

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004

Christophe Palle (OFDT)
Chaheir Chabane (OFDT)
Christelle Lemieux (DGS/SD6b)
Nicolas Prisse (DGS/SD6b)

Saisie des rapports et constitution de la base de données : StatsMicro

Tables de matières:

INTRODUCTION	5
Champ du recueil d'informations.....	5
Objectifs du recueil d'informations	5
Modalités et bilan du recueil d'informations	5
Qualité des données	5
LES CENTRES DE SOINS SPECIALISES AUX TOXICOMANES EN AMBULATOIRE EN 2004.....	7
1. Les structures répondantes	7
Répartition selon le statut juridique	7
Nombre de consultants.....	7
Les lieux d'activité.....	8
Répartition géographique.....	9
2. les patients.....	11
Répartition par sexe	11
Répartition par âge.....	11
Origine géographique.....	12
Logement	12
Revenus.....	13
Origine de la demande de consultation	13
Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes	14
Répartition des patients suivant les produit n°2 et n°3.....	15
Usage du produit.....	15
Voie intraveineuse	16
3. l'activité.....	17
Ensemble des actes et patients concernés	17
Activités de groupes thérapeutiques.....	18
Sevrages.....	18
Traitements de substitution	19
Les activités de prévention.....	21
Le budget en 2004.....	21
Intervenants.....	22
LES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT EN 2004.....	27
1. Les structures répondantes	27
Répartition par type de structures	27
Répartition géographique.....	28
2. les patients.....	30
Répartition par sexe	30
Répartition par âge.....	30
Origine géographique.....	31
Logement	31
Revenus.....	32
Origine de la demande de prise en charge.....	32
Répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes.....	33
Produit n°2	34
Voie intraveineuse	35
3. l'activité.....	36
Ensemble des actes et patients concernés	36
Activités de groupes thérapeutiques.....	37
Traitements de substitution	37
Durée d'hébergement.....	37

Les actes de prise en charges réalisés à l'extérieur du centre.....	38
Durée d'hébergement des résidents sortants	38
Projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année	38
Motifs de sortie du résident.....	39
Les activités de prévention.....	39
Le budget en 2004.....	40
Les intervenants	40
4- Synthèse	42
LES CENTRES DE SOINS SPECIALISES EN MILIEU PENITENTIAIRE EN 2004.....	44
1. Les structures répondantes	44
File active.....	44
Répartition géographique.....	44
2. les patients.....	46
Répartition par sexe	46
Répartition par âge.....	46
Revenus.....	47
Origine de la demande de consultation	47
Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge	48
Produit n°2	49
Usage du produit.....	49
Voie intraveineuse	50
3. l'activité.....	51
Ensemble des actes et patients concernés	51
Sevrages	52
Traitements de substitution	52
Substituts nicotiniques	53
Les activités de prévention.....	53
Le budget en 2004.....	53
Les intervenants	54
4- Synthèse	56

INTRODUCTION

Champ du recueil d'informations

Les données présentées dans cette synthèse sont issues des rapports d'activité type des centres spécialisés dans les soins aux toxicomanes (CSST) financés principalement, jusqu'en 2002, par le budget de l'Etat. Depuis le 1er janvier 2003, ces structures relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et font l'objet d'un financement par la sécurité sociale.

Ce dispositif a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues 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 appartenir au secteur privé (associations) ou au secteur public (établissements publics de santé). Sont inclus dans le champ de ce recueil d'information, les CSST en ambulatoire ou 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. Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux CCAA a été introduit pour les données de l'année 2004. Les CCAA feront l'objet d'un rapport spécifique

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 163 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 ». Il est souhaitable de faire figurer un « 0 » dans une case plutôt que la laisser vide dès lors qu'on possède l'information sur un item. Par exemple si un CSST n'a pas prescrit de méthadone au cours de l'année, il est préférable d'indiquer 0 patients plutôt que de ne fournir aucun chiffre.

L'utilisation d'un nouveau rapport introduit par ailleurs des perturbations dans le système de recueil d'information. Dans le cas des CSST en ambulatoire les résultats semblent pouvoir être comparés entre 2003 et 2004. 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 hébergés 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 demande de gros efforts et une forte mobilisation de l'ensemble des structures. 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 DE SOINS SPECIALISES AUX TOXICOMANES EN AMBULATOIRE EN 2004

1. LES STRUCTURES REpondANTES

Répartition selon le statut juridique

En 2004, 163 rapports¹ de CSST en ambulatoire ont pu être intégrés dans la base de données, ce qui correspond à un taux de couverture de 77 %, chiffre en diminution par rapport à celui de 2003 (94%). Cette évolution est principalement liée au fait qu'un certain nombre de rapports d'activité ont été fournis sous l'ancien format et n'ont donc pas pu être intégrés à la base de données. Les deux tiers des structures relèvent du secteur associatif et le tiers restant du secteur public, essentiellement hospitalier.

Tableau 1: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur statut juridique 2004

		Nombre	%
Statut Privé	ASSOCIATIF NON ANPAA	94	57
	ANPAA	13	8
	SOUS TOTAL	107	65
Statut Public	HOPITAL	49	31
	AUTRES	7	4
	SOUS TOTAL	56	35
Total		163	100

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Nombre de consultants

Les CSST ont accueilli 545 personnes (y compris famille et entourage) en moyenne par structure en 2004, dont 440 patients consommateurs actuels ou passés de substances psychoactives, chiffre en nette progression par rapport à 2003. La diminution du taux de couverture peut avoir pour effet d'augmenter la file active moyenne, les non répondants étant sans doute plus souvent des structures avec des files actives moins élevées que la moyenne. La file active a cependant augmenté de près de 10 000 patients entre 2002 et 2004 alors que le taux de couverture est à peu près le même pour ces deux années.

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

Tableau 2 : Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1998 – 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de CSST présents dans la base	158	140	167	150	169	195	163
Nombre de patients recensés dans les structures répondantes	43 028	41521	52 826	50 198	62 304	71 108	71 829
% de nouveaux patients	50	51	48,7	49,4	51,7	51,1	48,9
File active moyenne par structure (Nombre de patients/nombre de structures)	272	297	316	335	368	363	440

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFDT

La file active médiane est de 369 patients, valeur inférieure à la moyenne. La présence de quelques CSST ayant des files actives importantes a pour effet d'augmenter la moyenne. Les files actives se répartissent entre un minimum de 21 patients et un maximum de plus de 2000 patients.

La file active totale de l'ensemble des CSST peut être évaluée dans une fourchette comprise entre 85 000 et 90 000 patients. La valeur inférieure est obtenue en attribuant aux cinquante CSST absents de la base le nombre de patients accueillis en 2003 ou en 2002. La valeur haute est obtenue en attribuant à chaque CSST la valeur médiane observée en 2004.

Parmi les patients accueillis en 2004, environ la moitié (49 %) était reçue pour la première fois dans la structure.

Le nouveau rapport d'activité permet également de distinguer les patients vus une seule fois. Parmi les structures ayant déclaré au moins un patient vu une seule fois, 94 patients n'ont eu qu'un seul contact avec la structure, ce qui représente 22 % de la file active moyenne.

Les lieux d'activité

La question sur le nombre de lieux ouverts était nouvelle pour les CSST dans le rapport 2004. L'information sur le nombre de lieux ouverts est manquante dans un nombre important des rapports figurant dans la base. Parmi les 105 structures ayant renseigné cette question, environ un quart n'a déclaré aucun lieu ouvert plus de 20 heures par semaine. 20 CSST mentionnent deux lieux ouverts plus de 20 heures par semaine, et quatre d'entre eux plus de deux lieux. Si l'on affecte la valeur moyenne de 1,05 lieux ouverts plus de vingt heures par semaine aux CSST pour lesquels l'information sur les lieux d'ouverture n'est pas connue, on obtient un nombre total d'environ 225 lieux ouverts plus de vingt heures par semaine sur tout le territoire français.

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

	2004
Nombre d'entités juridiques ayant fourni des données sur les heures	105
Nombre total de lieux ouverts recensés	185
Nombre de lieux ouverts plus de 20 h par semaine	110
Nombre moyen de lieux par entité juridique	1,76
Nombre moyen de lieu ouvert plus de 20 h par entité juridique	1,05
Nombre total d'heures d'ouvertures	4911
Nombre moyen d'heures d'ouverture par entité	47
Part des lieux ouverts plus de 20h/semaine dans le total des heures d'ouverture (en %)	84

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité CCAA/CSST 2004

Répartition géographique

La file active pour 1 000 habitant âgé de 15 à 44 ans est très supérieure à la moyenne en PACA, Corse, dans les Antilles et la Guyane, en Franche-Comté et en Ile de France. Ce chiffre est en revanche très inférieur à la moyenne nationale à la Réunion, dans les Pays de la Loire, et en Auvergne.

Tableau 4 : Répartition régionale des CSST et des files actives en 2004

REGIONS	Nombre de CSST existants en 2004	Nombre de CSST présents dans la base en 2004	File active des CSST présents dans la base en 2004	File active totale estimée des CSST en 2004	File active pour 1000 habitants âgés de 15 à 44 ans (1)
ALSACE	6	6	2256	2256	2,9
ANTILLES-GUYANE	8	3	1192	2009	4,5
AQUITAINE	10	5	2134	4620	3,9
AUVERGNE	4	4	1060	1060	2,1
BASSE-NORMANDIE	3	3	1736	1736	3,1
BOURGOGNE	5	5	1825	1825	3,0
BRETAGNE	5	3	2445	3106	2,6
CENTRE	7	5	1860	2213	2,3
CHAMPAGNE-ARDENNE	5	5	1512	1512	2,8
CORSE	2	2	488	488	4,6
FRANCHE-COMTE	6	6	2024	2024	4,4
HAUTE-NORMANDIE	6	6	1722	1722	2,3
ILE-DE-FRANCE	49	34	17635	21432	4,3

LANGUEDOC-ROUSSILLON	7	7	3738	3738	3,9
LIMOUSIN	2	2	722	722	2,8
LORRAINE	6	5	2752	3097	3,2
MIDI-PYRENEES	11	9	2745	3087	2,9
NORD-PAS-DE-CALAIS	13	6	4065	6036	3,5
PAYS DE LA LOIRE	8	5	1802	2470	1,8
PICARDIE	6	4	1765	2222	2,9
POITOU-CHARENTES	4	4	2633	2633	4,1
PROV.-ALPES-COTE D'AZUR	23	22	9170	9250	5,1
REUNION	2	1	129	237	0,7
RHONE-ALPES	16	11	4419	6030	2,5
TOTAL	214	163	71829	85525	2,9

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, 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 2003 ou 2002 ; données de population 2001 pour les Antilles, la Guyane et la Réunion.

2. LES PATIENTS

Répartition par sexe

Parmi les patients accueillis en 2004, le ratio homme/femme est de 3,2. Les valeurs maximales et minimales pour la proportion d'hommes sont respectivement de 92% et de 12%. Dans 8 CSST sur 10, la proportion de patients de sexe masculin est supérieure à 70 %.

Le pourcentage de patients de sexe masculin est en recul pour la deuxième année consécutive ce qui semblerait confirmer la rupture de tendance constatée en 2003. Il ne peut cependant être exclu que ces variations, qui restent relativement faibles, puissent être liées aux évolutions du taux de couverture.

Tableau 5 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 1998 - 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Homme	75,6	76,3	77,3	77,6	78,3	77,7	76,6
Femme	24,4	23,7	22,7	22,4	21,6	22,3	23,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFD

Répartition par âge

Comme les années précédentes, les patients âgés de 30 ans et plus sont légèrement majoritaires (51%) parmi les patients accueillis en 2004. Les mineurs représentent 7% de la file active alors que les plus âgés (40 ans et plus) en représentent 16%.

En termes d'évolutions, les tendances observées depuis la fin des années 1990 se maintiennent en 2004, les évolutions étant cependant moins marquées qu'auparavant : la part des moins de 25 ans continue de progresser et atteint 30% (contre moins de 24% en 1999) ; la part des 40 ans et plus poursuit également son mouvement à la hausse bien qu'à un rythme très faible en 2004. Cette évolution s'est réalisée au détriment de la génération des 25-29 ans.

Tableau 6 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Moins de 18 ans	3,3	3,8	4,5	5,1	5,2	6,1	6,6
18 à 24 ans	23,4	19,8	19,8	21,7	22,6	23,7	23,8
25 à 29 ans	27,9	25,7	24,2	22,0	19,7	18,5	18,2
30 à 39 ans	38,7	41,6	40,3	38,2	38,3	35,7	34,9
40 ans et plus	6,6	9,0	11,2	13,0	14,2	16,0	16,3
Total âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	92,1	93,8	92,7	97,4	96,6	95,5	95,5
------------------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFD

Origine géographique

Environ 84% des patients accueillis résident dans le même département que le CSST avec lequel ils sont rentrés en contact. 11% 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.

Depuis 1999 jusqu'à 2003, la proportion de patients résidant dans le même département que le CSST augmente d'environ 1 point chaque année. Cependant, cette évolution s'est interrompue en 2004, cette proportion ayant reculé de plus de 3 points par rapport à 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 (notamment des Hauts de Seine et du val de marne) et du Nord.

Tableau 7 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 1998 - 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Département	84,7	83,1	84,3	85,5	86,4	87,4	83,8
Autres départements de la région	9,0	10,3	10,0	9,5	8,3	7,7	11,0
Hors région	6,2	6,6	5,7	5,0	5,3	4,9	5,2
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	82,4	88,0	88,8	91,4	90,9	91,3	94,8
------------------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFDT

Logement

En 2004, 74 % des patients disposent d'un logement stable alors que 19% sont considérés comme occupant un logement de façon précaire et près de 7 % 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 63 %.

Par rapport aux années 1998/1999, la part des personnes déclarant avoir un logement stable est en augmentation. Cette tendance se prolonge en 2004. Le pourcentage de personnes habitant dans des conditions précaires continue de diminuer alors que la part des sans domicile fixe semble fluctuer autour de 7%.

Tableau 8 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 1998 – 2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Logement stable	68,2	68,8	71,1	69,6	70,5	72,4	74,2
Logement précaire	24,2	23,8	22,7	23,1	22,1	20,6	19,1

Sans logement	7,6	7,5	6,2	7,2	7,4	7,0	6,6
Total Logement	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	79,4	83,3	86,4	86,7	89,4	89,3	89,2
------------------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFDI

Revenus

Les ressources d'un peu plus d'un tiers des patients (35,9%) proviennent de revenus du travail. Un peu plus d'un quart des patients (27 %) 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). 13% sont à la charge de tiers et 12% ne perçoivent aucun des revenus mentionnés précédemment.

