

Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie

NOR : SANP0630016C

Références :

Article L. 3121-5 du code de la santé publique ;
Articles L. 312-1 à L. 314-13 du code de l'action sociale et des familles ;
Article 50 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
Articles R. 311-1 à R. 311-37 du code de l'action sociale et des familles ;
Articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique (décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique).

Annexes :

Annexe I. - Enveloppes régionales des crédits de l'assurance maladie (document n° 1) ;
Annexe II. - Nomenclature des missions des CAARUD (document n° 2) ;
Annexe III. - Rapport d'activité (document n° 3) ;
Annexe IV. - Formulaire de recueil de données sur les usagers des CAARUD (document n° 4).

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]).

Cette circulaire a pour but de préciser les modalités d'intégration de certaines structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ainsi que les perspectives de financement de ces structures à compter du 1^{er} janvier 2006.

I. - CONTEXTE ET MISSIONS

Reconnaissance législative de la politique de réduction des risques

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (art. L. 3121-5 du code de la santé publique) a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en oeuvre, jusque-là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'Etat dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.

Orientation générale de la réforme

Cette réforme s'inscrit dans la volonté de donner un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le référentiel national des actions de réduction des risques publié par décret du 14 avril 2005.

L'ensemble de ces textes devront vous permettre de structurer le dispositif de réduction des risques qui comprend, d'une part, les structures qui seront désormais regroupées sous le terme de CAARUD et qui seront financées par l'assurance maladie et, d'autre part, les actions de réduction des risques, menées par des associations ne gérant pas un CAARUD, qui pourront faire l'objet d'un financement par l'Etat.

La structuration du dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments...) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Elle s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs, qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc. Une attention particulière devra être portée aux usagers les plus précarisés.

Par ailleurs, si les mesures de réduction des risques ont eu une efficacité remarquable pour réduire l'impact de l'infection par le VIH dans la population des toxicomanes, il apparaît qu'elles n'ont pas encore permis de maîtriser la transmission de l'hépatite C au sein de cette population particulièrement exposée. Une plus grande mobilisation des professionnels de la réduction des risques est donc nécessaire. Elle doit conduire à un renforcement des messages d'information et une incitation au dépistage et, le cas échéant, une orientation vers le dispositif de soins.

Intégration des structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux

L'article L. 3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 précitée crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui relèvent du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au même titre que les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Leurs missions, conditions et modalités de financement sont précisées par les articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique issus du décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

Missions des CAARUD

L'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R. 3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

Le contenu de chacune de ces missions est explicité dans le document n° 3 figurant en annexe.

Structures gestionnaires

Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un CSST (art. R. 3121-33-3 du CSP).

Financement des CAARUD

L'article L. 3121-5 du CSP disposait que le financement des CAARUD relevait de l'Etat. L'article 50 de la LFSS pour 2006 prévoit le transfert de la charge de leur financement à l'assurance maladie.

Afin d'assurer la continuité du financement des structures avant même leur autorisation en tant que CAARUD, la LFSS pour 2006 prévoit en outre des mesures transitoires permettant leur financement dès le 1^{er} janvier.

II. - MESURES TRANSITOIRES

Identification des structures éligibles à un financement par l'assurance maladie dès janvier 2006

La LFSS 2006 prévoit que « Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogues dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'Etat des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie. ».

Avant la procédure d'autorisation, il vous appartient donc d'identifier les structures qui pourront recevoir des douzièmes provisoires à compter de janvier 2006. Vous trouverez ci-joint (document n° 1) le montant des recettes limitatives provenant de l'assurance maladie pour la période transitoire en 2006, évalués à partir de la dotation de l'Etat pour 2004 (chap. 39-01).

Ces montants sont issus des remontées d'informations réalisées en septembre 2005 auprès de vos services. Votre attention est attirée sur le fait que les informations que vous

aviez transmises dans ce cadre ne préjugent pas des douzièmes provisoires accordés. Des ajustements pourront être proposés afin de prendre en compte les évolutions qu'auraient pu connaître les structures. En tout état de cause, le montant total des douzièmes provisoires alloués aux structures habilitées à recevoir ces acomptes ne pourra pas excéder le montant des recettes assurance maladie rappelé dans le document n° 1.

Le document n° 1 comprend également à titre indicatif le montant des dépenses autorisées pour 2006 déterminé à partir de la dotation de l'État à laquelle s'ajoutent les cofinancements obtenus en 2004, et qui servira de base à la tarification dès que les établissements auront été autorisés.

