

# **LES CENTRES SPÉCIALISÉS DE SOINS AUX TOXICOMANES ET LES CENTRES DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE EN 2006**

---

**CHRISTOPHE PALLE (OFDT)**  
**CHRISTELLE LEMIEUX (DGS/MC2)**  
**NICOLAS PRISSE (DGS/MC2)**  
**HÉLÈNE MORFINI (DGS/MC2)**

# **Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006**

Christophe Palle (OFDT)  
Christelle Lemieux (DGS/MC2)  
Nicolas Prisse (DGS/MC2)  
Hélène Morfini (DGS/MC2)

## Table de matières

<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
Champ du recueil d'informations.....	5
Objectifs du recueil d'informations .....	5
Modalités et bilan du recueil d'informations.....	5
Qualité des données .....	6
<b>LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS AUX TOXICOMANES EN AMBULATOIRE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Les structures répondantes .....</b>	<b>7</b>
Répartition selon le statut juridique .....	7
Nombre de consultants.....	7
Les lieux d'activité.....	8
Répartition géographique.....	9
<b>2. Les patients.....</b>	<b>11</b>
Répartition par sexe .....	11
Répartition par âge.....	11
Origine géographique.....	12
Logement .....	13
Revenus.....	13
Origine de la demande de consultation .....	14
Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes .....	15
Répartition des patients suivant les produit n°2.....	16
Usage du produit .....	17
Voie intraveineuse .....	17
<b>3. l'activité.....</b>	<b>18</b>
Ensemble des actes et patients concernés .....	18
Sevrages .....	19
Traitements de substitution .....	20
Les activités de prévention.....	21
Le budget en 2006.....	22
Intervenants.....	23
<b>LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN TOXICOMANIE AVEC HEBERGEMENT .....</b>	<b>25</b>
<b>1. Les structures répondantes .....</b>	<b>25</b>
Répartition par type de structures .....	25
<b>2. les patients .....</b>	<b>26</b>
Répartition par sexe .....	26
Répartition par âge.....	27
Origine géographique.....	27
Logement .....	28
Revenus.....	29
Origine de la demande de prise en charge.....	30
Répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes .....	31
Produit n°2 .....	32
Voie intraveineuse .....	33
<b>3. l'activité.....</b>	<b>34</b>
Ensemble des actes et patients concernés .....	34
Traitements de substitution .....	35
Dure d'hébergement.....	36
Les actes de prise en charges réalisés à l'extérieur du centre.....	36
Durée d'hébergement des résidents sortants .....	37
Projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année.....	37
Motifs de sortie du résident.....	38
Le budget en 2006.....	39
Les intervenants .....	40

<b>LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN TOXICOMANIE EN MILIEU PENITENTIAIRE .....</b>	<b>43</b>
<b>1. Les structures répondantes .....</b>	<b>43</b>
File active.....	43
<b>2. les patients .....</b>	<b>43</b>
Répartition par sexe .....	43
Répartition par âge.....	44
Revenus.....	44
Origine de la demande de consultation .....	45
Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge .....	46
Produit n°2.....	46
Usage du produit.....	47
Voie intraveineuse .....	47
<b>3. l'activité.....</b>	<b>48</b>
Ensemble des actes et patients concernés .....	48
Sevrages.....	49
Traitements de substitution .....	49
Substituts nicotiniques .....	50
Les activités de prévention.....	50
Le budget en 2006.....	50
Les intervenants .....	51
<b>LES CENTRES DE CURES AMBULATOIRES EN ALCOOLOGIE.....</b>	<b>53</b>
<b>1. Les structures répondantes .....</b>	<b>53</b>
Répartition selon le statut juridique .....	53
Nombre de consultants.....	53
Les lieux d'activité.....	54
Répartition géographique.....	55
<b>2. les patients .....</b>	<b>56</b>
Répartition par sexe .....	56
Répartition par âge.....	57
Origine géographique.....	57
Logement .....	58
Revenus.....	58
Origine de la demande de consultation .....	59
Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes .....	60
Répartition des patients suivant les produits n°2.....	60
Usage du produit.....	61
Voie intraveineuse .....	61
<b>3. l'activité.....</b>	<b>61</b>
Ensemble des actes et patients concernés .....	61
Sevrages.....	62
Traitements de substitution .....	63
Les activités de prévention.....	64
Le budget en 2006.....	65
Intervenants.....	65
<b>LES CONSULTATIONS CANNABIS GEREES PAR LES CSST ET LES CCAA EN 2006 .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 1 : Commentaires et suggestions sur le rapport d'activité.....</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 2 : Liste des CSST en Ambulatoire en 2006.....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 3 : Liste des Centres thérapeutiques résidentiels en 2006.....</b>	<b>86</b>
<b>Annexe 4 : Liste des centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire en 2006 .....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe 5 : Liste des CCAA en 2006.....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 6 : Liste des tableaux.....</b>	<b>93</b>

## **INTRODUCTION**

### **Champ du recueil d'informations**

Les données présentées dans cette synthèse sont issues des rapports d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Ce dispositif a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des personnes confrontées à des problèmes d'addiction à l'alcool et aux drogues illicites mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial.

Les structures du dispositif spécialisé peuvent relever d'un gestionnaire privé (associations) ou public (établissements publics de santé). Sont inclus dans le champ de ce recueil d'information :

- les CSST en ambulatoire, avec hébergement (centres thérapeutiques résidentiels et centres thérapeutiques communautaires) ou en milieu pénitentiaire, ainsi que les permanences d'accueil, les appartements thérapeutiques et réseaux de famille d'accueil rattachés à un CSST ;
- les CCAA, ces derniers assurant uniquement la prise en charge en ambulatoire.

Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux CCAA a été introduit pour les données de l'année 2004. La mise en place des consultations jeunes consommateurs a conduit à de nouvelles modifications du rapport d'activité 2005. Le principe adopté est que le rapport d'activité couvre l'ensemble des activités du CSST ou du CCAA y compris celle se rapportant à la consultation jeunes consommateurs. Toutes les données fournies incluent celles de la consultation. Une annexe détaille spécifiquement certaines informations relatives à la consultation jeune consommateur.

### **Objectifs du recueil d'informations**

Le rapport d'activité type doit permettre de comprendre et de décrire de façon globale et homogène, la nature, le fonctionnement, l'activité de ce dispositif et les caractéristiques des personnes accueillies par ce dispositif spécialisé. La synthèse des données recueillies doit également fournir des éléments d'aide à la décision tant au niveau national que local et notamment dans le cadre de la mise en place des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) à partir de 2007. Elle permet également à chaque CSST/CCAA de se situer par rapport aux moyennes nationales, en nourrissant ainsi la réflexion sur l'activité de chacune des structures de ce dispositif spécialisé.

### **Modalités et bilan du recueil d'informations**

Le rapport d'activité-type est adressé aux entités juridiques gérant une ou plusieurs activités de soins, par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Celles-ci reçoivent en retour les rapports d'activité complétés et valident les données qui y figurent. Les documents sont ensuite centralisés à la DGS. Les rapports d'activité sont expédiés à l'OFDT qui se charge de la saisie et de l'exploitation des données.

## Qualité des données

Les données qui sont fournies dans ce rapport ne peuvent prétendre à une exactitude parfaite. Si les effectifs en jeu sont importants (plusieurs dizaines de milliers de personnes), les « individus statistiques » présents dans la base de données, à savoir les rapports d'activité de CSST ou de CCAA, sont en nombre limité (par exemple, 186 rapports de CSST en ambulatoire). Des erreurs ou des problèmes intervenant sur quelques rapports sont susceptibles d'avoir des répercussions non négligeables, et ce d'autant plus que les files actives concernées sont importantes. La présence ou l'absence de deux ou trois structures avec des files actives élevées peut faire varier sensiblement certains résultats d'une année à l'autre.

Le nouveau rapport a permis de lever un certain nombre de difficultés d'interprétation pour les questions relatives aux produits, à l'injection, aux ETP. Des problèmes subsistent cependant pour certains items laissés sans réponses, ce qui peut être entendu dans certains cas comme une absence d'informations pour cet item (le système d'information ne permet pas de renseigner une question) et dans d'autres cas comme une réponse « 0 ».

L'utilisation d'un nouveau rapport a introduit des perturbations dans le système de recueil d'information. Il se peut que certaines variations soient liées en partie aux modifications des questions. La cohérence avec les résultats des années précédentes semble cependant globalement conservée. En ce qui concerne les structures avec hébergement, l'extension du champ du recueil aux personnes hébergées en appartement thérapeutique relais ou dans une famille d'accueil rend les comparaisons avec les années précédentes plus hasardeuses. Il a donc été choisi de ne pas donner de référence aux résultats des centres thérapeutiques résidentiels et communautaires des années antérieures.

Le recueil de données et l'établissement des rapports d'activité demandent de gros efforts et une forte mobilisation de l'ensemble des équipes des centres et des DDASS qui doivent être tout particulièrement remerciées ici pour leurs efforts. Cela justifie l'attention qui doit être portée à la qualité des données et à la rectification des anomalies à chaque étape de la remontée des rapports : au niveau de la structure, au niveau de la DDASS, et au niveau de la DGS et de l'OFDT.

## LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS AUX TOXICOMANES EN AMBULATOIRE

### 1. LES STRUCTURES REpondantes

#### Répartition selon le statut juridique

En 2006, 190 rapports<sup>1</sup> de CSST en ambulatoire ont pu être intégrés dans la base de données, ce qui correspond à un taux de couverture de 92 %. Cinq CSST, qui accueillent majoritairement des patients ayant des problèmes avec l'alcool ont été regroupés avec les CCAA. Cette synthèse relative à l'activité des CSST en ambulatoire a été en définitive établie à partir de 188 rapports d'activité. Les deux tiers de ces CSST relèvent du secteur associatif et le tiers restant du secteur public, essentiellement hospitalier. Le nombre total de CSST en ambulatoire accueillant majoritairement des personnes en difficulté avec les drogues illicites est de 209<sup>2</sup> en 2006.

Tableau 1: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur gestionnaire 2005-2006

		2005		2006	
		Nombre	%	Nombre	%
Gestionnaire Privé	ASSOCIATIF hors ANPAA	113	61	110	59
	ANPAA	10	5	12	6
	<b>SOUS TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>66</b>	<b>122</b>	<b>65</b>
Gestionnaire Public	HOPITAL	55	29	63	33
	AUTRES	5	3	3	2
	<b>SOUS TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>32</b>	<b>66</b>	<b>35</b>
NR		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>		<b>186</b>	<b>100</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

#### Nombre de consultants

Les CSST ont accueilli, en moyenne par structure, environ 560 personnes (y compris famille et entourage) en 2006, dont un peu plus de 450 patients consommateurs actuels ou passés de substances psychoactives, chiffre en légère augmentation par rapport à 2005. Ces chiffres de file active comprennent une certaine proportion de doubles comptes, soit lorsqu'une même personne a fréquenté plusieurs CSST au cours de l'année, soit plus rarement lorsqu'un même CSST éclaté en plusieurs lieux ne consolide pas les données de file active. Compte tenu des informations disponibles<sup>3</sup>, la proportion de doubles comptes n'excède probablement pas 5%

<sup>1</sup> Rapports consolidés par CSST lorsqu'un même CSST a fourni plusieurs rapports pour des structures ambulatoires

<sup>2</sup> Voir l'annexe 2 pour la liste des CSST ambulatoire accueillant majoritairement des patients consommateurs de drogues illicites

<sup>3</sup> L'enquête NEMO fournit pour quelques villes des indications sur la proportion de patients vus dans plusieurs CSST de la ville au cours d'un semestre

au niveau national. Cette proportion varie cependant selon les régions, la fréquentation de plusieurs structures étant plus probable dans les grandes villes dotées de plusieurs CSST. Depuis 1998, la file active moyenne déclarée a progressé de 66 %.

Tableau 2 : Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1999 – 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de CSST présents dans la base et ayant fourni une file active	140	167	150	169	195	163	186	186
Nombre de patients recensés dans les structures répondantes	41 521	52 826	50 198	62 304	71 108	71 829	83 341	84296
% de nouveaux patients	51	48,7	49,4	51,7	51,1	48,9	49,7	49,9
File active moyenne par structure (Nombre de patients/nombre de structures)	297	316	335	368	363	440	448	453

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

La file active médiane est de 369 patients. La présence de quelques CSST ayant des files actives importantes a pour conséquence d'augmenter la moyenne. Les files actives se répartissent entre un minimum de 36 patients et un maximum de plus de 1800 patients.

La file active totale de l'ensemble des CSST peut être évaluée à environ 96 000 patients. Ce chiffre est obtenu en attribuant aux CSST absents de la base en 2006 la dernière file active connue (valeur de 2005 pour la plupart et 2004 dans quelques cas).

Environ la moitié (49 %) des patients accueillis en 2006 étaient reçus pour la première fois dans la structure. Cette proportion est sensiblement identique depuis plusieurs années.

Parmi les structures ayant déclaré au moins un patient vu une seule fois, 108 patients, en moyenne par structure, n'ont eu qu'un seul contact avec la structure, ce qui représente environ un peu moins d'un quart de la file active moyenne.

### Les lieux d'activité

L'activité des CSST en ambulatoire s'exerce souvent sur plusieurs lieux situés soit dans une même ville, plus rarement dans plusieurs villes d'un même département, et exceptionnellement dans plusieurs départements limitrophes. Un nombre de 126 structures a renseigné cette question en 2006. Environ un cinquième (21%) n'a déclaré aucun lieu ouvert plus de 20 heures par semaine. 19 CSST mentionnent deux lieux ouverts plus de 20 heures par semaine, et 12 plus de deux lieux. En extrapolant à l'ensemble des CSST le nombre moyen d'heures d'ouverture par CSST, on obtient un volume hebdomadaire maximum de 11500 heures d'ouverture. Il est probable que les nombreux centres qui n'ont pas fourni d'informations sur les lieux sont plus souvent des centres ne comprenant qu'un seul lieu et un nombre d'heures d'ouverture inférieur à la moyenne. Le nombre total de lieux ouverts se situe probablement entre 450 et 500.



Tableau 3 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les CSST, 2004-2006

	2004	2005	2006
Nombre d'entités juridiques ayant fourni des données sur les lieux	105	127	125
Nombre total de lieux ouverts recensés	185	298	348
Nombre de lieux ouverts plus de 20 h par semaine	110	136	148
Nombre moyen de lieux par entité juridique	1,8	2,3	2,8
Nombre moyen de lieu ouvert plus de 20 h par entité juridique	1,05	1,07	1,2
Nombre total d'heures d'ouvertures	4911	6267	6861
Nombre moyen d'heures d'ouverture par entité	47	49	55
Part des lieux ouverts plus de 20h/semaine dans le total des heures d'ouverture (en %)	84	82	81

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition géographique

En 2006, la file active pour 1 000 habitants âgés de 15 à 44 ans est sensiblement supérieure à la moyenne en PACA, Antilles-Guyane, et en Corse. Ce chiffre est en revanche nettement inférieur à la moyenne nationale à la Réunion, dans les Pays de la Loire, en Haute-Normandie et en Alsace. La plupart des régions se situent pour cet indicateur dans une fourchette comprise entre -25% et +25% par rapport à la moyenne nationale (16 régions sur 22).

Tableau 4 : Répartition régionale des CSST et des files actives en 2006

REGIONS	Nombre de CSST existants en 2006	Nombre de CSST présents dans la base en 2006	File active des CSST présents dans la base en 2006	File active totale estimée des CSST en 2006	File active pour 1000 habitants âgés de 15 à 44 ans (1)
ALSACE	6	5	1889	2004	2,6
ANTILLES-GUYANE	8	6	2225	2618	5,9
AQUITAINE	9	5	3558	5552	4,7
AUVERGNE	5	5	1511	1511	3,1
BASSE-NORMANDIE	3	2	910	1852	3,3
BOURGOGNE	5	5	2138	2138	3,5
BRETAGNE	5	5	3582	3582	3,0
CENTRE	7	6	2786	3422	3,6
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	4	1776	1776	3,3
CORSE	2	2	516	516	4,9
FRANCHE-COMTE	4	4	1849	1849	4,1
HAUTE-NORMANDIE	6	6	1806	1806	2,4
ILE-DE-FRANCE	45	40	19823	21767	4,3
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8	7	3725	4136	4,3
LIMOUSIN	2	2	902	902	3,5
LORRAINE	7	7	4123	4123	4,3
MIDI-PYRENEES	10	10	3399	3399	3,2
NORD-PAS-DE-CALAIS	15	15	5948	5948	3,5
PAYS DE LA LOIRE	7	7	2773	2773	2,1
PICARDIE	5	5	2395	2395	3,1
POITOU-CHARENTES	4	3	2045	2791	4,4
PROV.-ALPES-COTE D'AZUR	23	19	7984	11189	6,1
REUNION	2	1	167	329	0,9
RHONE-ALPES	17	14	6171	7615	3,1
TOTAL	209	185	84296	96136	3,8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

(1) pour le calcul de cet indicateur, il a été affecté aux CSST manquants dans la base la valeur de la file active observée en 2005 ou 2004.

On a dénombré en 2006, 216 CSST en ambulatoire (voire la liste en annexe). Pour ce tableau, les CSST dont plus de 50% de la file active est constitué de personnes en difficulté avec l'alcool ont été comptabilisés avec les CCAA (1 en Ile de France, 2 en PACA, 1 dans les Pays de Loire et 1 en Midi-Pyrénées). 2 CSST n'ayant encore jamais fourni de rapport d'activité ne peuvent être inclus dans l'estimation des files actives.

Les évolutions d'une année sur l'autre au niveau régional doivent être considérées avec une grande prudence. La plupart des régions ne comprennent qu'un nombre limité de structures. Des augmentations de files actives peuvent être le résultat d'un recueil plus exhaustif pour les structures possédant de nombreuses antennes. Des consolidations de plusieurs rapports dans un seul, suite à l'intégration dans un réseau informatique des différentes antennes d'un même centre, peuvent se traduire par des diminutions apparentes de files actives. Entre 2004 et 2006, la file active estimée a augmenté d'environ 10 000 personnes. Ce sont les régions PACA (+1 900), Rhône-Alpes (+1 600), Centre (+1 200) et Lorraine (+1 000) qui ont le plus contribué à cette évolution. Les files actives sont en revanche restées stables dans le Nord Pas de Calais et en Ile de France.

## 2. LES PATIENTS

### Répartition par sexe

D'un peu plus de trois hommes pour une femme en 1999, la répartition par sexe dans les CSST semble tendre vers un rapport de 4 hommes pour une femme. La répartition par sexe est restée stable entre 2005 et 2006.

Tableau 5 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 1999 - 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Homme	76,3	77,3	77,6	78,3	77,7	76,6	78,1	78,1
Femme	23,7	22,7	22,4	21,6	22,3	23,3	21,9	21,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	95,8	94,8	98,4	98,5	96,4	99,7	100,0	100,0
------------------	------	------	------	------	------	------	-------	-------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition par âge

Depuis la fin des années 1990, on observe une augmentation de la part des moins de 25 ans, liée à l'accroissement de la part des consommateurs de cannabis dans la file active. A l'autre extrême la part des 40 ans et plus est également en constante augmentation, avec un doublement entre 1999 et 2006. Cela traduit sans doute le vieillissement d'une population restée en contact avec le système de soins et peut-être également l'accueil d'une proportion croissante de personnes en difficulté avec l'alcool, d'âge moyen plus élevé que les consommateurs de drogues illicites. Corrélativement, ce sont les personnes ayant un âge se situant entre ces deux extrêmes, les 25-39 ans, dont la part diminue fortement. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ces pourcentages se rapportent à des files actives en forte progression sur la période 1999-2006. A partir des files actives moyennes du tableau 2, on peut calculer que le nombre de 25-39 ans accueilli dans les CSST a augmenté d'environ 10% entre 1999 et 2006, malgré la très forte baisse de leur part. L'évolution des pourcentages par tranche d'âge traduit l'augmentation beaucoup plus rapide du nombre des moins de 25 ans et des 40 ans et plus, relativement aux 25-39 ans.

Il peut être par ailleurs noté que depuis 2004, dans un contexte de faible augmentation des files actives moyennes, la part des mineurs qui avaient presque doublé entre 1999 et 2004 est en diminution, alors que la part des 25-29 ans, en constante diminution de puis 1999 est repartie à la hausse.

Tableau 6 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Moins de 18 ans	3,8	4,5	5,1	5,2	6,1	6,6	5,8	5,1
18 à 24 ans	19,8	19,8	21,7	22,6	23,7	23,8	25,3	26,2
25 à 29 ans	25,7	24,2	22,0	19,7	18,5	18,2	18,8	19,0
30 à 39 ans	41,6	40,3	38,2	38,3	35,7	34,9	32,7	31,0
40 ans et plus	9,0	11,2	13,0	14,2	16,0	16,3	16,8	18,8
Total âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponses	93,8	92,7	97,4	96,6	95,5	95,5	99,4	99,2
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine géographique

Environ 87 % des patients accueillis résident dans le même département que le CSST avec lequel ils sont rentrés en contact. 8 % des patients viennent d'un autre département situé dans la même région que le CSST. Seuls 5% des patients se sont déplacés d'une région à une autre.

Entre 1999 et 2003, le pourcentage de patients résidant dans le même département que le CSST a augmenté d'environ 1 point chaque année. Cependant, cette évolution s'est interrompue en 2004, ce pourcentage ayant reculé de plus de 3 points par rapport à 2003. Cette évolution est peut-être une conséquence du nombre particulièrement peu élevé de structures ayant fourni un rapport d'activité en 2004 (163), suite à l'introduction du nouveau rapport, alors que ce nombre était très élevé en 2003 (195). Les structures recrutant très peu hors du département se sont peut-être retrouvées sous représentées. En 2006, la répartition suivant l'origine géographique est revenue à son niveau de 2003.

Une dizaine de structures recrutent plus du tiers de leur patient en dehors du département : il s'agit surtout de structures de la région parisienne.

Tableau 7 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 1999 – 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Département	83,1	84,3	85,5	86,4	87,4	83,8	85,1	87,4
Autres départements de la région	10,3	10,0	9,5	8,3	7,7	11,0	9,9	7,8
Hors région	6,6	5,7	5,0	5,3	4,9	5,2	5,0	4,9
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponses	88,0	88,8	91,4	90,9	91,3	94,8	94,7	93,5
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Logement

En 2005, près de 76 % des patients disposent d'un logement stable alors que 18% sont considérés comme occupant un logement de façon précaire et un peu plus de 6 % sont sans logement. La proportion de personne occupant leur logement à titre précaire se répartit selon les CSST entre une valeur minimale de 2%, et une valeur maximale de 55 %.

Depuis 1999, la part des personnes disposant d'un logement stable est en progression. Cette évolution est à mettre en relation avec l'augmentation de la part des plus jeunes et des plus âgées parmi les personnes accueillies par les CSST. La part des personnes sans logement reste relativement stable autour de 6 à 7 %. Compte tenu de l'accroissement des files actives, le nombre de personnes sans logement est cependant en nette augmentation.

Tableau 8 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 1999 – 2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Logement stable	68,8	71,1	69,6	70,5	72,4	74,2	73,7	75,6
Logement précaire	23,8	22,7	23,1	22,1	20,6	19,1	19,0	18,2
Sans logement	7,5	6,2	7,2	7,4	7,0	6,6	7,3	6,2
Total Logement	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	83,3	86,4	86,7	89,4	89,3	89,2	85,9	85,4
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Revenus

En dépit de fluctuations, le pourcentage de patients percevant des revenus du travail est orienté à la hausse sur la période 1999-2006. Cette évolution semble s'être accompagnée d'une baisse corrélative de la part des personnes percevant le RMI principalement et dans une moindre mesure l'AAH et les ASSEDIC. Si l'on raisonne en nombre absolu et non plus en pourcentage, on observe un accroissement du nombre de personnes percevant le RMI et il n'est donc pas possible d'interpréter la diminution de la part du RMI comme une reprise d'emploi. Le nombre de personnes disposant de revenus de leur travail a augmenté plus rapidement que le nombre de bénéficiaires du RMI.

Tableau 9 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 1999 – 2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Revenus du travail	31,5	32,3	33,9	35,2	34,8	35,9	34,5	37,4
ASSEDIC	12,6	12,7	12,2	12,4	12,0	11,5	11,0	10,4
RMI	25,9	24,0	22,8	20,9	19,6	18,6	19,4	18,5
AAH	7,4	7,9	7,9	7,6	7,0	6,2	6,6	6,1
Autres prestations sociales	nd	nd	nd	nd	nd	2,1	1,8	2,2
A la charge d'un tiers	11,8	12,1	12,9	13,8	15,5	13,0	14,1	13,6
Autres ressources	10,8	11,0	10,3	10,1	11,0	12,5	12,7	11,8
Total Ressources	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	80,5	80,3	81,8	81,6	81,6	84,8	86,2	85,3
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine de la demande de consultation

Près de la moitié des demandes de consultation sont faites à l'initiative du patient ou des proches. Près de 22% des patients sont adressés par des partenaires sanitaires, parmi lesquels médecins de ville, hôpitaux et structures spécialisées font presque part égale. Les équipes de liaison sont assez peu représentées mais on peut se demander si la réponse « Equipe de liaison » est toujours bien différenciée de la réponse « Autre hôpital » ou même de l'item « Autre structure spécialisée ». Un patient sur cinq vient consulter suite à une mesure judiciaire ou administrative.

