

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction générale de la santé

Sous-direction de la promotion de la santé
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau des pratiques addictives

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

NOR : SJSP0830130C

Date d'application : immédiate.

Classement thématique : protection sanitaire.

Références :

- Articles L. 312-1 à L. 314-13 du code de l'action sociale et des familles ;
- Articles L. 3311-2, L. 3411-2 et L. 3411-5 du code de la santé publique ;
- Articles L. 162-24-1, L. 174-7, L. 174-8 et L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale ;
- Article 92 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;
- Articles R. 311-1 à R. 311-37, D. 312-153, R. 312-194-1 à R. 312-195-25, R. 313-1 à R. 314-110 du code de l'action sociale et des familles ;
- Articles R. 3121-33-3, D. 3411-1 à R. 3411-10, R. 5121-85, R. 5121-88, R. 5124-45, R. 5126-3, R. 5132-10, R. 5132-76, R. 5132-112 du code de la santé publique ;
- Articles D. 385 et D. 390-1 du code de procédure pénale ;
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille ;
- Circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques ;
- Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ;
- Note interministérielle du 9 août 2001 d'orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive ;
- Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Textes abrogés ou modifiés :

- Décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes ;
- Décret n° 1998-1229 du 29 décembre 1998 relatifs aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

Annexes :

- Annexe I : Procédure d'autorisation des CSAPA ;
- Annexe II : Prescription, délivrance, approvisionnement et gestion des médicaments dans les CSAPA ;
- Annexe III : Consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs ;
- Annexe IV : Evolution du cadre des consultations jeunes consommateurs ;
- Annexe V : Les modalités d'hébergement ;
- Annexe VI : Gratuité du dépistage et de la vaccination contre le VHB des usagers de drogues accueillis en CSAPA.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

L'objectif de la présente circulaire est d'explicitier les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette réforme doit s'accompagner de la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

I. – MISE EN PLACE DES CSAPA

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L. 312-1 du CASF, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Jusqu'ici les CSAPA n'avaient pu se mettre en place faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA sont financés par l'assurance maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité.

A. ORIENTATION GÉNÉRALE DE LA RÉFORME

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation (voir *infra*). Toutefois, dans le cas d'un gestionnaire qui gérerait à la fois un CCAA et un CSST, celui-ci a vocation à devenir le gestionnaire d'un seul CSAPA.

L'objectif poursuivi est d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. Pour cela, il est possible de :

- développer des programmes particuliers destinés à une population spécifique (femmes, jeunes, précaires, sortants de prison...) ou pour des consommations déterminées (crack, drogues de synthèse...), dans ce cas un protocole de prise en charge devra être joint et devra préciser les compétences sur lesquelles l'équipe s'appuie ;
- mettre en place des collaborations entre différentes structures (sociales, de prise en charge, de dépistage, de réduction des risques...) qui devront être formalisées par des conventions jointes au dossier de demande d'autorisation ou dans le cadre de groupement (exemple : groupement de coopération sociale ou médico-sociale) ;
- procéder à des fusions.

Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées ;

- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative ;
- un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

B. PÉRIODE TRANSITOIRE

Selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (LFSS), les gestionnaires des CSST et des CCAA ont un délai de trois ans à compter du 23 décembre 2006, date de publication de la LFSS 2007, pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du CASF, en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA. Les CCAA et les CSST ont donc jusqu'au 22 décembre 2009 pour déposer, auprès du préfet de département, un dossier de demande d'autorisation en tant que CSAPA.

Durant cette période de transition, les CCAA et CSST restent soumis aux dispositions relatives à ces établissements dans leur rédaction antérieure à la date de publication des décrets du 14 mai 2007 et du 24 janvier 2008. Ainsi, le décret du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSST et le décret du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du CSP continuent de s'appliquer aux structures autorisées respectivement en tant que CSST ou CCAA. En revanche, depuis le 1^{er} janvier 2007, aucune structure ne peut désormais être autorisée en tant que CSST ou CCAA, toute nouvelle demande d'autorisation ne peut être qu'en vue de créer un CSAPA. C'est également pourquoi les précédents avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) favorables à la création d'un CCAA ou d'un CSST sont désormais caducs.

A compter de la publication de la présente circulaire, il appartient aux DDASS, en lien avec les DRASS, d'identifier les structures susceptibles de devenir des CSAPA et de les informer des règles relatives à la procédure d'autorisation détaillée en annexe (cf. annexe I). Dans la mesure du possible, le schéma régional médico-social d'addictologie devra être adopté préalablement au dépôt des dossiers de demande d'autorisation en CSAPA.

Les CSAPA doivent se mettre en conformité avec la totalité des missions prévues par décret.

Une attention particulière devra être portée sur le respect des dispositions prévues par la loi du 2 janvier 2002 quant aux droits des usagers (livrets d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge, participation au conseil de la vie sociale...).

A l'issue des trois premières années, l'autorisation des CSAPA sera reconduite par tacite reconduction sous réserve d'une visite de conformité conformément aux articles L. 313-5 et L. 313-6 du CASF.

II. – MISSIONS DES CSAPA

Les missions obligatoires et facultatives des CSAPA doivent pouvoir être réalisées dans le respect de l'anonymat, s'agissant de l'usage de stupéfiants, si la personne le demande conformément à l'article L. 3414-1 alinéa 2 du CSP.

A. MISSIONS OBLIGATOIRES

Le décret du 14 mai 2007 prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation.

1. L'accueil

Cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou le contactant (par exemple, par téléphone) qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise d'un rendez-vous.

Afin de garantir un accueil réussi, certaines conditions doivent être réunies :

- un accès facile de par leur implantation géographique et de par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle ;
- des locaux permettant l'accueil des personnes handicapées ;
- l'obligation d'assurer l'anonymat pour les consommateurs de stupéfiants qui le demandent ;
- la simplification des formalités d'accueil ;
- un espace adapté pour permettre la confidentialité.

Il appartient aux CSAPA de présenter, dans leur demande d'autorisation, les modalités d'accueil permettant de respecter ces conditions.

2. L'information

Cette mission s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.

L'information peut se présenter sous forme écrite (brochures...) ou orale, mais elle doit toujours être accompagnée et explicitée.

3. L'évaluation médicale, psychologique et sociale

Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage.

Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

4. L'orientation

Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins. Ainsi, lorsque le CSAPA accueille un patient qu'il ne peut prendre en charge en raison de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une autre structure mieux adaptée. Cela suppose donc que le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

B. MISSIONS OBLIGATOIRES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE SPÉCIALISATION

Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques :

- soit pour toutes les addictions ;
- soit pour l'alcool ;
- soit pour les drogues illicites.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure.

1. Prise en charge

La prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, elle participe dans tous aspects de la prise en charge globale du patient.

a) La prise en charge médicale

La prise en charge médicale comprend :

- l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance ;
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques ;
- la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités ;
- la proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient ;
- la prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie.

Au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) comme c'était déjà le cas pour les CSST et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. Par ailleurs, l'article L. 3411-5 du CSP prévoit que les CSAPA peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions. Dans la mesure où il est désormais inscrit à l'article D. 3411-1 du CSP que les CSAPA assurent la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, les CSAPA peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge et plus seulement les traitements de substitution aux opiacés. Les modalités d'approvisionnement, de détention et de dispensation des médicaments sont détaillées en annexe (cf. annexe II).

b) La prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui viennent compléter l'évaluation médicale.

Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

c) La prise en charge sociale et éducative

Cette prise en charge consiste en un accompagnement socio-éducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique.

Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend :

- des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux ;
- des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.

2. Réduction des risques

Tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. Ainsi, la réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Cependant, les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national.

