, enfin des conventions peuvent être signées avec des partenaires autres que ceux énumérées.

Même s'il est « *difficile de bien mesurer l'empreinte sur un territoire* »⁸¹ par un ou plusieurs indicateurs, il serait préférable de faire figurer les conventions seulement dans la mesure où elles ont un caractère opérationnel en définissant un indicateur, par ex le fait d'avoir donné lieu à au moins une réunion annuelle de suivi entre les signataires.

Outre cet indicateur institutionnel, d'autres indicateurs permettraient de mesurer la fonctionnalité des liens partenariaux : existe-t-il des consultations avancées de l'hôpital dans le CSAPA ? Ainsi que des « *staffs* » en commun pour un cas particulier ?⁸²

⁷⁹ La Fédération addiction a le projet de le réaliser.

⁸⁰ Les médecins généralistes « s'avouent assez désarmés face aux consommateurs d'opiacées, en termes d'approche cliniques comme de stratégies de suivi » RFAS juillet-décembre 2013, p 26.

⁸¹ Selon l'expression d'un responsable rencontré.

⁸² La qualité du partenariat devrait être au nombre des critères exigés dans les appels d'offre.

Dans le cadre du rapport d'activité des CSAPA une question ouverte sur les faits nouveaux intervenus au cours de l'année dans ce champ du partenariat serait sans doute utile pour donner une expression plus réaliste de leur inscription dans leur territoire. La signature d'un contrat local de santé, la participation à des ateliers santé-ville seraient ainsi des exemples concrets marquant un engagement dans un partenariat actif ; ils fourniraient l'occasion d'un dialogue avec les ARS, très souvent impliquées dans ces procédures. De même pourraient être signalées la participation dans des manifestations sur la santé ou pour la jeunesse ou à des dispositifs de type « observatoires » organisées par les collectivités locales. Pour mieux en connaître l'intérêt, la question ouverte permettrait d'en décrire le contenu.

Le thème du partenariat ne se retrouve que partiellement dans le rapport d'activité des CAARUD, dans la rubrique « médiation sociale » (par exemple avec le quartier, l'employeur) sous forme de question ouverte.

Recommandation n°14 : Retenir dans les rapports d'activité un ou deux indicateurs témoignant du caractère opérationnel du maillage territorial et laisser une question ouverte pour signaler les faits marquants de l'année.

5 L'ÉVALUATION, LARGEMENT INITIÉE, DOIT ÊTRE RECADRÉE

5.1 Une réglementation récente

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle est prévue à l'article L. 312-8 du CASF. Elle contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3 du CASF). L'évaluation doit également permettre d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation.

C'est un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité. Elle doit être distinguée sans équivoque du contrôle notamment mis en œuvre lors d'inspections. L'évaluation doit être le point de départ d'un dialogue interne entre les acteurs des différents niveaux de responsabilité, mais, également, entre l'institution et les autorités publiques chargées de délivrer et de renouveler les autorisations de fonctionnement.

La réglementation – articles L.312-8, D.312-197 et suivants, D.312-203 s.⁸³ du CASF - prévoit que les établissements procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) et font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur préalablement habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)(évaluation externe).

Les évaluations internes et externes forment un ensemble cohérent d'une démarche globale dont les résultats conditionnent la tacite reconduction de l'autorisation initiale ; cette démarche continue a vocation à être retracée chaque année dans le rapport d'activité.

Les établissements doivent veiller à ce que le rythme des évaluations de leurs activités et de la qualité de leurs prestations et celui de leur projet d'établissement s'articulent, afin d'en garantir la bonne cohérence.

⁸³ Articles insérés par le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010. Un régime dérogatoire existe pour les CSAPA et CAARUD autorisés et ouverts entre le 11 août 2008 et le 21 juillet 2009.

Le décompte du délai des évaluations internes et externes se déclenche à la date de l'autorisation initiale délivrée, conformément à l'article L.313-1 du CASF ; ses modalités sont déterminées par référence à la durée de cette autorisation. La durée de droit commun de l'autorisation est de 15 ans⁸⁴.

Les établissements doivent communiquer les résultats de l'évaluation interne tous les cinq ans, ou lors du renouvellement de leur contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM), à l'autorité ayant délivré l'autorisation initiale. Pendant une période d'autorisation de quinze ans, les établissements doivent donc communiquer les résultats de trois évaluations internes.

Ils doivent de surcroît procéder à deux évaluations externes au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et deux ans avant la date de son renouvellement chacune précédée de la communication des résultats d'une évaluation interne et suivies d'une troisième transmission de résultats d'évaluation interne. Tout CPOM peut préciser le calendrier de réalisation des évaluations externes.

5.2 Un accord global des opérateurs sur les principes, les finalités et le cadre méthodologique

Toutes les structures rencontrées par la mission adhèrent au principe d'évaluation et à ses grandes étapes méthodologiques, à savoir le fait de recueillir, d'analyser, de mettre à disposition et de transmettre des données relatives à leur fonctionnement et à leur activité. Elles sont d'accord pour utiliser ces données en interne, pour que ces données soient utilisées par les financeurs publics et pour avancer de concert avec elles dans leur utilisation.

Le consensus est également large sur les différentes finalités poursuivies par ce recueil de données. Dans l'esprit des structures rencontrées comme dans celui des pouvoirs publics, il s'agit essentiellement de récolter des données à visée épidémiologique et de veille sanitaire, et des données d'évaluation.

Toutes les structures rencontrées adhèrent aux buts poursuivis par la démarche d'évaluation, à leur caractère multiple et complémentaire :

- apprécier la capacité de l'établissement à répondre à ses missions ;
- se mettre en situation d'apprécier l'adéquation des activités de l'organisation et du fonctionnement de la structure au projet d'établissement, à ses objectifs et à leur cohérence ;
- contribuer à une meilleure connaissance des publics et de leurs besoins ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations et des services rendus vis à vis des publics visés ;
- apprécier la pertinence, la cohérence et le degré d'adaptation et d'adéquation des moyens, des activités et des réponses apportées aux attentes et à l'évolution des besoins des publics accueillis et pris en charge ;
- représenter un outil de gestion interne ;
- faciliter la structuration des pratiques professionnelles ;
- constituer un élément de dialogue de gestion avec les pouvoirs publics⁸⁵ ;
- répondre aux obligations réglementaires.

⁸⁴ La loi du 10 août 2011 modifiant la loi du 21 juillet 2009 a prolongé l'autorisation de 3 ans précédemment délivrée aux CSAPA et aux CAARUD dans la limite de ces 15 ans.

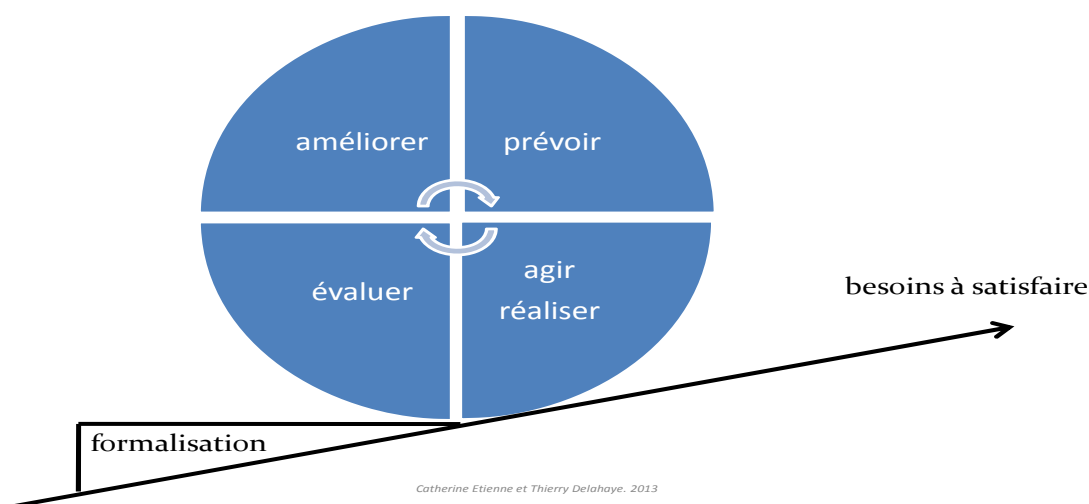
⁸⁵ Notamment pour l'allocation de leurs ressources.

Les modalités d'évaluation paraissent, elles aussi, globalement bien acceptées : une démarche dynamique et échelonnée dans le temps où se succèdent définition du cadre à évaluer, formulation d'objectifs, recueil d'informations, analyse et appropriation des données, perspectives d'amélioration et rendu compte.

Cette démarche, illustrée par la figure ci-dessous, a fait l'objet de plusieurs guides méthodologiques établis par la Fédération addiction⁸⁶ et par l'ANPAA⁸⁷, et est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et à la démarche qualité classique préconisée par l'ANESM⁸⁸.

Graphique 1 :

La roue de Deming : le cycle organisé et continu d'amélioration de la qualité des actions



Source : Fédération Addiction

⁸⁶ « Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA » Octobre 2010. Guide sur les consultations jeunes consommateurs « Addiction, famille et entourage. Prévenir, éduquer, accompagner » Septembre 2012 « Mettre en œuvre l'évaluation interne » Fédération Addiction Novembre 2013. Fédération Addiction « Guide méthodologique Evaluation interne Saison 2 (2013) » Septembre 2013. « Evaluation interne Fédération Addiction Saison2 (2013) Guide de l'animateur » Septembre 2013.

⁸⁷ Guide d'évaluation interne des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ambulatoire Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) Mai 2010. Guide méthodologique de mise en œuvre opérationnelle de l'évaluation interne des CSAPA. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) - Actualisation Octobre 2013.

⁸⁸ Recommandations relatives à la conduite de l'évaluation interne, avril 2009 ; « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » Novembre 2009 ; synthèse Janvier 2012 ; « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » Juillet 2008, synthèse Janvier 2012 ; « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » Décembre 2008, synthèse Janvier 2012

Elle peut s'appuyer sur d'autres référentiels, tel le guide de l'OFDT « Evaluer les interventions de réduction des risques » de septembre 2009 et doit s'intégrer aux dispositions du décret du 3 novembre 2010 fixant le nouveau calendrier des évaluations interne et externe et à celles de la circulaire du 21 octobre 2011 rappelant et reformulant le périmètre, le calendrier et le rythme des évaluations, les méthodes, les outils, les liens entre évaluation interne et externe et les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation de l'établissement.

Compte tenu de la variété des publics accueillis et des activités réalisées, le contenu du cadre d'évaluation, quant à lui, peut varier selon les priorités des établissements :

- projet d'établissement et réponses aux besoins des publics ;
- premier accueil et information des publics ;
- promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé somatique et psychique des publics ciblés ;
- garantie des droits individuels et collectifs des publics ;
- protection, prévention, intervention précoce et réduction des risques inhérents à la situation de vulnérabilité et de précarité des personnes ;
- évaluation de la demande et de la situation des usagers, évaluation médicale, psychique et sociale et orientation des usagers ;
- maintien des capacités de vie quotidienne et accompagnement de la dépendance ;
- participation des publics, coordination pluridisciplinaire et personnalisation de leur accompagnement ;
- accueil et accompagnement de l'entourage ;
- organisation interne et fonctionnement des établissements ;
- management des ressources humaines ;
- gestion administrative et financière ;
- insertion de l'établissement dans son environnement et interactions avec les autres établissements et dispositif généraux de « droit commun ».

Globalement, l'évaluation interne en tant que processus méthodique et participatif est bien assimilée, comme en témoigne chacun des rapports d'activité des établissements analysés. Toutefois, certains éléments varient largement d'un établissement à un autre.

Pour ce qui concerne l'évaluation externe et sa bonne articulation avec le dispositif interne d'évaluation, il est trop tôt pour juger, l'agenda réglementaire ayant prévu l'intervention d'un regard extérieur seulement tardivement dans la procédure.