Le pourcentage de patients percevant des revenus du travail continue de progresser, comme les années précédentes. La part des revenus issus de transferts sociaux reste identique entre 2003 et 2004. Une rupture apparaît en revanche pour le pourcentage de patients déclarés comme à la charge d'un tiers en progression constante de 1999 à 2003 alors qu'il diminue en 2004.

Tableau 9 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 1998 – 2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Revenus du travail	28,2	31,5	32,3	33,9	35,2	34,8	35,9
ASSEDIC	13,5	12,6	12,7	12,2	12,4	12,0	11,5
RMI	26,4	25,9	24,0	22,8	20,9	19,6	18,6
AAH	7,3	7,4	7,9	7,9	7,6	7,0	6,2
Autres prestations sociales	nd	nd	nd	nd	nd	nd	2,1
A la charge d'un tiers	12,3	11,8	12,1	12,9	13,8	15,5	13,0
Autres ressources	12,2	10,8	11,0	10,3	10,1	11,0	12,5
Total Ressources	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	74,5	80,5	80,3	81,8	81,6	81,6	84,8
------------------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFDI

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 ». 18 % des patients viennent consulter suite à une mesure judiciaire ou administrative.

Les modifications introduites dans le nouveau rapport pour cette question rendent les comparaisons difficiles avec les années précédentes.

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

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

Taux de réponses	89,9
------------------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes

En 2004, les opiacés au sens large (y compris les traitement de substitution détournés de leur usage thérapeutique) apparaissent comme la catégorie de produit posant le plus de problèmes pour près de 46% des patients. On remarque aussi la forte présence du cannabis qui est cité pour 28 % des patients. L'alcool se situe en troisième position avec près de 11% des cas.

Cette répartition des patients selon le produit posant le plus de problèmes est proche de celle observée sur la question du produit à l'origine de la prise en charge dans les rapports d'activité 2003. Le chiffre de 2004 relatif à la part des opiacés est encore en baisse, comme cela a été le cas presque chaque année depuis 1998. La part des patients pour lesquels est cité l'alcool atteint son plus haut niveau depuis 1998. Celle des patients citant le cannabis, en progression rapide depuis 1998, se stabilise en revanche en 2004.

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, 1998-2004.

	1998 <i>22 827 patients</i>	1999 <i>21 436 patients</i>	2000 <i>32 398 patients</i>	2001 <i>31 938 patients</i>	2002 <i>42 310 patients</i>	2003 <i>41 168 patients</i>	2004 <i>71829 patients</i>
Alcool	6,1	7,4	6,8	7,9	9,1	8,3	10,8
Cannabis	16,1	19,6	21,8	20,6	25,0	29,3	28,5
Opiacés	54,6	48,2	47,1	47,4	43,1	41,4	37,9
Cocaïne et crack	5,1	5,6	5,6	6,5	6,2	5,3	5,7
Amphét., ecstasy	1,8	1,4	1,9	2,0	2,3	1,8	1,7

Méd psychotropes	5,2	4,8	4,3	3,7	3,2	3,3	3,2
Méthadone., BHD	8,4	10,9	9,2	7,7	7,6	7,9	8,0
Autres	2,7	2,1	3,3	4,2	3,5	2,7	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses							90,4
------------------	--	--	--	--	--	--	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Répartition des patients suivant les produit n°2 et n°3

Un deuxième produit posant problème est déclaré pour 47% 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.

Par ailleurs, 27% des patients recensés dans la file active ont déclaré un troisième produit. Comme pour le deuxième produit, le cannabis est en tête (environ un quart des patients ayant déclaré un troisième produit), suivi par le tabac.

Tableau 12 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 et n° 3 à l'origine de la prise en charge, 2004.

	Produit n°2 33 759 patients	Produit n°3 19 619 patients
Alcool	16,3	16,1
Tabac	7,4	18,1
Cannabis	26,6	25,6
Opiacés	14,0	7,4
Cocaïne et crack	13,8	11,4
Amphét. ecstasy	5,0	8,3
Méd psychotropes	7,3	6,7
Méthadone., BHD	7,0	4,0
Autres	2,2	2,1
Total	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Usage du produit

Un peu moins 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 proche de 20% de patients classés en usage nocif et de patients classés en usage à risque.

Tableau 13 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004

	2004
Usage à risques	18,6
Usage nocif	19,5
Dépendance	61,8
Total	100,0

Taux de réponses	66,6
------------------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Voie intraveineuse

En 2004, environ un patient sur six a utilisé la voie intraveineuse récemment, mais plus de la moitié des patients n'a 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 2004. Avec 30% de non injecteurs en 1998 contre 56% en 2004, la population accueillie par les CSST en ambulatoire semble s'être notablement transformée entre 1998 et 2004. 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 14 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 1998 - 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Utilisation par voie intraveineuse	29,4	29,0	26,4	24,8	22,3	19,9	16,7
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	39,9	36,5	34,4	30,1	28,2	28,3	26,6
Jamais	30,7	34,5	39,2	45,1	49,5	51,8	56,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taux de réponses	74,2	79,2	77,9	80,4	78,0	78,1	77,4
------------------	------	------	------	------	------	------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, DGS/OFDT

3. L'ACTIVITE

Ensemble des actes et patients concernés

Sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST en ambulatoire en 2004, les actes infirmiers sont les plus nombreux (40% de l'ensemble des actes), suivis par les actes d'éducateurs ou d'animateurs (14% des actes). Médecins généralistes, psychiatres et psychologues effectuent chacun environ 10% des actes. Le cumul des actes infirmiers et de médecins représente plus de 60% des actes.

Tableau 15 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.

	2004
Médecins généralistes	12,1
Psychiatres	10,2
Infirmiers	40,5
Psychologues	10,0
Assistants sociaux	7,5
Educateurs spécialisés et animateurs	14,0
Diététiciens	0,1
Autres	5,4
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

En moyenne par CSST, entre 130 et 140 patients sont vus par un médecin généraliste, un infirmier, un psychologue et/ou un éducateur. Le nombre de patients vus par les assistants sociaux est beaucoup plus faible (85).

Tableau 16 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes et le nombre de patients concernés, 2004

	Actes	Patients
Médecins généralistes	1022	141
Psychiatres	841	100
Infirmiers	3406	139
Psychologues	842	136
Assistants sociaux	637	85
Educateurs spécialisés et animateurs	1180	128
Diététiciens	7	5
Autres	455	52

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, 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.

Activités de groupes thérapeutiques

Note : sont considérées comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant

Environ un tiers des CSST ont mentionné un nombre de groupe ou un nombre de réunion et 40% un nombre de patients concernés. Pour les autres structures, il n'est pas possible de distinguer entre les non réponses et les réponses 0. Les chiffres du tableau 24 indiquent donc un nombre moyen de réunion ou de groupe parmi les CSST en ayant déclaré au moins une.

Tableau 17 : Activités de groupes thérapeutiques, 2004

	Moyenne
Nombre de groupes	68
Nombre de réunions	48
Nombre de patients concernés	72

	Taux de réponse
Nombre de groupes	33
Nombre de réunions	34
Nombre de patients concernés	41

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Sevrages

En 2004, près de 17 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST, et près de 10 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Le nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire semble avoir beaucoup progressé entre 2003 et 2004. L'utilisation d'un nouveau rapport d'activité en 2004 dans lequel a été supprimé la question relative au sevrage par diminution des doses prescrites de traitement de substitution pourrait avoir une influence sur l'évolution de cette donnée. On peut en effet faire l'hypothèse qu'une partie des réponses positives à cette dernière question se sont reportées sur la question relative au sevrage ambulatoire. La question sur les sevrages en milieu hospitalier n'était pas posée dans les rapports d'activité antérieurs à 2004.

D'après les données des rapports d'activité, on peut estimer à environ 7500 le nombre de patients ayant suivi un sevrage assuré ou suivi par un CSST en 2004.

Tableau 18 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CSST, 1998 - 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST	6,8	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8
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	nd	10,3

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2004, 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 : calcul effectué 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 2004, 158 CSST (sur 163) ont renseigné les questions relatives aux traitements de substitution². Afin de permettre les comparaisons dans le temps, les 2% des CSST avec les files actives de patients sous méthadone ou sous BHD les plus élevées ainsi que la file active du bus méthadone de Paris ont également été exclues pour le calcul des moyennes du tableau 19. Le nombre de CSST considérés pour les chiffres de ce tableau est en définitive de 154. Les quatre CSST retirés du calcul totalisent à eux seuls près de 2 000 patients ayant eu une prescription de méthadone par le centre. Parmi les répondants, 33 CSST n'ont pas prescrit de méthadone et 42 n'ont pas prescrit de BHD.

La moyenne par centre du nombre de patients sous traitement à la méthadone (quel que soit le prescripteur) était en 2004 de 85 et de 73 pour la BHD. Près de 65 patients en moyenne ont eu une prescription de méthadone par le centre et près de 46 une prescription de BHD.

Les chiffres sur les patients ayant eu une prescription par le centre sont les seuls à pouvoir être comparés à ceux des rapports de l'année 2003. Si on utilise les mêmes méthodes de calcul des moyennes pour 2003 et 2004, on obtient un nombre moyen de patients ayant eu une prescription de méthadone dans le CSST à peu près identique d'une année sur l'autre. En revanche le nombre moyen de patients ayant eu une prescription de BHD diminue assez fortement, passant de près de 54 patients en 2003 à près de 45 en 2004. Le nombre de CSST

² 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

n'ayant pas déclaré de prescription de méthadone ou de BHD est resté sensiblement identique d'une année sur l'autre. L'évolution constatée entre 2003 et 2004 est semblable à ce qui avait pu être observé entre 2002 et 2003 : tendance au plafonnement du nombre de patients sous traitement de substitution à la méthadone et tendance à la diminution du nombre de patients sous traitement à la BHD.

A partir des données du tableau 19, on peut estimer à 15 500 le nombre de patients ayant eu une prescription de méthadone dans un CSST et à 11 500 le nombre de ceux ayant eu une prescription de BHD.

Tableau 19 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004

	Méthadone	BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	85,2	72,8
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	64,9	45,9
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	45,7	20,0
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	15,2	31,8
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	10,4	3,6
Nombre de patients ayant eu une prescription en relais par le centre	9,0	1,5

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Tableau 20 : Pourcentage de centres prescrivant des traitements de substitution, 2004

	Méthadone %	BHD %
Pourcentage de centres ayant accueilli des patients sous traitement de substitution, quel que soit le prescripteur	96,8	91,8
Pourcentage de centres ayant prescrit au moins une fois	79,1	73,4

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Autres traitements à visée substitutive

41 CSST sur 157 (soit un peu plus du quart) ont prescrit un autre traitement à visée substitutive, dont seulement 18 ont prescrit ces substances à plus d'un patient. En moyenne, moins d'un patient par CSST a reçu ce type de prescription (147 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

184 patients étaient sous substituts nicotiques au sein des différents CSST, soit en moyenne 1,2 patients par centre. 83% des CSST ont accueilli au moins un patient sous substitut nicotinique.

Les activités de prévention

En 2004, 63% des CSST ont déclaré avoir effectué des actes de prévention. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 57 actes de prévention.

Tableau 21 : Les activités de prévention, 2004

	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou d'information	185	1107
Formation	85	269
Conseil ou assistance	58	375

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

Le budget en 2004

Sur les 163 CSST présents dans la base, 158 ont fourni au moins une information budgétaire soit environ 96 % des centres. Le montant total de ressources est en moyenne par centre de 572 046 euros, dont plus de 82% provient de l'enveloppe ONDAM. Le budget le plus petit s'élève à 36 600 euros, alors que le plus grand budget est d'environ de 2 200 000 euros.

Tableau 22 : Ressources par poste, en moyenne par CSST en 2004

	Montant moyen en euros	% par rapport au total des ressources
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	473 247	82,7
Subventions MILDT	15 722	2,7
Autres subventions de l'Etat	18 515	3,2
Subventions des collectivités territoriales	16 906	3,0
Subventions organismes de protection sociale	3 556	0,6
Subventions organismes publics ou autres	13 470	2,4
Ventes de services	2 100	0,4
Autres ressources	28 530	5,0
Total des ressources	572 046	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

En ce qui concerne les recettes et les charges du compte administratif, le montant moyen de recettes par centre s'élève à 552 953 euros en 2004 alors que le montant moyen des charges est de 536 892 euros.

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). Des marges d'incertitudes relativement importantes accompagnent cependant ces chiffres en raison de possibilités d'erreurs importantes³. Le nombre moyen d'ETP par structure est de 8,4, soit un chiffre à peine supérieur à celui de 2003. La valeur médiane du nombre d'ETP s'établit à 5,1. Quelques grosses structures regroupant entre 15 et 30 ETP tendent à faire augmenter la moyenne. En affectant la valeur médiane aux 57 ETP pour lesquels on ne dispose pas de valeurs pour les ETP on obtient un nombre d'ETP pour l'ensemble des CSST en ambulatoire d'environ 1600.

Le ratio nombre de patient par ETP continue d'augmenter en 2004. 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 23 : Nombre d'ETP par structure et nombre de patient par ETP, 1999 – 2004

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

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1999 – 2004, DGS/OFD

Les ETP médicaux représentent un peu plus de 12% du total des ETP. Un peu plus de la moitié (54%) des ETP sont liés à la prise en charge sanitaire (8 premières lignes et dernière ligne du tableau 32). 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 8,4 ETP dont 1,1 ETP de médecins, 1,8 ETP d'infirmiers (es), 1,2 ETP de psychologue, 0,7 ETP d'assistant(e) social, 1,4 ETP d'éducateur spécialisé et d'animateur. Un peu moins de 2 ETP se consacrent aux fonctions transversales (direction, secrétariat, agent d'entretien, documentaliste).

Les différences de formulation dans les items rendent les comparaisons difficiles avec les données des années précédentes. Pour autant que l'on puisse en juger, la répartition semble être restée assez stable. Le pourcentage d'infirmier semble cependant être en progression et atteint, avec 21 % des cas en 2004, le niveau le plus élevé (en proportion) depuis 1999 (16,7%).

³ La distinction entre vacation et ETP n'est pas toujours faite, les mis à disposition ne sont pas toujours inclus dans l'ensemble des ETP.