Entre 2004 et 2006, la répartition est restée globalement stable mais on peut toutefois remarquer que la part des patients adressés par la Justice ou l'administration est en augmentation (21 % en 2006 contre 18 % en 2004).

Tableau 10 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Initiative du patient ou des proches	49,7	49,7	46,9
Médecin de ville	8,3	8,0	9,6
Equipe de liaison	1,3	1,6	1,8
Autre hôpital/autre sanitaire	5,4	4,7	4,4
Autre structure spécialisée	6,7	6,5	6,9
Justice, classement avec orientation	4,6	5,6	6,3
Justice, injonction thérapeutique	4,9	4,7	4,4
Justice, obligation de soins	4,1	4,6	5,6
Autres mesures administratives	4,9	5,1	4,5
Services sociaux	6,0	5,5	4,9
Milieu scolaire et universitaire	-	1,4	1,9
Autres	2,5	2,6	2,9
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	89,9	91,6	94,6
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes

En 2006, les opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique) apparaissent comme la catégorie de produit posant le plus de problèmes pour 44 % des patients. Le cannabis est cité pour un tiers des patients. L'alcool se situe en troisième position avec près de 11 % des cas.

Après la forte augmentation de la proportion des personnes pour lesquelles le cannabis est cité en premier produit en 2005, cette part est restée stable en 2006. Depuis 1999, la part du cannabis parmi les produits cités en premier a presque doublé. La part des opiacés est à l'inverse en régression, passant de 59% en 1999 à 44%. Mais compte tenu de l'augmentation des files actives, cette diminution se traduit par une progression des effectifs citant les opiacés.

La quantification des effectifs par produits se heurte à la proportion importante des patients, surtout avant 2004, pour lesquels aucune information sur les produits n'est présente. Pour donner une idée de la progression en effectif depuis 1999, on peut calculer une file active moyenne par produit en extrapolant au groupe de personnes sans information sur les produits, les pourcentages du tableau 11. Ces chiffres ne sont que des ordres de grandeur mais donnent une idée de la progression du nombre moyen de patient par centre pour chaque produit. Pour les opiacés la progression est de 14 % entre 1999 et 2004, de près de 80 % pour la cocaïne et le crack, de 120 % pour l'alcool et de 150 % pour le cannabis.

Tableau 11 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 1999-2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alcool	7,4	6,8	7,9	9,1	8,3	10,8	9,4	10,8
Cannabis	19,6	21,8	20,6	25,0	29,3	28,5	33,5	32,6
Opiacés	48,2	47,1	47,4	43,1	41,4	37,9	37,2	37,2
Cocaïne et crack	5,6	5,6	6,5	6,2	5,3	5,7	6,7	6,7
Amphét, ecstasy	1,4	1,9	2,0	2,3	1,8	1,7	1,4	1,2
Méd. psychotropes	4,8	4,3	3,7	3,2	3,3	3,2	2,7	2,4
Méthadone, BHD	10,9	9,2	7,7	7,6	7,9	8,0	7,8	7,0
Autres	2,1	3,3	4,2	3,5	2,7	3,6	1,4	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	-	-	-	-	-	90,4	89,2	88,4

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 12 : nombre moyen de patient par centre suivant le produit n°1 posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge, 1999-2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alcool	22	21	26	33	30	46	41	47
Tabac	nd	nd	nd	nd	nd	13	13	14
Cannabis	58	69	69	92	106	122	146	143
Opiacés	143	149	159	159	150	162	162	163
Cocaïne et crack	17	18	22	23	19	24	29	29
Amphét., ecstasy	4	6	7	8	7	7	6	5
Méd. psychotropes	14	14	12	12	12	14	12	11
Méthadone., BHD	32	29	26	28	29	34	34	31
Autres	6	10	14	13	10	15	6	9
Total	297	316	335	368	363	440	448	453

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition des patients suivant les produit n°2

Un deuxième produit posant problème est déclaré pour 55 % des consultants. Le deuxième produit le plus souvent cité est le cannabis (environ un quart des patients ayant cité un deuxième produit), suivi par l'alcool, les opiacés et la cocaïne mentionnés chacun par une proportion proche de 14% des patients ayant cité un deuxième produit.

Tableau 13 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Alcool	16,3	18,8	19,2
Tabac	7,4	9,0	11,8
Cannabis	26,6	25,9	26,9
Opiacés	14,0	12,4	9,0
Cocaïne et crack	13,8	14,8	14,6
Amphét. ecstasy	5,0	4,8	4,4
Méd. psychotropes	7,3	6,8	6,7
Méthadone., BHD	7,0	5,3	5,9
Autres	2,2	2,2	1,5
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT



Tableau 14 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n° 3 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Alcool	16,1	17,8	17,3
Tabac	18,1	30,6	22,3
Cannabis	25,6	29,8	22,9
Opiacés	7,4	8,1	5,6
Cocaïne et crack	11,4	16,5	11,5
Amphét. ecstasy	8,3	10,9	8,0
Méd. psychotropes	6,7	9,2	5,8
Méthadone., BHD	4,0	5,2	4,5
Autres	2,1	2,5	2,0
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Usage du produit

Un peu plus des deux tiers des patients accueillis dans les CSST en ambulatoire est en situation de dépendance à l'égard d'une substance psycho-active. Les CSST accueillent également une proportion de 16 à 17 % de patients classés en usage nocif et de patients classés en usage à risque.

Tableau 15 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Usage à risques	18,6	17,9	16,6
Usage nocif	19,5	17,9	16,2
Dépendance	61,8	64,2	67,2
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	66,6	70,2	72,3
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Voie intraveineuse

En 2006, moins d'un patient sur six faisait une utilisation actuelle de la voie intraveineuse, alors que près des deux tiers des patients n'avait jamais utilisé ce mode de consommation.

La tendance à l'augmentation du nombre de personnes n'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse se poursuit en 2006. Les données fournies dans les rapports d'activité ne permettent cependant pas de déterminer quelle part dans ce mouvement à la baisse est liée à l'augmentation du nombre de prises en charge pour consommation de produits non injectables comme le cannabis ou l'alcool et quelle part est liée à la baisse de l'injection chez les consommateurs d'opiacés et de cocaïne.

Tableau 16 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 1999 - 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Utilisation actuelle de la voie intraveineuse	29,0	26,4	24,8	22,3	19,9	16,7	14,8	13,7
Utilisation antérieure de la voie intraveineuse	36,5	34,4	30,1	28,2	28,3	26,6	25,4	22,4
Jamais	34,5	39,2	45,1	49,5	51,8	56,5	59,7	63,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	79,2	77,9	80,4	78,0	78,1	77,4	80,3	78,6
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### 3. L'ACTIVITE

#### Ensemble des actes et patients concernés

Sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST en ambulatoire en 2006, les actes infirmiers sont les plus nombreux (43 % de l'ensemble des actes), suivis par les actes d'éducateurs ou d'animateurs (16 % des actes). Médecins généralistes, psychiatres et psychologues effectuent chacun environ 10% des actes. Le cumul des actes infirmiers et de médecins représente près des deux tiers des actes.

Tableau 17 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des CSST, en %, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	12,1	12,5	12,6
Psychiatres	10,2	9,0	9,5
Infirmiers	40,5	43,0	41,2
Psychologues	10,0	9,7	9,4
Assistants sociaux	7,5	5,7	6,1
Educateurs spécialisés et animateurs	14,0	16,1	15,5
Autres	5,5	4,1	5,6
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 18 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	1022	1075	1145
Psychiatres	841	777	866
Infirmiers	3406	3697	3738
Psychologues	842	833	858
Assistants sociaux	637	494	557
Educateurs spécialisés et animateurs	1180	1380	1414
Diététiciens	7	7	8
Autres	455	344	513

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

*Note : tous les CSST présents dans la base ont répondu au premier volet de cette question qui concerne les actes. Cependant 11 centres n'ont fourni aucun chiffre sur les patients concernés. Ces centres ne sont donc pas pris en compte pour le calcul des moyennes.*

Tableau 19 : Nombre moyen de patients par CSST suivant les types d'actes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	141	154	174
Psychiatres	100	102	106
Infirmiers	139	161	168
Psychologues	136	169	163
Assistants sociaux	85	80	93
Educateurs spécialisés et animateurs	128	158	166
Diététiciens	5	1	2
Autres	52	46	50

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Sevrages

Par sevrage, on entend le processus par lequel un patient cesse la consommation d'un produit avec l'aide d'un professionnel du soin. L'absence de consommation d'un produit, par l'exemple l'héroïne, suite à la mise sous traitement de substitution ne doit pas être considérée comme un sevrage. En 2006, environ 17 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST, et près de 13 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Les patients en sevrage ne représentent qu'une faible proportion du nombre total de patients pris en charge (soit environ 350 personnes en moyenne par centre vues plus d'une fois). Le nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire ou en milieu hospitalier peut-être considéré comme à peu près stable entre 2005 et 2006. L'information sur les sevrages est manquante pour 35 CSST (absence de rapport ou question non renseignée).

D'après les données des rapports d'activité, on peut estimer à un chiffre situé entre 8000 et 9000 le nombre de patients ayant suivi un sevrage assuré ou suivi par un CSST en 2006. Cette évaluation repose sur l'hypothèse que les centres pour lesquels on ne dispose pas d'informations en réalisent un nombre égal à la médiane du nombre de sevrage déclaré par les centres qui en font jusqu'à 150 par an.

Tableau 20 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CSST, 1999 - 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8	16,1	17,5
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le CSST (par structure)	nd	nd	nd	nd	nd	10,3	13,2	12,8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 6,8 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 1998

*Note : le calcul des nombres moyens de patients est effectué dans ce tableau en excluant les structures ayant réalisé plus de 150 sevrages ou n'ayant pas répondu aux questions sur l'activité. Le nombre total de patients ayant suivi un sevrage est calculé en extrapolant le nombre moyen de sevrage à l'ensemble des CSST. On ajoute à ce chiffre le total pour les centres exclus du calcul précédent en raison de l'importance de leur file active de patients ayant suivi un sevrage.*

## Traitements de substitution

### Les traitements de substitution aux opiacés

En 2006, 184 CSST en ambulatoire ont renseigné les questions relatives aux traitements de substitution<sup>4</sup>. Afin de permettre les comparaisons dans le temps, les 4 CSST avec les files actives de patients sous méthadone ou sous BHD les plus élevées n'ont pas été prises en compte. Leur absence ou leur présence d'une année sur l'autre a en effet des répercussions importantes sur les chiffres. Les files actives du bus méthadone de Paris et de Marseille sont également exclues pour le calcul des moyennes du tableau 19. Le nombre de CSST considérés pour les chiffres de ce tableau est en définitive de 179. Les 5 CSST retirés du calcul totalisent à eux seuls près de 2000 patients ayant eu une prescription d'un traitement de substitution par le centre. Parmi les répondants, 19 CSST n'ont pas prescrit de méthadone et 34 n'ont pas prescrit de BHD. 19 CSST ne déclarent aucune prescription de traitement de substitution (0 patients ou absence de réponse). Il est probable que dans deux ou trois cas, les centres soient prescripteurs mais n'aient pas renseignés cette question.

La moyenne par centre du nombre de patients sous traitement à la méthadone (quel que soit le prescripteur) était en 2006 de 92 et de 71 pour la BHD. En moyenne 80 patients ont eu une prescription de méthadone par le centre et 47 une prescription de BHD. Par rapport à 2005, les chiffres sont stables pour la méthadone et en diminution pour la BHD.

A partir des données du tableau 19, on peut estimer à un chiffre d'environ 19 500 le nombre de patients ayant eu une prescription de méthadone dans un CSST et à près de 11 000 le nombre de ceux ayant eu une prescription de BHD.

<sup>4</sup> Sont considérés comme des non réponses à la question sur la substitution les rapports dans lesquels toutes les réponses sur ce thème ont été laissées en blanc

Tableau 21 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	85	72	92	75	92	71
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	64	46	79	50	80	47
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	46	19	56	27	53	23
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	15	31	20	36	19	30
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	10	4	12	5	10	5
Nombre de patients ayant eu une prescription en relais par le centre	9	1	9	2	10	2

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFD

#### Autres traitements à visée substitutive

43 CSST ont prescrit un autre traitement à visée substitutive, dont 26 ont prescrit ces substances à plus d'un patient. En moyenne, environ un patient par CSST a reçu ce type de prescription (près de 200 patients au total). Comme pour la méthadone ou la BHD, l'absence de mention d'un autre produit à visée substitutive est interprétée comme une réponse 0 patients.

#### Substituts nicotiques

543 patients étaient sous substituts nicotiques au sein des différents CSST, dont 250 dans une même structure. Seuls 36 CSST mentionnent au moins un patient sous substitut nicotique

#### **Les activités de prévention**

En 2006, 70% des CSST ont déclaré avoir effectué des actes de prévention (individuels ou collectifs). Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 63 actes de prévention. Certains centres en déclarent un grand nombre

Tableau 22 : Les activités de prévention, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou d'information	185	1107	226	1185	151	1349
Formation	85	269	73	240	72	230
Conseil ou assistance	58	375	35	34	47	50

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Le budget en 2006

Sur les 188 CSST présents dans la base, 183 ont fourni au moins une information budgétaire. Le montant total de ressources est en moyenne par centre de 557 000 euros, dont un peu plus de 87% provient de l'enveloppe ONDAM<sup>5</sup>. La part de l'enveloppe ONDAM dans l'ensemble des ressources a progressé entre 2004 et 2006. Toutes les autres subventions sont en diminution. Le budget (ensemble des charges du compte administratif) le plus faible s'élève à 36 500 euros, alors que le budget le plus important est d'environ de 1 920 000 euros.

Tableau 23 : Ressources par poste, en moyenne par CSST, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Montant moyen en euros	% par rapport au total des ressources	Montant moyen en euros	% par rapport au total des ressources	Montant moyen en euros	% par rapport au total des ressources
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	473 247	82,7	476 070	84,8	486 277	87,4
Subventions MILDT	15 722	2,7	14 068	2,5	13 052	2,3
Autres subventions de l'Etat	18 515	3,2	15 483	2,8	87 44	1,6
Subventions des collectivités territoriales	16 906	3,0	13 101	2,3	13 854	2,5
Subventions organismes de protection sociale	3 556	0,6	3 333	0,6	2 472	0,4
Subventions organismes publics ou autres	13 470	2,4	8 927	1,6	7 645	1,4
Ventes de services	2 100	0,4	1 848	0,3	2 787	0,5
Autres ressources	28 530	5,0	28 377	5,1	21 805	3,9
Total des ressources	572 046	100,0	561 207	100,0	556 636	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

<sup>5</sup> Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

## Intervenants

Sur l'ensemble des CSST présents dans la base, un peu plus de 95 % ont fourni des informations exploitables sur les personnels en équivalent temps plein (ETP). Le nombre moyen d'ETP par structure est de 8,7, soit un chiffre à peine supérieur à celui de 2005. La valeur médiane du nombre d'ETP s'établit à 7,4. Quelques grosses structures regroupant entre 15 et 30 ETP tendent à faire augmenter la moyenne.

Le ratio nombre de patient par ETP est resté à peu près stable entre 2004 et 2006 après avoir fortement augmenté au cours de l'année précédente. Même s'il donne une indication de tendance ce type de ratio demande à être analysé en tenant compte du type de patients accueillis et des types de prise en charge qu'ils nécessitent.

Tableau 24 : Nombre d'ETP par structure et nombre de patient par ETP, 1999 – 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de CSST ayant renseigné les ETP	120	145	130	160	159	157	182	185
File active des CSST ayant renseigné les ETP	35 972	43 916	42 362	58 049	60 477	68 485	81 795	83 352
Nombre d'ETP	864	1028	977	1268	1310	1322	1578	1604
Nombre moyen d'ETP par structure	7,2	7,1	7,5	7,9	8,2	8,4	8,6	8,7
Part des ETP médecins dans le total des ETP	11,6 %	13,7 %	9,6 %	12,3 %	11,9 %	12,4 %	11,9%	13,0%
Nombre de patients par ETP	41,6	42,7	43,3	45,8	46,2	51,8	51,8	52,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Les ETP médicaux représentent 13% du total des ETP. Un peu plus de la moitié (54%) des ETP sont liés aux soins (8 premières lignes et dernière ligne du tableau 25). Environ un quart des ETP peuvent être rattachés à l'action éducative et sociale (assistant de service social, éducateurs, animateurs). Les fonctions transversales (encadrement, secrétariat, documentation, entretien) représentent un ETP sur cinq. On peut présenter les choses de façon plus explicite en indiquant que l'équipe se compose en moyenne de 8,6 ETP dont 1 ETP de médecins, 1,7 ETP d'infirmiers (es), 1,2 ETP de psychologue, 0,7 ETP d'assistant(e) social, 1,6 ETP d'éducateur spécialisé et d'animateur. Un peu moins de 2 ETP se consacrent aux fonctions transversales (direction, secrétariat, agent d'entretien, documentaliste).

La répartition par type d'emploi est restée très stable entre 2004 et 2006.

Tableau 25 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecin généraliste	6,1	6,5	6,1
Psychiatre	5,4	4,5	6,0
Autre médecin spécialiste	0,9	0,9	0,9
Psychologue	14,0	14,0	14,2
Diététicien	0,3	0,2	0,1
Infirmier	21,1	19,8	21,2
Aide-soignant	0,7	0,7	0,5
Autre paramédical	0,9	0,9	0,9
Assistant de service social	8,4	7,8	8,3
Educateur spécialisé	13,3	15,9	13,7
Animateur	3,0	3,2	3,6
Directeur	5,5	5,1	5,2
Secrétaire	11,6	11,2	11,5
Documentaliste	0,2	0,2	0,1
Agent d'entretien	2,7	2,1	2,5
Autres cadres de santé	4,9	6,9	5,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En 2006, 11 CSST ne déclarent aucun ETP de médecins, soit 6 % de l'ensemble des CSST ayant répondu à la question sur les ETP. Les psychiatres n'interviennent que dans un CSST sur deux. Environ 12 % des CSST n'emploient pas d'infirmiers, 9 % pas de psychologues, 33 % pas d'assistant de service social et 35 % pas d'éducateurs spécialisés. Entre 2004 et 2006 on enregistre une diminution quasi générale du pourcentage de CSST n'employant aucun des professionnels de la liste du tableau 26.

Tableau 26 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004-2006 (mis à disposition comprise)

	2004		2005		2006	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sans médecins généralistes	36	22,9	35	19,2	38	20,5
Sans médecins	5	5,0	6	3,3	11	5,9
Psychologue	18	11,4	17	9,3	16	8,6
Infirmier	30	19,1	31	17,0	22	11,9
Assistant de service social	57	36,3	65	35,7	61	33,0
Educateur spécialisé	61	38,8	48	26,4	65	35,1
Animateur	125	79,6	147	80,8	144	77,8
Directeur	63	40,1	72	39,6	76	41,1
Secrétaire	16	10,1	15	8,2	13	7,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT



## LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN TOXICOMANIE AVEC HEBERGEMENT

### 1. LES STRUCTURES REpondantes

#### Répartition par type de structures

80 rapports de structures avec hébergement ont été intégrés à la base de données en 2006. Ces rapports décrivent l'activité d'hébergement réalisée dans le cadre de 36 centres thérapeutiques résidentiels (CTR) ou communautaires (CT), de 47 appartements thérapeutiques résidentiels (ATR) et dans le cadre d'autres types d'hébergement, dont cinq réseaux de famille d'accueil, 7 hébergements d'urgence, et 1 foyer d'hébergement collectif. Un même rapport d'activité peut rendre compte de l'activité relative à plusieurs catégories d'hébergement sans les distinguer.

Tableau 27: Nombre d'hébergement et nombre de place suivant les types d'hébergement intégrés dans la base de données, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Nombre	Nombre de places	Nombre	Nombre de places	Nombre	Nombre de places
Centre thérapeutique résidentiel	31	364	35	426	36	432
Appartement thérapeutique	41	352	41	350	47	411
Autre	12	88	13	76	13	122

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Les données issues de l'exploitation de l'ensemble des rapports fournissent une image moyenne de l'activité à partir d'un ensemble hétérogène comprenant les différents types d'hébergement indiqués ci-dessus. Or, comme il apparaît dans la suite de ce document, les données moyennes calculées pour les CTR diffèrent souvent largement de celles obtenues à partir des rapports ne portant que sur l'activité d'hébergement en ATR. Il a donc paru plus pertinent de présenter les résultats séparément pour ces deux types d'hébergement, bien que quelques rapports contiennent des données mixtes (CTR gérant également des ATR ou de l'hébergement d'urgence, ATR gérant également de l'hébergement d'urgence). Ces cas « mixtes » restent cependant très peu nombreux dans chacun de ces deux groupes.

Dans la suite du rapport, les chiffres seront donc fournis de façon distincte d'une part pour les CTR, et d'autre part pour les CSST en ambulatoire gérant des ATR. Les nombres de rapports, à partir desquels ont été établis les tableaux statistiques pour chacun des deux groupes apparaissent dans le tableau 28 ci dessous.

Tableau 28 Nombre de CSST gérant de l'hébergement ayant fourni un rapport d'activité, nombre de places et nombre de patients concernés en 2006

	Nombre	Nombre de places CTR	Nombre de place ATR	Nombre de places Autres	Nombre de patients hébergés
Rapport CTR	36	432	44	32	1654
Rapport ATR	40	0	367	37	915
Rapport autres hébergements	4	0	0	62	250

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En raison de leur faible nombre, les données des 4 CSST en ambulatoire gérant d'autres types d'hébergement n'ont pas été exploitées. Il serait intéressant pourtant de pouvoir décrire l'activité du dispositif d'hébergement d'urgence mais il faudrait pour cela disposer de données plus complètes et pouvoir les distinguer des données relevant de l'hébergement en CTR ou en ATR.

La grande majorité des structures avec hébergement sont à gestion associative. Seules 11 % d'entre elles relèvent du secteur public.

## 2. LES PATIENTS

### Répartition par sexe

Les CTR accueillent une proportion d'hommes plus élevée que les ATR (81 % vs 74 %) ou que les CSST en ambulatoire (78%).

Tableau 29 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le sexe, 2004-2006

	2004	2005	2006
Homme	77,1	82,4	80,7
Femme	22,9	17,6	19,3
Total Sexe	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	99,8	97,5	99,4
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 30 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le sexe, 2004-2006

	2004	2005	2006
Homme	71,5	75,9	73,8
Femme	28,5	24,1	26,2
Total Sexe	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	99,3	99,7	100,0
------------------	------	------	-------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Répartition par âge

La majorité des personnes hébergées en CTR ou en ATR en 2006 sont âgées de 30 ans ou plus. Les personnes hébergées en CTR sont un peu plus jeunes que les personnes hébergées en ATR, la part des 30 ans et plus étant de 60 % dans le premier type d'hébergement contre près de 71 % dans le second. Dans les CSST en ambulatoire, la part des 30 ans et plus est beaucoup plus faible (49 %), les jeunes consommateurs de cannabis représentant une fraction beaucoup plus importante de la file active.

La part des 40 ans et plus a fortement augmenté entre 2004 et 2006 dans les deux catégories d'hébergement.

Tableau 31 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant les tranches d'âge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Moins de 18 ans	1,5	1,2	1,8
18 à 24 ans	21,3	18,5	19,1
25 à 29 ans	19,9	18,6	18,9
30 à 39 ans	47,4	46,7	43,3
40 ans et plus	11,5	16,2	17,0
Total âge	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	100,0	98,7	97,0
------------------	-------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 32 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant les tranches d'âge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Moins de 18 ans	0,4	0,1	0,1
18 à 24 ans	16,3	10,8	10,1
25 à 29 ans	18,6	18,3	18,9
30 à 39 ans	49,1	49,9	47,1
40 ans et plus	16,0	21,0	23,8
Total âge	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	99,6	98,7	100,0
------------------	------	------	-------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Origine géographique

Les personnes hébergées dans les ATR ont majoritairement leur domicile dans le même département (près de 70%), alors que ce n'est le cas que pour moins d'un quart des patients hébergés en CTR (23 %). Entre 2005 et 2006, le recrutement hors région diminue dans les CTR mais augmente dans les ATR..