5.3 Une mise en œuvre très variable et un blocage sur la transparence

La mission a noté d'une part un degré de suivi qui semble inégal de la part des ARS et d'autre part, une grande variabilité des situations en matière d'évaluation dans les différentes structures rencontrées : dans le degré d'engagement du processus, dans le niveau d'avancement, son caractère plus ou moins systématisé⁸⁹, dans les thèmes retenus, dans les modalités mises en œuvre, dans le temps consacré en interne à la préparation et à la mise en œuvre du dispositif, - certaines structures y consacrant beaucoup de temps aux dépens des actions de cœur de métier (l'accueil, l'accompagnement et l'intervention auprès des publics cibles)⁹⁰ - , dans le degré d'association des publics accueillis et accompagnés au processus - mais globalement leur participation reste très faible -, dans le recours à un conseil extérieur que la mission juge le plus souvent injustifié compte tenu des guides méthodologiques à disposition et des dépenses engagées parfois démesurément élevées, dans le degré d'intégration des suites données au projet d'établissement qui ne semble pas être la règle ou à une démarche contractuelle avec l'ARS, encore plus rare.

De surcroît, l'adhésion à un principe de transparence des données relatives à l'évaluation est loin d'être totale. Les établissements expriment une réticence forte à ce que les données concernant leurs files actives et leurs données d'activités soient rendues publiques. La très grande majorité des structures craint que la comparaison entre structures n'induisse une approche trop normative de la part des pouvoirs publics.

5.4 Conserver la démarche générale et le calendrier de l'évaluation interne

Pour ce qui concerne la méthode, compte tenu des incertitudes relatives à la méthode optimale (la plus efficace, la plus efficiente) en matière d'évaluation dans les secteurs médicaux et médico-sociaux, la mission recommande de s'en tenir à la démarche qualité classique telle que préconisée à la fois par l'ANESM et les grandes fédérations ou associations opératrices comme indiqué ci-dessus.

Compte tenu du caractère encore récent du dispositif, il ne paraît pas opportun de modifier le calendrier et les modalités prévues par la réglementation en matière d'évaluation interne.

5.5 Répondre à des besoins de référentiels

Comme indiqué supra, des améliorations peuvent être apportées en matière de recueil d'information. Des améliorations devraient également être apportées ou recherchées en matière de référentiels de bonnes pratiques.

Des besoins existent en matière de pratiques cliniques. Ainsi, par exemple, des questions subsistent concernant la stratégie thérapeutique de substitution :

- quelles sont les bonnes conditions de choix entre Méthadone et Buprénorphine haut dosage, le choix étant actuellement essentiellement conditionné par les modalités d'accès à l'offre de soins entre médecin de ville et CSAPA plutôt que fondé sur l'état de l'utilisateur et les connaissances scientifiques ? ;
- quelles sont les bonnes pratiques d'analyses urinaires sous TSO ? ;

⁸⁹ A cet égard, il semble que les petites structures rencontrent plus de difficultés à s'engager et à mettre en œuvre une démarche qualité structurée que les grosses.

⁹⁰ Un établissement visité a indiqué avoir fermé pendant 10 jours la structure au public pour préparer et réaliser leur première évaluation avec l'appui d'un consultant extérieur.

- quelle conduite à tenir, quelle stratégie de prise en charge en cas d'usage détourné de TSO ? ou de double consommation TSO + héroïne : adaptation ou remise en cause du TSO ? ;
- quels sont les bénéfices et les risques de l'usage à long terme des TSO et quelles seraient les bonnes conditions d'arrêt d'un traitement au long cours ? ;
- quelle place pour l'usage du Baclofène ?

Les besoins sont encore plus importants en matière de bonnes pratiques en psychothérapie (quels sont par exemple les avantages respectifs et les bonnes conditions de recours à une thérapie de travail motivationnel plutôt qu'à des entretiens d'alliance relationnelle ?) et en matière de santé mentale. Mais ils semblent particulièrement difficiles à traduire en termes de procédures pour les publics visés, d'où l'importance de la co-construction de projets personnalisés.

Un chantier plus global mérite d'être initié sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, compte tenu de la grande diversité des prises en charge observées dans les centres, sur le modèle du travail conduit pour accompagner la mise en route des CJC⁹¹.

Recommandation n°15 : Initier avec les opérateurs un travail national d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

5.6 Mieux définir les finalités et les indicateurs

La mission propose quelques principes concernant le contenu de l'évaluation.

- Concernant le choix du ou des thèmes à retenir dans le cadre de l'évaluation interne : le ou les thèmes doivent porter sur une ou plusieurs des interventions s'inscrivant dans les missions nationales des établissements (accueil, réduction des risques, orientation, accompagnement...) tout en cherchant à conjuguer les préoccupations de chaque établissement et les priorités régionales et territoriales des ARS.
- Trois démarches d'évaluation peuvent être distinguées selon leurs finalités.

Une première démarche que la mission propose de rendre obligatoire pour tous les établissements. Cette démarche serait identique dans les différentes régions, intéressant tous les établissements, portant sur les mêmes thèmes et les mêmes indicateurs. Pour faciliter la mise en œuvre de cette démarche et en faire un outil d'évaluation rapide, un nombre limité d'indicateurs seraient retenus ; un d'entre eux au moins témoignerait de l'articulation de l'établissement avec les autres dispositifs de prise en charge médicaux, sociaux et médico-sociaux.

Cette démarche s'inscrirait dans le dispositif réglementaire d'évaluation interne. Elle serait conduite en pluriannuel et permettrait des comparaisons dans le temps pour un même établissement et des comparaisons entre établissements.

Cette démarche serait celle prise en compte dans le dialogue de gestion annuel entre ARS et chaque établissement, dialogue que la mission recommande de revitaliser (voir infra). Le principe de pluri annualité doit être de mise, compte tenu du caractère progressif et graduel de la démarche d'évaluation et du travail dans la continuité qu'elle implique ;

Une autre démarche viendrait s'ajouter à la précédente dans le cadre du dispositif pluriannuel d'évaluation interne. Sa finalité première serait d'améliorer les pratiques internes. A la différence de la précédente, cette démarche serait locale, propre à chaque établissement, et porterait sur un ou plusieurs thèmes d'intérêt local discutés avec l'ARS. Les thèmes retenus pourraient - ou non - être reconduits d'une année sur l'autre.

⁹¹ Le guide « pratiques professionnelles dans les CJC » produit en 2012, avec la fédération Addiction, formule des recommandations sous forme de 12 fiches pratiques (sur le fonctionnement, l'accueil et l'accompagnement du jeune consommateur et de son entourage, l'intervention précoce) qui constituent un premier outil d'harmonisation des pratiques.

Enfin, des enquêtes ponctuelles, notamment à visée épidémiologique, peuvent être souhaitées dans un cadre régional ou national, ayant vocation à intéresser tous les établissements ou seulement certains d'entre eux, avec ou sans perspective de pluri annualité.

- Dans le cadre de l'évaluation, il paraît impératif à la mission que les établissements suivent de façon explicite des indicateurs communs de qualité sur le moyen et long terme.

La définition de ces indicateurs n'est pas sans poser un certain nombre de difficultés. C'est pourquoi, la mission préconise en la matière une réflexion nationale qui devrait porter à la fois sur des indicateurs de processus (relatifs à l'organisation, aux ressources mobilisées, aux activités réalisées⁹²), et des indicateurs de résultats (relatifs à l'impact, aux effets des processus mis en œuvre).

L'évaluation du service rendu doit porter à la fois sur la file active dans une logique interne, et sur la réponse aux besoins territoriaux selon une logique de maillage avec l'extérieur.

Les indicateurs de processus sont potentiellement très nombreux, mais ceux que la réflexion nationale choisira de retenir devront être en lien rapproché avec les différentes missions de l'établissement : réduction des risques liés aux conditions de consommation, des risques sanitaires (dépistage, vaccination, bon usage des médicaments⁹³), psychiques et sociaux, d'une part et participation au maillage territorial de l'offre, d'autre part.

Une difficulté tient à ce que des protocoles peuvent être plus facilement applicables à certains processus (distribution de matériel, dépistage, vaccination...) qu'à d'autres (appui psychique, conditions de consommation...). Une manière de circonvenir cette difficulté serait de prendre en compte le caractère complet, le degré d'actualisation et de réalisation des projets personnalisés.

A titre d'exemple, pour l'évaluation de la qualité de l'accueil du public pourraient être retenus pour l'accessibilité au public, les heures d'ouverture habituelles, le nombre de journées d'ouverture dans l'année, le nombre de journées de fermeture exceptionnelle dans l'année et leur justification (formation, évaluation, faits de violence par exemple) ; et, en ce qui concerne la réactivité face à la demande et aux attentes de ces publics, le délai entre le premier contact à l'accueil et le premier entretien de prise en charge avec le professionnel désigné.

Pour prendre en compte les activités de nature sociale il est proposé, par exemple, d'inclure le nombre d'accompagnements pour des démarches externes (Pôle emploi, mission locale, hôpital...).

Les indicateurs de résultats devraient prendre en compte :

- ✓ l'évolution de la santé somatique et de l'état de santé mentale des publics accueillis ;
- ✓ la réduction effective des risques sanitaires des publics visés ;
- ✓ leur qualité de vie ;

⁹² Par exemple, les indicateurs relatifs à la distribution de méthadone pourraient prendre en compte (i) le degré d'adaptation de la posologie à la réponse individuelle, (ii) la résilience vis-à-vis du protocole local, (iii) le degré de subsidiarité, (iv) la transparence du processus, la capacité locale de décrire et d'expliquer les pratiques de traitement.

⁹³ La mission attire l'attention sur les moyens budgétaires et les efforts consacrés à la sécurisation de l'approvisionnement et à la distribution de TSO en CSAPA. Dans le même temps, alors que les co-prescriptions médicamenteuses sont légions et leur bon usage incertain, une attention insuffisante est portée aux pratiques de prescriptions médicamenteuses en général.

- ✓ leur (ré)insertion sociale : l'acquisition de droits sociaux, l'accès à un logement, l'accès ou le retour à un travail⁹⁴ ;
 - ✓ l'évolution de la situation des personnes accueillies au regard de leur addiction et leur changements de pratiques conduisant à une réduction effective de leur consommation problématique ou à une sortie de l'addiction.
- Des distinctions pourraient être faites au sein des publics accueillis.

Il en est ainsi entre nouveaux contacts et personnes suivies sur le long terme. Pour les personnes nouvellement accueillies⁹⁵, la fidélisation, l'entrée dans un processus et un projet d'accompagnement représentent l'enjeu premier. Et la mise en œuvre de différentes prestations constitue autant d'objectifs à atteindre. Pour elle, la notion d'attrition est synonyme d'échec.

En revanche pour les personnes suivies dans le temps, un objectif de maintenance des résultats est attendu sur le long terme, mais une sortie du dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD, les personnes concernées quittant la file active pour être prises en charge par le dispositif général de « droit commun », sera le témoignage d'une réussite.

Au dire de plusieurs interlocuteurs, une typologie de file active peut être esquissée pour les usagers sous TSO. Quelques 10% d'usagers présenteraient des problèmes persistants (difficultés d'équilibrage du traitement) ou révélés (problèmes psychiatriques), quelques 25% des problèmes épisodiques, alors que quelques 65% seraient stabilisés dans le temps.

L'intérêt d'une telle approche typologique mérite d'être confirmé :

- ✓ elle pourrait être réalisée pour d'autres addictions ou co-addictions problématiques ;
- ✓ elle pourrait être confrontée aux expériences de prises en charge entre équipes ;
- ✓ elle pourrait permettre une approche plus sélective d'indicateurs d'évaluation.

Parmi les publics accueillis, une distinction pourrait également être opérée selon l'origine de la prise en charge : entre personnes volontaires et contacts sous contrainte.

Ainsi, pour les nouveaux contacts, les 10% problématiques de la file active sous TSO, pour les usagers pour lesquels le premier contact s'est opéré sous contrainte, les indicateurs pourraient privilégier des indicateurs de résultats attestant du maintien du lien. Pour les volontaires, les indicateurs de résultats en matière de réinsertion avec ou sans abstinence totale seraient de mise. Alors que pour des usagers en situation intermédiaire, l'évaluation pourrait porter à la fois sur des indicateurs de processus (mise en œuvre et adhésion à des actions de réduction de risque) et des indicateurs de résultats (diminution des difficultés et des risques liés aux pratiques de consommation, aux méfaits des mésusages, diminution effective et cessation du caractère problématique de la consommation).

