



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de la cohésion sociale

Personnes chargées du dossier :

Olivier COURSAN

Tél : 01 40 56 86 73

Mél. : olivier.coursan@social.gouv.fr

Clarita BENY (LHSS/LAM et « Un chez soi d'abord »)

Tél : 01 40 56 67 56

Mél. : clarita.beny@social.gouv.fr

Direction générale de la santé

Personnes chargées du dossier :

Malisa RATTANATRAY (addictologie)

Tél: 01 40 56 65 46

Mél. : malisa.rattanatray@sante.gouv.fr

Frédérique DOUMAT (ACT)

Tél. : 01 40 56 74 24

Mél. : frederique.doumat@sante.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale

Personnes chargées du dossier :

Laurent BUTOR

Tél. : 01 40 56 71 10

Mél. : laurent.butor@sante.gouv.fr

Marie-José SAULI

Tél.: 01 40 56 51 27

Mél. : marie-jose.sauli@sante.gouv.fr

Le ministre de l'économie et des finances

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

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

Mesdames et Messieurs les préfets de département,
Directions départementales de la cohésion sociale,

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

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord ».

Date d'application : immédiate

NOR : SSAA1813762J

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le 11 Mai 2018 - Visa CNP 2018-36

Visée par le SG-MCAS le 17 mai 2018

Publiée au BO : oui

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

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.
Résumé : La présente instruction notifie les dotations régionales de dépenses médico-sociales pour les ESMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques pour 2018. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.
Mots-clés : ONDAM, établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques, mesures nouvelles, ACT, CAARUD, CSAPA, LHSS, LAM, « Un chez soi d'abord ».
Textes de référence : Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 Arrêté du 19 mars 2018 fixant pour l'année 2018 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles Arrêté du 13 juin 2018 fixant les dotations régionales de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles
Instructions abrogées : néant
Instructions modifiées : néant
Annexes : Annexe 1 : Notifications régionales pour 2018 Annexe 2 : Activité de dépistage par TROD – bilan annuel de l'activité réalisée Annexe 3: Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région Annexe 4 : Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2018 des LHSS et des LAM Annexe 5 : Cahier des charges national pour la création du dispositif d'ACT « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des pathologies mentales sévères Annexe 6 : Enquête relative au recensement des besoins 2019 et 2020 pour le dispositif d'ACT « Un chez-soi d'abord » Annexe 7 : Calendrier et modalités de retour des rapports d'activité relatifs aux structures addictologie Annexe 8 : Rapport d'activité des CSAPA – structures ambulatoires Annexe 9 : Rapport d'activité des CSAPA – structures avec hébergement Annexe 10: Rapport d'activité des CAARUD Annexe 11 : Enquête relative à la campagne de tarification 2018 et au recensement des besoins 2019 et 2020

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

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

En 2017, afin de disposer d'un suivi des dépenses de ces établissements, il vous a été demandé de répondre à une enquête tarifaire. Celle-ci est reconduite en 2018.

Le montant définitivement arrêté de l'enveloppe de crédits dédiés aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) « spécifiques » au titre de l'année 2018 s'élève à 619,93 M€, soit un taux de progression de +6,47 % par rapport à 2017. Le montant de mesures nouvelles disponibles en 2018 est de 5,45 M€.

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

1. LES MESURES DE RECONDUCTION, LES EXTENSIONS EN ANNEE PLEINE ET LES DEPENSES INELUCTABLES EN 2018

1.1. Les crédits reconduction

Les ESMS concernés par la présente instruction bénéficient en 2018 d'un taux de reconduction global de 0,80% ce qui représente 4,65 M€ de crédits.

1.2. Les crédits dédiés aux extensions en années pleines

Le montant des enveloppes consacrées à l'extension en année pleine des mesures nouvelles de 2017 s'élève à 26,43 M€. Les extensions en année pleine (EAP) sont actualisées et correspondent à (*montants arrondis*) :

- la création de 200 places en ACT pour 8 mois de fonctionnement, soit 4,45 M€ ;
- la création de 50 places de coordination thérapeutique (ACT) à domicile pour 8 mois de fonctionnement, soit 0,30 M€ ;
- le financement de salles de consommation à moindre risque (SCMR) sur 11 mois, soit 1,99 M€ ;
- le renforcement de l'offre médico-sociale en CSAPA et CAARUD dont matériel de réduction des risques (RDR) pour 8 mois, soit 1,28 M€ ;
- la mise à disposition de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC en CAARUD et VIH en CSAPA pour 8 mois, soit 0,18 M€ ;
- le déploiement de programmes de Réduction des risques et des dommages (RDRD) à distance pour 8 mois, soit 0,17 M€ ;

- le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sur 8 mois, soit 1,36 M€ ;
- la mise à disposition de la naloxone sur 8 mois, soit 0,27 M€ ;
- la création de 150 places de LHSS pour 9 mois, soit 4,69 M€ ;
- la création de 200 places de LAM pour 9 mois soit 11,09 M€.

1.3. Le contentieux ANPAA

S'agissant du surcoût relatif à la rémunération des médecins spécialistes de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), résultant pour les ARS Auvergne-Rhône Alpes et Occitanie des arrêts en date du 16 juin 2017 de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS) favorables à l'ANPAA, des crédits leur sont délégués en 2018. Il est à noter que ces arrêts font l'objet d'un pourvoi en cassation du ministère des solidarités et de la santé devant le Conseil d'Etat.

Les décisions des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) et de la CNTSS sont exécutoires. Le jugement infirmant la décision de l'autorité de tarification est rétroactif et s'applique au jour de la mise en œuvre de la décision illégale contestée. Lorsque la décision intervient après la clôture de l'exercice concerné, il convient de procéder à des reconstitutions des exercices antérieurs pour que la décision du tribunal ait un effet sur le budget de l'exercice en cours. Vous vous référerez à ce titre à l'article R. 314-63 du CASF. Il est rappelé que les régularisations s'entendent uniquement pour les ANPAA ayant fait l'objet d'un jugement de la CNTSS.

Il est à souligner que ces crédits sont donc susceptibles de faire l'objet d'une récupération si le pourvoi n'est pas rejeté. En revanche, pour les ARS n'ayant pas contesté des jugements désormais définitifs, les crédits délégués pour financer le surcoût le sont à titre pérenne.

Les crédits ainsi délégués s'élèvent pour 2018 à 419 031 €. Ils sont notifiés en annexe 1.

Dans la perspective de la décision du Conseil d'Etat, il vous est demandé d'assurer de manière régulière et précise, exercice budgétaire par exercice budgétaire, un suivi des contentieux ANPAA en cours ou à venir et d'informer le ministère de tout nouveau contentieux en précisant son surcoût. Vous êtes également invités à faire remonter, le cas échéant, vos questions relatives à la gestion et l'organisation de ce contentieux et de son suivi.

2. LES MESURES NOUVELLES : CREATION DE PLACES EN 2018

2.1. Structures d'addictologie

Le montant des mesures nouvelles 2018 pour les structures d'addictologie est fixé à 1 M€.

2.1.1. Financement des salles de consommation à moindre risque : 0,15 M€ sur 6 mois

Ces crédits sont destinés au financement de la salle de consommation à moindre risque de Paris. Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.2. Programme de réduction des risques et des dommages à distance : 0,10 M€ sur 12 mois

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

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.3. Renforcement des consultations jeunes consommateurs (CJC) : 0,50 M€ sur 6 mois

Comme annoncé dans le Plan national de santé publique, il est souhaité de s'orienter vers un jumelage de chaque collège et lycée avec une CJC référente située à proximité, par une convention, afin de favoriser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative.

Ces crédits sont destinés à renforcer l'intervention des CJC sur le territoire, afin d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs et de leurs proches. Ces crédits doivent notamment permettre d'augmenter les heures d'ouvertures, de créer des consultations avancées, de développer des actions de prévention collective « hors les murs », l'intervention précoce et les activités d'« aller vers » (partenariat avec les acteurs non spécialisés notamment les établissements scolaires pour l'orientation des jeunes en difficultés).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.4. Mise à disposition de naloxone : 0,25 M€ sur 6 mois

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

Les crédits sont destinés à l'achat par les CSAPA et les CAARUD de spécialités à base de naloxone indiquées dans le traitement d'urgence des surdoses aux opiacés. Cela permet la dispensation gratuite de ce traitement aux usagers identifiés comme présentant un risque élevé de surdose aux opiacés, parmi la file active des usagers accueillis par les CSAPA et CAARUD.

Cette mesure cible tout particulièrement les CAARUD et les CSAPA référents prison, en raison des caractéristiques de la population accueillie.

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

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.2. Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 0,83 M€ sur 6 mois

Au regard des besoins exprimés par les ARS, une enveloppe de 838 375 € a été réservée à la création / extension de 50 places d'ACT en 2018 sur six mois.

Cette enveloppe correspond à une valorisation des 50 places sur 6 mois sur la base d'un coût annuel à la place de 32 764 € en métropole et de 39 188€ en Outre-Mer.

La répartition des crédits correspondant à ces 50 places est détaillée en annexe 1.

Cette répartition tient compte du taux d'équipement en ACT des régions, des indicateurs de précarité^[1], du nombre de personnes recensées en affection longue durée VIH, hépatites et diabète^[2] dans ces régions.

Le plan national de santé publique prévoit la poursuite du déploiement des appartements de coordination thérapeutique (ACT) compte tenu de l'accroissement de la précarité et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ces créations / extensions s'appuient également :

- sur la « *stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* »^[3] ;
- les actions pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025 ;
- les recommandations issues des différents plans ;
- les rapports ainsi que les enquêtes^[4] relatifs à l'hébergement l'accompagnement et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

^[1] Nombre de bénéficiaires des minima sociaux en 2015 – SOURCE DREES.

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

^[3] Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030, 28 MARS 2017.

Ces principales mesures consistent à :

- améliorer et soutenir l'offre d'hébergement pour les personnes en situation de précarité atteintes de maladies chroniques, dont le VIH et les Hépatites ;
- favoriser l'accueil et l'intégration en ACT des patients sortant de prison ;
- aider aux conditions permettant un parcours vers l'autonomie des patients ;
- développer les compétences des équipes d'ACT (pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison) et encourager les partenariats avec les associations, les réseaux et les structures spécialisées implantées sur le territoire ;
- permettre l'accueil des accompagnants, notamment par la mobilisation du droit commun.

2.3. Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM) : 2,63 M€ sur 6 mois

Les LAM et les LHSS sont des dispositifs pérennisés à l'issue d'expérimentations qui constituent des réponses adaptées à la prise en charge de personnes en situation de grande précarité souffrants de pathologies diverses.

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

Les dispositifs LHSS et LAM répondent aux enjeux de lutte contre la grande exclusion portés notamment par les politiques de prévention et de lutte contre l'exclusion. Leur déploiement sur l'ensemble du territoire national n'est toutefois pas encore achevé.

En 2018, l'essentiel des crédits est mobilisé sur le financement des 150 places de LHSS et des 200 LAM créées sur 9 mois. A ceci s'ajoutent 55 nouvelles places de LHSS et 40 places de LAM sont créées sur 6 mois. La ventilation de ces places a tenu compte de plusieurs critères :

- La création effective des places financées dans les ONDAM 2015, 2016 et 2017 ;
- Les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;
- La population et le taux de pauvreté des régions ;
- La densité des places de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dans les régions ;
- La faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;
- Le déploiement des LAM dans toutes les régions.

Afin de préparer le déploiement d'éventuelles nouvelles places dans les années à venir, votre attention est attirée sur la nécessité de compléter les annexes 3 et 11 en y apportant tout le soin nécessaire afin que le déploiement de nouvelles places soit le plus pertinent possible. Il est par ailleurs vivement recommandé de procéder à l'analyse des besoins puis des appels à projets avec les services compétents des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Les "lits halte soins santé" (LHSS)

^[4] Plan Cancer 3, Étude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH. Plein sens (commande DGS) – octobre 2010, Rapport Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Rapport Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C

En 2018, seront créés 55 nouveaux lits sur 6 mois (183 jours), soit une enveloppe de 1,14 M€ au total.