Tableau 33: Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant l'origine géographique, 2004-2006

	2004	2005	2006
Département	22,3	22,9	26,4
Autres départements de la région	19,4	22,4	21,8
Hors région	58,2	54,7	51,9
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	99,0	97,9	96,7

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 34: Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant l'origine géographique, 2004-2006

	2004	2005	2006
Département	67,2	69,3	69,2
Autres départements de la région	15,3	18,3	15,1
Hors région	17,5	12,4	15,7
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	100,0	96,4	97,7

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Logement

Sur la question du logement également la situation des personnes hébergées en CTR ou en ATR ne semble pas être la même. Dans les deux cas la majorité des patients se trouve dans une situation précaire mais cela concerne un peu plus de la moitié des patients dans les CTR contre près de 90 % dans les ATR. Les personnes accueillies en ambulatoire sont beaucoup plus nombreuses à disposer de logement stable (76 %) que les personnes hébergées.

La répartition suivant les conditions de logement est restée sensiblement la même entre 2005 et 2006 pour les CTR, alors qu'elle semble s'être dégradée pour le public accueilli dans les ATR.

Tableau 35 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le type de logement, 2004-2006

	2004	2005	2006
Logement stable	45,3	45,0	44,7
Logement précaire	35,5	36,4	36,5
Sans logement	17,1	16,5	16,4
Prison	2,1	2,0	2,4
Total Logement	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	98,2	96,3	96,6

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 36 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le type de logement, 2004-2006

	2004	2005	2006
Logement stable	16,6	11,5	10,1
Logement précaire	49,3	52,9	54,9
Sans logement	31,4	33,0	32,3
Prison	2,7	2,6	2,7
Total Logement	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	94,6	97,9	97,7

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Revenus

Quel que soit le type d'hébergement concerné, une majorité de patient dépend des prestations de solidarité (RMI, AAH, autres prestations sociales) ou est sans revenus (a priori l'essentiel du poste Autres ressources). Les ATR se caractérisent par une proportion plus élevée de personnes percevant l'allocation adulte handicapé et par une proportion bien moindre de ressources provenant de tiers, en raison, sans doute, d'un âge moyen plus élevé. Le public hébergé est sans surprise dans une situation encore plus difficile que les personnes vues en ambulatoire avec une part de personnes percevant le RMI ou l'AAH deux fois plus importante et presque trois fois moins de personnes touchant des revenus du travail.

Tableau 37 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le type de revenus, 2004-2006

	2004	2005	2006
Revenus du travail	14,1	13,2	12,9
ASSEDIC	17,4	15,2	15,7
RMI	37,9	40,1	36,3
Autres prestations sociales	3,0	3,3	3,5
AAH	7,2	8,7	9,1
A la charge d'un tiers	7,3	6,2	8,7
Autres ressources	13,1	13,4	13,8
Total Ressources	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	96,7	97,5	96,6

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 38 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le type de revenus, 2004-2006

	2004	2005	2006
Revenus du travail	15,2	12,5	15,1
ASSEDIC	11,2	10,6	10,3
RMI	40,1	40,1	37,6
Autres prestations sociales	3,7	3,8	3,9
AAH	10,0	13,2	12,7
A la charge d'un tiers	1,9	0,9	0,9
Autres ressources	17,8	18,9	19,5
Total Ressources	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	96,7	97,5	97,2

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine de la demande de prise en charge

Près de 37 % des personnes hébergées en CTR sont entrées en contact avec la structure de leur propre initiative, 40 % ont été orientées par une structure spécialisée et 13 % par d'autres professionnels du soin. Environ 5 % ont été adressées par des services sociaux. Dans les ATR la moitié des patients sont adressés par une structure spécialisée, un peu plus du quart vient de sa propre initiative et 10 % est adressé par les services sociaux.

La répartition suivant l'origine de la prise en charge est très différente entre les patients hébergés et ceux qui sont vus en ambulatoire, les écarts les plus importants se situant au niveau du pourcentage de patients adressés par une autre structure spécialisée, beaucoup plus importante pour les patients hébergés (40 % vs 2 %) et le pourcentage de patients adressés par la justice, plus faible (4 % vs 19 %).

Par rapport à 2005, la proportion de personnes adressées par les structures spécialisées est en augmentation.

Tableau 39 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant l'origine de la demande de prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Initiative du patient ou des proches	35,3	38,0	36,9
Médecin de ville	1,9	1,5	3,5
Autre structure spécialisée	37,0	37,4	40,0
Equipe de liaison	0,9	1,5	1,0
Autre hôpital/autre sanitaire	10,9	11,3	9,1
Services sociaux	4,7	5,7	5,4
Justice, classement avec orientation	4,2	1,8	0,1
Justice, injonction thérapeutique	3,0	0,5	0,6
Justice, obligation de soins	0,3	0,2	2,0

Autres mesures administratives	1,5	1,4	1,2
Milieu scolaire/universitaire	0,0	0,0	0,0
Autres	0,3	0,6	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	98,8	94,2	98,0
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 40 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant l'origine de la demande de prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Initiative du patient ou des proches	28,3	26,9	29,3
Médecin de ville	3,6	1,1	0,9
Autre structure spécialisée	36,7	48,2	50,2
Equipe de liaison	5,8	1,8	0,9
Autre hôpital/autre sanitaire	5,9	4,3	3,9
Services sociaux	11,6	13,7	10,2
Justice, classement avec orientation	1,2	0,7	0,0
Justice, injonction thérapeutique	0,8	0,2	0,4
Justice, obligation de soins	0,7	0,2	0,9
Autres mesures administratives	3,1	1,4	1,5
Milieu scolaire/universitaire	0,0	0,0	0,6
Autres	2,3	1,5	1,2
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	98,8	94,2	99,2
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes

En 2006, les opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique) sont cités comme catégorie de produits posant le plus de problèmes pour un peu moins de la moitié des patients accueilli en CTR. La cocaïne est citée dans 17 % des cas et l'alcool dans plus de 15 % des cas. Parmi les personnes hébergées dans les ATR, la part de l'alcool et du cannabis est nettement plus importante alors que celle de la cocaïne et du crack est nettement plus faible.

Ainsi qu'on peut s'y attendre, la différence entre les produits cités pour les patients hébergés et les patients vus en ambulatoire se situe au niveau du cannabis, trois fois moins souvent mentionnés chez les premiers (8 % en CTR vs 33 % en ambulatoire), alors que la cocaïne apparaît beaucoup plus souvent (17 % en CTR vs 7 % en ambulatoire).

Tableau 41 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	9,3	13,7	15,2
Cannabis	11,0	10,5	8,5
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	43,8	39,0	43,0
Cocaïne et crack	16,6	17,6	17,2
Amphétamines, ecstasy,...	1,9	2,3	2,3
Médicaments psychotropes détournés	6,2	7,8	7,4
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	8,1	6,9	6,0
Autres	3,1	2,1	0,5
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	97,2	96,5	91,9

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Note : le calcul a été effectué en ne retenant que les structures ayant fourni un taux de réponse compris entre 75 et 110% à la question sur le produit le plus dommageable et en excluant les réponses tabac

Tableau 42 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	14,5	17,6	21,1
Cannabis	7,0	8,5	13,7
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	44,5	47,4	35,3
Cocaïne et crack	10,2	10,9	7,3
Amphétamines, ecstasy,...	4,1	0,8	1,7
Médicaments psychotropes détournés	6,8	7,3	10,9
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	12,5	6,5	8,0
Autres	0,4	1,0	2,0
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	92,9	96,2	83,5

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Note : le calcul a été effectué en ne retenant que les structures ayant fourni un taux de réponse compris entre 75 et 110% à la question sur le produit le plus dommageable et en excluant les réponses tabac

## Produit n°2

Un deuxième produit posant problème est recensé pour 78% de la file active. Le deuxième produit le plus souvent cité dans les CTR est le cannabis (26 %), l'alcool (18 %), la cocaïne (environ 18 %), et les opiacés (14 %). La hiérarchie est à peu près la même dans les ATR, avec une part moins importante pour le cannabis (22 %), plus importante pour l'alcool (21 %) et moins importante pour la cocaïne (14 %).



Tableau 43 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	15,7	19,2	18,5
Cannabis	15,9	24,1	26,4
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	13,4	12,0	14,4
Cocaïne et crack	26,7	20,8	17,9
Amphétamines, ecstasy,...	7,5	5,3	4,5
Médicaments psychotropes détournés	11,7	9,7	12,4
traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	7,5	6,2	4,3
Autres	1,6	2,7	1,7
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 44 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	9,0	23,9	21,5
Cannabis	29,7	22,6	22,3
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	16,7	13,6	13,7
Cocaïne et crack	17,6	16,8	13,7
Amphétamines, ecstasy,...	2,7	7,6	3,3
Médicaments psychotropes détournés	16,7	10,3	11,4
traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	7,3	4,8	12,4
Autres	0,3	0,2	1,8
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Voie intraveineuse

En 2006, l'utilisation de la voie intraveineuse dans le mois passé est rapportée chez environ 17 % des patients hébergés en CTR et 14 % des patients accueillis en ATR. La part des personnes ayant utilisé l'injection auparavant est en revanche nettement plus élevée dans les ATR, sans doute en raison de l'âge moyen plus élevé dans ce dernier type d'hébergement.

Avec 58 % d'injecteurs ou d'anciens injecteurs, les personnes hébergées se différencient également nettement de celles vues en ambulatoire (36 % d'injecteurs actuels ou anciens).

Tableau 45 : Répartition en % de l'ensemble hébergés en CTR des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006

	2004	2005	2006
Utilisation par voie intraveineuse dans le mois passé	21,6	17,1	17,3
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	38,4	42,9	40,4
Jamais	40,0	40,0	42,3
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	98,2	96,8	96,8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 46 : Répartition en % de l'ensemble hébergés en ATR des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006

	2004	2005	2006
Utilisation par voie intraveineuse dans le mois passé	16,8	18,1	13,6
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	50,3	48,2	52,3
Jamais	32,9	33,6	34,0
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	94,9	81,8	81,8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### 3. L'ACTIVITE

#### Ensemble des actes et patients concernés

Pour les structures avec hébergement la notion d'actes se pose sans doute de façon un peu différente que dans les structures ambulatoires. Les patients hébergés sont encadrés en permanence par des professionnels. Cette permanence est principalement assurée par les éducateurs spécialisés et les animateurs. Le recensement précis des actes correspondant à cette fonction est sans doute difficile. Les actes infirmiers viennent en seconde position et sont plus fréquents en CTR qu'en ATR. Les autres catégories d'actes apparaissent beaucoup moins fréquemment dans les CTR. On peut noter dans les ATR la part des actes des assistants sociaux et des psychologues près de deux fois plus élevée que dans les CTR.

Les évolutions sont assez importantes d'une année sur l'autre. Il est possible que le système d'information n'ait été que très partiellement capable de renseigner ces questions en 2004.

Tableau 47 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels pour les patients hébergés en CTR, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	5,1	4,6	4,5
Psychiatres	2,8	3,0	2,6
Infirmiers	14,2	30,4	28,1
Psychologues	6,9	4,9	4,5
Assistants sociaux	15,4	5,2	2,6
Educateurs spécialisés et animateurs	48,2	48,4	54,5
Diététiciens	0,0	0,0	0,0
Autres	7,4	3,3	3,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDI

Tableau 48 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels pour les patients hébergés en ATR, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	2,7	2,8	3,5
Psychiatres	3,1	2,4	3,5
Infirmiers	4,4	14,5	10,7
Psychologues	12,5	8,6	8,5
Assistants sociaux	16,3	9,9	13,6
Educateurs spécialisés et animateurs	58,4	58,7	56,8
Diététiciens	0,0	0,0	0,0
Autres	2,7	3,1	3,5
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDI

## Traitements de substitution

Dans les CTR, 70 % des personnes hébergées suivent un traitement de substitution (quel que soit le prescripteur). Cette proportion s'établit à 45 % pour les personnes hébergées en ATR. Ces chiffres sont calculés en faisant l'hypothèse que dans la première ligne du tableau sur les traitements de substitution (nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur) un patient ne peut être compté qu'une seule fois. A un moment donné, un patient est en effet soit sous traitement à la méthadone soit à la BHD, même si les deux traitements peuvent lui avoir été prescrits successivement.

Le nombre moyen de patients sous traitement à la méthadone et à la BHD est en augmentation par rapport à 2004.

Les centres offrant de l'hébergement initient rarement les traitements de substitution des personnes hébergées, ce qui s'explique probablement en grande partie par le fait que ces patients sont souvent adressés par des centres en ambulatoire qui ont initié le traitement.

Tableau 49 : Nombre moyen de patients hébergés en CTR ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	13,0	13,1	15,4	13,4	17,6	14,2
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	10,6	10,0	11,8	9,6	15,4	12,7
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	1,1	0,4	1,8	0,4	1,6	0,4
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	3,9	4,0	3,9	4,1	5,0	3,7
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	0,6	1,3	0,3	1,1	1,2	1,1

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 50 : Nombre moyen de patients hébergés en ATR ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD		BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	6,3	6,7	7,1	5,7	6,2	5,4
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	3,3	1,8	4,3	2,5	4,0	2,2
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	2,3	0,8	1,3	0,3	1,7	0,5
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	1,4	1,5	1,7	1,5	1,1	1,3
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Dure d'hébergement

Les CTR présents dans la base en 2006 ont déclaré au total un peu plus de 151 200 journées d'hébergement et les ATR 108 600. La durée moyenne d'hébergement par patient (nombre de journées d'hébergement réalisées/nombre de personnes hébergées dans l'année) est plus courte dans les CTR (92 jours) que dans les ATR (140 jours).

### Les actes de prise en charges réalisés à l'extérieur du centre

Le nombre moyen d'activités collectives organisées à l'extérieur du centre est de 547 par CTR et de 10 par ATR. Par ailleurs, le nombre moyen d'actes d'accompagnement de résidents pour démarche extérieure avoisine les 380 par CTR et 424 par centre gérant des ATR.

## Durée d'hébergement des résidents sortants

En 2006, 1 362 patients au total sont sortis des CTR présents dans la base de données et 584 des ATR. Dans les deux types de structure, la grande majorité des sortants a effectué des séjours de moins de 6 mois. Mais les ATR se caractérisent par une proportion de séjours supérieurs à 6 mois deux fois plus importante que dans les CTR (38 % vs 19 %).

Dans les deux types d'hébergement la part des durées d'un mois au plus est en diminution au profit des durées comprises entre 1 et 3 mois dans les ATR et de 3 à 6 mois dans les CTR.

Tableau 51 : Répartition des sortants des CTR selon la durée d'hébergement, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Au plus un mois	33,0	26,8	29,2
De 1 à moins de trois mois	35,3	34,7	26,9
De trois à moins de six mois	18,3	22,1	25,0
De six à moins de un an	10,7	14,2	15,9
Plus de un an	2,8	2,3	2,9
Total	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponse	89,6	73,3	82,3
-----------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 52 : Répartition des sortants des ATR selon la durée d'hébergement, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Au plus un mois	35,0	29,4	32,9
De 1 à moins de trois mois	10,5	19,3	14,0
De trois à moins de six mois	13,9	14,7	15,4
De six à moins de un an	23,8	23,8	23,8
Plus de un an	16,7	12,8	13,9
Total	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponse	63,5	61,9	63,8
-----------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année

Dans les CTR, les projets de sortie s'élaborent dans 40 % des cas avec des structures sanitaires et sociales, que ce soit avec celle qui a orienté vers l'hébergement ou avec une autre. Dans le cas des patients hébergés en CTR, c'est ensuite la famille qui est le plus souvent citée. Dans les ATR les projets de sortie se font aussi le plus souvent avec des structures sanitaires ou sociales mais aussi très souvent (un tiers des cas) avec des structures d'insertion professionnelle.

Tableau 53 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis des CTR en 2004-2006.

	2004	2005	2006
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	23,4	19,4	16,0
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale	16,0	21,8	23,7
Avec des structures d'insertion professionnelle	12,4	7,8	10,6
Avec des structures d'hébergement	9,0	12,7	13,2
Autres (sorties et projets autonomes)	18,0	14,8	15,7
Avec la famille du résident	21,2	23,6	20,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponse	84,4	74,3	76,1
-----------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 54 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis des ATR en 2004-2006.

	2004	2005	2006
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	40,1	14,8	8,0
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale	17,2	26,9	28,9
Avec des structures d'insertion professionnelle	2,9	10,1	33,2
Avec des structures d'hébergement	12,8	19,1	12,2
Autres (sorties et projets autonomes)	12,8	18,1	11,7
Avec la famille du résident	14,3	11,1	6,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponse	51,5	45,8	45,8
-----------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Motifs de sortie du résident

En 2006, la sortie des patients s'effectue dans la moitié des cas au terme du contrat thérapeutique dans les deux types d'hébergement. On remarque que dans les CTR, près de 40 % des hébergements sont volontairement interrompus avant leur terme soit du fait du patient, soit du fait du centre (exclusion). Dans les ATR, la part de ces cas de rupture est moins élevée (25 %) mais les réorientations vers une structure plus adaptée sont elles plus fréquentes.

Trois décès de personnes hébergées en ATR ont été constatés en 2006 (11 en 2005).

Dans les deux types d'hébergement, la part des contrats menés à leur terme a augmenté entre 2005 et 2006.

Tableau 55 : Répartition des résidents hébergés en CTR sortis selon les motifs de sortie, 2004-2006.

Motifs	2004	2005	2006
Contrat thérapeutique mené à terme	39,7	43,0	48,6
Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée	5,5	6,3	7,1
Exclusion par le centre de soins	20,2	19,0	17,9
Hospitalisation durable	4,6	1,1	1,6
Rupture à l'initiative du résident	25,9	29,1	22,0
Décès	0,1	0,0	0,0
Autres	4,0	1,5	2,9
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponse (en %)	85,2	80,0	81,3
------------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 56 : Répartition des résidents hébergés en ATR sortis selon les motifs de sortie, 2004-2006.

Motifs	2004	2005	2006
Contrat thérapeutique mené à terme	71,0	45,4	54,4
Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée	5,5	13,8	11,0
Exclusion par le centre de soins	8,6	12,7	12,7
Hospitalisation durable	0,9	5,2	5,2
Rupture à l'initiative du résident	9,7	14,3	12,7
Décès	0,9	2,4	0,6
Autres	3,3	6,3	3,2
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponse (en %)	60,6	53,3	50,6
------------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Le budget en 2006

Sur les 36 CTR présents dans la base en 2006, 35 ont fourni des informations budgétaires. Le budget moyen par CSST est de 795 500 euros et le budget médian de 745 000 euros. Sur les 40 CSST (autres que CTR) gérant des ATR présents dans la base en 2006, 37 ont fourni des informations budgétaires concernant les ATR. Le budget moyen par structure est de 342 000 euros et le budget médian de 166 000 euros. Les budgets moyens recouvrent des situations assez hétérogènes, à la fois parce que certaines structures offrent différents types d'hébergement (en centre résidentiel et en appartements thérapeutiques et en hébergements d'urgence) mais aussi par ce que le nombre de places peut-être très différent d'une structure à l'autre. Il a donc été calculé un budget par place en se limitant aux structures n'offrant soit que de l'hébergement en centre thérapeutique (26 structures), soit n'offrant que de l'hébergement en ATR (31 structures). Le budget moyen par place s'élève alors à environ 57 000 euros pour les CTR et à 25 000 euros pour les ATR.

Les ATR sont davantage financés par des sources autres que l'enveloppe ONDAM (subventions des collectivités territoriales principalement) que les CTR. Pour les deux types d'hébergement la part de ces ressources ne provenant pas de l'enveloppe ONDAM est en diminution.

Tableau 57 : Les moyens financiers des CTR, 2004-2006

	2004	2005	2006
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	89,9	95,1	93,8
Subventions MILDT	0,6	0,2	0,4
Autres subventions de l'Etat	0,6	0,8	1,1
Subventions des collectivités territoriales	0,6	0,1	0,2
Subventions organismes de protection sociale	4,7	0,1	0,0
Subventions organismes publics ou autres	0,9	0,8	0,6
Ventes de services	0,3	0,2	0,3
Autres ressources	2,4	2,6	3,7
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 58 : Les moyens financiers des ATR, 2004-2006

	2004	2005	2006
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	80,0	87,9	87,4
Subventions MILDT	2,6	1,0	0,8
Autres subventions de l'Etat	0,5	0,9	1,5
Subventions des collectivités territoriales	4,0	2,6	6,0
Subventions organismes de protection sociale	5,7	2,2	1,3
Subventions organismes publics ou autres	1,1	0,6	0,2
Ventes de services	0,5	0,7	0,4
Autres ressources	5,7	4,2	2,4
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Les intervenants

Les 36 CTR présents dans la base de données en 2006 totalisent 450 ETP. Le nombre moyen d'ETP par structure s'établit en 2006 à 12,5. Le ratio du nombre de patients par ETP est de 3,7. Environ 11% des ETP sont liés à la prise en charge sanitaire (8 premières lignes et dernière ligne du tableau 59 ci dessus). 62% des ETP peuvent être rattachés à l'action éducative et sociale (assistant de service social, éducateurs, animateurs). Les fonctions transversales (encadrement, secrétariat, documentation, entretien) représentent 16% des ETP.

Les 37 ATR gérés par des structures ambulatoires comptent 133 ETP en 2006, soit une moyenne de 3,6 ETP par structure.



Tableau 59 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi dans les CTR, en 2005 et 2006

	2005	2006
Médecin généraliste	0,9	0,8
Psychiatre	0,7	0,6
Autre médecin spécialiste	0,0	0,0
Psychologue	3,6	3,6
Diététicien	0,0	0,2
Infirmier	4,5	3,9
Aide-soignant	2,9	2,5
Autre paramédical	0,2	0,1
Assistant de service social	1,5	2,2
Educateur spécialisé	42,1	46,6
Animateur	9,4	12,8
Directeur	5,5	5,9
Secrétaire	6,1	6,5
Documentaliste	0,0	0,2
Agent d'entretien	2,4	3,2
Autres cadres de santé	20,2	10,8
Total	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 60 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi dans les ATR, en 2005 et 2006

	2005	2006
Médecin généraliste	1,9	1,2
Psychiatre	0,8	0,8
Autre médecin spécialiste	0,0	0,0
Psychologue	7,1	5,1
Diététicien	0,0	0,5
Infirmier	6,4	4,3
Aide-soignant	0,8	1,8
Autre paramédical	0,0	0,4
Assistant de service social	7,6	3,9
Educateur spécialisé	41,9	44,8
Animateur	5,1	11,4
Directeur	5,9	5,7
Secrétaire	7,1	7,2
Documentaliste	0,0	0,2
Agent d'entretien	4,1	3,6
Autres cadres de santé	11,3	9,3
Total	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En 2006, 7 CTR ne déclarent aucun ETP de médecins, soit environ 20 % des centres ayant répondu à la question sur les ETP. Les psychologues n'interviennent que dans un CSST sur quatre. Un peu moins de la moitié des centres n'emploient pas d'infirmiers.

Tableau 61 : Nombre de CTR sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2005-2006 (mis à disposition comprise)

	2005		2006	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecin généraliste	17	50	19	53
Psychiatre	18	53	19	53
Autre médecin spécialiste	33	97	36	100
Médecins (toutes spécialités)	8	24	7	19
Psychologue	10	29	9	25
Infirmier	17	50	16	44
Assistant de service social	24	71	22	61
Educateur spécialisé	1	3	0	0
Animateur	19	56	14	39
Directeur	4	12	2	6
Secrétaire	6	18	3	8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## LES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN TOXICOMANIE EN MILIEU PENITENTIAIRE

### 1. LES STRUCTURES REpondantes

En 2006, 12 CSST en milieu pénitentiaire (sur 16) ont fourni un rapport exploitable. Tous ces CSST, sont en gestion publique hospitalière. Tous déclarent prendre en charge les patients avec des problèmes d'addiction aux drogues illicites, mais quatre indiquent ne pas prendre en charge les problèmes de dépendance au tabac et trois les problèmes d'alcool.

#### File active

Les CSST en milieu pénitentiaire ont vu 493 personnes en moyenne par structure en 2006. Les files actives sont comprises entre 150 et un peu plus de 1000 patients.

Tableau 62 : Nombre de CSST en milieu pénitentiaire, nombre de patients et file active moyenne, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Nombre de CSST présents dans la base	10	11	12
Nombre de patients	4459	6100	5912
File active moyenne par structure / (Nombre de patients/nombre de structures)	446	554	493

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Parmi les patients vus en 2006, 61 % étaient reçus pour la première fois dans les structures et 20 % n'ont été vus qu'une fois.

### 2. LES PATIENTS

#### Répartition par sexe

Parmi les patients accueillis en 2006, le ratio homme/femme est d'environ 14.

La part des hommes est nettement plus élevée que dans les CSST en ambulatoire ou dans les structures avec hébergement. Cette différence est liée au fait que les femmes ne représentent qu'une très faible part de l'ensemble des personnes incarcérées (un peu moins de 4 % en 2005).