Les indicateurs de qualité devraient prendre en compte la hiérarchie des actions et services attendus des établissements en distinguant parmi les interventions des établissements celles vis-à-vis desquelles devrait exister - en sus d'une obligation de moyens, à savoir que l'action soit conduite - une quasi-obligation de résultats (par exemple la qualité de la prescription médicamenteuse ou la sécurité de la dispensation thérapeutique) de celles qui relèvent d'une « simple » obligation de moyens (par exemple la mise en place d'activités de resocialisation).

⁹⁴ Par exemple, le nombre de personnes ayant acquis leurs droits sociaux dans l'année ou ayant (re)pris une activité ou un emploi. La prise en compte de ces informations qui mettent l'accent sur l'adaptation de la structure à des usagers instables et désinsérés dont il convient de « capter » et d'accompagner la demande de soins et qui peuvent être en situation de grande détresse, valoriserait ce type de pratiques aux yeux des établissements.

⁹⁵ L'OFDT estime le pourcentage de nouveaux usagers reçus en accueil fixe dans les CAARUD en 2010 à 36%.

L'analyse de la file active des différents établissements devrait distinguer, en matière d'intervention sociale, la fraction des publics pour lequel l'accueil doit être le premier objectif, de celle dont l'objectif doit être le maintien de l'insertion ou la réinsertion. Alors qu'en matière sanitaire, l'objectif de réduction de risque doit s'appliquer comme un impératif à tous les publics avec lequel l'établissement est en contact.

De même, une réflexion pourrait être conduite sur la pertinence qu'il y aurait à distinguer entre indicateurs témoignant de la résolution de problèmes solvables et directement observables (tels l'ouverture de droits sociaux, l'obtention d'un logement, l'accès à un traitement substitutif) et ceux dépendant et témoignant de changements d'attitude de la part du public pris en charge (responsabilisation, restauration de la confiance de soi, développement ou recouvrement de capacités de communication et de socialisation).

Recommandation n°16 : Définir avec les opérateurs des indicateurs de processus et de résultats à retenir afin d'harmoniser les démarches d'évaluation des établissements.

5.7 Reconfigurer l'évaluation externe

L'intérêt qu'un regard extérieur participe à la démarche d'évaluation en santé est reconnu. Son application est requise réglementairement aussi bien dans le domaine clinique⁹⁶ que dans les ESMS⁹⁷.

La mission ne remet pas en cause le principe de cette évaluation externe. En revanche, elle s'interroge sur le bien fondé de la procédure actuelle sur quatre points : sa finalité, son calendrier, son opérateur, et son coût.

La procédure actuelle prévoit que l'évaluation externe intervienne dans le cadre du renouvellement d'autorisation des établissements⁹⁸. La mission estime que l'évaluation et notamment son volet externe doit servir avant tout à la gestion des établissements : à leur gestion interne pour permettre une amélioration de leurs pratiques, et à leur gestion par la tutelle pour optimiser l'utilisation des ressources collectives.

Le calendrier de la procédure actuellement en vigueur, qui prévoit une durée d'autorisation de 15 ans, laisse la porte ouverte à une intervention très tardive du volet externe. Trop tardive, cette intervention risque d'être trop déconnectée d'une démarche qui se doit d'être continue et ancrée dans le quotidien des établissements.

Dans le cadre actuel, le regard extérieur résulte d'un tiers extérieur dont l'intervention est financée par l'établissement évalué. Cette disposition n'est pas sans risque de présenter un conflit d'intérêt⁹⁹.

De surcroît, la multiplicité des prestataires extérieurs ne met pas à l'abri d'une trop grande hétérogénéité des évaluations, malgré les recommandations récentes de la tutelle relatives au formalisme du rapport d'évaluation externe figurant dans l'instruction n° DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)¹⁰⁰.

Le coût d'intervention des prestataires extérieurs paraît source de dépenses injustifiées. Le bilan des évaluations externes des ESMS réalisé par l'ANESM indique une dépense cumulée de 24,8 M€ pour les 3593 établissements ayant fait l'objet d'une évaluation externe au 30 juin 2013¹⁰¹. Si l'on extrapole aux quelques 30-35000 ESMS concernés par l'évaluation externe, la dépense globale s'élèverait à quelques 250 M€; soit une somme d'environ 16,6 M€ par an sur 15 ans. La mission estime que les ressources employées (l'équivalent de quelques 200 ETP) devraient plutôt être affectées au renforcement des équipes des ARS.

La mission recommande que l'état d'avancement des travaux d'évaluation fasse l'objet d'une intervention et d'un suivi plus systématiques des ARS.

Elle recommande que la mise en œuvre de l'évaluation externe des CSAPA et des CAARUD soit assurée directement par la tutelle, c'est-à-dire par les ARS, et non plus par un prestataire extérieur.

Un équilibre doit être trouvé, dans un cadre contractuel, entre le degré d'attente du financeur en matière de résultats d'évaluation et le respect d'une certaine souplesse dans les rapports entre l'ARS et les établissements pour préserver l'engagement associatif qui doit animer ces derniers.

⁹⁶ Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu.

⁹⁷ Article L.312-8 du CASF.

⁹⁸ L'article L.313-1 du CASF ne dispose que le renouvellement de l'autorisation soit subordonné exclusivement aux résultats de l'évaluation externe.

⁹⁹ Même si la procédure d'habilitation des prestataires évaluateurs externes doit atténuer ce risque.

¹⁰⁰ L'instruction met en garde vis-à-vis d'un risque de rapport lacunaire, de rédaction trop générale ou stéréotypée. Son annexe n° 6 précise les 7 éléments constitutifs du rapport d'évaluation externe : éléments de cadrage, descriptif de la procédure, développements informatifs, résultats de l'analyse détaillée, synthèse, préconisations, abrégé du rapport.

¹⁰¹ « Bilan des évaluations externes au 30 juin 2013 » ANESM Note d'information, novembre 2013.

Cette évaluation « externe » devrait être systématiquement articulée avec le suivi budgétaire des structures dans le cadre de leur dialogue de gestion annuel.

Le cadre général de suivi des établissements par les ARS devrait mettre en regard l'analyse des besoins territoriaux, celle de la file active, les financements octroyés, les ressources consommées, les activités réalisées, leur qualité et leurs effets.

En préalable, la mission recommande que la réflexion commune nationale qu'elle préconise en matière de mode de financement (articulant ressources et activités) soit menée concomitamment à celle recommandée en matière d'indicateurs de qualité.

Cette nouvelle procédure d'évaluation « externe » aurait l'avantage d'inscrire l'évaluation dans une démarche plus régulière et mieux cadrée. Ce faisant, elle mettrait les ARS en situation de mieux utiliser les ressources collectives en renforçant les compétences internes de l'administration, lui permettant ainsi d'intégrer l'évaluation comme véritable outil de gestion.

La mission estime que devrait être posé le principe d'une transparence globale. Celle-ci serait mise en œuvre d'ici quelques années, c'est-à-dire lorsque les outils nécessaires auront été définis de concert et les établissements rodés à leur mise en œuvre.

Dans cette perspective, des échanges collectifs devraient être organisés par l'ARS au niveau régional une ou deux fois par an sur l'état d'avancement des établissements et leurs travaux en matière d'évaluation.

La transparence concernerait les établissements, les moyens financés, les actions déployées et ce que l'on peut évaluer de leur effet sur les personnes contactées, accueillies et prises en charge.

Elle permettrait aux ARS de mettre en regard les données déclaratives des établissements aux résultats des enquêtes une semaine donnée que la mission recommande à terme dans le cadre de l'évolution du mode de financement des établissements (voir infra).

Elle permettrait une comparaison entre établissements comparables. Celle-ci n'interviendrait ni dans une perspective de compétition, ni dans une perspective d'uniformisation mais pour réduire les éventuels écarts inexplicables ou injustifiés. Elle permettrait d'informer le public et de rendre compte au législateur.

Recommandation n°17 : Intégrer l'évaluation dans le dialogue de gestion avec la tutelle et modifier la réglementation relative à l'évaluation externe des CSAPA et CAARUD

6 LES CONDITIONS DE FINANCEMENT DOIVENT EGALEMENT MONTER EN PUISSANCE

6.1 Les modalités actuelles de financement sont trop tributaires du passé

Le financement des CAARUD et celui des missions obligatoires des CSAPA interviennent dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et du « sous ONDAM » spécifique médico-social. Mais ce dernier ne concerne pas que les CSAPA et les CAARUD.

Conformément aux dispositions des articles L.314-3-2 et L.314-3-3 du CASF, chaque année, suite au vote par le Parlement de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget fixent par arrêté d'une part, un objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour ces établissements et d'autres structures, services ou actions : appartements de coordination thérapeutique (ACT), « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés », et certaines actions expérimentales de caractère médical et social et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces établissements ou structures, services ou actions.

Le tableau ci-dessous indique l'évolution de l'ONDAM spécifique relatif aux établissements, structures et actions mentionnés à l'article L.314-3-3 du CASF.

Tableau 1 : Evolution de l'ONDAM spécifique (art L.314-2 CASF) entre 2006 et 2013

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif ONDAM spécifique (M€)	262	298	324	363	405	429	454	481
Taux d'évolution		13,7%	8,7%	12,4%	12,1%	5,4%	5,9%	5,9%

Source : DSS

Le tableau ci-dessous indique le montant annuel des crédits constituant la somme des dotations régionales pour les établissements et actions mentionnés à l'article L.314-3-3 du CASF.

Tableau 2 : Evolution des crédits des dotations régionales entre 2006 et 2013

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Montant annuel des dépenses (M€)	279,44	313,35	340,23	378,55	412,83	439,36	466,67	491,28
Taux d'évolution		12,1%	8,6%	11,3%	9,1%	6,4%	6,2%	5,3%

Source : DGS

La répartition de ces crédits entre l'ensemble des régions repose sur les données issues des remontées effectuées par les ARS, pour 2013 : état des lieux du circuit du médicament dans les CSAPA - instruction DGS/MC2/2012 du 31 août 2012 relative aux remontées d'information portant sur les CSAPA ; bilan des CSAPA-CAARUD au titre de 2012 - Annexe 2 de la circulaire interministérielle N°DGCS/5C/DGS/MC2/DSS/1A/DGOS/R4/2012/395 du 22 novembre 2012 ; volet médico-social et actions de santé publique de l'enquête sur la mise en œuvre du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 (Annexe 4 de l'instruction 2013/127 du 28 mars 2013).

Toutefois, les critères de répartition entre régions ne sont pas clairement définis.

Les tableaux ci-dessous indiquent l'évolution des crédits de fonctionnement notifiés aux ARS pour la prise en charge de l'addictologie (CSAPA, CAARUD, CT) et des appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ceux-ci ont bénéficié d'une progression constante ces dernières années.

Tableau 3 : Evolution des crédits de fonctionnement notifiés aux ARS pour le dispositif médico social de prise en charge de l'addictologie

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Crédits addicto + ACT (M€)	276,12	302,71	322,12	344,79	376,14	395,96	416,67	437,93
Taux d'évolution		9,6%	6,4%	7,0%	9,1%	5,3%	5,2%	5,1%

Source : DGS

Tableau 4 : Evolution des crédits de fonctionnement notifiés aux ARS pour la prise en charge de l'addictologie (CSAPA, CAARUD, ACT) calculée à partir de l'exécution ACT

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crédits addicto (M€)	253,52	276,01	293,12	309,19	332,54	343,56	361,67
Taux d'évolution		8,9%	6,2%	5,5%	7,6%	3,3%	5,3%

Source : DGS décembre 2013

Le montant total annuel des dépenses prises en compte pour la dotation des établissements relevant des articles L.314-3-2 et L.314-3-3 du CASF est constitué en dotations régionales limitatives. Ces dotations sont fixées dans le cadre d'une circulaire annuelle qui définit de surcroît les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles.

Le tableau ci-dessous compare la population des régions (en % de la population générale recensée en 2009), les montants qui leurs sont délégués pour les CSAPA et les CAARUD (en % du montant général délégué en 2012 aux CSAPA et aux CAARUD respectivement) et le socle d'attribution pour 2013 des CSAPA, CAARUD et ACT.

