



Liberté . Égalité . Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées

Direction Générale de la Santé

F O C U S
Consommateurs et conséquences

CSST 1998 - 2001

**Exploitation des rapports d'activité-type
des Centres spécialisés de soins aux
toxicomanes, 1998 - 2001**

Christophe PALLE
Catherine BERNARD
Elisabeth SÉVENIER
Hélène MORFINI

CSST

1998 – 2001

*Exploitation des rapports d'activité-type
des CSST ambulatoires*

**Christophe Palle (OFDT)
Catherine Bernard (DGS)
Elisabeth Sévenier (DGS)
Hélène Morfini (DGS)**

Saisie des rapports et réalisation des fichiers : Statmicro

Table des matières :

INTRODUCTION	5
I. LES CSST AMBULATOIRE	7
Synthèse	7
Photographie des CSST ambulatoires en 2001	7
Les évolutions marquantes entre 1998 - 2001	8
1. Les structures répondantes	10
1.1 File active	10
1.2 Répartition régionale	11
2. Les patients	12
2.1 Sexe	12
2.2 Age	13
2.3 Enfants à charge	15
2.4 Origine géographique	16
2.5 Logement	16
2.6 Revenus	18
2.7 Couverture sociale	19
2.8 Produits à l'origine de la prise en charge	19
2.9 Voie intraveineuse	21
2.10 VIH, VHB, VHC	22
2.11 Affections psychiatriques	24
2.12 Origine de la demande	24
3. L'activité	26
3.1 Consultations et actes	26
3.1.1 Ensemble des actes et patients concernés	26
3.1.2 Sevrages	27
3.1.3 Traitements de substitution	28
3.2 Budget	28
3.3 Personnel	29
II . LES CSST AVEC HEBERGEMENT	31
Synthèse	31
Photographie des CSST avec hébergement en 2001	31
Les évolutions marquantes entre 1998 - 2001	32
1. Les structures répondantes	33
2. Les patients	34
2.1 Sexe	34
2.2 Age	34
2.3 Enfants à charge	35
2.4 Origine géographique	35
2.5 Logement	35
2.6 Revenus	36
2.7 Couverture sociale	37
2.8 Produits	37

2.8 Voie intraveineuse	38
2.9 VIH, VHB, VHC	38
2.10 Affections psychiatriques	40
2.11 Origine de la demande	40
3. L'activité	41
3.1 Nombre d'actes	41
3.2 Durée de séjours et conditions de sorties	41
3.3 Budget	42
3.4 Personnel	43
CONCLUSION	45
Annexe 1 : Listes des CSST ambulatoire au 31 décembre 2002	46
Annexe 2 : liste des CSST avec hébergement en 2001	50

INTRODUCTION

Champ du recueil d'informations

Les données présentées dans cette synthèse sont issues des rapports d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes financés principalement, jusqu'en 2002, par le budget de l'Etat. 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, et le 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 ambulatoires ainsi que leurs permanences d'accueil, et les CSST avec hébergement (centre thérapeutiques résidentiels ou centres thérapeutiques communautaires). Il n'a pas été demandé de remplir de rapports type pour les appartements thérapeutiques relais, les familles d'accueil, l'hébergement d'urgence ou de transition, les CSST en milieu pénitentiaire et les unités d'hospitalisation.

Depuis le 1er janvier 2003, ces structures relèvent, pour la plupart, 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.

Objectifs du recueil d'informations

Le rapport type élaboré en 1996 par la DGS 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. Elle permet également à chaque CSST 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 standardisé est adressé aux entités juridiques gérant une ou plusieurs activités de soins et/ou de prévention, 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 copies des rapports d'activité sont expédiées à l'OFDT qui se charge de la saisie et de l'exploitation des données.

I. LES CSST AMBULATOIRE

SYNTHESE

Photographie des CSST ambulatoires en 2001

Les patients

- La file active totale peut être estimée à 67 000 personnes dont environ la moitié de nouveaux patients. La file active moyenne par structure est d'environ 330 patients. Ces nombres comprennent cependant une certaine proportion de doubles comptes qui reste difficile à estimer.
- Les patients sont à 78 % de sexe masculin.
- Une courte majorité de patients (51 %) ont 30 ans ou plus et 13 % ont 40 ans ou plus ; 27% des patients ont moins de 25 ans et 5 % sont mineurs. Les nouveaux patients sont notamment plus jeunes : on compte parmi eux 41 % de 30 ans et plus et 37 % de moins de 25 ans. Les proportions de 40 ans et plus et de mineurs ne sont cependant pas très différentes de celles observées pour l'ensemble des patients (respectivement 11 % et 7 %).
- 28 % des patients ont des enfants à charge.
- 85 % des patients résident dans le département où est situé le CSST d'accueil, 9 % dans la même région.
- 69 % des patients vivent dans un logement stable, 23 % dans un logement précaire et 7 % sont sans logement (données sensiblement identique pour les nouveaux patients).
- 95 % disposent d'une couverture sociale.
- Les opiacés sont mentionnés comme produit à l'origine de la prise en charge chez un peu plus de 55 % des patients, la cocaïne 6 %, le cannabis 21 % et l'alcool chez 8 %. Parmi les nouveaux patients, le cannabis est mentionné dans 29 % des cas.
- 44 % des patients sont considérés comme polytoxicomanes.
- Les patients viennent en majorité (53 %) consulter d'eux même ou à l'instigation de leurs proches ; 18 % sont adressés par des partenaires sanitaires, 10% par des partenaires extérieurs sociaux et 13 % sont entrés en contact suite à une mesure judiciaire (18 % pour les nouveaux patients)

L'activité

- Le nombre de consultations ou d'actes par patient est en moyenne proche de 20, dont 4 consultations médicales (y compris psychiatriques), près de 7 soins infirmiers, 3,6 entretiens individuels socio-éducatifs et 2,7 entretiens psychothérapeutiques.
- En moyenne 7 patients par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire, et 6 patients ont suivi un sevrage par dose dégressive du traitement de substitution.
- En moyenne 61 patients par structure ont eu une prescription de méthadone par le CSST, 56 une prescription de buprénorphine haut dosage et 2 patients des prescriptions d'autres produits utilisés comme traitement de substitution.

Financement

- 85 % des financements proviennent de l'Etat, un peu plus de 4 % des collectivités territoriales.
- Le budget moyen par structure est d'environ 400 000 euros.
- Les frais de personnel représentent en moyenne environ 75 % des charges

Personnel

- On compte en moyenne environ 7 ETP par structure.
- Sur l'ensemble des ETP on comptait en 2001 environ 10 % d'ETP de médecins, près de 18 % d'ETP infirmiers, 13 % d'ETP de psychologues, 18 % d'ETP d'éducateurs, 9 % d'ETP d'assistantes sociales et 12 % d'ETP de secrétaires.

Les évolutions marquantes entre 1998 - 2001

Les patients

- Une file active en augmentation (330 patients en moyenne par structure en 2001 contre 272 en 1998).
- Une proportion d'hommes croissante (77,6 % en 2001 contre 75,6 % en 1998).
- Des trente ans et plus devenus majoritaires (51,3 % en 2001 contre 36,7 % en 1998) du fait, notamment, de l'augmentation du nombre des quarante et plus (13 % en 2001 contre 6 % en 1998) ; parmi les moins de trente ans, la part des 25-29 ans est en forte régression (22 % en 2001 contre 28 % en 1998) alors que celle des mineurs progresse (5 % en 2001 contre 3,3 % en 1998).
- Progression du pourcentage de patients disposant d'un logement stable, essentiellement dans le cadre de la famille (26,6 en 2001 contre 23,9 en 1998) ; la progression de la part de logement stable est encore plus marquée chez les nouveaux patients.
- Augmentation importante du pourcentage de patients disposant de revenus du travail (33,9 en 2001 contre 28,2 en 1998) ; baisse du pourcentage de patients bénéficiaires du RMI (22,8 % en 2001 contre 26,4 % en 1998). On observe les mêmes évolutions, plus marquées encore, pour les nouveaux patients.
- Progression du pourcentage de patients bénéficiant d'une couverture sociale entre 1998 et 1999 puis stabilisation autour de 95 % depuis.
- Baisse du pourcentage de consommateurs d'héroïne et de codéine (47,4 % en 2001 contre 54,6 % en 1998). La part du cannabis est en augmentation (20,6 % en 2001 contre 16,1 % en 1998).
- Progression rapide du pourcentage de personnes n'ayant jamais pratiqué l'injection.
- Progression du nombre de patients venus suite à une mesure judiciaire (12,8 % en 2001 contre 10,8 % en 1998), la progression étant particulièrement forte chez les nouveaux patients (17,8 % en 2001 contre 13,4 % en 1998). Cette augmentation est presque entièrement imputable aux classements avec orientation alors que la part des patients adressés suite à une injonction thérapeutique subit une légère érosion.

L'activité

- Progression du nombre total de consultations par patient de 16,8 en 1998 à 19,6 en 2001.

- Augmentation importante du nombre moyen de patients ayant eu une prescription de méthadone par le CSST d'accueil (61 en 2001 contre 36 en 1998). Pour les prescriptions de buprénorphine, la croissance est beaucoup plus faible (56 en 2001 contre 44 en 1998), avec une stabilisation du nombre de patients par structure depuis 1999.

Personnel

- Baisse de la part des ETP médecins (10 % en 2001 contre 12 % en 1999 et 14% en 2000).

1. LES STRUCTURES REPONDANTES

En 2001, sur 201 CSST ambulatoire¹, 150 ont fourni un rapport exploitable, soit un taux de réponse de 75 %, en baisse par rapport à 2000 (taux de réponse d'environ 80 %). Les rapports manquants ne sont pas parvenus à la DGS un peu plus d'un an après la fin de l'année 2001, ou bien ne sont pas exploitables, en général par ce que non conformes au rapport type.

Certains départements dans lesquels existent plusieurs CSST, comme le Maine et Loire (49), les Pyrénées Atlantiques (64), les Yvelines (78), l'Essonne (91), la Guadeloupe, la Guyane, ne sont pas présents dans la base en 2001. Dans le Var, seul un rapport sur cinq a pu être inclus dans la base.

Il est à noter que, pour la plupart de ces structures absentes de la base en 2001, un rapport exploitable a été reçu en 2000. Quelques CSST ne figurent néanmoins pas dans la base depuis 1999.

1.1 File active

En extrapolant la file active moyenne annuelle à l'ensemble des structures, on obtient une file active totale de plus de 67 000 personnes en 2001. Ce chiffre peut-être rapproché du nombre de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés et de cocaïne « à problèmes »² d'une part et aux 280 000 consommateurs quotidiens de cannabis d'autre part³, estimations réalisées pour les années 1999/2000. Il est cependant probable que le nombre de 67 000 personnes comprenne une certaine proportion de doubles comptes et soit donc en partie surestimé. Dans les structures possédant plusieurs lieux d'accueil (permanence d'accueil, centre méthadone situé dans un autre lieu que le CSST), les rapports n'indiquent pas toujours si les files actives des « antennes » sont incluses ou non dans la file active de la structure principale. Sauf dans les cas où un rapport porte une mention explicite de son caractère global, les rapports des permanences d'accueil sont consolidés avec celui du CSST et les files actives sont donc additionnées. Les doubles comptes internes aux centres ne concerneraient malgré tout qu'un nombre limité de structures. L'autre source de doubles comptes est la fréquentation de plusieurs CSST par un même patient au cours de l'année. Des études dans quelques grandes villes seraient nécessaires pour apprécier l'étendue de ces doubles comptes.

Sous l'hypothèse d'une proportion de double compte identique d'une année sur l'autre, on peut noter une tendance constante à l'augmentation de la file active moyenne déclarée par les CSST depuis 1998.

¹ Pour l'exploitation statistique, deux permanences d'accueil situées dans un autre département que le CSST auxquelles elles sont rattachées, ont été considérées comme des entités distinctes ; le nombre total d'unités statistiques pour les CSST ambulatoire est donc de 203.

