

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ  
Bureau SP 2

**Circulaire DGS/SP 2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité**

SP 4 43  
738

NOR MESP9930076C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions ;  
Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé et notamment l'article R. 767-6 ;  
Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique ;  
Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies ;  
Circulaire DGS n° 97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé ;  
Circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98-568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;  
Relevé de décisions de la politique de la ville, C.I.V. du 30 juin 1998.

Date d'application : immédiate.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) L'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 vise à améliorer l'accès des populations en situation précaire au dispositif de prévention et de soins. La loi confie au préfet de région la responsabilité d'élaborer un programme régional d'accès à la prévention et aux soins destiné à coordonner les mesures nécessaires pour faire face aux besoins spécifiques des populations qui en sont trop souvent exclues.

Si le programme doit être défini au niveau régional, son élaboration doit s'appuyer sur les compétences déjà acquises par les échelons départementaux, qui demeurent essentiels, puisqu'il convient d'une part de procéder à l'analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins dans chaque département, et d'autre part de mettre en oeuvre les actions retenues pour les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) avec les acteurs locaux. C'est pourquoi, conformément aux alinéas 2 et 3 de l'article 71 du projet de loi, les PRAPS sont élaborés et mis en oeuvre en liaison étroite avec les échelons départementaux. Le programme régional se décline ensuite en volets départementaux mis en oeuvre par les DDASS.

L'enjeu du programme régional et des volets départementaux est l'amélioration des réponses du système de santé (urgence, consultation, prévention, hospitalisation, suivi à domicile) aux besoins des populations en situation précaire. La loi vise à faire reculer les inégalités sociales en matière de santé et ainsi à améliorer le niveau de santé général des populations sur le territoire national.

Pour ce faire des moyens financiers incitatifs spécifiques sont mis à votre disposition dès 1998 et en 1999, conformément à la circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98-568 du 8 septembre 1998 relative

à la mise en oeuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Cet effort sera poursuivi en 2000.

La présente circulaire vise à :

- définir les procédures à mettre en place pour assurer une programmation régionale et départementale ;
- apporter des conseils méthodologiques concernant l'analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins, et la mise en place d'actions de santé adaptées ;
- préciser le contenu d'un programme régional et d'un plan départemental ;
- rappeler les différents moyens juridiques et financiers qui sont à votre disposition pour répondre aux besoins de santé des populations en situation précaire.

#### 1. Les procédures à mettre en place en termes de programmation régionale et départementale

Afin de répondre aux problèmes d'accès aux soins encore nombreux, il vous est aujourd'hui demandé de réunir rapidement les principales institutions et les représentants des professionnels concernés par ces questions au sein des trois instances suivantes :

- le comité régional ;
- le groupe technique régional ;
- des groupes de travail départementaux.

a) Le comité régional : défini dans le décret du 29 décembre 1998, il assure le rôle de comité de pilotage du programme régional d'accès à la prévention et aux soins et, pour ce faire, valide les grandes orientations du programme régional d'accès à la prévention et aux soins et les objectifs proposés par le groupe technique régional (article 1 du décret).

Par ailleurs (article 2 du décret), il exerce une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation pour la mise en oeuvre des programmes pluriannuels établis au vu des propositions de la conférence régionale de santé. Il reprend en cela les missions du comité permanent des conférences régionales de santé, créé en application du décret du 17 avril 1997 (article R. 767-6) et de la circulaire du 20 novembre 1997 (section 1, 6<sup>°</sup> et section 2, 1<sup>°</sup>).

Le préfet de région préside le comité régional. En cas d'absence, il se fait représenter par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, le secrétaire général de la préfecture de région ou par un préfet de département. La direction régionale des affaires sanitaires et sociales assure le secrétariat du comité.

Parmi les associations ou organismes que vous pouvez inviter aux réunions de ce comité régional, nous signalons particulièrement le comité régional d'éducation sanitaire et l'observatoire régional de la santé, mais aussi les associations qui oeuvrent au quotidien pour les personnes démunies et dont l'expérience est précieuse pour renforcer l'efficacité des programmes et prendre en compte les réalités locales.

b) Le groupe technique régional du programme régional d'accès à la prévention et aux soins : chargé de l'interface entre le comité régional des politiques de santé et les groupes de travail départementaux, il prépare les décisions du comité régional des politiques de santé relatives au programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Il a vocation à rassembler les points de vue de l'ensemble des institutions, disciplines, professionnels, et des départements.