Tableau 5 : Montant des crédits notifiés aux ARS pour les CSAPA et CAARUD en 2012 et 2013

Région	% population 2009	% montants CSAPA 2012	% montants CAARUD 2012	% socle addico+ ACT 2013
Alsace	2,87	2,69	2,67	2,40
Aquitaine	4,97	4,71	4,22	5,12
Auvergne	2,08	1,58	1,59	1,59
Basse-Normandie	2,28	1,34	0,53	1,22
Bourgogne	2,54	2,36	1,61	2,01
Bretagne	4,92	3,35	2,31	2,95
Centre	3,95	2,91	2,91	2,77
Champagne-Ardenne	2,08	2,33	2,19	1,99
Corse	0,48	0,66	0,40	0,63
Franche-Comté	1,81	1,8	1,32	1,53
Haute-Normandie	2,83	3,15	2,16	2,88
Ile-de-France	18,3	22,14	22,85	24,07
Languedoc-Roussillon	4,07	5,44	6,96	5,42
Limousin	1,15	0,81	0,60	0,76
Lorraine	3,64	3,63	2,21	3,20
Midi-Pyrénées	4,45	4,47	4,24	4,20
Nord-Pas-de-Calais	6,25	6,91	10,27	7,14
Pays de Loire	2,27	3,97	2,59	3,83
Picardie	2,96	3,55	2,64	3,07
Poitou-Charentes	2,73	2,37	2,07	2,18
PACA	7,68	8,63	12,2	9,03
Rhône-Alpes	9,58	7,23	5,87	7,03
Guadeloupe	0,63	0,76	0,81	0,90
Martinique	0,62	1,13	0,22	1,09
Guyane	0,36	1,1	3,30	1,8
Réunion	1,27	0,94	1,22	1,17

Source : INSEE et DGS

Ces comparaisons - toutes sous-populations et tous produits confondus - ne peuvent servir que de base de réflexion, dans la mesure où la répartition géographique des usagers ayant une consommation problématique de substances addictives n'est très probablement pas homogène d'une région à l'autre (tout comme elle ne l'est pas au sein d'une région) et d'un produit consommé à l'autre.

Mais, dans la mesure où il n'y a pas de critères nationaux de répartition entre régions, elles mériteraient une analyse fine. Ainsi, elles pourraient être complétées en tenant compte d'indicateurs supplémentaires et confrontées à d'autres données disponibles : en prenant en compte par exemple un indicateur de précarité pour les CAARUD, ou la carte géographique de morbi-mortalité liée à la consommation d'alcool.

D'autres éléments de comparaison existent.

L'OFDT vient de réaliser une comparaison des profils régionaux de l'ensemble des CSAPA à partir des données 2010 ou de la dernière année disponible. Cette analyse porte, dans chaque région, sur :

- la file active régionale globale rapportée au nombre d'habitants (moyenne nationale 6,6/ 1000 habitants) ;
- la file active par catégorie de produits et par habitant ;
- la composition moyenne des équipes selon la compétence professionnelle des ETP (en % d'ETP) ;
- le nombre d'ETP rapporté au nombre d'habitants (moyenne nationale 8,4/ 1000 habitants), et le nombre d'ETP médecins par habitant ;
- le nombre d'ETP rapporté au nombre de patient (usager vu et/ou pris en charge) (moyenne nationale 1,27) ;
- le profil socio démographique (tranche d'âge, sexe, niveau d'insertion sociale - logement, prison, revenus -, conditions d'arrivée, co consommations et % de dépendance) ;
- les données selon l'orientation préférentiellement « alcool » ou « drogues illicites » des centres ;
- et leurs écarts à la moyenne.

L'analyse réalisée par l'OFDT des rapports d'activité annuels des CARRUD¹⁰² renseigne sur :

- la répartition des structures en fonction de leurs recettes¹⁰³ ;
- la répartition du personnel salarié selon le montant de recettes des établissements¹⁰⁴ ;
- les modalités et lieux d'intervention ;
- l'estimation des files actives régionales, selon les modes d'intervention des structures, et la répartition des CAARUD selon la taille de leur file active¹⁰⁵ ;
- les actes réalisés : leurs modalités de réalisation, leurs types (accueil, dépistage, RDR, soins, accès aux droits sociaux, logement, formation, emploi, hygiène) ;
- et des données qualitatives sur le profil des usagers, leurs problèmes sanitaires et sociaux et une activité de veille sur certains produits.

Quoiqu'il en soit, les ARS gèrent la répartition de l'enveloppe régionale et arrêtent des dotations globales de financement pour les différents établissements relevant des articles L.314-3-2 et L.314-3-3 du CSDAF sus-évoqués. Les dotations sont ensuite versées aux CSAPA et aux CAARUD selon des modalités qui peuvent varier d'une région à l'autre, via les caisses primaires d'assurance maladie.

¹⁰² « Les CAARUD en 2010 » - OFDT septembre 2011, opus cité.

¹⁰³ Ainsi en 2010, 17,4% des CAARUD avaient un financement inférieur à 100 000€ et 17,4% un financement égal ou supérieur à 500 000€, les deux tiers restants ayant eu un financement entre 100 et 500 000€

¹⁰⁴ En moyenne 4,7 ETP par établissement, 1,4 ETP dans les centres disposant de moins de 100 000€; 10,8 ETP dans les établissements disposant de 500 000€ ou plus, 3,9 dans les autres établissements.

¹⁰⁵ Ces files actives ne pouvant – comme l'indique l'OFDT – être utilisées comme des indicateurs de besoins dans la mesure où elles dépendent également de l'offre et de l'accessibilité des structures.

Les ARS disposent de plusieurs éléments pour leur répartition territoriale : les orientations du projet régional de santé, qui a pris la suite du schéma régional d'addictologie, et qui relèvent aujourd'hui selon les régions de plusieurs schémas (SROS, SQROMS, schéma prévention) avec une vision ou un projet transversal inégalement affirmés, la connaissance du maillage territorial des structures et de leurs antennes dans les bassins de population, les données des rapports annuels d'activité des structures et les données comparatives des rapports d'activité transmises par l'OFDT¹⁰⁶, la prise en compte de la file active au vu des ressources en personnel, et la prise en compte de la composition des équipes existantes et de la pluri professionnalité au sein de ces équipes.

Il ne semble pas y avoir de répartition par structure en fonction de critères épidémiologiques, sociaux, économiques ou populationnels.

Bien qu'éclairé par les éléments à disposition et le budget prévisionnel de l'année des établissements, le niveau de dotation des CSAPA et des CAARUD est avant tout le résultat, parfois disparate, d'un niveau d'allocation de ressources historique dans la mesure où les ARS ont le plus souvent reconduit de manière automatique le montant des subventions année après année en tenant compte d'un taux d'évolution annuel fixé nationalement¹⁰⁷. Certaines ARS, estimant que ce taux d'actualisation n'est ni un plafond, ni un droit pour chaque établissement à voir évoluer sa base budgétaire pérenne dans la même proportion, ne l'appliquent pas uniformément à tous les établissements. Elles inscrivent le taux d'actualisation, conformément aux dispositions des articles R.314-22 et R.314-23 du CASF :

- dans une analyse du caractère soutenable des évolutions budgétaires sollicitées au regard de celle de l'enveloppe régionale limitative ;
- dans les orientations nationales et régionales ;
- dans une appréciation des moyens de la structure au regard d'une comparaison avec moyens accordés aux structures similaires.

Certaines ARS pratiquent une retenue sur le taux annuel d'actualisation afin de permettre la constitution d'une marge régionale pour mettre en œuvre des priorités locales.

De surcroît, des mesures nouvelles non reproductibles sont financées chaque année, au plan national :

- en 2011 : 7,8 M€ pour les CSAPA et les CAARUD dont 2,27M€ pour les personnes placées sous main de justice ;
- en 2012 : 7,41 M€ dont 1,25 M€ pour les addictions au jeu, 1,02 M€ pour les CSAPA référents dans les établissements pénitentiaires ;
- en 2013 : 4,54M€ destinées (i) à la sécurisation du circuit du médicament dans les CSAPA, notamment par la mise en place de vacations de pharmacien pour assurer la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation des médicaments, (ii) au renforcement de la pluridisciplinarité des équipes et à la qualité de la prise en charge.

La répartition du taux d'actualisation et l'attribution sélective de mesures nouvelles a permis un certain rééquilibrage entre établissements mais à un niveau généralement faible compte tenu du montant limité de ces mesures.

Plusieurs ARS ont entamé des réflexions sur les activités et le financement des CSAPA et des CAARUD à partir d'un état des lieux des dotations et des différents types d'activité des établissements. Les difficultés qu'elles rencontrent, tiennent à la grande hétérogénéité des dotations, des activités et parfois des équipes d'un établissement à un autre.

¹⁰⁶ Mais celles-ci ne sont disponibles actuellement qu'avec un décalage de trois années.

¹⁰⁷ Ce taux a été fixé à 1,4% en 2014.

A ce jour, les ARS ne disposent pas d'un référentiel d'activités avec des coûts moyens indicatifs.

Actuellement le financement des CSAPA et CAARUD est fondé exclusivement ou quasi exclusivement sur cette dotation annuelle globale pour la plupart de ces établissements. Des financements complémentaires peuvent provenir de financements d'actions de prévention (provenant de financeurs divers : crédits d'Etat de prévention, financements sur projets de collectivités territoriales - les plus souvent des grandes villes, communautés de communes ou département) qui dans le cadre de leurs politiques en faveur de la jeunesse ou de la santé publique recherchent des promoteurs connaissant les problématiques de l'addictologie, financements d'actions de prévention de la part d'entreprises...), financement d'actions de formation à l'extérieur des structures, rarement de subventions complémentaires de collectivités (par exemple dans les rares CSAPA accolés à des centres de santé municipaux), financement de certains personnels et/ou de certaines prestations dans certains CSAPA hospitaliers.

6.2 Les modalités de financement des CSAPA et CAARUD peuvent être améliorées

6.2.1 Les principes de financement doivent être transparents

Une des raisons de la reconduction quasi automatique des allocations aux établissements tient à ce que l'on ne dispose pas de coûts normés pour leurs activités. La question est posée de savoir si les CSAPA et les CAARUD pourraient être financés selon d'autres modalités, et notamment tarifés à l'acte ou à l'activité.

Avant de définir un mode de financement, il importe d'être au clair avec les principes qui doivent le fonder.

Les pouvoirs publics, en tant que financeurs quasi-exclusifs des CSAPA et des CAARUD qui constituent le volet médico-social spécifique du dispositif de prise en charge des personnes ayant des conduites addictives problématiques, doivent prendre en compte plusieurs principes dans le financement de ces établissements¹⁰⁸ :

- Le principe de connaissance : les pouvoirs publics doivent fonder l'allocation des ressources sur la connaissance et l'analyse des besoins ;
- Le principe de proportionnalité : les pouvoirs publics doivent proportionner les ressources allouées à l'utilité attendue des prestations financées
- Le principe d'égalité : ils doivent garantir une égalité de traitement pour les opérateurs financés ;
- Ils doivent garantir que soit assurée une égalité de service aux usagers auxquels s'adresse le dispositif, étant entendu que le dispositif peut s'adresser en priorité – compte tenu des ressources limitées - aux publics le nécessitant le plus (à savoir les usagers les plus à risque et les moins aptes à être pris en charge par le dispositif sanitaire et social de « droit commun»);
- Le principe d'économicité : ils doivent veiller à l'utilisation optimale des ressources allouées au sein du dispositif ;
- Le principe de transparence : les pouvoirs publics doivent garantir la transparence des modalités d'allocation ;
- S'assurer de la réalité des prestations et mesurer au mieux leur impact en matière de service rendu ;
- Rendre compte des résultats obtenus en vue d'améliorer le dispositif.

¹⁰⁸ Ces principes valent plus généralement pour le financement des autres structures médico-sociales.

Les enjeux du financement des CSAPA et des CAARUD sont multiples selon les personnes concernées (usagers et leur entourage, personnels des établissements, pouvoirs publics) mais ils s'additionnent.

Les principaux enjeux pour les usagers et leur entourage sont les suivants : réponse à leur attente, pertinence des actions entreprises, qualité de ces interventions, satisfaction pour eux et leur entourage, et utilité des interventions.

A ces enjeux s'additionnent ceux propres aux professionnels des établissements : reconnaissance de l'activité bien faite, valorisation de la compétence, valorisation de la quantité de travail fournie, valorisation des responsabilités assumées, mise à disposition de ressources adéquates permettant des conditions de travail appropriées et un niveau de rémunération suffisant.