Tableau 24 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004

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

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

En 2004, 8 CSST ne déclarent aucun ETP de médecins, soit 5% de l'ensemble des CSST ayant répondu à la question sur les ETP. Les psychiatres n'interviennent que dans un CSST sur deux. Environ 19% des CSST n'emploient pas d'infirmiers, 11% pas de psychologues, 36% pas d'assistant de service social et 39% pas d'éducateurs spécialisés. Ces chiffres sont restés à peu près stables entre 2003 et 2004 pour les éducateurs et les assistants sociaux. En revanche le pourcentage de CSST sans médecins, infirmiers et surtout sans psychologues est en diminution.

Tableau 25 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)

	Nombre	%
Médecin généraliste	36	22,9
Psychiatre	78	49,6
Autre médecin spécialiste	125	79,6
Sans ETP de médecins	8	5,0
Psychologue	18	11,4
Diététicien	153	97,4
Infirmier	30	19,1
Aide-soignant	150	95,5
Autre paramédical	143	91,0
Assistant de service social	57	36,3
Educateur spécialisé	61	38,8
Animateur	125	79,6
Directeur	63	40,1
Secrétaire	16	10,1
Documentaliste	150	95,5
Agent d'entretien	92	58,5
Autres cadres de santé	83	52,8

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFD

4- SYNTHÈSE

Taux de réponses

- Pour l'année 2004, les rapports de **163** CSST en ambulatoire sur 214 ont pu être intégrés dans la base de données, ce qui correspond à un taux de réponse d'un peu plus de **80 %**. Les rapports manquants ne sont pas parvenus à la DGS ou ne sont pas conformes au rapport type 2004 et n'ont donc pas pu être exploités.

Les patients

- La file active moyenne déclarée par structure est d'environ **438** patients. La file active totale des CSST en ambulatoire peut être évaluée à une valeur comprise entre **85 000** et **90 000** personnes dont la moitié (48%) sont des nouveaux patients. Un patient sur cinq n'a qu'un seul contact avec la structure. Ces nombres comprennent de plus une certaine proportion de double compte qui reste difficile à estimer. Un même patient peut, en effet, avoir fréquenté plusieurs CSST ou, lorsqu'un CSST comprend différents lieux, être compté plusieurs fois.
- Les patients sont à **77 %** de sexe masculin.
- Une courte majorité de patients (**51 %**) ont 30 ans ou plus et **16 %** ont 40 ans ou plus ; **30 %** des patients ont moins de 25 ans et **6 %** sont mineurs. Ces données semblent refléter l'hétérogénéité de la population accueillie.
- **84%** des patients résident dans le département où est situé le CSST d'accueil, **11%** dans la même région.
- **72 %** des patients vivent dans un logement « stable », **18,5%** sont logés dans des conditions précaires et **6,4%** sont sans logement.
- Un peu plus d'un tiers (**36 %**) des patients tirent leurs ressources des revenus du travail, **18,5 %** du RMI, **11,5 %** des ASSÉDIC et **6,2 %** de l'AAH (allocation adulte handicapé). **13 %** sont à la charge d'un tiers.
- Les opiacés sont mentionnés comme produits posant le plus de problème pour environ **46 %** des patients, le cannabis pour **28 %** et l'alcool pour **11 %**.
- La moitié des patients viennent consulter d'eux même ou sur les conseils de leurs proches, **18 %** sont entrés en contact avec les centres suite à une mesure judiciaire ou administrative et **22 %** ont été orientés par des professionnels du secteur sanitaire.

L'activité

- En 2004 un nombre moyen d'environ **17** patients par centre ont suivi un sevrage. Le sevrage a été réalisé en ambulatoire dans 70% des cas. En moyenne **10** patients par centre ont été hospitalisés pour un sevrage.
- **40 % des** actes recensés en 2004 ont été effectués par des infirmiers. Médecins, éducateurs et psychologues effectuent chacun entre 10 et 14% des actes.
- En 2004, **85** patients en moyenne par centre sont sous traitement de substitution à la méthadone et **72** sont sous traitement à la BHD. Parmi ces patients sous traitement, le centre a lui-même prescrit au moins une fois de la méthadone à **65** patients (en moyenne) et de la BHD à **45** patients. Le traitement a été initié par le centre pour un patient sur deux sous traitement à la méthadone et pour un patient sur quatre sous traitement à la BHD. Un centre sur cinq n'a pas prescrit de méthadone, et un centre sur quatre n'a pas prescrit de BHD.

Budget

- En 2004, le budget d'un CSST est en moyenne de **572 000** euros, dont environ 83 % provient de l'enveloppe ONDAM. Le budget médian est d'environ **236 000** euros.

Intervenants

- Sur l'ensemble des ETP on comptait en 2004 près de **12 %** d'ETP de médecins, près de **21 %** d'ETP d'infirmiers, **14%** d'ETP de psychologues, **13%** d'ETP d'éducateurs et **11%** d'ETP de secrétaires.

LES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT EN 2004

1. LES STRUCTURES REpondantes

Répartition par type de structures

68 rapports de structure avec hébergement ont été intégrés à la base de données en 2004. Les structures avec hébergement dont les données ont pu être exploitées comprennent 28 centres thérapeutiques résidentiels (CTR), 2 centres thérapeutiques communautaires (CTC), 38 appartements thérapeutiques et 13 autres types de structure avec hébergement dont 4 réseaux de famille d'accueil. Un même rapport d'activité peut intégrer des données sur plusieurs types de structures. Parmi les autres types de structures cités on trouve les hébergements temporaires, de transition ou d'urgence, une convention avec un CHRS, un appartement thérapeutique individuel. Dans la plupart des cas ces autres types de structure sont cités en plus d'un CTR ou d'un appartement thérapeutique. Afin de conserver une certaine homogénéité dans le type de structure, celles qui n'offrent que des hébergements d'urgence ou des hébergements à caractère très temporaire n'ont pas été incluses dans la base.

Tableau 26: Nombre de structures avec hébergement intégrées dans la base de données 2004 suivant le type de structure et le nombre de place

	Nombre	Nombre de places
Centre thérapeutique résidentiel	28	292
Centre thérapeutique communautaire	2	55
Appartement thérapeutique	38	309
Autre	13	85

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

La grande majorité des structures avec hébergement sont à gestion associative. Seules 18 % d'entre elles relèvent du secteur public.

Le nombre de personnes reçues (tous contacts en face à face, y compris entourage, famille) par l'ensemble des CSST avec hébergement en 2004 est proche de 4 100 personnes. Parmi celles-ci, le nombre de personnes réellement hébergées est de 2 171 personnes, soit une moyenne de 32 patients par centre.

Tableau 27: Nombre de CSST avec hébergement, nombre de patients et file active moyenne, 2004

	2004
Nombre de CSST présents dans la base	68
Nombre de patients	2 171
File active moyenne par structure / (Nombre de patients/nombre de structures)	31,9

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

La file active médiane est de 29,5 patients. Les files actives se répartissent entre un minimum de 2 patients et un maximum de 93 patients.

Répartition géographique

L'information sur le nombre total de CSST offrant des places d'hébergement et sur le nombre total de places disponibles n'est pas connu avec précision et il est donc difficile de calculer des indicateurs valides sur la base des seuls structures présentes dans la base 2004. De plus, le modèle de la « post-cure » était fondé sur un principe de mise à distance du patient avec son lieu de domicile et de consommation ; l'adéquation entre offre d'hébergement et population consommatrice n'était donc pas forcément un objectif recherché sur le plan régional. Ce principe est peut-être moins partagé depuis quelques années et les hébergements en appartement thérapeutique étant maintenant inclus dans ce recueil, il devient peut-être plus pertinent d'observer la répartition régionale de l'offre d'hébergement. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer la connaissance du nombre de places et de la file active de l'ensemble des structures offrant actuellement de l'hébergement.

Tableau 28 : répartition régionale du nombre de CSST avec hébergement, du nombre de place d'hébergement et du nombre de personnes hébergées en 2004

REGIONS	Nombre de CSST présents dans la base	Nombre de places pour les CSST présents dans la base	File active des CSST présents dans la base
ALSACE	2	21	73
ANTILLES-GUYANE	1	16	68
AQUITAINE	2	10	22
AUVERGNE	0	0	0
BASSE-NORMANDIE	0	0	0
BOURGOGNE	1	10	32
BRETAGNE	2	13	19
CENTRE	1	14	75
CHAMPAGNE-ARDENNE	2	16	97
CORSE	2	15	23
FRANCHE-COMTE	0	0	0
HAUTE-NORMANDIE	2	32	54
ILE-DE-FRANCE	14	138	277
LANGUEDOC-ROUSSILLON	6	74	138
LIMOUSIN	0	0	0
LORRAINE	5	32	143
MIDI-PYRENEES	3	64	175
NORD-PAS-DE-CALAIS	7	61	310
PAYS DE LA LOIRE	2	24	38
PICARDIE	3	52	126
POITOU-CHARENTES	1	10	36
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	6	65	251
REUNION	0	0	0
RHONE-ALPES	6	61	214
TOTAL	68	728	2171

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

2. LES PATIENTS

Répartition par sexe

Le ratio homme/femme est de 3,3 en 2004. Les valeurs maximales et minimales pour la proportion d'hommes sont respectivement de 100% et de 0%. Dans plus de 7 CSST sur 10, la proportion de patients de sexe masculin est supérieure à 70 %. La part des femmes dépasse les 40% dans 11 centres.

La répartition par sexe est sensiblement identique parmi les patients vus en ambulatoire et ceux qui sont hébergés.

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

	2004
Homme	76,8
Femme	23,2
Total Sexe	100,0
Taux de réponses	99,6

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFD

Répartition par âge

En 2004, les patients âgés de 30 ans et plus sont plus nombreux (62 %) que les moins de 30 ans. Les mineurs représentent 1% de la file active alors que les plus âgés (40 ans et plus) en représentent un peu plus de 12 %. Les moins de 25 ans, quant à eux, représentent en 2004 près de 19 % de l'ensemble des patients hébergés.

Les personnes accueillies dans les CSST avec hébergement se distinguent de celles vues en ambulatoire par une faible représentation des mineurs (1,2 % contre 6,6 %) et de moins de 25 ans (environ 19 % contre un peu plus de 30 %).

Tableau 30 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004

	2004
Moins de 18 ans	1,2
18 à 24 ans	17,6
25 à 29 ans	20,6
30 à 39 ans	48,2
40 ans et plus	12,4
Total âge	100,0
Taux de réponses	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFD

Origine géographique

En 2004, un peu plus de 37 % des patients résident dans le même département que le CSST dans lequel ils étaient hébergés. 17 % des patients viennent d'un autre département situé dans la même région que le CSST et 45 % des patients se sont déplacés d'une région à une autre.

Comme il a été dit plus haut dans le paragraphe sur la répartition régionale les CSST avec hébergement accueillent plus de patients venant d'une autre région que les CSST en ambulatoire (45 % contre 5%).

Tableau 31: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 2004

	2004
Département	37,3
Autres départements de la région	17,5
Hors région	45,2
Total origine géographique	100,0
Taux de réponses	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFD

Logement

En 2004, environ 36 % des patients hébergés au niveau des centres disposent de logements stables alors qu'un peu plus de 39 % sont considérés comme vivant dans des logements précaires et 20 % sont sans logement.

En ce qui concerne les conditions de logement, les patients hébergés sont dans une situation nettement moins favorables que les personnes vues en ambulatoire (36 % de logement stable pour les premiers contre 74 % pour les seconds). Il faudrait cependant vérifier que la question n'est pas interprétée de façon différente selon les structures ou les intervenants. La réponse doit décrire les conditions de logement du patient avant son accueil dans une structure spécialisée offrant un hébergement.

Tableau 32 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 2004

	2004
Logement stable	35,8
Logement précaire	39,2
Sans logement	19,8
Prison	5,1
Total Logement	100,0
Taux de réponses	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFD

Revenus

En 2004, les ressources de près de 50 % des patients proviennent de prestations de solidarité (RMI, AAH, autres prestations sociales), alors que moins de 15% perçoivent des revenus du travail à titre principal.

Comme pour le logement, les patients des CSST avec hébergement sont encore moins insérés sur le marché du travail que ceux des CSST ambulatoires. La part des personnes percevant des revenus du travail est de 20 points moins élevées parmi les premiers (14 % contre 36 %).

Tableau 33 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004

	2004
Revenus du travail	14,4
ASSEDIC	15,2
RMI	38,6
Autres prestations sociales	3,2
AAH	7,7
A la charge d'un tiers	5,3
Autres ressources	15,7
Total Ressources	100,0
Taux de réponses	100,0

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Origine de la demande de prise en charge

Près du tiers des demandes de consultation sont faites à l'initiative du patient ou des proches. La moitié environ des patients (51,1 %) sont adressés par des partenaires sanitaires. Parmi elles, ce sont les structures spécialisées qui sont les plus représentées (34,5 %). Environ 7 % des patients viennent consulter suite à une mesure judiciaire ou administrative.

Par rapport aux structures de prise en charge ambulatoire, on observe une proportion beaucoup plus forte de patients adressés par les partenaires sanitaires ou sociaux. Cette différence tient bien entendu au fait que de nombreux patients sont adressés par une structure ambulatoire.

Tableau 34 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004

	2004
Initiative du patient ou des proches	33,3
Médecin de ville	2,5
Equipe de liaison	2,6
Autre hôpital/autre sanitaire	11,5
Autre structure spécialisée	34,5
Justice, classement avec orientation	0,7
Justice, injonction thérapeutique	2,1
Justice, obligation de soins	3,1
Autres mesures administratives	2,0
Services sociaux	6,7
Milieu scolaire/universitaire	0,0
Autres	1,0
Total	100,0
<hr/>	
Taux de réponses	100,0

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes

En 2004, les opiacés au sens large (y compris les traitement de substitution détournés de leur usage thérapeutique) apparaissent comme la catégorie de produits posant le plus de problèmes pour près de 53 % des patients. On remarque aussi la présence de la cocaïne qui est citée pour 15 % des patients. L'alcool se situe en troisième position avec plus de 10 % des cas.

Le cannabis est beaucoup moins souvent cité comme produit posant le plus de problèmes pour les patients hébergés que pour les patients vus en ambulatoire (environ 10 % chez les premiers contre 28 % chez les seconds). A l'inverse, la cocaïne et les opiacés sont plus mentionnées chez les premiers que chez les seconds (15 % contre près de 6 % pour la cocaïne, 53 % contre 46 % pour les opiacés).