Le prix de journée d'un LHSS s'élève à 114,2 €/jour/lit.

Les "lits d'accueil médicalisés" (LAM)

En 2018, seront créés 40 nouveaux lits financés sur 6 mois (183 jours), soit une enveloppe de 1,48 M€ au total.

Le prix de journée d'un LAM s'élève à 202,5 €/jour/lit.

L'annexe 3 recense par région le nombre de lits antérieurement financés et les mesures nouvelles 2018. Afin de consolider la visibilité de l'existant et les projections 2019, 2020 et 2021 au regard de vos besoins locaux en LAM et LHSS, il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

L'annexe 4 présente la méthodologie de l'affectation des places nouvelles par région en 2018 et rappelle les contraintes techniques pour la création des LAM et LHSS.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 3 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 2019 au plus tard à l'adresse suivante : DGCS-lamlhss@social.gouv.fr et clarita.beny@social.gouv.fr ;

2.4. « Un chez soi d'abord ».

Au titre de la coordination du dispositif « Un chez soi d'abord », il est prévu une enveloppe 2018 de 0,98 M€.

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 a été pérennisée par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 ayant créé un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Le déploiement du dispositif est encadré par un cahier des charges national figurant en annexe 5 de la présente circulaire.

Le Premier ministre a annoncé en juillet 2016 la pérennisation des quatre sites expérimentaux et le déploiement du dispositif sur 16 nouveaux sites entre 2018 et 2022 au rythme de 4 sites chaque année. Chaque site aura une montée en charge sur deux années consécutives avec 2/3 du financement global alloué en année N et 1/3 du financement alloué en année N+1. Il est prévu une enveloppe 2018 de 0,98 M€ se répartissant par :

- la création de 4 nouveaux sites sur 6 mois soit une enveloppe de 0,91 M€ ;
- la montée en charge du site de Paris à hauteur de 40 000 euros versée à l'ARS Ile de France ;
- une enveloppe de 27 000 euros au titre de la coordination nationale du dispositif versée à l'ARS Occitanie.

A noter que le dispositif « Un chez soi d'abord » financé par l'ONDAM spécifique pour le volet accompagnement médico-social bénéficie d'un cofinancement par le programme 177 pour le volet logement.

L'annexe 5 présente le cahier des charges national pour la création du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord ».

L'annexe 6 recense par région le nombre de sites financés en 2017 et les mesures nouvelles 2018. Afin de faciliter les projections 2019 et 2020 au regard de vos besoins en dispositif « un chez-soi d'abord » il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 6 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 2019 au plus tard à l'adresse suivante : clarita.beny@social.gouv.fr ;

3. Les rapports d'activité relatifs aux structures « addictologie » et le bilan annuel de l'activité de dépistage réalisée par TROD

La présente instruction a également pour objectif de vous transmettre les formulaires des rapports d'activité des CSAPA et des CAARUD, portant sur l'année 2018, que vous voudrez bien adresser aux structures afin qu'elles les complètent (annexes 8, 9 et 10). Le questionnaire relatif au sevrage tabagique a été intégré au rapport d'activité des CSAPA ambulatoires afin de faciliter les remontées d'informations par les structures.

L'annexe 7 rappelle le calendrier et les modalités de retour des données recueillies. Ces remontées d'informations sont essentielles pour pouvoir dresser un état des lieux. Des analyses régionales pourront également être réalisées.

Il vous est également demandé de transmettre aux structures le questionnaire relatif au bilan annuel de l'activité de dépistage réalisée par TROD (annexe 2) afin que ces dernières le complètent pour l'activité 2018. Les documents complétés doivent parvenir pour le 31 janvier 2019 au plus tard à la DGS / bureau SP3 (dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr)

4. L'enquête relative à la campagne de tarification pour 2018 et au recensement des besoins en mesures nouvelles

Votre attention est attirée sur la nécessité de procéder à un suivi rigoureux des dépenses engagées par vos décisions de tarification et de vos besoins pour les années à venir. L'enquête tarifaire 2017 est reconduite, il vous est demandé de renseigner impérativement l'annexe 11 jointe à cette instruction qui concerne l'ensemble des ESMS financés sur la dotation régionale limitative.

Vous voudrez bien retourner le fichier excel complété de façon exhaustive pour le 31 janvier 2019 au plus tard aux quatre adresses suivants : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr ; DGCS-lamlhss@social.gouv.fr ; DGS-SP2@sante.gouv.fr ; dgs-sp3@sante.gouv.fr.

Pour la ministre et par délégation,

signé

Sabine FOURCADE
La secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation,

signé

Jean-Philippe VINQUANT
Le directeur général de la cohésion sociale

Pour le ministre et par délégation,

signé

Mathilde LIGNOT-LELOUP
La directrice de la sécurité sociale

Pour la ministre et par délégation,

signé

Jérôme SALOMON
Le directeur général de la santé

Annexe 1 : Notifications régionales 2018

	Enveloppe addictologie et ACT (dont ACT à domicile) reconductible notifiées en 2017 en €	Transferts au 01/01/2018 en €	Base addictologie et ACT (dont ACT à domicile) pour 2018 en €	Actualisation de la base 2017 (+0,80%) en €	EAP 2018 ACT actualisées	EAP 2018 ACT à Domicile actualisées	EAP 2018 Addictologie actualisées	Socle 2018 pour les structures addictologie et ACT (hors ACT Pay et "un chez soi d'abord" en €)	Mesures nouvelles 2018					Total Notifications Addictologie et ACT (hors ACT Pay et "un chez soi d'abord") 2018 en €	Rappel base 2017 places ACT troubles psychiques sur 4 mois	Actualisation de la base ACT troubles psychiques 2017 (+0,80%) en €	EAP 2018 ACT troubles psychiques actualisées	Total notifications ACT troubles psychiques 2018	Rappel base LHSS pour 2017 en €	Actualisation de la base LHSS 2017 (+0,80%) en €, soit un tarif de 114,227€/jour/lit	EAP LHSS 2018 actualisées au tarif 2018 de 114,227€/jour/lit	Mesure nouvelle Création de 55 LHSS (=114,227€/jour/lit) sur 6 mois, soit 183 jours	Total Notifications LHSS 2018	Rappel base LAM pour 2017 en €	Actualisation de la base LAM 2017 (+0,80%) en €, soit un tarif 202,507€/jour/lit	EAP LAM 2018 actualisées au tarif 202,507€/jour/lit	Mesure nouvelle Création de 40 places de LAM (=202,507€/jour/lit) sur 6 mois, soit 183 jours	Total Notifications LAM 2018	Base "Un chez soi d'abord" pour 2017 en €	Actualisation du socle 2017 (+0,80%) en €	Mesure nouvelles 4 nouveaux sites sur 6 mois, soit 183 jours + Paris + coordination nationale	Total Notifications "Un chez soi d'abord" 2018	Contentieux ANPAA	Total 2018 en €
									Création de 50 places ACT sur 6 mois	SCMR sur 6 mois	Renforcement de l'Offre de matériel de RDRD à distance sur 12 mois	Renforcement des CJC sur 6 mois	Mise à disposition de la naloxone dans les CAARUD et les CSAPA sur 6 mois																					
GRAND EST	38 142 134	0	38 142 134	305 137	283 956	0	1 119 103	39 850 329	49 146	0	100 000	41 268	22 594	40 063 337	0	0	0	4 467 023	35 736	250 386	104 518	4 857 662	3 666 358	29 331	0	0	3 695 689	0	0	0	0	0	48 616 688	
NOUVELLE AQUITAINE	39 931 468	0	39 931 468	319 452	262 112	0	309 306	40 822 338	49 149	0	0	41 750	25 640	40 938 877	107 437	859	216 593	324 889	3 019 419	24 155	125 193	83 614	3 252 381	1 356 474	10 852	110 974	370 588	1 848 887	0	0	229 125	229 125	174 452	46 768 613
AUVERGNE RHONE-ALPES	42 969 068	0	42 969 068	343 753	436 853	0	341 159	44 090 832	65 528	0	0	60 701	17 851	44 234 912	0	0	0	4 942 652	39 541	312 982	188 132	5 483 307	1 832 177	14 657	1 109 738	185 294	3 141 867	0	0	458 250	458 250	171 880	53 490 216	
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	18 324 968	0	18 324 968	146 600	218 428	57 119	147 569	18 894 684	32 764	0	0	19 710	9 137	18 956 295	0	0	0	1 592 209	12 738	312 982	0	1 917 929	1 356 462	10 852	110 974	0	1 478 288	0	0	229 125	229 125	0	22 581 636	
BRETAGNE	15 132 278	0	15 132 278	121 058	283 956	0	182 046	15 719 338	0	0	0	24 461	5 859	15 749 657	0	0	0	1 623 375	12 987	156 491	0	1 792 853	1 173 043	9 384	221 948	0	1 404 375	0	0	0	0	0	18 946 885	
CENTRE VAL DE LOIRE	14 834 463	0	14 834 463	118 676	327 640	0	110 464	15 391 243	49 146	0	0	18 003	6 067	15 464 459	0	0	0	1 695 898	13 567	0	0	1 709 465	1 191 335	9 531	277 435	0	1 478 300	0	0	0	0	0	18 652 225	
CORSE	3 143 721	0	3 143 721	25 150	0	0	21 587	3 190 458	49 146	0	0	2 138	1 069	3 242 811	0	0	0	82 727	662	0	0	83 389	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 326 200
ILE-DE-FRANCE	115 072 871	0	115 072 871	920 583	873 708	57 119	1 621 456	118 545 737	131 056	150 000	0	98 427	59 441	118 984 661	107 437	859	216 593	324 889	17 340 571	138 725	1 158 033	83 614	18 720 943	5 424 642	43 397	1 775 581	111 176	7 354 797	655 706	5 246	40 000	700 952	0	146 086 242
OCCITANIE	47 694 603	0	47 694 603	381 557	349 484	0	346 154	48 771 798	81 910	0	0	42 966	25 665	48 922 339	107 437	859	216 593	324 889	4 073 674	32 589	688 560	146 325	4 941 149	1 795 613	14 365	998 765	74 118	2 882 860	758 828	6 071	27 000	791 899	72 699	57 935 835
HAUTS-DE-FRANCE	50 818 103	0	50 818 103	406 545	327 640	0	287 897	51 840 185	49 146	0	0	48 615	31 687	51 969 633	0	0	0	5 201 009	41 608	469 473	125 421	5 837 511	3 206 933	25 655	1 276 199	0	4 508 788	661 334	5 291	0	666 625	0	62 982 557	
NORMANDIE	20 917 895	0	20 917 895	167 343	218 428	57 119	147 789	21 508 574	49 146	0	0	24 636	8 014	21 590 370	0	0	0	2 936 808	23 494	0	0	2 960 302	1 191 335	9 531	277 435	370 588	1 848 888	0	0	0	0	0	0	26 399 560
PACA	44 080 339	0	44 080 339	352 643	218 428	57 119	273 876	44 982 404	65 528	0	0	35 075	20 836	45 103 843	0	0	0	5 346 094	42 769	156 491	0	5 545 354	1 795 617	14 365	998 765	0	2 808 746	747 875	5 983	0	753 858	0	54 211 802	
PAYS DE LA LOIRE	18 975 295	0	18 975 295	151 802	131 056	0	199 229	19 457 383	49 146	0	0	28 447	6 592	19 541 568	0	0	0	2 109 302	16 874	250 386	0	2 376 562	1 191 335	9 531	277 435	370 588	1 848 888	0	0	0	0	0	0	23 767 018
GUADELOUPE	4 591 127	0	4 591 127	36 729	78 376	0	23 956	4 730 188	0	0	0	2 911	1 661	4 734 760	0	0	0	672 003	5 376	156 491	146 325	980 195	329 074	2 633	998 765	0	1 330 471	0	0	0	0	0	7 045 426	
MARTINIQUE	5 296 550	0	5 296 550	42 372	52 251	0	25 077	5 416 250	39 188	0	0	2 575	660	5 458 673	0	0	0	454 878	3 639	125 193	125 421	709 131	329 074	2 633	998 765	0	1 330 471	0	0	0	0	0	7 498 275	
GUYANE	9 096 180	0	9 096 180	72 769	313 504	68 544	38 845	9 589 843	39 188	0	0	2 927	4 028	9 635 986	0	0	0	317 927	2 975	375 578	125 421	875 902	274 229	2 194	832 304	0	1 108 727	0	0	0	0	0	11 620 615	
REUNION - MAYOTTE	6 471 772	0	6 471 772	51 774	78 376	0	42 897	6 644 820	39 188	0	0	10 389	3 200	6 697 596	0	0	0	1 292 467	10 340	156 491	20 904	1 480 201	274 229	2 194	832 304	0	1 108 727	0	0	0	0	0	9 286 524	
TOTAL	495 492 835	0	495 492 835	3 963 943	4 454 195	297 021	5 238 410	509 446 403	838 375	150 000	100 000	505 000	250 000	511 289 778	322 311	2 578	649 779	974 668	57 222 036	457 776	4 694 730	1 149 695	63 524 237	26 387 930	211 103	11 097 384	1 482 351	39 178 768	2 823 743	22 590	983 500	3 829 833	419 031	619 216 316