La réduction des risques s'adresse aux personnes qui, du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques. Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations.

La mission de réduction des risques des CSAPA a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Les activités de réduction des risques doivent ainsi s'articuler avec les autres missions développées dans les CSAPA. Les modalités de mise en œuvre des actions de réduction des risques devront être précisées dans le projet thérapeutique du CSAPA. Un effort tout particulier devra être consenti aux actions visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes.

Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou, de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Elle est accompagnée tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques. Avec son accord, l'utilisateur sera orienté et/ou accompagné pour des examens complémentaires, vers des consultations spécialisées en concertation avec le médecin généraliste.

Conformément au décret du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, les CSAPA doivent mettre à disposition de leurs usagers des outils de réduction des risques.

C. MISSIONS FACULTATIVES

1. Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs

L'article D. 3411-1 du CSP prévoit que dans le cadre de leur mission d'accueil, d'information et d'évaluation, les CSAPA peuvent mettre en place des consultations de proximité. Elles doivent assurer le repérage précoce des usages nocifs (*cf.* annexe III).

Les consultations jeunes consommateurs peuvent fonctionner sous la forme de consultations de proximité (*cf.* annexe IV).

J'attire votre attention sur le fait que les consultations de proximité et les consultations jeunes consommateurs doivent être intégrées à la demande d'autorisation en CSAPA dans le cadre du dossier étudié par le CROSMS.

2. Activités de prévention, de formation et de recherche

Les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collectives (en milieu scolaire, au travail...), celles-ci ne sont pas financées sur la dotation globale de fonctionnement du CSAPA.

Les CSAPA peuvent également participer ou mettre en place des formations et des activités de recherche.

J'attire, toutefois, votre attention sur le fait que les activités de prévention, de formation et de recherche ne doivent pas être financées sur la dotation globale de financement octroyée au CSAPA au titre de son activité de soins. Afin de bien identifier les financements reçus au titre du soin d'un côté et ceux reçus pour d'autres activités, l'article R. 314-196-1 du CASF prévoit que les activités qui ne relèvent pas d'un financement par l'ONDAM médico-social (prévention, éducation à la santé, formation, recherche...) devront faire l'objet d'un budget propre pour les associations et d'un budget annexe autre que celui du CSAPA pour les établissements publics lorsque les produits affectés, au titre de ces activités, dépassent un seuil fixé par un arrêté pris en application du R. 314-152 du CASF. Ainsi, l'arrêté du 24 juin 2004 précise que ce seuil correspond au montant défini à l'article L. 312-4 du code de commerce, qui renvoie lui-même à un décret pour la fixation de ce seuil. Ainsi, le décret n° 2006-335 du 21 mars 2006 fixe ce montant à 153 000 €. Les établissements publics de santé ne sont pas concernés par cette disposition.

3. Prise en charge des addictions sans substances

Les CSAPA peuvent également prendre en charge les personnes souffrant d'addictions sans substances (en particulier le jeu pathologique). Une expertise collective sur le jeu menée par l'INSERM à

la demande de la DGS est en cours. Le rapport final prévu pour 2008 devra notamment permettre de définir des stratégies de prise en charge et de prévention adaptées. Dans le cadre de pratiques professionnelles émergentes, une attention particulière devra être portée aux compétences de l'équipe soignante dans ce domaine.

4. Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison

L'intervention des CSAPA en prison doit permettre la continuité de la prise en charge aussi bien pendant l'incarcération qu'après la sortie.

Par ailleurs, si un patient du CSAPA est incarcéré, le centre doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée.

La note interministérielle du 9 août 2001 référencée dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (septembre 2004) rappelle les axes essentiels de travail pour la prise en charge sanitaire et sociale des addictions en milieu pénitentiaire :

- repérage des usages abusifs et des dépendances ;
- diversification des prises en charges ;
- développement de la prévention ;
- préparation à la sortie.

Du fait de leurs missions et de leur intégration dans les réseaux sanitaires et sociaux, les CSAPA assurent les liens entre la personne sortante et les professionnels de santé chargés du suivi à la sortie. Ce travail doit se faire en lien avec le secteur de psychiatrie générale ou de psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'UCSA, mais également avec les autres spécialités médicales nécessaires à la prise en charge du patient.

III. – LE FONCTIONNEMENT DES CSAPA

A. EN AMBULATOIRE OU EN HÉBERGEMENT

Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire, soit avec hébergement, mais ils peuvent également assurer ces deux types de prestation. L'hébergement dans le cadre du CSAPA peut être individuel ou collectif.

Les CSAPA avec hébergement proposent des prestations résidentielles collectives (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition, communautés thérapeutiques). Le cas échéant, ils peuvent mettre en place des modalités d'hébergement individuel. Les CSAPA ambulatoires peuvent proposer des formes d'hébergement individuel (appartements thérapeutiques résidentiels, chambres d'hôtel, familles d'accueil).

Le détail de chaque type d'hébergement est détaillé en annexe (cf. annexe V).

J'attire votre attention sur le cas particulier des communautés thérapeutiques. L'article D. 3411-6 du CSP prévoit qu'elles peuvent devenir des CSAPA. En effet, ces structures sont autorisées, dans le cadre de la circulaire du 24 octobre 2006, en tant qu'établissements expérimentaux pour une durée de trois ans, reconductible une fois pour une durée d'un an. Au-delà de ce délai, ces communautés thérapeutiques pourront devenir des CSAPA sous réserve des résultats de l'évaluation menée au niveau national sous l'égide de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Leur éventuelle autorisation en CSAPA ne pourra se faire que sur la base de l'avis des services déconcentrés. Par ailleurs, une communauté thérapeutique ne peut demander à être autorisée immédiatement en tant que CSAPA. En effet, celle-ci doit d'abord s'inscrire dans le cadre de la procédure définie dans la circulaire précitée et être autorisée en tant qu'établissement expérimental.

B. L'ÉQUIPE

Afin de garantir une prise en charge pluridisciplinaire, l'équipe du CSAPA doit comporter différents professionnels de santé et travailleurs sociaux. Outre le personnel administratif et de direction, les CSAPA doivent compter du personnel médical et paramédical, social ainsi que des psychologues. Des vacations ou des conventions peuvent être prévues pour assurer la présence de ces différents personnels dans le CSAPA.

IV. – LE SUIVI DES CSAPA

A. SYSTÈME D'INFORMATION

Les CSAPA participent notamment à deux dispositifs de recueil de données : le rapport d'activité et le recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Par ailleurs, afin de permettre le suivi de la mise en place des CSAPA, une attention particulière devra être portée quant à l'enregistrement dans le répertoire FINESS.

1. Rapport d'activité

Conformément à l'article R. 314-49 du CASF, un rapport d'activité doit être transmis à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice. Les CSAPA doivent donc remettre, à leur DDASS, un rapport d'activité. Celui-ci est rempli conformément au modèle-type qui valait déjà pour les CCAA et les CSST. Le rapport d'activité est ensuite adressé à la DGS ainsi qu'à la DRASS.

Courant 2008, des modifications du modèle-type seront réalisées pour intégrer les ajustements nécessaires liés à la mise en place des CSAPA. Une refonte du rapport d'activité sera menée courant 2009. Le modèle-type élaboré fera l'objet d'un arrêté. Ce modèle n'entrera en vigueur que pour les rapports d'activité portant sur l'année 2010.

Un seul rapport doit être rempli par structure autorisée. Si la structure dispose d'antennes, un rapport global pour l'activité de toute la structure intégrant les antennes doit être rendu, les antennes ne devant être mentionnées que dans la partie sur les coordonnées des lieux ayant une permanence ouverte au public. Une structure autorisée ne doit remplir deux rapports que dans le cas où son activité est à la fois ambulatoire et avec hébergement. Dans ce cas, chaque rapport doit être rempli dans sa totalité de sorte que sont notamment renseignés l'activité, les moyens financiers et en personnel propres à la structure ambulatoire et à la structure avec hébergement.

