

# Enquête RECAP et Rapports d'Activité des CSAPA

## Guide de Remplissage



Décembre 2011



# Sommaire

<b>Avant-propos : pourquoi ce guide ?</b>	<b>4</b>
<b>Présentation générale</b>	<b>5</b>
Les enquêtes et rapports obligatoires	5
Comment rassembler les informations ?	8
Comment utiliser ce guide ?	10
<b>Préambule</b>	<b>12</b>
<b>RECAP et le rapport d'activité global (avec et sans hébergement)</b>	<b>13</b>
Critères d'inclusion	13
Profil des patients vus au moins une fois dans l'année	15
La problématique addictologique	22
La problématique médicale	37
La problématique judiciaire	40
La prise en charge des personnes	41
Actions collectives de prévention et de formation	48
<b>Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs</b>	<b>49</b>
Critères d'inclusion dans le rapport « Consultation jeunes consommateurs »	49
L'activité de la Consultation jeunes consommateurs	50
La prise en charge des personnes	51
La problématique addictologique des jeunes consommateurs	52
Les orientations proposées	53
<b>Annexe : rapport d'activité spécifique sur l'intervention en milieu carcéral</b>	<b>54</b>
Critères d'inclusion dans le rapport : « Intervention en milieu carcéral »	54
Particularités de l'annexe « Intervention en milieu carcéral »	55
<b>Spécificités du rapport d'activité des structures avec hébergement</b>	<b>58</b>
Critères d'inclusion dans le rapport : « Structures avec hébergement »	58
Les rubriques communes avec le rapport d'activité des CSAPA ambulatoires	60
Les patients pris en charge avec hébergement	61
Les activités de prise en charge	63
Les informations relatives aux conditions de sortie	64
<b>Bibliographie et références</b>	<b>65</b>

# Avant-propos

## Pourquoi ce guide ?

La gestion informatisée des dossiers patients est devenue un point crucial dans l'organisation et le suivi de la prise en charge en CSAPA. Cette démarche contribue à l'amélioration de la qualité de prise en charge et se décline selon plusieurs aspects importants:

- La fiabilité et la véracité des informations,
- Le partage et la transmission des informations,
- L'accès du patient aux informations le concernant,
- La sécurité et la confidentialité des informations.

De plus, les CSAPA doivent rendre annuellement un bilan global de leurs actions via le rapport d'activité et l'enquête RECAP pilotée par l'OFDT.

L'attention particulière portée dans la bonne gestion du système d'information permet à l'ensemble des intervenants concernés d'accéder à une information fiable (précise, historique et sécurisée). C'est un appui supplémentaire pour une prise en charge coordonnée des usagers de la structure. Cela nécessite un partage sur la nature et le niveau de précision de l'information à inscrire.

La mise en œuvre d'un système d'information informatisé n'est pas toujours évidente, le recours aux moyens du bord, la composition avec le matériel existant et les compétences disponibles, etc... peuvent favoriser un sentiment de lourdeur et de frustrations :

- Beaucoup de temps et d'énergie pour des résultats peu probants,

- Division du travail et des informations lorsque le système repose sur une personne ou une partie de l'équipe,
- Utilisation limitée de l'outil informatique au regard de son potentiel de services,
- Besoin d'améliorer la « traçabilité » du suivi des usagers et de partager les informations.

Depuis 2005, la Fédération Addiction (à l'époque anitea/F3A) travaille en lien avec la Direction Générale de la Santé ainsi que certains responsables de logiciels informatiques, sur la question du système d'information en CSAPA.

Dans ce cadre en mai 2009 les deux fédérations avaient été associées à la réflexion lancée par la DGS autour des modifications à apporter au nouveau Rapport d'Activité CSAPA et ASA CAARUD.

Il a souvent été évoqué, lors de journées adhérentes, la manière différente que chacun a de renseigner les éléments sur son activité. Cette hétérogénéité rend difficile une bonne prise en compte de l'activité du secteur médico-social et des comparaisons à un niveau régional et national. Cela contribue aussi au découragement de certains sur les motivations finales (« cela ne sert à rien, ce n'est pas lu »).

Face à ce constat, le conseil d'administration a décidé de se donner l'ambition d'arriver à des pratiques cohérentes et coordonnées entre adhérents et de tenter d'utiliser un langage commun.

Ce guide devrait donc permettre de répondre, mieux et plus facilement, aux obligations d'enquêtes et de rapport d'activité, en proposant une compréhension commune des différents items, et en permettant de projeter une organisation du recueil d'information qui anticipe l'édition des rapports demandés. Il a été conçu avec l'appui d'un groupe de travail composé de professionnels de structures de soin. Il n'est pas figé et pourra être mis à jour en fonction des évolutions.

Afin d'accompagner cette démarche la Fédération Addiction propose une formation « Les dossiers patients informatisés : Outil incontournable » à son catalogue national. Elle permet; l'appropriation du guide, la compréhension des enjeux, le potentiel et les limites de l'outil informatique dans le suivi et l'accompagnement des personnes, ainsi que l'acquisition des connaissances et des compétences pour construire ou adapter un système d'information. Elle peut être déclinée sur site, au niveau d'un ou plusieurs établissements et/ou plusieurs associations.

De même un supplément technique « Le système d'information en CSAPA » a été mis à disposition des adhérents de la fédération en novembre 2010. Il est disponible sur le site internet et sur demande auprès du siège national.

Ce travail a été réalisé avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. Nous souhaitons accomplir le même travail pour les CAARUD en 2012.

# Présentation générale

## Les enquêtes et rapports obligatoires

Les enquêtes et rapports d'activité des Centres de soins en addictologie (auparavant « toxicomanie » et « alcoologie ») existent depuis longtemps. Ces dernières années, en même temps que la rénovation de l'action sociale et médico-sociale et l'émergence du « secteur addictologie », les outils statistiques et d'évaluation permettant une meilleure connaissance de la situation des patients suivis en addictologie et de l'activité des Centres de soins, se précisent et deviennent plus efficaces. Ces outils sont en effet davantage complémentaires et participent aux exigences d'évaluation qui s'imposent maintenant.

Il existe aujourd'hui **trois documents obligatoires** pour les structures d'accueil et de prise en charge en addictologie :

- **Le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)**, enquête annuelle adressée à tous les CSAPA ;
- **Le rapport d'activité et ses annexes pour les CSAPA ;**
- **Le rapport d'activité pour les CAARUD.**

*Ce guide traite spécifiquement de RECAP et du rapport d'activité des CSAPA. Les travaux continuent à la Fédération Addiction pour proposer en 2012 un guide spécifique aux CAARUD.*

### o Le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)

#### De quoi s'agit-il ?

RECAP a été mis en place en phase expérimentale en 2004, puis généralisé en 2005. L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) en est l'instigateur et le maître d'œuvre.

RECAP a remplacé l'enquête dite « de novembre », dont la dernière a eu lieu en 2003.

Ce recueil d'informations s'inscrit dans le réseau européen de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), et se trouve donc soumis à une obligation de cohérence avec les dispositifs d'observation au niveau de l'Europe.

L'objectif de RECAP est de décrire les caractéristiques des personnes qui sollicitent une structure spécialisée pour leur problème d'addiction, et d'en suivre les évolutions.

Les finalités de RECAP sont doubles :

- **Informers les pouvoirs publics** pour adapter les politiques publiques,
- **Informers les professionnels** pour améliorer les prises en charge.

Il s'agit donc d'une **enquête épidémiologique**, qui n'a **aucune répercussion sur l'appréciation de l'activité des Centres participants par les organismes de tutelle**. Par contre, les retours de RECAP faits à chaque Centre de soins sont des **points de repère précieux pour l'évaluation des besoins et l'évolution du service ou établissement**.

La participation à RECAP est une obligation fixée dans le cahier des charges défini par la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008.

#### Les modalités

RECAP est un ensemble de **questions relatives à la situation personnelle des patients** venus consulter. Ces questions visent particulièrement :

- L'identification du patient

- La situation sociale et professionnelle
- Les conditions de vie
- La problématique addictologique
- Les comorbidités somatiques et psychiatriques
- Les éventuelles interactions pénales.

Les informations sont extraites du dossier patient informatisé, après avoir été anonymisées, et sont envoyées sous forme de fichier informatique à l'OFDT. Ce fichier informatique est de type <texte>, et donc illisible sans le logiciel spécifique pour le traiter.

Cette procédure sécurisée préserve totalement l'anonymat des patients et des intervenants du CSAPA.

RECAP doit être retourné à l'OFDT par courrier électronique ou autre support informatique au plus tard le 30 avril N pour les patients rencontrés l'année N-1.

Toutes les informations sur RECAP sont accessibles sur le site Internet de l'OFDT<sup>1</sup> <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

## o Les rapports d'activités des CSAPA et des CAARUD

### De quoi s'agit-il ?

Le rapport d'activité est un document obligatoire joint au compte administratif<sup>2</sup>. Les informations demandées dans ce rapport sont **fixées par arrêté ministériel**, et servent à renseigner des tableaux de bord qui permettent à l'administration « *notamment, des comparaisons de coûts entre les établissements ou services qui fournissent des prestations comparables*<sup>3</sup> ».

Après la transformation des CSST et CCAA en **CSAPA**, le rapport d'activité type a été rénové et fixé par l'arrêté ministériel du **2 avril 2010**<sup>4</sup>.

Pour les **CAARUD**, l'arrêté ministériel date du **29 janvier 2010**<sup>5</sup>.

A la différence de RECAP, le rapport d'activité ne contient aucune donnée sur les situations individuelles, mais rend compte de données agrégées de l'ensemble des usagers du CSAPA ou du CAARUD, portant sur les **caractéristiques socio-démographiques**, les **conditions de vie**, les **problématiques addictologiques**, et surtout sur **l'activité réalisée par l'établissement ou service** pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes.

Il s'agit bien de mettre en rapport l'ensemble des moyens mis en œuvre par le CSAPA ou CAARUD avec l'activité réalisée, au regard des missions et habilitations. Le rapport d'activité est **un moyen de contrôle et de suivi**, et doit donc être renseigné de manière aussi exhaustive et précise que possible.

### Les modalités

#### → **Le rapport d'activité des CSAPA**

Le rapport d'activité des CSAPA se présente comme un **ensemble de questions** portant sur la répartition des personnes prises en charge selon certains critères, et sur les activités quantifiées répondant à leurs besoins. Ces questions portent sur :

- Les caractéristiques de l'établissement ou service et de l'équipe
- La file active
- Les caractéristiques socio-démographiques et conditions de vie
- Les problématiques addictologiques
- La prise en compte des comorbidités

<sup>1</sup> Voir copie de page Internet en annexe.

<sup>2</sup> Articles 48 & 49 du Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003, dit « décret budgétaire ».

<sup>3</sup> Articles 27 & 28 du Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003

<sup>4</sup> Bulletin officiel santé-protection sociale-solidarité n° 2010/5 du 15 juin 2010, page 100

<sup>5</sup> Bulletin officiel santé-protection sociale-solidarité n° 2010/3 du 15 avril 2010, page 231

- La mise en œuvre des traitements de substitution
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative
- La prise en charge de l'entourage
- La délivrance de matériels de réduction des risques
- Les actions collectives de prévention et de formation
- Les moyens mis en œuvre (budget, personnel).

Les informations demandées sont extraites du dossier patient informatisé, le logiciel spécialisé doit permettre de traiter toutes les informations nécessaires pour renseigner directement le rapport d'activité. Bien entendu, ce traitement des données exclut toute identification de patient ou d'intervenant.

Selon les missions pour lesquelles est habilité le CSAPA, **le rapport d'activité peut comporter plusieurs parties :**

1. Un CSAPA sans hébergement qui n'exerce que les missions obligatoires renseignera le « Rapport d'activité des structures sans hébergement », sans les deux annexes.
2. Un CSAPA sans hébergement qui assure en plus des missions obligatoires, une « Consultation jeunes consommateurs » ou/et des « Interventions en milieu carcéral », renseignera en plus l'/les annexe(s) correspondante(s).
3. Un CSAPA qui assure des prises en charge sans et avec hébergement, renseignera le « Rapport d'activité des structures sans hébergement » (le cas échéant avec les annexes), et un « Rapport d'activité des structures avec hébergement », pour autant de types d'hébergement différents.
4. Un CSAPA avec hébergement qui n'assure pas de prise en charge ambulatoire renseignera uniquement le « Rapport d'activité des structures avec hébergement », pour autant de types d'hébergement qu'il propose.

→ **Le rapport d'activité des CAARUD**

Le rapport d'activité des CAARUD **tient compte des conditions particulières d'accueil et d'accompagnement** du public reçu. Les renseignements demandés concernent la **description du fonctionnement du CAARUD** et des **indications concernant la population accueillie et les actions réalisées**. Le rapport se termine par une demande de participation au dispositif de veille à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

**Pour les CSAPA comme pour les CAARUD, le rapport d'activité est joint au compte administratif et doit être adressé à l'Agence régionale de santé et à la Caisse régionale d'assurance maladie avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice.**

**Comment rassembler les informations ?**

La mise en œuvre d'outils informatiques pour traiter l'ensemble des informations concernant l'activité du CSAPA est aujourd'hui incontournable. Il ne s'agit pas seulement d'être en mesure de répondre aux obligations d'enquêtes, de statistiques et d'évaluation, il s'agit aussi d'être en conformité avec les lois et réglementations touchant aux droits et libertés des personnes en général, et des patients en particulier.

En toile de fond de RECAP et du rapport d'activité se pose donc la question du dossier patient informatisé, suivi et géré dans un environnement informatique sûr, fiable et légal : **le système d'information**.

De nombreux Centres de soins fonctionnent avec un système mixte, consistant à utiliser un « dossier papier » pour tout ce qui concerne la prise en charge et l'accompagnement, et à confier au secrétariat des formulaires permettant de renseigner les enquêtes et rapports. Si cette organisation permet de pallier à l'essentiel, elle présente quelques lourds inconvénients :

- Double saisie des informations,
- Risque d'erreur accru,
- Perte d'informations,
- Difficulté à mettre à jour les informations,
- Difficulté d'accès à l'ensemble des informations concernant le patient.