ANNEXE 2

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

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

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

Consignes :

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

PERSONNEL

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

ACTIVITE DE DEPISTAGE

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

ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTEES

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

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

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATION DES PERSONNES											
Nombre de TROD positifs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ dont nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques en laboratoire ➤ dont nombre de faux positifs ➤ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité ➤ dont nombre de personnes pour lesquelles on ne connaît pas le résultat de la confirmation 	<table border="0"> <tr> <td>VIH</td> <td>VHC</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	VIH	VHC	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
VIH	VHC										
[]	[]										
[]	[]										
[]	[]										
[]	[]										
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de l'infection à VIH ou à VHC dans les 3 mois suivant la date du TROD positif	<table border="0"> <tr> <td>VIH</td> <td>VHC</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	VIH	VHC	[]	[]						
VIH	VHC										
[]	[]										

COMMENTAIRES

ANNEXE 3 : Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région (colonnes à compléter)

Régions	Nombre total de LHSS financés par région au 31/12/2017	MESURES NOUVELLES LHSS 2018 : nombre de lits en LHSS financés en 2018 sur 6 mois soit 183 jours (sur la base de 114,227 €/jour/lit)	Total Financement LHSS 2018 par région	Nombre de LHSS installés par région au 31/12/2018	Nombre de LHSS non pourvus au 31/12/2018 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)	Explication du différentiel (entre le nombre de LHSS financés et le nombre de LHSS installés) et mesures correctives envisagées	Estimation des besoins de LHSS en 2019	Estimation des besoins de LHSS en 2020	Estimation des besoins de LHSS en 2021	RECAPITULATIF LAM Nombre total de LAM financés par région au 31/12/2017	MESURES NOUVELLES LAM 2018 Nombre de lits en LAM financés en 2018 sur 6 mois soit 183 jours (sur la base de 202,507€ /jour/lit)	Total Financement LAM 2017 par région	Nombre de LAM installés par région au 31/12/2018	Nombre de LAM non pourvus au 31/12/2018 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)	Explication du différentiel (entre le nombre de LAM financés et le nombre de LAM installés) et mesures correctives envisagées	Estimation des besoins de LAM en 2019	Estimation des besoins de LAM en 2020	Estimation des besoins de LAM en 2021
GRAND EST	114	5	119							50	0	50						
NOUVELLE AQUITAINE	76	4	80							20	10	30						
AUVERGNE RHONE-ALPES	127	9	136							40	5	45						
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	46	0	46							20	0	20						
BRETAGNE	43	0	43							19	0	19						
CENTRE VAL DE LOIRE	41	0	41							20	0	20						
CORSE	2	0	2							0	0	0						
ILE-DE-France	447	4	451							98	3	101						
OCCITANIE	115	7	122							38	2	40						
HAUTS-DE-France	137	6	143							61	0	61						
NORMANDIE	71	0	71							20	10	30						
PACA	133	0	133							38	0	38						
PAYS DE LA LOIRE	57	0	57							20	10	30						
GUADELOUPE	20	7	27							18	0	18						
MARTINIQUE	14	6	20							18	0	18						
GUYANE	18	6	24							15	0	15						
REUNION - MAYOTTE	35	1	36							15	0	15						
TOTAL	1496	55	1551							510	40	550						

ANNEXE 4

Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2018 des LHSS et des LAM

La DGCS a travaillé sur plusieurs critères de priorisation afin de proposer une ventilation du nombre de places (55 LHSS et 40 LAM en 2018) afin de répondre au plus juste aux besoins territoriaux et à une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire national.

Les critères de priorisation pour la ventilation 2018 sont les suivants :

- **La création effective des places financées dans les ONDAM 2015, 2016 et 2017 ;**
- **Les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;**
- **La population et le taux de pauvreté des régions ;**
- **La faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;**
- **Le déploiement des LAM dans toutes les régions.**

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

Annexe 5



Dispositif ACT « Un Chez-soi d'abord »



Cahier des charges national

Juin 2017

Table des matières

1. Préambule.....	4
2. Objectif du cahier des charges.....	5
3. Définition.....	6
4. Objectifs.....	6
5. Vocabulaire et approches.....	7
6. Principes d'action.....	8
7. Personnes accueillies.....	9
8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif.....	9
8.1. Territoire d'intervention retenu.....	9
8.2. Pilotage et gestion.....	10
8.2.1. Accompagnement national et territorial.....	10
8.2.2. Gestion du dispositif.....	11
8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire.....	12
8.3. Modalités d'orientation des publics.....	12
8.3.1. Structures.....	12
8.3.2. Circuit d'orientation.....	13
8.4. Admission dans le dispositif.....	14
8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif.....	14
8.5.1. Volet logement.....	14
8.5.2. Volet accompagnement.....	14
8.6. Projet d'établissement.....	15
8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies.....	16
8.8. Partenariats.....	16
8.9. Ressources humaines.....	17
8.9.1. Montée en charge du dispositif.....	18
8.9.2. Volet administration.....	18
8.10. Formation.....	18
8.11. Budget.....	19
8.12. Suivi et évaluation.....	20
8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018.....	21
9. Missions et activités du dispositif.....	22
9.1. Organisation.....	22
9.2. Modalités générales d'accompagnement.....	22
9.3. Accueil individualisé.....	23

9.4.	Pôle d'activité logement	23
9.5.	Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social.....	24
9.5.1.	Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne	24
9.5.2.	Accompagnement à la santé.....	25
9.5.3.	Accompagnement à la vie relationnelle	26
9.5.4.	Accompagnement à l'emploi, la formation,	26
9.5.5.	Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir	26
9.5.6.	Accompagnement à la sortie du dispositif.....	27

Ce cahier des charges a été réalisé par la DIHAL en collaboration avec les administrations centrales concernées, DGCS, DGS, DGOS, DHUP, DSS, la CNAMTS, l'Anesm et l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité de pilotage engagés dans la phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2011 et 2016.

Il s'appuie de plus sur les résultats de la recherche conduite par le Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279

Il a été validé par le comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 20 juin 2017

1. Préambule

Le rapport de 2009 « *La santé des personnes sans chez-soi* » établit un état des lieux des principaux problèmes sanitaires rencontrés par les personnes durablement sans-abri et met en avant que le fait d'être « sans chez-soi » constitue un facteur de mortalité et de morbidité accru dans le champ des pathologies mentales et somatiques.

Les réponses mises en œuvre jusque-là dans le cadre des politiques publiques d'assistance et d'inclusion sociale ne permettent pas de répondre totalement à ce défi. D'une part, les dispositifs médico-sociaux (destinés aux personnes en situation d'exclusion et présentant un trouble psychique) définis dans le cadre de la *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, nécessitent au préalable une orientation par la *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH) et un engagement dans une démarche de soins ; les publics durablement à la rue en sont le plus souvent exclus. D'autre part, les prises en charge classiquement proposées dans le cadre de l'urgence sociale (prises en charge dites « en escalier ») demandent comme préalable à tout accès au logement autonome que les personnes puissent faire la preuve qu'elles sont en "capacité d'être logées", le logement autonome étant le plus souvent conditionné au fait d'accepter un traitement médical et d'être abstinent aux substances psychoactives. Comme le constatait la Cour des comptes en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri, ce sont « *les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (qui) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive* »¹. Il y a donc une conjonction de deux effets négatifs : un faible rétablissement des personnes et une forte consommation de services peu efficace compte tenu notamment de leur discontinuité.

Face à ce constat, l'Etat a engagé une expérimentation intitulée « Un Chez-soi d'abord » d'avril 2011 à décembre 2016 qui vise à changer radicalement la modalité d'accompagnement. En effet, il propose un accès direct dans un logement ordinaire depuis la rue moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile, pour des personnes souffrant de pathologies mentales sévères et échappant aux dispositifs classiques. Une recherche évaluative randomisée indépendante a été menée. Elle a montré que le programme « Un Chez-soi d'abord » a une réelle efficacité à un moindre coût sur un suivi à deux ans se traduisant par un accès rapide et un maintien dans le logement pour 85% des personnes suivies, une amélioration globale de la qualité de vie (plus marquée pour les personnes souffrant de schizophrénie), une réduction significative des recours au système de soins (diminution de 50% des durées d'hospitalisation pour les personnes suivies en comparaison avec le groupe dit « témoin ») et aux structures dédiées aux personnes sans-abri (structures de l'urgence sociale). La totalité du coût du programme « Un Chez-soi d'abord » est compensée par les économies potentiellement réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social. Cette intervention présente donc un retour sur investissement maîtrisé.

¹<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf>

Un comité d'évaluation réuni le mardi 5 juillet 2016 a considéré que le programme « Un Chez-soi d'abord » répond à un besoin réel conforme aux orientations générales des politiques publiques en faveur des publics ciblés et, qu'au vu des résultats de la recherche évaluative, il apporte une plus-value en comparaison avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. Il a donc préconisé « *la pérennisation des sites expérimentaux et le déploiement maîtrisé du programme sur le territoire, en s'appuyant sur une évaluation pertinente des besoins sur les sites ciblés tout en maintenant lors du déploiement un accompagnement évaluatif rigoureux* ». Les délibérations et préconisations ci-dessus ont recueilli l'approbation unanime de tous les membres du comité.

Le programme « Un Chez-soi d'abord » a par ailleurs été inscrit dans la « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abris ou mal logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion. C'est un axe du « Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 ».

Le programme « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit :

- dans le projet territorial de santé mentale tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2. – I de la Loi de modernisation du système de santé. Celui-ci visant notamment, comme prévu à l'alinéa 14 de l'article L. 3221-2. du code de santé publique, à la mise en place d'« *un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* »,
- dans les programmes régionaux de santé (PRS),
- dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD),
- dans un contexte budgétaire qui tend à la meilleure performance de la dépense publique.

2. Objectif du cahier des charges

Le présent cahier des charges national définit les conditions d'organisation et de fonctionnement applicables aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ; ceux-ci sont en outre soumis à l'ensemble des dispositions générales du CASF relatives aux services sociaux et médico-sociaux dont celles relatives aux obligations d'évaluation définies à l'article L. 312-8 : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées (...) par l'Anesm. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. »

Un guide² d'implantation et de mise en œuvre s'appuyant sur les enseignements de la phase expérimentale accompagne le présent cahier des charges.

3. Définition

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné - qui entre dans la catégorie des services médico-sociaux au sens du 9° de l'article L. 312-1 du CASF - qui « assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ».

Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir,
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale³. »

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu dans la cité, qui est réévalué au moins une fois par an.

4. Objectifs

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » vise au rétablissement des personnes accueillies.

Son objectif est double, d'une part le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. D'autre part, la promotion de la santé mentale positive s'appuyant sur le renforcement des compétences personnelles, l'estime de soi, le développement de rôles et d'activités enrichissantes favorisant son inclusion sociale. Le soutien visera à la fois la personne elle-même et la mise en place de conditions favorables à son rétablissement dans son environnement de vie.