Cofinancements

Votre attention est attirée sur le fait que le transfert de financement vers l'assurance-maladie ne doit pas entraîner mécaniquement le retrait des cofinanceurs. Il faut insister, en particulier, sur le fait que le maintien en 2006 des cofinancements permettra de les prendre en compte dans l'autorisation budgétaire au titre des dépenses autorisées.

Information des services de l'assurance maladie

Il vous appartient de transmettre avant le 20 janvier 2006 à la caisse régionale d'assurance maladie ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale compétents pour verser les acomptes provisoires, la liste des structures concernées ainsi que, pour chacune d'entre elles, les éléments financiers nécessaires. Copie de ces informations devront être transmises à la DGS dans le même temps.

III. - PROCÉDURE D'AUTORISATION

Information des structures éligibles

Dès réception de la présente circulaire, il vous appartient :

- d'identifier les structures susceptibles de devenir CAARUD au vu de leur capacité à remplir les conditions fixées par le décret ainsi que l'ensemble des obligations législatives et réglementaires s'appliquant aux établissements médico-sociaux ;
- de leur faire connaître les règles relatives à la procédure d'autorisation, et à la composition des dossiers de demande d'autorisation telles que prévues aux articles R. 313-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Il importe que les demandes d'autorisation en tant que CAARUD soient déposées dans les meilleurs délais, et que les autorisations soient délivrées avant la fin de l'année 2006 sous peine d'une suspension du financement provisoire par l'assurance maladie. Ces dossiers sont déposés par la personne physique ou morale qui assure la gestion de la structure auprès du préfet de département.

Le dossier justificatif comprend les pièces prévues à l'article R. 313-3 du CASF. Il comprend notamment un projet d'établissement qui pourra utilement faire état des stratégies mises en oeuvre pour favoriser l'accès au dépistage et au traitement pour ce qui concerne le VIH mais aussi le VHC, ainsi que pour l'accès au vaccin contre l'hépatite B compte tenu des

enjeux actuels dans la population concernée.

Par ailleurs, les outils de réduction des risques doivent être choisis sur des preuves scientifiques d'efficacité, lesquelles doivent être la référence principale pour sélectionner et maintenir les meilleures actions à mener. A cet égard, il est rappelé qu'en l'état actuel des connaissances, l'analyse comparative coût-bénéfices-risques du « kit sniff » (ou « straw bag ») ne permet pas de démontrer l'efficacité de cet outil à l'égard notamment du VHC.

Les modèles de documents prévus pour la présentation de certains éléments du dossier financier sont prévus par l'arrêté du 3 décembre 2003 fixant le modèle de documents prévus au 4^o du I de l'article 3 du décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création et de transformation ou d'extension des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Ouverture d'une période de dépôt de dossier

Au cours du 1^{er} trimestre 2006, vous ouvrirez, par arrêté du préfet de région une période de dépôt de dossier conformément à l'article R. 313-6 du CASF, en tenant compte des délais nécessaires aux éventuelles adaptations du dispositif.

Examen des demandes

Les choix effectués doivent permettre une optimisation de l'offre au regard des besoins sur un territoire donné. Il vous appartiendra à ce titre de vérifier la viabilité des projets qui vous sont soumis, et de proposer les rapprochements afin de mutualiser les moyens. Les structures atteignant un seuil critique de fonctionnement pourront être privilégiées, le cas échéant, dans le cadre de regroupements.

S'agissant d'un dispositif en construction, il pourra être justifié de retenir les demandes des structures qui, même si elles ne remplissent pas l'ensemble des conditions au moment de la demande d'autorisation, s'engagent à se mettre en conformité dans un délai raisonnable. Ce délai ne pourra en tout état de cause, être supérieur à trois années, ce qui correspond à la durée de leur première autorisation. Il vous appartient, si vous le jugez utile, de formuler des recommandations en ce sens.

Des conventions entre un CAARUD et un autre organisme peuvent être conclues dès lors qu'elles n'ont pas pour objet la réalisation d'une mission fondamentale du CAARUD. Cela pourrait en effet conduire à un émiettement du dispositif. Par ailleurs, conformément à l'article R. 314-60 du CASF, l'établissement doit être en mesure de tenir à disposition des autorités de tarification (DDASS) toute information sur la nature de l'activité et l'emploi des moyens affectés.

Contraintes budgétaires

Il est rappelé que, pour chaque région, le montant des recettes assurance maladie doit être compatible avec les montants figurant dans la colonne « recettes assurance maladie » du document n° 1.