A cela s'ajoutent les questions légales concernant le double dossier et la sécurité des informations confidentielles. La mise en œuvre d'un « dossier patient informatisé » apparaît aujourd'hui comme la seule voie permettant de garantir :

- les droits du patient,
- l'accès de chaque intervenant aux informations utiles, nécessaires et pertinentes pour assurer une prise en charge cohérente et coordonnée,
- la confidentialité des informations,
- la sécurité des données,
- le traitement sécurisé des informations aux fins statistiques.

**Mais la conception, la réalisation et le fonctionnement d'un système d'information sont des opérations lourdes qui nécessitent un fort investissement budgétaire, de temps et de formation ; on se référera à ce propos au supplément technique de la Fédération Addiction de novembre 2010 : « Le système d'information en CSAPA ».**

La mise en place du nouveau rapport d'activité des CSAPA, sans être une révolution, peut être l'occasion de (re)penser le système d'information de la structure et d'engager un programme de travail institutionnel qui permette la mise en place d'un dossier patient informatisé fiable, accessible, sécurisé et efficient.

**Nous proposons ci-dessous les principales phases de mise en œuvre d'un système d'information** gérant à la fois le dossier médico-social du patient, et les informations nécessaires au renseignement de RECAP et du rapport d'activité :

## o Adapter le système d'information à vos besoins

### Au niveau matériel

Selon votre organisation (antennes, partenariats, intégration du CSAPA dans une structure gestionnaire d'une autre nature...), **votre matériel informatique sera plus ou moins conséquent**, avec éventuellement des possibilités d'accès distant. Vous devrez vérifier si des contraintes particulières existent, les éventuelles incompatibilités. Vous devrez également prévoir que chaque intervenant ait accès à un poste informatique en permanence. Il faudra enfin prévoir les périphériques nécessaires à l'activité informatique souhaitée (scanners, imprimantes...).

### Choisir un logiciel spécialisé



Outre les logiciels classiques de bureautique, messagerie et Internet, vous aurez à choisir **un logiciel adapté à votre activité de CSAPA**, qui de plus devra être configuré pour vos missions et votre fonctionnement spécifique.

Vous établirez donc un cahier des charges précisant ce que vous attendez de la gestion informatisée des dossiers patients. **Le logiciel devra au minimum traiter les renseignements demandés par RECAP et le rapport d'activité.** Si une période intermédiaire peut être envisagée avec un dossier patient pour partie informatisé et pour partie papier, la version informatisée devra à terme s'imposer.

### Adapter le logiciel à vos besoins

Chaque CSAPA a ses spécificités et des modalités d'intervention différentes. Le Rapport d'activité en témoigne, qui comprend quatre variations.

**Le logiciel que vous utiliserez devra intégrer tous les items et modules dont vous avez besoin :**

- Pour renseigner RECAP,
- Pour renseigner chaque partie du rapport d'activité qui vous concerne,
- Pour disposer d'autres informations éventuelles,
- D'une manière générale pour s'adapter avec souplesse à votre fonctionnement.

Le dernier point essentiel du point de vue logiciel est **le paramétrage indispensable** qui permettra que les informations saisies soient traitées correctement pour renseigner avec exactitude les divers enquêtes et rapports.

### o Former les intervenants et fonder des pratiques communes

La mise en place d'un dossier patient informatisé a pour exigence que les renseignements qui y sont portés doivent être non seulement précis et justes, mais aussi répondent strictement aux critères d'utilité, de nécessité et de pertinence pour assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes.

**Les intervenants engagent leur responsabilité sur leurs écrits et le contenu du dossier, et sont donc concernés par ces exigences. L'Equipe doit être formée sur tous les aspects du dossier patient** (légaux, confidentialité, organisation, accès, ...) **autant que sur l'utilisation du logiciel.**

### Fonder des pratiques et un langage commun

Les outils et leur maîtrise ne suffisent pas à garantir le bon usage du dossier patient informatisé ; il faut encore que **les pratiques** de chaque intervenant soient **cohérentes et coordonnées**, et que tous les membres de l'équipe parlent le **même langage**.

Ces conditions s'obtiennent par la concertation et le consensus, puis par la validation et l'application de procédures écrites concernant la tenue et la gestion du dossier patient.

### Contrôler et évaluer

L'intervention en CSAPA, comme dans tout service/établissement médico-social, est changeante, et varie selon les besoins exprimés des patients, de nouvelles prestations ou activités, de nouveaux intervenants, de nouvelles enquêtes ou demandes de renseignements...

**On devra veiller en conséquence à ce que les procédures relatives au dossier patient soient respectées par tous, et puissent être le cas échéant modifiées et améliorées : c'est la fonction de l'évaluation interne annuelle.**

## Comment utiliser ce guide ?

Jusqu'à maintenant, la question de RECAP et du rapport d'activité a posé de nombreuses questions et généré des débats parfois houleux. Les causes étaient multiples : imprécision des demandes, manque d'outillage et de méthode, précarité des dispositifs, moyens insuffisants... Aujourd'hui, l'habilitation en CSAPA et le calendrier très serré pour mettre en place l'évaluation interne et externe, posent des jalons qui s'imposent à chacun.

A la suite de la transformation des CSST et CCAA en CSAPA, le rapport d'activité a fait l'objet d'un arrêté ministériel et le modèle de tableau à remplir (fourni chaque année par l'ARS) apporte de nombreuses consignes pour renseigner les différentes rubriques. Cependant ces consignes sont parfois insuffisantes ; surtout, on les découvre au moment de remplir ce fastidieux questionnaire, et trop souvent on s'aperçoit que les informations dont on a besoin n'ont pas été collectées ou bien ne peuvent être traitées que manuellement. Ce guide doit donc permettre de répondre mieux et plus facilement aux obligations d'enquêtes et de rapport d'activité, en proposant une compréhension commune des différents items, et en permettant de projeter une organisation du recueil d'information qui anticipe l'édition des rapports demandés.

#### **Vous trouverez donc dans ce guide :**

- **Les indications pour définir quels sont les comptes rendus d'activité et d'enquête à renseigner, en fonction des habilitations et activités ;**
- **Le listing complet des informations à collecter et à traiter, classées selon les habilitations et activités ;**
- **Le détail de chaque rubrique, avec analyse et consignes pour remplissage.**

Pour de nombreux CSAPA, le rapport d'activité apparaît sans doute frustrant, car les consignes et définitions ne permettent pas de valoriser l'activité autant que souhaité. Par exemple, le rapport d'activité ne permet pas d'identifier et valoriser les consultations familiales, ne prend pas en compte le temps passé des actes réalisés (très variable selon les types d'entretien), ne quantifie que les consultations en face à face...

Ces indicateurs relativement généraux ont cependant le mérite de permettre une lisibilité de l'intervention commune à tous les CSAPA, et s'analysent au regard du projet de service ou d'établissement. Parce qu'ils reposent sur des critères communs, ils peuvent être comparés et deviennent lisibles sur plusieurs années, ou au niveau régional ou national.

**Les CSAPA qui mettent en œuvre des interventions spécifiques peuvent les identifier, les quantifier et les porter en annexe au rapport d'activité.**

### **o Questions de calendrier**

Le « nouveau » rapport d'activité, ainsi que l'actualisation des items de RECAP, portent sur l'exercice 2011, et doivent être retournés au 30 avril 2012.

- Si vous avez mis à jour votre base de données au 1<sup>er</sup> janvier 2011, vous ne devriez pas rencontrer de problème important, sous réserve que le dossier de chaque patient soit effectivement actualisé en temps réel, et que vous ayez installé la mise à jour logicielle fournie par votre fournisseur.
- Si vous avez mis à jour votre système d'information et vos procédures de recueil d'information ou dossier patient en cours d'année, vous devrez reprendre chaque fiche entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date de mise à jour, pour vérifier que la situation décrite du patient correspond bien à sa situation réelle.
- Si vous ne disposez pas de système d'information informatisé, sans doute rencontrerez-vous davantage encore de difficultés, car de nouvelles informations sont demandées, qu'il sera difficile de retrouver *a posteriori*...

**Pour beaucoup de Centres de soins, rendre compte de l'activité de l'année 2011 sera complexe. Il faudra sans doute considérer avec prudence certains indicateurs et concentrer les moyens sur l'année 2012.**

### **o Comment est structuré le guide ?**

**Ce guide a pour ambition de vous aider à organiser au mieux votre système d'information et à devenir un référentiel pour renseigner les rubriques et items demandés par RECAP et le rapport d'activité.**

Nous avons considéré tout d'abord que les informations nécessaires à RECAP et au rapport d'activité étaient extraites du dossier du patient, et ne devaient pas faire l'objet d'une saisie supplémentaire. En utilisant un logiciel spécialisé, vous devez simplement veiller à ce que toutes les informations nécessaires puissent être saisies par les utilisateurs.

Les services de la Direction générale de la santé et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies ont travaillé ensemble à l'élaboration du rapport d'activité, en concertation avec les fédérations et associations nationales (ANITeA, F3A, ANPAA). Les deux documents apparaissent aujourd'hui complémentaires et s'intègrent avec cohérence dans une gestion informatisée du dossier patient.

Nous avons repris ce principe de complémentarité et de cohérence des informations demandées pour vous proposer un guide en **quatre chapitres** :

1. **RECAP et le rapport d'activité global (structures avec et sans hébergement)** : c'est la partie la plus importante, celle qui rassemble les rubriques et items communs à tous les types de CSAPA. Lorsque le CSAPA assure une ou des missions facultatives, l'ensemble de l'activité est prise en compte.  
Lorsque des particularités s'appliquent pour certaines catégories de patients, elles sont signalées.
2. **Annexe : rapport spécifique de la consultation jeunes consommateurs** : cette partie comprend les rubriques et items qui ne sont nécessaires que pour renseigner l'activité CJC. La plupart des renseignements demandés doivent être traités automatiquement par votre logiciel, à condition qu'il soit correctement paramétré et que les procédures d'utilisation et de remplissage soient respectées par tous les intervenants.
3. **Annexe : rapport d'activité spécifique « interventions en milieu carcéral** : cette partie comprend les rubriques et items qui ne sont nécessaires que pour renseigner l'activité en milieu carcéral. Comme précédemment, la plupart des renseignements demandés doivent être traités automatiquement par votre logiciel.
4. **Les spécificités du rapport d'activité des structures avec hébergement** : cette partie comprend les rubriques et items qui diffèrent ou qui complètent le « rapport d'activité global ».

Seules sont traitées les rubriques et items concernant le profil ou la situation des patients, ainsi que les actions mises en œuvre pour leur prise en charge. Les questions figurant en début et en fin de rapport d'activité, qui portent sur le statut, l'habilitation, sur l'organisation et les moyens, ne sont pas abordées ici ; elles ne devraient pas poser de difficulté pour les renseigner.

Chaque chapitre débute par une page « *Critères d'inclusion* », qui rappelle et explique quels CSAPA doivent renseigner ce rapport ou annexe, et quelles sont les conditions à respecter.

**Le guide se présente sous forme de trois colonnes :**

- La première colonne rappelle l'intitulé des rubriques et items à renseigner. Lorsqu'une rubrique n'est demandée que pour RECAP ou pour le rapport d'activité, c'est indiqué.
- La deuxième colonne, libellée « Analyse et recommandations » explicite ou complète les indications officielles, relève les difficultés d'interprétation, voire les contradictions, et propose des recommandations pour résoudre les difficultés rencontrées.
- La troisième colonne indique les consignes à appliquer pour renseigner chaque rubrique.

**La difficulté pour les intervenants sera de rapporter ces consignes de remplissage à leur quotidien ; en effet, nous avons suivi ici l'ordre des rubriques tel qu'il apparaît dans la grille de RECAP et du rapport d'activité. Dans les conditions réelles de saisie des informations, l'intervenant travaillera avec la logique et les spécificités du logiciel ; il sera donc nécessaire d'utiliser ce guide en référence et en appui à la procédure « dossier patient » que vous aurez rédigé.**

# Préambule

## La préservation de l'anonymat

Les données transmises à l'OFDT pour RECAP sont les fiches individuelles des patients, qui ont été saisies sur votre logiciel habituel de suivi patient, anonymisées, puis rassemblées sur un fichier spécifique.

Les données transmises à l'Agence régionale de santé pour le rapport d'activité sont des données agrégées, c'est-à-dire que vous traitez vous-même les informations individuelles pour en faire un état statistique, reporté dans un fichier Excel fourni par l'ARS.

Cette question de la préservation de l'anonymat dans les informations que vous êtes amené à transmettre est évidemment essentielle. Pour autant, votre organisation interne doit également garantir la sécurité des données et la confidentialité des informations.

## A propos du recueil d'informations

Il faut d'abord rappeler que les patients s'adressent au CSAPA pour demander une aide et une prise en charge médico-psycho-sociale ; cette demande est bien-sûr prioritaire à toute autre et le recueil d'informations pour les enquêtes et rapports ne peut être que secondaire. Pour autant, l'essentiel des renseignements demandés sont en lien direct avec la prise en charge : il n'y a donc pas de difficulté particulière à les recueillir, et on peut même utiliser avec profit le questionnaire RECAP comme fil conducteur d'une évaluation de la situation de la personne.

Quelques rubriques peuvent poser difficulté car tous les intervenants ne sont pas « armés » ou légitimés pour solliciter certaines informations, ou bien certaines situations ne se prêtent pas à un interrogatoire complet. Ces questions doivent être abordées en équipe pour rechercher des solutions garantissant la priorité à la qualité d'accueil et de prise en charge des patients et des personnes de l'entourage.