² OFDT, Drogues et Dépendances, Indicateurs et Tendances 2002

³ idem

Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Nombre de CSST ayant répondu	158	140	167	150
Nombre de patients	43 028	41521	52 826	50 198
% de nouveaux patients	50,0	51,0	48,7	49,4
File active moyenne par structure (Nombre de patients/nombre de structures)	272	297	316	335

Le rapport d'activité type ne permet pas de différencier la file active en contacts uniques et contacts répétés. Cela explique peut-être en partie que, si le sexe et l'âge des patients recensés sont connus dans 97 à 98 % des cas en 2001, la question sur le logement n'est complétée que dans 87 % des cas, et celle sur les enfants à charge dans 73 % des cas. Des contacts trop brefs ne permettent en effet qu'un remplissage « a minima » (sexe et âge) de la fiche d'accueil.

De 1998 à 2001, environ la moitié de la file active était accueillie pour la première fois dans la structure. Ces « nouveaux patients » peuvent cependant avoir déjà été en contact avec une autre structure de soins.

1.2 Répartition régionale

Dans plusieurs régions, seule la moitié, ou moins de la moitié, des rapports ont pu être intégrés dans la base (Antilles-Guyane, Aquitaine, Auvergne, Franche-Comté, Languedoc Roussillon, Pays de la Loire). Or, dans un grand nombre de ces régions, l'absence ou la présence d'un ou deux CSST peut avoir un impact important sur les données. Une véritable exploitation régionale demanderait une amélioration des taux de réponses.

La répartition régionale ne sera donc abordée dans le reste du rapport que pour les régions dans lesquelles au moins les deux tiers des rapports sont présents dans la base (sous réserve, dans ce cas limite, que 4 rapports au moins soient disponibles). Les commentaires sur la répartition régionale ne portent donc, dans ce rapport, que sur 15 régions soulignées dans le tableau ci-dessous. Pour chaque question, on citera les régions qui se distinguent le plus de la moyenne nationale (en deçà ou au-delà de un écart type de la moyenne nationale).

Nombre de CSST ambulatoire existants, nombre de CSST ambulatoire ayant répondu à l'enquête, file active totale et moyenne par région en 2001

Régions	Nombre de CSST existants en 2001	Nombre de CSST présents dans la base en 2001	File active des CSST présents dans la base en 2001	File active moyenne par région en 2001
<u>ALSACE</u>	6	6	1589	265
ANTILLES-GUYANE	8	4	1492	373
AQUITAINE	9	5	1708	342
AUVERGNE	4	1	62	62
BASSE-NORMANDIE	3	2	717	359
BOURGOGNE	3	3	1176	392
BRETAGNE*	5	4	942	236
CENTRE	6	6	1484	247
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	4	1066	267
CORSE	2	2	437	219
FRANCHE-COMTE	4	3	720	240
HAUTE-NORMANDIE	6	5	811	162
ILE-DE-FRANCE	47	35	13724	392
LANGUEDOC-ROUSSILLON	7	3	1239	413
LIMOUSIN	2	2	541	271
LORRAINE	6	4	2150	538
MIDI-PYRENEES	10	10	2275	228
NORD-PAS-DE-CALAIS	14	12	5416	451
PAYS DE LA LOIRE	8	4	1014	254
PICARDIE	6	4	629	157
POITOU-CHARENTES	4	2	1063	532
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	20	14	5579	399
REUNION	2	1	83	83
RHONE-ALPES	16	14	4281	306
FRANCE	202	150	50198	335

*antenne du CSST de Rennes dans le 22 comptée comme un CSST

2. LES PATIENTS

2.1 Sexe

Le pourcentage de patients de sexe masculin est en augmentation depuis 1998. Chez les nouveaux patients, le ratio homme/femme est, en 2001, de 4 hommes pour 1 femme et non plus le chiffre « habituel » de 3 hommes pour une femme.

Répartition des patients suivant le sexe, ensemble patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Homme	75,6	76,3	77,3	77,6
Femme	24,4	23,7	22,7	22,4
Total Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition des patients suivant le sexe, nouveaux patients 1988-2001

	1998	1999	2000	2001
Homme	76,7	77,7	78,1	79,0
Femme	23,0	22,3	21,9	21,0
Total Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses pour l'ensemble des patients	5,5	4,2	5,2	1,6

Répartition régionale

Si en moyenne, la proportion de femmes est de 22 %, elle est respectivement de 29 % et 26 % en Corse et Midi-Pyrénées et, n'est que de 17 % environ dans les régions Limousin et Champagne-Ardennes.

Répartition selon les CSST

La proportion de femmes dépasse 40 % dans 3 CSST, ce qui s'explique par l'orientation spécifique de ces structures (femmes enceintes ou avec enfants). A l'autre extrême, la proportion de femmes est inférieure à 10 % de la file active dans 6 CSST.

2.2 Age

En 2001, les patients âgés de 30 ans et plus sont très légèrement plus nombreux que ceux de moins de 30 ans. Les mineurs représentent 5 % de la file active alors que les plus âgés (40 ans et plus) en représentent 13 %.

Depuis 1998, la part des 30 ans et plus a sensiblement augmenté passant de 45 % à 51 %, en raison de la rapide augmentation des 40 ans et plus qui doublent leur part. La part des mineurs, bien qu'elle ne représente toujours qu'un faible pourcentage de la file active, est également en augmentation. La croissance de la part des plus jeunes et des plus âgés s'est faite au détriment du groupe des 25-29 ans. Le mouvement régulier de hausse semble bien indiquer une tendance ; la variabilité des taux de réponses et des structures répondantes doit cependant inciter à la prudence quand les évolutions sont de faibles ampleurs.

La tendance au vieillissement des personnes prises en charge dans les CSST peut s'expliquer par le fait que les patients, notamment les consommateurs d'opiacés, restent en contact pendant une longue période avec la structure. Le développement des traitements de substitution a fortement contribué à stabiliser les patients dans les structures. Les entrées dans cette « cohorte » de patients ne sont pas compensées par les sorties et il existe donc une tendance à l'augmentation de l'âge moyen des patients. On peut également faire l'hypothèse que les plus jeunes patients, moins fréquemment consommateurs d'opiacés, restent en moyenne moins longtemps en contact avec le système de soins spécialisés que les patients plus âgés.

Répartition de l'ensemble des patients suivant les tranches d'âge, 1998-2001 (en %)

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

Les nouveaux patients sont beaucoup plus jeunes que l'ensemble des patients. Près de 59 % d'entre eux ont moins de 30 ans. Par rapport à l'ensemble des patients, on observe une proportion beaucoup plus importante de 18-24 ans, compensée par une part beaucoup moins importante de 30-39 ans. Les évolutions pour les nouveaux patients sont les mêmes que celles constatées pour l'ensemble des patients. On peut penser que pour une partie de ces nouveaux patients, il ne s'agit pas du premier recours à un CSST, mais plutôt d'un changement de centre. L'augmentation de la proportion des plus de 40 ans s'expliquerait alors par le même effet de cohorte évoqué dans le paragraphe précédent. Il serait intéressant pour vérifier ces hypothèses explicatives de pouvoir distinguer les patients qui n'ont jamais eu contact dans leur vie avec une structure ou un professionnel proposant une prise en charge spécifique aux usagers de drogues.

Répartition des nouveaux patients suivant les tranches d'âge 1998-2001 (en %)

	1998	1999	2000	2001
Moins de 18 ans	5,6	6,7	7,4	7,4
18 à 24 ans	29,0	26,2	28,9	29,9
25 à 29 ans	28,6	25,4	22,7	21,3
30 à 39 ans	31,7	34,7	32,4	30,0
40 ans et plus	5,0	7,0	8,6	11,3
Total Age	100	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	7,9	6,2	7,3	2,6

Répartition régionale

En 2001, la part des moins de 25 ans est supérieure à 40 % dans les régions Bretagne, Bourgogne, Picardie. La part des moins de 25 ans est la plus faible (< à 20 %) dans les régions Corse, Paca, Ile de France. Les 40 ans et plus sont les plus nombreux, relativement, en Corse et en Ile de France et les moins nombreux en Bourgogne, Champagne-Ardennes, Nord Pas de Calais, Picardie et Bretagne (entre 5 et 7 %).

La différence de structure par âge suivant les régions peut s'expliquer par une population de consommateurs globalement plus jeunes (cas de la Picardie et du Nord Pas de Calais) et par une proportion plus importante de cannabis dans les produits à l'origine de la prise en charge (cas de la Bretagne et de la Bourgogne), les consommateurs de cette substance vus dans les centres étant en moyenne nettement plus jeunes que les autres. Dans les régions Ile de France et Paca, qui ont été les premières à être touchées par l'usage des opiacés, la proportion de

patients plus âgés est plus élevée qu'en moyenne. A l'inverse la région Nord pas de Calais a été touchée plus tardivement par la consommation des opiacés, ce qui explique un âge moyen des consommateurs plus faible.

Répartition selon les CSST

La prise en charge des mineurs est relativement concentrée : un tiers des structures accueillent près de 80 % de la file active des mineurs. Une cinquantaine de CSST n'accueillent aucun mineur ou une proportion de mineurs inférieure à 1 % de la file active.

La part des plus de 40 ans est supérieure à 25 % dans 8 CSST, parmi lesquels 5 sont situés dans la région Ile de France.

2.3 Enfants à charge

Entre 27 et 30 % des patients vus dans les CSST depuis 1998 ont des enfants à charge. Si on extrapole les données à l'ensemble des centres, ce sont donc au minimum 17 000 enfants qui sont concernés⁴. Pour les nouveaux patients, en moyenne plus jeunes, la proportion de patients avec enfants à charge est un peu inférieure (entre 23 et 27 %). Aucune évolution nette ne se dégage sur la période 1998 à 2001.

Il faut noter que le taux de non réponse sur cette question est assez élevé (27 %).

Répartition des patients suivant l'existence d'enfants à charge, ensemble patients, 1998 à 2001

	1998	1999	2000	2001
Enfants à charge	26,9	30,1	29,7	27,8
Sans enfant à charge	73,1	69,9	70,3	72,2
Total Enfant	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition des patients suivant l'existence d'enfants à charge, nouveaux patients, 1998 à 2001

	1998	1999	2000	2001
Enfants à charge	23,8	26,6	24,9	23,7
Sans enfant à charge	76,2	73,4	75,1	76,3
Total Enfant	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	28,1	29,1	31,2	27,4

⁴ Calcul effectué en tenant compte de 10 % de doubles comptes et un nombre minimum d'un enfant par patient ayant déclaré un enfant à charge.

2.4 Origine géographique

Environ 85 % des patients vivent dans le département où est situé le CSST avec lequel ils sont entrés en contact. Entre 9 et 10 % viennent d'un autre département situé dans la même région. Seuls 5 % se sont déplacés d'une région à une autre. Les données sont sensiblement identiques pour les nouveaux patients, avec un pourcentage de recrutement hors région légèrement plus élevé.

Le recrutement hors région est en légère diminution. Il faut noter l'amélioration du taux de réponse sur cette question.

Répartition des patients suivant l'origine géographique, ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Département	84,7	83,1	84,3	85,5
Autres départements de la région	9,0	10,3	10,0	9,5
Hors région	6,2	6,6	5,7	5,0
Total orig.géograph.	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition des patients suivant l'origine géographique, nouveaux patients

	1998	1999	2000	2001
Département	82,4	79,7	83,7	83,9
Autres départements de la région	9,9	11,6	9,8	9,6
Hors région	7,7	8,7	6,5	6,5
Total orig.géographique	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	17,6	12,0	11,2	8,6

Répartition régionale

Globalement, les CSST situés au nord de la Loire recrutent moins en dehors de leur région que ceux situés au sud. Il n'est cependant pas possible de savoir dans quelle mesure il s'agit d'un transfert global du nord vers le sud ou d'une plus grande circulation inter régionale dans le sud.