Afin de pouvoir remplir ce rapport, il est obligatoire de s'équiper de matériel informatique et notamment d'un logiciel adapté.

2. RECAP

Les CSAPA participent également à RECAP. Ce recueil à caractère épidémiologique, qui respecte l'anonymat des patients et des structures, permet une description fine et le suivi des évolutions des profils des populations accueillies. RECAP qui succède à l'enquête « toxicomanie » du ministère de la santé (dite « de novembre ») s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des modes de collecte de données dans le champ des addictions au niveau national et au niveau européen. Conforme au protocole européen qui définit les obligations des Etats membres de l'Union européenne en matière de mise à disposition de données sur les demandes de traitement, RECAP permettra ainsi à la France d'assurer, dans ce domaine, ses obligations européennes. Les données RECAP doivent être transmises par chaque centre à l'OFDT avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice, sous la forme d'un fichier informatique dont les caractéristiques sont décrites dans le document « spécifications techniques » consultables sur le site internet de l'OFDT (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap_spe.doc).

3. Répertoire FINESS

Lorsque le CSAPA aura fait l'objet d'un arrêté d'autorisation, la nouvelle structure devra être enregistrée sous le répertoire FINESS. Je vous remercie de bien veiller à l'inscription de ces nouveaux établissements afin de pouvoir suivre la mise en place des CSAPA. Une instruction de la DREES sur les règles applicables aux CSAPA vous sera adressée.

B. EVALUATION

La récente mise en place de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) ne permet pas à l'heure actuelle de préciser les modalités d'évaluation. Celles-ci vous seront indiquées ultérieurement. Toutefois, l'obligation d'évaluation ne s'appliquera aux CSAPA qu'à partir de leur deuxième autorisation qui est d'une durée de quinze ans.

Les textes relatifs à l'évaluation des établissements médico-sociaux sont l'article L. 312-8 du CASF et le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

V. – PARTICIPATION AU DISPOSITIF DE VEILLE ET D'ALERTE SANITAIRES

Les CSAPA sont des partenaires essentiels du système de veille et d'alerte sur les événements inhabituels liés à la consommation de produits psychotropes.

En 2006 et 2007, deux événements inhabituels (cluster d'overdoses dans les Yvelines et circulation d'herbe de cannabis « contaminée » par des microbilles de verre) liés à la consommation de produits psychoactifs et ayant entraîné le déclenchement d'alertes sanitaires ont montré le rôle important que peuvent jouer les centres de soins spécialisés en addictologie dans de tels cas.

1. D'une part, les CSAPA peuvent être à l'origine du signal, susceptible d'entraîner le déclenchement d'une alerte sanitaire.

En effet, le personnel d'un centre peut suspecter ou avoir connaissance de :

- signes cliniques ou pathologies non recherchés par le consommateur, ayant un lien possible avec un produit ou une association de produits psychoactifs ;
- la circulation d'un produit psychoactif inhabituellement toxique (présence d'adjuvants, degré de « pureté », nouveauté du produit ou de l'usage...).

Dans de tels cas, le directeur du CSAPA doit, dans les plus brefs délais, porter à la connaissance de la DDASS les informations dont il dispose.

Par ailleurs, les cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave de médicament, plante ou autre produit doivent être signalés au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance le plus proche (article R. 5132-114 du CSP).

Enfin, les CSAPA peuvent également dans l'un des cas sus-cités être en mesure de collecter le produit à l'origine des troubles, ou un produit appartenant au même lot, pour le faire analyser dans le cadre du dispositif de veille « SINTES Veille » piloté par l'OFDT. Ils prennent alors contact avec le CIRDD de leur région, s'il existe, ou directement avec l'OFDT pour recevoir un ordre de mission et le kit SINTES contenant le matériel de collecte et d'envoi ainsi que le questionnaire de contexte.

2. D'autre part, dans le cas d'une procédure d'information, de veille, ou d'alerte déclenchée par les autorités de santé, les CSAPA constituent un relais particulièrement important auprès des professionnels et, le cas échéant, des usagers.

Le directeur du centre doit donc veiller à ce que la DDASS, ainsi que la (les) fédération(s) nationale(s) à laquelle le centre est, le cas échéant, affilié (ANIT, ANPAA, F3A...) disposent des coordonnées à jour du centre (téléphone, fax, messagerie).

En conséquence, les DDASS doivent veiller à disposer des listes de coordonnées à jour, permettant d'informer rapidement et efficacement l'ensemble des structures de leur département. Les listes de diffusion par messagerie électronique seront privilégiées.

Enfin, dans le cas où un signal aurait été émis par un CSAPA, la DDASS concernée sera chargée d'informer le centre des conclusions de l'évaluation du signal.

VI. – SCHÉMAS RÉGIONAUX MÉDICO-SOCIAUX D'ADDICTOLOGIE

L'article L. 312-5 du CASF prévoit que le représentant de l'Etat dans la région arrête le schéma régional relatif aux CSAPA. Dans la mesure où le dispositif de prise en charge en addictologie ne saurait se réduire aux CSAPA, ce schéma devra porter sur tout le dispositif médico-social en addictologie en articulation avec le dispositif hospitalier et la ville et il est dénommé schéma régional médico-social d'addictologie.

A. DÉFINITION DES SCHÉMAS

Conformément à l'article L. 312-4 du CASF, les schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie :

1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ainsi que de l'offre du secteur hospitalier et de la ville ;

3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ;

4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et notamment les CAARUD, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé publics ou privés ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1°.

Compte tenu des réalités épidémiologiques concernant les contaminations des usagers de drogues par les virus des hépatites B et C, il convient de tenir compte, en particulier, de l'offre de soins spécialisée en hépato-gastro-entérologie conformément au futur plan national hépatites 2008-2011.

5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Un document annexé aux schémas peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au 3°.

Lors de la définition des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, une attention particulière devra être portée à la couverture des besoins des personnes en détention ou sortant de prison.

B. ELABORATION DU SCHÉMA

Conformément à l'article L. 312-4 du CASF, les schémas régionaux d'addictologie sont établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Les schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie doivent donc être articulés avec le dispositif sanitaire en addictologie, mais ils doivent également tenir compte des possibilités de prise en charge en médecine de ville.

Les schémas régionaux d'addictologie devront également être en cohérence avec le plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, les orientations gouvernementales, les plans départementaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, les programmes régionaux de santé publique, le futur plan national hépatites 2008-2011 et avec les priorités de santé publique définies par la conférence régionale de santé.

Le schéma est élaboré par la DRASS dans le cadre de la commission régionale addictions, lorsque celle-ci existe et est arrêté par le préfet de région après consultation du CROSMS. Il peut être révisé à tout moment à l'initiative du préfet de région.

C. COMMISSIONS RÉGIONALES ADDICTIONS

Pour aider à l'élaboration et à la mise en place des schémas régionaux d'addictologie, des commissions régionales addictions devront être créées dans chacune des régions. Elles doivent

permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée.

En ce qui concerne le dispositif de prise en charge et les pratiques professionnelles, les commissions régionales constituent une instance de concertation, un lieu d'échanges et d'information. Elles constituent le cadre de préparation du schéma régional d'addictologie.

Elles seront présidées conjointement par le directeur de la DRASS ou son représentant et par le directeur de l'ARH ou son représentant. Elles seront composées d'acteurs concernés par l'addictologie en tant que personnalité qualifiée ou en tant que représentants institutionnels. La composition de la commission est laissée à la discrétion de la présidence. Toutefois, à titre indicatif, les commissions régionales pourront rassembler des représentants de l'État et de l'assurance-maladie, des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des structures médico-sociales, des établissements de santé, des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, des collectivités locales, des associations, des usagers... Les membres seront désignés pour une durée de cinq ans.