En cas de refus ou d'incapacité du patient à répondre à une question relative à sa situation, on indiquera selon les cas : NSP (*ne sait pas*), ou NE (*non évoqué*), ou NR (*non renseigné*).

## Recommandations générales

Le dossier du patient ne doit pas contenir de fausses informations, d'indications subjectives ou pouvant induire en erreur.

Lorsqu'une information donnée par le patient n'est pas sûre ou objectivée, indiquez-le en commentaire. De même, apportez en commentaire toute réserve ou explication sur les informations imprécises ou ambiguës.

D'une manière générale, il convient de ne saisir que des informations sûres ; en cas de doute ou d'imprécision sur une situation, il est préférable de renseigner selon les cas : <Ne sait pas (NSP)>, ou <Non évoqué (NE)> ou <Non renseigné (NR)>.

## Critères d'inclusion

<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Notion de « personne reçue »</b></p> <p>Doit être incluse dans le recueil de données « toute personne ayant un problème d'addiction, avec ou sans substance(s) consommée(s), et qui a fait l'objet d'au moins un acte dans la structure qui l'accueille au cours de l'année ». Cependant, il est précisé que ne doivent être incluses que les personnes effectivement accueillies dans le cadre d'un projet de prise en charge et d'accompagnement, même sur une courte durée. Ainsi, les personnes qui n'ont pas un problème d'addiction ou qui sont directement orientées vers une autre structure ne doivent pas être prises en compte dans l'enquête RECAP.</p> <p>Pour le rapport d'activité, doivent en plus être incluses les personnes de l'entourage, reçues en consultation hors la présence de la personne en difficulté, que cette dernière soit ou non prise en charge par le Centre.</p> <p>Les personnes reçues dans le cadre d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants ne doivent pas être incluses dans le recueil de données si elles ne sont pas prises en charge par ailleurs par le CSAPA.</p> <p>Dans tous les cas, une rencontre physique ayant pour objet la prise en charge ou l'accompagnement, doit avoir eu lieu entre un intervenant de la structure et l'utilisateur (patient ou entourage) pour qu'il soit inclus dans la file active.</p> <p><b>Cas des consultations par téléphone</b></p> <p>Les personnes (patients ou entourage) qui n'ont qu'un contact téléphonique ou par courriel ne doivent pas être incluses dans RECAP ou dans le rapport d'activité, ce qui pour certains Centres représente une perte importante d'informations sur leur activité.</p> <p>Si vous considérez que ces informations doivent être prises en compte pour l'évaluation de votre activité, il faut alors les mentionner dans la rubrique « Commentaires sur l'ensemble du rapport », qui se trouve à la fin du rapport d'activité.</p>	<p>On inclura les personnes (patients ou entourage) à partir du moment où la rencontre est significative, c'est-à-dire lorsque la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relève d'une problématique addictive ;</li> <li>- manifeste une demande en lien avec cette problématique ;</li> <li>- fait l'objet d'une réponse par le Centre.</li> </ul> <p>On considérera également comme rencontre significative les entretiens d'évaluation, d'information et conseils personnalisés auprès d'utilisateurs ou de l'entourage.</p> <p>Par contre, on ne retiendra pas les personnes qui demandent des renseignements simples (par exemple : heures d'ouverture, informations générales, adresses...) ou pour qui l'exposé de la demande n'est pas significatif (exemple : l'ami(e) ou parent qui demande si le patient est venu à son rendez-vous). De même, la simple remise de documentation à une ou plusieurs personnes ne justifient pas de l'activité de prise en charge, mais plutôt de prévention. Cela s'applique également aux personnes qui solliciteraient le CSAPA uniquement pour obtenir du matériel de réduction des risques, sans qu'au moins un acte de prise en ne soit réalisé.</p>

## Critères d'inclusion

<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>A quel moment doit être prise en compte la situation de la personne ?</b></p> <p>La situation des personnes prises en charge évolue en permanence, qu'il s'agisse des conditions de vie (logement, travail, ressources...), de la situation familiale, et bien sûr des conduites addictives qui motivent la demande de soins.</p> <p>Pour avoir une vision cohérente et comparable de la situation des patients pris en charge, l'OFDT et la Direction générale de la santé demandent de prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la situation au moment de leur entrée dans la structure pour les nouveaux patients ;</li> <li>- la situation au moment de la reprise de contact pour les patients déjà connus lorsque la prise en charge a été interrompue pendant au moins six mois ;</li> <li>- la situation « <i>actualisée en cours d'année de façon à décrire la situation récente du patient</i> » pour les patients déjà connus et qui ont eu au moins un contact au cours des six derniers mois.</li> </ul> <p>Les informations concernant la situation du patient doivent être mises à jour au moins une fois par an. Plutôt qu'une actualisation annuelle, <b>il est préférable de renseigner en continu le dossier du patient et l'évolution de sa situation</b> ; par exemple, une procédure interne peut imposer la mise à jour systématique par chaque référent des dossiers de tous les patients rencontrés dans le mois.</p> <p>Cette actualisation des dossiers patients est indispensable afin que les données sur les patients soient le reflet de leur situation actuelle et non pas de leur situation au moment de leur accueil qui peut fréquemment remonter à plusieurs années.</p> <p><b>Les patients incarcérés</b></p> <p>La situation des personnes incarcérées ne relevant pas d'une condition de vie « normale », le Ministère de la santé et l'OFDT ont fait le choix de considérer pour ces personnes leur <b>situation antérieure à l'incarcération</b>, bien que cela puisse apparaître compliqué ou inapproprié dans le cas d'incarcérations longues, ou d'incarcérations entrecoupées de courtes périodes de liberté.</p> <p>Le choix repose sur l'hypothèse que parmi les personnes vues en milieu pénitentiaire celles qui sont incarcérées pour de longues peines sont plus rares que celles qui le sont pour des peines courtes ou moyennes pour lesquelles la référence à une situation antérieure à l'incarcération garde un sens.</p>	<p>Notre logiciel de suivi des dossiers patients gère les informations à extraire selon les indications que vous enregistrez au fur et à mesure du suivi.</p> <p>Il est indispensable d'actualiser au moins une fois dans l'année chaque fiche de patient suivi.</p> <p>Plutôt qu'une actualisation annuelle, on veillera à <b>renseigner en continu le dossier du patient</b> et l'évolution de sa situation.</p> <p>A défaut, vous pouvez consacrer le premier entretien de l'année avec un patient déjà suivi l'année précédente pour faire le point sur sa situation et mettre à jour son dossier.</p> <p><b>Cas particulier des patients incarcérés</b></p> <p>Pour certaines rubriques (logement, ressources, situation professionnelle), la situation à prendre en compte pour les patients incarcérés est celle antérieure à l'incarcération, que le patient soit &lt;nouveau&gt; ou &lt;déjà connu&gt; ; les indications concernant ces situations sont données plus loin.</p> <p>Indiquez en commentaire dans le dossier du patient qu'il s'agit de la situation antérieure à l'incarcération.</p>

## Profil des patients vus au moins une fois dans l'année

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Sexe, âge, origine géographique</b></p>	<p>L'année de naissance pour RECAP et les tranches d'âge pour le rapport d'activité sont gérées par le logiciel.</p> <p><u>Concernant l'origine géographique :</u> Le niveau de précision demandé est le département de domicile. De nombreuses situations rendent difficile la réponse à cette question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personnes sans domicile fixe, arrivées depuis peu et ne sachant pas combien de temps elles vont rester ;</li> <li>- personnes dans une situation instable (ex : séjour temporaire et indéterminé chez les parents ou des amis dans le département voisin) ;</li> <li>- personnes incarcérées depuis longtemps, qui ont éventuellement été transférées d'un autre établissement pénitentiaire, pour qui la notion de domicile ou d'origine géographique n'est pas très pertinente.</li> </ul> <p>Sur ces situations particulières et assez fréquentes dans le public reçu en CSAPA, nous recommandons de prendre en compte la domiciliation officielle de la personne.</p>	<p><b>Age :</b> Lorsque la date de naissance n'est pas connue, on indique par défaut le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de naissance.</p> <p><b>Origine géographique :</b> On prendra en compte la domiciliation officielle de la personne pour indiquer l'origine géographique, même si elle ne correspond pas à la réalité.</p> <p><u>Exemples :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour une personne SDF, on indiquera le département de l'organisme assurant la domiciliation de la personne.</li> <li>- Pour une personne prise en charge à Metz où elle vit en squat depuis plusieurs mois, et toujours domiciliée chez sa mère à Evreux, on indiquera le département de l'Eure.</li> <li>- Pour les personnes incarcérées, on indiquera selon les mêmes règles le département de domicile avant l'incarcération, même si celle-ci est ancienne, et sans tenir compte d'éventuels transferts.</li> </ul>



## Profil des patients vus au moins une fois dans l'année

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Nombre d'enfants et entourage</b> (rubriques spécifiques à RECAP)</p> <p><b>Logement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logement durable indépendant</li> <li>- Logement durable chez des proches (famille/amis)</li> <li>- Logement durable en institution</li> <li>- Logement provisoire chez des proches (famille/amis)</li> <li>- Logement provisoire en institution</li> <li>- Autre logement provisoire</li> <li>- Sans domicile fixe</li> </ul>	<p>Pas de difficulté particulière en suivant les indications de l'OFDT.</p> <p>Il s'agit en fait d'apprécier la précarité ou la pérennité du logement de la personne, avec des précisions supplémentaires pour RECAP sur les conditions de ce logement.</p> <p>Il n'existe pas en France de définition officielle des termes utilisés par RECAP ou le rapport d'activité. On se référera donc aux indications de l'OFDT : « <i>le logement sera considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement, soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.</i> »</p> <p>Pour la notion de « sans domicile fixe », on se référera à la notion de « Sans abri » proposée par la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans abris (FEANTSA)<sup>6</sup>. Cette typologie, qui fait abstraction des définitions nationales dans les États membres, permet de classer les personnes sans-</p>	<p>Indiquer l'information telle qu'elle est donnée par le patient, que les enfants soient à charge ou non, qu'il en soit le parent biologique ou non.</p> <p><b>Logement durable</b> : si la personne bénéficie de réelles conditions de logement (permettant de préserver l'intimité et l'autonomie) pour une durée d'au moins six mois. Ce logement peut être indépendant ou familial, chez des amis, en institution.</p> <p><b>Logement provisoire</b> : si la personne bénéficie de réelles conditions de logement (permettant de préserver l'intimité et l'autonomie) pour une durée inférieure à six mois, sans perspective de retrouver un logement au moins équivalent. Ce logement peut être indépendant ou familial, chez des amis, en institution.</p> <p><b>SDF</b> : si la personne dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation pour une courte durée (quelques jours à quelques semaines, selon appréciation de l'intervenant). Les personnes résidant en squat, en camping, quelle que soit la durée, seront indiquées comme « sans domicile ».</p>

<sup>6</sup> La FEANTSA, organisation non gouvernementale fondée en 1989, propose une typologie de l'exclusion du logement, baptisée ETHOS (*European Typology on Homelessness and housing exclusion*). Elle vise à être utilisée pour la collecte de données, les recherches et l'élaboration de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.



**Logement**

(Suite)

domicile en fonction de leur situation de vie :

- être sans abri (dormant à la rue ou en hébergement d'urgence) ;
- être sans logement (avec un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers) ;
- être en logement précaire (sous la menace d'une expulsion, avec des baux précaires) ;

être en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère).

**Les personnes hébergées par le CSAPA** : ce sont les conditions de logement antérieures qui seront indiquées pour les patients accueillis en séjour résidentiel thérapeutique, que ce soit en centre résidentiel, en communauté thérapeutique, en appartement thérapeutique ou famille d'accueil.

Pour les patients hébergés par les CSAPA en nuits d'hôtel ou en hébergement d'urgence et de transition (HUT), on indiquera leur situation au regard de l'hébergement proposé par le CSAPA.

**Les personnes incarcérées** : à partir du rapport d'activité 2011, la prison n'est plus considérée comme une situation de « logement » ; on doit donc se référer au logement occupé avant l'incarcération. Pour les personnes où ce critère apparaît trop compliqué ou vide de sens (incarcération longue ou multiples par exemple), on choisira l'item <Non renseigné>

## Profil des patients vus au moins une fois dans l'année

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Catégorie socio-professionnelle</b> (rubrique spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agriculteur</li> <li>- Artisan, commerçant</li> <li>- Cadre profession libérale</li> <li>- Profession intermédiaire</li> <li>- Employé</li> <li>- Ouvrier</li> <li>- Retraité</li> <li>- Sans profession</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>La liste proposée correspond à la nomenclature du 1er niveau des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de 2003 , dont les intitulés exacts sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agriculteurs exploitants</li> <li>2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</li> <li>3. Cadres, professions intellectuelles supérieures</li> <li>4. Professions Intermédiaires</li> <li>5. Employés</li> <li>6. Ouvriers</li> <li>7. Retraités</li> <li>8. Autres personnes sans activité professionnelle</li> </ol>	<p>On indiquera comme CSP la dernière situation connue de la personne.</p> <p>La catégorie « <i>Sans profession</i> » de RECAP doit être comprise comme « <i>Autres personnes sans activité professionnelle</i> », qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les chômeurs n'ayant jamais travaillé ;</li> <li>- Les élèves et étudiants,</li> <li>- Les autres personnes sans activité professionnelle.</li> </ul> <p>Les chômeurs ayant déjà travaillé et autres personnes en cessation d'activité seront inscrits selon la profession qu'ils ont exercée antérieurement, et non en tant que « <i>Sans profession</i> ».</p>