Tableau 35 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le posant le plus de problèmes, 2004

	2004 (1951 Patients)
Alcool	10,5
Tabac	0,9
Cannabis	9,8
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	44,2
Cocaïne et crack	15,1
Amphétamines, ecstasy,...	1,8
Médicaments psychotropes détournés	6,8
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	8,6
Autres	2,3
Total	100,0
Taux de réponses	97,5

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Note : le calcul a été effectué en ne retenant que les 59 structures ayant fourni un taux de réponse compris entre 80 et 110% à la question sur le produit le plus dommageable

Produit n°2

Un deuxième produit posant problème est déclaré pour 79% de la file active. Le deuxième produit le plus souvent cité est la cocaïne (environ 23% des patients ayant cité un deuxième produit), suivi par le cannabis (près de 18 %), les opiacés et l'alcool mentionnés chacun par une proportion proche de 14 % des patients ayant cité un deuxième produit.

58% des patients recensés dans la file active ont déclaré un troisième produit. Le cannabis occupe la première place (environ 24 % des patients ayant déclaré un troisième produit), suivi par l'alcool. Le tabac et la cocaïne atteignent des proportions proches de 12%.

Tableau 36 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 et n°3 à l'origine de la prise en charge, 2004

	Produit n°2 1748 patients	Produit n°3 1287 patients
Alcool	13,7	18,3
Tabac	4,8	14,2
Cannabis	17,8	24,0
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	13,7	6,9
Cocaïne et crack	23,1	11,3
Amphétamines, ecstasy,...	5,9	9,0
Médicaments psychotropes détournés	12,8	8,0
traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	7,2	5,0
Autres	1,2	1,5
Total	100,0	100,0

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Voie intraveineuse

En 2004, l'utilisation de la voie intraveineuse dans le mois passé est rapportée chez environ 19 % des patients hébergés. 39% des patients déclarent n'avoir jamais utilisé la voie intraveineuse auparavant tandis que 42 % l'ont utilisée antérieurement.

Avec 61% d'injecteurs ou d'anciens injecteurs, les personnes hébergées se différencient également nettement de celles vues en ambulatoire (43 % d'injecteurs actuels ou anciens).

Tableau 37 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004

	2004
Utilisation par voie intraveineuse dans le mois passé	18,9
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	41,7
Jamais	39,4
Total	100,0
<hr/>	
Taux de réponses	98,8

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

3. L'ACTIVITE

Ensemble des actes et patients concernés

Trois centres sur les soixante huit recensés n'ont fourni aucun chiffre sur les actes. Sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST avec hébergement en 2004, les actes des éducateurs sont de loin les plus nombreux (51,3 % de l'ensemble des actes), les autres types d'actes apparaissant moins souvent.

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.

Tableau 38 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.

	2004
Médecins généralistes	4,4
Psychiatres	2,8
Infirmiers	12,1
Psychologues	8,4
Assistants sociaux	14,8
Educateurs spécialisés et animateurs	51,3
Diététiciens	0,0
Autres	6,0
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Tableau 39 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes et le nombre de patients concernés, 2004

	Actes	Patients
Médecins généralistes	122	18
Psychiatres	76	13
Infirmiers	334	14
Psychologues	232	18
Assistants sociaux	408	14
Educateurs spécialisés et animateurs	1411	27
Diététiciens	1	1
Autres	165	15

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Activités de groupes thérapeutiques

Note : sont considérées comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant

44 centres ont fourni des réponses à cette question. Pour les autres structures, il n'est pas possible de distinguer entre les non réponses et les réponses 0. Les chiffres du tableau 22 indiquent donc un nombre moyen de réunion ou de groupe parmi les CSST en ayant déclaré au moins une.

Tableau 40 : Activités de groupes thérapeutiques, 2004

	Moyenne
Nombre de groupes	158,2
Nombre de réunions	122,8
Nombre de patients concernés	38,1

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Traitements de substitution

La moyenne par centre du nombre de patients sous traitement à la méthadone (quel que soit le prescripteur) était en 2004 de 9,2 et de 9,3 pour la BHD. 6 patients en moyenne ont eu une prescription de méthadone par le centre et 5 une prescription de BHD.

Tableau 41 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004

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

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Durée d'hébergement

Les structures disposant de places d'hébergement présentes dans la base en 2004 ont déclaré au total un peu plus de 210 000 journées d'hébergement soit près de 3 100 journées en moyenne par structure. Cependant ce chiffre varie fortement selon les CSST. La valeur maximale est de 11 054 journées d'hébergement contre un minimum de 322. La durée

moyenne (nombre de journées d'hébergement réalisées/nombre de personnes hébergées dans l'année), quant à elle, s'élève à 97 journées par patient.

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

En 2004, 88% des CSST avec hébergement ont déclaré avoir effectué des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre. Le nombre moyen de ces actes atteint environ 253 par centre dans une plage allant de 32 à 3 340 actes. Par ailleurs, le nombre moyen d'actes d'accompagnement de résidents pour démarche extérieure avoisine les 232.

Durée d'hébergement des résidents sortants

En 2004, 1 515 patients au total sont sortis des structures avec hébergement présentes dans la base de données. Si la durée moyenne de séjour pour un patient s'établit à près de 97 jours, un tiers des patients effectue des séjours d'une durée n'excédant pas un mois. 30 % effectuent des séjours de moins de trois mois. Les durées supérieures à un an ne concernent que 6 % des patients.

Tableau 42 : Répartition des sortants selon la durée d'hébergement, 2004.

	%
Au plus un mois	33,0
De 1 a moins de trois mois	30,4
De trois a moins de six mois	16,7
De six a moins de un an	13,3
Plus de un an	6,4
Total	100,0

Taux de réponse	79
-----------------	----

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

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

Les projets de sortie sont organisés le plus souvent en concertation avec d'autres structures sanitaires ou sociales (23%). Les structures qui ont initialement orientées les patients se situent en seconde position.

Tableau 43 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis en 2004.

	%
Avec la structure qui a oriente vers le centre d'hébergement	19,5
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale	23,0
Avec des structures d'insertion professionnelle	10,4
Avec des structures d'hébergement	10,3
Autres (sorties et projets autonomes)	18,2
Avec la famille du résident	18,7
TOTAL	100,0

Taux de réponse	74
-----------------	----

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Motifs de sortie du résident

La sortie des patients s'effectue dans un peu moins d'un cas sur deux au terme du contrat thérapeutique. Il y a au contraire rupture volontaire du contrat dans 40 % des cas, soit du fait de la structure (environ 18 %), soit du fait du patient lui-même (environ 22 %).

Tableau 44 : Répartition des résidents sortis selon les motifs de sortie, 2004.

Motifs	Nombre moyen
Contrat thérapeutique mené à terme	46,8
Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée	6,2
Exclusion par le centre de soins	17,0
Hospitalisation durable	4,2
Rupture à l'initiative du résident	21,9
Décès	0,3
Autres	3,5
Total	100,0

Taux de réponse (en %)	78,0
------------------------	------

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Les activités de prévention

En 2004, seulement 14% des CSST avec hébergement ont déclaré des actes de prévention. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 40 actes de prévention. Toutefois, on note une forte dispersion autour de la moyenne puisque la médiane n'atteint que 6 actes.

Tableau 45 : Les activités de prévention, 2004

	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou d'information	23,6	235,3
Formation	26,6	98,4
Conseil ou d'assistance	11,4	4,4

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

Le budget en 2004

Sur les 68 CSST avec hébergement présent dans la base, 56 ont fourni des informations budgétaires. Le montant total de ressources est en moyenne par centre de 469 000 euros, dont plus de 85 % provient de l'enveloppe ONDAM.

Tableau 46 : Les moyens financiers des CSST, 2004

	Montant moyen	% par rapport au total des ressources
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	400 713	85,4
Subventions MILDT	6 285	1,3
Autres subventions de l'Etat	3 251	0,7
Subventions des collectivités territoriales	6 852	1,5
Subventions organismes de protection sociale	29 931	6,4
Subventions organismes publics ou autres	5 072	1,1
Ventes de services	1 474	0,3
Autres ressources	15 475	3,3
Total	469 027	100,0

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

En ce qui concerne les recettes et les charges du compte administratif, le montant moyen de recettes par centre s'élève à 515 654 euros en 2004 alors que le montant moyen des charges est de 507 521 euros.

Les intervenants

Sur les 68 CSST présents dans la base, 62 ont fourni des informations exploitables sur les personnels en équivalent temps plein (ETP). Le total des ETP déclarés s'élève à 485, soit en moyenne près de 8 ETP par structure. Environ 30% des ETP sont liés à la prise en charge sanitaire (8 premières lignes et dernière ligne du tableau ci dessus). 54% 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. Le ratio nombre de patient par ETP s'établit à 4,2 en 2004.

Tableau 47 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004

	2004
Médecin généraliste	0,7
Psychiatre	0,9
Autre médecin spécialiste	0,1
Psychologue	5,1
Diététicien	0,0
Infirmier	4,0
Aide-soignant	2,3
Autre paramédical	0,6
Assistant de service social	5,3
Educateur spécialisé	42,5
Animateur	5,8
Directeur	6,2
Secrétaire	5,7
Documentaliste	0,1
Agent d'entretien	4,0
Autres cadres de santé	15,8
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

En 2004, 44 CSST avec hébergement ne déclarent aucun ETP de médecins, soit 71% de l'ensemble des CSST ayant répondu à la question sur les ETP. Les psychologues n'interviennent que dans trois CSST sur dix. Environ 68% des CSST avec hébergement n'emploient pas d'infirmiers, 56% pas d'assistant de service social et seulement 5% pas d'éducateurs spécialisés.

Tableau 48 : Nombre de CSST avec hébergement sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)

	2004	
	Nombre	%
Médecin généraliste	44	70,9
Psychiatre	42	67,7
Autre médecin spécialiste	58	93,5
Psychologue	20	32,2
Diététicien	62	100,0
Infirmier	42	67,7
Aide-soignant	58	93,5
Autre paramédical	58	93,5
Assistant de service social	35	56,4
Educateur spécialisé	3	4,8
Animateur	43	69,3
Directeur	20	32,2
Secrétaire	17	27,4
Documentaliste	59	95,1
Agent d'entretien	38	61,2
Autres cadres de santé	27	43,5

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST avec hébergement 2004, DGS/OFDT

4- SYNTHÈSE

Les répondants

- En 2004, les rapports de **68** CSST offrant des places d'hébergement ont pu être intégrés dans la base de données. Ces rapports décrivent l'activité de 29 centres thérapeutiques résidentiels, 5 centres thérapeutiques communautaires, 40 appartements thérapeutiques, 3 réseaux de familles d'accueil et une dizaine d'autres types de structures offrant de l'hébergement
- La file active moyenne déclarée par structure est d'environ **32** patients. La file active totale des structures avec hébergement recensées est de 2 171 patients hébergés.
- Les patients sont à **77 %** de sexe masculin.
- Une majorité des patients (**62 %**) est âgée de 30 ans ou plus ; **19 %** des patients ont moins de 25 ans et **1 %** sont mineurs. Ces données reflètent la relative homogénéité de la population des CSST avec hébergement qui est plus âgée que celle des CSST ambulatoires.
- **37 %** des patients résident dans le département où est situé le CSST d'accueil, **17 %** dans la même région.
- **36 %** des patients vivent dans un logement stable, **39 %** dans un logement précaire et **20 %** sont sans logement.
- Un peu plus de **14 %** des patients tirent leurs ressources de revenus du travail, **39 %** du RMI, **15 %** des ASSÉDIC et **8 %** de l'AAH (allocation adulte handicapé). **5 %** sont à la charge d'un tiers.
- Les opiacés (y compris méthadone et buprénorphine haut dosage hors usage thérapeutique) sont mentionnés comme produits posant le plus de problèmes pour environ **53 %** des patients, la cocaïne pour **15 %** et l'alcool pour **10 %**.
- La **moitié** environ des patients ont été orientés par des partenaires du réseau sanitaire. Un **tiers** des patients viennent consulter d'eux même ou sur les conseils de leurs proches, **13 %** sont entrés en contact avec les centres suite à une mesure judiciaire ou administrative.

L'activité

- Un peu plus de la **moitié** des actes recensés en 2004 ont été effectués par les éducateurs. Les infirmiers et les assistants sociaux effectuent respectivement **11** et **13,5%** des actes.
- Les structures répondantes ont réalisées un peu plus de 210 000 journées d'hébergement en 2004, soit en moyenne 3100 journées par structure. La durée

moyenne d'hébergement pour un patient est d'un peu plus de 3 mois (97 jours). La durée de séjour n'excède cependant pas un mois pour un tiers des patients.

- Parmi les patients des patients sortis au cours de l'année un peu moins de la moitié a quitté la structure au terme du contrat thérapeutique. 22% des patients sont partis avant la date prévue de leur propre initiative et 17% d'entre eux ont été exclu du centre.

Budget

- En 2004, le budget d'un CSST est en moyenne de 486 019 euros, dont environ 86 % provient de l'enveloppe ONDAM.

Intervenants

- Le nombre d'ETP par structure s'établit à 8 en 2004. Sur l'ensemble des ETP on comptait en 2004 près de **42,5 %** d'ETP d'éducateurs et près de 6 % d'ETP d'animateurs. Les ETP spécialisés dans le soin (médecins, infirmiers, psychologues, etc.) représentent 30 % de l'ensemble des ETP.

LES CENTRES DE SOINS SPECIALISES EN MILIEU PENITENTIAIRE EN 2004

1. LES STRUCTURES REpondantes

En 2004, 10 CSST en milieu pénitentiaire ont fourni un rapport exploitable. Tous ces CSST, sauf un, sont en gestion publique. Tous déclarent prendre en charge les patients avec des problèmes d'addiction à l'alcool et aux drogues illicites, mais quatre indiquent ne pas prendre en charge les consommations de tabac.

File active

Les CSST en milieu pénitentiaire ont vu 446 personnes en moyenne par structure en 2004. Les files actives sont comprises entre 60 et un peu plus de 1000 patients.

Tableau 49 : Nombre de CSST en milieu pénitentiaire, nombre de patients et file active moyenne, 2004.

	2004
Nombre de CSST présents dans la base	10
Nombre de patients	4459
File active moyenne par structure / (Nombre de patients/nombre de structures)	446

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Parmi les patients vus en 2004, 60 % étaient reçus pour la première fois dans les structures.

Le nouveau rapport d'activité permet également de distinguer les patients vus une seule fois : environ 20 % des patients étaient dans ce cas en 2004.