Ces commissions devront notamment travailler avec les GRSP et la Conférence régionale de santé.

Les comités départementaux des traitements de substitution pourront, le cas échéant, s'intégrer à ces commissions.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

ANNEXE I

PROCÉDURE D'AUTORISATION DES CSAPA

En application de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la création des CSAPA, est soumise à autorisation.

I. – LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE DES CSAPA

Conformément à l'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, les gestionnaires des CCAA et des CSST disposent d'un délai de trois ans à compter du 23 décembre 2006 pour solliciter une autorisation en tant que CSAPA.

II. – LA PROCÉDURE D'AUTORISATION

Les CSAPA sont soumis à la procédure d'autorisation présentée à l'article L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Celle-ci prévoit la consultation préalable du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui émet un avis.

Il est précisé que la procédure d'autorisation simplifiée ne s'applique pas dans le cas des CSAPA.

A. LA DEMANDE D'AUTORISATION

Conformément à l'article R. 313-2 du CASF, les demandes d'autorisation de création de CSAPA sont adressées au préfet de département, durant la période déterminée (appelée « fenêtre »), sous pli recommandé avec demande d'acté de réception, par la personne physique ou morale, responsable du projet.

(*Remarque*: en pratique, le dépôt de la demande d'autorisation [constituées du courrier recommandé avec AR et du dossier justificatif] s'effectue auprès du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du lieu d'implantation du CSAPA.)

1. Le contenu du dossier

Conformément à l'article R. 313-3 du CASF, le dossier comprend quatre parties :

1. Le nom de la personne physique ou morale de droit public ou privé gestionnaire ainsi que d'un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé.

2. Un état descriptif des principales caractéristiques du projet comportant :

a) sa localisation, sa ou ses zones d'intervention et de desserte ainsi que la ou les zones de résidence de ses bénéficiaires ;

b) les catégories de bénéficiaires ;

c) une étude des besoins auxquels le projet a vocation à répondre en tout ou en partie ;

d) la capacité prévue, répartie, le cas échéant, selon les modes de délivrance des prestations définies au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 ;

e) un avant-projet du projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 ;

f) l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 311-3 à L. 311-8 ainsi que, le cas échéant, les solutions envisagées en application de l'article L. 311-9 pour garantir le droit à une vie familiale des personnes accueillies ;

g) une note décrivant le projet architectural, assortie de plans en cas de construction nouvelle ;

h) la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L. 312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation ;

i) le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L. 312-7.

3. Un dossier relatif aux personnels comportant une répartition prévisionnelle des effectifs par types de qualifications.

4. Un dossier financier comportant :

a) les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire ;

b) le programme d'investissement précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et leurs dates de réalisation ;

c) en cas d'extension ou de transformation d'un établissement ou d'un service existant, le bilan comptable de cet établissement ;

d) le bilan financier de l'établissement ou du service ;

e) le plan de financement de l'opération dont l'autorisation est sollicitée ;

f) les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement du plan de financement mentionné au e) ;

g) le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement pour sa première année de fonctionnement.

Les modèles des documents prévus aux *d), e) et f)* du 4. sont fixés par arrêté du 3 décembre 2003 fixant le modèle de documents prévus au 4° du I de l'article 3 du décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création et de transformation ou d'extension des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux du ministre chargé de l'action sociale. »

Remarques relatives à certains éléments constitutifs du dossier :

Concernant l'étude des besoins auxquels le projet a vocation à répondre en tout ou en partie :
Chaque région doit élaborer un schéma d'organisation sociale et médico-sociale d'addictologie dont les projets relèveront.

La demande d'autorisation est fondée en terme de besoins sur la base d'éléments comme le taux d'équipement sur la zone de référence, des renseignements démographiques, des indicateurs sociaux, sanitaires, des enquêtes de terrain, etc.

Le projet doit préciser :

- pour les prestations en ambulatoire, les files actives prévisionnelles ;
- pour les prestations avec hébergement, le nombre de places par modalité et/ou catégorie (nombre de places en hébergement d'urgence, en appartement thérapeutique, en foyer collectif, en famille d'accueil, etc.).

Concernant le projet d'établissement :

Chaque CSAPA doit formaliser un projet d'établissement tel que prévu à l'article L. 311-8 du CASF. S'agissant des usagers de drogues, le CSAPA devra notamment préciser les stratégies mises en œuvre pour favoriser l'accès au dépistage et au traitement pour ce qui concerne le VIH et le VHC, ainsi que pour l'accès au vaccin contre l'hépatite B compte tenu des enjeux actuels dans la population concernée.

Par ailleurs, dans le cas de la mise en place de programme particulier, un protocole de prise en charge devra être joint et préciser les compétences sur lesquelles l'équipe s'appuie (exemple : personnel formé pour la prise en charge des addictions sans substance).

Concernant l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 311-3 à L. 311-8 du CASF (livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, information/ participation des usagers, etc.) :

Si le CSAPA dispose d'un ou de plusieurs de ces documents, une copie doit être jointe en annexe du dossier. Dans tous les autres cas, il convient de préciser les modalités et les moyens par lesquels le CSAPA s'engage à garantir les droits des usagers.

Concernant les modalités de coopération envisagées en application de l'article L. 312-7 du CASF :

Il convient d'indiquer dans le dossier les conventions de partenariat (formalisées ou en cours de conclusion), le(s) réseau(x) dans le(s)quel(s) s'inscrit le CSAPA.

Toutefois, ces conventions ne doivent pas avoir pour objet la réalisation d'une mission obligatoire fixée par l'article I du décret relatif aux missions des CSAPA.

Concernant la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L. 312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation :

En l'absence de référentiels de bonnes pratiques nécessaires à l'évaluation interne, les futurs CSAPA ne sont tenus ni de présenter la méthode d'évaluation lors de leur demande d'autorisation ni le résultat de l'évaluation lorsqu'ils étaient précédemment CCAA ou CSST.

Concernant le dossier financier :

Il est rappelé qu'un nouveau plan comptable s'applique aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux depuis le 1^{er} janvier 2006 conformément à l'arrêté du 19 décembre 2005 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF.

2. L'appréciation du caractère complet ou incomplet du dossier

Un contrôle du contenu du dossier est effectué par les services qui l'ont reçu.

Conformément à l'article R. 313-3 du CASF, les demandes d'autorisation ne peuvent être valablement examinées que si elles sont accompagnées d'un dossier justificatif complet. Selon l'article R. 313-5 du CASF, le dossier est réputé complet si, dans un délai d'un mois à compter de sa réception, l'autorité compétente pour accorder l'autorisation n'a pas fait connaître au demandeur la liste des pièces manquantes ou incomplètes, et ce par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

En cas de dossier incomplet, les intéressés ont jusqu'à la date de clôture de la période d'examen des demandes pour y adjoindre les pièces manquantes. A défaut, l'examen de la demande est reporté à la période suivante.

B. LA DÉLIVRANCE DE L'AUTORISATION

L'examen des demandes d'autorisation portera non seulement sur l'opérationnalité du projet, son respect des missions fixées par décret et de la réglementation relative aux établissements médico-sociaux, mais aussi sur l'optimisation de l'offre au regard des besoins sur un territoire donné.

Des modalités de coopération et/ou de regroupement pourront donc être proposées.

L'autorisation, en ce qui concerne les CSAPA, est délivrée par le préfet de département, après consultation et avis du CROSMS.