2.5 Logement

En 2001, près de 70 % des patients ont un logement réputé stable (35 % en logement indépendant, 27 % dans la famille). Près d'un quart d'entre eux habite dans un logement précaire et 7 % sont sans logement.

Entre 1998 et 2001 on observe une légère tendance à la diminution de la part de l'habitat précaire, liée à la diminution de l'habitat précaire dans la famille et l'entourage ; la part des sans domicile reste en revanche stable.

Répartition des patients suivant le type de logement ensemble des patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Logement stable	68,2	68,6	70,9	69,3
<i>dont indépendant</i>	35,5	35,7	34,9	34,9
<i>dont famille</i>	23,9	23,9	25,1	26,6
Logement précaire	24,2	23,7	22,6	23,0
<i>dont famille/entourage</i>	11,0	10,4	8,9	9,1
<i>dont foyers/hôtel/CHRS</i>	9,2	9,3	8,7	8,9
<i>dont appartement thérap-relais</i>	1,6	1,6	1,8	1,5
Sans logement	7,6	7,5	6,2	7,2
Prison		0,3	0,3	0,4
Total Logement	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition des patients suivant le type de logement, nouveaux patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Logement stable	66,5	68,1	68,7	68,7
<i>dont indépendant</i>	30,9	31,4	31,6	31,2
<i>dont famille</i>	27,3	29,3	33,1	29,0
Logement précaire	24,8	23,3	23,6	22,1
<i>dont famille/entourage</i>	10,5	9,4	9,0	8,9
<i>dont foyers/hôtel/CHRS</i>	10,1	9,4	9,5	9,0
<i>dont appartement thérap-relais</i>	1,5	1,5	1,5	1,0
Sans logement	8,7	8,5	7,3	8,8
Prison		0,2	0,4	0,4
Total Logement	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponse ensemble des patients	20,6	16,7	13,6	13,3

Répartition régionale

Les plus fortes proportions de personnes en logement précaire se rencontrent en Ile de France (près de 32 %) et Haute Normandie (26 %). On observe les plus faibles proportions de logement précaire (entre 10 et 15 %) dans le Limousin, Picardie, Corse, Bourgogne et Bretagne.

Le plus fort pourcentage de sans logement se rencontre dans la région Paca (12 %), en raison notamment de l'existence de deux structures dont 50 % des patients sont sans logement. Le pourcentage de sans logement est le plus faible (2 à 3 %) dans les régions Picardie, Bretagne et Champagne Ardennes.

Répartition selon les CSST

La part de la file active classée en précaire est supérieure à 50 % dans 5 CSST dont deux situés dans le 75 et deux dans le 59.

Quelques structures se caractérisent par une proportion de sans logement particulièrement élevée dont deux reçoivent plus de 50 % de sans logement et cinq entre 20 et 33 %.

2.6 Revenus

Un tiers des patients tirent leurs revenus d'une activité rémunérée, environ 30 % de prestations de solidarité (23 % RMI, 8 % AAH), 12 % des allocations chômage, alors que 13 % sont à la charge de tiers. Les proportions sont similaires chez les nouveaux patients avec toutefois une moins grande part qui touche le RMI et une plus grande part à la charge d'un tiers, cette différence étant liée au plus jeune âge, en moyenne, de ces patients.

On observe une augmentation notable de la part des revenus du travail entre 1998 et 2001, tout particulièrement chez les nouveaux patients, compensée par la diminution de la part du RMI.

Répartition des patients suivant le type de revenus, ensemble des patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Revenus du travail	28,2	31,5	32,3	33,9
ASSEDIC	13,5	12,6	12,7	12,2
RMI	26,4	25,9	24,0	22,8
AAH	7,3	7,4	7,9	7,9
A la charge d'un tiers	12,3	11,8	12,1	12,9
Autres	12,2	10,8	11,0	10,3
Total Ressources	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition des patients suivant les revenus, nouveaux patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Revenus du travail	26,3	31,1	33,2	34,8
ASSEDIC	14,3	12,5	12,3	12,1
RMI	23,9	23,0	19,6	18,2
AAH	5,5	5,5	5,4	5,3
A la charge d'un tiers	17,0	16,4	17,1	17,1
Autres	13,0	11,5	12,5	12,5
Total Ressources	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	25,5	19,5	19,7	18,2

Répartition régionale

La Haute-Normandie se distingue avec 41 % de bénéficiaire du RMI. A l'inverse la part de bénéficiaires du RMI est particulièrement faible (10 à 11 %) en Bourgogne, Picardie et Bretagne. La proportion élevée de patients de moins de 25 ans dans ces trois régions pourrait expliquer le faible pourcentage de bénéficiaire du RMI.

Répartition selon les CSST

La part de bénéficiaires du RMI dans les files actives est comprise entre 40 % et 60 % dans 12 CSST, dont trois situés dans le 76. En revanche, la part des bénéficiaires du RMI est inférieure à 5 % dans 6 CSST.

2.7 Couverture sociale

En 2001, 95 % de l'ensemble des patients pris en charge bénéficient d'une couverture sociale, à peine moins pour les nouveaux patients. La progression a été rapide entre 1998 et 1999, puis s'est stabilisée autour de 95 % à partir de 2000.

Patients avec couverture sociale, ensemble des patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Avec couverture sociale	90,5	94,2	95,3	95,2
Sans couverture sociale	9,5	5,8	4,7	4,8
Total Couv. Sociale	100,0	100,0	100,0	100,0

Patients avec couverture sociale, nouveaux patients, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Avec couverture sociale	89,8	93,2	94,5	93,8
Sans couverture sociale	10,2	6,8	5,5	6,2
Total Couv. Sociale	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponse ensemble des patients	18,2	14,9	13,4	12,8

Répartition régionale

En Alsace et en Bretagne, 99 % des patients ont une couverture sociale. Dans la région Centre ce pourcentage tombe à 90 %.

2.8 Produits à l'origine de la prise en charge

Le rapport type prévoit de ne mentionner qu'un seul produit à l'origine de la prise en charge par patient. Un certain nombre de CSST renseignent cependant plus d'un produit par patient. Il n'y a donc pas homogénéité dans les réponses, ce qui rend difficile l'interprétation des données. Pour tenter de remédier à ce problème, il a été procédé à l'extraction dans la base des seules structures pour lesquelles la somme des produits est identique à la file active, ce qui laisse supposer un remplissage conforme aux recommandations. Il serait nécessaire, à l'avenir, d'encourager les structures à suivre le protocole de recueil des données défini au niveau national.

Les données mettent en évidence la tendance déjà observée à la diminution de la part de l'héroïne comme produit à l'origine de la prise en charge jusqu'en 2000, puis sa stabilisation voire son augmentation en 2001. La part de l'ensemble des opiacés (héroïne, codéine, buprénorphine et méthadone) dans l'ensemble des prises en charge diminue chaque année, passant de 63 % en 1998 à 55 % en 2001. Le cannabis voit au contraire sa part augmenter substantiellement, particulièrement chez les nouveaux patients. On constate également une augmentation sensible des prises en charge liée à l'alcool. La cocaïne, le crack et l'ecstasy sont également en augmentation, bien que de façon plus limitée.

Chez les nouveaux patients, le cannabis est cité dans près de 30 % des cas. Il est possible qu'il subsiste des doubles comptes, ce qui pourrait induire une légère surestimation de la part du cannabis (en cas de mention de plusieurs produits, le cannabis, avec l'alcool, a plus de chance d'être cité que les autres produits). Quoi qu'il en soit, la surestimation éventuelle ne pourrait remettre en cause la tendance observée.

Produits à l'origine de la prise en charge parmi l'ensemble des patients 1998-2001

	1998 n=22827	1999 n=21436	2000 n=32398	2001 n=31938
Héroïne	50,9	45,0	44,3	45,3
Cocaïne	5,1	5,6	5,6	6,5
<i>dont Crack</i>	1,3	1,0	1,4	2,1
LSD et autres halluc.	0,7	0,5	0,6	0,8
Cannabis et dérivés	16,1	19,6	21,8	20,6
Amphétamines	1,8	1,4	1,9	2,0
<i>dont Ecstasy</i>	0,6	0,5	0,9	1,2
Solvants	0,2	0,2	0,3	0,1
Dérivés codéine	3,7	3,2	2,8	2,1
Buprénorph.-méthadone	8,4	10,9	9,2	7,7
Médicaments psychotropes non opiacés	5,2	4,8	4,3	3,7
Alcool	6,1	7,4	6,8	7,9
Autres	1,8	1,4	2,4	3,4
Total Produits	100,0	100,0	100,0	100,0

Produits à l'origine de la prise en charge parmi les nouveaux patients 1998-2001

	1998 n=11687	1999 n=11361	2000 n=17097	2001 n=16619
Héroïne	41,0	35,7	34,8	35,7
Cocaïne	5,7	5,9	5,7	6,6
<i>dont Crack</i>	1,8	1,5	1,3	2,4
LSD et autres halluc.	1,0	0,9	1,5	1,1
Cannabis et dérivés	24,2	26,7	27,5	28,9
Amphétamines	2,3	1,4	2,4	2,5
<i>dont Ecstasy</i>	0,9	0,8	1,5	1,4
Solvants	0,1	0,1	0,3	0,2
Dérivés codéine	3,1	2,2	2,0	1,5
Buprénorph.-méthadone	9,2	12,5	11,0	7,8
Médicaments psychotropes non opiacés	4,8	4,6	4,1	3,2
Alcool	5,9	7,7	7,9	8,6
Autres	2,7	2,3	2,8	3,9
Total Produits	100,0	100,0	100,0	100,0

Répartition régionale

L'hétérogénéité des modes de recueil peut induire des différences artificielles entre les régions et il n'est pas possible d'utiliser l'échantillon mentionné plus haut, les effectifs régionaux devenant trop faibles. Il est néanmoins possible de distinguer les cas extrêmes,

avec d'un côté l'Alsace, caractérisée par un proportion très élevée d'opiacés parmi les produits à l'origine de la pris en charge, et de l'autre, la Bretagne, caractérisée par une proportion faible d'opiacés et élevée de cannabis relativement aux moyennes nationales.

Polytoxicomanie

Le calcul des pourcentages de patients polytoxicomanes est effectué sur l'échantillon mentionné plus haut en rapportant le nombre des patients polytoxicomanes déclaré par structure à la somme des patients pour lesquels un produit à l'origine de la prise en charge est déclaré.

La polytoxicomanie était déclarée pour environ la moitié des patients 1999. Cette proportion semble être en recul depuis, particulièrement chez les nouveaux patients. Il est possible que les nouveaux patients en difficulté avec le cannabis dont le pourcentage a nettement augmenté soient moins considérés comme polytoxicomanes, même s'ils consomment également de l'alcool, le terme étant plutôt utilisé pour les polyconsommateurs de substances illicites.

Pourcentage de patients polytoxicomanes 1998 – 2001 (calcul à partir de l'échantillon)

	1998	1999	2000	2001
% de patients polytoxicomanes	nd	50,4	45,3	43,8
% de patients polytoxicomanes	nd	48,7	40,5	36,4

Note : le calcul est effectué à partir de l'échantillon de structures utilisé pour le calcul de la répartition des produits à l'origine de la prise en charge

2.9 Voie intraveineuse

En 2001, l'utilisation de la voie intraveineuse est rapportée chez environ 25 % des patients. Un certain nombre de structures ont répondu à cette question de façon non exclusive en mentionnant un même patient comme utilisateur (actuel) de la voie intraveineuse et comme utilisateur antérieur. Les pourcentages d'utilisateurs par voie intraveineuse sont donc surestimés. Il est néanmoins possible d'observer leur évolution et donc la tendance à la réduction de l'usage des pratiques d'injection parmi les patients accueillis dans les CSST.