S'y ajoutent enfin les enjeux et requis propres aux pouvoirs publics : assurer l'efficacité de l'activité des établissements en veillant à la pertinence des prestations, en incitant au travail collaboratif et à la délégation de tâches en interne, et aux partenariats dans le cadre d'un maillage externe et en faisant adopter les modalités les moins coûteuses en gestion, pour se centrer sur le cœur de mission : les prestations aux usagers.

Aussi, leur financement est-il une question complexe. Le dispositif doit s'inscrire dans une démarche globale :

- chercher l'efficacité dans l'allocation et chercher à produire la quantité et la qualité adéquates d'interventions auprès des populations cibles. Cela nécessite la connaissance fine de nos besoins (nationaux comme territoriaux), la définition et la mesure de la pertinence des interventions, et l'évaluation des prestations selon les résultats obtenus.
- bien répartir la ressource. Ce qui implique, là encore, une connaissance fine des besoins, une identification bien ciblée des priorités, une possibilité de comparer les ressources allouées aux activités réalisées
- faire en sorte que le choix des actions menées par les établissements ne soit pas conditionné par des considérations financières.
- chercher l'efficacité productive (minimiser les inputs pour un output donné, ou maximiser l'output pour une combinaison d'inputs donnée). Ce qui nécessite de s'assurer de la qualification et du bon niveau des intervenants, d'adopter au sein des établissements les modalités les moins coûteuses en gestion, et les plus incitatives à se centrer sur le cœur de mission, ainsi qu'une prise en charge globale. L'intervention d'autres acteurs médicaux et sociaux dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers pour lesquels la consommation est problématique implique un bon maillage entre acteurs d'un même territoire, une bonne répartition et une bonne coordination, pour accompagner les usagers dans un meilleur « parcours » de vie.

Le financement doit répondre à des contraintes multiples. Le niveau de financement doit être cohérent avec les besoins des usagers. La tarification doit être en rapport avec les ressources déployées par les établissements. Elle doit pouvoir être modulée selon la pertinence, la qualité et le volume de l'activité réalisée, et l'utilité du service rendu (le résultat). Elle ne doit pas être inflationniste pour le financeur public.

Elle ne doit pas faire obstacle et à l'inverse, autant que possible inciter à une bonne coordination et à une bonne coopération entre ces établissements (CSAPA ET CAARUD) et les autres acteurs susceptibles d'aider à la prise en charge des publics concernés par un usage problématique de substances ou de conduites addictives.

6.2.2 Le paiement à l'acte n'est pas une piste d'évolution souhaitable

Le paiement à l'acte, à l'exemple du financement de l'activité médicale libérale en ville, a fait la preuve de sa robustesse. Il consiste dans le domaine sanitaire à rémunérer le médecin pour chacune de ses interventions ponctuelles successives auprès des personnes prises en charge sur une base de valorisation de chaque type d'acte ou d'intervention issue d'accords conventionnels entre les producteurs de soins et l'assurance maladie.

Le paiement à l'acte permet au médecin d'adapter ses actes aux besoins du malade. Il lui permet aussi de moduler son revenu en fonction du travail fourni. En revanche, il ne garantit pas pour autant l'utilité, la pertinence de l'acte ni sa qualité, donc la qualité du service rendu.

Le paiement à l'acte permettrait un traitement équitable des établissements par le financement d'un même prix pour une même prestation.

Si on appliquait aux établissements médico-sociaux une modalité de rétribution à l'acte, on devrait en théorie envisager de définir une nomenclature des prestations réalisées.

Puis il s'agirait d'attribuer une valeur à chacune des actions entreprises vis-à-vis des usagers qu'ils prennent en charge et accompagnent en fonction des ressources mobilisées. La juste valorisation de chaque action pourrait se concevoir en réalisant une étude des coûts constatés par analogie avec la tarification des groupes homogènes de séjours (GHS) dans les établissements de santé sur la base des coûts constatés dans le cadre de l'étude nationale des coûts (ENC)¹⁰⁹.

Il faudrait constater les actions menées sur un temps donné, en pratique sur une année et sommer leurs valorisations. En pratique, une dotation interviendrait en fonction de l'activité de l'année N-1 puis serait adaptée en cours ou en fin d'exercice en fonction de l'activité constatée en année N.

Toutefois, cette modalité de financement paraît mal adaptée au dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD et plus précisément aux publics qui les fréquentent. Elle présenterait, de surcroît, des difficultés de mise en œuvre, et surtout ne répondrait pas à plusieurs des requis du financement.

L'établissement de la nomenclature poserait des difficultés certaines. La question de la nécessité d'avoir à prendre en compte - ou non - différents critères pourrait s'avérer très complexe : produits concernés, modalités de consommations, complexité des situations, niveaux d'ambition dans les objectifs poursuivis, prise en charge individuelle, séances collectives... Quand bien même l'acculturation à une démarche globale vis-à-vis de l'addiction problématique fait - lentement - son chemin, l'établissement d'une nomenclature supposerait non pas une harmonisation des pratiques mais à tout le moins un consensus sur les pratiques souhaitables qu'il semble difficile d'envisager, même à moyen terme, dans ce domaine.

Le paiement à l'acte, par construction, rend plus aisée la valorisation du quantitatif de l'acte technique, et beaucoup moins le qualitatif, le temps d'observation clinique, le temps d'écoute de la souffrance de l'utilisateur et de ses conditions de vie, le temps d'analyse et d'évaluation de sa demande. Le paiement à l'acte n'est pas bien conçu pour rémunérer du temps de coordination, de dynamique de groupe, du temps d'accompagnement d'utilisateur dont la demande n'est pas monolithique, mais au contraire hésitante, fluctuante, souvent faite d'aller - retours.

Un élément important de variation des ressources à consacrer et donc des coûts - au-delà de la nature même des prestations réalisées - tient à la composition de la population prise en charge impliquant des prises en charge très individualisées, dont un certain nombre au long cours, et en même temps un renouvellement important de la file active.

¹⁰⁹ On ne saurait toutefois occulter les difficultés, notamment en termes de valorisation des actes de psychothérapie et de prise en charge des situations de santé mentale détériorée.

Il est certainement plus facile et moins coûteux de prendre en charge un usager soucieux de sa dépendance et de son état de santé, disposant d'un bon niveau socio-culturel, de revenus réguliers et bien inséré dans son environnement que de personnes inconscientes des risques liés à leur pratiques de consommation, en déni de leur dépendance mais sous main de justice et adressées à ces établissements ou de personnes totalement dés insérées ou en situation de grande détresse sociale. Or la prise en charge de ceux-ci est tout autant sinon plus prioritaire.

Aussi, compte tenu de la très grande variabilité de la demande, de la capacité d'engagement et d'adhésion des publics pris en charge, la prise en compte de coûts moyens se révélerait t'elle inappropriée pour un grand nombre d'actes constituant pourtant l'activité quotidienne de ces établissements. Vouloir imposer une norme moyenne risquerait d'aboutir à sur-financer certaines situations et à induire un comportement de sélection au détriment des personnes les plus en difficulté qui nécessitent des efforts et des interventions au-delà de la norme moyenne des ressources consacrées.

Pour les mêmes raisons (difficulté à définir une « bonne » prise en charge –type), il serait également très délicat d'identifier des coûts optimaux pour chaque acte réalisé.

Compte tenu du nombre important d'actes de nature diverse réalisés quotidiennement dans ces établissements, leur relevé systématique et leur comptabilité exhaustive dans le cadre d'un codage aux fins de financement détournerait un temps de travail non négligeable aux dépens du cœur de mission.

De plus, un financement à l'acte ne met pas à l'abri d'un certain nombre de risques inhérents à cette modalité de financement.

Il ne met pas à l'abri du risque inflationniste. Et il apparaîtrait peu approprié de faire précéder la démarche par la prédéfinition du type et du volume d'actes attendus en fonction des besoins estimés de la population cible, donc de fixer des objectifs quantitatifs par type d'actions dans le but de limiter ce risque inflationniste.

Il ne garantit ni la qualité des actes effectués, ni leur pertinence, cette dernière dépendant grandement de la demande et du degré d'engagement du public pris en charge dont on a vu qu'il variait non seulement entre individus mais chez chaque individu dans le temps.

Comme indiqué, il expose au risque de voir certaines équipes trop se concentrer sur les publics les moins exigeants et sélectionner une partie de leur file active.

Il expose au risque de se focaliser sur les actes les moins contraignants - même si ce ne sont pas les plus valorisés – au risque d'impacter négativement le service rendu.

Enfin, il n'incite pas au travail collaboratif avec les autres acteurs potentiels de la prise en charge et de l'accompagnement de ces publics à l'extérieur de ces structures.

6.2.3 Une tarification à l'activité ne paraît pas non plus réaliste

Dans le champ sanitaire, la tarification à l'activité (T2A) valorise et permet de financer un ensemble de prestations fournies à des personnes prises en charge dont on estime qu'elles relèvent grosso modo d'un même type et d'un même ensemble de prestations mobilisant des ressources comparables. Le dispositif identifie des groupes homogènes de malades et des groupes homogènes de séjours hospitaliers pour lesquels les ressources utilisées sont valorisées sur la base de l'analyse de leurs coûts moyens¹¹⁰.

¹¹⁰ Ce dispositif constitue une grande part, voire l'essentiel du financement des établissements ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et s'étend progressivement aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) mais n'est pas généralisée à l'ensemble du champ sanitaire (activités de psychiatrie et de santé mentale).

L'éventualité d'une tarification à l'activité dans les CSAPA et les CAARUD présente un certain nombre d'intérêts potentiels :

- elle pourrait constituer un levier « pédagogique » mettant au jour la dimension économique de l'activité ;
- en créant un lien avec la production de services, elle serait susceptible de conduire à une plus grande prise en compte de la productivité (fonction d'efficience) ;
- elle pourrait favoriser une réflexion locale sur une meilleure organisation interne ou une amélioration des partenariats ;
- elle pourrait contribuer à des réorganisations (création d'antennes plutôt que de petites structures indépendantes aux ressources très limitées) ou des fusions qui s'avèreraient opportunes ;
- elle permettrait un traitement équitable entre établissements par le financement d'un même prix pour un même service (fonction d'allocation) ;
- ce faisant, elle conduirait à s'interroger sur l'opportunité d'une certaine redistribution de ressources et sur la réduction d'écarts éventuels entre structures.

Toutefois, dans le champ sanitaire, la T2A est critiquée sur un certain nombre de points¹¹¹ :

- l'analyse des coûts opérée pour la mise en œuvre de la T2A ne reflèterait pas suffisamment la réalité de l'ensemble des établissements ;
- une tarification sur la base de coûts moyens induit mécaniquement des effets de rente positive ou négative. Les effets de rente ont conduit à la confection de « logiciels » permettant d'optimiser le codage des activités au regard des choix tarifaires fait nationalement, a fortiori compte tenu de l'augmentation du nombre de GHS, traduction française de ce que les anglo-saxons ont nommé le DRG *creep* ;
- les effets de rente ont instillé progressivement une notion de malades plus « rentables » que d'autres, contraire à l'éthique médicale et soignante ;
- la T2A a instauré un changement de culture dans la gestion hospitalière, en ajoutant à l'objectif de maîtrise de la dépense une recherche de majoration des recettes par l'activité ;
- elle a introduit pour une partie du corps médical et soignant une distance à l'égard de l'administration, pour avoir cru à tort que le mécanisme financerait l'activité et comprendre plus tard que les tarifs baissaient à due concurrence du développement de l'activité ;
- elle n'a en rien incité à la prise en compte de la qualité, et ne garantit pas la pertinence des augmentations d'activité constatées ;
- elle a conduit à renforcer des déséquilibres territoriaux entre une activité nécessairement très variée dans le secteur public et une spécialisation accrue de l'activité de certains établissements privés, ce qui s'est révélé une contrainte d'équilibre parfois notoire pour certains établissements publics.
- elle fait insuffisamment l'objet d'évaluation du coût de sa gestion, tant du point de vue des établissements que de son pilotage national.