Les décisions d'autorisation ou de rejet explicites sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur de l'autorisation. Elles peuvent faire l'objet d'un recours contentieux devant les tribunaux administratifs dans les deux mois. Elles doivent en outre faire l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture du département.

En cas de décision implicite, c'est-à-dire en l'absence de notification d'une réponse dans les six mois suivant l'expiration de l'une des périodes de réception des demandes, l'autorisation est considérée comme rejetée.

Selon l'article R. 313-7 du CASF, le demandeur dispose alors d'un délai de deux mois courant de la date à laquelle il aurait dû recevoir une réponse pour solliciter, par lettre recommandée avec accusé de réception, de l'autorité compétente que celle-ci lui notifie les motifs de la décision implicite de rejet de la demande. A défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande dans le délai d'un mois suivant la réception de la demande de motivation, l'autorisation est réputée acquise.

1. La durée de l'autorisation

L'article L. 313-1 du CASF précise que, titre transitoire, la première autorisation délivrée aux CSAPA a une durée de trois ans.

Au terme de cette période de trois ans et en l'absence de référentiels permettant de procéder à l'évaluation externe, l'autorisation est renouvelée par tacite reconduction sous réserve d'une visite de conformité conformément à l'article L. 313-5 du CASF.

2. La visite de conformité

D'après l'article L. 313-6 du CASF, l'autorisation est valable sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement. Chaque structure détentrice d'une autorisation doit saisir la DDASS de son ressort pour que soit effectuée la visite de conformité.

La liste des pièces à fournir est fixée à l'article D. 313-12 du CASF.

Selon l'article D. 313-13 du CASF, la visite est effectuée par des agents de la DDASS, accompagnés d'un représentant de la caisse régionale d'assurance maladie et de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie.

ANNEXE II

PRESCRIPTION, DÉLIVRANCE, APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES MÉDICAMENTS DANS LES CSAPA

Principaux textes de référence :

- code de la santé publique, notamment les articles L. 3411-5, D. 3411-1, D. 3411-9 et R. 5124-45, R. 5132-10, R. 5132-26, R. 5132-76 ;
- décret n° 2007-157 du 5 février 2007 relatif aux substances vénéneuses et modifiant le code de la santé publique ;
- décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique ;
- note d'information DGS du 25 novembre 2004 relative aux relevés nominatifs et relevés récapitulatifs méthadone concernant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

Les règles relatives à l'approvisionnement, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation de médicaments de la présente annexe sont celles du décret du 14 mai 2007, qui devrait être prochainement modifié pour prendre en compte la possibilité de s'approvisionner dans le cadre des groupements de coopération sanitaire.

I. – NATURE DES MÉDICAMENTS QUE PEUVENT DÉLIVRER LES CSAPA

L'article L. 3411-5 du code de la santé publique précise que « les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions, dans les conditions fixées par décret ».

Parmi les missions des CSAPA précisées à l'article D. 3411-1 du CSP figurent notamment la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (...) les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont le traitement de substitution aux opiacés ».

Dans la mesure où les missions des CSAPA prévoient une prise en charge globale, les CSAPA peuvent désormais délivrer tous les médicaments concourant à cette prise en charge, à savoir : les traitements de substitution aux opiacés, les substituts nicotiniques, les psychotropes...

Par ailleurs, l'équipe médicale du CSAPA, sous la responsabilité du médecin de la structure, peut gérer, pour le compte du patient, de façon exceptionnelle et à des fins de meilleure observance, des traitements somatiques et psychiatriques, des médicaments qui lui ont été délivrés hors du centre.

II. – MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS DANS LES CSAPA

L'article D. 3411-9 du CSP précise les conditions de délivrance des médicaments dans les CSAPA, distinguant le cas où le centre est géré par un établissement de santé (avec ou sans pharmacie à usage intérieur) ou par une association.

Dans le cas d'un CSAPA géré par un établissement de santé qui dispose d'une pharmacie à usage intérieur, « la dispensation des médicaments est assurée par un pharmacien de la pharmacie à usage intérieur ».

Dans le cas d'un CSAPA géré par une association ou un établissement de santé qui ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur, la « dispensation des médicaments est assurée par un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou de la section H de l'ordre national des pharmaciens, ou à défaut par un médecin intervenant dans le centre, nommément désigné, autorisé par le préfet après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique ».

Lorsqu'un pharmacien est responsable de la gestion et de la délivrance des médicaments au sein des CSAPA, celui-ci doit notamment être inscrit à l'ordre des pharmaciens.

Conformément à l'article R. 5132-9 du CSP, la délivrance des spécialités inscrites sur la liste I, II et stupéfiants doit faire l'objet d'un enregistrement. Toutefois, afin de permettre la préservation de l'anonymat du patient tout au long de sa prise en charge, les CSAPA peuvent déroger aux obligations prévues à l'article R. 5132-10 du code de la santé publique, qui s'appliquent notamment aux traitements de substitution aux opiacés. Ainsi, s'agissant de l'usage de stupéfiants, la mention du nom et de l'adresse du patient ne devra pas être inscrite sur les registres à l'occasion de la délivrance de médicaments, si le patient a demandé expressément l'anonymat conformément à l'article L. 3414-1 du code de la santé publique.

III. – APPROVISIONNEMENT DES MÉDICAMENTS DANS LES CSAPA

Pour les CSAPA à gestion associative ou à gestion hospitalière sans pharmacie à usage intérieur : en application du 6° de l'article R. 5124-45° du CSP, l'approvisionnement doit se faire directement auprès de fabricants, de distributeurs ou de grossistes répartiteurs.

Pour les CSAPA à gestion hospitalière avec pharmacie à usage intérieur : lorsque le centre est géré par un établissement public de santé, la pharmacie à usage intérieur dessert le site.

IV. – GESTION DES MÉDICAMENTS DANS LES CSAPA

Sur les conditions de stockage des médicaments : l'article D. 3411-9 alinéa 3 du CSP précise que « les médicaments sont détenus conformément à l'article R. 5132-26 et dans les conditions de l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du pharmacien ou du médecin autorisé par le préfet ».

Les médicaments doivent être stockés dans un lieu fermé à clef et accessible uniquement au personnel autorisé. Par ailleurs, les médicaments gardés pour le compte des patients devront également être stockés dans les mêmes conditions de sécurité, mais de manière individualisée.

Sur le suivi des entrées et sorties des médicaments de substitution aux opiacés : l'article D. 3411-9 alinéa 4 du CSP prévoit qu'un état annuel des entrées et sorties des médicaments est adressé au pharmacien inspecteur régional de santé publique. Celui-ci porte sur l'ensemble des médicaments.

J'attire, enfin, votre attention sur le fait que les CSAPA ont l'obligation de déclarer les vols de stupéfiants et de psychotropes conformément aux articles R. 5132-80 et R. 5132-95 du CSP, aux autorités de police, à l'inspection régionale de la pharmacie et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

ANNEXE III

CONSULTATIONS DE PROXIMITÉ ASSURANT LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES USAGES NOCIFS

L'article D. 3411-1 du code de la santé publique prévoit, dans son premier alinéa, que les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne et de son entourage. Ils assurent cette mission dans les locaux du CSAPA, mais ils peuvent également l'assurer à l'extérieur du centre. Pour cela, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité.

Ces consultations de proximité ont pour but d'assurer le repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

Comme indiqué dans la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique.

L'intervention précoce consiste, d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psychoactives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins.

Ainsi les consultations de proximité s'adressent à des personnes dans leurs premières étapes de la consommation et dont la consommation de substances psychoactives peut être qualifiée d'usages à risque, d'usage nocif, d'abus ou d'usages problématiques selon les classifications. Pour permettre le repérage, les consultations de proximité doivent aller à la rencontre de ce public (par exemple : les jeunes, les personnes sous main de justice, les personnes en situation de précarité...) en intervenant dans les lieux fréquentés par ces personnes (services éducatifs, sociaux, sanitaires, judiciaires...). A l'exemple des consultations pour jeunes consommateurs et des consultations avancées en direction des personnes en situation de précarité.