Répartition géographique

Les comparaisons régionales n'ont ici pas vraiment de sens. Le tableau ci-dessous permet uniquement d'indiquer les régions dans lesquelles se situent les CSST en milieu pénitentiaire inclus dans la base 2004.

Tableau 50: Répartition régionale des CSST et des files actives en 2004

REGIONS	Nombre de CSST présents dans la base en 2004	File active régionale
BOURGOGNE	1	334
BRETAGNE	2	312

HAUTE-NORMANDIE	1	340
ILE-DE-FRANCE	2	1562
MIDI-PYRENEES	1	476
PAYS DE LA LOIRE	1	174
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	1	466
RHONE-ALPES	1	795
TOTAL	10	4459

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

2. LES PATIENTS

Répartition par sexe

Parmi les patients accueillis en 2004, le ratio homme/femme était de 10. La proportion de patients de sexe masculin est supérieure à 90 % dans 7 CSST sur 10.

La part des hommes est nettement plus élevée que dans les CSST en ambulatoire ou dans les structures avec hébergement. La part des femmes dans les personnes vues dans le cadre des CSST en milieu pénitentiaire est cependant plus élevée que la part des femmes dans l'ensemble des personnes incarcérées (3,8 %).

Tableau 51: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004

	2004
Homme	91,0
Femme	9,0
Total	100,0

Taux de réponses	100,0
------------------	-------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Répartition par âge

En 2004, les patients âgés de 30 ans et plus sont légèrement plus nombreux (52 %) que ceux 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 16 %. Les moins de 25 ans, quant à eux, représentaient en 2004 environ 25 % de l'ensemble des patients accueillis.

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 les centres ambulatoires. Cette part est cependant supérieure au % de mineurs dans la population incarcérées (1 % en métropole, 1,6 % outre-mer).

Tableau 52: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004.

	2004
Moins de 18 ans	1,9
18 à 24 ans	23,2
25 à 29 ans	22,7
30 à 39 ans	36,0
40 ans et plus	16,0
Total	100,0

Taux de réponses	74,5
------------------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Revenus

Cette question n'est renseignée que pour un peu plus de la moitié des patients vus dans les CSST en milieu pénitentiaire.

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 (27,7%) touchent des revenus issus de transferts sociaux (RMI, AAH, autres prestations sociales) et près de 11% 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 53 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004

	2004
Revenus du travail	35,3
ASSEDIC	10,8
RMI	19,4
AAH	7,7
Autres prestations sociales	0,6
A la charge d'un tiers	4,8
Autres ressources	21,1
Total Ressources	100,0

Taux de réponses	56,5
------------------	------

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, 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 54 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004.

	2004
Initiative du patient ou des proches	39,2

Médecin de ville	7,1
Equipe de liaison	2,7
Autre hôpital/autre sanitaire	27,2
Autre structure spécialisée	15,1
Justice, classement avec orientation	0,0
Justice, injonction thérapeutique	0,0
Justice, obligation de soins	0,6
Autres mesures administratives	0,0
Services sociaux	3,0
Milieu scolaire/universitaire	0,0
Autres	4,8
Total	100,0

Taux de réponses	99,4
------------------	------

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

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

Produit n°1:

En 2004, l'alcool et les opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique) apparaissent comme les produits posant le plus de problèmes les plus cités (environ 28 % des patients dans chaque cas).

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

Tableau 55 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004

	2004 4041 patients
Alcool	28,6
Tabac	2,0
Cannabis	21,7
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	21,2
Cocaïne et crack	8,5
Amphétamines, ecstasy,...	3,1
Médicaments psychotropes détournés	5,0
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	6,9
Autres	2,7
Total	100,0

Taux de réponses	90,7
------------------	------

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Produit n°2

Un deuxième produit posant problème est déclaré pour 45% de la file active. 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 les médicaments psychotropes sont mentionnés chacun par une proportion proche de 7% des patients ayant cité un deuxième produit.

30% des patients recensés dans la file active ont déclaré un troisième produit. Le cannabis occupe la première place (environ 39% des patients ayant déclaré un troisième produit), suivi par le tabac. L'alcool atteint une proportion de 11,5%.

Tableau 56 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les produits n°2 et n°3 posant le plus de problèmes, 2004

	Produit n°2 <i>1 944 patients</i>	Produit n°3 <i>1 335 patients</i>
Alcool	23,8	11,5
Tabac	9,4	32,2
Cannabis	25,8	39,4
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	7,5	2,8
Cocaïne et crack	14,5	3,1
Amphétamines, ecstasy,...	5,7	1,1
Médicaments psychotropes détournés	7,3	8,5
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	3,8	0,6
Autres	1,8	0,4
Total	100,0	100,0

Source: exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Usage du produit

La majorité des patients est en situation de dépendance à l'égard d'une substance psycho active. Les CSST accueillent également une proportion proche de 26% de patients classés en usage nocif et 16% de patients classés en usage à risque.

La proportion de patients dépendant est un peu plus faible que dans les CSST en ambulatoire (57 % contre 62 %).

Tableau 57 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004.

	2004
Usage à risques	16,0
Usage nocif	26,4
Dépendance	57,4
Total	100,0

Taux de réponses	48,5
------------------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Voie intraveineuse

Il faut noter que comme pour la précédente, cette question n'est renseignée que pour moins d'un patient sur deux.

En 2004, environ un patient sur dix a utilisé la voie intraveineuse récemment mais plus des deux tiers des patients 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 (12 % contre 16 %).

Tableau 58 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004.

	2004
Utilisation par voie intraveineuse	12,2
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	21,5
Jamais	66,2
Total	100,0

Taux de réponses	48,5
------------------	------

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

3. L'ACTIVITE

Ensemble des actes et patients concernés

Sur l'ensemble des actes recensés dans les CSST en milieu pénitentiaire en 2004, les actes infirmiers sont les plus nombreux (70% de l'ensemble des actes), suivis par les actes des psychologues (11% des actes). Les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux effectuent environ 10% du total des actes.

Tableau 59 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.

	2004
Médecins généralistes	0,5
Psychiatres	2,6
Infirmiers	69,7
Psychologues	11,2
Assistants sociaux	4,7
Educateurs spécialisés et animateurs	5,8
Diététiciens	0,0
Autres	5,0
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

En moyenne par CSST, entre 62 et 72 patients sont vus par un éducateur spécialisé, un psychiatre et/ou un assistant social. Le nombre de patients vus par les infirmiers est légèrement plus fort (141). Les psychologues de leur côté on reçu au sein de chaque centre près de 149 patients.

Tableau 60 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes et le nombre de patients concernés, 2004

	Actes	Patients
Médecins généralistes	41,0	38,5
Psychiatres	190,5	69,4
Infirmiers	4937,3	140,7
Psychologues	799,3	149,2
Assistants sociaux	336,9	62,5
Educateurs spécialisés et animateurs	414,1	72,6
Diététiciens	0,0	0,0
Autres	360,8	55,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Tableau 61: Taux de réponses en %

	Nombre de CSST présents dans la base	Nombre de CSST ayant fourni des réponses	Taux de réponse
Actes	10	10	100,0
Patients	10	9	90,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Sevrages

8% des patients ont bénéficié d'un sevrage. Ce pourcentage représente près de 68 patients en moyenne par structure ayant suivi un sevrage. Aucun de ces sevrages ne s'est accompagné d'une hospitalisation.

Traitements de substitution

En 2004, 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 2004 de 35 et de 107 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 62 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004.

	Méthadone	BHD
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	40	135
Nombre de patient pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	35	113
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	13	18
Dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	2,0	2,4
Dont relais passé en médecine de ville dans l'année et vers d'autres structures de toxicomanie	4,5	1,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Substituts nicotiques

Seuls deux CSST en milieu pénitentiaire ont déclaré des patients sous substituts nicotiques : leur nombre est de 90 patients pour ces deux structures.

Les activités de prévention

En 2004, 30% des CSST en milieu pénitentiaire ont déclaré avoir effectué des actes de prévention. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 10,6 actes de prévention.

Tableau 63 : Les activités de prévention, 2004

	Nombre moyen d'heures	Nombre moyen de personnes concernées
Sensibilisation ou d'information	145,3	85,5
Formation	0,0	0,0
Conseil ou d'assistance	22,6	1,5

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

Le budget en 2004

Sur les 10 CSST présents dans la base, 7 ont fourni au moins une information budgétaire. Le montant total des ressources est en moyenne par centre d'un peu plus 194 000 euros, dont plus de 92% provient de l'enveloppe ONDAM.

Tableau 64 : Les moyens financiers des CSST en milieu pénitentiaire, 2004

	Montant moyen	% par rapport au total des ressources
Dotation par l'enveloppe ONDAM médico-social	179 637,1	92,4
Subventions MILDT	1 428,5	0,7
Autres subventions de l'Etat	0,0	0,0
Subventions des collectivités territoriales	0,0	0,0
Subventions organismes de protection sociale	0,0	0,0
Subventions organismes publics ou autres	0,0	0,0
Ventes de services	245,1	0,1
Autres ressources	12 944,0	6,6

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

En ce qui concerne les recettes et les charges du compte administratif, on note que le montant moyen de recettes par centre est de 212 875.3 euros par année contre un montant moyen de 239 865.3 euros pour les charges. On remarque l'existence d'un déficit dans le budget moyen global qui est essentiellement du à une structure qui a déclarée plus de 124 991 euros de déficit.

Les intervenants

8 CSST 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 65 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004

	2004
Médecin généraliste	4,7
Psychiatre	0,4
Autre médecin spécialiste	0,4
Psychologue	29,6
Diététicien	0,0
Infirmier	28,4
Aide-soignant	0,0
Autre paramédical	0,4
Assistant de service social	16,3
Educateur spécialisé	10,3
Animateur	0,0
Directeur	0,0
Secrétaire	6,6
Documentaliste	0,0
Agent d'entretien	0,0
Autres cadres de santé	2,2
Total	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

En 2004, 5 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. En revanche tous les CSST en milieu pénitentiaire recensés emploient des psychologues.

Tableau 66 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)

	2004	
	Nombre	%
Médecin généraliste	5	63,0
Psychiatre	7	88,0
Autre médecin spécialiste	7	88,0
Psychologue	0	0,0
Diététicien	8	100,0
Infirmier	3	38,0
Aide-soignant	8	100,0
Autre paramédical	7	88,0
Assistant de service social	2	25,0
Educateur spécialisé	4	50,0
Animateur	8	100,0
Directeur	8	100,0
Secrétaire	4	50,0
Documentaliste	8	100,0
Agent d'entretien	8	100,0
Autres cadres de santé	7	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en milieu pénitentiaire 2004, DGS/OFDT

4- SYNTHÈSE

Taux de réponses

- Pour l'année 2004, les rapports de **10** CSST en milieu pénitentiaire sur 16 ont pu être intégrés dans la base de données.

Les patients

- La file active moyenne déclarée par structure est d'environ **456** patients.
- Les patients sont à **91 %** de sexe masculin.
- Une courte majorité de patients (**52%**) ont 30 ans ou plus et **16%** ont 40 ans ou plus ; **25%** des patients ont moins de 25 ans et **2%** sont mineurs.
- Un peu plus d'un tiers (**35%**) des patients tirent leurs ressources de revenus du travail, **19%** du RMI, **10%** des ASSEDIC et **7%** de l'AAH (allocation adulte handicapé). **5%** sont à la charge d'un tiers.
- L'alcool est mentionné comme produit à l'origine de la prise en charge pour environ **29%** des patients, le cannabis **22%** et les opiacés **21%**.
- En 2004, on recense **66%** de non injecteurs dans la file active.

L'activité

- En 2004, **8%** des patients de la file active ont suivi un sevrage, soit un nombre moyen de **68** patients par centre.
- Les actes recensés en 2004 dans les CSST en milieu pénitentiaire ont été assurés en grande partie par les infirmiers (près de **70%** des actes).
- En 2004, **40** patients en moyenne par centre étaient sous traitement de substitution à la méthadone et **113** étaient sous traitement à la BHD. Tous les centres ont prescrit de la méthadone et de la BHD à une partie de leurs patients (respectivement à 35 et 107 patients).
- En 2004, **30%** des CSST en milieu pénitentiaire ont déclaré avoir effectué des actes de prévention. Les centres qui ont répondu à cette question ont déclaré en moyenne 10,6 actes de prévention.

Budget

- En 2004, le budget d'un CSST en milieu pénitentiaire est en moyenne de 194 000 euros, dont environ 92 % provient de l'enveloppe ONDAM.

Intervenants

- On compte en moyenne 5 ETP par CSST. Sur l'ensemble des ETP la part des ETP de médecins est de près de **5%**, de près de **28%** pour les ETP d'infirmiers, **30%** pour les ETP de psychologues, **10%** pour les ETP d'éducateurs et **7%** pour les ETP de secrétaires.

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

50 CSST ont exprimé des commentaires sur le rapport d'activité.

1. Essai de classement des problèmes évoqués

Problèmes de remplissage du fait de l'envoi en cours d'année (4)

Inadaptation du logiciel au rapport d'activité (9)

Activité non prise en compte

- Encadrement des stagiaires (2)
- Activité parents (8)
- Actes réalisés à l'extérieur de la structure (1)
- Téléphone (2)
- Réunions cliniques, de synthèses (2)
- Formes de prises en charge en appartement thérapeutique (1)
- Prises de rendez vous (1)
- Actions de prévention vers public déscolarisé (1)
- Gestion des appartements thérapeutiques (1)
- Travail avec les enfants dans les appartements thérapeutiques qui accueillent des enfants (2)
- Actions de formation auprès des équipes pédagogiques scolaires (2)

Problèmes avec des questions spécifiques

- Produits
 - Patients polyconsommateurs : difficultés à déterminer les produits les plus dommageables (2)
 - Réponse non objective : opinion du praticien (1)
 - Plus possible de distinguer patients sous TSO qui ne consomment plus (1)
 - Plus possible de distinguer nouveau patient des anciens (1)
 - Questions sur les produits très alambiquées (1)
- Voie intraveineuse: question à simplifier (1)
- Manque questions sur les pathologies associées (1)
- Manque question sur les personnes décédées en cours d'année (1)
- Manque rubrique perspective d'activité (1)
- Manque la réponse « usage très occasionnel » (1)
- Domicile du patient :si avant appartement thérapeutique reformuler la question (1)
- Origine des ressources : ajouter réponses « Sans ressources » (1)
- Sevrage : mieux définir (tous produits, opiacés uniquement ?) (2)
- Pour la prévention : nombre de séances plutôt que nombre d'heures (1)

Dimension qualitative non prise en compte (2)

Définir la notion d'acte (1)

Multiplicité des recueils à l'hôpital (1)

2. Le texte intégral

1. L'établissement de ce rapport d'activité a été relativement peu aisé du fait de l'inadaptation partielle des outils de recueil et de traitement des données (profil/actes) utilisés dans l'établissement durant l'année 2004 ; l'item sur lequel cela s'avère par exemple particulièrement flagrant est l'item répartition des patients suivant les produits les plus dommageables où malgré les efforts d'adaptation, les données établies restent partielles (les 2^{ème} et 3^{ème} produits les plus dommageables sont ainsi sous estimés) car les usages de produits psychoactifs n'ont pas été recueillis de façon idoine durant l'exercice 2004.