Voie intraveineuse ensemble des patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Utilisation par voie intraveineuse	29,4	29,0	26,4	24,8
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	39,9	36,5	34,4	30,1
Jamais	30,7	34,5	39,2	45,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Voie intraveineuse nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Utilisation par voie intraveineuse	26,1	25,9	23,4	21,6
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	32,8	28,6	26,6	21,0
Jamais	41,1	45,5	51,1	57,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	25,8	20,8	22,1	19,6

Répartition régionale

Les régions Haute-Normandie⁵, Paca et Ile de France se distinguent par une proportion plus faible qu'en moyenne de patients n'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse. A l'inverse, la proportion de non injecteurs est plus élevée dans les régions Bourgogne, Bretagne et Limousin.

2.10 VIH, VHB, VHC

La prévalence du VIH est calculée sur l'ensemble des patients (ceux tout du moins pour lesquels il a été répondu à la question), et non pas sur les seuls usagers injecteurs. Il faut également remarquer que les statuts sérologiques ne sont connus que pour un peu moins de la moitié des patients pour le VIH et le VHC et pour un peu plus de 40 % pour le VHB.

En restant prudent compte tenu du taux très important de non réponse, on peut observer une baisse importante de la prévalence du VIH et du VHB et moindre, en termes relatifs, pour le VHC. Ces baisses sont vraisemblablement liées à l'augmentation de la proportion de patients n'ayant jamais pratiqué l'injection sur la période. Si ces données montrent que la proportion de patients fréquentant les CSST avec un statut séropositif est en diminution, elles ne permettent pas d'observer la dynamique de l'épidémie de VIH, VHC et VHB parmi les patients injecteurs.

Même s'il est en légère baisse, le pourcentage de statuts inconnu reste très élevé.

Sérologie VIH ensemble des patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
VIH, Sérologie positive	15,1	13,9	13,0	10,8
VIH, Sérologie négative	84,9	86,1	87,0	89,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

⁵ Pour cette question, le taux de réponse n'est cependant que de 60 % en Haute Normandie contre 80 % en moyenne.

Sérologie VIH nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
VIH, Sérologie positive	12,2	10,7	8,8	8,1
VIH, Sérologie négative	87,8	89,3	91,2	91,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statut inconnu	49,9	48,1	46,4	45,2

VHB

Sérologie VHB ensemble des patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
VHB, Sérologie positive	25,2	20,1	17,9	14,8
VHB, Sérologie négative	74,8	79,9	82,1	85,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Sérologies VHB nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
VHB, Sérologie positive	19,6	14,1	12,2	10,3
VHB, Sérologie négative	80,4	85,9	87,8	89,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statut inconnu	63,7	62,7	58,2	58,3

VHC

Sérologie VHC ensemble des patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Sérologie positive	52,7	50,9	48,4	45,1
Sérologie négative	47,3	49,1	51,6	54,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Sérologie VHC nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Sérologie positive	43,7	41,9	38,2	34,8
Sérologie négative	56,3	58,1	61,8	65,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statut inconnu	55,2	52,8	49,1	47,5

Répartition régionale

La prévalence du VIH est notablement plus élevée que la moyenne en Corse (26 %), Ile de France (18 %) et à un moindre degré Paca (16 %). Le pourcentage de séropositifs est très inférieur à la moyenne nationale (entre 1 et 4 %) dans le Nord Pas de Calais, Champagne Ardennes, et Alsace.

Il existe de fortes disparités entre CSST sur le pourcentage de statuts inconnus. 25 CSST ont pu renseigner la sérologie VIH pour 85 % ou plus de leurs patients, alors que 30 CSST ne disposent de cette information que pour moins de 40 % de leurs patients.

Vaccination contre le VHB

En 2001, près de 12 % des patients déclaraient être vaccinés contre le VHB, pourcentage en augmentation lente mais continue depuis 1998. La formulation de la question ne permet cependant pas d'apprécier le taux de réponse. Il est probable que le pourcentage de personnes vaccinées soit plus élevé, les non répondants ne pouvant ici être distingués de ceux qui indiquent n'être pas vaccinés.

Vaccination VHB 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Vaccination VHB à jour ensemble des patients	7,0	8,7	10,0	11,7

2.11 Affections psychiatriques

Selon les intervenants des CSST, environ 10 % des patients nécessitent une prise en charge psychiatrique. Compte tenu de l'hétérogénéité des intervenants amenés à répondre à cette question, l'interprétation de cette donnée est délicate. Il est plus intéressant d'observer les évolutions d'une année sur l'autre. Jusqu'en 2000, ce pourcentage reste stable pour l'ensemble des patients comme pour les nouveaux. L'augmentation constatée en 2001 pour l'ensemble des patients demande à être confirmée.

Affections psychiatriques nécessitant une prise en charge 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Affection psychiatrique total patients	10,5	11,2	10,8	13,3
Affection psychiatrique nouveaux patients	10,2	9,3	10,1	10,7

2.12 Origine de la demande

Environ 43 % des patients viennent consulter d'eux même, 18 % sont adressés par les partenaires extérieurs sanitaires, 13 % par la Justice. Les proches ou les partenaires sociaux sont chacun à l'origine de 10 % des demandes. Seule évolution notable, la part du recrutement de type judiciaire, surtout chez les nouveaux patients, est en augmentation entre 1998 et 2001. Parmi les nouveaux patients, près de 18 % sont orientés par la Justice en 2001 contre un peu plus de 13 % en 1998. Le classement avec orientation qui n'intervenait que dans un peu plus de 1 % des cas en 1998 chez les nouveaux patients, a très fortement augmenté, pour atteindre 6 % des cas en 2001.

Origine de la demande ensemble des patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Demandes "spontanées" du patient	43,4	44,6	43,6	42,6
Adressés par les proches	12,4	10,4	10,1	11,1
Adressés par les partenaires extérieures sanitaires	18,5	17,9	18,5	18,1
Adressés par les partenaires extérieures sociaux	9,9	11,4	9,6	9,3
Adressés par le milieu scolaire et universitaire	0,9	1,1	1,4	1,5
Mesures judiciaires	10,8	10,6	12,1	12,8
<i>dont injonction thérapeutique</i>	4,3	4,1	3,4	3,9
<i>dont classement avec orientation</i>	1,0	1,8	2,8	3,1
<i>dont autres mesures judiciaires</i>	4,1	4,5	4,7	5,0
Autres (employeurs...)	4,0	4,1	4,8	4,5
Total	100	100,0	100,0	100,0

Origine de la demande des nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Demandes "spontanées" du patient	35,9	36,4	34,6	34,2
Adressés par les proches	13,8	12,4	11,8	12,9
Adressés par les partenaires extérieures sanitaires	20,2	19,4	20,3	18,5
Adressés par les partenaires extérieures sociaux	11,7	12,2	10,3	10,5
Adressés par le milieu scolaire et universitaire	1,4	1,3	1,3	1,3
Mesures judiciaires	13,4	14,1	16,8	17,8
<i>dont injonction thérapeutique</i>	6,3	5,9	4,3	5,2
<i>dont classement avec orientation</i>	1,4	3,0	5,0	6,1
<i>dont autres mesures judiciaires</i>	5,3	5,0	6,4	6,1
Autres (employeurs...)	3,6	4,2	4,9	4,6
Total	100	100,0	100,0	100,0
% non réponses ensemble des patients	17,6	13,8	12,0	6,5

Répartition régionale

En 2001, les patients entrent le plus fréquemment en contact avec les CSST suite à une mesure judiciaire dans les régions Franche-Comté (29 % des patients), Bourgogne (25 %) et Limousin (21 %). Ces mesures sont à l'origine d'une proportion faible des prises en charge en Auvergne, Alsace et Limousin (moins de 5 % des patients).

Pour les autres origines de prise en charge, les régions prises en compte dans cette analyse se différencient assez peu de la moyenne nationale.

3. L'ACTIVITE

3.1 Consultations et actes

3.1.1 Ensemble des actes et patients concernés

Compte tenu de la variabilité des taux de réponse d'une année sur l'autre, les nombres absolus de patients demandent à être relativisés, en se référant à la file active ou au nombre de structures répondantes.

Le nombre total de consultations par patient est d'environ 20 en 2001, en augmentation par rapport à 1998. Le nombre de consultations médicales par patient (entre 4 et 5) augmente sensiblement jusqu'en 2000, pour décliner en 2001. Pour les autres types de consultations, les données restent assez stables à l'exception de l'augmentation des soins infirmiers entre 1998 et 1999.

Nombre moyen de consultations et d'actes par patient, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Consultations médicales y compris psychiatriques	4,0	4,5	4,9	4,2
Soins infirmiers	5,9	6,8	6,9	6,8
Nombre d'entretiens individuels socio-éducatifs	3,7	3,6	3,6	3,6
Nombre d'entretiens individuels psycho-thérapeutiques	2,8	3,2	3,1	2,7
Nombre total de consultations dans le centre de soins	16,8	17,3	17,9	19,6

Note : pour le calcul des chiffres de ce tableau on se réfère à la file active totale des CSST ayant répondu aux questions sur l'activité (chaque année, quelques structures ne donnent aucune réponse à la partie relative à l'activité du rapport type).

Rapporté au nombre de patients ayant eu une prescription de traitements de substitution, le nombre moyen de consultation dans le cadre d'un traitement de substitution fluctue entre 5 et 6 entre 1998 et 2001, sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

En ce qui concerne les consultations dans le cadre de sevrage, le doublement de leur nombre moyen en 2000 est lié à la réponse cette année d'un CSST qui déclare à lui seul autant de consultations de ce type que l'ensemble des autres structures. Ce CSST n'a pas renseigné cette question les années précédentes et n'a pas fourni de rapport en 2001. Cette augmentation est donc artificielle.

Nombre moyen de consultations dans le cadre d'un traitement de substitution et de sevrages par patient, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Nombre de consultations dans le cadre de traitement de substitution par patient ayant eu une prescription de traitement de substitution	5,5	5,8	6,0	5,2
Nombre de consultations dans le cadre de sevrage par patient ayant suivi un sevrage en ambulatoire	7,2	8,6	11,3	6,1

Les autres données sur les actes mentionnent des nombres de patients concernés et il est donc plus facile de faire référence à des nombres d'actes et de patients par structure. Au-delà de fluctuations qui peuvent être liées aux variations du taux de réponse, le nombre de patients concernés par ces différents actes reste assez stable.

Nombre moyen de consultations et d'actes par structure, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Actes auprès de parents ou de l'entourage de patients suivis par la structure	177	156	150	177
<i>Nombre de patients concernés</i>	41	32	32	36
Actes réalisés auprès de parents ou de l'entourage de patients non suivis par la structure	104	70	67	76
<i>Nombre de patients concernés</i>	6	8	8	7
Accompagnement pour démarches extérieures	146	111	85	105
<i>Nombre de patients concernés</i>	19	18	17	20
Actes à l'hôpital	92	86	100	93
<i>Nombre de patients concernés</i>	16	21	19	21
Actes en prison	81	77	75	92
<i>Nombre de patients concernés</i>	15	15	16	18
Actes en institutions autres	66	58	86	73
<i>Nombre de patients concernés</i>	10	13	13	12
Nombre d'activités collectives extérieures	9	15	48	36
Total actes de prise en charge réalisés à l'extérieur	349	375	400	395

3.1.2 Sevrages

Les chiffres sur le nombre de sevrage doivent être considérés avec précaution en raison d'une forte concentration sur un faible nombre de structures. En 2000 et 2001, 3 structures assurent à elles seules plus de la moitié des sevrages. 12 CSST ont un pourcentage de patients ayant suivi un sevrage supérieur à 15 %. Environ 60 % des structures ne déclarent aucun sevrage. Pour établir les chiffres du tableau ci-dessous, il n'a été tenu compte que des structures ayant réalisé moins de 150 sevrages (et ayant fourni des données sur l'activité). Une fois éliminé les fluctuations liées à la présence ou l'absence dans la base des deux ou trois structures effectuant le plus de sevrages, il apparaît que le nombre moyen de patients sevrés par structure a relativement peu varié entre 1998 et 2001.

Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage, par structure, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST (par structure)	6,8	5,7	6,2	7,0
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage par dose dégressive de traitements de substitution	5,7	4,6	5,9	5,9

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 7 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 2001

3.1.3 Traitements de substitution

Ces données concernent les traitements prescrits par le CSST. En moyenne 119 patients par structure ont bénéficié d'un traitement de substitution prescrit par les médecins des CSST ambulatoire en 2001, à la méthadone dans 51 % des cas, à la buprénorphine dans 47 % des cas, et à une autre substance dans un peu moins de 2 % des cas. En extrapolant ce chiffre moyen à l'ensemble des CSST ambulatoire, on obtiendrait un total estimé d'environ 24 000 personnes à qui a été prescrit un traitement de substitution, dans un CSST, en 2001.

Depuis 1998, le nombre moyen de patients sous traitement de substitution a substantiellement augmenté, tout particulièrement pour la méthadone qui est prescrite en 2001 dans les CSST ambulatoire à presque deux fois plus de patients qu'en 1998. Le nombre de patients traités à la buprénorphine après avoir sensiblement augmenté entre 1998 et 1999 s'est ensuite stabilisé. En 2001, respectivement 18 % et 17 % des patients vus dans l'année ont eu une prescription de traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine dans la structure.

Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage ou un traitement de substitution par structure, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Nombre moyen de patients avec traitement de substitution par la méthadone	36	48	51	61
Nombre moyen de patients avec traitement de substitution par la buprénorphine	44	56	57	56
Nombre moyen de patients avec traitement de substitution autre	3	3	3	2

Note : comme pour les sevrages, seules les structures ayant fourni des données sur l'activité sont prises en compte dans le calcul

Répartition selon les CSST

En 2001, 38 CSST présents dans la base sur 148 n'ont, soit pas prescrit de méthadone, soit pas renseigné la question sur ces prescriptions. 12 CSST ont prescrit de la méthadone à plus de 50 % de leur file active. Les CSST qui ne prescrivent pas de méthadone ne prescrivent pas non plus de buprénorphine. En revanche, il existe une dizaine de CSST qui prescrivent de la méthadone sans prescrire de buprénorphine. 6 CSST prescrivent de la buprénorphine à plus de 50 % de leur file.

3.2 Budget

En 2001, près de 85 % des financements des CSST proviennent de l'Etat. Ces crédits peuvent être inscrits dans les rubriques « lutte contre les pratiques addictives », « réduction des risques » ou « action sociale ». Parmi les autres financeurs on peut distinguer les collectivités territoriales (4,5 %). Sur les trois années on ne voit pas dessiner de modifications importantes de la part des différents crédits.

Les charges de personnel représentent environ les trois quarts de l'ensemble des charges, sans évolution notable au cours de la période.

Crédits de fonctionnement des CSST ambulatoire, 1999 - 2001

	1999	2000	2001
DGS au titre de la lutte contre les pratiques addictives	77,8	75,1	78,7
DGS au titre de la réduction des risques	3,3	2,4	3,2
DDASS (action sociale)	4,2	6,4	4,3
Politique de la ville	1,3	2,5	1,3
Ministère de la justice	0,8	0,9	0,8
Autres Ministères	1,2	1,1	1,0
Collectivités territoriales	5,6	4,3	4,5
Assurance Maladie CAF	2,7	3,0	2,5
Fondations, dons	1,8	1,5	1,8
Autres	1,3	2,9	1,8
Total crédits de fonctionnement	100,0	100,0	100,0

Budget moyen par structure et par patient

	1999	2000	2001
Nombre de structures ayant fourni des données budgétaires	115	146	124
Budget moyen par structure (en euros)	341 808	335 628	414 416
Budget moyen par patient (en euros)	1 167	1 101	1 248

Calcul du budget moyen par structure et par patient : extraction dans la base des CSST pour lesquels le total des crédits et les crédits DGS sont non nuls ; pour ces structures on calcule la somme des crédits poste par poste et la somme des files actives.

21 structures reçoivent un financement du ministère de la Justice ; il dépasse les 10 % des crédits dans 4 structures. Les collectivités locales interviennent dans le financement d'un peu plus d'un tiers des structures ; ce financement représente plus du quart des crédits dans quelques structures. Quatre CSST sont financés à hauteur de plus de 50 % de leur budget par les assurances sociales ou la CAF.

3.3 Personnel

Les CSST emploient en moyenne 7 ETP par structure. Le nombre d'ETP semble avoir un peu augmenté entre 2000 et 2001. En revanche les mises à disposition recensées sont moins nombreuses. Les questions sur les ETP ne sont pas toujours bien remplies (postes et ETP ne sont pas toujours distingués). Ces données doivent donc être considérées avec prudence. Comme on peut le voir sur le tableau ci-dessous, le nombre de patients par ETP semble être en augmentation.

Nombre d'ETP par structure et du nombre de patient par ETP, 1999 - 2001

	1999	2000	2001
Nombre CSST ayant fourni ETP	120	145	130
Nombre de patients correspondants	35 972	43 916	42 362
Nombre d'ETP	864	1028	977
dont nombre d'ETP mis à disposition	117	88	70
Nombre moyen d'ETP par structure	7,2	7,1	7,5
Part des ETP médecins dans le total des ETP	11,6 %	13,7 %	9,6 %
Nombre de patients par ETP	41,6	42,7	43,3

En 2001, les postes de direction et d'encadrement regroupent 8 % des ETP, les postes médicaux près de 10 %, les postes d'infirmiers environ 18 %, les psychologues un peu plus de 13 %, éducateurs et assistantes sociales 27 %, secrétaires et autres près de 12 %. Les emplois de médecins, infirmiers, psychologues représentent donc un peu plus de 40 % des ETP, alors que les emplois de type « social » en représentent 27 %.

Ces données semblent montrer une tendance à la baisse des ETP médicaux, notamment des ETP de médecins généralistes. La diminution des ETP médicaux demande cependant à être confirmée.

Répartition des ETP suivant le type d'emploi (en %), 1999 - 2001

	1999	2000	2001
Directeur	5,9	5,1	5,8
Responsable de structure en gestion hospitalière	0,3	0,7	0,5
Chef de service éducatif	1,8	1,4	2,2
Médecin somation hospitalier	0,9	0,6	0,7
Médecin psychiatre hospitalier	4,1	5,8	4,1
Médecin généraliste	6,3	6,6	4,3
Psychiatre	4,0	3,3	2,9
Infirmier	16,7	19,3	17,8
Psychologue	14,5	13,7	13,2
Educateur	17,2	16,5	18,1
Assistante sociale	8,5	8,4	9,4
Secrétaire	11,2	11,2	11,9
Autres	8,6	7,5	9,1
Total	100	100	100

Note : ces ETP comprennent les ETP conventionnés et non conventionnés

Répartition des ETP mis à disposition (en %), 1999 - 2001

	1999	2000	2001
Médecins	19,1	25,0	22,1
Educateurs/infirmiers	34,3	44,6	45,6
Psychologues	9,3	10,8	10,5
Assistants sociaux et autres travailleurs sociaux	9,9	6,4	12,7
Autres	27,4	17,3	12,2
Total	100	100	100

En 2001, on comptait environ un CSST ambulatoire sur trois sans assistante sociale parmi ses intervenants et une proportion légèrement plus faible de CSST sans infirmier. Les éducateurs sont absents d'un CSST sur quatre et les psychologues d'un CSST sur cinq. On ne comptait aucun médecin parmi les intervenants d'un CSST sur dix.

Nombre de CSST ne possédant pas de médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs en 2001 (130 structures ayant répondu à la question sur les ETP)

	Nombre	%
CSST sans médecin	13	10,0
CSST sans infirmier	38	29,2
CSST sans psychologue	27	20,8
CSST sans éducateur	31	23,8
CSST sans assistante sociale	43	33,0

II . LES CSST AVEC HEBERGEMENT

SYNTHESE

Photographie des CSST avec hébergement en 2001

Les patients

- La file active totale peut-être estimée à 2 000 personnes dont environ 80 % de nouveaux patients. La file active moyenne par structure est d'environ 43 patients.
- Les patients sont à 85 % de sexe masculin.
- 57 % des patients ont 30 ans ou plus et 10 % ont 40 ans ou plus ; 20 % des patients ont moins de 25 ans et 1 % sont mineurs.
- 16 % des patients ont des enfants à charge.
- 32 % des patients résident dans le département où est situé le CSST d'accueil, 17 % dans la même région. Un peu plus de la moitié des patients proviennent d'une autre région.
- 46 % vivent dans un logement stable, 38 % dans un logement précaire et 15 % sont sans logement.
- Seuls 12 % des patients tirent leurs revenus d'une activité rémunérée, 46 % de prestations de solidarité (38 % RMI, 8 % AAH), 16 % des allocations chômage, alors que 13 % sont à la charge de tiers.
- 95 % des patients disposent d'une couverture sociale.
- Les opiacés sont mentionnés comme produit à l'origine de la prise en charge pour près de 60 % des patients, la cocaïne 17 %, l'alcool 10 %, les traitements de substitution hors usage thérapeutique chez près de 7% et les médicaments non opiacés chez un peu plus de 6%.
- 78 % des patients sont considérés comme polytoxicomanes.
- La prise en charge est consécutive à la démarche du patient lui-même dans 30 % des cas ; les patients sont adressés par des partenaires sanitaires dans également 30 % des cas et des partenaires sociaux dans 20%. Une mesure judiciaire est à l'origine de la prise en charge dans 9% des cas.

L'activité

- La durée moyenne de séjour s'établit à 78 jours. La durée d'hébergement ne dépasse pas un mois pour un peu plus d'un tiers des patients. Un autre tiers des patients a effectué des séjours d'une durée située entre 1 et 3 mois. La durée de séjour est supérieure à un an chez près de 2% des patients.
- Près de 40 % des patients sont sortis au terme du contrat thérapeutique, un peu plus de 30 % sortent à leur initiative avant ce terme et 17 % environ sont exclus du centre. Les patients restants sont soit réorientés vers une autre structure (8 %), soit hospitalisés (4 %). 10 patients sont décédés en 2001.

Financement

- 88 % des financements proviennent de l'Etat, et un peu plus de 3 % des assurances sociales ou de la CAF.
- Le budget moyen par structure est d'environ 620 000 euros.

Personnel

- On compte en moyenne environ 12 ETP par structure en 2001.
- Les ETP de médecins représentent un peu moins de 2 % de l'ensemble des ETP.
- Parmi les ETP on compte 1,4 % d'ETP médicaux, 3,6 % d'ETP infirmiers, 4,7 % d'ETP de psychologues, 47 % d'ETP d'éducateurs, 2 % d'ETP d'assistantes sociales et 6 % d'ETP de secrétaires. 25 % des ETP sont rassemblés dans la catégorie « autres ».

Les évolutions marquantes entre 1998 - 2001

Les patients

- Une file active moyenne en augmentation entre 1998 et 2000 mais qui diminue en 2001 (43 patients en moyenne par structure en 2001 contre 47 en 2000 et 41 en 1998).
- Une proportion d'hommes croissante (84,8 % en 2001 contre 79,2 % en 1998).
- Des trente ans et plus devenus majoritaires (57 % en 2001 contre 42 % en 1998) du fait, notamment, de l'augmentation du nombre des quarante ans et plus (10 % en 2001 contre 3 % en 1998) ; parmi les moins de trente ans, la part des 25-29 ans est en forte régression (22 % en 2001 contre 34 % en 1998).
- Baisse importante de la part des patients recrutés hors région (51 % en 2001 contre 68 % en 1998)
- Progression du pourcentage de patients bénéficiant d'une couverture sociale entre 1998 et 1999 puis stabilisation autour de 95 % depuis.
- Baisse du pourcentage de consommateurs d'héroïne et de codéine (52,5 % en 2001 contre 72,6 % en 1998). La part de la cocaïne est en forte augmentation (16,9 % en 2001 contre 5,8 % en 1998).
- Progression du pourcentage de personnes n'ayant jamais pratiqué l'injection.
- Baisse de la prévalence du VIH (5,5 % en 2001 contre 8,2 % en 1998) et du VHC (38,1 % en 2001 contre 53,1 % en 1998).
- Baisse du pourcentage de patients adressés par les services sociaux, diminution compensée par une augmentation du pourcentage de patients adressés par les services sanitaires et par la Justice.