Le repérage précoce des personnes en difficulté suppose un étroit travail de collaboration et d'information avec les personnels des lieux et des services d'implantation, pour que l'ensemble des acteurs agissent de façon cohérente et soient en mesure d'orienter vers la consultation.

Cette phase de repérage est complétée par l'intervention de proximité dans une démarche brève de quelques entretiens. Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psychoactives de la personne et vise à aider la personne à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave...

Références :

Textes européens :

- stratégie anti-drogue 2005-2012 de l'Union européenne
<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/04/st15/st15074.fr04.pdf>
- plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008)
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/c_168/c_16820050708fr00010018.pdf

Dans le domaine des addictions :

- Québec : plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>
- Suisse : stratégie de prévention pour les communes face aux dépendances, à la violence et à l'exclusion sociale, Office fédéral de la santé publique
<http://www.radix.ch/commune/html/informations.html>

Dans d'autres domaines :

- Québec : cadre stratégique du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose, décembre 2004
http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/psychosisf/psychosisf.pdf
- Québec : intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et autres drogues, Santé Canada, 2006
http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce_f.pdf

ANNEXE IV

ÉVOLUTION DU CADRE DES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

La présente annexe abroge et remplace le cahier des charges des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille, mises en place, en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, par la circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 afin d'en prévoir les conditions d'évolution.

Elle vise notamment à préciser les missions, le public et les substances considérées, compte tenu du bilan des consultations précitées et de la volonté d'intégrer, pour le secteur médico-social, les consultations existantes dans le nouveau cadre constitué par les CSAPA (mesure 14 du Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011). Ainsi le décret relatif aux missions des CSAPA prévoit que ces derniers assurent l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs. (Les consultations pour jeunes consommateurs sont une illustration de la mission d'intervention précoce ainsi confiée aux CSAPA.)

Par ailleurs, les consultations rattachées aux établissements de santé ont vocation à intégrer les consultations hospitalières d'addictologie.

Le rapport de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005 est disponible sur le site de l'OFDT : <http://www.drogues.gouv.fr/article5000.html>.

I. – LE NOUVEAU CADRE DES CONSULTATIONS POUR JEUNES CONSOMMATEURS

A. OBJECTIFS

Les consultations destinées aux jeunes consommateurs s'adressent, en priorité, aux jeunes y compris les mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. L'objectif est d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif). Elles accueillent les usagers, qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice), parce qu'ils présentent des difficultés attribuées à un usage simple, à risque ou nocif de substances psychoactives. Les personnes présentant une addiction à des comportements sans consommation de substance associée (jeux, internet, travail...) peuvent également être accueillies ; dans ce cas, les équipes devront justifier d'un projet thérapeutique adapté.

Une attention particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, sans pour autant totalement exclure des patients plus âgés pour lesquels ce type d'intervention s'avère utile.

L'entourage doit également pouvoir être accueilli. Il doit pouvoir trouver, auprès des professionnels de la consultation, une écoute et un soutien dans les difficultés qu'ils ressentent vis-à-vis des consommations ou comportements addictifs de leurs proches. En réponse à leurs interrogations et leurs préoccupations, ils doivent pouvoir recevoir une information sur les substances, leurs effets et leurs risques ainsi que sur les divers types de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge. Les parents doivent être soutenus dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac. Des consultations conjointes peuvent être proposées.

Les consultations autorisées depuis 2004 ont vu leur activité largement centrée sur la consommation de cannabis, au point qu'elles sont aujourd'hui le plus souvent appelées « consultations cannabis ». Tout en conservant ce savoir-faire particulier concernant le cannabis, ce dispositif doit désormais répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, en insistant particulièrement sur les consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de psychostimulants, ainsi que sur les polyconsommations.

B. CADRE GÉNÉRAL

Ces consultations doivent être désormais rattachées formellement aux CSAPA, pour celles adossées jusqu'à présent à une structure médico-sociale, et aux consultations hospitalières d'addictologie pour celles adossées à un centre hospitalier.

Les consultations, jusqu'ici rattachées à un établissement médico-social sont placées sous la responsabilité du directeur ou responsable du CSAPA. Leur financement relève de la dotation globale de fonctionnement du CSAPA.

A contrario, les consultations destinées aux jeunes consommateurs du secteur sanitaire, sont regroupées dans la consultation hospitalière d'addictologie dans le cadre des structures de niveau 1 du plan addictions 2007-2011.

C. MESURES TRANSITOIRES

Les autorisations des premières consultations pour jeunes consommateurs, autorisées pour une durée de trois ans, arrivent à échéance fin 2007. Compte tenu de la fin de ces autorisations, il est nécessaire de prévoir leur rattachement soit dans le cadre des CSAPA soit dans le cadre des consultations hospitalières d'addictologie.

Les consultations rattachées à un CCAA ou à un CSST

Les consultations rattachées à un CSST ou à un CCAA, dont les missions sont redéfinies ci-dessus, seront intégrées dans les CSAPA. Selon le calendrier de transformation des CCAA et CSST en CSAPA et l'échéance des autorisations des consultations, deux hypothèses se présentent :

- pour les consultations dont l'autorisation arrive à échéance avant la transformation du CCAA ou du CSST en CSAPA :
 - à l'issue des trois ans d'autorisation de la consultation, l'autorisation peut être reconduite, par courrier du préfet de région, pour une durée maximale de trois ans, au vu du rapport d'évaluation et des éléments relatifs à l'activité de la consultation et les besoins locaux. Cette consultation devra, à compter du renouvellement de l'autorisation, se conformer au nouveau cahier des charges défini dans cette annexe. Dès que la structure porteuse (CCAA ou CSST) de la consultation deviendra un CSAPA, la consultation devra être intégrée dans cette nouvelle structure.
- pour les consultations dont l'autorisation arrive à échéance après la transformation du CCAA ou du CSST en CSAPA :
 - la consultation sera intégrée au CSAPA dès que celui-ci sera autorisé. La demande d'autorisation en tant que CSAPA devra présenter la consultation comme partie intégrante du CSAPA et se conformer au nouveau cahier des charges. Au vu du rapport d'évaluation et des éléments relatifs à l'activité de la consultation et les besoins locaux, il peut être demandé à ce que l'organisation de la consultation soit revue. Les nouvelles consultations créées, après la sortie de cette circulaire devront se conformer au nouveau cahier des charges et être intégrées dans un CSAPA.

La dotation jusqu'ici octroyée aux consultations sera intégrée dans la dotation globale de fonctionnement des CSAPA.

Les consultations rattachées à un établissement de santé :

Les consultations pour jeunes consommateurs du secteur sanitaire, sont regroupées dès la publication de la présente circulaire, dans la consultation hospitalière d'addictologie si cette dernière existe déjà. Dans le cas où la consultation d'addictologie n'est pas encore mise en place, la consultation pour jeunes consommateurs constitue à elle seule ou en se regroupant avec la consultation hospitalière de tabacologie un des éléments de la consultation d'addictologie.