Tableau 63: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004-2006

	2004	2005	2006
Homme	91,0	95,9	93,4
Femme	9,0	4,1	6,6
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	100,0	95,0	99,6

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition par âge

En 2006, les patients âgés de 30 ans et plus sont plus nombreux (55 %) que ceux âgés de moins de 30 ans dans les centres en milieu pénitentiaire. Les mineurs représentent 2 % de la file active alors que les plus âgés (40 ans et plus) en représentent 19 %.

La répartition par âge est proche de celle constatée dans les CSST en ambulatoire. La part des mineurs est cependant beaucoup plus faible que celle observée dans ces centres. Les évolutions concernant les mineurs sont entièrement liées au renouvellement de l'échantillon dans la base et ne sont pas le reflet d'une évolution constatée pour les centres présents d'une année sur l'autre.

Comme dans les centres en ambulatoire la part des plus de 40 ans est en augmentation.

Tableau 64: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Moins de 18 ans	1,9	0,5	2,2
18 à 24 ans	23,2	22,4	21,5
25 à 29 ans	22,7	20,6	19,2
30 à 39 ans	36,0	39,4	36,2
40 ans et plus	16,0	17,1	19,1
Total	100,0	100,0	100,0
Taux de réponses	74,5	70,9	78,3

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Revenus

Les ressources d'un peu plus d'un tiers des patients (35%) proviennent de revenus du travail. Un peu plus d'un quart des patients (27,8 %) touchent des revenus issus de transferts sociaux (RMI, AAH, autres prestations sociales) et 9 % des revenus sont issus de l'assurance chômage (ASSEDIC).

La répartition suivant le type de revenu est assez similaire dans les CSST ambulatoires et en milieu pénitentiaire sauf pour la proportion de personnes à la charge d'un tiers, plus élevée dans les premiers et la proportion de personnes classées dans la catégorie Autres ressources plus élevés dans les seconds. Cette différence est très vraisemblablement liée à la moindre proportion des plus jeunes et en particulier des mineurs dans les CSST en milieu pénitentiaire.

Tableau 65 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004-2006

	2004	2005	2006
Revenus du travail	35,3	31,6	36,9
ASSEDIC	10,8	9,0	7,9
RMI	19,4	19,9	19,3
AAH	7,7	5,7	5,9
Autres prestations sociales	0,6	1,1	1,2
A la charge d'un tiers	4,8	4,1	5,5
Autres ressources	21,1	28,7	23,5
Total Ressources	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	56,5	71,5	72,5
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine de la demande de consultation

Près de 39% des demandes de consultation sont faites à l'initiative du patient ou de ses proches. Près de la moitié des patients sont adressés par des partenaires sanitaires : médecins de ville, hôpitaux, structures spécialisées ou équipes de liaison.

La situation spécifique des personnes incarcérées rend les comparaisons difficiles pour cette question.

Tableau 66 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Initiative du patient ou des proches	39,2	32,7	39,1
Médecin de ville	7,1	15,7	9,0
Equipe de liaison	2,7	11,7	9,3
Autre hôpital/autre sanitaire	27,2	7,0	8,3
Autre structure spécialisée	15,1	10,1	16,6
Justice, classement avec orientation	0,0	1,1	3,3
Justice, injonction thérapeutique	0,0	0,0	0,9
Justice, obligation de soins	0,6	0,5	0,0
Autres mesures administratives	0,0	14,0	0,2
Services sociaux	3,0	3,2	6,0
Milieu scolaire/universitaire	0,0	0,0	0,1
Autres	4,8	3,9	7,2
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	99,4	87,8	100,0
------------------	------	------	-------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge

### Produit n°1:

En 2006, l'alcool est le produit posant le plus de problèmes le plus cité. Le cannabis se situe en seconde position avec environ un quart des patients concernés, devant les opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage).

Les CSST en milieu pénitentiaire se distinguent des autres (CSST ambulatoire ou avec hébergement) par une part plus élevée de patients pour lesquels l'alcool est cité comme produit posant le plus de problèmes.

Tableau 67 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	28,6	35,4	34,0
Tabac	2,0	2,9	2,0
Cannabis	21,7	19,9	24,5
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	21,2	19,6	17,3
Cocaïne et crack	8,5	10,2	13,1
Amphétamines, ecstasy,...	3,1	1,6	1,0
Médicaments psychotropes détournés	5,0	2,8	2,5
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	6,9	5,3	5,3
Autres	2,7	2,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0

  

Taux de réponses	90,7	75,0	92,3
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Produit n°2

Un deuxième produit posant problème est déclaré pour 53 % de la file active. Le deuxième produit le plus souvent cité est le cannabis, suivi par l'alcool et la cocaïne.

Tableau 68 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les produits n°2 posant le plus de problèmes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Alcool	23,8	19,1	29,1
Tabac	9,4	12,9	9,6
Cannabis	25,8	27,6	32,5
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	7,5	6,1	4,3
Cocaïne et crack	14,5	17,8	10,9
Amphétamines, ecstasy,...	5,7	3,6	3,7

Médicaments psychotropes détournés	7,3	7,0	3,3
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	3,8	5,1	6,3
Autres	1,8	0,8	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Usage du produit

Les deux tiers des patients sont en situation de dépendance à l'égard d'une substance psycho active. Les CSST accueillent également une proportion proche de 22 % de patients classés en usage nocif et 11 % de patients classés en usage à risque.

La proportion de patients dépendant est un peu plus élevée que dans les CSST en ambulatoire (66 % contre 64 %).

Tableau 69 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Usage à risques	16,0	11,5	13,8
Usage nocif	26,4	21,8	20,9
Dépendance	57,4	66,7	65,3
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	48,5	78,2	78,0
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Voie intraveineuse

En 2006, environ un patient sur vingt a utilisé la voie intraveineuse récemment alors que quatre sur cinq n'ont jamais utilisé ce mode de consommation.

La part des patients ayant utilisé récemment la voie intraveineuse est plus faible en milieu pénitentiaire que chez les patients pris en charge dans les CSST en ambulatoire.

Tableau 70 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Utilisation par voie intraveineuse	12,2	5,2	5,2
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	21,5	13,0	15,7
Jamais	66,2	81,8	79,1
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	48,5	70,8	67,1
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### 3. L'ACTIVITE

#### Ensemble des actes et patients concernés

Sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST en milieu pénitentiaire en 2006, les actes infirmiers sont les plus nombreux (52% de l'ensemble des actes), suivis par les actes des psychologues (26% des actes). Ces moyennes recouvrent cependant des situations très hétérogènes, avec une absence d'actes dans beaucoup de cas et des pourcentages beaucoup plus élevés que la moyenne pour d'autres centres. Un médecin généraliste n'intervient ainsi que dans deux CSST sur les dix pour lesquels l'information sur les actes est disponible. La moitié des centres ne mentionnent aucun acte infirmier.

Tableau 71 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	0,5	1,0	1,0
Psychiatres	2,6	11,2	8,6
Infirmiers	69,7	47,1	52,3
Psychologues	11,2	27,7	26,4
Assistants sociaux	4,7	9,3	8,9
Educateurs spécialisés et animateurs	5,8	3,4	2,6
Diététiciens	0,0	0,0	0,0
Autres	5,0	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 72 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes, 2005-2006

	2005	2006
Médecins généralistes	108	92
Psychiatres	1230	963
Infirmiers	5177	5866
Psychologues	3048	2958
Assistants sociaux	1017	996
Educateurs spécialisés et animateurs	367	286
Diététiciens	0	2
Autres	38	32

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT



Tableau 73 : Nombre moyen de patients concernés, 2005-2006

	2005	2006
Médecins généralistes	54	48
Psychiatres	173	185
Infirmiers	133	128
Psychologues	222	249
Assistants sociaux	178	225
Educateurs spécialisés et animateurs	36	48
Diététiciens	0	3
Autres	13	14

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Sevrages

484 personnes ont bénéficié d'un sevrage. Ce pourcentage représente près de 81 patients en moyenne par structure qui a suivi un sevrage. Seuls 4 sevrages se sont accompagnés d'une hospitalisation.

## Traitements de substitution

En 2006, tous les CSST en milieu pénitentiaire présents dans la base de données ont renseigné les questions relatives aux traitements de substitution. La moyenne par centre du nombre de patients sous traitement à la méthadone (quel que soit le prescripteur) était en 2005 de 96 et de 184 pour la BHD.

Les 10 CSST ayant répondu au questionnaire ont tous prescrit de la Méthadone ou de la BHD comme traitement de substitution aux opiacés. Cependant, on note que la Méthadone est prescrite moins souvent que la BHD.

Tableau 74 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés à la méthadone par structure, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	40	96	66
Nombre de patient pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	35	42	38
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	13	10	9
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	2,0	1	1
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	4,5	12	14

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 75 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution à la buprénorphine haut dosage par structure, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	135	184	146
Nombre de patient pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	113	104	83
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	18	14	9
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	2	2	3
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	1	53	15

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Substituts nicotiques

En 2006, deux centres mentionnent des patients, au nombre de 41, sous substitution nicotinique.

### Les activités de prévention

Six CSST en milieu pénitentiaire ont déclaré avoir effectué des actes de prévention en 2006. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 11 actes de prévention par centre.

Tableau 76 : Les activités de prévention, 2005-2006

	2005		2006	
	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou information	145	86	100	160
Formation	0	0	24	91
Conseil ou d'assistance	23	2	0	0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Le budget en 2006

Sur les 12 CSST présents dans la base, 10 ont fourni des informations exploitables sur leur budget. Le montant total des ressources est en moyenne par centre d'environ 274 500 euros, dont près de 90 % provient de l'enveloppe ONDAM. Les budgets sont compris entre un peu moins de 100 000 euros et 630 000 euros.

## Les intervenants

8 CSST en milieu pénitentiaires présents dans la base ont fourni des informations exploitables sur les personnels en équivalent temps plein (ETP). Le total des ETP pour ces structures est d'un peu plus de 40, soit environ 5 ETP en moyenne par structure. Les ETP varient entre 2 et 5 pour 7 CSST ; un CSST se distingue avec plus de 13 ETP.

En milieu pénitentiaire, ce sont les psychologues et les infirmiers qui à part égale sont les plus représentés. Les ETP de médecins totalisent quant à eux 5% des ETP. Plus de la moitié (66%) des ETP sont liés à la prise en charge sanitaire (8 premières lignes et dernière ligne du tableau 28). Environ 27% des ETP peuvent être rattachés à l'action éducative et sociale (Assistant de service social, éducateurs, animateurs).

Tableau 77 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2005-2006

	2005	2006
Médecin généraliste	4,7	2,0
Psychiatre	0,4	2,4
Autre médecin spécialiste	0,4	1,5
Psychologue	29,6	28,5
Diététicien	0,0	0,0
Infirmier	28,4	22,1
Aide-soignant	0,0	0,0
Autre paramédical	0,4	0,0
Assistant de service social	16,3	19,5
Educateur spécialisé	10,3	9,3
Animateur	0,0	0,0
Directeur	0,0	0,0
Secrétaire	6,6	11,4
Documentaliste	0,0	0,0
Agent d'entretien	0,0	0,0
Autres cadres de santé	2,2	3,2
Total	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En 2006, 4 CSST ne déclarent aucun ETP de médecins, soit 63% de l'ensemble des CSST ayant répondu à la question sur les ETP. Les psychiatres interviennent dans sept CSST sur huit. Environ 38% des CSST n'emploient pas d'infirmiers, 25% pas d'assistant de service social et 50% pas d'éducateurs spécialisés.

Tableau 78 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2005-2006 (mis à disposition comprise)

	2005		2006	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecin généraliste	5	63,0	8	61,5
Médecins	7	88,0	4	30,8
Psychologue	0	0,0	2	15,4
Infirmier	3	38,0	6	46,2
Assistant de service social	2	25,0	3	23,1
Educateur spécialisé	4	50,0	9	69,2
Animateur	8	100,0	13	100,0
Directeur	8	100,0	13	100,0
Secrétaire	4	50,0	5	38,5

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## LES CENTRES DE CURES AMBULATOIRES EN ALCOOLOGIE

### 1. LES STRUCTURES REpondantes

#### Répartition selon le statut juridique

En 2006, 204 rapports d'activité de CCAA ont été intégrés dans la base de données. Un pointage des rapports reçus au cours des derniers exercices permet d'évaluer à 223<sup>6</sup> le nombre total de CCAA. Deux CSST dont plus de 50% de la file active est en difficulté principalement avec l'alcool ont été intégrés dans la base des CCAA. Le nombre total d'établissements médico sociaux à orientation alcoologique s'établissait à 228 (223 CCAA et 5 CSST<sup>7</sup>) en 2006. Sur cette base, le taux de réponse peut être évalué à environ 90 %.

Tableau 79: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur gestionnaire 2005-2006

		2005		2006	
		Nombre	%	Nombre	%
Gestionnaire Privé	ASSOCIATIF hors ANPAA	32	14,5	30	14,7
	ANPAA	97	43,9	90	44,1
	<b>SOUS TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>58,4</b>	<b>120</b>	<b>58,8</b>
Gestionnaire Public	HOPITAL	81	36,7	77	37,7
	AUTRES	6	2,7	7	3,4
	<b>SOUS TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>39,4</b>	<b>84</b>	<b>41,2</b>
NR		<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>TOTAL</b>		<b>221</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

#### Nombre de consultants

Les CCAA ont accueilli, en moyenne par structure, environ 736 personnes (y compris famille et entourage) en 2006, dont 578 patients consommateurs actuels ou passés d'alcool et/ou de substances psychoactives. Le nombre moyen de consultants par structure, est resté à peu près stable entre 1999 et 2001, puis semble avoir progressé en 2002 et en 2003. La diminution constatée en 2004 est due au changement de taille de certaines unités (quelques grosses unités transformée en plusieurs unités de plus petite taille), ce qui conduit à une diminution des files actives moyennes. La file active moyenne a peu varié entre 2004 et 2005 et semble de nouveau en hausse en 2006.

<sup>6</sup> Nombre de centres à caractère médico social (activité de soins, financement ONDAM, avec personnel médical) ayant envoyé au moins un rapport d'activité au cours de la période 2000-2005

<sup>7</sup> sur les cinq CSST recevant depuis plusieurs années une majorité de patients en difficulté avec l'alcool, 2 ont pu être inclus dans la base 2006.

Tableau 80 : Nombre de CCAA répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1999 – 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de CCAA présents dans la base	169	155	159	143	158	172	221	204
Nombre de patients recensés dans les structures répondantes	93 600	86 602	87 040	85 692	99 679	91475	118057	117981
% de nouveaux patients	51	48,7	49,4	51,7	51,1	48,9	47,5	47,3
File active moyenne par structure (Nombre de patients/nombre de structures)	553	559	547	599	630	532	534	578

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

La présence de quelques CCAA ayant des files actives importantes a pour conséquence d'augmenter la moyenne. La file active médiane, beaucoup plus faible, est de 459 patients. La file active médiane des CCAA est plus élevée que celle des CSST d'un peu moins d'une centaine de patients (369 patients dans les CSST). Les files actives se répartissent entre un minimum de 57 patients et un maximum de 4300 patients. 6 « CCAA » ont une file active supérieure à 2000 patients. Il s'agit à une exception près de regroupements départementaux de plusieurs CCAA.

La file active totale de l'ensemble des CCAA peut être évaluée à environ 128 000 patients en 2006<sup>8</sup>. Ce chiffre est obtenu en attribuant aux CCAA absents de la base en 2006 la dernière file active connue (valeur de 2005 pour la plupart et 2004 dans quelques cas).

Environ la moitié (47 %) des patients accueillis en 2006 étaient reçus pour la première fois dans la structure. Cette proportion est restée sensiblement identique depuis plusieurs années.

Parmi les structures ayant déclaré au moins un patient vu une seule fois, un peu plus d'un sur cinq n'a été vu qu'une seule fois.

### Les lieux d'activité

166 structures ont renseigné cette question en 2006. Parmi elles, 13 % n'a déclaré aucun lieu ouvert plus de 20 heures par semaine. 16 rapports mentionnent deux lieux ouverts plus de 20 heures par semaine, et 22 plus de deux lieux. Les nombres les plus élevés (maximum 22) correspondent en général à des rapports d'activité de l'ensemble des CCAA d'un département.

Selon qu'on utilise la moyenne (1,5) ou la médiane (1) du nombre de lieux ouverts plus de vingt heures par semaine par structure aux CCAA pour lesquels l'information sur les lieux d'ouverture n'est pas connue, on obtient un nombre total situé entre 280 et 310 lieux ouverts plus de vingt heures par semaine accueillant en majorité des personnes en difficulté avec l'alcool. En utilisant les mêmes paramètres pour le nombre d'heures d'ouverture on obtient un total d'heures d'ouverture situé entre 13 000 et 14 000 heures d'ouvertures réparties sur un nombre de lieux situé entre 700 et 800. Les CCAA sont répartis sur un plus grand nombre de

<sup>8</sup> ce chiffre comprend les files actives de 5 CSST recevant majoritairement des patients en difficulté avec l'alcool

lieux que les CSST (3,4 lieux en moyenne par rapport pour les CCAA contre 2,8 pour les CSST). Il s'agit dans un certain nombre de cas de permanences de quelques heures par semaine assurées par les équipes des CCAA dans différents lieux non spécialisés.

Tableau 81 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les CCAA, 2005-2006

	2005	2006
Nombre d'entités juridiques ayant fourni des données sur les lieux	179	166
Nombre total de lieux ouverts recensés	660	571
Nombre de lieux ouverts plus de 20 h par semaine	221	224
Nombre moyen de lieux par rapport d'activité	3,7	3,4
Nombre moyen de lieu ouvert plus de 20 h par rapport d'activité	1,4	1,5
Nombre total d'heures d'ouvertures	10464	10283
Nombre moyen d'heures d'ouverture par rapport d'activité	58	62
Part des lieux ouverts plus de 20h/semaine dans le total des heures d'ouverture (en %)	81	84

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition géographique

En 2006, la file active pour 1 000 habitants âgés de 20 à 70 ans est plus de deux fois supérieure à la moyenne en Picardie qui semble occuper une position particulière, aucune autre région n'approchant un nombre aussi élevé de recours par habitant. Moins éloignées de la moyenne nationale, les régions Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Limousin et Alsace se caractérisent également par une file active par habitant élevée. Les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Centre, et Provence-Alpes-Côte-d'Azur sont à l'inverse les régions pour lesquelles ces chiffres sont les plus faibles. Les recours par habitant sont globalement moindres pour les régions situées au sud de la France qu'au nord. Cette répartition est assez différente de celle observée pour les CSST pour lesquels la file active rapportée au nombre d'habitants est plus élevée sur le pourtour méditerranéen ainsi qu'en Ile de France et en Lorraine et plus faible dans les régions de l'Ouest (Pays de la Loire, Bretagne, Haute-Normandie).

Tableau 82 : Répartition régionale des CCAA et des files actives en 2006

REGIONS	Nombre de CCAA présents dans la base en 2006	Nombre de CCAA existants en 2006	File active des CCAA présents dans la base en 2006	File active totale estimée des CCAA en 2006	File active pour 1000 habitants âgés de 20 à 70 ans (1)
ALSACE	7	9	4882	5508	4,7
ANTILLES-GUYANE	3	6	1191	2607	4,2
AQUITAINE	5	7	4683	5682	2,9
AUVERGNE	6	6	2968	2968	3,5
BASSE-NORMANDIE	2	5	992	2602	2,9
BOURGOGNE	5	5	4270	4270	4,2
BRETAGNE	13	13	8115	8115	4,2
CENTRE	5	6	3346	3736	2,4
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	7	3619	3886	4,6
CORSE	2	2	714	714	4,0
FRANCHE-COMTE	6	6	3409	3409	4,7
HAUTE-NORMANDIE	12	12	4023	4023	3,5
ILE-DE-FRANCE	41	46	17572	19558	3,3
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5	5	3295	3295	2,1
LIMOUSIN	3	3	2147	2147	4,7
LORRAINE	9	9	4588	4588	3,1
MIDI-PYRENEES	7	9	2845	3974	2,3
NORD-PAS-DE-CALAIS	15	15	8217	8217	3,3
PAYS DE LA LOIRE	4	5	6223	6809	3,2
PICARDIE	7	7	8935	8935	7,5
POITOU-CHARENTES	9	9	3743	3743	3,5
PROV.-ALPES-COTE D'AZUR*	15	17	7133	7777	2,6
REUNION	1	1	2141	2141	4,6
RHONE-ALPES	16	18	8949	10732	2,8
TOTAL	204	228	118000	128436	3,4

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

(1) Pour le calcul de cet indicateur, il a été affecté aux CCAA manquants dans la base la valeur de la file active observée en 2004 ou 2003 .

Les CSST dont plus de 50% de la file est constitué de personnes en difficulté avec l'alcool ont été comptabilisés avec les CCAA

## 2. LES PATIENTS

### Répartition par sexe

Les CCAA accueillent en moyenne 3 hommes pour une femme. La valeur minimum pour le pourcentage d'homme est de 53 % et la valeur maximale de 100 %. La population prise en charge dans les CCAA comporte une proportion un peu plus élevée de femmes que celles vues dans les CSST (respectivement 75 % contre 78 %).



Tableau 83 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004-2006

	2004	2005	2006
Homme	74,6	74,5	74,6
Femme	25,4	25,5	25,4
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	99,7	97,1	98,4
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Répartition par âge

Les personnes venues consulter dans les structures spécialisées en alcoologie sont majoritairement âgées de plus de 40 ans. Les moins de 30 ans représentent 14 % de la file active. La répartition par tranche d'âge est restée pratiquement identique d'une année sur l'autre.

Les personnes vues dans les CCAA sont en moyenne nettement plus âgées que celles rencontrées dans les CSST. Les 40 ans et plus représentent près des deux tiers des patients accueillis dans les CCAA contre 18 % de ceux accueillis dans les CSST.

Tableau 84 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Moins de 18 ans	0,4	0,8	1,2
18 à 24 ans	5,6	6,2	7,1
25 à 29 ans	7,7	7,1	7,1
30 à 39 ans	25,0	24,6	23,9
40 à 49 ans	33,2	32,8	32,0
50 à 59 ans	21,1	22,0	22,2
60 ans et plus	7,4	7,3	7,7
Total âge	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	95,5	89,7	97,8
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine géographique

Environ 90 % des patients accueillis résident dans le même département que le CCAA avec lequel ils sont entrés en contact. Moins de 3% des personnes accueillies proviennent d'une autre région.

Tableau 85 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 2004– 2006

	2004	2005	2006
Département	90,9	91,1	89,4
Autres départements de la région	6,5	6,6	8,0
Hors région	2,6	2,3	2,5
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	73,2	79,0	96,4
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Logement

En 2006, plus de 90 % des patients disposent d'un logement stable alors que 8 % sont considérés comme occupant un logement de façon précaire et un peu moins de 2 % sont sans logement. Cette part est beaucoup plus faible parmi les patients vus dans les CCAA que parmi ceux vus dans les CSST (6 %).

Entre 2004 et 2006 la répartition par type de logement est restée assez stable.

Tableau 86 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Logement stable	90,4	90,5	90,6
Logement précaire	7,7	7,8	7,8
Sans logement	1,9	1,7	1,7
Total Logement	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	84,3	84,5	88,8
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Revenus

Les ressources de près de 60 % des patients proviennent de revenus du travail. Un peu moins d'un patient sur cinq (18 %) touchent des revenus issus de transferts sociaux (RMI, AAH, autres prestations sociales) et un peu plus de 10% des revenus provenant de l'assurance chômage (ASSEDIC). 2% sont à la charge de tiers et 7% ne perçoivent aucun des revenus mentionnés précédemment. Le pourcentage de patients dont les ressources proviennent principalement de revenus du travail est beaucoup plus élevé dans les CCAA que dans les CSST (respectivement 60 % et 37 %). Cette dissemblance s'explique sans doute en grande partie par la différence d'âge des patients.

Tableau 87 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Revenus du travail	60,4	59,4	59,8
ASSEDIC	14,8	13,7	13,1
RMI	11,5	11,8	12,0
AAH	3,9	4,6	4,3
Autres prestations sociales	2,0	1,8	1,9
A la charge d'un tiers	1,2	1,8	1,8
Autres ressources	6,2	6,8	7,2
Total Ressources	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	82,8	81,4	89,5
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Origine de la demande de consultation

Près de 30 % des demandes de consultation sont faites à l'initiative du patient ou des proches. Environ un tiers des patients sont adressés par des partenaires sanitaires, parmi lesquels les médecins de ville sont les plus représentés. Environ un patient sur quatre vient consulter suite à une mesure judiciaire ou administrative.