Procédures d'autorisation et de consultation de la section sociale du CROSMS

Les dossiers seront présentés devant la section sociale du CROSMS selon la procédure habituelle en vigueur pour les structures médico-sociales. Les décisions expresses d'autorisation ou de rejet doivent être notifiées aux demandeurs des autorisations et publiées au recueil des actes administratifs (art. R. 313-18 du CASF) dans les meilleurs délais.

Nous attirons votre attention sur le fait que la LFSS pour 2006 prévoit qu'à titre transitoire la première autorisation délivrée aux CAARUD est valable pour trois ans.

Visite de conformité

Il convient que chaque structure détentrice d'une autorisation saisisse la DDASS de son ressort pour que soit procédé à la visite de conformité. La liste des pièces du dossier à fournir est fixée à l'article D. 313-12 du CASF. La visite est, ensuite, effectuée avec le concours d'un représentant de la caisse régionale d'assurance maladie et de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie s'agissant d'établissements financés par l'assurance maladie.

Transmission aux caisses des décisions d'autorisation budgétaire

Dès que les dotations des structures auront été arrêtées et une fois les autorisations délivrées, la DDASS doit transmettre à la caisse régionale d'assurance maladie ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale compétents pour verser le tarif :

- les décisions d'autorisation budgétaire ;
- la liste des structures autorisées ;
- les éléments financiers nécessaires pour chaque structure.

La nouvelle tarification des CAARUD sous forme d'une dotation globale de fonctionnement versée par l'assurance maladie par douzièmes et dans les conditions prévues aux articles R. 314-106 et suivants du CASF, pourra alors entrer en vigueur.

IV. - SUIVI ET ÉVOLUTION DU DISPOSITIF

Rapport d'activité

Le modèle du rapport d'activité ci-joint (document n° 3), dont la publication relève d'un arrêté en cours de signature, est destiné à être joint au compte administratif à la clôture de chaque exercice (art. R. 314-49 et R. 314-50 du CASF). Ce document est transmis par chaque établissement à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année qui suit l'exercice.

Pour l'année 2006, ce rapport couvrira la période comprise entre la date d'autorisation, délivrée à la structure, et le 31 décembre de cette même année. La date d'autorisation devra donc figurer sur le rapport d'activité. Il vous est demandé de bien vouloir retourner ce document dûment rempli, à la DGS/bureau 6B avant le 15 mai 2007. L'ensemble des documents sera, ensuite, transmis à l'Observatoire français des drogues et toxicomanies

(OFDT), chargé de son exploitation. La synthèse annuelle, rédigée conjointement par l'OFDT et la DGS, sera disponible en 2008 sur le site Internet de l'OFDT (www.ofdt.fr).

Recueil de données relatives aux usagers des CAARUD (document n° 4)

Les éléments recueillis dans ce formulaire dont un exemplaire type se trouve en annexe, portent sur les personnes accueillies dans les CAARUD. Ces données permettront de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues pris en charge. Recueillies sur une semaine donnée, ces informations doivent contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté.

Le questionnaire doit être rempli tous les deux ans. Pour tenir compte de la première période d'autorisation, qui est de trois ans, l'imprimé sera rempli au cours d'une semaine de novembre 2006, puis de novembre 2008. Il doit être retourné à l'OFDT à l'adresse suivante : OFDT, enquête CAARUD, 3, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis - La Plaine Cedex.

Evolution du dispositif

Afin d'assurer le suivi du dispositif et son évolution, il vous est demandé d'adresser à la DGS :

- pour le 15 mars 2006, une estimation des besoins financiers nécessaires à l'adaptation des structures pour les trois années à venir ainsi que l'estimation précise des besoins 2007 notamment au regard des cofinancements ;
- fin 2006, la liste des structures autorisées.

Nos services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Vous pouvez, en particulier, contacter, à la DGS, le bureau des pratiques addictives :

Christelle Lemieux, tél. : 01-40-56-40-47 ; courriel : christelle.lemieux@sante.gouv.fr ;
télécopie : 01-40-56-40-44.

Pascale Redon, tél. : 01-40-56-64-78 ; courriel : pascale.redon@sante.gouv.fr ; télécopie : 01-40-56-40-44.