D. RÔLE DES DRASS

La mise en place des CSAPA et des schémas régionaux d'addictologie est l'occasion de réaffirmer le rôle des DRASS dans la mise en œuvre et le suivi de la politique de prévention et de prise en charge des addictions. Outre leur rôle en tant qu'autorité de tutelle et leur rôle dans la procédure d'autorisation, elles ont plus spécifiquement pour les consultations jeunes consommateurs un rôle d'animation. Ainsi les DRASS, en lien avec les DDASS et les chefs de projet et, éventuellement, les coordonnateurs MILDT, devront notamment veiller à :

- une bonne couverture territoriale des besoins, en favorisant notamment le rapprochement entre structures pour la création d'antennes ;
- une bonne articulation de ces consultations avec les structures et projets financés notamment au titre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ou des programmes de santé scolaire et d'éducation à la santé.
- faciliter l'organisation de formations (*cf. infra*) ;
- la promotion, la diffusion et l'utilisation d'outils et pratiques professionnelles recommandés ;
- porter leur existence à la connaissance de partenaires tels que les élus locaux, l'éducation nationale et les professionnels de santé.

II. – CAHIER DES CHARGES DES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

A. MISSIONS

Les consultations doivent assurer : accueil, information, évaluation, prise en charge brève, et orientation, si nécessaire.

En particulier, les consultations :

- réalisent une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repèrent un éventuel usage nocif ;
- offrent une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève aux consommateurs à risque ou nocifs selon leurs besoins ;
- accompagnent ou proposent une orientation aux personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long cours, etc.) ;
- offrent un accueil et une information à l'entourage ;
- proposent un accueil conjoint du consommateur et de son entourage ;
- vont à la rencontre des personnes en difficultés potentielles et se font connaître des partenaires et institutions telles que éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville ;

- reçoivent les personnes orientées par l'autorité judiciaire ;
- peuvent participer à des actions d'information et de prévention collective et les mettre en œuvre. Dans ces cas, ces actions ne sont pas financées par l'ONDAM.

B. ORGANISATION DES CONSULTATIONS

Les consultations sont gratuites et doivent garantir la confidentialité. S'agissant de l'usage de stupéfiants, les personnes se présentant spontanément peuvent demander à bénéficier de l'anonymat conformément à l'article L. 3421-4 du code de la santé publique.

Horaires d'ouverture et modalités d'accès à la consultation :

Le lieu de la consultation est accessible facilement, notamment par les transports de voyageurs.

Les horaires sont adaptés au public reçu (scolarisés, actifs).

Chaque consultation propose au moins une demi-journée d'accueil par semaine, dont une en dehors des horaires de classe ou de travail (le mercredi après-midi et/ou le samedi).

Les formalités d'accès sont réduites au minimum.

Personnel :

La consultation initiale du consommateur peut être réalisée par un médecin, un infirmier, un psychologue ou un éducateur exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire compétente en addictologie. Toutefois, l'évaluation a montré que lorsque le premier entretien est assuré par un médecin, un infirmier ou un psychologue les risques d'abandon au cours de la prise en charge sont divisés par deux.

L'ensemble des professionnels intervenant au sein de la consultation doit attester d'une compétence en matière d'addictions, les publics jeunes et l'accueil de l'entourage. Un responsable de la consultation doit être désigné par le directeur du CSAPA ou celui du service auquel est rattachée la consultation hospitalière.

Modalités de fonctionnement :

Le fonctionnement des consultations est clairement identifié au sein de la structure par ses horaires, son personnel, la gestion des calendriers et de prise de rendez-vous. Il appartient au responsable de la consultation, en lien avec celui du CSAPA, d'organiser un fonctionnement harmonieux au sein de la structure, permettant le déroulement des différentes activités du centre dans des lieux ou à des temps individualisés. Les conditions d'accès doivent garantir la protection des publics jeunes. Une attention particulière sera apportée à l'identification de la consultation à l'extérieur des locaux (sur la voie publique).

Ouverture de consultations avancées :

Afin de réduire les inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins, des consultations avancées peuvent être développées dans d'autres structures à vocation sociale et médico-sociale. Dans ce cas, une convention entre la structure gestionnaire de la consultation et celle gestionnaire du lieu d'accueil prévoit la mise à disposition des locaux et, le cas échéant, des personnels. En revanche, il est nécessaire de rappeler que le CSAPA ne peut financer une autre entité pour que cette dernière assure une consultation pour jeunes consommateurs.

Promotion et visibilité des consultations :

Le responsable de la consultation doit régulièrement diffuser une information sur son existence, ses missions et ses modalités de fonctionnement, auprès des structures accueillant des adolescents et des jeunes, en particulier les établissements scolaires, les établissements médico-sociaux accueillant des jeunes handicapés et des personnes en situation de précarité (CHRS, notamment), les maisons de l'adolescent, les points accueil écoute jeunes, les missions locales, les centres sociaux et les services agissant dans le champ des drogues, de l'alcool, du tabac, de l'addiction et de la santé mentale. Les services de médecine du travail doivent également être informés de l'existence des consultations. Celle-ci doit également être portée à la connaissance de l'ensemble des médecins généralistes du territoire d'intervention de la consultation, en utilisant les relais professionnels, syndicaux et ordinaires.

Le responsable de la consultation veillera donc à équilibrer la promotion et la présentation de son service entre une vision globale addictologique et une approche par produit.

C. SUIVI, ÉVALUATION ET RECHERCHE

Le système d'information mensuel des consultations cannabis (SIMCCA) a fourni depuis début 2005 des données particulièrement utiles au suivi de la montée en charge de l'activité des structures. Le suivi mois par mois de l'évolution du nombre de personnes accueillies ne semble plus nécessaire. SIMCCA sera donc supprimé en 2008. Les données d'activité seront désormais suivies annuellement dans le cadre de l'annexe Consultation jeunes consommateurs du rapport d'activité type des CSAPA. Les caractéristiques des personnes accueillies seront récoltées dans le cadre de RECAP à l'aide d'un questionnaire simplifié. Il est pour cela nécessaire que les CSAPA intègrent les données de la consultation dans leur système d'information habituel en utilisant les modalités prévues dans les différents logiciels pour permettre de renseigner le passage dans la consultation jeunes consommateurs.

ANNEXE V

LES MODALITÉS D'HÉBERGEMENT

L'article D. 3411-3 du code de la santé publique précise que « les centres assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux prestations ».

Le CSAPA avec hébergement assure une prise en charge médico-sociale. Selon le projet thérapeutique, des modalités de court, moyen ou long séjour peuvent être mises en œuvre.

1. Le court séjour avec des structures d'urgence ou de transition ;
2. Le moyen et long séjour des appartements thérapeutiques relais, des centres thérapeutiques résidentiels, des réseaux de familles d'accueil ;
3. Les communautés thérapeutiques.

I. – LE COURT SÉJOUR

Le court séjour avec des structures d'urgence ou de transition, est destiné à l'accueil pour des durées courtes (inférieures à trois mois), pendant lesquelles la situation socio-sanitaire de l'usager sera évaluée et une prise en charge médicale, psychosociale et éducative proposée.

Il doit permettre une période de rupture et/ou de transition (initiation d'un traitement de substitution, attente de sevrage, sortie de prison...) favorable à l'initiation d'une démarche de prise en charge.

L'hébergement de court séjour peut être collectif (type foyer) ou individuel (nuitées d'hôtel).

II. – LE MOYEN ET LONG SÉJOUR

a) Les appartements thérapeutiques

L'hébergement en appartement thérapeutique permet à la personne suivie dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychosociale et éducative (suivi ambulatoire) de reconquérir son autonomie, de restaurer des liens sociaux (par exemple, à travers le partage des tâches quotidiennes dans l'appartement) et professionnels (recherche de formation, d'emploi, etc.). Ce type d'hébergement vise à prolonger et renforcer l'action thérapeutique engagée. Il s'adresse en particulier aux personnes bénéficiant d'un traitement lourd (TSO, VHC, VIH).

La durée de séjour en appartement thérapeutique est comprise entre un mois et un an, renouvelable une fois.