Le dispositif s'articule notamment avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif.

² Le guide complète le cahier des charges en proposant des illustrations détaillées des modalités d'organisation et des pratiques professionnelles issues de l'expérience des quatre sites expérimentaux.

³ Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un dispositif « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné

5. Vocabulaire et approches

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'appuie sur les approches suivantes :

- Le « *Housing First* »⁴ qui défend l'efficacité de l'accès à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles et intensifs, s'appuyant sur le respect du choix de la personne⁵ et postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue du modèle dit « *modèle en escalier* » qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Ce modèle s'adresse à des personnes vivant avec une ou des pathologies mentales sévères. Il se distingue par un second postulat qui spécifie que les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être abstinentes ou sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi.
- Le « *rétablissement* »⁶ est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc... et [qui] remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une maladie chronique voir incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes* »⁷. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « *survivants de la psychiatrie* ». Les revendications portaient déjà bien plus sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement que biologique. Au même moment, une étude clinique longitudinale internationale menée par l'OMS sur la schizophrénie met en évidence qu'environ 30% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie se rétablissent complètement, et 30% se rétablissent en partie⁸. Elle a amené, dans certains pays, à une véritable transformation de l'offre de soins, avec un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale centrées de manière explicite sur le « rétablissement » (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle- Zélande).

Offrir des « *soins orientés rétablissement* » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir parmi la gamme de services offerts ceux qui sont le plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes, d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Les « *soins*

⁴Inventé par Sam Tsemberis aux Etats-Unis dans les années 1990 et modélisé sous le nom de « pathways to housing first »

⁵In TSEMBERIS, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.

⁶Pour plus d'information se référer à : Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 359-64.

⁷William Anthony (1993) psycom "santé mentale de A à Z"

⁸Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movment in psychiatry. Wiley-Blackwell, editor.; 2010.

orientés rétablissement » s'appuient enfin sur une pluralité d'outil d'accompagnement (WRAP⁹, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, ...).

- La « *réduction des risques et des dommages* »¹⁰ (RDR) s'adresse avant tout aux consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. Elle vise à encourager l'utilisateur à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

6. Principes d'action

Huit principes clés structurent le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Ils sont issus du modèle anglo-saxon et ont fait l'objet d'une validation lors de l'expérimentation française conduite de 2011 à 2016 ainsi que d'un consensus européen^{11 12} :

- (1) Le **logement est un droit fondamental**¹³,
- (2) Le dispositif propose à la personne un **accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité - sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives**,
- (3) La personne a le **choix de l'agenda et de la temporalité des services** d'accompagnement (notion d'*autodétermination*), dans la limite du respect de l'engagement minimum d'une visite hebdomadaire par l'équipe d'accompagnement,
- (4) Le programme s'engage vis-à-vis de la personne à **l'accompagner autant que de besoin** dans le cadre d'un accès aux droits et à des soins efficaces et à la citoyenneté via une **insertion dans le milieu ordinaire**,

⁹ Wellness Recovery Action Plan – Ellen Copeland

¹⁰ Mildecca <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>

¹¹ Housing first guide europe. Voir : <https://housingfirstguide.eu/>

¹² Peer-review les 16 et 17 mars 2016. Voir

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2338&furtherNews=yes>

¹³ Consacré en France par l'existence d'un droit au logement opposable (Loi DALO)

- (5) **La séparation des services de logement et de traitement**¹⁴ ; l'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel de la personne ET le logement n'est pas conditionné à l'observance d'un suivi thérapeutique,
- (6) Les services de soutien individualisé sont « **orientés rétablissement** »,
- (7) Le dispositif développe une **approche de réduction des risques et des dommages**,
- (8) L'accompagnement s'effectue dans le cadre d'un **engagement intensif** et d'une inconditionnalité de l'accompagnement.

7. Personnes accueillies

Le dispositif s'adresse exclusivement aux personnes sans-abri, majeures sans limite d'âge, susceptibles de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en vertu de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour accéder à un logement locatif social, elles doivent satisfaire aux conditions prévues au 1° de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

Elles doivent être en situation régulière sur le territoire au moment de leur intégration dans le dispositif.

Les personnes devront impérativement répondre aux critères cumulatifs suivant :

- (1) Etre sans-abri ou sans-logement¹⁵ au moment de l'intégration dans le dispositif,
- (2) Présenter une pathologie mentale sévère¹⁶,
- (3) Présenter des besoins élevés¹⁷,
- (4) Etre en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées.

8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

8.1. Territoire d'intervention retenu

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2.- I de la loi de modernisation du système de santé. Ce projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale. De plus il s'inscrit dans les PRS dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

¹⁴ Le traitement est compris comme l'observance d'un suivi thérapeutique en lien avec la pathologie

¹⁵ Il est fait référence à la grille ETHOS 1 – 2 – 3 – 4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire seront examinées au cas par cas par la commission d'admission cité au chapitre 9-e

¹⁶ Pathologie relevant du groupe diagnostic « **troubles psychotiques** »

¹⁷ Référence grille MCAS : Multnomah Community Ability Scale

La capacité d'accompagnement du dispositif est comprise entre 90 et 105 personnes - et non séable en sous-unités - sur la zone d'intervention retenue.

Le territoire d'intervention est défini par l'ARS en s'appuyant sur les diagnostics partagés établis dans le cadre des PTSM¹⁸. L'organisme gestionnaire veillera quant à lui à ce que les appartements soient situés dans les lieux qui permettent la mise en œuvre d'un suivi intensif pour l'ensemble des personnes accueillies tout en garantissant un choix de logement suffisant pour chacune d'entre elles.

8.2. Pilotage et gestion

L'expérimentation a permis de retenir les points suivants comme essentiels au maintien de l'efficacité du dispositif :

- (1) La pluridisciplinarité (sanitaire, social, médico-social et logement) à tous les niveaux de gouvernance : national, territorial, organisme gestionnaire et professionnels du dispositif,
- (2) Une inscription dans une dynamique partenariale à l'échelle du territoire concerné,
- (3) La participation des personnes accueillies selon des modalités définies par la Loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale **et l'article L. 115-2-1 du CASF.**

8.2.1. Accompagnement national et territorial

Jusqu'au 31 décembre 2022, un conseiller technique national sera chargé :

- D'assurer la diffusion des enseignements de l'expérimentation sur les nouveaux sites,
- D'accompagner l'ensemble des organismes gestionnaires en particulier sur les questions de l'évaluation interne et des pratiques professionnelles,
- De rendre compte du bilan de l'ensemble des dispositifs (issu des données anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, adressées annuellement par les organismes gestionnaires), dans le cadre d'un comité de suivi national annuel rassemblant l'ensemble des acteurs concernés¹⁹.

Sur le plan local et sur la même durée que l'accompagnement national, un comité de suivi local animé par l'ARS, en lien avec le conseiller technique national, sera chargé de diffuser les résultats des évaluations annuelles et les pratiques pertinentes et de faciliter les collaborations sur le territoire. Les représentants de l'Etat et notamment les DDCS(PP) les D(R)DJSCS et la DRIHL, les collectivités locales, les représentants des personnes accueillies dans le dispositif, des bailleurs sociaux et représentants de bailleurs privés, le CRPA, des représentants des usagers en santé mentale, des associations du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) dont le SIAO, des représentants de têtes

¹⁸ Décret à paraître en septembre 2017

¹⁹ Le comité sera composé de représentants des structures suivantes œuvrant dans le champ concerné : Administrations centrales, CNAMTS, gestionnaire du dispositif des différents sites, fédérations nationales, personnes qualifiées, IRESP et équipes de recherche, Anesm, CNSA, (liste non exhaustive)

de réseau associatives du champ concerné, des acteurs sanitaires et médico-sociaux, et différents partenaires du territoire (liste non exhaustive) en particulier les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou les coordinations d'acteurs œuvrant dans ce champ partout où elles existent, seront membres de cette instance. Les organismes d'assurance maladie seront tenus informés des travaux du comité de suivi local.

Le bilan annuel visera sur chacun des territoires et au niveau national à alimenter les diagnostics partagés dans le champ de la santé mentale, de l'addictologie, de l'hébergement et du logement. Il contribuera à enrichir les réflexions menées par les pouvoirs publics et les acteurs des champs concernés sur leurs pratiques respectives.

8.2.2. Gestion du dispositif

L'organisme gestionnaire d'un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord », régi par l'article D. 312-154-2, est un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Il ne peut avoir d'autre objet pendant les trois années suivant sa création, et doit comporter au moins un organisme relevant de chacune des catégories mentionnées aux a) à c) ci-après :

« a) un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité,

« b) une personne morale agréée, d'une part, au titre des activités d'ingénierie sociale, financière et technique mentionnées au b) et au d) du 2° de l'article R. 365-1 du code de la construction et de l'habitat et, d'autre part, au titre des activités de location en vue de la sous-location prévues au a) du 3° du même article, ou une personne morale dispensée de ces agréments,

« c) un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.

L'organisme gestionnaire conclut, à moins qu'ils ne figurent parmi ses membres, une convention de coopération avec :

« d) un établissement de santé assurant des soins somatiques et disposant d'une permanence d'accès aux soins de santé,

« e) un organisme dont l'un des objets est la lutte contre les exclusions, l'insertion ou le logement des personnes défavorisées,

« f) un organisme représentant des usagers en santé mentale,

« g) un organisme représentant des personnes dépourvues de logement.

L'organisme gestionnaire sera autorisé pour une capacité allant de 90 à 105 places qui ne sont pas sécables sur le territoire.

Il est recommandé de privilégier dans la constitution du groupement trois organismes différents même si un des organismes gère déjà en son sein plusieurs des compétences mentionnées aux points a) b) et c).

8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire

Afin de viser au décloisonnement sur le territoire des différents secteurs de la santé, de l'addictologie, du logement et de l'action sociale, la convention constitutive du GCSMS devra proposer une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres.

La gouvernance visera :

- La fluidité dans les circuits de décision afin de permettre une réactivité dans la gestion du service,
- L'horizontalité dans les processus de décision valorisant les démarches collaboratives avec l'ensemble des parties prenantes dont les membres des équipes et les personnes accueillies.

Une mutualisation des compétences et des moyens sera recherchée, afin de favoriser la transmission des pratiques innovantes mises en œuvre au sein du dispositif « Un Chez-soi d'abord » vers les autres services des structures membres du GCSMS.

Le gestionnaire du dispositif devra :

- Proposer un organigramme clair, facilitant pour les personnes accueillies, leur utilisation des services d'accompagnement et si elles le souhaitent, leur investissement dans les instances décisionnelles du groupement,
- Participer sur le territoire à la diffusion des pratiques innovantes en lien avec les personnes accueillies. Il veillera à faire appliquer les textes de référence en matière de rétribution des personnes lorsqu'elles interviendront (formation, colloque, hors de la fonction de représentation, ...).

8.3.Modalités d'orientation des publics

Une information sur les modalités d'orientation vers le dispositif (circuit, critères, public) sera apportée par le gestionnaire, aux structures pouvant rencontrer le public concerné.

8.3.1. Structures

Les personnes pourront être orientées par des structures déterminées *à priori* et dites « équipes d'orientation ».

Ces structures sont, comme notifié au l'article D. 312-154-1. du CASF :

- Soit une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou une permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisée en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique,

- Soit un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique,
- Soit un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue ou une structure participant au dispositif de veille sociale²⁰ prévu à l'article L. 345-2 du CASF, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.

8.3.2. Circuit d'orientation

Sur le territoire, les équipes qui répondent aux critères ci-dessus et qui sont volontaires seront désignées comme « équipes d'orientation » par le gestionnaire après information à l'ARS et à la DDCS(PP), D(R)DJSCS ou DRIHL.