## Profil des patients vus au moins une fois dans l'année

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Origine principale des ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revenus d'emploi (y compris retraites et pensions invalidité)</li> <li>- ASSEDIC</li> <li>- RMI / RSA</li> <li>- Allocation adulte handicapé (AAH)</li> <li>- Autre(s) prestation(s) sociale(s)</li> <li>- Ressources provenant d'un tiers</li> <li>- Autres ressources (y compris sans revenus)</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>Il n'y a pas d'ambiguïté dans l'intitulé des items proposés.</p> <p>On veillera à vérifier (et si nécessaire à rafraîchir) les connaissances de chaque intervenant.</p> <p>A noter que lorsque le RSA est perçu en complément de revenus du travail ou allocation de parent isolé, on perd une partie de l'information, l'enquête ne permettant qu'un seul choix.</p>	<p>La période de référence porte sur les six derniers mois.</p> <p><b>Revenus de l'emploi</b> : il s'agit des salaires et revenus du travail, mais aussi des diverses indemnités pouvant découler d'une activité professionnelle passée : indemnités journalières de sécurité sociale, pension d'invalidité, retraite... Cependant, les allocations de retour à l'emploi (ARE) sont à indiquer sur l'item &lt;ASSEDIC&gt;.</p> <p><b>RMI/RSA</b> : depuis juillet 2009, le RSA remplace le RMI ainsi que l'allocation de parent isolé. Il peut également compléter des revenus du travail.</p> <p><b>Autres ressources</b> : comprend les éventuels revenus illégaux ou non déclarés</p> <p><b>Nota bene</b> : en cas de plusieurs sources de revenus (soit successivement au cours des six derniers mois, soit simultanées), on indiquera le type de revenu ayant assuré la part la plus importante des ressources.</p> <p><b>Pour les personnes incarcérées</b> : prendre en compte la période des six derniers mois précédant l'incarcération, même si la personne a d'autres ressources en prison (travail, provenant d'un tiers...).</p>

## Profil des patients vus au moins une fois dans l'année

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Situation professionnelle</b> (rubrique spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité rémunérée continue</li> <li>- Activité rémunérée intermittente</li> <li>- Chômage</li> <li>- Etudiant, élève, stage non rémunéré</li> <li>- Retraité</li> <li>- Autre inactif</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>Il s'agit ici de connaître la situation du patient par rapport à l'emploi.</p> <p>Là aussi, la période de référence porte sur les six derniers mois précédant le remplissage ou la mise à jour de la fiche.</p>	<p><b>Activité rémunérée continue</b> : il s'agit de toute activité licite exercée dans le cadre d'un CDI à temps plein ou partiel, dont la période d'essai est terminée, d'un CDD ou contrat aidé d'au moins six mois précédant l'entretien, d'un stage rémunéré, ou de travail non déclaré.</p> <p><b>Activité rémunérée intermittente</b> : il s'agit de toute activité licite exercée sur une période d'au moins trois mois au cours des six derniers mois.</p> <p><b>Chômage</b> : il s'agit des situations déclarées comme telles par les patients, ou bien s'ils sont sans emploi et déclarent chercher du travail, indépendamment d'un suivi par Pôle emploi. Il s'agit également des personnes qui ont travaillé en contrat précaire ou non déclaré sur une durée inférieure à trois mois pendant les six derniers mois et qui cherchent du travail.</p> <p><b>Etudiant, élève, stage non rémunéré</b> : lorsque la situation réelle ne correspond pas au statut (en rupture scolaire, par exemple), le choix de la catégorie sera apprécié par l'intervenant.</p> <p><b>Retraité</b> : en situation effective de retraite ou pré-retraite</p> <p><b>Autre inactif</b> : toutes les autres situations, sauf si la personne refuse de répondre ou si la réponse n'est pas claire. Indiquer dans ce cas &lt;Ne sait pas&gt;.</p> <p><b>Cas particuliers</b> :</p> <p><u>Arrêt maladie</u> : à considérer comme en situation de travail effectif.</p> <p><u>Etudiants qui travaillent</u> : à l'appréciation de l'intervenant, selon l'activité dominante.</p> <p><u>Personnes incarcérées</u> : prendre en compte la période des six derniers mois précédant l'incarcération</p>

## **Profil des patients vus au moins une fois dans l'année**

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Niveau d'études</b> (rubrique spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'a pas terminé le primaire</li> <li>- Niveau primaire</li> <li>- Niveau diplôme national du brevet</li> <li>- Niveau BEP, CAP</li> <li>- Niveau Bac</li> <li>- Niveau Bac+2</li> <li>- Niveau au delà Bac+2</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>En l'absence de précision de notion de « niveau », on considérera que le niveau d'études correspond à un cycle d'études terminées, avec ou sans diplôme obtenu.</p>	<p>On indique le niveau acquis, c'est-à-dire qui correspond à un cycle d'études terminé, avec ou sans diplôme. On indiquera le niveau le plus élevé, et non le dernier niveau acquis.</p>

## La problématique addictologique

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Origine de la prise en charge / de la demande de consultation</b></p> <p>(♦ <i>Items « annexe milieu carcéral »</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Initiative du patient</li> <li>- Initiative famille ou proches</li> <li>- Médecin de ville</li> <li>- Structure spécialisée toxicomanie</li> <li>- Structure spécialisée RDR</li> <li>- Structure spécialisée alcoologie</li> <li>- Structure hospitalière spécialisée en addictologie / ELSA</li> <li>- Autre hôpital ou autre sanitaire</li> <li>- Institution ou service social</li> <li>- Justice, orientat° pré-sentencielle</li> <li>- Justice, orientat° post-sentencielle</li> <li>- Justice, classement avec orientat°</li> <li>- Autre mesure judiciaire ou administrative</li> <li>- ♦ UCSA</li> <li>- ♦ SMPR</li> <li>- ♦ SPIP</li> <li>- ♦ Surveillants</li> <li>- Milieu scolaire / étudiant</li> <li>- Autre</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>Il s'agit d'indiquer ce qui a motivé la demande de consultation à l'origine de la prise en charge actuelle ; cette rubrique sera réévaluée à chaque nouvel épisode de prise en charge, c'est-à-dire lorsque le patient revient après une interruption de plus de six mois, ou bien lorsqu'il revient avec une nouvelle demande.</p> <p>On cherchera à savoir si quelqu'un a incité le patient à rencontrer un intervenant du CSAPA à cause de ses problèmes d'addiction, ou bien s'il a fait la démarche spontanément.</p> <p>Les items proposés pour le rapport d'activité sont plus généraux que pour RECAP. On renseignera donc selon les critères de RECAP, en veillant à ce que le logiciel intègre les paramétrages adéquats pour extraire correctement les informations pour le rapport d'activité.</p> <p><b><u>Les personnes prises en charge en milieu carcéral</u></b></p> <p>Si vous intervenez en milieu carcéral, vous devez intégrer dans la liste d'items ceux de l'annexe au rapport d'activité sur l'intervention en milieu carcéral (<i>ci-contre les items précédés de ♦</i>).</p> <p>Vous veillerez à ce que votre logiciel traite correctement les informations saisies pour renseigner à la fois le rapport d'activité global et l'annexe spécifique « milieu carcéral ».</p>	<p>Il s'agit d'indiquer ce qui a motivé la demande de consultation à l'origine de la prise en charge actuelle ; cette rubrique sera réévaluée à chaque nouvel épisode de prise en charge, c'est-à-dire lorsque le patient revient après une interruption de plus de six mois, ou bien lorsqu'il revient avec une nouvelle demande.</p> <p>On cherchera à savoir si quelqu'un a incité le patient à rencontrer un intervenant du CSAPA à cause de ses problèmes d'addiction, ou bien s'il a fait la démarche spontanément.</p> <p>Lorsque plusieurs origines de la demande sont évoquées, on retiendra celle qui apparaît la plus déterminante du point de vue du patient.</p> <p>Dans le cas d'une obligation judiciaire, elle prévaut sur toute autre origine de la demande.</p> <p><b><u>Les demandes d'origine médicale</u></b></p> <p>Les <u>CSAPA à gestion hospitalière</u> doivent être mentionnés en tant que structure médico-sociale.</p> <p><u>&lt;Autre hôpital / Autre sanitaire&gt;</u> : concerne toutes les orientations d'origine médicale autres que médecin de ville et structures hospitalières spécialisées en addictologie, y compris pharmacies d'officine et médecine du travail.</p> <p><u>&lt;Milieu scolaire&gt;</u> : concerne tous les services en milieu scolaire, y compris médecine et service social auprès des élèves.</p> <p><u>&lt;Structures spécialisées en toxicomanie, ...en alcoologie&gt;</u> correspondent aux CSAPA (structures médico-sociales). Lorsque l'origine est un CSAPA dit « généraliste », on choisira <u>&lt;toxicomanie&gt;</u> ou <u>&lt;alcoologie&gt;</u> selon la problématique du patient.</p>

**Origine de la prise en charge / de la demande de consultation**

(suite)

< Structure hospitalière spécialisée en addictologie / ELSA > : toute structure hospitalière spécialisée en addictologie, hors CSAPA

**Les patients suivis en milieu carcéral**

Les items <UCSA>, <SMPR>, <SPIP>, <Surveillants>, sont réservés aux patients suivis en prison.

**Les publics sous-mains de justice**

Il s'agit des publics pour qui une mesure judiciaire a effectivement été prononcée. Les orientations socio-éducatives par le SPIP ou la PJJ (sans décision du juge) sont mentionnées à l'item <Institutions et services sociaux>

Orientation post-sentencielle : lorsque l'obligation de soins ou de suivi est prononcée dans le cadre d'un jugement.

Orientation pré-sentencielle : lorsque l'obligation de soins ou de suivi est prononcée dans l'attente d'un jugement, ou d'une injonction thérapeutique.

Classement avec orientation : lorsque l'infraction est classée dans le cadre général d'une mesure de compensation pénale, et ne fait pas l'objet d'un jugement.

## La problématique addictologique

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Prise en charge liée à l'usage de SPA</b></p> <p>(spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais été pris en charge</li> <li>- Déjà été pris en charge (mais pas actuellement)</li> <li>- Suivi actuellement</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul> <p>Indiquez l'année de 1<sup>ère</sup> prise en charge (aaaa)</p>	<p>Il s'agit de savoir si le patient a déjà été ou est actuellement pris en charge pour ses problèmes d'addiction.</p> <p>La prise en charge concerne tant les produits que les conduites addictives sans produits, qu'elle ait été mise en œuvre en milieu spécialisé ou généraliste (médecin de ville, CMP, par exemple).</p> <p>La notion de « prise en charge » est définie par le fait d'avoir bénéficié d'au moins trois consultations dans un même service ou par un même soignant.</p>	<p>Toutes les modalités de prises en charge doivent être considérées, que ce soit par un service ou établissement de soins addictologiques ou un autre professionnel, quel que soit le produit ou la conduite addictive antérieure.</p> <p><b>&lt;Jamais pris en charge&gt;</b> : concerne les nouveaux patients, qui n'ont jamais été suivis pour un problème d'addiction, où que ce soit au cours de leur vie.</p> <p><b>&lt;Déjà pris en charge mais pas actuellement&gt;</b> : concerne les nouveaux patients du Centre ayant déjà été suivi dans un autre Centre ou par un autre professionnel, mais qui ont rompu le contact depuis au moins six mois ; concerne également les personnes suivies par le Centre, qui reprennent contact après plus de six mois d'interruption non convenue.</p> <p>« Pris(e) en charge » signifie : avoir bénéficié d'au moins trois consultations dans un même service ou par un même soignant.</p> <p><b>&lt;Suivi actuellement&gt;</b> : concerne les patients suivis pour un problème d'addiction par le Centre ou par un autre professionnel, qui ont eu au moins un contact à ce propos au cours des six derniers mois</p>



## La problématique addictologique

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Traitement de substitution aux opiacés en cours</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non</li> <li>- Oui : méthadone</li> <li>- Oui : buprénorphine haut dosage (BHD)</li> <li>- Autre (sulfate de morphine, codéine)</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul> <p>Si oui, précisez depuis quelle date (mm/aaaa)</p>	<p>Pas de difficulté particulière.</p>	<p>Il s'agit d'indiquer uniquement les patients qui sont inscrits dans un protocole de TSO, et qui bénéficient d'un suivi régulier, quel que soit le médecin prescripteur.</p> <p>Le critère de « suivi régulier » sera établi lorsque l'ordonnance a été renouvelée au moins deux fois par le même médecin.</p> <p>La compliance au traitement n'est pas prise en compte dans cette rubrique ; cependant, en cas de mésusage, le MSO en cause devra également être mentionné parmi les produits consommés qui posent problème.</p>

## La problématique addictologique

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Autre(s) traitement(s) en cours</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul> <p>Si oui le(s)quel(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acamprosate</li> <li>- Naltrexone</li> <li>- Antabuse</li> <li>- Substitut(s) nicotinique(s)</li> <li>- Bupropion</li> <li>- Anxiolytique(s)</li> <li>- Hypnotique(s)</li> <li>- Antidépresseur(s)</li> <li>- Neuroleptique(s)</li> <li>- Autre(s)</li> </ul>	<p>Pour de nombreux Centres, le remplissage de cette rubrique apparaît délicat, car elle fait appel à des compétences et une légitimité médicale.</p> <p>Nous recommandons que cette rubrique soit renseignée uniquement par les personnels médicaux lorsque l'organisation ou les capacités de l'équipe ne permettent pas d'obtenir naturellement les réponses à ces questions.</p>	<p>Il s'agit uniquement des traitements médicamenteux spécifiques des addictions (hors MSO) et des psychotropes, prescrits dans le cadre d'un protocole de soins.</p> <p>Autant que possible, cette rubrique sera renseignée par l'équipe médicale.</p>