Des interrogations comparables pourraient être soulevées si une tarification à l'activité devait être introduite pour le financement des CSAPA et des CAARUD :

- des effets de rente pourraient être observés, notamment des effets de rente négative pour de petites structures disposant de moyens très limités mais dont la présence sur le terrain s'avère nécessaire en l'absence d'offre alternative ;
- une sélection dans la file active pourrait être opérée ;
- une majoration de recettes pourrait être recherchée en faisant revenir les usagers plus systématiquement que nécessaire ;

¹¹¹ Voir « Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages ». Juin 2013.

- ni la pertinence ni la qualité des services ne seraient prises en compte ;
- la T2A ne met pas à l'abri d'un retour vers une forte spécialisation de l'activité de certains établissements alors que celle-ci peut être acceptée dans des territoires où l'offre est suffisamment diversifiée mais va globalement à l'encontre de l'évolution souhaitée vers des structures adoptant une démarche globale de prise en charge des différentes addictions ;
- à supposer que les outils de mise en place soient disponibles, elle serait coûteuse en temps de gestion à la fois dans les structures financées et du côté du financeur, au moins dans les premières années de mise en œuvre.

Certaines dispositions pourraient être prises pour contrecarrer ces risques :

- un effet rente négative pourrait être contrecarré, dans les structures qui le justifieraient, par une allocation spécifique ;
- de manière à lutter contre une éventuelle sélection dans les files actives et pour se mettre à l'abri de la prise en compte de considérations financières dans le choix des actions menées et des prestations et services réalisés, une réflexion pourrait être lancée et un consensus recherché sur la composition attendue d'une file active dans les différentes structures et un case-mix type des différentes structures (selon leur statut CSAPA hospitalier ou ambulatoire ou CAARUD et leur éventuelle spécialisation)¹¹² ;
- pour faciliter l'efficacité productive, il conviendrait d'une part de mettre en place un dispositif de mesure de l'activité dédié à cette finalité de financement mais peu contraignant et d'autre part de combiner le plus possible les requis liés au financement à ceux de l'évaluation ;
- de même, les éléments à prendre en compte pour juger de la pertinence, de la qualité et de l'utilité de l'activité financée devront être conjugués au mieux avec les requis et les démarches d'évaluation.

Une difficulté particulière pour la conception d'une T2A dans les CSAPA et les CAARUD tient à la très grande hétérogénéité des situations : diversité des situations de chaque usager (en termes de demande, d'engagement, de modalités de consommation, de situation sanitaire, de difficultés sociales...), diversité des objectifs individuels poursuivis et des prises en charges, diversité des pratiques des différentes structures (en termes de personnels mobilisés, de tâches plus ou moins déléguées, de travail individuel ou en groupe...).

Cette hétérogénéité est telle que la notion même de groupe homogène d'utilisateurs paraît difficilement applicable¹¹³.

¹¹² Si une telle orientation devait être retenue, il est évident que la démarche serait chaotique et devrait laisser du temps au temps.

¹¹³ Toute tentative d'ajustement au risque paraît hors de portée du fait de l'incapacité à prédéfinir (i) la demande et le risque au sens assurantiel, (ii) les prestations à mobiliser du fait du caractère fluctuant de la demande et de l'engagement de l'utilisateur dans le temps et entre utilisateurs.

6.2.4 La piste d'une tarification selon la lourdeur de la prise en charge

Pour pousser la réflexion relative à une tarification plus homogène, une orientation plus réaliste consisterait à essayer de classer les usagers d'une file active dans le cadre de groupes homogènes de prestations en termes de ressources effectivement mobilisées lors d'un passage¹¹⁴, en fixant a priori un nombre très limité de groupes, par exemple trois¹¹⁵ :

- dans le premier groupe seraient inclus les personnes accueillies pour lesquelles un nombre limité de prestations aura été réalisé ce jour-là : par exemple un accueil « simple », un premier entretien d'évaluation, la dispensation d'un traitement de substitution aux opiacés ne posant pas de difficultés particulières, un contact en maraude... ;
- dans le troisième groupe seraient inclus les personnes prises en charge ce jour-là pour lesquelles auraient été mobilisés plusieurs membres de l'équipe de la structure, chacun pour un temps significatif ;
- dans le deuxième groupe seraient incluses les personnes ayant représenté ce jour-là une charge de travail intermédiaire.

Cette approche ne peut être envisagée qu'avec les opérateurs et devra probablement distinguer les structures hospitalières des autres établissements compte tenu de leurs coûts de structure souvent très différents. En revanche, le « poids » des actions-prestations pourra être estimé sans qu'une distinction soit nécessairement à opérer entre interventions dans les centres ou en dehors des établissements.

La mesure de l'activité en termes de ressources effectivement mobilisées se ferait un (ou plusieurs) jour(s) donné(s) ou une (ou plusieurs) semaine(s) donnée(s) en comptabilisant l'ensemble des prestations réalisées sur 24 heures pour un usager.

Si certaines activités de prévention devaient être prises en compte au titre d'une mission attendue des pouvoirs publics, celles-ci seraient comptabilisées au même titre que les autres activités sans tenir compte de leur source de financement public (ONDAM ou crédits d'Etat de prévention).

Aux yeux de la mission, la priorité n'est pas de trancher dès maintenant sur le modèle le plus approprié pour financer les établissements, mais de construire les outils qui permettront de mieux caractériser leurs files actives, leurs prestations et les coûts engagés.

L'objectif premier de la démarche serait de permettre la mise en place plus systématique d'une approche comparative entre structures plus poussée que ne le permet actuellement l'agencement des données disponibles et homogène entre régions.

Cette démarche conduirait à mettre en place un tableau de bord comparatif comme bonne pratique de gestion au sein des ARS.

Elle devrait faire partie d'un dialogue de gestion annuel systématique entre les agences et les établissements qu'elles financent ou contribuent très majoritairement à financer.

Elle permettrait aux ARS d'optimiser la répartition de leurs allocations et le cas échéant d'opérer progressivement des réajustements en vue de réduire les écarts de coûts, dans une logique de convergence tarifaire.

¹¹⁴ A l'instar des groupes iso ressources (GIR) pour les personnes en situation de perte d'autonomie.

¹¹⁵ La mission a pu tester cette approche auprès de plusieurs opérateurs qui n'ont pas manifesté d'opposition a priori à son égard.

Enfin, cette démarche éclairerait sur la pertinence d'envisager un nouveau mode de financement des établissements à terme¹¹⁶.

Recommandation n°18 : Engager avec les opérateurs une réflexion nationale sur la faisabilité d'une tarification selon la lourdeur de la prise en charge.

6.2.5 Construire un véritable dialogue de gestion

La mission, en matière de financement, ne recommande pas de rebasage général de la dotation des établissements, d'une part parce que les ARS ne disposent pas des outils appropriés en l'état, d'autre part parce que cela s'avèrerait trop déstabilisant pour de nombreux établissements.

Elle recommande plutôt d'agir dans une double optique : bien répartir les financements et les optimiser ; et à cette fin de :

- clarifier les conditions de financement en se donnant les moyens de prendre en compte les ressources allouées en fonction des ressources mobilisées, de comparer la situation des structures comparables entre elles, et d'intégrer cette approche dans un dialogue de gestion annuel entre les ARS et chacune des structures qu'elles financent ;
- viser une optimisation des ressources allouées en engageant une rationalisation progressive des allocations.

Une approche contractuelle, déjà esquissée dans certaines régions, mériterait d'être envisagée plus systématiquement (plutôt qu'une simple notification budgétaire dans le cadre du rapport d'orientations budgétaires).

L'engagement contractuel se ferait à partir d'un diagnostic partagé portant sur les ressources, le nombre d'ETP, la répartition des compétences professionnelles, dans une approche obligatoirement pluridisciplinaire mais où la répartition de certaines tâches pourrait être revisitée, la file active, les données d'activité (activités réalisées et perspectives anticipées), les données d'évaluation (cf. supra) qui devraient aussi s'appuyer sur la mise en œuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002, outils destinés à promouvoir le droit des usagers¹¹⁷.

La méthode de démarche diagnostique devrait être homogène dans l'ensemble des régions pour l'ensemble des structures pour ce qui concerne la prise en compte des ressources, des activités et des résultats d'évaluation.

En revanche, l'analyse des données serait spécifique à chaque structure de manière à prendre en compte leur évolution dans le temps et à pouvoir être mises en regard d'objectifs prédéfinis de concert dans le cadre contractuel.

Plusieurs questions doivent faire l'objet d'une réflexion nationale notamment celles :

- ✓ des très nombreuses petites structures,
- ✓ d'un montant minimal de ressources par structure,
- ✓ de la composante minimale d'une équipe,
- ✓ d'un seuil minimal d'activités,
- ✓ d'un seuil minimal de file active,
- ✓ de la définition de case-mix de référence selon le statut des établissements.

¹¹⁶ Dans cette perspective, il est nécessaire d'articuler d'emblée financement et évaluation de la qualité des prestations dans le cadre du dialogue de gestion.

¹¹⁷ Ces données n'apparaissent pas dans les RA actuels alors qu'ils constituent un élément du « contrôle qualité » des structures.

La démarche proposée par la mission d'articuler la réflexion sur l'évaluation et les modalités de financement devrait apporter un éclairage sur ces points.

Mais les réponses à apporter (mutualisation, regroupement, conversion en consultation avancée par exemple) doivent - aux yeux de la mission - relever de la subsidiarité et être adaptées localement.

Recommandation n°19 : Construire un dialogue de gestion systématique entre ARS et établissements autour d'outils simples prenant en compte de façon conjointe les ressources, les activités et les résultats d'évaluation.

7 EN CONCLUSION, LE DISPOSITIF SPECIFIQUE NE DOIT PAS ETRE REMIS EN CAUSE MAIS IL APPELLE UNE EVALUATION PLUS RIGOUREUSE

7.1 Un dispositif spécifique dont l'existence est justifiée

La pérennité du dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD paraît justifiée.

La coexistence des différents dispositifs et notamment du dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD avec le droit commun pourrait sembler paradoxale et témoigner d'un échec ou à tout le moins d'un échec relatif des dispositifs de droit commun, notamment en matière de santé mentale.

Pour autant, l'existence de dispositions et d'un dispositif spécifiques paraît justifiée aux yeux de la mission du fait des représentations sociales liées aux différentes addictions, des particularités socioculturelles du champ de l'addictologie (visions militantes, doctrines et pratiques de prise en charge...), de la nature éminemment variable de la demande des personnes concernées par l'usage problématique de drogues et des difficultés particulières à les prendre en charge¹¹⁸.

Les publics et les populations concernées sont très variées et les situations sociales des consommateurs très différentes, comme déjà indiqué. Leurs capacités d'accès au dispositif de droit commun sont très inégales.

Les produits en cause sont multiples. Bien qu'ils soient tous dangereux pour la santé, ils se distinguent par les représentations qui y sont attachées et par leur statut réglementaire. Les modalités de consommation sont également très variées conditionnant les possibilités de recours aux dispositifs de prise en charge et d'accompagnement existants. Contrainte ou non, l'intentionnalité de soins est parfois bien frileuse, voir annihilée, neutralisée par l'empilage de plusieurs problématiques essentiellement caractérisées par la précarité, la désocialisation, les comorbidités somatiques et/ou psychiatriques¹¹⁹.

Tous ces facteurs expliquent que les attentes des usagers puissent être éminemment variées et justifient que les réponses à apporter soient multiples et autorisent une certaine souplesse.

Dans ce contexte, les structures médico-sociales spécifiques paraissent plus adaptées pour de nombreux usagers¹²⁰, en particulier ceux désocialisés, permettant à ces derniers un meilleur accès aux droits fondamentaux d'ordre sanitaire et social qui leur sont reconnus. En interagissant avec eux d'une manière globalement plus efficace, ils sont facteurs de réduction des inégalités sociales d'accès à des droits fondamentaux (accès aux prestations de santé, accès aux prestations sociales).

¹¹⁸ Alors que l'efficacité de l'intervention auprès de ces publics semble progresser avec l'intensité de leur accompagnement.

¹¹⁹ Lhomme JP in « TSO pratiques. Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA » p.7 Fédération addiction ANITEA Pratique(s).