Le gestionnaire sera en charge de former au moins un référent²¹ au sein de chaque équipe d'orientation pour assurer l'orientation vers le dispositif « Un Chez-soi d'abord » des personnes qui répondent aux critères notifiés à D. 312-154-1. du CASF.

Le dossier de demande d'intégration dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » sera envoyé à la structure gestionnaire. Un certificat médical attestant le diagnostic psychiatrique sera adressé à un médecin désigné par la structure gestionnaire²².

Une commission d'orientation sera constituée. Elle sera composée²³ d'un représentant de chacune des structures adhérentes et conventionnées avec le GCSMS, un représentant de chaque équipe d'orientation et un représentant du SIAO. Elle examinera mensuellement lors de la période de montée en charge puis trimestriellement une fois cette période passée, la validité des dossiers de demande d'intégration.

Le gestionnaire informera la commission du nombre de places disponibles. Pour cela, il s'appuiera sur deux éléments :

- Le nombre de places d'accompagnement effectivement disponibles, pour une capacité allant de 90 à 105 places
- La capacité de captation de logement sur le territoire lui permettant de proposer aux futurs entrants, un logement au plus tard dans les 8 semaines suivant leur intégration dans le dispositif.

L'orientation se fera selon l'ordre chronologique de réception de la demande et en fonction du nombre de places disponibles. Le refus d'une demande sera motivé par la commission à la personne et à l'équipe d'orientation. Si la situation de la personne le justifie, sa demande sera présentée lors de la commission suivante.

²⁰ Dont les structures d'accueil de jour

²¹Des questionnaires permettant de déterminer l'éligibilité pour intégrer le dispositif seront adressés aux équipes d'orientation, ainsi que l'ensemble des documents à remettre aux personnes pour les informer de l'objectif du dispositif et ses modalités d'accueil, d'accompagnement et d'accès au logement.

²²Ce médecin ne devra pas exercer pas au sein du dispositif pour éviter les effets de sélection a priori

²³L'équipe pluridisciplinaire ne sera en aucun cas membre de la commission d'orientation

8.4. Admission dans le dispositif

La décision d'accueillir la personne déclarée admissible par la commission est confirmée par le directeur de l'organisme gestionnaire. La personne accueillie et son représentant légal, si celle-ci bénéficie d'une mesure de protection juridique, conclut alors :

- Un contrat de prise en charge comportant les mentions prévues au VI de l'article D. 311 du CASF avec l'organisme gestionnaire. Ce contrat est conclu et prend effet, par dérogation au III du même article, au plus tard à la date d'effet du contrat de location ou de sous-location du logement.
- Un contrat de location ou de sous location de son logement avec l'organisme agréé au titre des activités de location, sous-location et membre du GCSMS, ou directement le cas échéant avec le bailleur.

8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif

8.5.1. Volet logement

Un contrat de location ou sous location est signé. Sa durée dépendra de la nature du bailleur (parc public ou privé). En cas de contrat de sous-location, le gestionnaire locatif visera à proposer un glissement du bail ou un logement en bail direct.

Les situations pouvant amener à la rupture du bail (par exemple le non-paiement réitéré de loyer, la dégradation des logements ou les troubles du voisinage, ...) feront l'objet d'une attention particulière par le gestionnaire du dispositif qui devra décrire les solutions adaptées prévues pour chaque situation, en particulier les mesures de prévention des expulsions ou de relogement. Le service de gestion locative sera en charge d'informer le locataire des procédures réglementaires concernant les situations décrites ci-dessus

En cas de nécessité de relogement des personnes accueillies, le gestionnaire locatif se rapprochera du Préfet afin que ces personnes puissent être reconnues comme prioritaires²⁴ au titre du PDALHPD, et prises en charge, le cas échéant, dans le cadre de la convention intercommunale d'attribution, qui définit pour chaque bailleur social un engagement annuel quantifié d'attribution de logements aux personnes connaissant des difficultés économiques et sociales.

8.5.2. Volet accompagnement

Celui-ci repose sur le contrat de prise en charge qui sera réévalué au moins une fois par an.

La sortie de l'accompagnement est un processus qui se fera en concertation étroite entre la personne accueillie et le gestionnaire. Les critères suivants devront être examinés :

- Le reste à vivre (ratio loyer + charges/ressources) suffisant,

²⁴ Au titre de l'Art L 441-1 de la Loi du 27 Janvier 2017

- Les possibilités de glissement du bail de sous-location ou l'accès à un logement en bail direct,
- L'effectivité d'un réseau d'accompagnement dans le droit commun pour répondre aux besoins d'accompagnement sanitaire, sociaux, culturels et à la citoyenneté (dont l'insertion professionnelle),
- L'effectivité d'un réseau d'entraide formel ou informel - hors du réseau des professionnels médico-sociaux- (Groupe d'entraide mutuel (GEM), groupe d'auto-support, réseau familial ou amical, ...),
- Le souhait pour la personne de sortir du dispositif et/ou l'intégration dans son récit de cette possibilité,
- Une orientation adaptée choisie par/avec la personne si le logement proposé ne lui convient pas ou plus (maison relais, EHPAD, foyer logement...),
- L'absence de tout contact avec le gestionnaire, supérieure à six mois.

En cas de rupture volontaire de l'accompagnement par la personne (de manière explicite ou par la cessation de tout contact) ou de sa prise en charge par un autre établissement ou service sanitaire ou médico-social, elle conserve pendant six mois le droit d'être réintégrée à sa demande, sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge.

Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10% de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur général de l'Agence régionale de santé.

8.6. Projet d'établissement

Le gestionnaire du dispositif établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens mis en œuvre à l'exercice de ses missions. Il prévoit également les modalités d'établissement d'un programme annuel²⁵ de formation mis en œuvre à la création du dispositif ainsi que d'un plan de suivi et d'évaluation annuel.

Le gestionnaire du dispositif proposera un système d'information permettant aux équipes de mettre en place les modalités de fonctionnement décrites dans le chapitre 9 du présent cahier des charges (aller vers, travail en binôme, multi-référencement, etc...) et garantissant aux personnes accompagnées le respect du secret des informations les concernant. Tous ces éléments devront être en adéquation avec le modèle qui a fait l'objet de l'expérimentation, tout en y intégrant les spécificités liées aux partenariats et au territoire.

L'expérimentation ayant montré que certaines situations qualifiées de « complexes » peuvent amener à des ruptures d'accompagnement venant soit de l'équipe pluridisciplinaire soit de la personne elle-même (situation de violence par exemple), le projet d'établissement devra proposer des modalités de fonctionnement permettant de les

²⁵ Complémentaire au plan annuel de formation qui relève des obligations légales de l'employeur

recenser et d'apporter des solutions pour leur prévention et/ou leur résolution, voir acter de ruptures définitives d'accompagnement si la situation l'exige.

8.7.Mise en œuvre des droits des personnes accueillies

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

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

La personne pourra par ailleurs, à tout moment, saisir la personne qualifiée, instituée par l'article L. 311-5 du CASF.

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 seront à préciser par la structure gestionnaire en tenant compte des spécificités du dispositif, tel que le contrat individuel de prise en charge²⁶ en lieu et place du contrat de séjour.

8.8.Partenariats

Les appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionnent en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale et de logement ainsi que les GEM, les collectifs d'usagers et les conseils locaux de santé mentale existant sur le territoire. Le développement du partenariat doit être proactif et le projet d'établissement doit prévoir les modalités d'organisation du partenariat. La liste des partenaires sera mise en annexe de ce projet et pourra être modifiée dans la durée.

Le gestionnaire développera notamment des liens avec :

- Les acteurs de la veille sociale et du secteur AHI (SIAO, structures de l'hébergement, équipes mobiles, etc...),
- Les structures de prise en charge de droit commun (structures de soins somatiques, psychiatrique dont structures de réadaptation psychosociale, en addictologie, services pénitencier d'insertion et de probation (SPIP) et service médical pénitencier régional (SMPR), services de suite et réadaptation (SSR) les services sociaux municipaux et départementaux et les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services liés à l'emploi et la formation...),
- Les structures de logement (logement accompagné, bailleurs sociaux, ...),
- Les collectifs d'usagers de la santé mentale ou de personnes accompagnées (GEM, groupes d'auto-support, comité régional des personnes accueillies (CRPA), ...),
- Les conseils locaux de santé mentale,

²⁶ Il ne sera pas signé de contrat de séjour car les personnes ne sont pas sur une modalité de « séjour » mais elles sont à leur domicile ; le document individuel de prise en charge sera signé par les deux parties et sera donc dénommé « contrat »

- Les services de protection pour majeurs,
- Les organismes de l'accès aux droits et aux prestations (CPAM, CAF, ...),
- Tout autre partenaire institutionnel, ou associatif opportun pour l'accompagnement de la personne.

8.9.Ressources humaines

Les missions des appartements mentionnés à l'article D. 312-154-3 du CASF sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comportant, outre son directeur, au moins :

« - un cadre coordinateur d'équipe disposant des qualifications prévues à l'article D.312-176-7 du CASF ou à l'article D. 312-176-8 du CASF,

« - un infirmier,

« - un intervenant compétent en addictologie,

« - un médecin généraliste, qui, sauf si la personne accompagnée en dispose autrement, est réputé désigné par elle comme son médecin traitant pour l'application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale,

« - un médecin psychiatre qui a pour responsabilité la coordination médicale,

« - un médiateur de santé-pair dont l'expérience de recours aux soins en santé mentale en tant qu'utilisateur est complétée soit par une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation, soit par une validation des acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du même code en vue de l'accès à une telle certification, sous réserve d'un engagement à obtenir celle-ci dans un délai de cinq ans à compter du recrutement, soit, sous réserve de l'avis favorable du médecin psychiatre de l'équipe, par toute autre formation en santé mentale,

« - une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative rémunérée par l'organisme mentionné au b) du I de l'article D. 312-154-2 du CASF,

« - un travailleur social,

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'organisme gestionnaire, d'un de ses membres, ou d'un des organismes avec lesquels il a conclu une convention de coopération, ou encore exercer à titre libéral dans le cadre d'une convention conclue avec lui.

Il est possible d'intégrer dans l'équipe d'autres professions issues du secteur social ou médico-social, notamment des psychologues ou des conseiller (ère) s d'insertion professionnelle.

8.9.1. Montée en charge du dispositif

Elle se fera sur deux ans, avec 50% des personnes accueillies la première année. L'année N²⁷, le gestionnaire devra proposer un effectif d'au moins 7 équivalents temps plein (ETP) permettant d'assurer l'ensemble des missions tout en respectant la pluridisciplinarité et la couverture h24 et 7 jours sur 7, notamment par une astreinte ou une permanence téléphonique.

Sur le volet logement, le gestionnaire devra proposer sur les deux premières années une organisation permettant la captation rapide sur le territoire des 100 logements, dont 50 logements sur la première année avec au moins un ETP sur la gestion locative adaptée, ainsi qu'une organisation permettant une réactivité dans la maintenance des logements.

L'année N+1, l'effectif complet sera atteint et la structure gestionnaire devra :

- Respecter le modèle de suivi intensif qui prévoit au moins 11 ETP pour le suivi en lien direct avec les personnes accueillies, hors poste de coordination,
- Mettre en place une organisation permettant la captation, le suivi des impayés, de la vacance et des réparations,
- Proposer un organigramme et une répartition des personnels par type et catégorie professionnelle. Concernant les travailleurs sociaux et infirmiers, il sera privilégié des postes à temps plein. Concernant les médiateurs de santé pair ils seront au moins deux au sein de l'équipe.

8.9.2. Volet administration

Le volet administration aura en charge :

- La gestion des ressources humaines,
- Le secrétariat,
- La gestion de la comptabilité et du budget,
- La direction du dispositif.

Les postes administratifs seront répartis de façon paritaire sur les deux dotations budgétaires. Cela représente entre 1,5 et 2 ETP, qui pourront être utilisés à l'embauche directe, ou au paiement d'une mise à disposition ou d'un service externalisé.