La répartition suivant l'origine de la demande de consultation n'est pas la même que dans les CSST. Dans les CCAA, les patients viennent beaucoup moins de leur propre initiative (29 % contre 47 % dans les CSST) mais sont beaucoup plus souvent envoyés par les partenaires sanitaires du secteur hospitalier (16 % contre 6 % dans les CSST) et par des services judiciaires ou administratifs (28 % contre 21 %).

Tableau 88 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Initiative du patient ou des proches	27,4	29,6	28,6
Médecin de ville	13,9	13,9	13,0
Autre structure spécialisée	4,2	4,5	4,5
Equipe de liaison	5,9	5,3	5,8
Autre hôpital/autre sanitaire	10,9	10,1	10,1
Services sociaux	6,7	7,0	6,1
Justice, classement avec orientation	1,7	1,6	1,2
Justice, injonction thérapeutique	1,9	2,8	1,7
Justice, obligation de soins	12,5	11,5	13,4
Autres mesures administratives	9,7	9,4	11,4
Milieu scolaire et universitaire	0,2	0,1	0,4
Autres	4,8	4,2	3,7
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	89,6	83,1	93,6
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes

Les CCAA accueillent presque exclusivement des personnes en difficulté avec l'alcool. Suite à la création des consultations jeunes consommateurs en 2004, la part du cannabis a nettement augmenté entre 2004 et 2005.

Tableau 89 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Alcool	98,2	95,4	95,7
Cannabis	0,9	2,6	2,2
Opiacés	0,2	0,7	0,8
Cocaïne et crack	0,1	0,3	0,2
Amphét., ecstasy	0,1	0,1	0,1
Méd psychotropes	0,2	0,2	0,3
Méthadone., BHD	0,0	0,1	0,1
Autres	0,4	0,6	0,6
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	91,0	83,8	81,2
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Répartition des patients suivant les produit n°2

Un deuxième produit posant problème n'est déclaré que pour 34 % des consultants. Le deuxième produit le plus souvent cité est le tabac.

Tableau 90 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.

	2004	2005	2006
Alcool	8,0	6,0	9,8
Tabac	77,3	81,4	79,7
Cannabis	7,9	5,9	6,7
Opiacés	1,2	1,9	0,8
Cocaïne et crack	1,6	1,2	1,0
Amphét. ecstasy	0,2	0,4	0,2
Méd psychotropes	3,3	2,3	1,4
Méthadone., BHD	0,1	0,3	0,3
Autres	0,3	0,4	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Usage du produit

Un peu moins des deux tiers des patients accueillis dans les CCAA est en situation de dépendance à l'égard d'une substance psycho-active. Les CCAA accueillent également une proportion proche de 20% de patients classés en usage nocif et de patients classés en usage à risque.

Tableau 91 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006

	2004	2005	2006
Usage à risques	17,2	17,5	16,3
Usage nocif	17,0	17,6	18,5
Dépendance	65,8	64,9	65,1
Total	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	62,9	70,5	69,8
------------------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Voie intraveineuse

La question sur l'utilisation de la voie intraveineuse n'est remplie que pour 14 % des patients, taux de réponse trop faible pour qu'il soit intéressant de présenter les données au niveau national.

## 3. L'ACTIVITE

### Ensemble des actes et patients concernés

Sur l'ensemble des actes recensés dans les CCAA en 2006, ce sont les actes des médecins qui sont les plus nombreux. Le cumul des actes de soins (actes des médecins, infirmiers et psychologues) représente les trois quarts des actes.

Les actes des médecins représentent 38 % des actes réalisés dans les CCAA contre 22 % dans les CSST. Cette différence est compensée par la part beaucoup moins importante des actes infirmiers dans les CCAA que dans les CSST (respectivement 18 % et 41 %). Comme on le verra plus bas, ces écarts peuvent s'expliquer en partie par une part plus élevée d'ETP de médecins et moindre d'ETP infirmiers dans le total des ETP. Il peut également être noté un pourcentage beaucoup plus faible d'actes d'éducateurs et d'animateurs dans les CCAA (6 %) que dans les CSST (15 %) qui est également le reflet d'une différence de répartition par profession des ETP. Les comparaisons sur les nombres d'actes doivent cependant être menées avec prudence, les modes de comptabilisation n'étant sans doute pas homogènes suivant les structures et les types de structures.

Tableau 92 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des CCAA, en %, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	34,2	34,0	33,9
Psychiatres	3,2	3,7	3,7
Infirmiers	16,8	19,0	18,5
Psychologues	17,0	18,4	17,2
Assistants sociaux	10,8	9,7	9,0
Educateurs spécialisés et animateurs	6,4	6,3	6,3
Diététiciens	1,0	1,2	1,4
Autres	10,6	7,6	10,0
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 93 : Nombre moyen d'actes par CCAA suivant les types d'actes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	1156	1215	1256
Psychiatres	109	133	138
Infirmiers	565	679	684
Psychologues	575	660	638
Assistants sociaux	368	349	334
Educateurs spécialisés et animateurs	204	227	232
Diététiciens	32	44	50
Autres	367	273	372

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Tableau 94 : Nombre moyen de patients par CCAA suivant les types d'actes, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecins généralistes	335	328	363
Psychiatres	24	24	34
Infirmiers	155	167	184
Psychologues	125	135	145
Assistants sociaux	84	89	89
Educateurs spécialisés et animateurs	49	55	59
Diététiciens	11	14	16
Autres	77	71	90

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## Sevrages

En 2006, environ 110 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CCAA, et 50 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Le nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire a un peu augmenté entre 2004 et 2006. Les sevrages en milieu hospitalier sont à peu près au même niveau qu'en 2004.

D'après les données des rapports d'activité, on peut estimer à environ 37 000 le nombre de patients ayant suivi un sevrage assuré ou suivi par un CCAA en 2006.

Avec les traitements de substitution aux opiacés, les sevrages sont devenus relativement rares dans les CSST, alors que pour l'alcool, le sevrage reste une étape indispensable du traitement. Il est donc logique que le nombre moyen par structure de patients ayant suivi un sevrage soit beaucoup plus élevé dans les CCAA que dans les CSST (respectivement 160 contre 30)

Tableau 95 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CCAA, 2004-2006

	2004	2005	2006
Nombre moyen de patients par CCAA ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CCAA	97	109	110
Nombre moyen de patients par CCAA ayant suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le CSST (par structure)	50	47	50

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

*Lecture du tableau : en moyenne par CCAA, 110 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CCAA en 2006*

## Traitements de substitution

### Les traitements de substitution aux opiacés

En 2006, seules 49 structures accueillant majoritairement des personnes en difficulté avec l'alcool ont vus des patients sous traitements de substitution. Une prescription de méthadone a été effectuée dans 43 CCAA et une prescription de buprénorphine haut dosage dans 27 centres. Environ 600 personnes étaient sous traitement à la buprénorphine haut dosage et 400 à la méthadone. Il ne semble pas pertinent de calculer des moyennes sur l'ensemble des structures « alcool » dont près de 80 % ne voient aucun patient sous traitement ou susceptible de se faire prescrire ce type de traitement. Les moyennes du tableau ci-dessous ont donc été calculées pour les seuls centres concernés. Les données du tableau 101 ne peuvent donc pas être extrapolées à l'ensemble des structures alcool.

Dans ces centres, la moyenne du nombre de patients sous traitement à la méthadone (quel que soit le prescripteur) était en 2006 de 7 et de 10 pour la BHD. En moyenne 4 patients ont eu une prescription de méthadone par le centre et 5 également une prescription de BHD.

Tableau 96 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD	Méthadone	BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	3,7	11,8	8,3	10,0	6,7	10,4
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	0,9	2,9	8,6	8,8	4,0	5,0

Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	0,3	1,9	5,1	3,6	2,5	3,1
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	0,4	2,1	1,9	6,2	1,0	3,0
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	0,1	0,2	0,7	0,7	0,7	1,1
Nombre de patients ayant eu une prescription en relais par le centre	0,5	0,5	0,9	0,4	0,2	0,1

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

### Autres traitements à visée substitutive

Aucun centre n'a prescrit un autre traitement à visée substitutive.

### Substituts nicotiniques

66 CCAA ont déclaré un total de 2950 patients sous substituts nicotiniques, soit près de 45 personnes en moyenne par centre. Ce nombre représente environ 7 % du nombre de personnes pour lesquelles le tabac a été mentionné parmi les produits posant problèmes.

### **Les activités de prévention**

En 2006, les trois quarts des CCAA ont déclaré avoir effectué des actes de prévention collective. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 74 actes de prévention (nombre d'actes médians : 17). Ce nombre est légèrement supérieur à celui déclaré par les CSST (63 actes). Les chiffres sur les nombres moyens d'heures par structure consacrés aux activités de sensibilisation ou d'information et le nombre de personnes concernées sont également un peu supérieurs dans les CCAA mais néanmoins dans un même ordre de grandeur (environ 200 heures dans les CCAA contre 150 dans les CSST, environ 1500 personnes concernées contre 1350 dans les CSST).

Tableau 97 : Les activités de prévention, 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou d'information	177	1107	177	1793	203	1518
Formation	85	269	128	255	90	209
Conseil ou assistance	58	375	70	44	102	48

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT



## Le budget en 2006

La quasi-totalité (97 %) des CCAA a renseigné les questions relatives au budget. Le montant total de ressources est en moyenne par centre d'environ 350 000 euros, dont près de 85% provient de l'enveloppe ONDAM. Le montant médian de recettes s'établit à environ 274 000 euros. La part de l'enveloppe ONDAM dans l'ensemble des ressources a progressé entre 2004 et 2006. Le budget le plus petit est de 42 500 euros et le plus important de près de 1,8 millions d'euros. Ce dernier budget correspond à un regroupement départemental de CCAA.

Le budget moyen par CCAA est très nettement inférieur à celui des CSST (respectivement 350 000 euros contre 557 000 euros).

Tableau 98 : Ressources par poste, en moyenne par CCAA en 2004-2006

	2004		2005		2006	
	Montant moyen en euros	%	Montant moyen en euros	%	Montant moyen en euros	%
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	245 912	81,7	281478	84,8	299 078	85,3
Subventions MILDT	7 008	2,3	6 435	1,9	6 827	1,9
Autres subventions de l'Etat	5 381	1,8	3 666	1,1	3 778	1,1
Subventions des collectivités territoriales	11 522	3,8	11 515	3,5	10 052	2,9
Subventions organismes de protection sociale	11 192	3,7	9 050	2,7	6 456	1,8
Subventions organismes publics ou autres	6 910	2,3	3 953	1,2	5 165	1,5
Ventes de services	5 206	1,7	4 284	1,3	3 911	1,1
Autres ressources	13 768	4,6	11 690	3,5	15 222	4,3
Total des ressources	301 091	100,0	332 071	100,0	350 489	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En ce qui concerne les recettes et les charges, le montant moyen de recettes du compte administratif s'élève à 350 654 euros par centre en 2005 alors que le montant moyen des charges est de 341 343 euros.

## Intervenants

Presque tous les CCAA présents dans la base ont fourni des informations exploitables sur les personnels en équivalent temps plein (ETP). Le nombre moyen d'ETP par structure est de 5,7 en 2006, soit un chiffre presque identique à celui de 2004. La valeur médiane du nombre d'ETP s'établit à 4,5. Le nombre total d'ETP pouvait être évalué à environ 1250 en 2006.

Le ratio nombre de patient par ETP a un peu augmenté entre 2004 et 2006. Même s'il donne une indication de tendance ce type de ratio demande à être analysé en tenant compte du type de patients accueillis et des types de prise en charge qu'ils nécessitent.

Le nombre moyen d'ETP par structure est sensiblement inférieur dans les CCAA que dans les CSST (respectivement 5,7 ETP contre 8,7 ETP). Compte tenu des files actives et des nombres d'ETP dans les deux structures, on compte environ deux fois plus de patients par ETP dans les CCAA que dans les CSST.

Tableau 99 : Nombre d'ETP par structure et nombre de patient par ETP, 2004-2006

	2004	2005	2006
Nombre de CCAA ayant renseigné les ETP	171	220	200
File active des CCAA ayant renseigné les ETP	89059	118382	113158
Nombre d'ETP	937	1205	1134
Nombre moyen d'ETP par structure	5,5	5,5	5,7
Part des ETP médecins dans le total des ETP	18,4 %	17,4 %	18,2%
Nombre de patients par ETP	95	98	100

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFD

Les ETP médicaux représentent un peu plus de 18% du total des ETP. La moitié (50 %) des ETP sont liés aux soins (8 premières lignes et dernière ligne du tableau 32). Un peu moins d'un ETP sur cinq peut être rattaché à l'action éducative et sociale (assistant de service social, éducateurs, animateurs). Les fonctions transversales (encadrement, secrétariat, documentation, entretien) représentent 28 % des ETP. On peut présenter les choses de façon plus explicite en indiquant qu'une équipe se compose en moyenne de 5,7 ETP dont près de 1 ETP de médecins, 0,9 ETP d'infirmiers (es), 0,8 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'assistant(e) social, 0,5 ETP d'éducateur spécialisé et d'animateur. Environ 1,6 ETP sont consacrés aux fonctions transversales (direction, secrétariat, agent d'entretien, documentaliste).

La répartition selon les emplois est restée globalement assez stable d'une année sur l'autre.

Les CCAA comptent une proportion plus élevée de médecins dans les ETP que les CSST (respectivement 18,2 % contre 13 %), mais une proportion plus faible de psychiatres (1,4 % contre 6 %). Les postes d'infirmiers (15 % contre 21 %) et surtout d'éducateurs (5 % contre 14 %) sont également moins représentés dans les CCAA que dans les CSST.

Tableau 100 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004-2006

	2004	2005	2006
Médecin généraliste	13,2	11,8	11,2
Psychiatre	1,3	1,5	1,4
Autre médecin spécialiste	3,9	4,1	5,6
Psychologue	15,4	15,1	14,5
Diététicien	1,4	1,3	1,5
Infirmier	12,8	14,3	15,0
Aide-soignant	0,4	0,3	0,5
Autre paramédical	1,1	0,5	0,7
Assistant de service social	9,0	9,6	8,6
Educateur spécialisé	3,3	3,9	4,7
Animateur	6,2	5,2	4,4

Directeur	5,7	5,3	4,9
Secrétaire	21,2	21,1	21,4
Documentaliste	0,2	0,2	0,3
Agent d'entretien	1,5	1,8	1,8
Autres	3,4	4,0	3,4
Total	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En 2006, 5 CCAA ne déclarent aucun ETP de médecins, soit 2 % de l'ensemble des CCAA ayant répondu à la question sur les ETP. Environ 36 % des CCAA n'emploient pas d'infirmiers, 12 % pas de psychologues, 4 % pas d'assistant de service social et 79 % pas d'éducateurs spécialisés.

Tableau 101 : Nombre de CCAA sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CCAA ayant fourni des données sur les ETP, 2004-2006 (mis à disposition comprise)

	2004		2005		2006	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sans médecins généralistes	35	20,5	39	17,8	46	23,0
Sans médecins	2	1,1	6	2,7	5	2,5
Psychologue	22	13,1	24	11,0	25	12,5
Infirmier	75	43,8	88	39,7	72	36,0
Assistant de service social	73	42,6	94	42,5	91	45,5
Educateur spécialisé	136	79,5	179	81,3	159	79,5
Animateur	121	71,0	157	71,7	151	75,5
Directeur	72	42,0	103	47,0	95	47,5
Secrétaire	6	3,4	8	3,7	4	2,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

## LES CONSULTATIONS CANNABIS GERÉES PAR LES CSST ET LES CCAA EN 2006

158 annexes sur les consultations jeunes consommateurs ont pu être intégrées à la base 2006. Parmi ces consultations, 128 sont rattachées à un CSST et 30 à un CCAA. Près de 6 % des structures déclarent que la consultation a été créée avant 2004, 32 % en 2004, 54 % en 2005 et 7 % en 2006. En réalité le dispositif des consultations jeunes consommateurs n'a été mis en place qu'en 2004. Les créations antérieures correspondent à des consultations créées à l'initiative des structures, homologuées par la suite en tant que consultations jeunes consommateurs.

La file active totale déclarée par les 158 consultations jeunes consommateurs est de 17 237 personnes, soit une moyenne par consultation de 109 jeunes consommateurs (valeur médiane de 81). La file active de jeunes consommateurs est inférieure à 50 personnes pour 30% des consultations et supérieure à 150 personnes pour 25% des consultations. La file active moyenne est plus élevée dans les consultations gérées par les CSST (file active moyenne de 121) que dans celles gérées par les CCAA (file active moyenne de 62). La file active maximale est de 612 patients. Près d'un jeune sur quatre (25 jeunes en moyenne par structure) a été reçu avec des personnes de son entourage. En plus des 109 jeunes consommateurs venus à la consultation, en moyenne une vingtaine de jeunes non présents ont fait l'objet d'entretiens avec des personnes de leur entourage. Dans chaque consultation il a été en moyenne réalisé plus de 320 entretiens individuels avec les consommateurs et 55 entretiens avec des membres de l'entourage du consommateur en son absence. Un jeune consommateur est en moyenne vu trois fois (médiane à 2,4). Le nombre moyen d'entretiens par jeune est supérieur à 5 (maximum à 12) dans 9 consultations.

Tableau 102 : Nombre d'entretiens individuels avec le consommateur ou avec des membres de son entourage, par an, en moyenne par consultation jeunes consommateurs, 2005-2006

	2005	2006
Nombre de « consultations jeunes consommateurs » incluses	134	158
Nombre moyen de consultants (consommateurs)	115	109
Nombre moyen d'entretiens individuels avec le consommateur	299	324
Nombre moyen d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage en l'absence du consommateur	58	55

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

En 2006, on compte en moyenne un ETP par consultation. Ce sont les emplois de psychologues et d'infirmiers qui sont les plus représentés. Parmi les autres ETP, on relève une part importante d'ETP de secrétaires, d'animateurs et quelques ETP d'encadrement (chefs de service, directeur).

Tableau 103: Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2006

	2006
Médecin généraliste	8,8
Psychologue	35,9
Infirmier	22,7
Educateur spécialisé	16,0
Autres 1	11,1
Autres 2	5,5
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Les consultations sont en moyenne ouvertes un peu plus de 16 heures par semaine.

En 2006, seules 86 consultations ont fourni des informations pour au moins 70% de leur file active sur l'orientation proposée. Dans près de 60 % des cas, la situation du jeune consommateur ne nécessitait pas une orientation pour une prise en charge. Un jeune sur cinq a été orienté vers un CSST et un peu moins de 3 % vers un CCAA. Une orientation vers une institution ou un professionnel du soin (hors CSST ou CCAA) a été proposée dans un peu plus de 10 % des cas.

Tableau 104 : Répartition en % de l'ensemble des consommateurs vus dans les consultations jeunes consommateurs suivant l'orientation proposée en 2005 et 2006

	2005	2006
CSST	25,2	21,2
CCAA	3,5	2,6
CMP/CMPP	2,2	2,1
Hospitalisation	1,6	1,4
Médecin de ville psychiatre	2,5	1,3
Médecin de ville généraliste	3,6	2,9
Psychologue	2,2	1,4
Point écoute	2,0	1,1
Service social	2,2	2,0
Autres	6,0	5,3
Sans orientation**	49,1	58,7
Total	100,0	100,0

Taux de réponses	43,1	47,3
------------------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT

Note : seules les consultations pour lesquelles la question sur l'orientation a été remplie pour au moins 70 % de la file active ont été incluses pour le calcul du tableau 104

## ANNEXE 1 : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITE

Les commentaires annexés aux rapports en 2005 et 2006 ont été reclassés dans le tableau ci-dessous pour tenter de faire apparaître les thèmes qui reviennent le plus souvent. Comme on peut le voir, les questions abordées sont très diverses. Sur l'ensemble des rapports, les thèmes le plus abordés (7 citations) est celui de l'absence de questions sur les pathologies associées et notamment sur les comorbidités psychiatriques et l'absence de prise en compte de l'activité déployée autour des familles et de l'entourage. Cinq structures souhaitent que soient comptabilisés les rendez vous pris non honorés, cinq structures les entretiens téléphoniques. On peut également mentionner le souhait de prise en compte des produits consommés par les jeunes vus dans les consultations cannabis.

### 1. Synthèses des commentaires

	CSST	CCAA	Ensemble
<b>Q13 Logement</b>			
La prison est-elle un logement ?	1		1
Reformuler la question pour indiquer qu'il s'agit du domicile avant hébergement	1		1
<b>Q15 Mode de venue (adressé par qui ?)</b>			
Plus intéressant d'observer celui qui concerne les nouveaux patients		1	1
<b>Q16/Q17 produits</b>			
Difficile et fastidieux à remplir	1	1	2
Pas possible de renseigner absence de consommation, abstinent secondaire	1	2	3
Pas possible renseigner consommation modérée (alcoolémie routière)	1		1
Consignes incompréhensibles	1		1
<b>Q22 Substitution</b>			
Quels sont les "autres" traitements ?	1		1
Situation des patients peut correspondre à plusieurs réponses	1		1
<b>Q19 Actes</b>			
Ne reflète pas la réalité du travail (pas de prise en compte de la durée)	2		2
Définir clairement ce qu'on entend par actes	2		2
Définir ce qu'est un acte éducatif	1		1
Préciser ce que sont les actes « autres »		1	1
Définir les actes à l'extérieur des centres	1		1
Difficile dans un centre d'hébergement de répertorier le nombre d'actes	3		3
<b>Prévention</b>			
Harmoniser avec les autres recueils (OFDT/MILDT/CIRDD)	1		1
<b>Consultation cannabis</b>			
Introduire une question sur les substances consommées, le repérage des produits	4		4
Définir des critères d'inclusion pour avoir des données comparables/ Préciser la notion de jeune consommateur	2		1
Faire apparaître les personnes de l'entourage familial accueillies	1		1
Introduire une question sur qui a orienté vers la consultation cannabis	1		1
Tranches d'âge spécifique pour ce public	1		1
Faire une différence par âge et par sexe		1	1
Est-il pertinent d'agréger les données sur le public de la consultation et du CSST ?	1		1
Comptabiliser les rencontres avec les structures	1		1
<b>Question s qui manquent</b>			
Pathologies associées	6	1	7
Comptabilisation des rendez vous pris non honorés	2	3	5
Comptabiliser entretiens téléphoniques	3	2	5
Comptabiliser contact avec familles/entourage, consultations familiales	3	4	7
Comptabiliser réunions de travail autour des admissions	2	1	3

Actes à l'extérieur de la structure	1		1
Comptabiliser consultation connexe (ex :consultation gastroentérologie)	1		1
Prendre en compte réunions partenariales	1	1	2
Comptabiliser animation de réseau		2	1
Prise en compte de l'activité liée aux groupes de parole, groupes pour l'entourage et ateliers thérapeutiques	1	1	2
Comptabiliser travail en consultation avancée		1	1
Nombre d'enfants	3		3
Grossesse	1		1
Nombre de patients utilisant le sniff	1		1
taux d'occupation de l'année	1		1
Durée moyenne des séjours finis	1		1
coût de la journée réalisée	1		1
Durée moyenne du suivi en ambulatoire		1	1
Item permettant de quantifier le nombre de parcours de soins de nos patients		1	1
Formations suivies par le personnel		1	1
<b>Problèmes/souhaits/critiques</b>			
Meilleure compatibilité avec ProGdis	4		4
Absence de logiciel		4	4
Souhait de disposer d'un logiciel gratuit	2		2
Problème de logiciel		2	2
Bug dans ProGdis, notamment sur traitement de substitution	1		1
Avoir des questions compatibles avec GISPAC		1	1
Disposer d'un logiciel spécifique pour suivre le parcours d'un résident pour l'évaluation entre son entrée et sa sortie.	1		1
Souhait d'avoir rapport commun centres spé/équipe de liaison/unité d'addicto		1	1
Mener une concertation pour définir des indicateurs pertinents		1	1
Souhait d'un guide de remplissage		1	1
Avoir une version remaniée du rapport pour les Points écoute			1
Compatibilité avec RECAP	1		1
« Souhait d'un recueil plus du côté soin »	1		1
Certains items manquent de clarté		1	1
Document difficile à remplir autrement que sur papier		1	1
Rapport d'activité pas adapté à l'hébergement d'urgence	1		1
Recueil sur les activités de prévention pas adapté aux CSST avec hébergement	1		1
Question sur l'utilisation voie intraveineuse pas adaptée aux CCAA		1	1
Les questions concernant les projets des sorties préparés avec le résident n'ont pas grand sens.	1		1
Mieux caractériser le public accueilli en ATR (en couples/seuls, avec ou sans enfants, rural/urbain/rurbain)	1		1
Que signifie personnes vues autres que patient pour structure avec hébergement ?	1		1
Préciser la période de référence pour les ETP (en moyenne, à la fin de l'année ?)	1		1
Pas possible enregistrer consultations en duo (ex : médecins/infirmiers)		1	1
Précision sur file active par lieu		1	1

## 2. Texte des commentaires

Tous les commentaires émanant d'un centre figurent dans une même case du tableau ci-dessous.