¹²⁰ Aux dires des experts rencontrés par la mission, le facteur principal de réussite parmi les personnes trouvant une réponse à leur problème d'addiction vient d'elles mêmes pour 80% d'entre elles. Mais, l'identification de ces personnes

7.2 Mais son évaluation plus rigoureuse est nécessaire pour garantir l'optimisation des ressources.

Plusieurs questions importantes restent posées. Des réponses suffisantes en termes de prise en charge sont-elles apportées par les différents dispositifs existants ? Quel est le meilleur dispositif pour accueillir et prendre en charge ces publics au moindre coût ? Quelle est la place souhaitable du dispositif spécifique vis-à-vis de l'offre de prestations « de droit commun » ? Quelle est la bonne dimension du dispositif spécifique ? Quels sont les rôles respectifs des structures spécifiques intra hospitalières et de celles hors les murs ?

Ces questions ne sont pas résolues au plan théorique. On ne dispose ni de comparaisons internationales¹²¹, ni d'évaluations propres permettant d'y répondre.

La mission ne leur apporte que des éléments de réponse très parcellaires.

Des manques importants apparaissent en matière de prévention. La mission n'a pas été en mesure de les chiffrer. Elle s'est positionnée clairement sur le développement souhaitable de l'intervention des CJC auprès des publics jeunes (et de leurs formateurs); mais est restée réservée sur l'intervention des CSAPA en matière de prévention primaire collective compte tenu des ressources dont ils disposent.

Pour ce qui concerne la prise en charge des personnes en difficultés particulières principalement avec l'alcool ou avec le tabac, il existe probablement des insuffisances que la mission estime devoir relever principalement du dispositif général de soins de « droit commun » (médecine de ville, prise en charge psychique et psychiatrique ambulatoire) pour la très grande partie des publics concernés.

La répartition entre « droit commun » et dispositif spécifique pour ce qui concerne les personnes traitées par TSO ne paraît pas poser de problèmes majeurs¹²². Le passage du dispositif spécifique au « droit commun » pourrait probablement être plus important. Certains centres pourraient y être plus incités. Mais il se heurte au fait que les professionnels exerçant en ville sont très inégalement investis dans cette prise en charge selon les territoires.

Le dispositif spécifique, pour sa part, est très éclaté. Il apparaît insuffisamment encadré. Ses pratiques semblent très hétérogènes. Son organisation locale repose essentiellement sur l'offre historique et les professionnels qui la composent.

L'optimisation des ressources qui lui sont consacrées, nécessite un éclairage complémentaire.

La mission estime qu'un reformatage du recueil d'informations pourrait y aider.

Elle a cherché à tracer les grandes lignes d'une évaluation à la fois plus rigoureuse et plus ciblée.

Elle a dessiné les perspectives d'un nouveau mode de financement pour l'ensemble des activités.

et la définition des conditions de la réussite sont difficiles à opérer a priori et peuvent difficilement faire l'objet de protocoles prédéfinis.

¹²¹ Dans la mesure où le dispositif français spécifique n'a pas son pareil dans d'autres pays.

¹²² On estime à 110 000 - 120 000 le nombre de personnes prises en charge par TSO en ambulatoire dans le dispositif de droit commun sur un total de 170 000 bénéficiant de prescriptions de TSO. Voir Drogues chiffres clés. OFDT Juin 2013 et Beck F. « La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes » Revue française des affaires sociales. La documentation française. 2013, n°3 juillet-septembre.

La démarche proposée par la mission, tout en tenant compte des situations spécifiques rencontrées dans les différents centres, permettrait d'améliorer les services rendus aux différents publics concernés, la juste répartition des ressources consacrées au dispositif et l'optimisation de leur utilisation.

Signataires du rapport

Catherine HESSE

Gilles DUHAMEL

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Mieux documenter les pratiques de prises en charge thérapeutiques (TSO et traitements associés) en CSAPA.	DGS, MILDT	Moyen terme
2	Intégrer dans le dispositif réglementaire d'élimination des « déchets des activités de soins à risque infectieux » les seringues usagées récupérées par les CSAPA et les CAARUD.	DGS	Court terme
3	Faciliter des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, les évaluer, avant d'envisager une fusion statutaire.	ARS	Court terme
4	Charger les ARS de définir, avec les autres financeurs, au niveau des territoires de santé, des priorités d'actions de prévention collective en addictologie.	ARS	Court terme
5	Renforcer la qualité des actions de prévention collective : dans ce but engager au plan national la rédaction d'un cahier des charges type et encourager localement les associations à structurer leurs actions (formation spécifique, mutualisation des moyens, coopération).	DGS, MILDT ARS	Court terme
6	Favoriser le rapprochement entre les financeurs publics des actions de prévention collective locales.	MILDT, ARS	Court terme
7	Renforcer la prévention collective pour les jeunes en la rendant obligatoire dans le cadre des « consultations jeunes consommateurs » et en ouvrant la possibilité d'un financement par le sous-ONDAM spécifique.	DSS, DGOS, DGS	Moyen terme
8	Pour la caractérisation épidémiologique des patients des CSAPA, poursuivre le travail de clarification du contenu des éléments du rapport d'activité.	MILDT, DGS	Court terme
9	Dans les rapports d'activité des CSAPA, faire remonter les informations concernant les nouveaux modes de consommation.	MILDT, OFDT, DGS,	Court terme
10	Revisiter les rubriques du rapport d'activité dans un sens de simplification.	MILDT, OFDT, DGS,	Court terme
11	Demander à la MILDT et à la DGS d'élaborer un système d'information pour les systèmes d'information dont disposent les CSAPA et CAARUD.	MILDT, DGS	Moyen terme
12	Explorer la recevabilité auprès de l'OEDT d'une méthode de recueil des données épidémiologiques en discontinu.	MILDT	Court terme
13	Pour mieux évaluer l'activité des CSAPA et des CAARUD, clarifier les éléments de mesure de la file active dans leur rapport d'activité.	MILDT, DDGS	Court terme
14	Retenir dans les rapports d'activité un ou deux indicateurs témoignant du caractère opérationnel du maillage territorial et laisser une question ouverte pour signaler les faits marquants de l'année.	MILDT, OFDT, DDGS,	Court terme
15	Initier avec les opérateurs un travail national d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	MILDT, DGS, ANESM, HAS	Moyen terme

16	Définir avec les opérateurs des indicateurs de processus et de résultats à retenir afin d'harmoniser les démarches d'évaluation des établissements.	MILDT, DGS, ANESM, HAS	Moyen terme
17	Intégrer l'évaluation dans le dialogue de gestion avec la tutelle et modifier la réglementation relative à l'évaluation externe des CSAPA et CAARUD	MILDT, SG, DGS, ARS	Court et moyen terme
18	Engager avec les opérateurs une réflexion nationale sur la faisabilité d'une tarification selon la lourdeur de la prise en charge.	MILDT, DGOS, DGS	Moyen terme
19	Construire un dialogue de gestion systématique entre ARS et établissements autour d'outils simples prenant en compte de façon conjointe les ressources, les activités et les résultats d'évaluation.	ARS	Moyen terme

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre
CAB/MT/BM/MGD/D.13-1993

Paris, le 6 MAR. 2013

NOTE

à l'attention de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission d'évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives

La prise en charge des conduites addictives mobilise les différentes composantes du système de santé : secteur médico-social, secteur hospitalier et secteur ambulatoire.

Sous l'égide, d'une part, de la politique de réduction des risques inscrite dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et, d'autre part, de l'adoption progressive au cours de la précédente décennie du concept global de conduites addictives privilégiant l'approche par comportement et élargissant son champ au-delà des substances psychoactives, le dispositif de prise en charge et d'accompagnement a connu un important développement.

A ce jour, il repose sur :

- au premier chef, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) créés respectivement en 2006 et 2007 ;
- la filière addictologique hospitalière plus récemment structurée en trois niveaux en application du plan 2007 - 2011 du plan de lutte contre les addictions du ministère chargé de la santé ;
- des médecins généralistes et des pharmaciens dans le secteur ambulatoire dont l'engagement a permis le développement de réseaux addictologiques, à l'avenir aujourd'hui non assuré, et d'une importante pratique de thérapie de substitution ayant largement concouru aux bons résultats de la politique de réduction des risques.

Cependant, le cadrage de ce dispositif a été tardif et le plus souvent dissocié et inégal par secteur (schéma régional d'addictologie, volet addictologie des SROSS 3 et 4). Les agences régionales de santé devraient lui donner aujourd'hui une cohérence globale intersectorielle (sur l'ensemble du système de santé) dans chaque territoire.

Aussi, si les différents acteurs contribuent à la prise en charge et à la prévention des conduites addictives, ils restent donc insuffisamment articulés, ce qui ne garantit pas que le parcours de soins des patients soit le plus cohérent et le plus efficient.

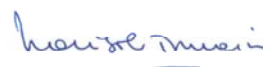
C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir diligenter une évaluation du dispositif spécialisé CSAPA et CAARUD portant sur :

- la définition de ses missions, la façon dont elles sont remplies et, dans ce contexte, l'éventuel besoin de leur adaptation en particulier aux publics concernés (dont les jeunes, les femmes, les personnes migrantes...). Vous examinerez notamment l'activité spécifique de prise en charge des jeunes consommateurs et la pertinence d'une mission de prévention obligatoire pour les CSAPA ;
- leur fonctionnement et les évolutions à promouvoir pour plus d'efficacité et un meilleur service rendu, notamment l'articulation des missions de réduction des risques des CSAPA et des CAARUD et leur financement, la pertinence du maintien de CSAPA spécialisés et la possibilité de fixer un taux d'encadrement et un financement rénové par fixation de tarifs ambulatoire et résidentiel ;
- la pertinence d'une structuration de l'offre de soins autour du CSAPA comme centre ressource d'un territoire à déterminer et son articulation avec les autres partenaires de la prévention, du soin, du social et du médicosocial, pour assurer la continuité et l'efficacité du parcours de soins ;
- la place particulière des CSAPA résidentiels et des communautés thérapeutiques au sein de la filière.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), qui conduit des enquêtes périodiques sur le public pris en charge par les CSAPA et les CAARUD, et exploite les rapports d'activité de ces structures pourra apporter toute contribution utile.

Il serait également pertinent de vous appuyer, pour vos préconisations, sur les exemples étrangers de dispositifs de prise en charge des addictions dans les pays où ils sont différents et considérés comme performants ou innovants.

Vous me remettrez vos conclusions dans un délai de quatre mois.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MILDT

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, Présidente
LECOQ Gilles, délégué
GOZLAN Ruth, médecin, chargée de mission santé
PLETSCHINGER Elizabeth, pharmacien inspecteur
CHICHE Benjamin, étudiant en médecine, stagiaire

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

MELIHAN-CHEININ Pascal, adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
LAVY Laurence, cheffe du bureau Addictions et autres déterminants comportementaux de santé
BELLO Pierre-Yves, adjoint à la cheffe de bureau

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

STOROGENKO Marianne, chargée de mission Santé
SIAVELLIS Hélène, conseillère auprès de la sous direction Petite Enfance

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

SAULI Marie José, sous direction de financement de l'offre de soins

ANESM

CHARLANNE Didier, directeur

ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

RIGAUD Alain, président
ELINEAU Patrick, directeur général
ROSSIGNOL Christian, directeur national des activités

FEDERATION ADDICTION

COUTERON Jean Pierre, président
LATOURE Nathalie, déléguée générale

FNARS

LEPEE Maryse, co-présidente du groupe d'appui national santé de la FNARS,
HERVE François, directeur du pôle Addictions, santé et précarité de l'association AURORE
LIGNAC Marion, Chargée de Mission "Santé, réfugiés/migrants et enfance/famille"

IGAS

EMMANUELLI Julien, inspecteur général des affaires sociales
YENI Isabelle

OFDT

POUSSET Maud, directrice

PALLE Christophe, responsable scientifique et du pôle indicateur

REGION ILE DE FRANCE**DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE DE PARIS**