8.10. Formation

Le gestionnaire devra proposer un programme de formation annualisé comportant les éléments suivants :

²⁷ Année de démarrage de l'activité

- Une formation initiale, sous la coordination de la DIHAL, de l'ensemble des membres des équipes et des directions de l'ensemble des membres du groupement aux principes du dispositif décrit au § 5 du présent document et aux problématiques spécifiques du public accueilli et à l'évaluation,
- Un programme de formation continue établi à partir des évaluations régulières des besoins en formation, permettant aux équipes d'assurer un accompagnement de qualité et respectant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- Une formation à destination des personnels délivrés dans les 6 mois de leur embauche,
- Des temps de travail d'équipe et de réflexion sur les pratiques (staff-day, temps de supervision, analyse de pratique, échange entre pairs, focus groupe...),
- Des rencontres inter-sites,
- Le dispositif sera aussi un lieu de formation de professionnels ou futurs professionnels et accueillera des stagiaires en travail social, infirmier, interne en médecine et psychiatrie. Il développera des liens avec l'université et les écoles de formation des champs concernés,
- Des modules de formation pourront être communs aux professionnels des équipes et aux personnes accueillies. Ils porteront en particulier sur les thèmes suivants : la iatrogénie des traitements en particulier des psychotropes, la santé des personnes à la rue, les complications des addictions, etc..., le repérage de l'ensemble des structures médicales, sociales et médicosociales existant sur le territoire et sur leurs missions afin de viser à une utilisation rationnelle des services.

8.11. Budget

Le financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ONDAM PDS) et de crédits provenant du programme 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML).

L'enveloppe ONDAM PDS couvre :

- Le budget des personnels affectés à l'accompagnement médical et médico-social
- Les frais engagés pour l'accompagnement,
- Exceptionnellement, les dépenses des locataires concernant les besoins de base ou les frais de petits soins²⁸ (hors hospitalisation ou consultation) le temps de l'ouverture des droits et de l'accès à des ressources.

L'enveloppe relevant du programme 177 «prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables» couvre :

- Le budget des personnels affectés au volet logement et à l'accompagnement à l'habitat,
- L'ensemble des frais pris en charge dans le cadre de l'IML :
 - o Des réparations et la remise en état des appartements lors de déménagements et réaménagements
 - o De la vacance de logement, nécessaire au respect du décret et du cahier des charges

²⁸ Cela peut recouvrir les spécialités pharmaceutiques non remboursées par l'assurance maladie.

- Des impayés de loyer
 - Du forfait pour l'aménagement d'un logement.
 - Et exceptionnellement dans le cadre de la sous-location, du paiement des fluides
- Les compléments de loyer pour les personnes dont le résiduel de loyer dépasse 30% de leurs ressources.

Les frais couverts par les deux dotations selon des clés de de répartition sont :

- La formation,
- Les locaux dédiés au fonctionnement du dispositif,
- Les frais de fonctionnement du groupement,
- Le personnel administratif et de coordination,
- Les véhicules : location et fonctionnement,
- Les frais de déplacement y compris pour les personnes accueillies.

Les recettes dont peut bénéficier le dispositif proviennent :

- De la dotation globale de financement,
- De co-financements éventuels.

L'ensemble des prestations sociales et de santé, effectuées dans le cadre de prestations extérieures feront l'objet de prise en charge de droit commun.

A noter qu'aucun forfait journalier ne sera demandé aux personnes accueillies.

8.12. Suivi et évaluation

Une évaluation nationale de la montée en charge du dispositif sur les cinq années à venir sera mise en œuvre dans le cadre d'un protocole national validé par le comité de suivi national.

Le gestionnaire sera en charge de proposer à l'ARS un plan de suivi et d'évaluation :

- Répondant au protocole d'évaluation national, qui permettra de vérifier l'effectivité du dispositif, de repérer les personnes pour lesquelles le modèle n'est pas adapté, de viser à l'amélioration continue de la qualité des services, de communiquer sur la pertinence et la performance du dispositif.

Le plan annuel de suivi et d'évaluation du dispositif devra durant la phase de montée en charge et plus avant :

- S'appuyer sur les éléments relatifs aux évaluations internes et externes conformément aux dispositions des articles L. 312 -8 et D. 312-98 à 205 du CASF, dès que celles-ci seront disponibles,
- Prendre en compte les éléments renseignés dans le rapport d'activité et le compte administratif envoyé chaque année à l'ARS conformément à l'article R. 314-50 du CASF avant le 30 avril. Il décrira l'activité et le fonctionnement du dispositif pour l'année concernée,

- Prendre en comptes les éléments²⁹ adressés chaque année à la DDCS ou la DDCSPP ou la DDD de la DRDJCS
- Fournir des informations anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, dont la liste est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'action sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du logement et qui devront être adressés au plus tard le 30 juin de chaque année,
- Présenter des informations relatives à la satisfaction des personnes accueillies,
- S'assurer du respect du cahier des charges et plus globalement de la fidélité au modèle en référence au guide d'implantation et de mise en œuvre.

8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018

D'ici à 2022, il est prévu le déploiement de 16 nouveaux dispositifs sur le territoire, à raison de 4 dispositifs par an suite au dialogue de gestion entre les ARS et le niveau central et une montée en charge sur deux ans pour chacun des sites.

La sélection des projets se fera selon les étapes suivantes :

- Lancement annuel d'un appel à projet régional par le Directeur général de l'ARS au regard des besoins évalués.
- Le Directeur général de l'ARS présentera le projet qui aura été classé comme premier au regard de l'évaluation des besoins sur le territoire concerné, de la qualité du dossier et de l'avis consultatif de la DDCS(PP), D(R)DJSCS ou DRIHL.
- Un comité de validation national constitué par des représentants des administrations centrales concernées, la CNAMTS, un ou des représentants des ARS concernées, un représentant de l'équipe recherche, et présidé par le Dihal se réunira annuellement dans le mois suivant l'envoi par chaque ARS du dossier retenu et sera en charge d'examiner le dossier au regard des garanties apportées quant au respect du modèle expérimenté et aux procédures d'évaluation mises en œuvre. Ce comité se réserve la possibilité de demander des informations complémentaires et de faire des préconisations qui seront transmises par l'ARS au porteur du dossier. La validation finale sera portée par le Directeur général de l'ARS après avis positif sans réserve du comité de validation.

²⁹le dossier CERFA n° 12156*05 de demande de subvention pour l'année N
le dossier CERFA n°15059*01 de compte rendu financier de la subvention perçue l'année N-1
le rapport d'activité de l'action

9. Missions et activités du dispositif

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionne sans interruption H24 et 7 jours sur 7, notamment par la mise en place d'une astreinte ou d'une permanence téléphonique à destination des personnes accueillies.

9.1. Organisation

Le gestionnaire du dispositif devra mettre en place deux pôles d'activité :

- Un pôle d'activité logement qui assurera des missions de captation, de gestion locative et d'accompagnement au logement,
- Un pôle d'activité accompagnement médical et médico-social qui assurera des missions d'accompagnement aux droits, aux soins, à l'habitat et à la citoyenneté.

9.2. Modalités générales d'accompagnement

L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire qui propose un accompagnement intensif avec au moins une visite par semaine au domicile ou dans tout lieu choisi par la personne dans le cadre de services orientés rétablissement et offrant un large panel de prestations.

L'intensivité se traduit par le rythme des rencontres et par un soutien continu et bienveillant. L'accompagnement est ainsi maintenu quel que soit le parcours résidentiel de la personne, y compris lors des hospitalisations ou incarcération, afin de réduire les ruptures et d'inscrire le dispositif dans une logique de parcours de santé et de vie en lien avec l'ensemble des aidants désignés par la personne et s'appuyant autant que de besoin sur les services proposés dans le milieu ordinaire pour favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

L'ensemble des axes d'accompagnement concourent au processus de rétablissement. Les professionnels doivent être particulièrement attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes. Il s'agit de travailler avec elles sur leurs capacités d'agir sur le monde tel qu'il est.

Le processus de rétablissement est éminemment individuel mais il s'agira d'identifier au cas par cas les éléments de risque qui le freinent et les supports de protection qui le favorisent.

Sera proposé un accompagnement :

- Individualisé réalisé dans le milieu de vie de la personne par des professionnels travaillant préférentiellement en multi-référence et en binôme,
- S'appuyant sur les choix des personnes et permettant le principe de réversibilité selon la méthode de l'essai/erreur,
- Qui propose une réactivité dans les interventions proposées et visant à synchroniser les attentes individuelles des personnes et les possibilités de réponse institutionnelle,

- Par une équipe pluridisciplinaire ayant un management collaboratif horizontal et qui intervient comme catalyseur des forces et potentiels de la personne et veille à la parfaite compréhension des informations apportées aux personnes accueillies,
- Qui garantit le respect du droit à une vie privée et familiale des personnes accueillies.

Les personnes doivent pouvoir participer de manière proactive, si elles le souhaitent, à toutes les instances de décision et de concertation qui les concernent.

Un « *plan individualisé de rétablissement*³⁰ » sera élaboré avec chaque personne. Ce plan co-construit avec elle définit ses objectifs en termes de soins et d'inclusion sociale³¹, ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ce plan devra s'appuyer sur l'ensemble des forces et des compétences de la personne, les enseignements de la phase d'expérimentation et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm concernant « les attentes de la personne et le projet individualisé ».

9.3. Accueil individualisé

Celui-ci visera dès l'entrée de la personne dans le dispositif :

- A l'informer de l'ensemble des prestations et des modalités de fonctionnement de celui-ci. A cet effet, l'ensemble des documents garantissant la mise en œuvre de ses droits à la participation individuelle devront lui être remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement et document individuel de prise en charge). Il lui sera laissé le choix du lieu et du rythme des premières rencontres et de la possibilité de venir avec une personne de son choix,
- A identifier ses compétences, forces et potentialités et ses souhaits et attentes vis-à-vis du dispositif,
- A faire avec elle une première évaluation de ses droits selon les trois axes que sont l'information, l'exercice du droit et le recours aux droits, tout en respectant sa volonté de faire valoir ou non ce droit,
- A proposer une évaluation de ses besoins concernant l'accompagnement.

9.4. Pôle d'activité logement

Celui-ci, sous la responsabilité du gestionnaire locatif, proposera un accès dans un logement et mettra en œuvre des mesures visant à la prévention des ruptures et au maintien dans le logement en partenariat étroit avec les autres acteurs de l'habitat sur le territoire.

Pour l'entrée de la personne dans le logement, le pôle d'activité logement devra :

- Déterminer avec elle ses choix de logement en diffus dans la cité,

³⁰Il s'agit du plan personnalisé qui est ici dénommé plan individualisé de rétablissement

³¹Il portera notamment sur la vie citoyenne, le logement et l'accès à l'emploi ou l'activité et les loisirs,

- Proposer au moins un logement correspondant à ses choix³² dans les 8 semaines suivant son intégration. Si celui-ci ne convient pas, un autre logement devra être proposé,
- Souscrire un bail de location ou sous location qui sera signé entre la personne et le gestionnaire locatif (dispositif d'intermédiation locative), ou le cas échéant directement avec le bailleur,
- S'assurer de la bonne installation de la personne dans son logement : premier ameublement fourni selon les choix de la personne, accès aux fluides, etc...,
- S'assurer que le résiduel de loyer dû par la personne ne dépasse pas 30% de ses ressources,
- Ouvrir les droits à l'allocation personnalisée au logement.

Dans la suite de l'emménagement le pôle d'activité logement en lien avec l'équipe pluridisciplinaire devra :

- Assurer la gestion locative (et en particulier les modalités de paiement des loyers adaptées à la situation du locataire) et les liens avec le propriétaire,
- Assurer une prévention et gestion des risques locatifs (impayés de loyer, troubles du voisinage, dégradation ou non entretien...),
- Proposer un relogement si nécessaire (changement de situation, problème de voisinage, autre...) selon le respect du choix de la personne,
- Garantir les droits de la personne locataire auprès du propriétaire,
- Accompagner vers le glissement de bail, dans le cas d'un contrat de sous location ou vers un bail direct sur un autre appartement si le glissement de bail ne s'avère pas possible.