*CSST en ambulatoire*

2005

Aucun endroit où répertorier les familles reçues (en dehors de la consultation cannabis). Difficulté d'obtenir tous les renseignements lorsque les personnes passent ponctuellement (ex pour Stéribox®). Question 16 : complexe et fastidieux à remplir. Question 19 : le nombre d'actes ne reflète pas la réalité de notre travail sachant que certains patients passent par moment jusqu'à deux heures à l'association dans un local spécifique dédié au partage d'un café, ou autre, destiné à restaurer du lien. Question 22 : nous nous interrogeons chaque année : quels sont en France les traitements de substitution autres que la méthadone et le Subutex® ?
Il n'y a pas de rubriques concernant les pathologies associées. Il n'y a pas de rubriques concernant les actes réalisés à l'extérieur de la structure (actes dans les hôpitaux, prison, suivi à domicile, etc.)
Mettre à disposition pour chaque CSST et cela gratuitement un logiciel qui évite 190 remplissages par an pour les diverses enquêtes INSERM, DGS, MILDT, OFDT, etc.
Tableau des produits dommageables : l'obligation faite de renseigner obligatoirement un produit dommageable en produit N° 1 ne correspond pas à la réalité de certains patients ayant arrêté toute consommation et étant désormais soit abstinent, soit substitués. Le terme de dommageable n'est pas adapté (une substitution stabilisée devrait éteindre le terme dommageable). Logement: l'établissement pénitentiaire doit-il être considéré comme un logement ? Certaines personnes incarcérées conservent leur domicile ou sont sans logement mais on peut difficilement considérer la cellule comme le logement principal des personnes Il reste quelques items où le rapport d'activité est différent de ce que permet le logiciel ProGdis (notamment en ce qui concerne les traitements de substitution dans le passage de relais par exemple). Cela complique le renseignement de ce rapport d'activité. De plus le parcours de soins de la plupart des patients substitués est loin d'être linéaire et ne peut être rangé dans une catégorie (exemple prescription au centre et délivrance au centre ou en ville : la plupart des patients bénéficient des deux lieux de délivrances).
Aborder des thématiques de santé publique : sérologie et hépatite C, afin d'étudier la corrélation entre consommation de produits injectables et hépatites C.
Difficultés à recueillir certaines informations avec les patients en lien avec leurs conduites addictives. Le recueil HMPSY correspond d'avantage à une enquête qu'à un premier entretien d'accueil. De ce fait de nombreux items ne peuvent être renseignés. Si l'épidémiologie a son importance, nous souhaiterions un recueil de données du côté du soin, d'une rencontre soignante. En premier entretien, nous mettons une priorité autour de la demande du patient, d'un réalisme dans le recueil des données. Tous les éléments n'ont pas été pris en compte en 2005 (modalités techniques prises en compte réellement à partir de 2006), donc les chiffres sont minorés par rapport à l'activité réelle.
Le rapport d'activité devrait prévoir d'indiquer les critères d'inclusion retenus par les équipes (pour les consultations cannabis), afin de pouvoir comparer les activités d'une année sur l'autre et d'obtenir des données nationales cohérentes.
De plus en plus de structures de soins en toxicomanie gèrent leurs données sur la base de données ProGdis. Pouvez-vous aligner vos items sur ceux de ProGdis ou les contacter afin qu'ils s'alignent sur les vôtres.
Proposer les mêmes items que pour le rapport d'activité RECAP pour l'OFDT (cf tranches d'âge différentes).



Rendre ce rapport compatible avec ProGdis. Garder les mêmes items d'une année sur l'autre pour faciliter le travail des centres dépourvus de secrétariat.

Nous n'avons eu connaissance de ce rapport d'activité qu'en janvier 2006 ; il n'est pas possible de rechercher mille personnes les items qui auraient pu changer en cours d'année. Pour rendre les données fiables il est indispensable de connaître en début d'année les données que l'on va rechercher. De plus le logiciel proGdis n'a été mis à jour pour ce nouveau rapport qu'en mars 2006. Certains bugs subsistent dans le logiciel : couverture sociale, domicile/logement (milieu carcéral), comptage des patients en traitement de substitution. Nous avons repris manuellement les données douteuses et les avons corrigés à l'aide des indications portées dans ProGdis. L'intégration des données concernant les consultants cannabis ne nous paraît pas une bonne idée : dans la mesure où les patients viennent pour consulter et non pour remplir des fiches statistiques, ils ne sont questionnés que sur les items en lien avec leur problématique. D'où une très forte proportion d'items "non renseignés" ou "sans informations". Enfin nous attirons votre attention sur la gestion des données concernant les traitements de substitution : la complexité et la lourdeur des saisies sous ProGdis rend l'opération extrêmement douteuse. Nous avons été amenés à reprendre l'ensemble des données dans le logiciel pour rendre les résultats cohérents.

Concernant la prévention : les items proposés correspondent peu aux différentes fiches d'observation et d'évaluation utilisées par ailleurs. D'où les difficultés à remplir correctement cette partie. Ne pourrait on pas harmoniser (avec l'OFDT, la MILDT, les CIRDD) un recueil de données prévention.

Les activités de prévention demandent à être renseignées dans le rapport d'activité. Précisons ici que le personnel et les moyens financiers de la structure ne concernent que les seules activités liées à l'agrément du CSST, à savoir les activités d'accueil et de soins aux usagers de drogues et à l'entourage familial. Les moyens humains et financiers liés aux activités de prévention n'apparaissent donc pas dans la partie budgétaire supra. Commentaire sur la consultation cannabis. 1. Pourquoi n'est-il pas demandé le nombre de personnes de l'entourage familial qui ont été accueillies au sein de la consultation ? Il nous semble en effet primordial de faire apparaître cet élément dans la mesure où les consommateurs s'avèrent majoritairement des adolescents (98% des accueillis) et des mineurs (58% des accueillis) et que la famille reste un élément incontournable de la vie de ces jeunes consommateurs. Pour la consultation \*\*\*\*\*, ce nombre représente 30 parents pour l'année 2005, ce qui nous semble conséquent au regard des 51 jeunes consommateurs accueillis durant la même période. 2. Il nous semble également important que soient renseignés les personnes et organismes orienteurs des jeunes consommateurs vers la consultation : famille (35%), justice (31%), milieu scolaire (18%), consommateurs eux mêmes (10%), médecine générale et hospitalière (6%). 3. Il conviendrait également de connaître les substances consommées par les jeunes usagers, de savoir s'ils étaient consommateurs au moment de leur venue et quel était le statut de ces consommations : occasionnel, abusif/nocif, dépendant.

Ajouter un item nombre d'enfants et nombre d'enfants à charge et un item grossesse. Définir plus clairement ce que l'on entend par Acte.

Tous les items de ce questionnaire n'ont pu être renseignés car le logiciel ProGdis ne le permet pas. Ce problème se complique dans le cadre d'un service hospitalier à l'AP-HP par le fait que d'autres instances nous demandent des données (GILDA, PMSI). L'idéal serait de se voir financer un logiciel incluant toutes ces données. Cette activité de recueil des données ampute de façon dommageable l'activité clinique. Sera trouvé en annexe, le rapport d'activité spécifique de la consultation jeune consommateur, impliquant les utilisateurs de cannabis qui est sise à l'hôpital Lariboisière. La plupart des données n'ont pas été incluses dans le rapport principal dans la mesure où cette consultation très spécifique aurait introduit un biais de sélection.

Nous souhaitons que les consultations familiales, qui sont une modalité de prise en charge thérapeutique spécifique et non seulement un accompagnement du patient, soient mieux pris en compte.

Pour la consultation pour jeunes consommateurs, il serait intéressant de revoir les tranches d'âge : moins de 16 ans, de 16 à 18 ans, de 18 à 20 ans, de 20 à 25 ans, 25 et plus. D'autre part, il serait important de rappeler la nécessité de contacts permanents avec les partenaires pour informer sensibiliser. Dans le rapport spécifique de la consultation, il serait intéressant de pouvoir distinguer les produits les plus dommageables (et non pas de les comptabiliser seulement dans la partie CSST). Il s'avère en effet que pour certains consultants, l'alcool par exemple, peut constituer l'objet de leur demande de suivi.

<p>En ce qui concerne le recueil de données pour les jeunes consommateurs : il y aurait sans doute des thèmes intéressants à étudier, tels que : la scolarité/déscolarisation, les mesures AEMO/Placements, les prises de risques associées... De fait nous nous interrogeons sur le regroupement de toutes les données adultes/adolescents et de la signification qu'elles peuvent avoir. Un exemple : l'origine des ressources, alors qu'il est normal qu'un adolescent soit inscrit en "ressources provenant d'un tiers", il n'en va pas de même pour un adulte de 40 ans. Quelle pertinence accorder aux déductions de cet item ?</p>
<p>La trame de rapport d'activité , comme nous l'avions déjà signalé sur les exercices antérieurs, est parfois peu compatible avec le recueil de données en vigueur dans une structure d'hébergement d'urgence assortie de consultations spécialisées.</p>
<p>On pourrait ajouter à ces chiffres les rendez vous pris et non honorés qui représentent environ 5% en sus de ceux qui sont honorés. Dans les consultations on voit surtout des garçons : 90% des jeunes venus. Il serait intéressant que le rapport suivant propose pour la consultation jeune un repérage des produits consommés qui sont beaucoup plus large que le seul cannabis.</p>
<p>Pourquoi ne prenez vous pas en compte le logiciel proGdis qui nous donne en temps réels les chiffres concernant les patients et l'activité du service et d'autre part pour les CSST faisant partie d'un établissement de santé, les données concernant les n° de finess et les subventions sont à demander à l'administration.</p>
<p>L'énoncé des consignes relatives au point 16 du présent document est incompréhensible, voire nébuleux tout comme celui des consignes de recueil RECAP sur le même sujet ("produit consommés" et "produits à l'origine de la prise en charge actuelle"). 2. Il est fort regrettable que les données relatives aux pathologies virales et psychiatriques ne fassent pas l'objet d'un intérêt suffisant pour figurer dans ce type de bilan.</p>
<p>Le nombre d'actes effectués ne donne pas une indication sur la durée réelle de chaque acte. Une prise en charge selon sa nature peut nécessiter quelques minutes ou plusieurs heures (activités de resocialisation).</p>
<p>Etapas : ...il nous semble que ce rapport type nécessiterait aussi une version remaniée/adaptée pour les services dits permanences d'accueil et d'orientation - plus généralement dénommés points écoutes, tels que l'Etape. En effet beaucoup d'items portant sur les patients dans ce document ne sont pas adaptés aux adolescents et jeunes adultes rencontrés, et il en est de même sur les items portant sur les parents et les proches, qui constituent dans un service comme l'Etape, hors mesure judiciaires presque 50% du public rencontré.</p>
<p>Il serait intéressant pour les statistiques de préciser le produit pour lequel le jeune consulte.</p>
<p>Il serait important de prendre en compte : les entretiens téléphoniques : 39 personnes ont pris contact cette année, elles ont eue un entretien téléphonique (en moyenne 20 mn), elles ont pris un rendez vous et ne sont pas venues. Les actes entretiens téléphoniques avec les patients, les actes parents. Les rendez vous non honorés car si le patient ne se vient pas, le professionnel est là et ne peut prendre quelqu'un à la place.</p>
<p>Dans le rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs, ne sont pas comptabilisées les rencontres avec les structures, les associations sanitaires, sociales, éducatives, susceptibles d'adresser ces jeunes, tout le travail de réseau pour faire connaître cette activité de consultations.</p>
<p>La simplification par rapport à 2004 est la bienvenue! L'activité liée au travail avec les familles et l'entourage n'est pas suffisamment mise en valeur dans le rapport. D'une manière générale, l'activité est décrite par profession. Il serait intéressant de recouper avec une analyse par type d'activité : accueil, consultations, entretien familial, etc.</p>
<p>2006</p>
<p>Afin d'améliorer, ce rapport type, il conviendrait d'y rajouter des items tel que : Consultations connexes mises en place pour améliorer la prise en charge ; d'autres modes de consommation tel que par exemple sniff/bu/gobé</p>
<p>Prise en compte du nombre de patients ayant des enfants (à charge, et non à charge).</p>
<p>Pour renseigner les membres de l'équipe : en moyenne sur l'année (?), au 31/12/2006 (?).</p>
<p>Comment inscrire le fonctionnement des groupes de parole, groupes pour l'entourage et ateliers</p>

thérapeutiques, qui entrent dans le cadre de la prise en charge des patients - donc ce ne sont pas des actions de prévention. Il manque une fiche pour ces activités.

### CSST avec hébergement 2005

Pour l'item 13 domicile des patients : Est-il question du domicile pendant la prise en charge en appartement thérapeutique, dans ce cas cet item n'a pas vraiment lieu d'être ou s'agit-il du logement avant la prise en charge en appartement thérapeutique : dans ce cas, la question doit être stipulée différemment.

Les éléments statistiques sont fournis par le logiciel rhésos. Les informations ne sont pas répertoriées pour les personnes prises en charge en nuitées d'urgence. Cette prestation ne dure en moyenne que 6 jours, ce qui explique que les statistiques sont ramenés à : Age ; origine géographique de la demande, mode d'habitation. Des modalités plus précises se mettent en place en 2006.

Les participations financières des appartements thérapeutiques ne sont pas toujours honorées par les patients. Néanmoins, comptablement, nous les faisons apparaître. Cette année 2005, environ 50% des participations ont été payées.

Nous avons acquis le logiciel ProGdis en février 2005. Le paramétrage, les modalités d'utilisation n'ont été rendues opérationnelles qu'au fur et à mesure de l'année. Certaines données (en particulier les actes) ne sont donc pas garanties exhaustives et fiables. Elles sont certainement minimisées.

Il serait important de prendre en compte le travail d'entretiens téléphoniques réalisés avec les hébergés ainsi que la gestion administrative des appartements thérapeutiques (analyse des courriers, réponses aux courriers) et les réunions de travail autour des admissions et des suivis (préparation des entretiens d'admission, commissions d'admissions, préparation des bilans, réunion clinique)

#### 1. Les actes

Pour un centre d'hébergement, il semble difficile de répertorier en nombres d'actes l'accompagnement au quotidien des résidents par l'équipe d'infirmiers et d'éducateurs disponibles tant pour des entretiens spontanés que pour des soutiens dans les démarches. Sont répertoriés essentiellement les entretiens formalisés (1 entretien minimum hebdomadaire avec le référent + 1 bilan mensuel avec le chef de service (ou la directrice) et le référent plus les entretiens d'admission et d'accueil).

De même, le gros travail de contact préalable à l'admission tant avec les intéressés qu'avec les services qui orientent est très difficile à chiffrer.

#### 2. Les activités des groupes thérapeutiques

Sont les ateliers animés par les intervenants tels que décrits dans le descriptif qualitatif à partir de la page 14.

#### 3. Motif de sortie du résident

Il est important de noter que les dérapages et les rechutes font partie du travail au quotidien de la \*\*\*\*\* tant individuel qu'en groupe.

Pour autant, des phénomènes de groupe peuvent se produire qui font que certaines personnes replongent ou s'alcoolisent de façon très importantes et régulières. Un arrêt de la prise en charge est alors nécessaire qui permettra à la personne de se resituer. Les exclusions ne sont jamais définitives. La personne sait qu'elle peut nous recontacter si elle en ressent le besoin.

Nous avons eu aussi en 2005 à gérer des constitutions de couples. Si certains arrivent à se maintenir dans leur démarche individuelle de soins et à tenter de construire progressivement une relation d'autres dans le « tout, tout de suite », décident de quitter le centre.

Là aussi, la porte n'est pas fermée et en 2005, un patient a été réadmis après un départ dans ses conditions.
Le recueil des données a souffert en 2005 d'une restructuration du lieu qui a conduit au changement d'une grande partie du personnel : la personne formée sur ProGdis n'est par exemple pas celle qui a du s'en servir.... Les données transmises sont issues des dossiers des usagers et des recueils d'information « papier » confrontées aux données enregistrées sur ProGdis. Une attention particulière sera portée au recueil des données en 2006. Du point de vue du remplissage des tableaux, il est difficile d'isoler et comptabiliser au sein d'une structure d'hébergement collectif les actes éducatifs, qui ne reposent pas sur des rendez vous mais sont pluriquotidiens et concernent l'ensemble des résidents hébergés. Il serait souhaitable d'apporter à « l'acte éducatif » une définition claire, et pas trop réductrice.
Nous n'avons pas su répondre à la question du nombre de personnes vues dans l'année. L'hébergement implique que nous voyons tous les hébergés et également les membres de leur environnement susceptibles d'apporter un plus dans la prise en charge. Mais c'est toujours avec la personne accueillie et en référence à son projet individuel. Que signifie donc cet item ?
A notre avis il manque : Le taux d'occupation de l'année : nombre de journée réalisée /capacité théorique La durée moyenne des séjours finis : Durée totale des séjours finis dans l'année/nombre de sortants de l'année Les pathologies associées : Comorbidités VIH VHC Sérologie inconnue
Le coût de la journée réalisée : total des groupes I+II+III des charges /nombre de journées réalisées
Il serait souhaitable si possible de stabiliser les items et la présentation du rapport d'activité d'une année sur l'autre
La définition d'un acte n'est pas la même pour tous les centres, il serait judicieux d'apporter une définition commune afin que chaque chiffre révèle la même réalité pour tous les centres. Nous avons choisi de définir un acte comme étant une production effectivement réalisée entre un patient et un professionnel. Par exemple un rendez vous avec le médecin est comptabilisé si le patient a effectivement rencontré le médecin alors qu'une prise de rendez vous non honorée n'est pas retenue bien que le médecin ait effectivement passé du temps à attendre la personne.
Il n'y a pas de questions concernant la problématique psychiatrique pourtant, c'est une donnée de plus en plus rencontrée dans le centre.
Le nombre d'actes n'est pas un critère pertinent pour les CSST avec hébergement car trop dans une journée. Mettre à disposition gratuitement un suivi de logiciel spécifique pour ce genre de structure.

2006

Proposer un logiciel spécifique pour suivre le parcours d'un résident pour l'évaluation entre son entrée et sa sortie.
Document difficile à remplir autrement que sur papier : pas de possibilité de cocher les cases, colonnes qui se décalent lorsque l'on intègre les données. Remarque sur la rubrique 27 : dans le cadre d'un CSST avec hébergement, les actions collectives de prévention ne rentrent pas dans le cadre du tableau proposé. La prévention est abordée à de multiples occasions, elle se fait de manière individuelle ou collective (réunion hebdomadaire des résidents). Elle peut se faire avec

de plus petits groupes, lors d'activités proposées par le centre de jour ou de manière individuelle lors d'entretiens ou de moments plus informels. Les thèmes sont variés : hygiène corporelle, hygiène alimentaire, les risques liés à la prise de toxiques, les pratiques sexuelles, les automutilations, les tentatives de suicide, etc.
Il faudrait une description de ce qu'est un acte éducatif. Manque des statistiques sur les pathologies psychiatriques.
Les questions concernant les projets des sorties préparés avec le résident n'ont pas grand sens. Des projets sont élaborés avec le résident tout au long du séjour et dans différents domaines. En général avec la structure d'adresse ou avec le milieu familial (résident majeur en rupture relationnel).
Prendre en compte les enfants des patients, à charge et non à charge. Définir plus précisément les actes à l'extérieur du centre : s'agit -il, outre les accompagnements, également de l'ensemble des visites à domicile effectuées dans les appartements thérapeutiques ?
Afin d'améliorer le compte rendu de l'activité du service des appartements, nous proposons une diversité des rubriques ou des espaces de discussion sur la nature du public par exemple. Ainsi en 2006, l'équipe a réalisé 2059 journées qui s'analysent comme suit : 1440 journées pour le patient hébergé, 293 journées pour les conjoints, 326 journées pour les enfants. L'évolution du public, à savoir le passage de personne seule vers l'accueil de couple avec ou sans enfant et l'accueil de parents seuls avec leurs enfants, nous obligent à revisiter nos modalités de prises en charge, à diversifier la qualité de notre offre de service (équipe pluridisciplinaire spécialisée, à être plus réactifs, à diversifier notre offre en terme de logements (les F3 sont privilégiés). La prise en compte de ce type de demande en terme d'espaces qualitatifs au sein du rapport d'activité permettrait de favoriser une étude sociologique de l'évolution du public ou encore des modalités d'organisation de consommations sur des territoires clairement identifiés (rural, urbain, rubain,...). La réflexion ainsi posée serait sans doute un élément d'une dynamique visant à instaurer une dialectique entre les pouvoirs publics et les équipes de terrain.
Nous souhaiterions des items plus spécifiques permettant de mieux mettre en évidence l'accompagnement des familles et l'entourage des résidents.

### *Centre de cure ambulatoire en alcoologie*

2005

L'item 17 ne permet pas de préciser qu'il existe des non consommateurs et des consommateurs modérés qui font partie des usagers des CCAA, notamment parmi les publics Justice. L'item 21 concernant les sevrages est difficile à compléter cette année. Le suivi statistique des sevrages n'étant pas saisi correctement. Cette donnée sera améliorée dans l'avenir. La composition de l'équipe présentée intègre les activités de formation (0,4 ETP) et prévention 1,66 ETP) qui ne sont pas directement intégrées au CCAA ni financées par l'enveloppe médico sociale. Elle ne précise pas les CDD (1 infirmier et 0,23 médecins).
p.3 : le logiciel RECAP ne permet pas de calculer le nombre d'anciens et de nouveaux patients
Un logiciel traitant plus spécifiquement des dépendances s'impose pour notre CCAA appelé à devenir CSAPA.
En raison d'un changement de logiciel de gestion des données concernant les patients (mise en place de proGdis remplaçant Gispac) un certain nombre d'éléments chiffrés lors du transfert de fichiers ont été perdus. De ce fait certaines statistiques n'ont pu être effectuées.
A ce jour, le CCAA n'est toujours pas équipé d'un logiciel de suivi des patients spécifiques à l'addictologie, ce qui ne facilite pas notre activité de statistiques. Il est essentiel de faire remonter les données de terrain, mais à l'heure actuelle, je ne pense pas que cette activité soit réalisée dans les meilleures conditions. En conséquences nous ne pouvons répondre à toutes les questions. Nous sommes un CCAA et une unité d'addictologie de liaison en même temps avec des professionnels communs et des financements différents pour les deux missions, ce qui est un atout pour la prise en

<p>charge des patients, en revanche cela complique beaucoup la rédaction des rapports d'activité. Un rapport commun nous faciliterait la tâche.</p>
<p>Fonctionnement du centre de soins sans médecin de mi septembre à fin décembre 2005 pour cause de démission du médecin addictologue et délai dans le recrutement, ce qui a eu une incidence sur la prise en charge médicale des patients.</p> <p>Les actes correspondent aux consultations effectives, ne prenant pas en compte les absences et les annulations des patients à leurs rendez vous.</p> <p>Difficulté apparente dans la répartition des patients suivant les produits les plus dommageables (un grand nombre de non renseignés)</p> <p>Il serait bon de faire apparaître la durée moyenne du suivi dans un centre de cure ambulatoire en alcoologie, en montrant la durée moyenne d'une prise en charge au sein du dispositif.</p> <p>Manque un item sur le nombre de consultations manquées qui prennent du temps aux salariés, pas comptabilisées dans les actes effectifs qui peuvent apparaître dans la réalisation</p>
<p>Proposition de prise en compte des pathologies périphériques liées à l'alcoolisme et à la grande précarité des patients du CCAA de *****.</p> <p>Introduction d'un item permettant de quantifier le nombre de parcours de soins de nos patients en articulation avec un parcours d'insertion professionnelle réalisée par notre équipe dans le cadre de la mutualisation de nos mandats</p>
<p>Item 4 p.2 sur l'orientation des produits : pour nous les substances illicites ne concernent que le cannabis et de fait l'item 18 concernant les patients injecteurs ne nous concerne pas.</p> <p>Item 7A p.2 : la structure est inscrite dans un réseau informel, sont en préparation des conventions avec les services de justice, ces conventions sont en élaboration au niveau du département ; Par ailleurs, statut en cours d'un réseau d'addictologie local associant tous les partenaires de santé, soignants et mouvements d'entraide autour des pathologies addictives.</p>
<p>Ce dossier devant être complété par un grand nombre de structures, mériterait d'être accompagné d'un mémento mentionnant un certain nombre de définitions :</p> <p>Exemple sur la notion de sevrage, acte, patient</p> <p>D'autre part comment faut-il évaluer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'absentéisme des usagers ?</li> <li>-le temps des professionnels, en réunion de concertation, en formation, en supervision ?</li> <li>-l'animation de réseau ?</li> <li>-le travail en structures externes dans le cadre de consultations avancées ?</li> </ul>
<p>Même commentaires que l'an dernier.</p> <p>Le changement d'indicateurs à fournir a engendré des modifications administratives; et surtout informatiques importantes sachant que des indicateurs locaux sont importants pour le rapport d'activité réalisé par la structure.</p> <p>Les indicateurs demandés ne sont pas suffisants pour avoir une réelle connaissance de l'activité du CCAA.</p> <p>Concernant le nombre de patients : nombre de prises de contact, d'entretiens téléphonique, de prise de rendez vous, de rendez vous non honorés nous semble des indicateurs pertinents au vu du travail et du temps effectué par l'équipe.</p> <p>Il semble important de prendre en compte le nombre d'usagers de l'entourage car une demande de plus en plus importante de la part des usagers consommateurs de substances psychoactives demandent soit des suivis pour des entourage ou des suivis en couples.</p> <p>Les différents modes d'usage :</p> <p>Le nombre d'usagers non consommateurs secondaires abstinents doit être pris en compte. Des suivis commencent après un sevrage ou une cure.</p> <p>Le nombre de consommateurs modérés est aussi un indicateur, puisque suite aux différentes campagnes de prévention et aux orientations, il s'avère que les consommateurs venus une fois sont des consommateurs modérés.</p> <p>Concernant le volet des actes : il semble important que d'autres indicateurs sont présents, un acte réalisé c'est une prise de rendez vous, un accueil physique personnalisé, un dossier à établir, une prise de contact avec des partenaires (en accord avec l'usager) des courriers écrits et expédiés, des contacts téléphoniques ou informatiques avec l'usager, une réunion de synthèse. N'est pas indiqué le nombre de rendez vous non honoré.</p> <p>Les activités de prévention : la prévention est effectuée par l'ANPAA 09 avec des financements non pérennes, par actions. Le nombre de journées de formation par personnel était un indicateur pertinent qui a disparu.</p> <p>Les indicateurs financiers :</p> <p>Coût par usager (budget global/nombre de personnes reçues)</p>