TSIMAVOHE Honoré, pôle protection des populations

ARS ILE-DE-FRANCE

SOVRANO Jean-Christian, directeur adjoint du Pôle médicosocial

SEZNEC Anna, responsable allocation de ressources du Pôle médicosocial

VILAIN Delphine, chef de projet addictions

Direction territoriale de Paris

LE COAT Laure, responsable du pôle médicosocial

FLOURY Bruno, médecin référent en addictologie

HABIB-RAPPOPORT Monique, médecin inspecteur de santé publique

MALAGOUEN Aïcha

LEONE Denis

Direction territoriale des Hauts-de-Seine

DUGUAY Véronique

Direction territoriale de Seine-Saint -Denis

JACQUIER Chantal

Direction territoriale du Val d'Oise

OLIVIER Ghislaine

ANPAA 75 – CENTRE CAP 14

BLOCH Carine, directrice

PEREIRA LE CORRE Jeanne, médecin coordonnateur

BERLET Sabine, médecin coordonnateur

HISPARD Eric, médecin coordonnateur

HERCEND Anita, médecin coordonnateur

GOUDRIAULT Pierre, psychologue

BLANC Valérie, psychologue

JONCART Christophe, éducateur spécialisé

KHAKLFAOUI Sabrina, attachée de direction

LECLERC Dorothée, neuro-psychologue

MARCHIN Elodie, psychologue

MAZI Virginie, secrétaire

MOULIOUS Franck, éducateur spécialisé

NARO Sarah, psychomotricienne

SCHMITT-DEBJAY Jutta, médecin

AUTOSUPPORT DES USAGERS DE DROGUES

OLIVER Fabrice, directeur

CAARUD MONTREUIL - ASSOCIATION PROSES

LONGERE Serge, directeur de l'association Proses

PAYS Emilie, responsable administratif et financier

SAYAG Lionel, chef de service

SENE Emmanuelle, coordinateur du CAARUD

LEMENS Olivier, assistant de service social

CAARUD SAINT-DENIS - ASSOCIATION PROSES

LACROIX Marie-Laure, coordinatrice du CAARUD

CAARUD - ASSOCIATION CHARONNE

BERTIN Bénédicte, coordinatrice de l'espace femmes

BERNARD Antoine éducateur spécialisé,

PFLIEGER Hugo, éducateur spécialisé

CSAPA - ASSOCIATION GAIA

AVRIL Elizabeth, directrice

DUSOUCHET Thomas, pharmacien coordinateur

CAARUD - ASSOCIATION GAIA

MATOS José, chef de service

« BUS METHADONE » -ASSOCIATION GAIA

MALLEGOLL Séverine, infirmière

FOLLET Vincent, moniteur éducateur

DEHEE Anne Lise, monitrice éducatrice

CSAPA – CENTRE MEDICAL MARMOTTAN

VALLEUR Marc, médecin chef de service

ARDON Pascal, directeur des soins

CHARON Gilles, cadre de Pôle

BELLERET Pierre, cadre socio-éducatif

CSAPA DE L'ASSOCIATION CHARONNE

Catherine PEQUART, directrice générale

DAVID Hélène, directrice adjointe

DE MASSE Luc, médecin généraliste

CSAPA DU CENTRE MUNICIPAL DE SANTE BARBUSSE - VILLE DE ST OUEN

DJOUAB Mohad, directeur

ESPACE MURGER - HOPITAL FERNAND WIDAL

BELLIVIER Franck, chef de service
DUPUY Gaël, psychiatre, directeur
VORSCAN Florence, MCU- praticien hospitalier
BLANCHARD Claude, secrétaire médicale
BONNAUD Richard, psychologue clinicien
GLOANNEC Tristan, cadre administratif de Pôle
PHILLIPPON Marie-Noëlle, direction des finances de l'hôpital
ROBERT Emilie, cadre de santé

UNITE MOBILE- ASSOCIATION PROSES

BOURGELAS John, coordinateur

HEBERGEMENT « LE PAVILLON » - ASSOCIATION PROSES

GUERRY Fabrice, éducateur hébergement
FOUCART Séverine, éducatrice hébergement

REGION NORD-PAS-DE-CALAIS**ARS NORD- PAS- DE –CALAIS****Direction Médico-sociale – Département Personnes en difficulté spécifique :**

RIGAUT-COMBES Catherine, responsable du département, référente ARS Addictions et Réduction des risques

CASTRA Rachel, Inspectrice des affaires sanitaires et sociales, Addictions

NENNIG Rachel, Inspectrice des affaires sanitaires et sociales, Réduction des risques

Direction Offre de soins :

CACHERA Isabelle, médecin inspecteur de santé publique, territoire du Hainaut

Direction Stratégie, Etudes, Evaluation

LAJUGIE Dominique, chargé de mission ARS, référent médical pour les addictions

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE DU PAS- DE - CALAIS

OUDAR Annie, Chargée de mission sur les dispositifs de soutien à la parentalité

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DU NORD

JULIEN Catherine, Infirmière Conseillère Technique auprès du Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale, Responsable Départementale

CONSEIL GENERAL DU NORD

TOURBEZ Samuel, Responsable du Pôle de prévention des addictions EPICEA

**ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE
REGION NORD PAS-DE-CALAIS**

DOOGHE Elizabeth, Directrice Régionale

HIRSH-VANHOENACKER Anne Françoise, médecin coordonatrice ANPAA 59/62

UNION REGIONALE DE LA FEDERATION ADDICTION NORD-PAS-DE-CALAIS

VILLEZ Marie, Déléguée régionale Fédération Addiction

VETEAU Patrick, Directeur du CSAPA Atre à Lille

SAUVEGARDE DU NORD

BRUNNIN Jean –Marie, Directeur du Pôle Addictologie, la Sauvegarde du Nord à Lille

CERNY Karlheinz, Directeur territorial de l'Espace du Possible de la Sauvegarde du Nord à Lille

FILIERE ADDICTOLOGIQUE DU HAINAUT

Dr LAURIER Eric, médecin de santé publique, Praticien Hospitalier, responsable de l'unité de médecine légale et Chef du pôle santé publique du Centre Hospitalier de Valenciennes

Dr SEMAL Robin, Praticien Hospitalier, Psychiatre, responsable de l'Unité de Traitement des Dépendances (UTD) du Centre Hospitalier de Valenciennes

HUGOT Franck, Directeur du CSAPA Delta et du CAARUD Tarmac à Valenciennes

GIBOUR Bernard, Praticien Hospitalier, Psychiatre, chef de l'inter secteur d'alcoologie du Valenciennois au CH de Saint Amand-les-eaux

CSAPA EPHEMERE - CENTRE HOSPITALIER DE LENS

VOSGIEN Véronique, Médecin Psychiatre addictologue, Chef de Pôle Santé Publique, Chef de Service du CSAPA Le Square à Lens

CHOURAQUI Pierre-Philippe, Praticien Hospitalier au CH de Lens

DUPONT Mario, Cadre supérieur de santé au CH de Lens

WARENBOURG Estelle, Educatrice spécialisée

VANLAERES Gérard, éducateur

MAGNIEZ Marie, Secrétaire

CAARUD ATYPIK - CENTRE HOSPITALIER DE LENS

CROIZE Vincent, Responsable coordonnateur

CSAPA - CENTRE HOSPITALIER D'HENIN-BEAUMONT

DUPARCQ Jean-Paul, Médecin addictologue, chef du service d'addictologie du CH d'Hénin Beaumont, Responsable CSAPA

BRUNEL Emmanuel, Praticien hospitalier, addictologue

CSAPA LA TRAME A ROUBAIX - ANPAA 59

PONS Edith, Présidente de l'ANPAA

DOOGHE Elizabeth, directrice

HIRSCH-VH Anne Françoise, médecin coordinatrice CSAPA La trame

BARBOTIN Delphine, chargée de mission prévention Nord-Pas-de-Calais

BERTRAND Sylvie, diététicienne

DELY Marie, infirmière dans la structure d'hébergement - Précarité

GRYSON Patricia, secrétaire médicosociale

LEBRUN Hélène, psychologue thérapeute familiale

TRUFFIN Guillaume, éducateur spécialisé

CSAPA DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

CAPLIER Christian, Directeur délégué du Pôle de psychiatrie

DANEL Thierry, Praticien Hospitalier, Médecin Psychiatre - Directeur de la Fédération régionale de recherche en santé mentale

CSAPA LE PARI - LILLE

DAVID François, Directeur

TANNAY Dorothée, directrice adjointe

CAARUD SLEEP-IN - LE CEDRE BLEU - LILLE

VILLEZ Marie, Directrice
RASQUIN Guillaume, Chef de service
DIOPP Sadibou, Educateur

REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR**ARS**

NABET Norbert, directeur général adjoint
GAUTIER Dominique, directrice de l'offre médico sociale
LEHT Anne-Cécile, directrice adjointe de l'offre médico sociale
ARGENTIN MASSOT Christine, médecin inspectrice de la santé DT06
GUILLOUX Marie-Paule, inspectrice DT13 offre médicosociale PH/PDS
GOSVARCH Pol Henri, médecin inspecteur de la santé DT 06
RENARD Lydie, responsable du service PA
RIOS Sophie, responsable du service PH/PDS
TERVE Jacqueline, médecin inspectrice de la santé

CSAPA CAARUD DU CHU AHPH MARSEILLE**CSPA HOPITAUX SUD et CAARUD PROTOX**

BENOIT-RIGEOT Martine, directrice de la filière psychiatrique
LANCON Christophe, psychiatre, chef de secteur
SIMON Nicolas, responsable des CASPA et CAARUD
ROSELLO Josselyne, cadre supérieure de santé
LAMUREUX Jean Marie, cadre de santé des CSAPA et CAARUD

CAARUD - ASSOCIATION LE TIPI

PRIEZ Sylvie, directrice

CSAPA ASSOCIATION M P T - AUBAGNES

SANTUCCI Jean jacques, directeur
FONTANARAVA Claude, médecin, chef de service du CSAPA

CSAPA AMPTA - ASSOCIATION AUBAGNE**SITE PRINCIPAL RUE NATIONALE – MARSEILLE****CSAPA AMPTA ASSOCIATION AUBAGNE****7 SQUARE STALINGRAD MARSEILLE****CJC****DISPOSITIF Pec précoce parents/enfants « fil rouge »****SERVICE PREVENTION FORMATION****CAARUD SLEEP-IN - ASSOCIATION PREVENTION ET SOINS DES ADDICTIONS PACA - MARSEILLE**

FRAICHARD Pascal, délégué régional
CATUSSE Jean Christophe, chef de service

CSAPA ANTENNE NORD - ASSOCIATION PREVENTION ET SOINS DES ADDICTIONS PACA - MARSEILLE

ANGLO Badra, éducatrice spécialisée

CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS - ASSOCIATION PREVENTION ET SOINS DES ADDICTIONS PACA - MARSEILLE

ALLINDRE Patricia, éducatrice spécialisée

CSAPA DU CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES

AIRAUDI Pierre, praticien hospitalier, responsable du centre
BARBIER Aurélie, stagiaire assistante sociale
CHASPOUL Paule, infirmière
GEREZ Joséphine, secrétaire médicale
GIL Monique, assistante sociale
MAUGERI Salvatore, psychologue
PELSER Jean Marc, directeur adjoint du centre hospitalier

CAARUD ENTR'ACTES - ASSOCIATION ACTES PATRONAGE SAINT PIERRE - NICE

AKOVA Stéphane, chef de service
BONNET Olivier, animateur
RUDELLE-PRUDHON Joséphine, éducatrice spécialisée

ACTES CSAPA CAARUD – ASSOCIATION ACTES PATRONAGE SAINT PIERRE - NICE

CARATTI Michel, directeur

CAARUD LOU PASSAGIN - ASSOCIATION PREVENTION ET SOINS DES ADDICTIONS PACA - NICE

BLASI Bruno, chef de service
DUCHEMIN Angélique, infirmière

CSAPA EMERGENCE - ASSOCIATION PREVENTION ET SOINS DES ADDICTIONS PACA - NICE

NOUCI Jean, médecin

CSAPA DU CHU DE NICE - HOPITAL SAINT ROCH -

GERBAUD Colette, praticien hospitalier

CSAPA ANPAA 06 - NICE

MARTIN Christophe, directeur
LAROCHE Vincent, psychologue

SIGLES UTILISES

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ANSM	Agence nationale de sécurité u médicament
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CMU	Couverture maladie universelle
CNI	Carte nationale d'identité
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de santé publique
CSST	Centre de soins aux toxicomanes
DGOS	Direction générale de l'offre de soin
DGS	Direction générale de la santé
DIPEC	Document individuel de prise en charge
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régional
GI2A	Gestion informatisée des activités en addictologie
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OEDT	Observatoire européen des drogues et toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charges
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RSA	Revenu de solidarité active
T2A	Tarifification à l'activité
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