*Le sous-directeur
de la sous-direction santé et société,
B. Basset*

*Le sous-directeur
du financement du système de soins,
J.-P. Vinquant*

*Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. Trégoat*

DOCUMENT N° 1
**Montant des dotations régionales
destinées au fonctionnement des CAARUD pour 2006**

RÉGION	RECETTES assurance-maladie	DÉPENSES autorisées médico-sociales
Alsace	584 403,72	829 781,45
Aquitaine	684 135,32	764 519,81
Auvergne	194 359,44	288 725,02
Basse-Normandie	13 514,39	31 353,38
Bourgogne	57 210,91	69 141,42
Bretagne	172 227,56	290 217,18
Centre	108 709,75	370 883,49
Champagne-Ardenne	122 989,95	157 676,88
Corse	0,00	0,00
Franche-Comté	47 304,87	68 277,05
Haute-Normandie	323 424,56	408 873,34
Ile-de-France	5 385 803,05	6 989 160,10
Languedoc-Roussillon	1 170 145,19	1 659 638,17
Limousin	0,00	0,00
Lorraine	295 521,85	461 038,88
Midi-Pyrénées	637 645,82	775 746,66
Nord - Pas-de-Calais	762 396,25	1 483 864,85
PACA	2 509 918,50	3 442 726,73
Pays de la Loire	206 824,21	277 076,51
Picardie	386 472,79	531 307,40
Poitou-Charentes	106 313,20	225 894,82
Rhône-Alpes	889 366,64	1 360 704,39
971 Guadeloupe	0,00	0,00
972 Martinique	39 552,11	53 066,50
973 Guyane	160 374,36	305 254,92
974 Réunion	41 385,56	109 369,25
Total	14 900 000,00	20 954 298,22

DOCUMENT N° 2

Nomenclature des activités RDR en CAARUD (selon les missions du décret)

MISSIONS	ACTIVITÉS	LIEU OU NIVEAU de prestations	PRINCIPES fondateurs RDR
Accueil	Recevoir dans des lieux fixes à des horaires connus et réguliers et / ou Recevoir dans des lieux mobiles	De jour et/ou de nuit Antennes mobiles, bus, Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	Accueil sans préalable des usagers dans l'état où ils se présentent et responsabilisation de l'utilisateur en tant qu'acteur du maintien de sa santé (Etablir et entretenir un lien avec l'utilisateur)
Soins	Proposer des soins de santé de premier niveau, y compris l'éducation sanitaire et le conseil	Sur place	Les besoins fondamentaux en matière de santé doivent être correctement couverts (hygiène, soins)
	Accompagner ou orienter l'utilisateur vers le système de soins spécialisés ou non	Vers : CSST, Hôpital et CDAG, Gynéco.Obst./PMI, Soins dentaires, Médecine de ville, Psychologue/Psychiatre, Réseau de pharmaciens	Prévention des maladies infectieuses
Droits sociaux	Informar sur les droits sociaux Accompagner et organiser le relais avec les collectivités territoriales (soutien aux démarches administratives)	Sur place, les travailleurs sociaux informent les usagers sur leurs droits (et responsabilités) Ils orientent ou accompagnent dans les démarches vis-à-vis des administrations en charges de la protection sociale (assurance maladie, mairie, département)	Accès aux services sociaux doit être assuré pour toute personne : couverture sanitaire et sociale, logement, travail...
Contact	Pouvoir repérer et rencontrer les usagers dans les lieux où ils se trouvent (soins, éducation sanitaire, conseil)	Equipes de rue Equipes mobiles Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	Faciliter la rencontre et favoriser une prise en charge adaptée aux besoins de chaque usager
Matériel de	Permettre l'accès	Programmes d'échange de	Prévention des risques

prévention	aux outils et aux trousse de prévention. Développer et diffuser des messages de prévention Gestion des déchets à risques infectieux	seringues, distributeurs automatiques, pharmacies, lieux de rencontre	infectieux Adaptation des outils aux nouveaux usages
Médiation	Servir de relais avec les autorités locales et les riverains Participer/animer les rencontres avec les professionnels médico-sanitaires	Communes, quartiers, voisinage Services sanitaires et sociaux Services de police et administration judiciaire Réseaux de soins (médecins, pharmaciens)	Acceptation et insertion des usagers dans la vie locale
Mission ne conditionnant pas l'autorisation en CAARUD			
Alerte	Informersur les nouveaux usages les autorités Transmettre les messages d'alerte auprès de l'utilisateur Sensibilisation et éducation à la santé de groupes d'utilisateurs Connaissance des usages et produits (TREND)	Lieux de contact et d'accueil de l'utilisateur Réunions d'utilisateurs (femmes, sortants de prison, malades du sida ou hépatites...)	Adaptation du dispositif aux nouveaux usages et nouveaux produits et action de sensibilisation auprès de groupes cibles Alerte sur les phénomènes émergents