Du fait également de la particularité des modalités de recueil de certaines données, ce rapport ne recouvre pas en termes de patients et d'actes, une partie des actions complémentaires menées par l'équipe de l'**** au titre par exemple, de la convention d'objectif du **** (intervention au CP d'*****) ou du « suivi des mesures sanitaires et sociales » qui donneront prochainement lieu à l'établissement de bilan spécifiques.

Pour l'exercice 2005, ces carences ou particularités seront traités de telle sorte à pouvoir élaborer de manière tout à fait adaptée ce document et rendre visible l'activité de l'**** dans sa globalité

2. A noter une activité qui n'apparaît pas sur le rapport, l'encadrement de stagiaires médicaux, paramédicaux, sociaux, coûteuse en temps mais essentielle pour le dynamisme et la formation des équipes ultérieures

3. Nous sommes désolés de ne pouvoir sortir toutes les données concernant les informations qui vous intéressent. Notre logiciel « PSYQUAL » n'étant pas suffisamment performant. Nous souhaiterions pouvoir bénéficier d'une amélioration de PSYQUAL ou d'un autre apport afin d'optimiser le recueil de données actuellement en place.

En ce qui concerne la répartition des patients suivant les produits les plus dommageables, il est nécessaire d'approfondir notre questionnaire en 2005 (une recherche jusqu'au 3^{ème} produit étant suffisante en milieu carcéral).

4. Ce rapport d'activité ne tient à aucun moment compte de la dimension qualitative du travail ce qui pour nous acteurs de terrain est le principal.

Il est très difficile de faire entrer tous les usagers dans les « cases », les comportements étant très fluctuants.

Question 16 : il est très difficile de répartir les patients par produit car la plupart sont polyconsommateurs

La question 18 (voie intraveineuse) mérite une simplification

Ce document ne permet pas de prendre en compte les parents des usagers

5. L'item N°16 sur la répartition des produits est difficile à remplir car peu objective, en fonction de ce que pense le praticien.

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 d'autres hôpitaux, prison, suivi à domicile).

6. Point 16 concernant les produits les plus dommageables : la catégorie « Pas de produits » ne peut désormais plus être renseignée pour les personnes sous traitement de substitution qui rentrent alors dans la catégorie « opiacés ». Ceci a pour effet de ne pas distinguer les personnes consommant des opiacés de rue, et celles sous traitement de substitution stabilisé et abstinentes. Il est dommage de ne pas mettre en évidence cet élément primordial des prises en charge.

7. Les indicateurs de la toxicomanie n'ont guère changé et depuis des années le rapport d'activité est toujours présenté comme une usine à gaz en version papier et sans aucune possibilité de raccordement avec les bases de données existantes.

Chaque item supplémentaire qui se rajoute, de quelque nature qu'il soit, et bien entendu quand l'année est déjà entamée, mais surtout sans aucune indication de la valeur, ni même de la validité, ni de la pertinence de la nouvelle information à rechercher. Le rapport 2005 en est un exemple flagrant, le « RapportAmbulatoire.doc » nous est parvenu le 18 janvier 2005 avec un nombre infernal de nouveaux items dont il est bien difficile de tenir compte. De plus les indications de relation avec RECAP ne semblent pas du tout évidentes.

Le titre de cette page « Commentaires et suggestions d'amélioration de ce rapport d'activité » ne risque guère d'encourager une mise à jour des bases de données puisque tout cela semble provisoire.

8. Certains items (nouveaux par rapport à l'an dernier) n'ont pas pu être recueillis pour l'année 2004. Ils le seront pour l'année 2005.

9. Ajouter un item pour les personnes décédées en cours d'année

Dans premier produit le plus dommageable pas de distinction possible entre les nouveaux patients (consommateurs actuels d'opiacés ou de traitement de substitution détournés de leur usage thérapeutiques) et les patients en suivi régulier depuis de nombreuses années.

10. Il manque une rubrique pour faire état des stagiaires accueillis provenant des écoles d'éducateurs, des IFSI, et des DESS de psychologie

Les comptes administratifs sont souvent clos fin mars et validés par le commissaire aux comptes début avril : il serait donc judicieux de placer les délais de remise du rapport à cette période.

Il serait également bon de mettre une rubrique « perspective d'activité », permettant de recenser les tendances en matière d'activités en cours ou à développer.

11. Pour ce qui est des actions de prévention, elles n'impactent pas sur le budget de l'****. Ce sont toujours des actions faites en dehors du temps d'activité et avec des moyens propres. Ce rapport exclusivement quantitatif ne reflète qu'imparfaitement l'activité réalisée à l'****, unité certes médico sociale, mais surtout intégrée à un service de médecine interne et développant une action sanitaire et des actes médicaux

12. Une partie importante de l'activité n'est pas prise en compte dans ce rapport d'activité :

- 1-Les personnes qui ont pris contact par téléphone. Elles ont pris un rdv mais ne sont pas venues (environ 44 personnes pour une moyenne de 30 mn d'entretiens téléphoniques)
- 2-Le travail ,au téléphone avec les patients suivis ou non (environ 46 actes pour une moyenne de 30 mn par actes)
- 3-Les rendez vous non honorés pour les patients suivis
- 4-Le travail partenarial autour des suivis : au téléphone, en réunion de synthèse
- 5-Le travail avec les parents, soit 20 parents pour 114 actes d'une durée moyenne de 45 mn
- 6-Le travail administratif autour des suivis
- 7-Les réunions cliniques

13. La nouvelle présentation du rapport d'activité a été portée à notre connaissance en octobre 2004. Elle présente plusieurs items différents ou nouveaux par rapport à l'année précédente que nous ne pouvions renseigner pour certains patients. Nous avons donc décidé de pas apporter de réponses pour ceux-ci notamment dans le paragraphe 16, l'item se rapportant au 2^{ème} et 3^{ème} produits les plus dommageables et sur le paragraphe 17 sur : usage à risque/usage nocif et dépendance.

14. Il n'a pas été possible de répondre aux questions P.6 et produits P.5 de façon fiable pour que les données soient exploitables.

15. L'activité de *** s'exerce sur quatre sites géographiques dispersés sur le département des ***. Afin de faciliter la réalisation du rapport d'activité, il nous semblerait important que la tram du rapport nous soit adressée sur le logiciel Excel. Cette exploitation du rapport d'activité présenterait l'avantage de pouvoir introduire des formules de calcul en même temps qu'elle nous permettrait d'adjoindre des commentaires écrits.

Nous regrettons l'absence d'items sur les parents qui se manifestent seuls ou avec leurs enfants et pour lesquels nous cherchons à apporter des réponses à l'ensemble de leurs préoccupations.

16. Regret également autour de l'absence d'items sur les formes de prise en charge en appartement relais thérapeutique qui sont souvent révélateurs des difficultés réelles des personnes accueillies.

17. Nous avons rencontré d'importantes difficultés dans la collecte des données pour renseigner au plus juste ce rapport d'activité. En effet la nouvelle mouture ne nous a été transmise qu'en fin d'année 2004 et la collecte des données ne lui était pas adaptée. En conséquence nous avons fait de notre mieux pour renseigner le rapport d'activité de cet exercice. Notamment toute la dimension de l'accueil qui occupe une place très importante au

*** et qui est assuré essentiellement par les praticiens n'est pas prise en compte dans ce rapport.

18...il nous est difficile répondre à l'ensemble des items. D'une part, le centre n'était toujours pas doté d'un équipement informatique, ceci est fait depuis le début avril 2005. D'autre part nous attendons pour la gestion des dossiers des patients, le logiciel ProGdis, qui est celui retenu dans la plupart des centres de soins en toxicomanie. En conséquence, les items présentant des astérisques sont donc des estimations...

Enfin, le dernier point concerne les modifications des comptes rendus d'activité. Lorsque des modifications sont prévues, il est difficile voire impossible de les quantifier a posteriori...

19. Nous utilisons les données nécessaires à ce rapport d'activité pour la rédaction du rapport d'activité interne à notre structure. La modification de certains indicateurs d'une année sur l'autre ne nous facilite pas l'évaluation et la lecture de l'évolution de l'activité du service.

20. Le présent RA distingue insuffisamment ce qui concerne une spécificité des activités d'*** : toxicomanes dépendants, familles de consommateurs, Accueil jeunes, prévention/formation/documentation

Ce rapport ne prendra sens qu'accompagné d'une partie littérale explicitant les statistiques qui y sont mentionnées. Un tel rapport complémentaire sera transmis à la DDASS ** courant avril 2005.

21. Les principales difficultés rencontrées pour l'élaboration de ce rapport concerne la non adéquation des items de certaines rubriques entre les données du logiciel ProGdis et les données du rapport d'activité.

1-La répartition par tranche d'âge n'est pas la même sur ProGdis et sur le rapport d'activité

2-La dénomination des produits les plus dommageables n'est pas la même sur ProGdis et le rapport d'activité.

3-Toujours concernant la rubrique N°16 du rapport d'activité : outre la non concordance dans la dénomination du produit ; avec le logiciel ProGDis, il n'est pas possible de distinguer les produits 2 à 5 les plus dommageables. Lors de la procédure de recherche pour cet item, le résultat donné est un résultat global pour les produits 2 à 5. Pour cette année, chaque fiche patient a du être visionnée pour faire la répartition produit 2 et 3.

En conclusion : une meilleure adéquation entre les items du logiciel et le rapport d'activité semble indispensable

22. P.6 rubrique 17 : en 2004 nous n'avons pas pu mettre en oeuvre ce diagnostic, car nous ne possédions pas encore officiellement des outils d'évaluation validés nous permettant de le garantir. Pour 2005, nous sommes en mesure de le faire et notre logiciel informatique dispose de cette rubrique.

23. Notre outil statistique étant présenté différemment que le nouveau rapport, nous avons eu quelques difficultés à répondre à certaines rubriques comme l'origine de la demande ou encore la répartition des patients suivant les produits les plus dommageables. Pour 2005, nous pensons adapter notre outil de façon à améliorer sa visibilité.

24. Il conviendrait d'être précis au niveau national sur ce qu'on appelle un acte. Quid des RDV avec deux membres de l'équipe, des actes longs (2h,3h, voire une demi journée souvent

pour les éducateurs), du temps passé aux démarches pour les patients (recherche d'hébergement, d'hôpitaux, de médecins), des temps de synthèse et d'étude de cas...

25. Les éléments statistiques demandés concernant seulement les patients, soit 213 personnes, il nous paraîtrait important que puisse remonter également les éléments statistiques concernant les jeunes adultes dont les parents sont venus consulter face à une situation de crise grave.

26 . P5 : Le produit estimé le plus dommageable (tabac notamment), n'est pas forcément le produit pour le quel l'utilisateur est venu consulter.

27. Pour la population reçue au ***, il manque la notion « d'usage très occasionnel ».

28. Nous avons trouvé les questions 16 et 17 très alambiquées. Nous nous en sommes tenus aux consommations de nos patients en fonction de leur dépendances malgré le traitement de substitution.

29. Cette demande d'information (recettes et charges du compte administratif) n'a pas d'intérêt puisque le débit doit être égal au crédit ?

30. La trame de ce rapport d'activité est peu adaptée aux structures d'hébergement d'urgence assorties de consultations spécialisées dites de jour

Certains outils statistiques travaillés en collaboration avec l'association et les tutelles nous mettent en difficulté pour le remplissage de certains items et ne sont pas vraiment adaptés aux réalités fonctionnelles de notre activité (par : demande de statistiques différenciées sur les produits à l'origine de la prise en charge n°1, 2 et 3 alors que les statistiques du logiciel sont fournies sur un seul produit).

31. Pour l'item 13/Domicile du patient : 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. Pour l'item 14/Origine principale des ressources, ajouter la rubrique sans ressources.

32. Il y a un intérêt réel à l'élaboration de ce type de document pour les services d'appartements thérapeutiques relais tels que le ***, et ce d'autant plus sur l'exercice 2004, qui le premier pour lequel le service a pu bénéficier d' »une pleine autonomie en matière de recueil et de traitement des données inhérentes à son activité.

33. Il serait important de tenir compte d'une spécificité pour les appartements thérapeutiques, à savoir qu'ils peuvent accueillir des parents seuls ou en couples avec enfants. Le volume d'activité est donc bien supérieur à celui annoncé pour les adultes. Par ailleurs, lorsque le conseil Général, et c'est notre cas finance l'accueil des enfants, si des ratios devaient être établis, il faudrait en tenir compte. Par exemple, cette année, le budget du conseil général a permis l'accueil de 17 enfants pour un volume total de 3013 journées.

34. Un support informatisé, mis à jour avant chaque début d'année permettrait de posséder les informations exactes, de gagner en cohérence et en temps. Il est toujours plus facile de compiler les informations tout au long de l'année, que d'essayer de les retrouver en fin d'exercice. Les modèles informatisés par les fédérations sportives pourraient être une base de

réflexion. Les données brutes, comme la formule de la durée moyenne de séjour sont très réductrices. Des orientations faites n'étant pas toujours adéquates, le contrat d'accueil permet de vérifier cela.

Un consensus large devrait exister pour certains items entre les différents recueils de données. Qui peut le plus peut le moins.

Pour la consommation de produits, les résidents sont dans des polyconsommations et associations où il est relativement difficile de définir «le plus dommageable». Le total ne peut-être égal à 100%.

35. Concernant les familles : il n'y a pas suffisamment de reconnaissance de la place des familles et d'items inhérents à la problématique et à la prise en charge familiale.

Afin de pouvoir répondre au mieux à l'item 16 : répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge : nous avons du modifier nos réponses vis-à-vis de ce tableau. Nous avons utilisé la définition du logiciel ProGdis qui propose deux tableaux : le premier pour le produit ayant amené à la prise en charge, le second pour les 3 produits actuellement consommés les plus dommageables

Concernant l'item 22 lié au sevrage, définir clairement la commande : s'agit-il de répertorier tous les sevrages, quel que soit le produit ? Ou alors, s'agit-il du sevrage des opiacés et de l'alcool, et notamment l'arrêt de tout produit, l'état sobre...ou autres ?