L'activité

- Le nombre de consultations médicales par patient a doublé (7,6 en 2001 contre 3,2 en 1998), en raison principalement de l'accroissement des consultations dans le cadre de traitement de substitution. Le nombre d'entretiens socio éducatif par patient est en progression alors que celui des entretiens psycho-thérapeutiques semble être en régression.

1. LES STRUCTURES REPONDANTES

En 2001, sur 46 CSST avec hébergement⁶, 31 ont fourni un rapport exploitable, soit un taux de réponse de 70 %, en baisse par rapport à 2000, année pour laquelle presque toutes les structures avec hébergement avaient fourni un rapport exploitable. Les rapports manquants ne sont pas parvenus à la DGS un peu plus d'un an après la fin de l'année 2001, ou bien ne sont pas exploitables (présentation sous une autre forme que le rapport type).

Sur les quatre années, 2 CSST ne sont présents dans la base qu'une seule année, 3 CSST ne sont présents qu'une année sur deux. Sur l'ensemble des CSST avec hébergement, seuls 14 CSST sont présents dans la base les quatre années.

File active

En extrapolant la file active moyenne annuelle à l'ensemble des structures, on obtient une file active totale proche de 2000 personnes ($46 \times 42,8$ soit 1969) en 2001, chiffre assez proche de la file active totale de 1998. Pour interpréter ces chiffres, il faut tenir compte de la fermeture de plusieurs CSST avec hébergement au cours de cette période (3 en 2001, 2 en 2000). La capacité d'accueil des CSST avec hébergement était de 569 places en 2001 contre 679 en 1998.

La file active moyenne a nettement augmenté entre 1998 et 2000 pour baisser en 2001.

Nombre de CSST répondants, nombre de patients et file active moyenne

	1998	1999	2000	2001
Nombre de CSST présents dans la base	48	32	43	31
Nombre de patients	1977	1423	2016	1329
File active moyenne par structure (Nombre de patients/nombre de structures)	41,2	44,5	46,9	42,8

Dans le cas des CSST avec hébergement, la très grande majorité des résidents sont des nouveaux patients (entre 74 et 81 % selon les années). Les données relatives aux nouveaux patients ne diffèrent donc que très peu des données sur l'ensemble des patients. Il n'est fait état ci dessous que des données relatives à l'ensemble des patients.

⁶ Les données ne portent que sur les patients et l'activité des Centres thérapeutiques résidentiels et des Centres thérapeutiques communautaires. Les autres formes d'hébergement (appartement thérapeutiques, familles d'accueil, hébergement d'urgence) ne sont donc pas prises en compte.

2. LES PATIENTS

2.1 Sexe

Chez les patients pris en charge dans les CSST avec hébergement, le pourcentage d'hommes est encore plus élevé que dans les CSST en ambulatoire et atteint 85 % en 2001. La tendance est comme dans les structures ambulatoire à une augmentation de la part des hommes.

Sexe des patients 2001

	1998	1999	2000	2001
Homme	79,2	78,4	80,8	84,8
Femme	20,8	21,6	19,2	15,2
Total Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses pour l'ensemble des patients	0,0	0,0	0,2	2,4

2.2 Age

Entre 1998 et 2001, les patients âgés de 30 ans et plus deviennent majoritaires, leur part passant de 42 % à 57 % entre ces deux dates, évolution également constatée dans les CSST ambulatoire. La part des 40 ans et plus a plus que triplé pour atteindre près de 10 % en 2001 et celle des 30-39 ans a augmenté de 20 %. La population des CSST avec hébergement se caractérise, relativement à celle des CSST ambulatoires par une moindre représentation des mineurs (1 % contre 5 %) et des 40 ans et plus (10 % contre 13 %), et par une plus forte concentration des effectifs sur les 30-39 ans (48 % contre 38 %).

Age de l'ensemble des patients 1998-2001

	1998	1999	2000	2001
Moins de 18 ans	1,4	1,3	1,2	1,1
18 à 24 ans	22,5	18,7	18,1	19,2
25 à 29 ans	33,9	29,8	26,8	22,2
30 à 39 ans	39,1	46,6	47,1	47,6
40 ans et plus	3,1	3,6	6,7	9,9
Total Age	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	0,6	0,6	0,7	0,3

2.3 Enfants à charge

En 2001, 16 % des patients vus dans les CSST avec hébergement ont des enfant à charge, proportion fluctuante mais qui semble plutôt orientée à la baisse. Cette proportion est nettement inférieure à celle constatée chez les patients des CSST ambulatoire.

Il faut noter que le taux de réponse sur cette question est assez faible (21 % de non réponses).

Enfants à charge ensemble patients 1998 à 2001

	1998	1999	2000	2001
Enfants à charge	21,0	23,4	17,3	16,2
Sans enfants à charge	79,0	76,6	82,7	83,8
Total Enfant	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	21,3	21,4	20,9	21

2.4 Origine géographique

En 2001, environ la moitié des patients vivent dans la région où est située le CSST et 32 % dans le même département. Depuis 1998, le recrutement hors région a considérablement baissé, avec un doublement de la part des patients recrutés dans le même département.

Origine géographique ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Département	17,9	26,3	25,8	32,4
Autre département de la région	13,9	14,8	15,3	16,8
Hors région	68,1	58,8	58,8	50,8
Total origine géographique	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	2,0	3,4	2,6	1,0

2.5 Logement

Un peu moins de la moitié des patients pris en charge dans les CSST avec hébergement bénéficie d'un logement stable ; 15 % sont sans logement. Les situations de précarité se rencontrent beaucoup plus souvent chez ces patients que chez les patients vus dans les CSST ambulatoire (près de 70 % de logements stables).

Contrairement à ce qu'on observait pour les patients des CSST ambulatoire, la part des logements précaires est plutôt en augmentation depuis 1998.

Logement ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Logement stable	49,6	44,1	45,1	46,2
dont indépendant	17,9	19,4	18,9	18,7
dont famille	28,6	22,5	22,8	24,8
Logement précaire	33,4	37,7	39,7	38,5
dont famille/entourage	11,4	16,0	13,1	14,6
dont foyers/hôtel/CHRS	17,0	14,3	18,7	19,2
dont appartements thérapeutiques-relais	1,8	1,4	2,2	1,8
Sans logement	17,0	18,0	14,8	15,1
Prison	0,0	0,1	0,4	0,1
Total Logement	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	8,6	0,0	1,1	0,0

2.6 Revenus

En 2001, seuls 12 % des patients tirent leurs revenus d'une activité rémunérée, 46 % de prestations de solidarité (38 % RMI, 8 % AAH), 16 % des allocations chômage, alors que 13 % sont à la charge de tiers. Comme pour le logement, les patients des CSST avec hébergement sont encore moins insérés que ceux des CSST ambulatoire. La part des personnes touchant le RMI est en particulier beaucoup plus élevée (38 % contre 22 % dans les CSST ambulatoire).

Les évolutions sur la période sont peu importantes avec néanmoins une légère tendance à la baisse de la part des titulaires du RMI.

Revenus ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Revenus du travail	11,0	12,3	13,2	11,8
ASSEDIC	16,1	15,1	12,8	16,2
RMI	41,1	42,2	40,2	38,0
AAH	6,4	6,4	7,2	7,8
A la charge d'un tiers	11,7	11,6	12,1	12,8
Autres	13,7	12,4	14,4	13,4
Total Ressources	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	6,9	4,8	0,0	3,9

2.7 Couverture sociale

En 2001, 95 % de l'ensemble des patients pris en charge bénéficient d'une couverture sociale, à peine moins pour les nouveaux patients. La progression a été rapide entre 1998 et 1999, puis s'est stabilisée autour de 95 % à partir de 2000. De ce point de vue la situation est identique dans les deux types de CSST.

Ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Avec couverture sociale	90,9	94,1	95,3	95,2
Sans couverture sociale	9,1	5,9	4,7	4,8
Total Couv. Sociale	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	8,1	1,8	1,0	0,6

2.8 Produits

Le rapport type prévoit de ne mentionner qu'un seul produit à l'origine de la prise en charge par patient (notion de produit principal). La difficulté, dans certains cas, à distinguer un produit principal conduit un certain nombre de CSST à renseigner plus d'un produit par patient. L'absence d'homogénéité dans les réponses rend difficile l'interprétation des données. Pour tenter de remédier à ce problème, il a été procédé à l'extraction dans la base des seules structures pour lesquelles la somme des produits est identique à la file active, ce qui laisse supposer un remplissage conforme aux recommandations. Dans le cas des CSST avec hébergement, seules quelques structures (de 4 à 6 selon les années) se trouvent exclues pour le calcul des tableaux ci-dessous.

Les données montrent la tendance déjà observée dans différentes enquêtes à la diminution de la part de l'héroïne comme produit à l'origine de la prise en charge. La cocaïne, et tout particulièrement le crack, voit au contraire sa part augmenter substantiellement depuis 1998. On constate également une augmentation sensible des prises en charge liée à l'alcool.

Produits à l'origine de la prise en charge

Ensemble des patients

	1998 n=1065	1999 n=1061	2000 n=1062	2001 n=1179
Héroïne	68,8	55,1	53,3	51,3
Cocaïne	5,8	14,4	16,2	16,9
dont Crack	1,0	5,4	7,5	9,0
LSD et autres halluc.	0,6	0,9	0,6	0,9
Cannabis et dérivés	7,9	4,3	5,0	4,8
Amphétamines	1,4	1,0	2,3	1,5
dont Ecstasy	0,6	0,3	1,2	1,1
Solvants	0,3	0,2	0,2	0,3
Dérivés codéine	3,8	1,8	1,0	1,1
Buprénorph.-méthadone	3,7	10,2	9,0	6,6
Médicaments psychotropes non opiacés	4,9	6,2	6,4	6,3
Alcool	2,8	5,8	6,0	10,3
Total Produits	100,0	100,0	100,0	100,0

Polytoxicomanie

Le calcul des pourcentages de patients polytoxicomanes est effectué sur l'échantillon mentionné plus haut en rapportant le nombre des patients polytoxicomanes déclarés par structures à la somme des patients pour lesquels un produit à l'origine de la prise en charge est déclaré.

Près de 80 % des patients étaient déclarés polytoxicomanes en 2001. Cette proportion est bien supérieure à celle observée parmi les patients des CSST ambulatoire (43 %).

Contrairement à ce qui était observé pour les CSST ambulatoire, cette proportion a augmenté entre 1999 et 2000.

Ensemble des patients (calcul à partir de l'échantillon)

	1998	1999	2000	2001
% de patients polytoxicomanes	nd	67	79	78

2.8 Voie intraveineuse

En 2001, l'utilisation de la voie intraveineuse est rapportée chez environ 28 % des patients. Il n'est pas mentionné de période de référence dans la question et les réponses peuvent donc être différentes suivant les CSST. Ce pourcentage est donc difficile à interpréter mais il est néanmoins possible d'observer la tendance à la réduction de l'usage de cette pratique parmi les patients accueillis dans les CSST jusqu'en 2000. L'augmentation entre 2000 et 2001, qu'on ne retrouve pas dans les CSST ambulatoire, est plus surprenante. Il est possible que cette évolution soit une conséquence de la forte réduction du nombre de répondants en 2001.