## La problématique addictologique

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Produits consommés / addictions les plus dommageables</b></p> <p><b>(au cours des 30 derniers jours)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcool</li> <li>- Héroïne</li> <li>- Buprénorphine haut dosage</li> <li>- Méthadone</li> <li>- Autres opiacés</li> <li>- Cannabis</li> <li>- Barbituriques</li> <li>- Benzodiazépines</li> <li>- Autres hypnot. / tranquillisants</li> <li>- Antidépresseurs</li> <li>- Cocaïne</li> <li>- Crack</li> <li>- Amphétamines</li> <li>- MDMA et dérivés</li> <li>- Autres stimulants</li> <li>- LSD</li> <li>- Champignons hallucinogènes</li> <li>- Autres hallucinogènes</li> <li>- Colles et solvants</li> <li>- Tabac</li> <li>- Autres produits</li> <li>- Jeux d'argent</li> <li>- Cyberaddiction</li> <li>- Troubles du comportement alimentaire</li> <li>- Autres addictions sans produits</li> </ul>	<p>Cette notion de &lt;Produits/addictions les plus dommageables&gt; ne doit être considérée que sur les trente derniers jours.</p> <p>Cette question donne une photographie à un moment donné des consommations. C'est donc une image forcément réductrice d'un comportement en constante évolution.</p> <p>Cette question est utile sur le plan épidémiologique pour apprécier les tendances au niveau national ; elle présente aussi un intérêt du point de vue de la prise en charge du patient si on actualise régulièrement cette rubrique , ce qui permet de comparer les « clichés » successifs et le &lt;Produit/addiction à l'origine de la prise en charge&gt; (cf rubrique suivante).</p> <p>On prendra le temps de réfléchir en équipe au sens qui est donné aux différentes rubriques portant sur les produits consommés/addictions, et à assimiler les consignes précises de remplissage.</p> <p>Les items proposés pour RECAP étant plus détaillés que pour le rapport d'activités, on veillera à ce que le logiciel soit paramétré pour extraire correctement les informations du rapport d'activité.</p>	<p><b>Critères à prendre en compte :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produits consommés ou comportements <b>uniquement sur les 30 derniers jours</b> ;</li> <li>2. Problèmes découlant de l'usage qui motivent la prise en charge</li> <li>3. Classement selon les dommages actuels liés à la consommation ou au comportement</li> </ol> <p>Les deux premiers critères doivent être réunis pour définir un produit/addiction dommageable, quelle que soit par ailleurs la situation de la personne (incarcérée, jeune consommateur occasionnel...)</p> <p><b>Exemple :</b> pour un ancien héroïnomane qui suit correctement son TSO depuis au moins un mois, boit raisonnablement de l'alcool (<math>\leq 3</math> verres/jour), fume un paquet de cigarettes par jour, on indiquera : &lt;Pas de produits consommés&gt;.</p> <p>(Consommation de tabac : voir ci-dessous)</p> <p><b>Classement des produits ou comportements les plus dommageables</b></p> <p>Lorsque plusieurs produits/comportements dommageables sont observés, ils sont classés par ordre décroissant suivant l'importance des dommages actuels occasionnés, selon les règles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dommages sanitaires &gt; dommages sociaux</li> <li>• Dommages à court terme &gt; dommages à long terme.</li> </ul> <p><b>Exemple :</b> pour un ancien héroïnomane sous TSO, qui s'injecte la BHD, s'alcoolise quotidiennement et conduit son véhicule, fume du cannabis plusieurs fois par semaine et deux paquets de cigarettes par jour, on indiquera :</p>

- Non renseigné
- Pas de produit consommé

1. *BHD détournée (même si elle est déjà mentionnée en TSO)*
2. *Alcool*
3. *Cannabis*

**Le cas du tabac**

Le tabac en tant que produit dommageable **ne doit être mentionné que dans le cas où le patient vient exclusivement ou principalement pour diminuer ou arrêter sa consommation**, ou bien lorsque celle-ci se traduit par des dommages immédiats nécessitant un arrêt rapide (femme enceinte, maladie nécessitant l'arrêt immédiat du tabac). Dans les autres cas, on indiquera le statut de <fumeur> dans la rubrique suivante.

Ces consignes concernant le tabac sont à appliquer pour tous les renseignements portant sur la problématique addictologique.

## La problématique addictologique

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Produit consommé / addiction à l'origine de la prise en charge</b></p> <p>(Liste des produits / addictions identique)</p>	<p>Le &lt;produit consommé/&gt; à l'origine de la prise en charge est celui « <i>qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus</i> ». Cela peut être difficile à indiquer dans le cas de prises en charge longues et/ou complexes, lorsqu'un ou plusieurs produits dommageables sont consommés en plus du produit qui a motivé la demande initiale.</p> <p><u>Nous préconisons :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'indiquer le produit/comportement qui a motivé la demande initiale lorsqu'une prise en charge est toujours en cours à ce propos ;</li> <li>- D'indiquer le produit/comportement le plus significatif de l'addiction, selon le critère des dommages occasionnés, lorsque le produit qui a motivé la demande initiale ne nécessite plus de prise en charge spécifique.</li> </ul> <p>Cette rubrique fait appel à l'appréciation de l'intervenant et pourra faire l'objet d'une évaluation partagée avec le patient ou à l'occasion d'une réunion de synthèse.</p> <p>Nous recommandons d'actualiser cette rubrique une fois par an ou lors d'une reprise de contact après interruption.</p>	<p>Il s'agit du produit consommé ou comportement le plus en cause dans la demande de prise en charge addictologique, même s'il n'est plus consommé. On doit obligatoirement indiquer un produit ou addiction. Dans les situations de poly-consommations, ou de conduites addictives différentes successives, on indiquera le produit ou comportement le plus significatif de l'addiction, selon les dommages occasionnés. Lorsqu'un produit/comportement n'a plus cours mais qu'il est toujours l'objet principal de la prise en charge, on l'indiquera même s'il n'est plus consommé et que des produits secondaires créent des dommages. Lorsque le produit qui a motivé la demande initiale ne nécessite plus de prise en charge spécifique, on indiquera le produit/comportement le plus significatif de l'addiction, selon le critère des dommages occasionnés</p> <p><b>Attention :</b> la notion de &lt;Produit de début&gt;, qui correspond au produit identifié par le patient comme étant le premier qu'il a recherché à des fins de défoncé, ne doit pas être confondue avec le &lt;Produit à l'origine de la prise en charge&gt;.</p> <p><b>Exemples :</b></p> <p>1. Pour Anne-Simone, sous traitement de substitution, pour qui les produits les plus dommageables consommés les 30 derniers jours sont, dans l'ordre : la BHD détournée, les benzodiazépines, l'héroïne et la cocaïne, mais qui antérieurement s'injectait surtout de l'héroïne, c'est ce dernier produit qu'on mentionnera comme &lt;à l'origine de la prise en charge&gt;.</p>

2. *Pour Charles-Henri, qui a été pris en charge pour un usage à risque de cannabis et qui sollicite à nouveau le Centre un an plus tard pour une dépendance à l'alcool, c'est ce dernier produit qu'on mentionnera comme <à l'origine de la prise en charge>.*
3. *Pour Silvio, abstinent, qui est suivi depuis plusieurs mois pour consolider un sevrage de l'alcool et fait un mésusage de tranquillisants, on mentionnera l'alcool comme produit <à l'origine de la prise en charge>.*
4. *Pour Dalila, antérieurement prise en charge en TSO par le Centre et suivie depuis 18 mois par son médecin traitant, qui re-sollicite le Centre pour une addiction aux jeux d'argent, on indiquera ce dernier comportement, considérant qu'il s'agit d'une nouvelle prise en charge.*

## La problématique addictologique

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Mode de consommation</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injecté</li> <li>- Fumé/inhalé</li> <li>- Ingéré/bu</li> <li>- Sniffé</li> <li>- Autre</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul> <p><b>Fréquence de consommation (sur 30 derniers jours)</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas plus d'une fois</li> <li>- Au plus une fois par semaine</li> <li>- 2 à 6 fois par semaine</li> <li>- Chaque jour</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>Cette rubrique ne présente pas de difficulté particulière.</p>	<p>Lorsqu'un produit est utilisé de différentes manières, on indique celle qui est la plus souvent utilisée, et non la plus risquée.</p> <p>Pour les addictions sans produit, on indique &lt;Autres&gt;.</p> <p>Pour le produit/addiction à l'origine de la prise en charge, on indiquera les modalités de consommation les plus significatives.</p>

## La problématique addictologique

Rubriques et items à renseigner	Analyse et recommandations	Consignes
<p><b>Usage / dépendance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstinence (au moins les 30 derniers jours)</li> <li>- Usage simple</li> <li>- Usage à risques ou nocif</li> <li>- Dépendance</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p><b>Pour RECAP</b> On indique le &lt;niveau d'usage/dépendance&gt; pour chacun des produits dommageables utilisés les 30 derniers jours. Pour le produit à l'origine de la prise en charge, on indique le &lt;niveau d'usage/dépendance&gt; tel qu'au début de cette prise en charge.</p> <p><b>Pour le rapport d'activité :</b> Les informations demandées sur &lt;le niveau d'usage/dépendance&gt; ne portent que sur les 30 jours précédant la mise à jour de la fiche-patient. On considérera que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;En abstinence&gt; signifie qu'aucun produit (sauf le tabac) n'a été consommé pendant les 30 derniers jours.</li> <li>- &lt;En usage simple&gt; signifie que les éventuels produits consommés (hors tabac) n'entraînaient ni dommages, ni risques.</li> </ul> <p>Pour le tabac, on ne le prendra en compte que si la personne est prise en charge pour ce produit ou si son état de santé nécessite un arrêt rapide. Les items &lt;En usage à risque/nocif&gt; et &lt;En dépendance&gt; ne concernent que le premier produit/addiction dommageable.</p> <p>L'item &lt;Ne sait pas&gt; semble ne pas pouvoir être renseigné selon les indications de la note n° 14 du rapport d'activité.</p> <p>Pour être traitées correctement dans les Centres et par les outils logiciels, les informations</p>	<p>Les notions d'usage sont indépendantes du caractère licite ou illicite des produits. Pour définir les types d'usage, on se réfère d'une part aux critères de la CIM 10 et du DSM-IV, d'autre part aux propositions de Reynaud-Parquet-Lagrue (in Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives – DGS, 1999) :</p> <p><u>Usage simple</u> : consommation ou comportement n'entraînant ni complications somatiques ni dommages, donc non pathologique.</p> <p><u>Usage à risque</u> : usage susceptible d'entraîner des dommages pour la personne elle-même ou l'entourage, à court ou à long terme. Le risque s'apprécie au regard de la toxicité du produit, de la quantité consommée, des modalités de consommation, du contexte, de la fragilité de la personne.</p> <p><u>L'usage nocif</u> est caractérisé par des dommages avérés, quel que soit le domaine ou la durée.</p> <p><u>Dépendance</u> : selon la définition du DSM-IV.</p> <p>Si votre logiciel traite simultanément les &lt;produits consommés&gt; et le &lt;niveau d'usage/dépendance&gt;, il renseignera automatiquement &lt;Abstinence&gt; si vous avez mentionné &lt;aucun produit consommé&gt; pendant le dernier mois.</p> <p>Pour le produit à l'origine de la prise en charge, vous indiquerez le niveau d'usage/dépendance tel qu'il était au début de la prise en charge.</p>



demandées à cette rubrique doivent être plus précises et plus en lien avec la clinique. En l'état actuel, les résultats pour certains CSAPA peuvent être difficilement lisibles (CSAPA en milieu carcéral, consultations jeunes consommateurs, CSAPA résidentiels...).

## La problématique addictologique

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Âge de début de consommation</b> (spécifique à RECAP)</p>	<p>Cette rubrique est proposée pour les produits les plus dommageables consommés les 30 derniers jours, et pour le produit à l'origine de la prise en charge.</p>	<p><i>Pour les produits illicites</i> : indiquer l'âge de la première expérimentation.  <i>Pour les produits licites</i> : indiquer l'âge de début de l'usage à risque/nocif, selon les consignes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Tabac</u> : âge de début de la consommation quotidienne.</li> <li>- <u>Alcool</u> : âge de début de la consommation régulière (soit &gt; 3 à 4 verres / jour pour un homme, et 2 à 3 verres / jour pour une femme), ou début d'ivresses répétées, ou plus d'une ivresse pendant le dernier mois pour un mineur.</li> <li>- <u>Médicaments psychotropes</u> : âge de début de la consommation répétée hors prescription médicale, ou association avec d'autres substances.</li> <li>- <u>Addictions sans produits</u> : âge auquel la répétition du comportement est repérée par le patient comme posant des difficultés.</li> </ul> <p>Ces seuils ne peuvent être définis strictement ; il importe que l'intervenant fasse une appréciation suffisamment précise au cours de l'entretien clinique.</p>

## La problématique addictologique

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Consommations habituelles de tabac et de cannabis</b> (spécifique à RECAP)</p>	<p>La consigne initiale de RECAP : <i>&lt;Nombre de joints consommés en moyenne par jour sur les 30 derniers jours&gt;</i> ne peut s'appliquer qu'aux usagers quotidiens.</p> <p>En accord avec l'OFDT, il faut comprendre : <i>&lt;Nombre de joints en moyenne sur une journée de consommation (sur les 30 derniers jours)&gt;</i>, ce qui permet de prendre en compte les usagers occasionnels ou irréguliers.</p>	<p><b>Consommation de cannabis</b> Indiquer le nombre de joints consommés un jour habituel d'usage, même si cet usage est occasionnel, en considérant les 30 derniers jours. Pour les consommateurs de bang, on indiquera selon l'équivalence proposée par l'OFDT : 1 douille = 5 joints.</p> <p><b>Consommation de tabac</b> Un patient est considéré comme fumeur à partir de 1 cigarette / jour, tous les jours. S'il est fumeur, on indiquera le nombre moyen de cigarettes consommées par jour sur les 30 derniers jours.</p>