Le bénéficiaire peut participer aux frais d'hébergement, en fonction de sa situation, de ses ressources et des objectifs fixés par le projet thérapeutique.

b) Les centres thérapeutiques résidentiels

Le centre thérapeutique résidentiel est une structure qui associe un hébergement collectif et le soin. Il assure les mêmes missions et prestations que l'ambulatoire. Il constitue le support à une prise en charge individualisée.

Il s'adresse à des personnes y compris si elles sont sous traitement de substitution aux opiacés, ayant besoin d'un cadre structuré ainsi qu'un éloignement temporaire, une rupture avec leur environnement habituel. Son apport réside dans la diversité des approches : prise en charge médicale et psychologique, accompagnement, socialisation (activité et vie collectives mais avec une approche différente de celle de la communauté thérapeutique), réinsertion socio-professionnelle.

Le séjour, généralement de quelques semaines à plusieurs mois, a une durée maximale d'un an.

c) Les familles d'accueil

Mis en place au début des années 1970, l'accueil familial est présenté comme une alternative aux modalités de prise en charge thérapeutique.

Il s'agit de permettre la prise en charge de personnes toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité d'accéder à leur autonomie. Les indications d'un séjour en famille d'accueil varient selon la situation sanitaire et sociale de la personne. La famille d'accueil peut être utilisée comme lieu de pause notamment pour les personnes toxicomanes ayant des affections somatiques lourdes (VIH, VHC) ou se trouvant en phase de stabilisation d'un traitement de substitution.

L'hébergement en famille d'accueil s'adresse à toute personne dépendante à une ou plusieurs substances psychoactives (illicite et/ou alcool), suivie en ambulatoire, en sevrage ou abstinente.

La durée d'accueil est variable, de quelques jours à plusieurs mois.

III. – LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

La circulaire n° DGS/MILDT/SD6B/2006-462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques fixe le cahier des charges de ces structures. Les communautés théra-

peutiques sont des structures d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale.

Le séjour est d'une durée de 12 à 24 mois.

Des communautés thérapeutiques ont été mises en place, en tant qu'établissement expérimental. Celles-ci pourront devenir des CSAPA sous réserve de l'évaluation menée au niveau national et de l'avis des services déconcentrés. Une communauté thérapeutique ne peut être autorisée immédiatement en tant que CSAPA, la structure doit avoir préalablement été autorisée en tant qu'établissement expérimental via la procédure fixée par la circulaire précitée.

ANNEXE VI

GRATUITÉ DU DÉPISTAGE ET DE LA VACCINATION CONTRE LE VHB DES UD ACCUEILLIS EN CSAPA

L'étude de la dynamique de l'infection par le virus de l'hépatite B a conduit, depuis plusieurs années, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France à recommander la vaccination des toxicomanes utilisant des drogues par voie intraveineuse ou intranasale (BEH 29-30,2005, cité dans « Repères pour votre pratique – prévention de l'hépatite B », INPES 2006).

En outre, la précarité des usagers de drogues est une donnée sociale connue que des travaux récents ont rappelée.

En application de l'article L. 3411-4 du code de la santé publique, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pourront à partir de 2008, proposer aux patients qu'ils accueillent un dépistage gratuit de l'hépatite B et une vaccination, gratuite également, si nécessaire. Ces prestations devront préserver l'anonymat des patients qui en feraient la demande, comme cela est déjà prévu dans le fonctionnement général des CSAPA.

L'objectif général de cette mesure est d'atteindre en trois ans une couverture vaccinale de 80 % de la population visée (patients utilisant des drogues ou produits détournés de leur usage par voie intraveineuse ou intranasale).

I. – MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE

Il est demandé aux CSAPA de proposer aux patients utilisant des drogues ou produits détournés de leur usage par voie intraveineuse ou intranasale, un dépistage gratuit de l'hépatite B, le cas échéant sous couvert de l'anonymat. Si le patient accepte, le médecin du centre devra réaliser la prescription. Les recommandations actuelles préconisent la recherche de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc (« Repères pour votre pratique – prévention de l'hépatite B », INPES 2006).

Le prélèvement peut être réalisé par un personnel habilité du centre ou dans un laboratoire d'analyses biomédicales (LABM).

Le rendu des résultats est un temps qu'il faudra particulièrement soigner, comme lors de tout entretien de ce type. Toutefois, s'agissant de l'hépatite B, la complexité de l'interprétation des résultats rend ce moment tout à fait essentiel. Pour mémoire, en cas de présence d'anticorps anti-HBs ou d'antigène HBs, la vaccination est inutile. Si les anticorps anti-HBc sont présents isolément (autres marqueurs négatifs), un bilan complémentaire s'impose par la recherche d'ADN viral notamment.

En cas de négativité de l'ensemble des marqueurs, la vaccination doit être proposée. Le schéma vaccinal recommandé est de trois doses à 0 – 1 et 6 mois, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre la première (D1) et la deuxième dose (D2), la troisième dose (D3) pouvant être, en pratique, réalisée entre 5 à 12 mois après la deuxième dose. Le médecin du centre prescrira ce schéma.

Il est en outre particulièrement recommandé de fournir au patient, s'il ne l'a pas déjà, un carnet individuel de vaccination. Il est possible de commander gratuitement de tels carnets auprès de l'INPES, des CODES ou de les télécharger à partir de l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/781.pdf> (pages 11 à 14).

Enfin, il est nécessaire que les directeurs et personnels des CSAPA prennent connaissance des deux références suivantes, afin d'organiser concrètement la réalisation des vaccinations au sein des centres :

1. « Guide des vaccinations 2006 », élaboré par le comité technique des vaccinations et publié par l'INPES, en particulier le chapitre « Aspects pratiques des vaccinations » et les annexes 3, 5 et 6, concernant respectivement le cadre de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux, les centres régionaux de pharmacovigilance et le formulaire de « déclaration d'effet indésirable » (<http://www.inpes.sante.fr>, espace thématique « vaccination »).

2. « Guide pour la prévention des infections liées aux soins réalisés hors des établissements de santé », publiée par la direction générale de la santé, notamment les chapitres 11 et 12, consacrés à l'aménagement, l'organisation et l'entretien des locaux, ainsi qu'à la gestion des déchets d'activité de soins (<http://www.sante.gouv.fr>, thème « infections »).

II. – DISPOSITIONS FINANCIÈRES

La facturation du bilan biologique sera adressée au centre qui règlera le (ou les) LABM, au cas par cas ou, le cas échéant, dans le cadre d'une convention. En tout état de cause, le patient ne devra pas avancer le coût de l'analyse.

S'agissant de l'achat des vaccins, celui-ci pourra être réalisé par le CSAPA au cas par cas auprès d'une officine, ou à l'occasion d'une commande groupée. Il est également possible que le patient se procure lui-même les doses de vaccin et revienne au centre pour que soient réalisées les injections. Dans ce dernier cas, il conviendra de prendre contact préalablement avec l'officine afin que celle-ci adresse la facture au centre et que le patient soit ainsi protégé de toute avance de frais.

Vous disposerez, dans le courant 2008, des crédits nécessaires pour vous substituer financièrement aux caisses et aux patients. Le détail de ces dispositions financières vous sera transmis par les circulaires de campagne budgétaire ou de notification des mesures nouvelles.

Par ailleurs, s'agissant de l'hépatite C, dont le dépistage est déjà pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, il convient de procéder comme auparavant s'agissant de la prescription du test de dépistage et des modalités de remboursement des patients.

III. – SUIVI DE LA MESURE

S'agissant du suivi de la mesure, vous devrez transmettre chaque année à la DGS dans le cadre du rapport d'activité les trois chiffres suivants :

- nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B ;
- nombre de personnes ayant débuté une vaccination ;
- nombre de personnes ayant complété le schéma vaccinal.