Voie intraveineuse ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Utilisation par voie intraveineuse	29,6	29,0	25,7	27,6
Utilisation par voie intraveineuse antérieure	47,5	43,8	41,8	34,5
Jamais	22,9	27,2	32,5	37,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	1	7,3	6,4	3,6

2.9 VIH, VHB, VHC

La prévalence du VIH est calculée sur l'ensemble des patients (ceux tout du moins pour lesquels il a été répondu à la question), et non pas sur les seuls usagers injecteurs, ce qui rend les résultats plus difficiles à interpréter (baisse chez les injecteurs et baisse de la part des injecteurs). Contrairement aux données des CSST ambulatoire, le pourcentage de sérologie VIH et VHC connu est assez élevé.

On peut observer une baisse de la prévalence du VIH et du VHC, plus prononcée pour ce dernier qui pourrait être attribuée à la fois à la baisse de la proportion d'injecteurs et à la baisse de la prévalence chez les injecteurs et les non injecteurs.

Il est à noter que les prévalences sont beaucoup plus faibles que celles déclarées dans les CSST ambulatoire, et ce en dépit d'une proportion de prise en charge liée au cannabis beaucoup plus faible. Il avait déjà été observé dans le passé que l'enquête auprès des seuls CSST avec hébergement du Ceses⁷ fournissait des résultats de prévalence du VIH plus faible que dans l'enquête auprès de l'ensemble des CSST de la DREES⁸.

Sérologie VIH ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
VIH, Sérologie positive	8,2	9,3	7,6	5,5
VIH, Sérologie négative	91,8	90,7	92,4	94,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statuts inconnus	19,4	18,0	16,7	11,0

VHB

Sérologie VHB ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
VHB, Sérologie positive	18,5	15,2	14,4	19,0
VHB, Sérologie négative	81,5	84,8	85,6	81,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statuts inconnus	32,2	34,6	21,6	21,0

VHC

Sérologie VHC ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Sérologie positive	53,1	49,5	47,9	38,1
Sérologie négative	46,9	50,5	52,1	61,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% de statuts inconnus	20,1	16,5	17,4	16,6

En 2001, près de 30 % des patients déclarent être vaccinés contre le VHB dans les CSST avec hébergement contre environ 12 % dans les structures ambulatoire.

⁷ SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J-B.), Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, juillet 1993 à juin 1998, Centre européen pour la surveillance du Sida, 1999.

⁸ Tellier S., La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales - novembre 1999, Paris, DREES, 2001, 47 p.

Vaccination VHB

	1998	1999	2000	2001
Vaccination VHB à jour ensemble des patients	25,1	28,7	28,6	29,6

2.10 Affections psychiatriques

Selon les intervenants des CSST, de l'ordre de 25 % des patients nécessitent une prise en charge psychiatrique. Compte tenu de l'hétérogénéité des intervenants amenés à répondre à cette question, l'interprétation de cette donnée est délicate.

On peut néanmoins noter que ce pourcentage est nettement plus élevé que pour les patients des structures ambulatoires.

Depuis 1998, la tendance semble être à l'augmentation de cette proportion.

Affections psychiatriques nécessitant une prise en charge

	1998	1999	2000	2001
Affection psychiatrique total patients	15,7	23,1	20,2	25,5
Affection psychiatrique nouveaux patients	14,2	23,9	19,7	25,3

2.11 Origine de la demande

Environ 30 % des patients viennent consulter d'eux même, 32 % sont adressés par les partenaires extérieurs sanitaires, 21 % par les partenaires extérieurs sociaux, 9 % par la Justice.

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 ou d'autres structures sanitaires.

Entre 1998 et 2001 on observe une baisse de la proportion de patients adressés par les services sociaux, et une augmentation modérée de la part de ceux venus suite à une mesure judiciaire.

Origine de la demande ensemble des patients

	1998	1999	2000	2001
Demandes "spontanées" du patient	31,2	29,0	27,6	30,3
Adressés par les proches	4,9	5,5	4,9	5,2
Adressés par les partenaires extérieures sanitaires	29,4	28,7	27,3	32,4
Adressés par les partenaires extérieures sociaux	26,9	28,3	27,4	21,0
Adressés par le milieu scolaire et universitaire	0,2	0,1	0,7	0,0
Mesures judiciaires	5,2	6,0	8,5	8,8
<i>Dont injonction thérapeutique</i>	2,5	2,5	3,8	2,3
<i>Dont classement avec orientation</i>	0,0	0,2	0,6	0,0
<i>Dont autres mesure judiciaire</i>	3,8	5,5	3,4	6,7
Autres (employeurs...)	2,2	2,5	3,6	2,3
Total	100	100,0	100,0	100,0

	1998	1999	2000	2001
% non réponses ensemble des patients	2,9	0,0	0,2	0,0

3. L'ACTIVITÉ

3.1 Nombre d'actes

Compte tenu de la variabilité des taux de réponse d'une année sur l'autre, les nombres absolus concernant l'activité et les patients concernés demandent à être relativisés en se référant au nombre de patients et au nombre de structures répondantes.

Nombre moyen de consultations et d'entretiens par patient, 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Consultations médicales dans le centre	3,2	5,4	6,3	7,6
dont dans le cadre d'un traitement de substitution	0,3	1,6	2,4	3,5
dont dans le cadre d'un sevrage	0,7	1,4	1,3	1,3
Nombre d'entretiens individuels socio-éducatifs	27,1	27,8	28,0	31,0
Nombre d'entretiens individuels psycho-thérapeutiques	12,8	10,8	8,6	8,5

Les évolutions les plus marquantes sont :

- l'augmentation continue du nombre de consultations et notamment des consultations dans le cadre de traitements de substitution. De nombreuses structures ne mentionnent aucune consultation liée à un traitement de substitution ou à un sevrage. Si on se limite aux structures ayant déclaré des consultations de ce type, on trouve en 2001 un nombre moyen de consultation par patient proche de 7 pour les traitements de substitution et proche de 3 pour les sevrages.

- l'augmentation continue du nombre des entretiens individuels socio éducatifs alors que régresse le nombre d'entretiens psychothérapeutiques.
-

3.2 Durée de séjours et conditions de sorties

En 2001 la durée moyenne de séjour s'établit à près de 79 jours, valeur restée à peu près identique depuis 1998.

La majorité des patients (68 % en 2001) effectuent des séjours d'une durée n'excédant pas trois mois. 12 à 14 % effectuent des séjours de plus de six mois. Les durées supérieures à un an ne concernent que 2 à 3 % des patients.

On n'observe pas d'évolution marquante sur les durées de séjour entre 1998 et 2001.

Durée de séjour

	1998	1999	2000	2001
Séjour au plus 1 mois	36,4	32,0	37,4	35,4
Séjour de 1 à moins de 3 mois	29,8	32,8	29,2	32,7
Séjour de 3 à moins de 6 mois	20,0	22,1	18,5	18,4
Séjours de 6 mois à un an	11,3	10,4	12,6	11,5
Séjours de plus d'un an	2,6	2,7	2,3	1,9

En 2001, près de 40 % des patients sont sortis au terme du contrat thérapeutique, un peu plus de 30 % sortent à leur initiative avant ce terme et 17 % environ sont exclus du centre. Les patients restants sont soit réorientés vers une autre structure (8 %), soit hospitalisés (4 %). Dix patients sont décédés en 2001.

La seule évolution notable sur la période semblerait être l'augmentation de la part des sorties au terme du contrat thérapeutique.

Conditions de sortie

	1998	1999	2000	2001
Terme du contrat thérapeutique et éducatif	32,7	34,3	34,6	39,3
Exclusion par le centre de soins	16,9	19,0	19,4	16,8
Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée	8,7	12,4	8,4	8,0
Hospitalisation durable	1,3	2,1	1,8	3,6
Rupture à l'initiative du résident	40,3	31,3	35,7	31,5
Décès	0,1	0,8	0,1	0,9

3.3 Budget

En 2001, les trois quarts des crédits de fonctionnement des CSST avec hébergement proviennent de l'Etat. Parmi les autres financeurs on peut distinguer les organismes sociaux (Assurance maladie, CAF).

Crédits de fonctionnement des CSST 1999 - 2001

	1999	2000	2001
DGS au titre des soins aux toxicomanes	90,2	80,6	74,3
DGS au titre de la réduction des risques	0,2	0,5	0,9
DDASS (action sociale)	1,6	12,0	14,3
Politique de la ville	0,8	0,5	1,1
Ministère de la justice	0,0	0,2	0,5
Autres Ministères	0,6	0,3	0,4
Collectivités territoriales	1,2	1,3	1,1
Assurance Maladie CAF	1,2	0,8	3,2
Fondations, dons	3,3	3,1	1,1
Autres	0,8	0,8	3,0
Total crédits de fonctionnement	100,0	100,0	100,0

Le budget moyen par structure s'est maintenu à peu près au même niveau sur les trois années considérées.

Budget moyen par structure et par patient

	1999	2000	2001
Nombre de structures ayant fourni des données budgétaires	30	39	29
Budget moyen par structure (en euros)	618 832	615 536	621 680
Budget moyen par patient (en euros)	14 248	13 733	14 610

Calcul budget moyen par structure et par patient : extraction dans la base des CSST pour lesquels le total des crédits et les crédits DGS sont non nuls ; pour ces structures on calcule la somme des crédits poste par poste et la somme des files actives.

3.4 Personnel

Les CSST avec hébergement emploient en moyenne 11 à 12 ETP par structure, nombre qui a légèrement augmenté en 2001. Les mises à disposition recensées sont moins nombreuses. Les questions sur les ETP ne sont pas toujours bien remplies (postes et ETP ne sont pas toujours distingués). Ces données doivent donc être considérées avec prudence.

En 2001, les postes de direction et d'encadrement regroupent 10 % des ETP, les postes médicaux moins de 2 %, les postes d'infirmiers 3,6 %, les psychologues près de 5 %, les éducateurs et assistantes sociales près de 50 %, les secrétaires et autres environ 30 %. Les emplois sanitaires au sens large (médecins, infirmiers, psychologues) représentent donc environ 10 % des ETP, alors que les emplois de type social en représentent 50 %. La répartition par type d'emploi dans les CSST avec hébergement est donc très différente de celle des CSST ambulatoire : dans ces dernières structures, la part des médecins, infirmiers, psychologues atteint plus de 40 % et celle des éducateurs et assistantes sociales 28 %. Dans les CSST avec hébergement un peu plus d'un ETP sur quatre relève de la catégorie « Autres » en 2001. Il serait nécessaire d'avoir davantage de précisions sur ces emplois.

La principale évolution observable semble être la baisse des ETP d'éducateur et l'augmentation des ETP « Autres ».

Calcul du nombre d'ETP par structures et du nombre de patients par ETP

	1999	2000	2001
Nombre CSST ayant fourni ETP	29	37	29
Nombre de patients correspondants	1266	1624	1205
Nombre d'ETP	334,2	427,3	346,3
dont nombre d'ETP mis à disposition	22,8	12,4	11,4
Nombre total d'ETP	357	439,7	357,7
Nombre moyen d'ETP par structure	11,5	11,5	11,9
Part des ETP médecins dans le total des ETP	2,7	3,1	1,8
Nombre de patients par ETP	3,8	3,8	3,5

Répartition des ETP suivant le type d'emploi

	1999	2000	2001
Directeur	5,7	5,7	5,0
Responsable de structure en gestion hospitalière	0,2	0,3	0,0
Chef de service éducatif	5,5	6,0	4,7
Médecin somaticien hospitalier	0,2	0,0	0,3
Médecin psychiatre hospitalier	0,5	1,1	0,3
Médecin généraliste	1,3	1,2	0,4
Psychiatre	0,3	0,4	0,4
Infirmier	4,3	5,6	3,6
Psychologue	4,6	3,7	4,7
Educateur	53,2	49,3	47,4
Assistante sociale	1,9	1,4	2,0
Secrétaire	5,8	6,5	6,1
Autres	16,6	18,8	25,1
Total	100	100	100

Note : ces ETP comprennent les ETP conventionnés et non conventionnés

Répartition des ETP mis à disposition (en %)

	1999	2000	2001
Médecins	8,1	13,1	13,2
Educateurs/infirmiers	41,6	26,1	35,4
Psychologues	6,8	4,0	4,4
Assistants sociaux et autres travailleurs sociaux	9,7	5,6	6,2
Autres	33,8	51,1	40,7
Total	100	100	100

CONCLUSION

Cette synthèse effectuée permet de faire apparaître plusieurs points forts.