Il ne devra pas y avoir dans un immeuble plus de 20% des appartements dédiés aux locataires du dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

9.5. Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social

9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne

L'équipe pluridisciplinaire travaillera en lien étroit avec le pôle d'activité logement pour co-construire avec la personne son projet logement.

L'accompagnement dans ce cadre porte sur :

- L'aménagement et l'appropriation de son logement,
- L'entretien,

³² Suivant les territoires et les possibilités de captation, un logement est proposé au choix du futur locataire dans un panel d'au moins trois logements déjà captés par le gestionnaire ou les logements sont recherchés au fur et à mesure en fonction des choix du locataire.

- Le maintien dans le logement,
- La médiation avec l'environnement.

Il consistera en un apport d'information, un accompagnement direct qui sera évalué au cas par cas, et enfin un renforcement des compétences individuelles (respect de la dignité, réappropriation du quotidien et lutte contre la stigmatisation).

Un focus sur les points suivants sera proposé :

- Connaître l'ensemble des ressources disponibles du quartier tant pour les besoins de base que pour la vie culturelle et citoyenne,
- Connaître les rôles et missions des différents acteurs sociaux et sanitaires du droit commun et les savoir les identifier sur le territoire,
- Identifier les associations d'entre-aide et leurs activités,

Les professionnels devront :

- Evaluer la nécessité d'accompagnement de la personne dans les démarches, l'accès aux ressources financières, la gestion budgétaire et le renouvellement des droits,
- Evaluer ses besoins de déplacement pour l'accès aux différents services.

9.5.2. Accompagnement à la santé

Sur le volet de la santé, l'équipe intervient dans un objectif général de promotion de la santé physique et mentale. Pour cela, elle peut mobiliser les différentes dimensions qui vont du « prendre soin » au « soin » lui-même. Elle accompagne la personne à l'accès aux soins et vise à leur continuité tant sur le volet somatique que psychique, à la prévention, au dépistage et à la réduction des risques et des dommages. Une attention particulière sera portée à la question de la souffrance psychique.

L'équipe travaille en pluridisciplinarité et chaque professionnel participe à l'amélioration du bien-être de la personne. Les soins devront participer à l'objectif global du rétablissement, plaçant la personne comme actrice et experte de son propre parcours de santé.

La question du respect de la dignité de la personne, des limites de chaque professionnel face aux situations critiques, des refus de soin et d'absence de demande de soin seront envisagés dans des espaces de réflexion réguliers.

L'accompagnement par les médiateurs de santé pair sera valorisé ainsi que l'échange entre pairs y compris hors du dispositif (GEM par exemple).

Sur les dimensions du bien-être et de la prise en compte de la souffrance psychique, l'équipe sera particulièrement vigilante aux situations de changement (déménagements, emploi, situation familiale ou amicale, ...).

Il s'agit in fine de permettre à la personne d'utiliser les structures du droit commun disponibles sur le territoire (CMP, consultations libérales, centre de réhabilitation etc...). L'accompagnement par les professionnels du dispositif

se fera en substitution ou en complémentarité avec le droit commun en tenant compte du choix de la personne, de l'évaluation de ses besoins d'accompagnement et de son état de santé. Ces deux modalités ne sont pas opposables et il existe un gradient entre les deux selon les moments du parcours de la personne. Il sera nécessaire avec l'accord et la participation de la personne de maintenir une coopération entre les différents acteurs participant à son parcours de santé.

L'accompagnement à la santé porte sur :

- Le soin et l'accompagnement aux soins : Les prestations apportées recouvrent le diagnostic, les prescriptions, la délivrance de traitement, les gestes infirmiers, l'accompagnement vers les consultations du droit commun, le suivi et la coordination des soins. Une évaluation médicale sera proposée mais en aucun cas imposée dans les premiers mois où la personne intègre le dispositif. Le médecin généraliste présent au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut être, si nécessaire, médecin traitant de la personne.
- L'éducation à la santé, l'information, la prévention et le dépistage : cela concerne l'ensemble des champs avec en particulier un focus sur les traitements psychotropes et leurs effets secondaires, le suivi des pathologies chroniques, la réduction des risques et des dommages, les vaccinations et le dépistage proposé en population générale ou selon les besoins spécifiques.

9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle

L'équipe veillera à repérer les situations d'isolement, à les évaluer et à analyser leurs causes avec la personne. Il sera proposé si nécessaire un soutien pour développer ou maintenir des relations sociales épanouissantes, y compris dans le cadre de temps collectifs internes au dispositif ou sur d'autres lieux du droit commun (maison de quartier, GEM, etc...) afin de soutenir par ces rencontres le vivre ensemble. L'équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne repèrera les personnes ressources et les aidants familiaux ou amicaux.

Une attention particulière sera portée au repérage des situations de vulnérabilité ou de violences subies ou agies par la personne et de non-respect de ses droits fondamentaux mais aussi de ses devoirs.

9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation,

Pour soutenir les projets d'insertion professionnelle, un recueil des besoins en formation et d'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé sera systématiquement proposé ainsi qu'un accompagnement si nécessaire, en tenant compte du parcours antérieur de chaque personne, de ses expériences professionnelles et compétences acquises.

9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir

Il s'agit pour les équipes de susciter le désir et d'encourager la personne à aller vers des activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale.

L'équipe sera force de proposition sur un large choix d'activités disponibles dans la cité. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles et d'accompagner la personne à renouer avec des éléments de plaisir et d'espoir d'une vie satisfaisante selon ses propres critères.

9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif

Comme indiqué dans le chapitre 8.5 du présent cahier des charges, la sortie du dispositif repose sur l'examen avec la personne d'un certain nombre de critères. Il n'y a pas de durée prévisionnelle à l'accompagnement mais sa pertinence devra être réévaluée au moins une fois par an avec la personne. Lors de la sortie, l'équipe informera les acteurs participant à l'accompagnement sauf si la personne s'y oppose.

•

• •

ANNEXE 7

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

1- Formulaires relatifs à l'activité des CSAPA.

Vous trouverez en annexes n°8 et 9 les formulaires (l'un pour l'ambulatoire, l'autre pour l'hébergement) du rapport concernant les CSAPA pour l'année 2018 (annexe de l'arrêté du 2 avril 2010 fixant les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Le questionnaire relatif au sevrage tabagique a été intégré au rapport d'activité des CSAPA ambulatoires pour faciliter les remontées d'informations par les structures.

Le formulaire pour les CSAPA avec hébergement n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2017.

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

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

Ce formulaire n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2017.

3- Retour des données : Modalités – Calendrier.

Conformément aux articles R.314-49 et R.314-50 du CASF, les structures doivent vous transmettre les rapports dûment complétés et accompagnés de leur compte administratif au plus tard le 30 avril qui suit l'année de l'exercice (soit 30 avril 2019 pour le rapport sur l'activité de l'année 2018).

Il vous appartient alors de vérifier que :

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

Compte tenu de l'informatisation complète des rapports qui permet d'éviter la phase de saisie des données et de procéder ainsi plus rapidement à leur analyse, il vous est demandé de retourner ces documents à la DGS / bureau SP3, exclusivement **sous format Excel** aux adresses suivantes: malisa.rattanatrav@sante.gouv.fr et dgs-sp3@sante.gouv.fr, pour le 31 mai 2019.

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

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

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

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

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

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AMBULATOIRES

ANNEE 2018

I LA STRUCTURE

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

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

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

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

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

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

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

SVP : les cellules blanches des tableaux ne doivent contenir que des chiffres ou être laissées vides ; ne pas mettre par ex. na, nd, nr ou nc

8. Nombre de personnes reçues dans le CSAPA

	Patient ^{3 4}	Personnes de l'entourage ^{3 5}
Nombre de personnes vues au moins une fois		
dont nombre de patients vus une seule fois		
dont nombre de nouveaux patients ⁶		

Si le nombre de patients varie fortement par rapport à l'année précédente, merci de commenter cette évolution en fin de rapport.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Sexe des patients

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

10. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

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

Nombre et % de patients sans réponse

11. Origine géographique

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

Nombre et % de patients sans réponse

12. Logement

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

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

Nombre et % de patients sans réponse

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

13. Origine principale des ressources

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

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

Nombre et % de patients sans réponse

14. Origine de la demande de consultation

%

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

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

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

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2015

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

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

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

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

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

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

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

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

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

Nombre et % de patients sans réponse 0

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

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

18. Voie Intraveineuse¹⁵

Nombre de patients ayant :

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

Nombre et % de patients sans réponse 0

¹⁵ quel que soit le produit injecté

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

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

20. Vaccinations et dépistage ¹⁶

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

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

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

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

21. Traitements de substitution

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

Prescription:

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

Méthadone	BHD

Dispensation:

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

Méthadone	BHD

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

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

(nom du traitement)

(nbre patients)

(nom du traitement)

(nbre patients)

III. L'ACTIVITE

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

SVP, ne pas mettre de texte (ex : nd, nc, 4adultes/3 enfants) dans les cellules blanches des tableaux

22. Nombre de consultations avec les patients¹⁷

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

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

Nombre d'actes/ de visites	Nombre de patients

Parmi les consultations, nombre de visites à domicile

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

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

23. Nombre de consultations¹⁸ avec les personnes de l'entourage

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

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

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

24. Activités de groupe thérapeutique ²⁰

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

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

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

25. Sevrages ²²

Sevrages initiés lors de l'année

(dans le centre ou avec accompagnement du centre)

dont sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre

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

Nombre de sevrages	Nombre de patients

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

26. Distribution de matériel de réduction des risques

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

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

Nombre de seringues à l'unité de 1cc

Nombre de seringues à l'unité de 2cc

Nombre de seringues usagées récupérées²³

Nombre de jetons

Nombre de brochures sur l'alcool

sur le tabac

sur les drogues illicites

Nombre de préservatifs

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

²³ 1 litre= 56 seringues

27. Les activités de prévention et de formation collective ²⁴

Nombre d'actions de prévention collective

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

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

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

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

28. Ressources (arrondir à l'euro)

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

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

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

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

V L'ÉQUIPE

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

29. Les membres de l'équipe

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

²⁵ salariés de la structure

²⁶ salariés mis à disposition par d'autres structures

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

30. Formation professionnelle continue

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

Précisez les thématiques de ces formations:

VI. COORDONNEES DES LIEUX

où la structure accueille des patients en dehors du centre (consultations de proximité, consultations jeunes consommateurs, antennes, consultations avancées, en milieu carcéral...)

Utilisez SVP une seule ligne par lieu

Nom du lieu	Type de lieu	Adresse	Téléphone	Nombre d'heures d'ouverture par semaine (nombre)	File active par lieu (nombre)
Total des heures d'ouverture par semaine				0	

Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs ¹

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

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

LA FILE ACTIVE

1. Nombre de personnes reçues dans la consultation ²
(au moins un contact en face à face)

dont nombre reçus seuls (entourage seul ou consommateurs seuls)

Entourage Consommateurs

--	--

--	--

² personnes vues dans les locaux de la consultation

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

--

âge inférieur à :

Si le critère est 1_Age limite, indiquez cet âge

--

 ans

Si le critère est 2_Autre critère, précisez svp :

--

LES ACTES

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

--

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

--

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

--

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

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

--

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

LES PRODUITS

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

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

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

L'ÉQUIPE

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

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

HEURES D'OUVERTURE

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

ORIENTATIONS

10. Nombre de consommateurs orientés vers :

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

⁶ hors CSAPA/CMP/CMPP

⁷ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

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

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

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

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

Nombre d'établissements pénitentiaires où intervient le CSAPA

Indiquer la ville de chaque établissement pénitentiaire concerné

2. Nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire

--

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

--

4. Sexe des patients

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

5. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

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

Nombre et % de patients sans réponse

0

--

6. Origine de la demande de consultation

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

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

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

Nombre et % de patients sans réponse

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

8. Voie Intraveineuse³

Nombre de patients ayant :

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

³ quel que soit le produit injecté

9. Vaccinations et dépistage ⁴

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

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

--

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

--

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

10. Traitements de substitution

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

Indiquez le nombre de patients

pour lesquels le traitement a été initié en détention

pour lesquels le traitement a été poursuivi en détention

Méthadone	BHD

11. Nombre de consultations avec les patients ⁵

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

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

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

12. Activités de groupe thérapeutique ⁶

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées ⁷
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé,			
Ateliers d'activité artistique et d'expression			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

⁶ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un

⁷ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

13. Membres de l'équipe intervenant en prison

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

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

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

16. Orientation à la sortie

Parmi les sortants, nombre de patients orientés vers:

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

N'indiquer qu'une seule orientation par patient

⁸ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Annexe : sevrage tabagique en CSAPA

Questions de l'ancienne annexe 2, "questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA" intégrées dans le rapport d'activité.