Concernant l'item 23 : les activités de prévention : il n'existe pas de colonnes renseignant sur les actions de formation auprès des équipes pédagogiques des lycées, collèges et autres établissements scolaires

36. Le compte de famille devrait être individualisé par rapport aux patients. L'accueil d'une population dont la moyenne d'âge s'est abaissée (mineurs et jeunes majeurs) nécessite que l'on puisse identifier le travail fait avec les familles.

Dans ce rapport toute l'activité se rapportant aux parents n'est pas prise en compte : pour une file active de 575 patients dont 375 (65 %) ont moins de 30 ans et 37 mineurs, nous avons reçus 231 familles en face à face, ce qui a entraîné 645 actes qui n'ont pas été comptabilisés dans ce rapport.

Dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs de cannabis qui a démarré en octobre 2004, la participation des parents à la prise en charge mériterait d'être analysée.

37. N'apparaissent pas dans les données quantitatives liées au rapport d'activité :

-Le travail habituellement effectué par un surveillant qui n'a pas été remplacé depuis plus de six mois et qui est donc effectué par les intervenants de l'équipe

-La dimension de l'accueil récemment travaillé en réunion institutionnelle, l'accueil a pu être redéfini comme une notion non individuelle (pas de référent spécifique), liée au fonctionnement du collectif soignant. Elle nécessite une présence, une disponibilité (matérielle et psychique) difficilement objectivable mais dont les effets (instauration d'un lien thérapeutique, travail sur la tolérance à la frustration, prévention de la violence) sont essentiels.

-La dimension de transmission : face à la spécificité de la population accueillie (cf. nombreuses attaques du cadre, des liens inter et intra personnels), le développement de la transmission entre soignants est devenue une nécessité. Un temps a été repéré en fin de journée, ce qui n'exclut pas les temps informels en journée. Les transmissions écrites sur différents cahiers relatives aux patients.

- Les échanges téléphoniques ne peuvent être ni recensés, ni quantifiés
- Le temps passé aux prises de rendez vous.

38. Prendre en compte le rapport annuel d'activité et financier de la structure, validés par la DDASS et l'assemblée générale

Ouvrir une rubrique sur les situations particulières rencontrées.

Séparer les actions de formation auprès des intervenants professionnels des actions de prévention en direction des publics jeunes. Ouvrir une rubrique pour les actions de prévention auprès des publics descolarisés...

Certaines rubriques n'ont pu être renseignées car elles ne seront intégrées au nouveau logiciel que pour 2005....

39. Il serait important de mentionner tout le travail de réflexion, de coordination, de mise au point, de travail sur dossiers, de synthèse de l'ensemble de l'équipe, sous forme de réunions hebdomadaires et ponctuelles au quotidien. Les personnes accueillies à l'équipe une remise en question et une mise à jour permanente des connaissances et des modes d'intervention. 15 à 20 % du temps de travail.

Soulignons qu'il n'est mentionné à aucun endroit la possibilité de comptabiliser les consultations faites dans le cadre famille entourage. Le recueil de données Actes-Patients ne permet pas de différencier qualitativement la nature des actes effectués (consultation téléphoniques, accueil personnalisé,...).

40. Ce nouveau recueil de données qui ainsi porte sur l'ensemble de l'activité de l'institution nous satisfait pleinement. Toutefois, il suit moins bien la procédure d'enregistrement des données telles que saisies dans le logiciel ProGdis.

En particulier les points concernant :

1-Médical

Les produits

L'ancienne formulation correspond mieux aux données que nous avons dans PROGDIS. En effet, vous demandez les produits à l'origine de la prise en charge et le mode de présentation correspond aux produits consommés actuellement dans le logiciel.

Les sevrages (effectués ou en cours dans la version précédente)

Dans cette version, on ne semble s'intéresser qu'à ceux qui ont été mis en place par le service, qui ont été menés à terme et réussis. En outre, il n'est pas précisé s'ils ne concernent que les opiacés (cannabis, benzo, alcool,... ?)

2-Clinique thérapeutique

Le travail avec les parents et la famille n'existe plus (à part la présence des proches dans la file active) alors même qu'il constitue une approche essentielle dans le soin aux usagers.

41. Tous les items de ce questionnaire n'ont pu être renseignés car le logiciel ProGdis ne le permet pas actuellement. Ce problème se complique dans le cadre d'un service hospitalier AP-HP par le fait que d'autres instances nous demandent des recueils de données (GILDA-PMSI). L'idéal serait de se voir financer un logiciel incluant toutes ces données. Cette activité de recueil de données ampute de façon dommageable l'activité clinique, ce d'autant que se profile le logiciel RECAP et une nouvelle nomenclature des actes.

42. 1-En accord avec la DDASS de ***, nous avons utilisé à titre expérimental le présent bilan d'activité pour l'exercice 2004.

2-Ce qui explique que tous les items n'ont pu être renseignés (notamment pour la prévention autre typologie utilisée en 2004)

3-Dans son ensemble bilan relativement simple à remplir

4-Excellente idée d'intégrer l'activité de prévention + vouloir la recenser et l'identifier

5-Pour la prévention ne vaudrait-il pas mieux indiquer le nombre de séances que le nombre d'heures à l'intérieur du tableau

43. Il serait important de prendre en compte le travail :

1-De gestion des appartements : nettoyage-aménagement-remise en état-qui correspond à environ 105 heures

2-La gestion des demandes d'appartement thérapeutique

3-Les entretiens d'admission

4-Les commissions d'admission

5-Les bilans avec les personnes hébergées

6-Le travail administratif autour des suivis

7-Les réunions cliniques

44. Il y a un décalage entre le rapport quantitatif car les données sont disponibles en date voulue et les données budgétaires qui elles ne seront prêtes que fin avril (elles ne sont donc pas renseignées ici). Par ailleurs, nos appartements accueillent des personnes avec leur enfant ce qui suppose un travail tant avec les partenaires de la petite enfance que sur la parentalité ; ces éléments ne figurent pas dans les présents documents.

45. Il est toujours difficile de renseigner les rubriques produits à l'origine de la prise en charge . C'est notamment le cas pour les domiciliations qui ne sont pas subordonnées à une demande de soins mais correspondant à un droit de toute personne. C'est également difficile pour les mesures ASELL où le critère de prise en charge est le degré d'autonomie atteint, et non la consommation de tel ou tel produit. Ce qui explique le nombre de patients non renseignés dans ces activités.

D'autre part les activités de *** sont nombreuses, et nous souhaiterions pouvoir les individualiser mieux. Ainsi pour *** : centre de soins, mesure ASELL, consultation VHC, groupes de parole, CDO tribunal

Ce rapport DGS est cependant un outil de travail intéressant, dont les items sont à la fois simples et pertinents.

46. Difficile à remplir a posteriori

Demande à tout compter, ce dont on n'avait pas l'habitude. Ceci va nous amener à mieux quantifier notre activité. Par exemple compter non seulement les RDV fixés hobnorés mais aussi ceux non programmés, entretiens par IDE, famille, renseignement familles.

Ce sera plus facile pour 2006-03-16

47. Ce document ne tient pas compte de la complexité et de la multiplicité des questions à traiter pour un même patient (sociales, médicales, psychologiques...) qui sont intriquées et consomment énormément de temps. Sans droits, sans papiers, sans logement...qui sont dans une sorte d'urgence psychique et qui présentent parfois des pathologies psy réelles. Le terme usager de drogues ne rend pas compte de la réalité des patients que nous rencontrons.

48. I L'origine principale des ressources n'est connue que pour les patients suivis par le service social et pour lesquels les assistants sociaux ont pu faire une évaluation globale de la situation

II Pour les patients en traitement de substitution, il n'a pas été comptabilisé les relais vers les autres CSST, incarcérations, relais vers les appartements thérapeutiques ou les ALT ; de même certains patients ont été perdus de vue

49. La rubrique 21 intitulée Sevrages devrait différencier les sevrages à la méthadone et les sevrages au Subutex

50. L'item n°16 (répartition des patients selon le produit le plus dommageable) est difficile à renseigner)

ANNEXE 2 : LISTE DES CSST EN AMBULATOIRE EN 2004

N°	Code OFDT	Nom du centre	N° Dep	Région
1	67010	CSST APRES Strasbourg	67	Alsace
2	67020	CSST Ste Catherine	67	Alsace
3	67030	CSST Fil d'Ariane	67	Alsace
4	68010	CSST Argile	68	Alsace
5	68030	CSST Alternative	68	Alsace
6	68040	CSST Le Cap	68	Alsace
7	68040	CSST Le Cap	68	Alsace
8	68040	CSST Le Cap	68	Alsace
9	9A010	CSST COREDAF	9A	Antilles-Guyane
10	9A020	CSST Saint Martin	9A	Antilles-Guyane
11	9B010	CSST Unité d'écoute Fort de France	9B	Antilles-Guyane
12	9B020	CSST CHS Colson	9B	Antilles-Guyane
13	9B030	CSST Clarac CHU Fort-de-France	9B	Antilles-Guyane
14	9C030	CSST Cayenne	9C	Antilles-Guyane
15	9C040	CSST St-Laurent du Maroni	9C	Antilles-Guyane
16	9C060	CSST Kourou	9C	Antilles-Guyane
17	24010	CSST Rep'sud d'or	24	Aquitaine
18	33010	CSST Centre de soins en addictologie Bègles	33	Aquitaine
19	33010	CSST Parlement St Pierre	33	Aquitaine
20	33020	CSST Montesquieu	33	Aquitaine
21	40010	CSST La Source	40	Aquitaine
22	47010	CSST SAST Agen	47	Aquitaine
23	64010	CSST Béarn Toxicomanie	64	Aquitaine
24	64020	CSST Service toxicomanie Pau	64	Aquitaine
25	64030	CSST Bizia	64	Aquitaine
26	64040	CSST ARIT	64	Aquitaine
27	03010	CSST Moulins	03	Auvergne
28	15010	CSST Aurillac	15	Auvergne
29	43010	CSST Le Puy en Velay	43	Auvergne
30	63010	CSST CH Montpied	63	Auvergne
31	14010	CSST Caen	14	Basse-Normandie
32	50010	CSST Presqu'île	50	Basse-Normandie
33	61010	CSST - A Drog'aide 61 Alençon	61	Basse-Normandie
34	21010	CSST Tivoli	21	Bourgogne
35	58010	CSST NEVERS	58	Bourgogne
36	71010	CSST SDIT Châlon	71	Bourgogne
37	89010	CSST C.E.A.T. Auxerre	89	Bourgogne
38	89020	CSST Sens	89	Bourgogne
39	22010	Antenne du CSST de Rennes	22	Bretagne
40	29010	CSST CH Etienne Gourmelen	29	Bretagne
41	29020	CSST Accueil Drogue Info Brest	29	Bretagne
42	35010	CSST Rennes	35	Bretagne
43	56010	CSST Spid	56	Bretagne
44	18010	CSST CAET Bourges	18	Centre
45	28010	CSST Alkinoos	28	Centre
46	28020	CSST Dreux	28	Centre
47	36010	CSST CAETF Chateauroux	36	Centre

48	37010	CSST Port Bretagne	37	Centre
49	41010	CSST VRS Blois	41	Centre
50	45010	CSST APLEAT	45	Centre
51	08010	CSST CAST Charleville-Mézière	08	Champagne-Ardenne
52	08020	CSST CH Corvisart	08	Champagne-Ardenne
53	10010	CSST A.L.T. Troyes	10	Champagne-Ardenne
54	51010	CSST CAST	51	Champagne-Ardenne
55	51020	CSST-CAST Epernay	51	Champagne-Ardenne
56	2A010	CSST Loretto	20	Corse
57	2B020	CSST Accueil prév. Tox Bastia	20	Corse
58	25010	CSST Le Relais	25	Franche-Comté
59	25020	CSST Solea	25	Franche-Comté
60	39010	CSST Passerelle	39	Franche-Comté
61	70010	CSST Escale	70	Franche-Comté
62	27010	CSST Evreux	27	Haute-Normandie
63	27020	CSST Andelys	27	Haute-Normandie
64	76010	CSST La Boussole (ex ARIRT)	76	Haute-Normandie
65	76020	CSST ALINEA Le Havre	76	Haute-Normandie
66	76030	CSST La Passerelle Elboeuf	76	Haute-Normandie
67	76040	CSST Maupassant Dieppe	76	Haute-Normandie
68	75010	CSST Pierre-Nicole	75	Ile-de-France
69	75020	CSST Monte Cristo	75	Ile-de-France
70	75030	CSST Monceau	75	Ile-de-France
71	75040	CSST Horizon	75	Ile-de-France
72	75050	CSST Espace Mürger	75	Ile-de-France
73	75060	CSST Esp. Parmentier	75	Ile-de-France
74	75070	CSST CECCOF	75	Ile-de-France
75	75080	CSST Corde raide	75	Ile-de-France
76	75090	CSST Charonne	75	Ile-de-France
77	75100	CSST Emergence	75	Ile-de-France
78	75110	CSST Cassini	75	Ile-de-France
79	75120	CSST Didro	75	Ile-de-France
80	75140	CSST Moreau de Tours	75	Ile-de-France
81	75150	CSST Marmottan	75	Ile-de-France
82	75160	CSST La Terrasse	75	Ile-de-France
83	75170	CSST Nova Dona	75	Ile-de-France
84	75180	CSST Sleep In	75	Ile-de-France
85	75190	CSST Bus méthadone	75	Ile-de-France
86	75200	CSST Confluences	75	Ile-de-France
87	75210	CSST 110 Les Halles	75	Ile-de-France
88	77010	CSST Le Carousel	77	Ile-de-France
89	77020	CSST Marge	77	Ile-de-France
90	77030	CSST APS Contact	77	Ile-de-France
91	77040	CSST HEVEA	77	Ile-de-France
92	78010	CSST CEDAT-Versailles	78	Ile-de-France
93	78030	CSST CASA Versailles	78	Ile-de-France
94	91010	CSST Essonne Accueil Evry	91	Ile-de-France
95	91040	CSST Ressources Athis Mons	91	Ile-de-France
96	91050	CSST Arpajon	91	Ile-de-France
97	92010	CSST La Fratrie	92	Ile-de-France
98	92020	CSST Trait d'Union	92	Ile-de-France
99	92030	CSST Chimène	92	Ile-de-France
100	92040	CSST Clinique Liberté	92	Ile-de-France