<p>Coût horaire (budget global/total des heures travaillées) Charges de personnel totales et par profession : médical, paramédical, psychologue, social et administratif Frais de structures</p> <p>La mise en place d'indicateurs en vue de comparaison permet d'évaluer, mais il faut comparer ce qui peut l'être. Le CCAA de Foix ne peut être comparé au CCAA de Toulouse que sur ces seuls indicateurs, une équipe restreinte, des déplacements différents, un territoire rural avec une population spécifique...</p> <p>Une concertation pourrait permettre d'obtenir des indicateurs pertinents et utiles aux structures comme aux partenaires financeurs et techniques.</p>
<p>Nous regrettons que dans cette nouvelle grille de lecture, les actes professionnels réalisés avec l'entourage familial des patients ne soit pas identifiés</p> <p>Il en est de même pour tous les actes liés au fonctionnement du CCAA (téléphone, entretiens téléphoniques patients, accueil de la secrétaire médico sociale).</p>
<p>En ce qui concerne les actions de prévention, difficulté à comptabiliser :</p> <p>Le nombre d'actions : une action qui contient plusieurs interventions compte-t-elle pour un ou pour le nombre d'interventions ?</p> <p>Le nombre de personnes touchées : une personne touchée successivement sur plusieurs interventions compte-t-elle pour un ou pour le nombre de ses participations ?</p>
<p>En ce qui concerne le rapport d'activités : Nous réitérons la quasi-totalité des remarques faites l'année dernière.</p> <p>Une évaluation uniquement quantitative ne rend pas compte de la réalité multiforme des prises en charge proposées au ****. Le ****, en effet, a mis en place divers outils, que les patients peuvent utiliser de manière souple, dans le temps, en fonction de leurs motivations, de leur disponibilités et de leur besoins. Contrairement à une structure de type hospitalier, les démarches des uns et des autres peuvent être très différentes, en termes de durée et de fréquence, et même en terme de contenu (certains peuvent participer à telle activité –individuelle ou collective- et pas à telle autre).</p> <p>La question 15 (qui distingue Justice, injonction thérapeutique, Justice, classement avec orientation) pourrait être simplifiée : ces items pourraient être regroupés en un seul item. C'est d'ailleurs ce que nous avons fait.</p> <p>La question 16 qui concerne les produits, comporte une rubrique Autres. Nous avons regroupé dans cette rubrique les patients venus pour des toxicomanie sans drogues (jeu pathologique, boulimie, etc.)</p> <p>Pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> produits les plus dommageables, les cases non renseignées peuvent signifier qu'il n'y a pas d'autre produit. Il n'y a guère de sens à maintenir les 2 rubriques pas de produits et non renseignés.</p> <p>La question 18 sur l'utilisation de la voie intraveineuse n'est pas adaptée au public reçu en CCAA (ainsi que la question 22 concernant les traitements de substitution).</p>
<p>Difficulté dans le choix d'un logiciel pour l'activité du CCAA. Nous demandons que le nouveau logiciel du CH permette de remplir le rapport d'activité.</p>
<p>Remarque concernant le mode de venue des patients : il me semble plus intéressant d'observer celui qui concerne les nouveaux patients</p> <p>Le questionnaire ne prend pas en compte les formations qu'ont pu acquérir les différents soignants de l'équipe</p>
<p>Presque tous les CCAA du Nord pas de calais ont utilisé le logiciel GISPAC. Ne serait-il pas possible que les items du rapport correspondent aux items sur GISPAC</p>
<p>Introduire la notion de durée sur l'année : exemple pour la consultation cannabis : mise en place/communication mais pratiquement aucun résultat sauf lors du dernier trimestre 2005 où augmentation important du nombre de rendez vous.</p> <p>Un tableau des activités selon une répartition mensuelle pourrait être intéressant dans la mesure où les consultations évoluent en fonction de l'année</p>
<p>L'équipe travaille souvent en duo (médecins/assistante sociale médecin/infirmière). Ces temps d'entretiens ne sont pas comptabilisés.</p> <p>Il serait intéressant de détailler l'accompagnement de l'entourage. C'est une de nos missions. Elle prend du temps et est nécessaire pour le patient et pour ses proches.</p>
<p>Pour la p.12 portant sur les lieux de permanence ouverts au public, il faudrait préciser si la file active par lieu est pour chaque intervenant ou pour tous les intervenants. Autrement dit, faut-il additionner la file active de chaque consultant ou bien faut-il se cantonner au nombre de personnes venues consulter sur le site.</p>
<p>Il serait souhaitable qu'il existe un logiciel adapté à ce rapport et que son acquisition soit financée pour éviter des calculs longs et fastidieux</p>

2006

Il serait intéressant de faire une différence par âge et par sexe notamment ; le terme « jeunes consommateurs » est assez flou
Afin d'avoir une présentation impeccable et informatisée (surtout pour les chiffres) je suggère de nous adresser la trame de ce rapport effectuée sur Excel
Certains items manquent vraiment de clarté et particulièrement lorsqu'ils changent d'une année sur l'autre.
Il serait intéressant de détailler l'accompagnement de l'entourage. C'est une de nos missions. Elle prend du temps et est nécessaire pour le patient et pour ses proches.
Nous ne savons pas comment spécifier les actions collectives d'accès au soin qui ne sont pas de la prévention dans le milieu social
Logiciel d'aide aux statistiques car il n'existe pas de codage type hospitalier pour ce type de structure gratuite
Dans ce rapport, nous ne trouvons aucun item ne mettant en valeur l'activité de partenariat autour du patient, activité importante de l'assistante sociale
Commentaire relatif à la question 17 : Le choix proposé pour le mode de consommation nous paraît trop restrictif pour les patients reçus en Centre d'alcoologie. Il faut préciser que pour un certain nombre de patients qui viennent pour une première consultation de dépistage suite à une alcoolémie positive sur la route, bon nombre d'entre eux ont une consommation que l'on peut considérer comme modérée et ne pouvant pas entrer dans les trois catégories : Usage à risque, usage nocif , dépendance. Nous nous permettons donc de proposer que l'usage modéré soit considéré comme une possible réponse en plus des trois autres propositions.
Comment comptabiliser les post cures de 4 semaines et plus ?
Il faudrait préciser ce que la rubrique « autres » dans les actes p.3 comporte
Nous regrettons toujours que la rubrique sevrages soit la seule permettant une possible évaluation. Notre approche thérapeutique vise à l'amélioration du bien-être du consultant et ne passe pas forcément par un sevrage. Ainsi, les activités de groupes thérapeutiques mériteraient d'être détaillées par nature des activités et objectifs recherchés. Le travail en réseau pourrait également être valorisé.



## ANNEXE 2 : LISTE DES CSST EN AMBULATOIRE EN 2006

N°	Nom du centre	N° Dep	Région
1	CSST APRES Strasbourg	67	Alsace
2	CSST Ste Catherine	67	Alsace
3	CSST Fil d'Ariane	67	Alsace
4	CSST Argile	68	Alsace
5	CSST Alternative	68	Alsace
6	CSST Le Cap	68	Alsace
7	CSST COREDAF	9A	Antilles-Guyane
8	CSST Saint Martin	9A	Antilles-Guyane
9	CSST Unité d'écoute Fort de France	9B	Antilles-Guyane
10	CSST CHS Colson	9B	Antilles-Guyane
11	CSST Clarac CHU Fort-de-France	9B	Antilles-Guyane
12	CSST du CH Monterran à Saint Claude	9B	Antilles-Guyane
13	CSST Cayenne	9C	Antilles-Guyane
14	CSST St-Laurent du Maroni	9C	Antilles-Guyane
15	CSST Kourou	9C	Antilles-Guyane
16	CSST Rep'sud d'or	24	Aquitaine
17	CSST Parlement St Pierre	33	Aquitaine
18	CSST Montesquieu	33	Aquitaine
19	CSST La Source	40	Aquitaine
20	CSST SAST Agen	47	Aquitaine
21	CSST Béarn Toxicomanie	64	Aquitaine
22	CSST Service toxicomanie Pau (CIAT)	64	Aquitaine
23	CSST Bizia	64	Aquitaine
24	CSST ARIT	64	Aquitaine
25	CSST Moulins	03	Auvergne
26	CSST La passerelle à montlucon	03	Auvergne
27	CSST Aurillac	15	Auvergne
28	CSST Le Puy en Velay	43	Auvergne
29	CSST Clermont Ferrand	63	Auvergne
30	CSST Caen	14	Basse-Normandie
31	CSST Presqu'île	50	Basse-Normandie
32	CSST Drog'aide 61 Alençon	61	Basse-Normandie
33	CSST Tivoli	21	Bourgogne
34	CSST NEVERS	58	Bourgogne
35	CSST SDIT Châlon	71	Bourgogne
36	CSST C.E.A.T. Auxerre	89	Bourgogne
37	CSST Sens	89	Bourgogne
38	Antenne du CSST de Rennes	22	Bretagne
39	CSST CH Etienne Gourmelen	29	Bretagne
40	CSST Accueil Drogue Info Brest	29	Bretagne
41	CSST Rennes	35	Bretagne
42	CSST Douar Nevez	56	Bretagne
43	CSST CAET Bourges	18	Centre
44	CSST Alkinoos	28	Centre
45	CSST Dreux	28	Centre
46	CSST CAETF Chateauroux	36	Centre
47	CSST Port Bretagne	37	Centre
48	CSST VRS Blois	41	Centre

49	CSST APLEAT	45	Centre
50	CSST CAST Charleville-Mézière	08	Champagne-Ardennes
51	CSST CH Corvisart	08	Champagne-Ardennes
52	CSST A.L.T. Troyes	10	Champagne-Ardennes
53	CSST CAST	51	Champagne-Ardennes
54	CSST Loretto	2A	Corse
55	CSST Accueil prév. Tox Bastia	2B	Corse
56	CSST Le Relais	25	Franche-Comté
57	CSST Solea	25	Franche-Comté
58	CSST Passerelle	39	Franche-Comté
59	CSST Escale	70	Franche-Comté
60	CSST Evreux	27	Haute-Normandie
61	CSST Andelys	27	Haute-Normandie
62	CSST La Boussole (ex ARIRT)	76	Haute-Normandie
63	CSST ALINEA Le Havre	76	Haute-Normandie
64	CSST La Passerelle Elboeuf	76	Haute-Normandie
65	CSST Maupassant Dieppe	76	Haute-Normandie
66	CSST Pierre-Nicole	75	Ile-de-France
67	CSST Monte Cristo	75	Ile-de-France
68	CSST Monceau	75	Ile-de-France
69	CSST Horizon	75	Ile-de-France
70	CSST Espace Mürger	75	Ile-de-France
71	CSST CECCOF	75	Ile-de-France
72	CSST Corde raide	75	Ile-de-France
73	CSST Charonne	75	Ile-de-France
74	CSST Emergence	75	Ile-de-France
75	CSST Cassini	75	Ile-de-France
76	CSST Moreau de Tours	75	Ile-de-France
77	CSST Marmottan	75	Ile-de-France
78	CSST La Terrasse	75	Ile-de-France
79	CSST Nova Dona	75	Ile-de-France
80	CSST Sleep In	75	Ile-de-France
81	CSST Bus méthadone	75	Ile-de-France
82	CSST Confluences	75	Ile-de-France
83	CSST 110 Les Halles	75	Ile-de-France
84	CSST crack ego	75	Ile-de-France
85	CSST Le Carousel	77	Ile-de-France
86	CSST Marge	77	Ile-de-France
87	CSST APS Contact	77	Ile-de-France
88	CSST HEVEA	77	Ile-de-France
89	CSST CEDAT-Versailles	78	Ile-de-France
90	CSST Essonne Accueil Evry	91	Ile-de-France
91	CSST Ressources Athis Mons	91	Ile-de-France
92	CSST Arpajon	91	Ile-de-France
93	CSST La Fratrie	92	Ile-de-France
94	CSST Trait d'Union	92	Ile-de-France
95	CSST Chimène	92	Ile-de-France
96	CSST Clinique Liberté	92	Ile-de-France
97	CSST C.A.S.T. Asnières	92	Ile-de-France
98	CSST ACIAT 92	92	Ile-de-France
99	CSST Corbillon	93	Ile-de-France
100	CSST Gainville	93	Ile-de-France
101	CSST Villemonble	93	Ile-de-France

102	CSST Mosaïque	93	Ile-de-France
103	CSST C.A.S.T. Bobigny	93	Ile-de-France
104	CSST Epice	94	Ile-de-France
105	CSST Littoral	94	Ile-de-France
106	CSST Ivry Sud	94	Ile-de-France
107	CSST Ithaque	94	Ile-de-France
108	CSST JET 94	94	Ile-de-France
109	Méthadone Est	94	Ile-de-France
110	CSST Dune	95	Ile-de-France
111	CSST Rivage	95	Ile-de-France
112	CSST Imagine	95	Ile-de-France
113	CSST AID 11	11	Languedoc-Roussillon
114	CSST Intermède	11	Languedoc-Roussillon
115	CSST Logos Nîmes + Alès	30	Languedoc-Roussillon
116	CSST AMT (Arc en ciel)	34	Languedoc-Roussillon
117	CSST Episode Béziers	34	Languedoc-Roussillon
118	CSST (UTDT) Montpellier	34	Languedoc-Roussillon
119	CSST ANPAA48	48	Languedoc-Roussillon
120	CSST Perpignan (Mercadier et Doutres)	66	Languedoc-Roussillon
121	CSST Brive	19	Limousin
122	CSST Bobillot	87	Limousin
123	CSST UFATT Nancy	54	Lorraine
124	CSST TANDEM	54	Lorraine
125	CSST Centr'aid	55	Lorraine
126	CSST Porte Allemands CMSEA	57	Lorraine
127	CSST Beaudelaire Metz	57	Lorraine
128	CSST Beaudelaire Thionville	57	Lorraine
129	CSST La Croisée	88	Lorraine
130	CSST AIPD	90	Midi-Pyrénées
131	CSST Rodez	12	Midi-Pyrénées
132	CSST Accueil toxicomanie Toulouse AAT	31	Midi-Pyrénées
133	CSST DIDE	31	Midi-Pyrénées
134	CSST Service Accueil S	31	Midi-Pyrénées
135	CSST Centre méthadone Passages Toulouse	31	Midi-Pyrénées
136	CSST Clémence Isaure	31	Midi-Pyrénées
137	CSST Le Peyry Cahors	46	Midi-Pyrénées
138	CSST Casa 65	65	Midi-Pyrénées
139	CSST Espace accueil info Albi	81	Midi-Pyrénées
140	CSST Montauban	82	Midi-Pyrénées
141	CSST Boris Vian	59	Nord-Pas-de-Calais
142	CSST Le Relais Roubaix	59	Nord-Pas-de-Calais
143	CSST Michel	59	Nord-Pas-de-Calais
144	CSST GREID	59	Nord-Pas-de-Calais
145	CSST Etapes	59	Nord-Pas-de-Calais
146	CSST Espace du possible	59	Nord-Pas-de-Calais
147	CSST C.I.T.D.	59	Nord-Pas-de-Calais
148	CSST Le Cèdre Bleu	59	Nord-Pas-de-Calais
149	CSST Réagir	59	Nord-Pas-de-Calais
150	Centre traitement méthadone	59	Nord-Pas-de-Calais
151	CSST Le Square	62	Nord-Pas-de-Calais
152	CSST La porte ouverte	62	Nord-Pas-de-Calais
153	CSST Le Jeu de Paume	62	Nord-Pas-de-Calais
154	CSST Arras	62	Nord-Pas-de-Calais

155	CSST du CH de Boulogne	62	Nord-Pas-de-Calais
156	CSST Le Triangle	44	Pays de la Loire
157	CSST La Rose des Vent	44	Pays de la Loire
158	CSST CH Angers	49	Pays de la Loire
159	CSST Equinoxe	49	Pays de la Loire
160	CSST La Boétie Angers	49	Pays de la Loire
161	CCAAT Laval	53	Pays de la Loire
162	CSST AID Le Man	72	Pays de la Loire
163	CSST La Métairie	85	Pays de la Loire
164	CSST Unité Fonctionnelle St Quentin	02	Picardie
165	CSST SATO Beauvais	60	Picardie
166	CSST SATO Creil	60	Picardie
167	CSST SATO Compiègne	60	Picardie
168	CSST Le chemin	80	Picardie
169	CSST Agora	16	Poitou-Charentes
170	CSST Synergie 17	17	Poitou-Charentes
171	CSST Delta 79	79	Poitou-Charentes
172	CSST Le Tourniquet	86	Poitou-Charentes
173	CSST La Parenthèse	40	Provence-Alpes-Côte d'Azur
174	CSST A.J.E.	05	Provence-Alpes-Côte d'Azur
175	CSST Jeanne d'Arc	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
176	CSST Nice SOSDI	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
177	CSST ACTES Nice	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
178	CSST Antibes	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
179	CSST La Marie-Jeanne	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
180	CSST La caravelle à Grasse	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
181	CSST Sampa du Ch Sainte Marie de Nice	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
182	CSST Le Cairn	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
183	CSST AMPTA	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
184	CSST CH Ste-Marguerite	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
185	CSST D.Casanova	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
186	CSST FST Aix	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
187	Bus Méthadone Marseille	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
188	CSST Puget Corderie	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
189	Sleep In Marseille	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
190	CSST Arles	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
191	CSST Ouest Etang de Berre	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
192	CSST Toulon	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
193	CSST Draguignan	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
194	CSST S.A.A.T Hyères	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
195	CSST Fréjus	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
196	CSST AVASTOFA	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
197	CSST AVAPT	84	Provence-Alpes-Côte d'Azur
198	CSST Castor	9D	Reunion
199	CSST KAZ'OTE	9D	Reunion
200	CSST AAJ	01	Rhône-Alpes
201	CSST Espace 07 Privas	07	Rhône-Alpes
202	CSST Résonance Annonay	07	Rhône-Alpes
203	CSST-ATempo	26	Rhône-Alpes
204	CSST Centre Hauquelin Grenoble	38	Rhône-Alpes
205	CSST Point virgule	38	Rhône-Alpes
206	CSST UTD Saint-Etienne	42	Rhône-Alpes
207	CSST Rimbaud Saint-Etienne	42	Rhône-Alpes

208	CSST Hôtel Dieu	69	Rhône-Alpes
209	CSST A 3	69	Rhône-Alpes
210	CSST APUS	69	Rhône-Alpes
211	CSST Lyon Sud	69	Rhône-Alpes
212	CSST Pavillon A	69	Rhône-Alpes
213	CSST Jonathan	69	Rhône-Alpes
214	CSST Le Pélican	73	Rhône-Alpes
215	CSST Le Lac d'Argent	74	Rhône-Alpes
216	CSST Apreto	74	Rhône-Alpes

### ANNEXE 3 : LISTE DES CENTRES THERAPEUTIQUES RESIDENTIELS EN 2006

N°	Code OFDT	Nom du centre	N° Dep	Région
1	H67010	CTR La Robertsau	67	Alsace
2	H9B010	CTR Fort-de-France	972	Antilles-Guyane
3	H33020	CTR Centre d'addictologie de Bègles	33	Aquitaine
4	H33010	CTR La Ferme Merlet	33	Aquitaine
5	H40010	CTR Suerte	40	Aquitaine
6	H21010	CTR La Santoline	21	Bourgogne
7	H35010	CTR L'Envol	35	Bretagne
8	H45010	CTR La levée	45	Centre
9	H51010	CTR CAST Moyen séjour	51	Champagne-Ardennes
10	H2B010	CTR ADPS	2B	Corse
11	H75010	CTR Pierre-Nicole	75	Ile-de-France
12	H75030	CTR Foyer Oasis (ADAJE)	75	Ile-de-France
13	H77010	CTR L'Hébergement	77	Ile-de-France
14	H92020	CTR La Fratrie	92	Ile-de-France
15	H92010	CTR Trait d'Union	92	Ile-de-France
16	H93010	CTR APRAE	93	Ile-de-France
17	H94010	CTR Meltem	94	Ile-de-France
18	H11010	CTR Tourneboux	11	Languedoc-Roussillon
19	H30020	CTR Blannaves	30	Languedoc-Roussillon
20	H30010	CTR Lou Pauso	30	Languedoc-Roussillon
21	H30030	CTC Mas Saint Gilles	30	Languedoc-Roussillon
22	H66040	CTR Oliveraie	66	Languedoc-Roussillon
23	H57020	CTR Foville	57	Lorraine
24	H88010	CTR Le haut des frêts	88	Lorraine
25	H31010	CTR En Boulou	31	Midi-Pyrénées
26	H46020	CTR Le Peyry	46	Midi-Pyrénées
27	H65010	CTR Le Val d'Adour	65	Midi-Pyrénées
28	H59010	CTR Espace du possible	59	Nord-Pas-de-Calais
29	H59020	CTR La Maison	59	Nord-Pas-de-Calais
30	H59040	CTR L'Atre	59	Nord-Pas-de-Calais
31	H59030	CTR Le Cèdre Bleu	59	Nord-Pas-de-Calais
32	H49010	CTR Le moulin Haute-Brin	49	Pays de la Loire
33	H80010	CTR Le Relais Amiens	80	Picardie
34	H02010	CTR APTE	02	Picardie
35	H60010	CTR Flambermont	60	Picardie
36	H13010	CTR La Corniche	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
37	H13020	CTR Les Lauriers	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
38	H07010	CTR La cerisaie	07	Rhône-Alpes
39	H26010	CTR Divajeu	26	Rhône-Alpes
40	H26020	CTR Le Gué	26	Rhône-Alpes
41	H69010	CTR A3 - La Fuchardière	69	Rhône-Alpes
42	H74010	CTR Châlet du Thianty	74	Rhône-Alpes

**ANNEXE 4 : LISTE DES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE EN 2006**

N°	Code OFDT	Nom du centre	N° Dep	Région
1	P78010	CSST Maison Arrêt Bois d'Arcy	78	Ile-de-France
2	P21010	CSST Maison Arrêt de Dijon	21	Bourgogne
3	P69010	CSST Maison Arrêt de Lyon	69	Rhône-Alpes
4	P38010	CSST Maison Arrêt de Varcès	38	Rhône-Alpes
5	P59010	CSST Maison Arrêt Loos	59	Nord-Pas-de-Calais
6	P76010	CSST Maison Arrêt Rouen	76	Haute-Normandie
7	P33010	CSST Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan	33	Aquitaine
8	P91010	CSST Maison d'Arrêt de Fleury	91	Ile-de-France
9	P94010	CSST Maison d'arrêt de Fresnes	94	Ile-de-France
10	P75010	CSST Maison d'arrêt de la Santé	75	Ile-de-France
11	P44010	CSST Maison d'Arrêt de Nantes	44	Pays de la Loire
12	P06010	CSST Maison d'Arrêt de Nice	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
13	P86010	CSST Maison d'arrêt de Poitiers	86	Poitou-Charente
14	P67010	CSST Maison d'Arrêt de Strasbourg	67	Alsace
15	P31010	CSST Maison d'Arrêt de Toulouse	31	Midi-Pyrénées
16	P13010	CSST Maison d'Arrêt des Baumettes	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur