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

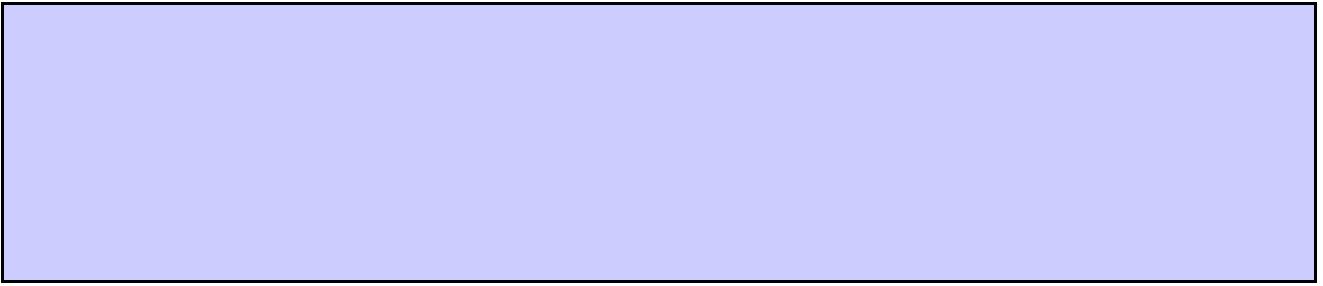
Nombre de personnes prises en charge pour un sevrage tabagique au Caspa (toutes addictions)

Nombre d'amorces de traitement d'un mois distribué gratuitement au cours de l'année

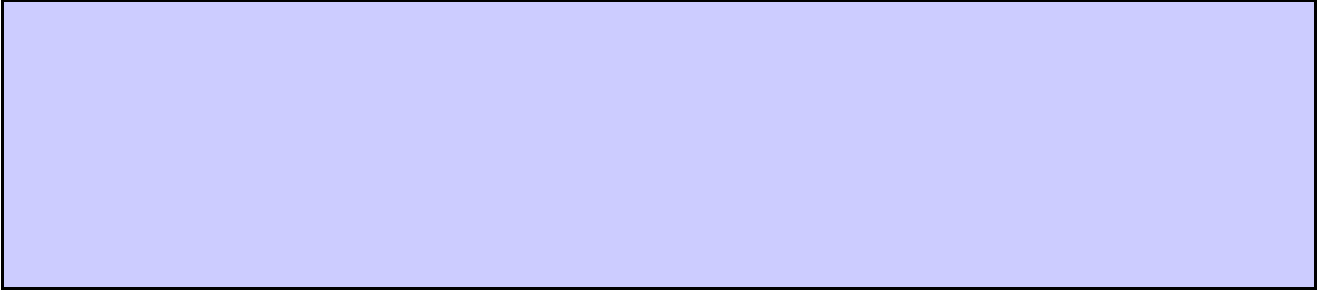
Avez-vous connu un accroissement d'activité pendant la campagne moi(s) sans tabac?

Commentaires et observations sur "moi(s) sans tabac" (citez 1 à 3 actions réalisées)

ANNEXE 8
Rapport d'activité CSAPA ambulatoire 2015



Commentaires et observations relatifs au sevrage tabagique en CSAPA :



Commentaires sur l'ensemble du rapport

(Continuation commentaire)

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

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

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT

ANNEE 2018

I LA STRUCTURE

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

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

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

Cliquer Ici

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

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

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

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

Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)

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

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

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

Autres statuts (préciser)

6. Partenariat

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

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

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

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

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice

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

7. Nombre de personnes vues par l'équipe²

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

8. Nombre de patients hébergés³

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

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

9. Sexe des patients

%

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

Nombre et % de patients sans réponse

10. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

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

Nombre et % de patients sans réponse

11. Origine géographique

Renseigner par rapport au domicile ou à la domiciliation

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

Nombre et % de patients sans réponse

12. Logement

Dernière situation avant l'entrée dans la structure

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

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

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

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

13. Origine principale des ressources

Ressource principale avant l'entrée dans la structure

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

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

14. Origine de la demande de consultation

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

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

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

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0
	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

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

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

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

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

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

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

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

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

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

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

18. Voie Intraveineuse¹⁰

Nombre de patients ayant :

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

¹⁰ quel que soit le produit injecté

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

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

20. Vaccinations et dépistage¹¹

Hépatite B

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

Hépatite C

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

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

¹¹ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

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

Prescription:

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

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

Dispensation:

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

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

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

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

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

III. L'ACTIVITE

22. Nombre de consultations avec les patients ¹²

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

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

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

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

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

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

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

24. Activités de groupe thérapeutique ¹⁵

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

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

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

25. Distribution de matériel de réduction des risques

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

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

¹⁷ 1 litre= 56 seringues

26. Durée de séjour

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

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

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	
---	--

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

--

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

%

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

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

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

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

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

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

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

31 Motifs de sortie du résident : %

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

32. Descriptif qualitatif de l'activité du centre

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

33. Les activités de prévention et de formation collective ²⁰

Nombre d'actions de prévention collective

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

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

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

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

34. Ressources (arrondir à l'euro)

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

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

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

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

V L'ÉQUIPE

se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

35. Les membres de l'équipe

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

²¹ salariés de la structure

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

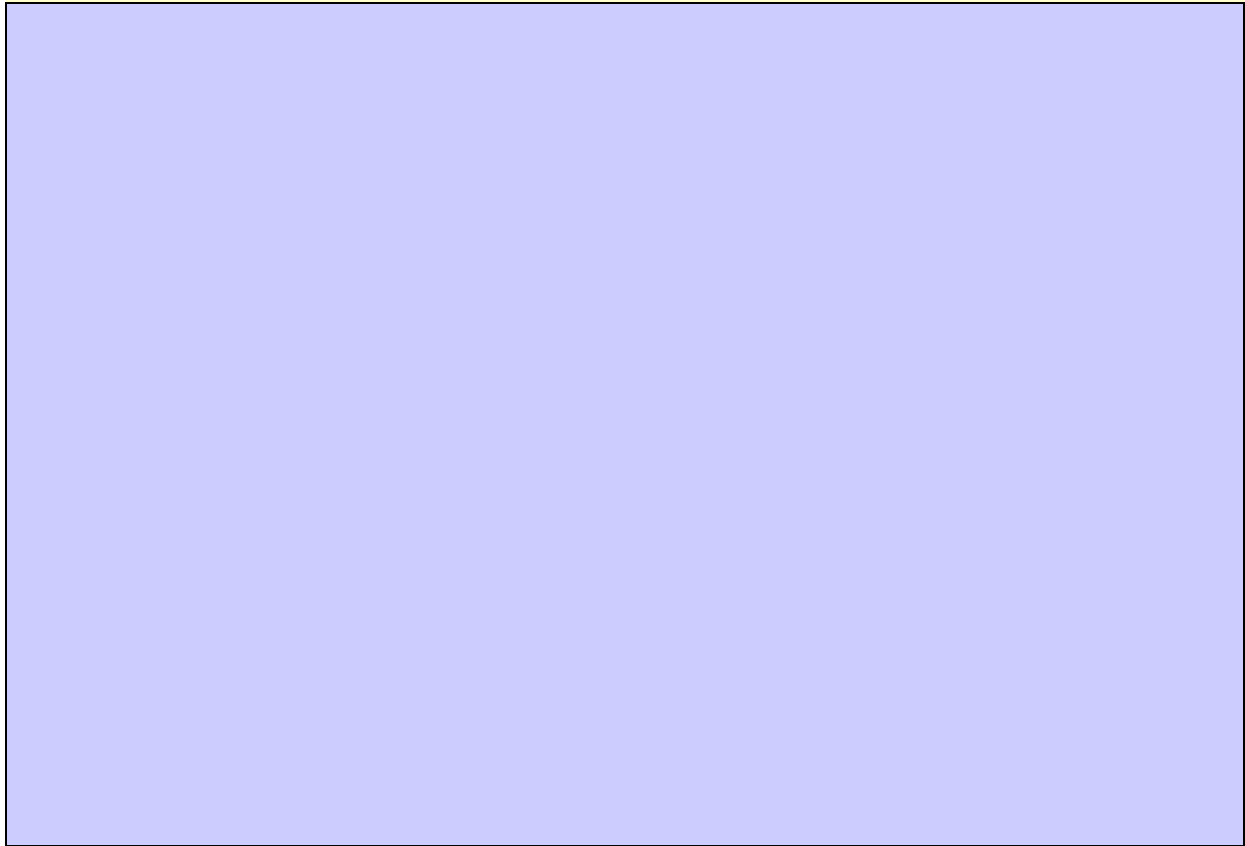
²³ salariés mis à disposition par d'autres structures

36. Formation professionnelle continue

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

Précisez les thématiques de ces formations:

Commentaires sur l'ensemble du rapport





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

ASA-CAARUD Rapport d'Activité Standardisé Annuel

ANNEE 2018

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

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

1. LA STRUCTURE

1. Coordonnées de la structure

Nom du CAARUD :

Date d'autorisation :

Adresse

Code postal Commune

Téléphone Fax

Adresse électronique

Site internet

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

2. BUDGET (à partir du compte administratif)

(format ex: 100 000€)

	Recettes	Charges
Budget du CAARUD		
Dotation ONDAM		

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2018

3. MEMBRES DE L'EQUIPE

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

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

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

4. MODALITES ET LIEUX D'INTERVENTION

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

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

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

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

« Lieux d'accueil » du CAARUD

Local principal et antennes

Unité mobile (bus, camion...)

Interventions extérieures

Interventions de rue Intervention en prison

Interventions en squat PES en pharmacie

Permanences (universités, CHRS...)

Activités en milieu festif

Interventions régulières (boite, discothèques...)

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

5. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, SERVICES PROPOSES

Espace d'accueil et de repos

Espace laverie

Mise à disposition de boissons/nourriture

Espace sanitaire (douches...)

Mise à disposition téléphone/internet

Casiers, consignes pour effets personnels

Autre 1 :

Autre 2 :

6. PERIODES DE FONCTIONNEMENT

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

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

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

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

7. ESTIMATION ANNUELLE DES FILES ACTIVES ET PASSAGES/CONTACTS

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

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

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

Concernant les activités en milieu festif, distinguez :

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

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

« Lieux d'accueil » du CAARUD

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

Interventions extérieures

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

Activités en milieu festif

Nombre de passages Nombre d'interventions/entretiens

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2018

8. PRODUITS (%)

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

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

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

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

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

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

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

9. MODALITES DE REALISATIONS DES ACTES

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

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

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2018

10. ACTES REALISES

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

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

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

ANNEXE 10
Rapport d'activité CAARUD 2018

11. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

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

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

Récupération des seringues usagées :

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

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

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

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

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

PES en pharmacie

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

Récupération de matériels usagés

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

12. MEDIATION SOCIALE

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

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

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

Avec la police

Avec les riverains

Autre 1 - Précisez :

Autre 2 - Précisez :

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

--

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

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article R.3121-33-2 les CAARUD participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

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

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

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

--

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

--

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

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

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

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

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

Disponibilité et prix du Subutex (et générique) :

Disponibilité et prix de la cocaïne :

Disponibilité et prix de l'héroïne :

Fin du rapport ASA CAARUD

merci pour le temps que vous y avez consacré