101	92060	CSST C.A.S.T. Asnières	92	Ile-de-France
102	92070	CSST ACIAT 92	92	Ile-de-France
103	93010	CSST Corbillon	93	Ile-de-France
104	93020	CSST Gainville	93	Ile-de-France
105	93030	CSST Villemonble	93	Ile-de-France
106	93040	CSST Mosaïque	93	Ile-de-France
107	93050	CSST C.A.S.T. Bobigny	93	Ile-de-France
108	94010	CSST Epice	94	Ile-de-France
109	94020	CSST Littoral	94	Ile-de-France
110	94030	CSST Ivry Sud	94	Ile-de-France
111	94040	CSST Ithaque	94	Ile-de-France
112	94050	CSST JET 94	94	Ile-de-France
113	94060	Méthadone Est	94	Ile-de-France
114	95010	CSST Dune	95	Ile-de-France
115	95020	CSST Rivage	95	Ile-de-France
116	95030	CSST Imagine	95	Ile-de-France
117	11010	CSST AID 11	11	Languedoc-Roussillon
118	30010	CSST Logos Nîmes + Alès	30	Languedoc-Roussillon
119	34010	CSST AMT (Arc en ciel)	34	Languedoc-Roussillon
120	34030	CSST Episode Béziers	34	Languedoc-Roussillon
121	34040	CSST (UTDT) Montpellier	34	Languedoc-Roussillon
122	48010	CSST ANPAA48	48	Languedoc-Roussillon
123	66010	CSST TOULOUGES	66	Languedoc-Roussillon
124	19010	CSST Brive	19	Limousin
125	87010	CSST Bobillot	87	Limousin
126	54010	CSST UFATT Nancy	54	Lorraine
127	54020	CSST TANDEM	54	Lorraine
128	55010	CSST Centr'aid	55	Lorraine
129	57010	CSST Porte Allemands CMSEA	57	Lorraine
130	57020	CSST Beaudelaire	57	Lorraine
131	88010	CSST La Croisée	88	Lorraine
132	09010	CSST AIPD	09	Midi-Pyrénées
133	12010	CSST Rodez	12	Midi-Pyrénées
134	31010	CSST Accueil toxicomanie Toulouse AAT	31	Midi-Pyrénées
135	31020	CSST DIDE	31	Midi-Pyrénées
136	31030	CSST Service Accueil S	31	Midi-Pyrénées
137	31040	CSST Centre méthadone Passages Toulouse	31	Midi-Pyrénées
138	31050	CSST Clémence Isaure	31	Midi-Pyrénées
139	46010	CSST Le Peyry Cahors	46	Midi-Pyrénées
140	65010	CSST Casa 65	65	Midi-Pyrénées
141	81010	CSST Espace accueil info Albi	81	Midi-Pyrénées
142	82010	CSST Montauban	82	Midi-Pyrénées
143	59010	CSST Boris Vian	59	Nord-Pas-de-Calais
144	59020	CSST Le Relais Roubaix	59	Nord-Pas-de-Calais
145	59030	CSST Michel	59	Nord-Pas-de-Calais
146	59040	CSST GREID	59	Nord-Pas-de-Calais
147	59060	CSST Etapes	59	Nord-Pas-de-Calais
148	59070	CSST Espace du possible	59	Nord-Pas-de-Calais
149	59080	CSST C.I.T.D.	59	Nord-Pas-de-Calais
150	59090	CSST Le Cèdre Bleu	59	Nord-Pas-de-Calais
151	59100	CSST Réagir	59	Nord-Pas-de-Calais

152	62010	CSST Le Square	62	Nord-Pas-de-Calais
153	62020	CSST La porte ouverte	62	Nord-Pas-de-Calais
154	62030	CSST Le Jeu de Paume	62	Nord-Pas-de-Calais
155	62040	CSST Arras	62	Nord-Pas-de-Calais
156	44010	CSST Le Triangle	44	Pays de la Loire
157	44020	CSST La Rose des Vent	44	Pays de la Loire
158	49010	CSST CH Angers	49	Pays de la Loire
159	49020	CSST Equinoxe	49	Pays de la Loire
160	49030	CSST La Boétie Angers	49	Pays de la Loire
161	53010	CSST Laval	53	Pays de la Loire
162	72010	CSST AID Le Man	72	Pays de la Loire
163	85010	CSST La Métairie	85	Pays de la Loire
164	02010	CSST Unité Fonctionnelle St Quentin	02	Picardie
165	02020	CSST SATO Soissons	02	Picardie
166	60010	CSST SATO Beauvais	60	Picardie
167	60020	CSST SATO Creil	60	Picardie
168	60040	CSST SATO Compiègne	60	Picardie
169	80010	CSST Le chemin	80	Picardie
170	16010	CSST Agora	16	Poitou-Charente
171	17010	CSST Synergie 17	17	Poitou-Charente
172	79010	CSST Delta 79	79	Poitou-Charente
173	86010	CSST Le Tourniquet	86	Poitou-Charente
174	04010	CSST La Parenthèse	04	Provence-Alpes-Côte d'Azur
175	05010	CSST A.J.E.	05	Provence-Alpes-Côte d'Azur
176	06010	CSST Jeanne d'Arc	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
177	06020	CSST Nice SOSDI	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
178	06030	CSST ACTES Nice	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
179	06040	CSST CHS Ste Marie Nice	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
180	06050	CSST CH Grasse	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
181	06070	CSST Antibes	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
182	06060	CSST Centre Méthadone	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
183	06080	CSST La Marie-Jeanne	06	Provence-Alpes-Côte d'Azur
184	13010	CSST Le Cairn	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
185	13020	CSST AMPTA	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
186	13030	CSST CH Ste-Marguerite	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
187	13040	CSST D.Casanova	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
188	13050	CSST FST Aix	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
189	13060	Bus Méthadone Marseille	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
190	13060	CSST Puget Corderie	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
191	83010	CSST Toulon	83	Provence-Alpes-Côte

				d'Azur
192	83020	CSST Draguignan	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
193	83030	CSST S.A.A.T Hyères	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
194	83040	CSST Fréjus	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
195	83050	CSST AVASTOFA	83	Provence-Alpes-Côte d'Azur
196	84010	CSST AVAPT	84	Provence-Alpes-Côte d'Azur
197	9D010	CSST Castor	9D	Reunion
198	9D020	CSST KAZ'OTE	9D	Reunion
199	01010	CSST AAJ	01	Rhône-Alpes
200	07010	CSST Espace 07 Privas	07	Rhône-Alpes
201	26010	CSST-ATempo	26	Rhône-Alpes
202	38010	CSST Centre Hauquelin Grenoble	38	Rhône-Alpes
203	38030	CSST Point virgule	38	Rhône-Alpes
204	42010	CSST UTDT Saint-Etienne	42	Rhône-Alpes
205	42020	CSST Rimbaud Saint-Etienne	42	Rhône-Alpes
206	69010	CSST Hôtel Dieu	69	Rhône-Alpes
207	69020	CSST A 3	69	Rhône-Alpes
208	69030	CSST APUS	69	Rhône-Alpes
209	69040	CSST Lyon Sud	69	Rhône-Alpes
210	69050	CSST Pavillon A	69	Rhône-Alpes
211	69060	CSST Jonathan	69	Rhône-Alpes
212	73010	CSST Le Pélican	73	Rhône-Alpes
213	74010	CSST Le Lac d'Argent	74	Rhône-Alpes
214	74020	CSST Apreto	74	Rhône-Alpes

ANNEXE 3 : LISTE DES CENTRES THERAPEUTIQUES RESIDENTIELS (CTR) ET DES CENTRES THERAPEUTIQUES COMMUNAUTAIRES (CTC) EN 2004

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	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	H66040	CTR Oliveraie	66	Languedoc-Roussillon
22	H57020	CTR Foville	57	Lorraine
23	H88010	CTR Le haut des frêts	88	Lorraine
24	H31010	CTR En Boulou	31	Midi-Pyrénées
25	H46020	CTR Le Peyry	46	Midi-Pyrénées
26	H59010	CTR Espace du possible	59	Nord-Pas-de-Calais
27	H59020	CTR La Maison	59	Nord-Pas-de-Calais
28	H59040	CTR L'Atre	59	Nord-Pas-de-Calais
29	H59030	CTR Le Cèdre Bleu	59	Nord-Pas-de-Calais
30	H49010	CTR Le moulin Haute-Brin	49	Pays de la Loire
31	H80010	CTR Le Relais Amiens	80	Picardie
32	H13010	CTR La Corniche	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
33	H13020	CTR Les Lauriers	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
34	A13010	CTR-A Le Cairn	13	Provence-Alpes-Côte d'Azur
35	H07010	CTR La cerisaie	07	Rhône-Alpes
36	H26010	CTR Divajeu	26	Rhône-Alpes
37	H26020	CTR Le Gué	26	Rhône-Alpes
38	H69010	CTR A3 - La Fuchardière	69	Rhône-Alpes
39	H74010	CTR Châlet du Thianty	74	Rhône-Alpes
40	H02010	CTC APTE	02	Picardie
41	H30030	CTC Mas St-Gille	30	Languedoc-Roussillon
42	H60010	CTC Flambermont	60	Picardie
43	H65010	CTC Le Val d'Adour	65	Midi-Pyrénées

ANNEXE 4 : LISTE DES CENTRES SPECIALISES DE SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE
EN 2004

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 TABLEAUX

Tableau 1: répartition des structures présentes dans la base de données suivant leur statut juridique 2004	7
Tableau 2 : Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1998 – 2004.....	8
Tableau 3 : nombre de lieux d’ouverture et nombre d’heures d’ouverture hebdomadaire dans les structures spécialisées en alcoologie, 1995-2002	9
Tableau 4 : Répartition régionale des CSST et des files actives en 2004	9
Tableau 5 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant le sexe, 1998 - 2004.....	11
Tableau 6 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant les tranches d’âge, 1998-2004	11
Tableau 7 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant l’origine géographique, 1998 - 2004.....	12
Tableau 8 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant le type de logement, 1998 – 2004.....	12
Tableau 9 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant le type de revenus, 1998 – 2004.....	13
Tableau 10 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant l’origine de la demande de consultation, 2004.	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, 1998-2004.	14
Tableau 12 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant le produit n°2 et n° 3 à l’origine de la prise en charge, 2004.	15
Tableau 13 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l’origine de leur prise en charge, 2004	16
Tableau 14 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant l’utilisation de la voie intraveineuse, 1998 - 2004	16
Tableau 15 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.....	17
Tableau 16 : Nombre moyen d’actes par CSST suivant les types d’actes et le nombre de patients concernés, 2004	17
Tableau 17 : Activités de groupes thérapeutiques, 2004.....	18
Tableau 18 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage par CSST, 1998 - 2004.....	19
Tableau 19 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004	20
Tableau 20 : Pourcentage de centres prescrivant des traitements de substitution, 2004.....	20
Tableau 21 : Les activités de prévention, 2004.....	21
Tableau 22 : Ressources par poste, en moyenne par CSST en 2004	21
Tableau 23 : Nombre d’ETP par structure et nombre de patient par ETP, 1999 – 2004	22
Tableau 24 : Répartition en % des ETP suivant le type d’emploi, 2004.....	23
Tableau 25 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)	23
Tableau 26: Nombre de structures avec hébergement intégrées dans la base de données 2004 suivant le type de structure et le nombre de place.....	27
Tableau 27: Nombre de CSST avec hébergement, nombre de patients et file active moyenne, 2004.....	28
Tableau 28 : répartition régionale du nombre de CSST avec hébergement, du nombre de place d’hébergement et du nombre de personnes hébergées en 2004	29
Tableau 29 : Répartition en % de l’ensemble des patients suivant le sexe, 2004	30

Tableau 30 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004...	30
Tableau 31: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine géographique, 2004	31
Tableau 32 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de logement, 2004	31
Tableau 33 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004 ..	32
Tableau 34 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004	33
Tableau 35 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le posant le plus de problèmes, 2004	34
Tableau 36 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n°2 et n°3 à l'origine de la prise en charge, 2004	35
Tableau 37 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004.....	35
Tableau 38 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.....	36
Tableau 39 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes et le nombre de patients concernés, 2004	36
Tableau 40 : Activités de groupes thérapeutiques, 2004.....	37
Tableau 41 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004	37
Tableau 42 : Répartition des sortants selon la durée d'hébergement, 2004.....	38
Tableau 43 : Répartition des projets de sortie avec les résidents sortis en 2004.....	39
Tableau 44 : Répartition des résidents sortis selon les motifs de sortie, 2004.....	39
Tableau 45 : Les activités de prévention, 2004.....	40
Tableau 46 : Les moyens financiers des CSST, 2004	40
Tableau 47 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004.....	41
Tableau 48 : Nombre de CSST avec hébergement sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)	41
Tableau 49 : Nombre de CSST en milieu pénitentiaire, nombre de patients et file active moyenne, 2004.	44
Tableau 50: Répartition régionale des CSST et des files actives en 2004	44
Tableau 51: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le sexe, 2004	46
Tableau 52: Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 2004....	46
Tableau 53 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le type de revenus, 2004 ..	47
Tableau 54 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'origine de la demande de consultation, 2004.	47
Tableau 55 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit posant le plus de problèmes, 2004	48
Tableau 56 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant les produits n°2 et n°3 posant le plus de problèmes, 2004	49
Tableau 57 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant leur dépendance au produit n°1 à l'origine de leur prise en charge, 2004.....	50
Tableau 58 : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant l'utilisation de la voie intraveineuse, 2004.....	50
Tableau 59 : Répartition en pourcentage des actes effectués par les professionnels au sein des divers CSST, 2004.....	51
Tableau 60 : Nombre moyen d'actes par CSST suivant les types d'actes et le nombre de patients concernés, 2004	51
Tableau 61: Taux de réponses en %.....	52

Tableau 62 : Nombre moyen de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution aux opiacés par structure, 2004.	52
Tableau 63 : Les activités de prévention, 2004.....	53
Tableau 64 : Les moyens financiers des CSST en milieu pénitentiaire, 2004.....	53
Tableau 65 : Répartition en % des ETP suivant le type d'emploi, 2004.....	54
Tableau 66 : Nombre de CSST sans médecins, infirmiers, psychologues..., parmi les CSST ayant fourni des données sur les ETP, 2004 (mis à disposition comprise)	55