Il existe tout d'abord des différences notables entre la clientèle des CSST ambulatoire et des CSST avec hébergement, ces derniers ne représentant cependant qu'une fraction très faible de l'ensemble de la clientèle des CSST (file active estimée de 2 000 personnes dans les CSST avec hébergement contre 67 000 dans les CSST ambulatoire). Par rapport aux patients vus dans les CSST ambulatoire, les personnes séjournant dans les CSST avec hébergement sont encore plus souvent de sexe masculin, sont plus âgées, moins bien insérées, sont plus souvent prises en charge pour un problème avec les opiacés et la cocaïne et sont beaucoup plus souvent considérées comme polytoxicomanes.

Dans les CSST ambulatoire, l'évolution constatée sur les quatre années fait apparaître une augmentation des files actives, une proportion toujours plus forte d'hommes, un vieillissement global de la population, une légère amélioration, en moyenne, de l'insertion sociale. En termes de produits motivant la prise en charge on peut noter la baisse des opiacés et l'augmentation du cannabis, de la cocaïne et de l'alcool. La proportion de personnes n'ayant jamais pratiqué l'injection est en augmentation. Il peut également être noté l'augmentation du nombre de personnes adressées par la Justice, essentiellement liée à un accroissement du nombre de mesure de classement avec orientation.

Les évolutions sont à peu près similaires dans les CSST avec hébergement avec toutefois une baisse de la file active moyenne en 2001. On peut également noter la forte baisse du recrutement hors région.

Les rapports d'activité type constituent un élément précieux de connaissance de la clientèle et de l'activité des CSST. Ce recueil d'information étant en principe exhaustif, il constitue en outre une des seules sources susceptibles de fournir des données sur les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé, au niveau régional, pour autant que les taux de réponse le permettent.

Ce rapport est le résultat de la mobilisation importante de tous les partenaires concernés. La restitution des informations fournies par les CSST, au travers d'une synthèse nationale est tout à fait fondamentale. Elle est d'autant plus utile qu'elle intervient dans un délai rapproché. Un effort supplémentaire devrait être fourni pour raccourcir ce délai de restitution, ce qui suppose une transmission plus rapide à chaque étape des rapports type. Il serait souhaitable dans l'idéal que la synthèse nationale puisse être rendue disponible avant la fin de l'année n+1, ce qui supposerait que l'ensemble des rapports d'activité aient été envoyés à la DGS à la fin du premier semestre de l'année n+1. Par ailleurs, il est indispensable pour permettre des exploitations régionales d'améliorer les taux de réponses.

Sous sa forme actuelle, le rapport type des CSST sera utilisé jusqu'à la fin 2003. A partir du 1er janvier 2004, un rapport type modifié, commun aux CSST et aux CCAA entrera en vigueur. Cette nouvelle version a été discutée avec les représentants des associations regroupant les professionnels des soins en addictologie (ANIT, ANPA, F3A, FFA).

ANNEXE 1 : LISTES DES CSST AMBULATOIRE AU 31 DECEMBRE 2002

Nom	Département
CAAJ	01
Saint-Quentin	02
SATO-Soissons	02
Moulins	03
La Parenthèse	04
AJE	05
Jeanne d'Arc (Nice-Antibes)	06
Emergence-Nice-Audebert	06
Actes	06
CH-Ste Marie-Nice	06
CH-Grasse-La Caravelle	06
La Marie-Jeanne	06
Espace 07	07
AST-Charleville	08
CH Corvisart-Méthadone	08
Ariège	09
ALT-Troyes	10
AID11-Carcassonne	11
CH -Ste Marie-Rodez	12
Le Cairn	13
AMPT	13
CH-Ste-Marguerite	13
Casanova	13
FST	13
Puget-Corderie	13
CH-Caen	14
Aurillac	15
Agora	16
Synergie17	17
CAET	18
CH-Brive	19
CH-Loretto	2A
CAPT - Bastia	2B
Tivoli-Dijon	21
CH Rennes-St Brieuc*	22
Repsud d'or	24
Altau-Relais	25
Soléa	25
Tempo	26
CH-Evreux	27
Les Andelys	27
Alkinoos	28
CH-Dreux	28
CH Gourmelen - Quimper	29
CH-Brest	29
Logos	30
AT - Toulouse	31
CH-Dide	31
OC Drogue	31
Passages-Toulouse	31
Clémence Isaure	31
Parlement St Pierre CEID	33
Montesquieu CH-Bordeaux	33

AMT-Arc en ciel-Montpellier	34
Episode	34
CH-Montpellier-UTDT	34
CH-Renne	35
CAETF	36
Port Bretagne	37
CH-Grenoble	38
Point Virgule	38
Passerelle39	39
La Source	40
Blois	41
CH-UTDT	42
Rimbaud	42
CH-Puy en Velay	43
Triangle	44
La Rose des Vents	44
Apleat	45
SAST-Agen	47
AT 48	48
CH-Angers	49
Equinoxe	49
CA le144	49
Presqu'ile	50
CAST-Ambulatoire	51
Cipsat	53
UFATT-Nancy	54
Villerupt	54
Centr'aid	55
SPID	56
Porte des allemands-CH-Sarreguemines	57
Baudelaire	57
Nevers	58
Boris Vian	59
Relais	59
Michel	59
GREID	59
Etapes	59
Espace du possible	59
CITD	59
Cédre bleu	59
Réagir	59
Sato-Beauvais	60
Sato-Creil	60
Sato-Compiègne	60
Drog Aid 61	61
CH-Lens-Le square	62
La Porte Ouverte	62
Arras	62
Jeu de paume	62
CH-Montpied	63
Béarn Toxicomanie	64
CIAT-Pau	64
Biziaa Bayonne	64
ARIT	64
Casa65	65
CH-C2S-Perpignan	66
Espace Indépendance	67

CAS-Strasbourg	67
Fil d'Ariane	67
Argile-Colmar	68
Alternative	68
Le Cap	68
CH-Hôtel Dieu	69
Lyon A3	69
APUS	69
CH-Lyon Sud	69
Lyon-Edouard Herriot	69
Jonathan	69
Escale	70
SDIT	71
AID 72-Le Mans	72
Pelican	73
Lac d'argent	74
Apreto-Annemasse	74
Pierre-Nicole	75
Montecristo	75
Monceau	75
Horizons	75
Espace Murger	75
Espace Parmentier	75
Ceccof	75
Corde raide	75
Charonne	75
Emergence-Espace Tolbiac	75
Cassini	75
Didro	75
Moreau de Tours	75
Marmottan	75
Terrasse	75
Nova Dona	75
ARIRT	76
AHAT	76
La Passerelle - Elboeuf	76
Maupassant-Méthadone	76
Carrousel	77
Marge global	77
APS Contact	77
Hevea - Meaux	77
CEDAT-Versailles	78
CAAT78	78
Casa Versailles	78
Delta 79	79
Chemin-Amiens	80
EAIT	81
CH-Montauban	82
PRÉT-Convergence	83
Draguignan	83
CH-SAT-Hyères	83
CH-Fréjus	83
Avastofa	83
AVAPT-Avignon	84
Métairie	85
Le Tourniquet	86
Bobillot	87
SEPT-La croisée	88

CEAT	89
Passages-Sens	89
Relais-Belfort*	90
Essonne Accueil Evry	91
Chêne	91
Ressources-Athis	91
Fratrie	92
Trait d'union-Boulogne	92
Chiméne	92
Clinique Liberté	92
CAST - Asnières	92
ACIAT92	92
Le Corbillon	93
Gainville	93
CH Montfermeil-Villemonble	93
La Mosaïque	93
CAST- Bobigny-CH Avicenne-Boucebi	93
Epices	94
Littoral	94
Ivry Sud – Métha 94	94
Ithaque	94
Jet 94	94
Dune	95
Rivages	95
Imagine	95
COREDAF	971
St Martin	971
Unité d'écoute-Fort de France	972
Colson-Martinique-Lamentin	972
USSARD-Fort de France	972
Cayenne	973
CH-St Laurent du Maroni	973
Kourou Keti Kuti	973
Castor	974
Kaz'ote - Ouest du département	974

* permanence d'accueil rattachées à un CSST situé dans un autre département

ANNEXE 2 : LISTE DES CSST AVEC HEBERGEMENT EN 2001

Nom de la structure	Département
APTE	02
La Cerisaie	07
Tournebouix	11
La Corniche	13
Les Lauriers-Mas Thibert	13
La Santoline	21
Le Gué	26
Divajeu-Tempo	26
Loretto	20
Bastia	20
Le Mas Saint Gilles	30
Lou Pauso	30
Blannaves	30
En Boulou	31
La Ferme Merlet	33
Bègles	33
Envol	35
Suerte	40
La levée	45
La Gentillade	46
Le Peyry	46
Les Airelles noires	48
Le Moulin de haute brin	49
Reims	51
La Campanella	57
Foville	57
Espace des possibles	59
Maison de Wignehies	59
Cèdre Bleu	59
Flambermont	60
Val d'Adour	65
La Riberal	66
La Robertsau	67
La Fuchardière	69
Thianty	74
Pierre Nicole	75
Oasis	75
L'Hébergerie	77
ADATO	78
Le Relais	80
Martimpré	88
Le Trait d'union	92
Le Pavillon thérapeutique-La Fratrie	92
APRAE	93
Meltem 94	94
Fort de France	97

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette - 75010 Paris
Tél. : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

**Ministère de l'emploi, de la famille
et des personnes handicapées**

Bureau des pratiques addictives
Sous direction santé et société
Direction générale de la santé
8 avenue de Ségur
75 350 Paris 07 SP

PALLE (C.), BERNARD (C.), SÉVENIER (E.), MORFINI (H.), CSST 1998 - 2001, *Exploitation des rapports d'activité-type des CSST*, Paris, OFDT/DGS, 2003, 51 p.

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression : Imprimerie Gerfau - ZI Cap 18 - 73 rue de l'Évangile - 75886 Paris cedex 18

Cette synthèse effectuée permet de faire apparaître plusieurs points forts. Il existe tout d'abord des différences notables entre la clientèle des CSST ambulatoire et des CSST avec hébergement, ces derniers ne représentant cependant qu'une fraction très faible de l'ensemble de la clientèle des CSST (file active estimée de 2 000 personnes dans les CSST avec hébergement contre 67 000 dans les CSST ambulatoire). Par rapport aux patients vus dans les CSST ambulatoire, les personnes séjournant dans les CSST avec hébergement sont encore plus souvent de sexe masculin, sont plus âgées, moins bien insérées, sont plus souvent prises en charge pour un problème avec les opiacés et la cocaïne et sont beaucoup plus souvent considérées comme polytoxicomanes.

Dans les CSST ambulatoire, l'évolution constatée sur les quatre années fait apparaître une augmentation des files actives, une proportion toujours plus forte d'hommes, un vieillissement global de la population, une légère amélioration, en moyenne, de l'insertion sociale. En termes de produits motivant la prise en charge on peut noter la baisse des opiacés et l'augmentation du cannabis, de la cocaïne et de l'alcool. La proportion de personnes n'ayant jamais pratiqué l'injection est en augmentation. Il peut également être noté l'augmentation du nombre de personnes adressées par la Justice, essentiellement liée à un accroissement du nombre de mesure de classement avec orientation.

Les évolutions sont à peu près similaires dans les CSST avec hébergement avec toutefois une baisse de la file active moyenne en 2001. On peut également noter la forte baisse du recrutement hors région.

Les rapports d'activité type constituent un élément précieux de connaissance de la clientèle et de l'activité des CSST. Ce recueil d'information étant en principe exhaustif, il constitue en outre une des seules sources susceptibles de fournir des données sur les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé, au niveau régional, pour autant que les taux de réponse le permettent.