## La problématique addictologique

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Utilisation de la voie intraveineuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, au cours des 30 derniers jours</li> <li>- Oui, antérieurement mais pas au cours des 30 derniers jours</li> <li>- Jamais</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul> <p><b>Partage des seringues</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais</li> <li>- Presque jamais</li> <li>- Occasionnellement</li> <li>- Régulièrement</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>	<p>Cette rubrique ne présente pas de difficulté particulière.</p>	<p>On considère la voie intraveineuse comme &lt;Actuelle&gt; si le patient s'est injecté une substance (n'importe laquelle) au cours des 30 derniers jours.</p> <p><b>Partage des seringues</b></p> <p>On prendra en compte l'ensemble de l'histoire du patient, c'est-à-dire en posant la question : « A une période de votre vie, avez-vous partagé des seringues ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque jamais = moins de 3 fois</li> <li>- Occasionnellement = moins de 10 fois</li> <li>- Régulièrement = au-delà de 10 fois.</li> </ul>

## La problématique médicale

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Nombre de décès connus</b> (spécifique au rapport d'activité)</p>	<p>Le Ministère de la santé demande d'une part le nombre de décès connus parmi les patients suivis dans l'année, et d'autre part le nombre de décès par surdose aux opiacés.</p> <p>On ne peut prétendre à l'exhaustivité, compte tenu de la prise en charge parfois irrégulière et d'une connaissance indirecte des décès.</p> <p>On n'indiquera donc uniquement les décès qui peuvent être vérifiés.</p>	<p>N'indiquez que les décès qui peuvent être vérifiés.</p>

## La problématique médicale

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Dépistages et vaccinations</b></p> <p><b>Pour le rapport d'activité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit (VHB &amp; C, VIH)</li> <li>- Nombre de personnes ayant débuté une vaccination VHB</li> <li>- Nombre de personnes ayant complété le schéma vaccinal VHB</li> </ul> <p><b>Pour RECAP</b>  <i>Sérologies VIH et VHC :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inconnue</li> <li>- Résultat positif</li> <li>- Résultat négatif</li> <li>- Date du dernier test (jj/mm/aa)</li> </ul> <p><i>Vaccination VHB complète :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI / NON / NSP</li> </ul>	<p><b>Pour le rapport d'activité :</b></p> <p>Il s'agit d'un indicateur de l'activité de prévention et de suivi des hépatites et du VIH. Vous devrez donc tenir à jour et saisir toutes les informations relatives aux dépistages et vaccinations pour <u>indiquer le nombre de patients concernés au cours de l'année.</u></p> <p><b>Pour RECAP</b></p> <p>Il est fréquent que les nouveaux patients ignorent leur statut sérologique, ou que cette question soit inopportune pour certains publics (dans le cadre des CJC, par exemple). Selon le public que vous prenez en charge, un taux important de « sérologie inconnue » n'est donc pas anormal.</p> <p><b>Nota bene :</b> Pour de nombreux Centres, le remplissage de cette rubrique apparaît délicat, car elle fait appel à des compétences et une légitimité médicale. Nous recommandons que cette rubrique soit renseignée uniquement par les personnels médicaux lorsque l'organisation ou les capacités de l'équipe ne permettent pas d'obtenir naturellement les réponses à ces questions.</p>	<p>En l'absence de résultat sérologique objectif, ou de carnet de vaccination, on indiquera les déclarations du patient, en prenant soin de noter cette réserve dans son dossier.</p> <p>Si la date précise de l'examen sérologique est inconnue ou imprécise, on indiquera le 1er jour du semestre (1er janvier ou 1er juillet 20xx).</p>

## La problématique médicale

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Antécédents psychiatriques</b> (spécifique à RECAP)</p> <p><i>Hospitalisation(s) antérieure(s)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui – nombre : _ _</li> <li>- Non, jamais</li> <li>- NSP</li> </ul> <p><i>Tentative(s) de suicide</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui – nombre : _ _</li> <li>- Non, jamais</li> <li>- NSP</li> </ul>	<p>Pour de nombreux Centres, le remplissage de cette rubrique apparaît délicat, car elle fait appel à des compétences et une légitimité spécifique. On veillera donc à la pertinence du questionnement selon le patient et l'intervenant.</p>	<p>En l'absence d'indications objectivées, on notera les déclarations du patient, en prenant soin de noter cette réserve dans son dossier.</p> <p><u>Hospitalisation antérieures</u> : on ne prend en compte que les hospitalisations motivées par un incident ou une pathologie d'ordre psychiatrique. Les hospitalisations dans un service de psychiatrie pour un sevrage à un produit ne doivent pas être prises en compte.</p>

## La problématique judiciaire

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Incarcérations</b> (spécifique à RECAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui -</li> <li>- Non, jamais</li> <li>- NSP</li> </ul> <p>Si &lt;Oui&gt; :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre : __</li> <li>- Durée totale : __</li> </ul>	<p>Cette rubrique ne présente pas de difficulté particulière.</p>	<p>La durée d'incarcération à prendre en considération est la durée réellement effectuée, et non la durée prononcée par la condamnation.</p>



## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Les traitements de substitution (BHD et méthadone)</b></p> <p><u>Prescription</u>            Nombre de patients en TSO :            - Quel que soit le prescripteur            - Traitt prescrit au – 1 fois par le Centre            - Traitt initié par le Centre            - Primo-prescript<sup>o</sup> métha gélules</p> <p><u>Dispensation</u>            Nombre de patients quel que soit le prescripteur pour qui :            - Dispensation au Centre            - Dispensation pharmacie ville            - Dispensation en relais</p> <p>Quantité totale de méthadone délivrée dans l'année : _ _ _ _ mg</p> <p>Autres traitements de substitution prescrits :            - Nom            - Nombre de patients concernés</p>	<p>Votre logiciel de suivi des patients doit vous permettre de traiter toutes ces données sans difficulté, sous réserve que les informations aient été correctement et régulièrement saisies.</p> <p>Il importe donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que le logiciel soit correctement paramétré,</li> <li>- Que les intervenants soient <u>correctement informés et formés</u> pour saisir les données.</li> </ul> <p>La saisie ne concerne pas que l'équipe médicale, notamment pour indiquer les patients qui auraient un traitement en médecine de ville.</p> <p>Les patients peuvent être comptabilisés deux fois s'ils ont bénéficié en cours d'année de BHD puis de méthadone (ou l'inverse), si la dispensation à eu lieu en cours d'année dans le Centre, puis en pharmacie de ville (ou l'inverse).</p> <p>Il n'est donc pas anormal que le cumul des patients selon les diverses modalités de suivi soit supérieur au nombre total de patients sous TSO.</p>	<p>Pour les patients dont le TSO n'est pas prescrit/délivré par le Centre : l'intervenant référent doit recueillir et saisir les informations.</p> <p><u>Changement de protocole</u> : lorsque le patient change de MSO, ou change de modalité de prescription/délivrance, les informations doivent être saisies afin que le logiciel prenne en compte et traite ces données.</p>

## La prise en charge des personnes

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Nombre de consultations avec les patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication par métier du nombre total de consultations réalisées et du nombre de patients rencontrés</li> <li>- Indication parmi les consultations, du nombre d'actes de délivrance de TSO</li> <li>- Nombre de visites à domicile et nombre de patients concernés</li> <li>- Nombre d'actes d'accompagnements de patients pour démarche extérieure et nombre de patients concernés</li> </ul>	<p>Cette question des actes a suscité par le passé de nombreuses interrogations et prises de position, parfois conflictuelles, au point que l'activité des CSAPA devenait illisible.</p> <p>La concertation des associations têtes de réseau avec les services de la DGS a permis de clarifier les informations demandées pour le rapport d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'est pas établi de lien entre le nombre de consultations et le temps passé ; il est acquis par exemple qu'un entretien socio-éducatif ou psychologique est généralement plus long qu'un renouvellement d'ordonnance ;</li> <li>- Les contacts téléphoniques, les courriers, sont des tâches liées à la prise en charge habituelle, dont le décompte ne peut pas être fiable et objectif ;</li> </ul> <p>Trop d'informations, ou trop de détails, peuvent nuire à la compréhension de l'activité ; Le détail des actes par métier apparaît comme un bon indicateur de la nature de l'activité de prise en charge ;</p> <p>La prise en compte des interventions à domicile, ainsi que les accompagnements pour des démarches extérieures, est également un indicateur intéressant pour valoriser la spécificité médico-sociale.</p> <p>Il est donc important que chaque Centre se réfère strictement aux normes de remplissage qui ont été définies, pour une meilleure valorisation de l'activité de chaque CSAPA et de l'ensemble du secteur.</p>	<p>Pour le rapport d'activité, <b>un acte patient</b> est une consultation ou un accompagnement associant en <u>face à face un intervenant et un patient</u>, éventuellement accompagné.</p> <p>Si une ou plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, on comptera un acte seulement pour le patient, en mentionnant l(es) autre(s) participant(s).</p> <p>Si plusieurs intervenants participent à la consultation, on comptera un acte pour chacun des intervenants.</p> <p>La durée de la consultation ou de l'acte ne doit pas être prise en compte pour le rapport d'activité.</p> <p>Veillez à renseigner <b>correctement et complètement</b> les données relatives à la consultation, sans vous préoccuper de ce qui sera retenu pour le rapport d'activité : le logiciel effectuera les calculs selon les paramétrages <i>ad hoc</i>.</p>

Pour assurer une bonne qualité de suivi des patients et de l'entourage, et pour que chaque intervenant ait connaissance des actions entreprises, vous devrez cependant saisir dans le dossier patient des actes qui ne seront pas retenus pour le rapport d'activité (entretiens téléphoniques, concertations avec partenaires, etc...). Vous devez par conséquent vous assurer que votre logiciel est correctement paramétré pour à la fois garder toutes les informations dont vous avez besoin pour le suivi, et pour éditer seulement les informations nécessaires au rapport d'activité.

Si des indicateurs significatifs de votre activité vous paraissent insuffisamment pris en compte dans le rapport d'activité (entretiens téléphoniques, consultations familiales, par exemple), vous les mentionnerez en commentaires libres en fin de rapport.

## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage</b></p> <p>Indication par métier du nombre total de consultations réalisées et du nombre de personnes de l'entourage rencontrées</p>	<p>Mêmes remarques que pour les actes réalisés auprès des patients.</p> <p><b>Les consultations familiales</b> Une consultation associant un patient et son entourage est traitée pour le rapport d'activité comme une consultation auprès du patient seulement.</p> <p>Les CSAPA qui veulent valoriser leur pratique de consultation familiale peuvent les identifier dans leur logiciel et ajouter ces indicateurs en commentaires libres en fin de rapport.</p>	<p>Pour le rapport d'activité, <b>un acte entourage</b> est une consultation associant en face à face un intervenant et au moins un membre de l'entourage du patient (que ce dernier soit ou non suivi par le Centre), hors sa présence.</p> <p>Lorsque la consultation comprend plusieurs personnes de l'entourage, elles doivent toutes être comptées.</p> <p>Si plusieurs intervenants participent à la consultation, on comptera un acte pour chacun des intervenants.</p> <p><u>Attention</u> : un professionnel d'un autre service ou établissement social, médico-social ou sanitaire, n'est pas considéré comme une personne de l'entourage du patient.</p> <p>Veillez à renseigner correctement et complètement les données relatives à la consultation, sans vous préoccuper de ce qui sera retenu pour le rapport d'activité : le logiciel effectuera les calculs selon les paramétrages ad hoc.</p>

## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Les activités de groupe thérapeutique</b></p> <p>Pour chaque catégorie d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'ateliers ou groupes</li> <li>- Nombre de réunions ou rencontres</li> <li>- Nombre de personnes concernées</li> </ul>	<p>Comme le nom l'indique, il s'agit bien d'activités à visée thérapeutique, à l'exclusion des activités de loisir ou « occupationnelles », exercées par un (des) groupe(s) de patient(s) ou de personnes de l'entourage, de composition fixe ou aléatoire.</p> <p>Cette activité thérapeutique doit donc avoir été définie comme telle dans le projet de service ou d'établissement, ou a minima faire l'objet d'un consensus en équipe ; en outre, elle est animée ou encadrée par au moins un soignant/intervenant.</p> <p>Quatre types d'activité de groupe thérapeutique sont proposés ; si une activité que vous mettez en œuvre ne correspond pas, vous pourrez le préciser en commentaires libres en fin de rapport.</p> <p>Le suivi de cette activité peut-être assuré par votre logiciel de suivi des patients, ou à défaut à l'aide d'un tableur, voire manuellement si l'activité est peu importante.</p>	<p>Une activité de groupe thérapeutique doit avoir été définie comme telle au niveau institutionnel.</p> <p>Elle est encadrée ou animée par au moins un soignant ou intervenant.</p> <p>Une activité de groupe thérapeutique peut être destinée aux patients ou à l'entourage, dès lors qu'ils sont pris en charge par le CSAPA individuellement.</p> <p>La personne doit être comptée autant de fois que les types d'activités ou groupes auxquels elle participe.</p>

## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Les sevrages</b></p> <p>Nombre de sevrages et nombre de patients concernés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sevrages ambulatoires initiés et suivis par le Centre</li> <li>- Sevrages en milieu hospitalier suivis par le Centre</li> </ul>	<p>Il s'agit ici de repérer les sevrages qui ont été effectivement initiés et suivis par le Centre au cours de l'année, soit en ambulatoire, soit à l'hôpital.</p> <p>Les sevrages en cours au 1<sup>er</sup> janvier ne doivent pas être comptés une deuxième fois (ils ont été comptabilisés déjà sur N-1).</p>	<p>Le sevrage est défini comme <b>toute tentative d'arrêt protocolisé</b> de tout produit addictif, qu'il ait ou non abouti, qu'il soit ou non consolidé.</p> <p>Seuls les sevrages initiés dans le Centre ou avec l'accompagnement du Centre doivent être comptabilisés.</p> <p>Le passage à un traitement de substitution des opiacés n'est pas considéré comme un sevrage, sauf si la prescription du MSO vise explicitement l'abstinence à court terme.</p> <p>On peut considérer le sevrage d'une substance indépendamment d'une autre consommation lorsque celle-ci n'entraîne pas de dommage.</p>

## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Distribution de matériel de réduction des risques</b></p> <p>Quantité de matériels délivrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de trousses d'injection</li> <li>- Nombre de seringues 1 cc</li> <li>- Nombre de seringues 2 cc</li> <li>- Nombre de seringues usagées récupérées</li> <li>- Nombre de jetons</li> <li>- Nombre de brochures (alcool, tabac, drogues illicites)</li> <li>- Nombre de préservatifs</li> <li>- Nombre d'outils d'auto-évaluation des consommations (tests alcoolémie, Fagerström...)</li> </ul>	<p>L'évaluation quantitative de distribution de matériel de réduction des risques peut se faire à l'aide de votre logiciel de suivi patients (si le module est prévu), ou plus simplement à l'aide d'un tableau de bord, selon la formule suivante pour chaque type de matériel :</p> <p>(Stock au 1<sup>er</sup> janvier) + (livraisons année N) – (stock au 31 décembre)</p>	<p>Tous les matériels délivrés doivent être comptés, quelles que soient les conditions de distribution : auprès des patients, de l'entourage, au cours d'actions de prévention, dans la rue, par automate...</p>

## Actions collectives de prévention et de formation

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Activités de prévention et de formation collective</b></p> <p>Nombre d'actions de prévention collective</p> <p>Pour différents milieux identifiés, nombre d'heures et de personnes directement touchées par des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'information / sensibilisation</li> <li>- De formation</li> <li>- De conseil</li> </ul>	<p>On indique le nombre total actions collectives de prévention et de formation.</p> <p>Les activités de prévention et de formation collective sont identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- selon le public auprès de qui elles sont réalisées,</li> <li>- selon la nature de l'intervention,</li> <li>- selon le nombre de personnes directement touchées,</li> <li>- selon la durée des interventions en face à face (le temps consacré à la préparation, la prospection, l'évaluation, ne doivent pas être pris en compte ici)</li> </ul> <p>En l'absence d'outil informatisé connu qui permettrait un suivi pertinent des actions de prévention et de formation, nous recommandons l'utilisation d'un tableau de bord sur un tableur, qui intègre a minima les indicateurs demandés.</p>	<p><b>Définitions :</b></p> <p><u>Information/sensibilisation</u> : action ponctuelle, sans autre but que d'informer et de sensibiliser sur les pratiques addictives ;</p> <p><u>Formation</u> : action entreprise avec un programme et des objectifs par une structure ou un(e) professionnel(le) enregistré(e) comme prestataire de formation ;</p> <p><u>Conseil</u> : action de soutien, d'apports méthodologiques, d'analyse de pratique, d'animation de groupe-ressource ;</p>



**Critères d'inclusion dans le rapport « Consultation jeunes consommateurs »**

<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Quels CSAPA doivent renseigner ce rapport spécifique CJC ?</b></p> <p>Cette annexe au rapport d'activité global du CSAPA vise à évaluer l'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs (file active, actes) ainsi que les produits/addictions en cause. Elle doit être renseignée par les CSAPA qui sont habilités pour cette mission facultative et qui mettent en œuvre le cahier des charges défini dans l'annexe 4 de la circulaire du 28 février 2008 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification spécifique de la consultation ;</li> <li>- personnel spécifique identifié ;</li> <li>- accès différencié du CSAPA (lieu et/ou horaires, gestion des rendez-vous) ;</li> <li>- outils de communication différenciés du CSAPA.</li> </ul> <p>Il ne s'agit donc pas seulement d'isoler une fraction de la population générale du CSAPA sur des critères de produits consommés ou d'âge.</p> <p>Les usagers qui sollicitent les Consultations jeunes consommateurs sont par ailleurs inclus dans l'enquête RECAP et le rapport d'activité général du Ministère de la santé, selon les mêmes indicateurs. Cette annexe doit pouvoir être traitée directement par votre logiciel, à partir des informations qui auront été saisies au quotidien par les intervenants.</p> <p>Pour éditer sans erreur le rapport spécifique de la Consultation à partir de votre logiciel de suivi des patients, vous devez vérifier que le logiciel est adapté et convenablement paramétré, et que chaque intervenant saisit correctement et complètement les informations nécessaires.</p>	<p>Les consultants jeunes consommateurs sont l'objet du même recueil d'informations que la population générale accueillie au CSAPA. Vous devez donc renseigner les différentes rubriques selon les mêmes consignes.</p> <p>Les informations spécifiques demandées pour les CJC sont intégrées à votre logiciel ; il suffit d'inscrire correctement et complètement les renseignements.</p>

## L'activité de la Consultation jeunes consommateurs

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>La file active</b></p> <p>Nombre de personnes reçues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entourage</li> <li>- Consommateurs</li> </ul> <p>Nombre de personnes reçues seules :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entourage</li> <li>- Consommateurs</li> </ul> <p>Votre éventuel critère d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age limite</li> <li>- Autre critère, lequel ?</li> </ul>	<p>La notion de <u>file active</u> est définie par la réalisation d'au moins un contact en face à face, qu'il s'agisse d'un « consommateur », ou d'une personne de l'entourage.</p> <p>La notion de personne reçue seule s'entend comme un membre de l'entourage reçu sans que l'utilisateur soit reçu, ou la situation inverse.</p> <p>Votre logiciel doit donc être conçu de manière à pouvoir reconnaître et traiter ces situations.</p> <p>Les entretiens téléphoniques, contacts par courriel, ne suffisent pas à justifier de l'inscription dans la file active de la consultation jeunes consommateurs. Si nécessaire, vous indiquerez ces types d'interventions dans les commentaires libres en fin de rapport.</p>	<p>Cf « Notion de personne reçue » en début de document.</p> <p>Pour obtenir le nombre de « personnes reçues seules », vous veillerez à signaler par l'outil logiciel approprié, s'il existe un lien entre une personne de l'entourage reçue et un consommateur reçu.</p>

## La prise en charge des personnes

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Les actes réalisés</b></p> <p>Entretiens individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec l'utilisateur</li> <li>- avec un ou plusieurs membres de l'entourage</li> </ul> <p>Séances de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec les usagers</li> <li>- avec les membres de l'entourage</li> </ul>	<p><u>Remarque</u> : ne pas tenir compte de la note de référence n°3 du formulaire du rapport d'activité.</p> <p>Les consignes générales pour comptabiliser les actes s'appliquent également pour les CJC.</p> <p><b>L'activité de groupe</b> désigne « <i>ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe</i> ».</p> <p>Les participants au groupe sont des personnes qui sont ou ont été par ailleurs reçues individuellement dans le cadre de la Consultation jeunes consommateurs.</p> <p>Ne doivent donc pas être comptabilisés ici :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants,</li> <li>- Les actions collectives d'information/sensibilisation ou de conseil auprès de personnes qui ne sont pas incluses dans la file active,</li> <li>- Les consultations/entretiens avec un groupe familial ou de l'entourage auprès d'un usager.</li> </ul> <p>Le cas échéant, les consultations familiales peuvent être indiquées en commentaires libres en fin du rapport.</p>	<p>Les consultations et actes réalisés dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs sont enregistrés selon les règles indiquées précédemment.</p> <p>Les activités de groupe, qu'il s'agisse de consommateurs ou de membres de l'entourage, sont également enregistrées selon les règles indiquées pour le rapport d'activité général.</p>

## La problématique addictologique des jeunes consommateurs

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Produits consommés / addictions les plus dommageables</b></p> <p>Liste des produits / addictions identique au rapport d'activité général</p>	<p>La problématique addictologique est identifiée dans cette partie du rapport d'activité uniquement par rapport au(x) produit(s) consommé(s) ou addiction(s) les plus dommageables, pendant les trente derniers jours selon les consignes du rapport global.</p> <p>Selon le public que vous touchez dans votre CJC, vous risquez donc de voir apparaître une proportion non négligeable d'utilisateurs ne consommant pas de produit (ou sans conduite addictive) ; il manque en effet la rubrique « Produit/addiction à l'origine de la prise en charge », qui permettrait d'identifier la problématique addictologique qui a motivé la consultation (par exemple pour les consommateurs occasionnels orientés dans le cadre d'une mesure de classement/orientation).</p> <p>Cependant, si elle n'apparaît pas dans le rapport d'activité spécifique des CJC, cette information a été enregistrée pour le rapport d'activité global : il vous suffit d'utiliser les outils statistiques de votre logiciel pour obtenir les produits/addictions à l'origine de la prise en charge. De la même manière, vous pourrez mettre en évidence les types d'usage et dépendance pour les usagers des CJC.</p>	<p>Les consignes pour le rapport d'activité global s'appliquent pour renseigner les produits/addictions les plus dommageables.</p>

## Les orientations proposées

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Nombre de consommateurs orientés vers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSAPA</li> <li>- CMP / CMPP</li> <li>- Hospitalisation</li> <li>- Médecin de ville psychiatre</li> <li>- Médecin de ville généraliste</li> <li>- Psychologue (hors CSAPA/CMP/CMPP)</li> <li>- Point écoute</li> <li>- Service social</li> <li>- Autre</li> <li>- Sans orientation (pas nécessaire)</li> <li>- Ne sait pas/Non renseigné</li> </ul>	<p>Les consultations jeunes consommateurs étant destinées à réaliser des interventions à court terme, la question de l'orientation est un indicateur particulièrement intéressant.</p> <p>Pour renseigner correctement cette rubrique, il est indispensable de prévoir une procédure de sortie de la file active CJC, c'est-à-dire de définir à quel moment cesse la prise en charge en CJC.</p>	<p>Une <b>orientation</b> est l'indication explicite donnée à un usager, sans qu'il y ait forcément un accompagnement ou mise en relation effective, ni que cette orientation ait été suivie d'effet.</p> <p>L'orientation d'un usager intervient à la fin de la prise en charge par la CJC, qu'il faut donc repérer et enregistrer dans votre logiciel.</p> <p>Indiquer <i>&lt;Sans orientation&gt;</i> lorsque : la prise en charge se termine d'un commun accord, sans orientation proposée ;</p> <p>Indiquer <i>&lt;NSP / Non renseigné&gt;</i> lorsque le patient a interrompu le suivi avant qu'une orientation ne soit proposée ;</p>

**Critères d'inclusion dans le rapport : « Intervention en milieu carcéral »**

<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Quels CSAPA doivent renseigner ce rapport spécifique sur l'intervention en milieu carcéral ?</b></p> <p>Cette annexe au rapport d'activité global du CSAPA vise à évaluer l'activité spécifique de prise en charge individuelle et collective des patients en milieu carcéral. Elle doit être remplie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CSAPA en milieu pénitentiaire (ex-Antennes toxicomanie)</li> <li>- Les CSAPA qui sont habilités pour cette mission facultative, ou qui ont répondu &lt;OUI&gt; à la question 7 du rapport d'activité global.</li> </ul> <p>Les CSAPA qui n'interviennent que de manière exceptionnelle en milieu carcéral ne renseignent pas cette annexe.</p> <p>Cette annexe doit pouvoir être traitée directement par votre logiciel, à partir des informations qui auront été saisies au quotidien par les intervenants. Pour éditer sans erreur le rapport d'activité spécifique « milieu carcéral » à partir de votre logiciel de suivi des patients, vous devez vérifier que ce dernier est adapté et convenablement paramétré, et que chaque intervenant saisit correctement et complètement les informations nécessaires.</p> <p>Doivent être incluses dans ce rapport spécifique les personnes suivies en milieu carcéral par le CSAPA; on ne comptabilisera donc pas les personnes vues par le CSAPA, qui ont été incarcérées mais qui n'ont pas été suivies en prison.</p> <p>Si le CSAPA intervient dans plusieurs établissements pénitentiaires, on indiquera les villes d'implantation, mais on ne distinguera pas l'activité par établissement.</p> <p>Seules les rubriques 3, 15 et 16 diffèrent ou complètent le rapport d'activité global.</p>	<p>Les patients suivis en milieu carcéral sont l'objet du même recueil d'informations que la population générale accueillie au CSAPA.</p> <p>Vous devez donc renseigner les différentes rubriques selon les mêmes consignes, sauf indications particulières pour les patients incarcérés.</p> <p>Les informations spécifiques demandées pour les patients suivis en prison sont intégrées à votre logiciel ; il suffit d'inscrire correctement et complètement les renseignements.</p>

**Particularités de l'annexe « intervention en milieu carcéral »**

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Origine de la demande de consultation</b></p> <p>Concerne les items :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCSA</li> <li>- SMPR</li> <li>- SPIP</li> <li>- Surveillants</li> </ul> <p><b>Nombre de personnes pour lesquelles la consultation du CSAPA est la 1<sup>ère</sup> PEC en addictologie</b></p> <p><b>Traitements de substitution</b></p> <p>Nombre de patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour lesquels le TSO a été initié en prison</li> <li>- Pour lesquels le TSO a été poursuivi en prison</li> </ul>	<p>Des items spécifiques sont prévus pour les patients suivis en milieu carcéral, qui doivent être intégrés à la rubrique &lt;Origine de la demande de consultation&gt; qui est également traitée dans le rapport général.</p> <p>Vous devrez veiller à paramétrer correctement votre logiciel de manière à ce qu'il puisse traiter à la fois les informations pour le rapport d'activité global et celles pour l'annexe « milieu carcéral ».</p> <p>Cette question sera renseignée par la rubrique utilisée pour RECAP : &lt;Prise en charge liée à l'usage de SPA&gt;</p> <p>Ces renseignements doivent être traités automatiquement par votre logiciel, selon les indications saisies concernant les modalités de prise en charge</p>	<p>Appliquez les consignes données précédemment concernant cette rubrique.</p>