## ANNEXE 5 : LISTE DES CCAA EN 2006

	Code OFDT	Nom du centre	N° Dep	Région
1	67002	CCAA Wissenbourg	67	Alsace
2	67003	CCAA Haguenau	67	Alsace
3	67004	CCAA 'SAVERNE	67	Alsace
4	67005	CCAA Selestat	67	Alsace
5	67010	CCAA Hôpital Civil Strasbourg	67	Alsace
6	67011	CCAA Hôpital de HautePierre Strasbourg	67	Alsace
7	68001	CCAA 'COLMAR	68	Alsace
8	68002	CCAA Mulhouse	68	Alsace
9	68003	CCAA Altkirch	68	Alsace
10	9A101	ABPTA 'BASSE TERRE	9A	Antilles-Guyane
11	9A102	AGEPTA 'POINTE A PITRE	9A	Antilles-Guyane
12	9B201	Comité Martiniquais de prévention de l'alcoolisme	9B	Antilles-Guyane
13	9B202	CCAA 'St Esprit	9B	Antilles-Guyane
14	9B203	CCAA Trinite	9B	Antilles-Guyane
15	9C301	Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme	9C	Antilles-Guyane
16	24002	Centre d'Alcoologie de Périgueux	24	Aquitaine
17	33001	CCAA Bordeaux	33	Aquitaine
18	40003	CCAA Centre hospitalier Dax	40	Aquitaine
19	40004	CCAA Mont de Marsan	40	Aquitaine
20	47001	Centre d'Alcoologie d'Agen	47	Aquitaine
21	64003	CCAA Bayonne	64	Aquitaine
22	64006	CIAT Pau	64	Aquitaine
23	03002	CCAA Moulins	03	Auvergne
24	03003	CCAA Vichy	03	Auvergne
25	03004	Centre d'Alcoologie de Montluçon	03	Auvergne
26	15001	Centre d'Alcoologie d'Aurillac	15	Auvergne
27	43001	Centre d'Alcoologie du Puy-en-Velay	43	Auvergne
28	63001	Centre d'Alcoologie de Clermont-Ferrand	63	Auvergne
29	14001	Centre d'Alcoologie de Caen	14	Basse-Normandie
30	14002	Maison des addictions Caen	14	Basse-Normandie
31	50001	Centre d'Alcoologie de Cherbourg	50	Basse-Normandie
32	50002	Centre d'Alcoologie d'Avranches	50	Basse-Normandie
33	61001	CCAA Alençon	61	Basse-Normandie
34	21001	Centre d'Alcoologie de Dijon	21	Bourgogne
35	58001	Centre d'Alcoologie de Nevers	58	Bourgogne
36	71001	Centre d'Alcoologie de Mâcon	71	Bourgogne
37	89001	Centre d'Alcoologie d'Auxerre	89	Bourgogne
38	89002	Centre d'Alcoologie de Sens	89	Bourgogne
39	22001	CCAA St Brieuc	22	Bretagne
40	22002	CCAA du Trégor-Goëlo	22	Bretagne
41	22003	CCAA Dinan	22	Bretagne
42	29005	CCAA Quimperlé	29	Bretagne
43	29008	CCAA de Brest	29	Bretagne
44	29012	Centre d'Alcoologie de Quimper	29	Bretagne
45	29012	CCAA Morlaix	29	Bretagne
46	35003	Centre Hospitalier Guillaume Rénier	35	Bretagne
47	35004	CCAA Vitré	35	Bretagne
48	35005	CCAA St Malo	35	Bretagne



49	35006	CCAA Redon	35	Bretagne
50	35007	CCAA Fougères	35	Bretagne
51	56002	Consultation en alcoologie de Douar Nevez	56	Bretagne
52	18001	Centre d'Alcoologie de Bourges	18	Centre
53	28002	CICAT Dreux	28	Centre
54	28003	CCAA Chartres	28	Centre
55	36001	Centre d'Alcoologie de Châteauroux	36	Centre
56	37001	CCAA Tours	37	Centre
57	41001	Centre d'Alcoologie de Blois	41	Centre
58	45001	Centre d'Alcoologie d'Orléans	45	Centre
59	08001	Centre d'Alcoologie de Charleville-Mézières	08	Champagne-Ardennes
60	10001	CCAA REVIVRE	10	Champagne-Ardennes
61	10002	Centre d'Alcoologie de Troyes	10	Champagne-Ardennes
62	51002	Centre d'Alcoologie de Reims	51	Champagne-Ardennes
63	51003	CCAA Chalons	51	Champagne-Ardennes
64	52001	Centre d'Alcoologie de Chaumont	52	Champagne-Ardennes
65	52005	Centre d'alcoologie de Saint-Dizier	52	Champagne-Ardennes
66	25001	CHA Pontarlier	25	Franche-Comté
67	25002	AHSD MONTBELIARD	25	Franche-Comté
68	25003	Centre d'Alcoologie de Besançon	25	Franche-Comté
69	39001	CCAA Lons	39	Franche-Comté
70	70001	Centre d'Alcoologie de Vesoul	70	Franche-Comté
71	90001	Centre d'Alcoologie de Belfort	90	Franche-Comté
72	27001	CCAA Evreux	27	Haute-Normandie
73	27010	ANPAA Evreux	27	Haute-Normandie
74	27011	CCAA Bernay	27	Haute-Normandie
75	76002	CCAA BOIS GUILLAUME	76	Haute-Normandie
76	76004	CCAA PETIT QUEVILLY	76	Haute-Normandie
77	76010	CCAA BARENTIN	76	Haute-Normandie
78	76013	CH2A LE HAVRE	76	Haute-Normandie
79	76015	CCAA Elbeuf	76	Haute-Normandie
80	76016	CCAA Lamartine	76	Haute-Normandie
81	76017	CCAA Dieppe	76	Haute-Normandie
82	76018	CCAA LILLEBONNE	76	Haute-Normandie
83	75003	Centre d'Alcoologie Cap 14	75	Ile-de-France
84	75004	Centre du Moulin Joly	75	Ile-de-France
85	75007	Centre Ménéilmontant Aurore	75	Ile-de-France
86	75008	Centre du Marais	75	Ile-de-France
87	75009	Centre Vauvenargues	75	Ile-de-France
88	77001	Centre d'Alcoologie de Meaux	77	Ile-de-France
89	77002	CCAA de Meaux	77	Ile-de-France
90	77003	CCAA Coulommiers	77	Ile-de-France
91	77004	CCAA de Provins	77	Ile-de-France
92	77010	Centre d'Alcoologie de Melun	77	Ile-de-France
93	77011	Centre d'Alcoologie de Montereau	77	Ile-de-France
94	77012	Centre d'Alcoologie de Roissy-en-Brie	77	Ile-de-France
95	78002	CCAA Rambouillet	78	Ile-de-France
96	78003	CCAA Versailles	78	Ile-de-France
97	78004	CCAA Les Mureaux	78	Ile-de-France
98	78005	CCAA Saint Germain en Laye	78	Ile-de-France
99	78006	CCAA Mantes La Jolie	78	Ile-de-France
100	78013	CSST CEDAT Trappes	78	Ile-de-France
101	91001	Centre d'Alcoologie d'Evry	91	Ile-de-France

102	91003	CCAA Centre hospitalier d'Orsay	91	Ile-de-France
103	91005	CCAA milieu pénitentiaire	91	Ile-de-France
104	91006	CCAA Etampes	91	Ile-de-France
105	92001	CCAA Centre Magellan	92	Ile-de-France
106	92002	CCAA Centre Arthur Rimbaud	92	Ile-de-France
107	92005	CCAA Sud 92 Antony	92	Ile-de-France
108	92007	CCAA St Cloud	92	Ile-de-France
109	92008	CCAA Chiméne	92	Ile-de-France
110	92009	CCAA Nanterre	92	Ile-de-France
111	93001	CSAPA AULNAY SOUS BOIS	93	Ile-de-France
112	93002	CCAA MONTREUIL	93	Ile-de-France
113	93003	Unité d'Alcoologie de l'Hôpital Avicenne	93	Ile-de-France
114	93004	CCAA LA COURNEUVE	93	Ile-de-France
115	93007	CCAA SAINT OUEN	93	Ile-de-France
116	93008	CCAA CMS d'Aubervilliers	93	Ile-de-France
117	93011	Unité d'Alcoologie CHI Le Raincy-Monfermeil	93	Ile-de-France
118	93012	CCAA Ville de Drancy	93	Ile-de-France
119	93013	CCAA 'CMS Henri Barbusse	93	Ile-de-France
120	93014	CCAA 'CMS Pierre Rouqués	93	Ile-de-France
121	94001	CCAA 'CHU de Kremlin Bicêtre	94	Ile-de-France
122	94002	CCAA 'Centre Henri Duchene	94	Ile-de-France
123	94003	CCAA 'Centre Verlaine	94	Ile-de-France
124	94006	CCAA 'Centre Regain	94	Ile-de-France
125	95001	Centre d'Alcoologie d'Argenteuil	95	Ile-de-France
126	95002	CCAA Beaumont	95	Ile-de-France
127	95003	Centre d'Alcoologie de Montmorency	95	Ile-de-France
128	95004	Centre d'Alcoologie de Pontoise	95	Ile-de-France
129	95005	Centre d'Alcoologie de Gonesse	95	Ile-de-France
130	11001	CCAA CARCASSONNE	11	Languedoc-Roussillon
131	30001	CCAA Nimes	30	Languedoc-Roussillon
132	34001	Centre d'Alcoologie de Montpellier	34	Languedoc-Roussillon
133	48001	Centre d'Alcoologie de Mende	48	Languedoc-Roussillon
134	66001	Centre d'Alcoologie de Perpignan	66	Languedoc-Roussillon
135	19001	Centre d'Alcoologie de Brive	19	Limousin
136	23002	CCAA GUERET	23	Limousin
137	87001	Centre d'alcoologie de Limoges	87	Limousin
138	54004	CHU Nancy	54	Lorraine
139	54005	CCAA Mt Saint Martin	54	Lorraine
140	55001	Centre d'Alcoologie de Verdun	55	Lorraine
141	55003	Centre d'Alcoologie de Bar le Duc	55	Lorraine
142	55004	Antenne de Commercy	55	Lorraine
143	57001	CCAA Metz	57	Lorraine
144	88001	Centre Hospitalier Jean Monnet	88	Lorraine
145	88002	CCAA Remiremont (FMS)	88	Lorraine
146	88003	CCAA Neufchateau	88	Lorraine
147	88004	CCAA St Dié	88	Lorraine
148	09001	CCAA de Foix (ex Pamiers)	09	Midi-Pyrénées
149	12001	Centre d'Alcoologie de Rodez	12	Midi-Pyrénées
150	31001	Centre d'Alcoologie de Toulouse	31	Midi-Pyrénées
151	32001	CCAA Auch	32	Midi-Pyrénées
152	46001	Centre d'alcoologie de Cahors	46	Midi-Pyrénées
153	65001	Centre d'Alcoologie de Tarbes	65	Midi-Pyrénées
154	81001	Centre d'Alcoologie d'Albi	81	Midi-Pyrénées

155	82001	Centre d'Alcoologie de Montauban	82	Midi-Pyrénées
156	59001	CCAA de Valenciennes	59	Nord-Pas-de-Calais
157	59003	CCAA de Douai	59	Nord-Pas-de-Calais
158	59004	CCAA de Dunkerque	59	Nord-Pas-de-Calais
159	59005	CCAA de Cambrai	59	Nord-Pas-de-Calais
160	59007	Le Pari	59	Nord-Pas-de-Calais
161	59008	Consultation CH Hazebrouck	59	Nord-Pas-de-Calais
162	59009	Centre d'Alcoologie de Roubaix	59	Nord-Pas-de-Calais
163	59010	Centre d'Alcoologie de Tourgoing	59	Nord-Pas-de-Calais
164	62006	CCAA De Boulogne	62	Nord-Pas-de-Calais
165	62007	CCAA de Béthune	62	Nord-Pas-de-Calais
166	62008	CCAA d'Arras	62	Nord-Pas-de-Calais
167	62009	Centre d'Alcoologie et de Nutrition de Calais	62	Nord-Pas-de-Calais
168	62010	CCAA Les Marronniers	62	Nord-Pas-de-Calais
169	62011	CCAA St OMER	62	Nord-Pas-de-Calais
170	44002	CCAA Nantes 1	44	Pays de la Loire
171	49001	CCAA d'Angers	49	Pays de la Loire
172	53002	CCAT Laval	53	Pays de la Loire
173	72002	Centre d'alcoologie du Mans	72	Pays de la Loire
174	85004	CCAA La Roche sur Yon	85	Pays de la Loire
175	02001	CCAA de l'Aisne	02	Picardie
176	60001	Centre d'Alcoologie de Beauvais	60	Picardie
177	80001	Centre d'Alcoologie d'Amiens	80	Picardie
178	80002	Centre d'Alcoologie de Roye	80	Picardie
179	80003	CCAA de Péronne	80	Picardie
180	80004	CCAA Abbeville	80	Picardie
181	80005	CCAA de Friville Escarbotin	80	Picardie
182	16001	Centre d'Alcoologie d'Angoulême	16	Poitou-Charentes
183	17001	CCAA de Saint Jean d'Angely	17	Poitou-Charentes
184	17004	CCAA Jonzac	17	Poitou-Charentes
185	17005	CCAA de la Rochelle	17	Poitou-Charentes
186	17006	CCAA Rochefort	17	Poitou-Charentes
187	79001	Centre d'Alcoologie de Niort	79	Poitou-Charentes
188	79004	CCAA CH Nord 2Sèvres	79	Poitou-Charentes
189	86003	CIPAT-CCAA Poitiers	86	Poitou-Charentes
190	04001	Centre d'Alcoologie de Dignes-les-Bains	04	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
191	05001	Centre d'Alcoologie de Gap	05	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
192	06002	Centre d'Alcoologie de Nice	06	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
193	06003	Hôpital de l'Archet	06	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
194	13002	Centre d'Alcoologie de Marseille Labadié	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
195	13003	Centre d'Alcoologie de Martigues	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
196	13004	Centre d'Alcoologie d'Arles	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
197	13005	Centre d'Alcoologie de Salon-de-Provence	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
198	13006	Centre d'Alcoologie d'Aix En Provence	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
199	13007	Centre d'Alcoologie de Marseille Ste Marguerite	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
200	13008	Centre d'Alcoologie de la Ciotat	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
201	83001	Centre d'Alcoologie de Toulon	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
202	83002	CCAA Draguignan	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
203	83003	CCAA Fréjus	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
204	84001	Centre d'Alcoologie d'Avignon	13	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
205	2A001	CCAA AJACCIO	2A	Corse
206	2B001	Comité de Haute-Corse (2B)	2B	Corse
207	9D401	Centre d'Alcoologie de Saint- Denis (Réunion)	9D	Réunion

208	01001	Centre d'Alcoologie de Bourg-en-Bresse	01	Rhône-Alpes
209	07002	CCAA AUBENAS	07	Rhône-Alpes
210	07003	CCAA Annonay	07	Rhône-Alpes
211	07004	CCAA PRIVAS	07	Rhône-Alpes
212	26001	CCAA de la Drôme	26	Rhône-Alpes
213	38001	CHAA Maison d'arrêt Varce	38	Rhône-Alpes
214	38002	CCAA St Martin d'H	38	Rhône-Alpes
215	38003	CCAA Grenoble	38	Rhône-Alpes
216	42001	CCAA de Saint Etienne	42	Rhône-Alpes
217	42002	CCAA Roanne	42	Rhône-Alpes
218	42004	CCAA Feurs	42	Rhône-Alpes
219	69001	CCAA Jean-Charles Sournia	69	Rhône-Alpes
220	69002	Centre d'accompagnement en Alcoologie C2A	69	Rhône-Alpes
221	69003	Centre André Requet	69	Rhône-Alpes
222	69004	CCAA Givors	69	Rhône-Alpes
223	69005	Espace Accueil Accompagnement Villeurbanne	69	Rhône-Alpes
224	73001	Centre d'Alcoologie de Chambéry	73	Rhône-Alpes
225	73003	CCAA Albertville	73	Rhône-Alpes
226	74001	Centre d'Alcoologie d'Annecy	74	Rhône-Alpes

## ANNEXE 6 : LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur gestionnaire 2005-2006.....	7
Tableau 2 : Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1999 – 2006.....	8
Tableau 3 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les CSST, 2004-2006.....	9
Tableau 4 : Répartition régionale des CSST et des files actives en 2006.....	10
Tableau 5 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 1999 - 2006.....	11
Tableau 6 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 1999-2006.....	12
Tableau 7 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 1999 – 2006.....	12
Tableau 8 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 1999 – 2006.....	13
Tableau 9 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 1999 – 2006.....	14
Tableau 10 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.....	14
Tableau 11 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 1999-2006.....	15
Tableau 12 : Effectifs moyens par centre de l'ensemble des patients suivant le produit n°1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 1999-2006.....	16
Tableau 13 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2006.....	16
Tableau 14 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n° 3 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.....	17
Tableau 15 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006.....	17
Tableau 16 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 1999 - 2006.....	18
Tableau 17 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des CSST, en %, 2004-2006.....	18
Tableau 18 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes, 2004-2006.....	19
Tableau 19 : Nombre moyen de patients par CSST suivant les types d'actes, 2004-2006.....	19
Tableau 20 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CSST, 1999 - 2006.....	20
Tableau 21 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006.....	21
Tableau 22 : Les activités de prévention, 2004-2006.....	22
Tableau 23 : Ressources par poste, en moyenne par CSST, 2004-2006.....	22
Tableau 24 : Nombre d'ETP par structure et nombre de patient par ETP, 1999 – 2006.....	23
Tableau 25 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004-2006.....	24
Tableau 26 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004-2006 (mis à disposition comprise).....	24
Tableau 27: Nombre d'hébergement et nombre de place suivant les types d'hébergement intégrés dans la base de données, 2004-2006.....	25
Tableau 28 Nombre de CSST gérant de l'hébergement ayant fourni un rapport d'activité, nombre de places et nombre de patients concernés en 2006.....	26

Tableau 29 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le sexe, 2004-2006.....	26
Tableau 30 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le sexe, 2004-2006.....	26
Tableau 31 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant les tranches d'âge, 2004-2006 .....	27
Tableau 32 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant les tranches d'âge, 2004-2006 .....	27
Tableau 33: Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant l'origine géographique, 2004-2006.....	28
Tableau 34: Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant l'origine géographique, 2004-2006.....	28
Tableau 35 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le type de logement, 2004-2006.....	28
Tableau 36 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le type de logement, 2004-2006.....	29
Tableau 37 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le type de revenus, 2004-2006 .....	29
Tableau 38 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le type de revenus, 2004-2006 .....	30
Tableau 39 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant l'origine de la demande de prise en charge, 2004-2006 .....	30
Tableau 40 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant l'origine de la demande de prise en charge, 2004-2006 .....	31
Tableau 41 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006 .....	32
Tableau 42 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006 .....	32
Tableau 43 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en CTR suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.....	33
Tableau 44 : Répartition en % de l'ensemble des patients hébergés en ATR suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.....	33
Tableau 45 : Répartition en % de l'ensemble hébergés en CTR des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006 .....	34
Tableau 46 : Répartition en % de l'ensemble hébergés en ATR des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006 .....	34
Tableau 47 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels pour les patients hébergés en CTR, 2004-2006. ....	35
Tableau 48 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels pour les patients hébergés en ATR, 2004-2006. ....	35
Tableau 49 : Nombre moyen de patients hébergés en CTR ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006 .....	36
Tableau 50 : Nombre moyen de patients hébergés en ATR ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006 .....	36
Tableau 51 : Répartition des sortants des CTR selon la durée d'hébergement, 2004-2006. ...	37
Tableau 52 : Répartition des sortants des ATR selon la durée d'hébergement, 2004-2006. ...	37
Tableau 53 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis des CTR en 2004-2006. ....	38
Tableau 54 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis des ATR en 2004-2006. ....	38

Tableau 55 : Répartition des résidents hébergés en CTR sortis selon les motifs de sortie, 2004-2006.....	39
Tableau 56 : Répartition des résidents hébergés en ATR sortis selon les motifs de sortie, 2004-2006.....	39
Tableau 57 : Les moyens financiers des CTR, 2004-2006 .....	40
Tableau 58 : Les moyens financiers des ATR, 2004-2006 .....	40
Tableau 59 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi dans les CTR, en 2005 et 2006.....	41
Tableau 60 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi dans les ATR, en 2005 et 2006.....	41
Tableau 61 : Nombre de CTR sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2005-2006 (mis à disposition comprise).....	42
Tableau 62 : Nombre de CSST en milieu pénitentiaire, nombre de patients et file active moyenne, 2004-2006.....	43
Tableau 63: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004-2006.....	44
Tableau 64: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004-2006.....	44
Tableau 65 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004-2006.....	45
Tableau 66 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.....	45
Tableau 67 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004-2006.....	46
Tableau 68 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les produits n°2 posant le plus de problèmes, 2004-2006 .....	46
Tableau 69 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006. ....	47
Tableau 70 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004-2006. ....	47
Tableau 71 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004-2006 .....	48
Tableau 72 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes, 2005-2006.....	48
Tableau 73 : Nombre moyen de patients concernés, 2005-2006 .....	49
Tableau 74 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés à la méthadone par structure, 2004-2006.....	49
Tableau 75 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution à la buprénorphine haut dosage par structure, 2004-2006.....	50
Tableau 76 : Les activités de prévention, 2005-2006.....	50
Tableau 77 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2005-2006 .....	51
Tableau 78 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2005-2006 (mis à disposition comprise).....	52
Tableau 79: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur gestionnaire 2005-2006.....	53
Tableau 80 : Nombre de CCAA répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1999 - 2006.....	54
Tableau 81 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les CCAA, 2005-2006.....	55
Tableau 82 : Répartition régionale des CCAA et des files actives en 2006.....	56
Tableau 83 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004-2006.....	57

Tableau 84 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004-2006.....	57
Tableau 85 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 2004-2006.....	58
Tableau 86 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 2004-2006.....	58
Tableau 87 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004-2006.....	59
Tableau 88 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004-2006.....	59
Tableau 89 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 2004-2006.....	60
Tableau 90 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 à l'origine de la prise en charge, 2004-2006.....	60
Tableau 91 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004-2006.....	61
Tableau 92 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des CCAA, en %, 2004-2006.....	62
Tableau 93 : Nombre moyen d'actes par CCAA suivant les types d'actes, 2004-2006.....	62
Tableau 94 : Nombre moyen de patients par CCAA suivant les types d'actes, 2004-2006.....	62
Tableau 95 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CCAA, 2004-2006.....	63
Tableau 96 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004-2006.....	63
Tableau 97 : Les activités de prévention, 2004-2006.....	64
Tableau 98 : Ressources par poste, en moyenne par CCAA en 2004-2006.....	65
Tableau 99 : Nombre d'ETP par structure et nombre de patient par ETP, 2004-2006.....	66
Tableau 100 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004-2006.....	66
Tableau 101 : Nombre de CCAA sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CCAA ayant fourni des données sur les ETP, 2004-2006 (mis à disposition comprise).....	67
Tableau 102 : Nombre d'entretiens individuels avec le consommateur ou avec des membres de son entourage, par an, en moyenne par consultation jeunes consommateurs, 2005-2006.....	68
Tableau 103: Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2006.....	69
Tableau 104 : Répartition en % de l'ensemble des consommateurs vus dans les consultations jeunes consommateurs suivant l'orientation proposée en 2005 et 2006.....	69



Les personnes ayant des problèmes d'addiction peuvent bénéficier d'une prise en charge médico/sociale dans un dispositif spécialisé comprenant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie. Ces deux types de structure prendront en 2009 la dénomination commune de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les futurs CSAPA remplissent chaque année un rapport d'activité type, devenu commun aux CCAA et aux CSST en 2004. Ce rapport doit permettre de comprendre et de décrire de façon globale et homogène les caractéristiques des personnes accueillies par ce dispositif spécialisé, ainsi que l'activité de ces centres. La synthèse des données recueillies doit fournir des éléments d'aide à la décision tant au niveau national que local. Elle permet également à chaque CSST/CCAA de se situer par rapport aux moyennes nationales, en nourrissant ainsi la réflexion sur l'activité de chacune des structures de ce dispositif spécialisé.

Cette synthèse porte successivement sur l'activité des CSST en ambulatoire, l'activité d'hébergement des CSST (Centres thérapeutiques résidentiels, centres thérapeutiques communautaires et appartements thérapeutiques), l'activité des CSST en milieu pénitentiaire, et l'activité des CCAA. Une dernière partie traite des données sur l'activité des consultations jeunes consommateurs gérées par les CSST et les CCAA.