**Particularités de l'annexe « intervention en milieu carcéral »**

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Nombre de patients sortant de prison</b></p>	<p>Ce renseignement sera parfois difficile à obtenir, car les informations relatives à la situation pénale et au fonctionnement de l'administration pénitentiaire sont souvent parcellaires. En outre, cela suppose que vous ayez accompagné le patient incarcéré jusqu'à la fin de son séjour en prison, ce qui n'est pas toujours le cas. Au regard des items de la rubrique 16 : &lt;Orientation à la sortie&gt;, il faut comprendre la notion de « sortant de prison » comme <u>sortant de l'établissement pénitentiaire, et non sortant d'incarcération</u>. Les patients transférés dans un autre établissement seront donc comptabilisés ici.</p> <p><b>Recommandations :</b> A défaut de connaître la sortie effective du patient, on indiquera la date de fin de prise en charge en prison. Pour compléter l'information, vous indiquerez en commentaires libres en fin de rapport le nombre de patients dont la prise en charge a cessé avant la sortie de l'établissement, quel que soit le motif de fin de prise en charge.</p>	<p>Indiquez systématiquement dans le logiciel la fin de la prise en charge en milieu carcéral, quel qu'en soit le motif.</p> <p>Lorsque vous disposez de l'information, indiquez la date de sortie de l'établissement pénitentiaire.</p>



**Particularités de l'annexe « intervention en milieu carcéral »**

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Orientation à la sortie</b></p> <p>Nombre de patients orientés vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSAPA intervenant en prison</li> <li>- Autre CSAPA ambulatoire</li> <li>- CSAPA avec hébergement</li> <li>- Etbl. Sanitaire (hôpital, SSR...)</li> <li>- Médecin de ville</li> <li>- Autre</li> <li>- Sans orientation (pas nécessaire)</li> <li>- Ne sait pas / Non renseigné</li> </ul>	<p>Compte tenu de la difficulté à connaître pour tous les patients suivis en milieu carcéral leur sortie effective de l'établissement, on indiquera l'orientation à la fin de la prise en charge en prison, quel que soit le contexte.</p>	<p>Une orientation est l'indication explicite donnée à un patient, sans qu'il y ait forcément un accompagnement ou mise en relation effective, ni que cette orientation ait été suivie d'effet.</p> <p>L'orientation d'un patient intervient à la fin de la prise en charge en milieu carcéral, quel que soit le motif et le contexte de cette fin de suivi.</p> <p>Indiquer &lt;Sans orientation&gt; lorsque la prise en charge se termine d'un commun accord, sans orientation proposée ;</p> <p>Indiquer &lt;NSP / Non renseigné&gt; lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le patient a interrompu le suivi avant qu'une orientation ne soit proposée ;</li> <li>- la sortie de l'établissement pénitentiaire n'a pas pu être anticipée.</li> <li>- d'une manière générale, une orientation aurait été nécessaire, mais n'a pas pu être proposée.</li> </ul>

**Critères d'inclusion dans le rapport : « Structures avec hébergement »**

<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Quels établissements et services doivent renseigner ce rapport d'activité ?</b></p> <p>Tous les CSAPA qui ont une activité d'hébergement doivent renseigner le rapport d'activité des structures avec hébergement, quelle que soit la nature ou la forme de l'hébergement.</p> <p>Six types d'hébergement sont définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)</li> <li>- Communauté thérapeutique expérimentale (CTE)</li> <li>- Appartements Thérapeutiques Relais(ATR)</li> <li>- Réseau famille d'accueil</li> <li>- Hébergement d'urgence et de transition (HUT)</li> <li>- Nuits d'hôtels</li> </ul> <p>Un rapport d'activité devra être produit <u>pour chaque type d'activité d'hébergement</u>. Toutefois, lorsque moins de 10 patients ont été accueillis dans l'année dans un type d'hébergement, les renseignements relatifs à la problématique addictologique, à la prise en charge, à la prévention, aux moyens financiers et aux personnels affectés sont facultatifs ; ils sont pris en compte cependant dans le rapport d'activité global du CSAPA ambulatoire.</p> <p>Lorsque votre activité d'hébergement concerne plus de 10 patients dans l'année, vous devez indiquer le personnel et le budget spécifique consacré à cette activité.</p> <p>Pour les CSAPA ambulatoires qui réalisent conjointement des prises en charge avec hébergement (une seule habilitation), le rapport global comprend l'intégralité des patients pris en charge, ainsi qu'un rapport pour chaque type d'hébergement.</p> <p>Lorsque des patients ont été pris en charge en hébergement selon plusieurs modalités au cours de l'année (ex : nuits d'hôtel, puis ATR), ils doivent être comptabilisés et inclus dans chaque rapport.</p>	<p>Un rapport d'activité « structures avec hébergement » doit être présenté pour chaque type d'hébergement.</p> <p>Si votre CSAPA propose plusieurs types de prises en charge sans ou avec hébergement, vous devrez enregistrer en temps réel pour chaque patient la modalité de prise en charge (dates début et fin).</p>

**Quels établissements et services doivent renseigner ce rapport d'activité ?**

(suite)

Vous devrez veiller à ce que votre logiciel traite correctement ces informations pour extraire automatiquement les rapports d'activité « hébergement ». Pour mettre en évidence les doubles ou triples comptes, vous pouvez réaliser le tableau suivant :

	PEC réalisées	Patients concernés
<i>Ambulatoire</i>		
Hôtel		
ATR		
Famille d'accueil		
...		
Total hébergements :		

où le total des PEC réalisées d'une part, et des patients concernés d'autre part pourra être différent de la somme de chaque colonne. Ce tableau pourra être annexé au rapport.

## ***Les rubriques communes avec le rapport d'activité des CSAPA ambulatoires***

<b><i>Analyse et recommandations</i></b>	<b><i>Consignes</i></b>
<p><b>Les caractéristiques des patients</b>            Les rubriques 9 à 25 sont identiques à celles du rapport d'activité sans hébergement ; on se reportera aux indications données dans cette partie du guide.</p> <p>Pour les patients déjà pris en charge (en ambulatoire ou un autre type d'hébergement), on veillera à mettre à jour les informations au début de chaque nouveau type d'hébergement.</p> <p>Pour les Centres qui ont plusieurs types d'activités (ambulatoire et hébergements), le logiciel doit être en capacité d'isoler les patients selon chaque type de prise en charge pour renseigner correctement les différents rapports d'activité.</p> <p>Chaque intervenant devra veiller évidemment à renseigner précisément le dossier de chaque patient.</p>	<p>Les fiches « patient » doivent être mises à jour régulièrement, et en tous cas à chaque fois que débute une prise en charge avec hébergement.</p>

## Les patients pris en charge avec hébergement

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Nombre de personnes vues par l'équipe</b></p>	<p><b><u>Structures avec un seul type d'hébergement</u></b> On indiquera le nombre total de personnes effectivement rencontrées en rapport avec le type d'hébergement, y compris les personnes de l'entourage du patient.</p> <p><b><u>Demandes écrites et téléphoniques</u></b> Les demandes d'admission traitées, les entretiens téléphoniques de pré-admission peuvent être quantifiés et indiqués en commentaires libres en fin de rapport.</p> <p><b><u>Cas des structures assurant une prise en charge sans et avec hébergement</u></b> Le nombre de personnes rencontrées dans le cadre de chaque type d'hébergement peut être difficile, voire impossible, à déterminer ; c'est le cas en particulier pour les structures qui répondent à des situations d'urgence, où lorsque des types d'hébergement sont mis en place successivement pour une même personne. Dans ce cas, on expliquera pourquoi cet item ne peut pas être renseigné.</p>	<p>Toutes les personnes effectivement rencontrées dans le cadre d'une activité d'hébergement doivent être comptabilisées.</p> <p>Les entretiens téléphoniques et courriers ne doivent pas être inclus dans cette rubrique.</p>

## Les patients pris en charge avec hébergement

<i>Rubriques et items à renseigner</i>	<i>Analyse et recommandations</i>	<i>Consignes</i>
<p><b>Nombre de patients hébergés</b></p>	<p>On considèrera qu'une personne a été hébergée à partir du moment où son admission a été formalisée et où elle est restée au moins une nuit en HUT ou hôtel, ou 24 heures dans les autres formes d'hébergement.</p> <p><b><u>Les séjours d'évaluation ou pré-admission</u></b> Les personnes qui ont séjourné brièvement dans le cadre d'une évaluation ou pré-admission ne sont pas comptabilisées dans le rapport en tant que « patients hébergés », sauf critères spécifiques définis par le CSAPA. Le cas échéant, ces informations peuvent être annexées en fin de rapport.</p> <p>Les personnes de l'entourage du patient éventuellement hébergées ne sont pas comptabilisées comme « patients hébergés ».</p>	<p>On enregistre une prise en charge avec hébergement à partir du moment où l'admission a été formalisée et où la personne est restée au moins une nuit en HUT ou hôtel, ou 24 heures dans les autres formes d'hébergement.</p> <p>Les rencontres et séjours d'évaluation ne sont pas considérés comme « patients hébergés », sauf critères spécifiques définis par le CSAPA.</p> <p>Les personnes de l'entourage du patient éventuellement hébergées ne sont pas comptabilisées comme « patients hébergés ».</p>

## Les activités de prise en charge

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Les consultations et activités auprès des patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations et actes auprès des patients</li> <li>- Consultations et actes auprès des personnes de l'entourage</li> <li>- Activités de groupe thérapeutique</li> </ul>	<p>La définition d'un « acte patient » ou « acte entourage » est la même que pour l'activité de prise en charge ambulatoire.</p> <p>Les entretiens informels qui se tiennent au cours des activités habituelles du Centre ne doivent pas être comptabilisés en tant que consultations, même si l'intérêt thérapeutique est manifeste.</p> <p>Dans cet esprit, il est logique que les CSAPA avec hébergement qui appuient leur projet thérapeutique sur la vie collective présentent dans le rapport d'activité un nombre limité de consultations en face à face.</p> <p>Les accompagnements de patients hébergés pour des démarches extérieures, quelle qu'en soit la nature, l'objet ou la durée sont également identifiées et indiquées dans le rapport d'activité.</p> <p><b><u>Cas particulier des CSAPA qui assurent à la fois des suivis sans et avec hébergement :</u></b></p> <p>Lorsque les consultations de suivi des patients hébergés sont réalisées (totalement ou en partie) par les intervenants du service ambulatoire, on veillera à ce qu'un acte de consultation ne soit pas comptabilisé deux fois. Tous les actes et consultations réalisés auprès d'un patient hébergé apparaîtront uniquement dans le rapport d'activité du type d'hébergement <i>ad hoc</i>. Vérifiez que votre logiciel est paramétré en conséquence.</p>	<p><b><u>Les consultations</u></b></p> <p>Voir définition d'un « acte » dans le chapitre relatif au &lt;Rapport d'activité global&gt;</p> <p>Doivent être comptabilisées comme consultations ou actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les entretiens et consultations personnalisés formels</li> <li>- les accompagnements extérieurs</li> </ul> <p><b><u>Une activité de groupe thérapeutique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- doit avoir été définie comme telle au niveau institutionnel,</li> <li>- est encadrée ou animée par au moins un soignant ou intervenant.</li> </ul> <p>La personne doit être comptée autant de fois que les types d'activités ou groupes auxquels elle participe.</p> <p><b><u>Centres avec plusieurs modalités de prises en charge</u></b></p> <p>Le type d'hébergement ou de prise en charge doit être actualisé en continu par le référent, de manière à affecter correctement les actes réalisés.</p>

## Les informations relatives aux conditions de sortie

<b>Rubriques et items à renseigner</b>	<b>Analyse et recommandations</b>	<b>Consignes</b>
<p><b>Durée de séjour</b></p> <p><b>Répartition de la durée d'hébergement</b></p> <p><b>Résultat des démarches</b>            Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées / ont abouti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre hébergement</li> <li>- Emploi</li> <li>- Formation professionnelle</li> <li>- Maintien &amp; accès aux droits</li> </ul> <p><b>Motifs de sortie du résident</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au terme du contrat thérapeutique</li> <li>- Réorientat<sup>o</sup> vers struct. Méd-soc.</li> <li>- Exclusion</li> <li>- Hospitalisation durable</li> <li>- Rupture initiative du résident</li> <li>- Décès</li> <li>- Autres</li> </ul>	<p>Les informations relatives aux durées de séjour et répartition du nombre de sortants selon la durée d'hébergement sont traitées automatiquement par votre logiciel à partir des dates d'entrée et sortie des patients</p> <p>Cette rubrique vise à évaluer les résultats obtenus sur des critères d'insertion sociale. Il reste que ces critères sont peu pertinents de par leur imprécision et l'absence de toute référence à un contexte (profil des patients reçus, moyens spécifiques, projet d'établissement...).</p> <p>On comprendra chacun des quatre critères proposés au sens le plus large, y compris lorsque les « démarches abouties » se sont révélées précaires ou ont échoué par la suite.</p> <p>Pas de difficulté particulière pour cette rubrique</p>	<p>Veillez à renseigner exactement et en continu les dates relatives à la prise en charge.</p> <p>Ces informations pourront être extraites du « Document individuel de prise en charge ».</p> <p>Veillez à renseigner les motifs de sortie lorsque vous enregistrez la date de fin d'un hébergement.</p>



# Bibliographie et références

## Règlementations

- Article R. 314-50 du code de l'action sociale et des familles
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
- Arrêté du 29 janvier 2012 fixant les rapports d'activité des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- Arrêté du 2 avril 2010 fixant les rapports d'activité type des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie,

## Documents de référence

- Guide « Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée – Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité », Direction générale de l'action sociale, juin 2007,
- Guide de remplissage du noyau commun de questions pour les structures spécialisées en addictologie (RECAP), Observatoire français des drogues et toxicomanies, Mai 2008,
- Supplément technique anitea/F3A « Le système d'information en CSAPA », novembre 2012.

## Sites Internet

- Présentation de RECAP (site de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies) : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>
- Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri : <http://www.feantsa.org/code/fr/hp.asp>

**Rédaction :** Gérard Pradelle, Consultant – Formateur, Action sociale et médico-sociale avec l'appui du groupe de travail système d'information de la Fédération Addiction.

Ce document a été validé par le Conseil d'Administration de la Fédération Addiction.