Il revient au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de choisir le coordonnateur de ce groupe et d'en assurer le secrétariat. Le coordonnateur peut être un cadre de la DRASS, d'une DDASS ou une personnalité n'appartenant pas aux services de l'Etat. Dans ce dernier cas, il est indispensable qu'il ait un correspondant clairement désigné à la DRASS. En tant que chef de projet, le coordonnateur anime les travaux du groupe technique régional. Il doit bénéficier d'un mandat

clair et disposer du temps indispensable pour mener à bien ses missions.

Le groupe technique régional élabore d'abord la synthèse régionale des besoins à partir des analyses de l'existant réalisées dans les départements et des informations qu'il recueille au niveau régional. Il propose ensuite au comité régional des politiques de santé des objectifs et une programmation d'actions à mettre en oeuvre. Il synthétise enfin les résultats et les évaluations des actions mises en oeuvre dans les départements et au niveau régional.

Il joue un rôle de conseil technique et de soutien, dans la mesure de ses moyens, à tous ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre du PRAPS.

c) Les groupes de travail départementaux : la loi du 29 juillet 1998 a précisé que le département constitue l'échelon d'analyse de l'existant et de mise en oeuvre des actions de santé. Ces actions départementales doivent être conformes aux objectifs régionaux, ou aux objectifs départementaux qui n'auraient pas été définis par le comité régional mais qui correspondent à des besoins locaux. Elles intègrent aussi les programmes d'action qui sont menés notamment dans le cadre du dispositif RMI (actions d'insertion et cellules d'appui) et dans les dispositifs d'urgence sociale (errance des jeunes, lits d'hébergement pour soins, accueil d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale).

Au niveau départemental, il est demandé au préfet de réunir des groupes de travail comprenant notamment des représentants du conseil général, des organismes locaux d'assurance-maladie, des établissements assurant le service public hospitalier, des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que des associations et des organismes concernés. Cette concertation peut être démultipliée à un niveau infradépartemental. C'est à ce niveau en effet que l'implication des acteurs de la politique de la ville (dans le cadre de l'élaboration des volets santé des contrats de ville du XIIe plan) ou des représentants des réseaux de santé de proximité est la plus aisée.

Chaque groupe est coordonné par un membre du groupe technique régional afin d'assurer une bonne liaison entre l'échelon départemental et l'échelon régional.

Le niveau départemental permet l'élaboration d'un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins intégrant l'analyse départementale de l'existant, les objectifs régionaux, des objectifs départementaux spécifiques. Le préfet de département coordonne la mise en oeuvre de ce plan. Les documents produits sont adressés au groupe technique régional pour permettre la définition et l'évolution du programme régional. Les objectifs départementaux spécifiques et leur déclinaison en termes d'actions sont adressés pour information au comité régional des politiques de santé.

La rédaction des programmes régionaux et des plans départementaux doit se faire avant la fin de 1999. L'élaboration du programme régional comporte 3 phases principales :

- analyse de l'existant (jusqu'en juin 1999) ;
- définition des objectifs et choix des priorités (été 1999) ;
- choix des actions à mener dans les différents départements de la région ainsi qu'au niveau régional (automne 1999).

L'annexe I précise à titre indicatif les différentes étapes de la préparation des PRAPS au niveau régional et départemental.

La DRASS adressera 4 exemplaires du programme régional à la DGS (bureau SP 2) avant la fin de l'année 1999.

## 2. Des conseils méthodologiques pour la mise en place d'une programmation

La concertation engagée dans la région et les départements doit permettre de procéder à une analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des populations : notamment mise en oeuvre de l'aide médicale et protection sociale des personnes démunies, accès aux dispositifs de prévention et de soins. Cette analyse identifiera les initiatives prises localement dans ce domaine, ainsi que les carences du dispositif actuel de santé.

Sur la base des analyses départementales et des synthèses régionales qui en seront faites, il sera nécessaire de définir des objectifs régionaux communs et de mettre en place des réponses susceptibles de remédier aux difficultés de santé constatées.

Pour cette démarche, le guide « pratiques en santé précarité, la santé publique à l'épreuve du terrain », diffusé cette année dans les services déconcentrés, constitue un outil méthodologique. En outre, la direction générale de la santé (bureau SP 1) prépare actuellement un guide pratique d'élaboration des programmes régionaux de santé pour les acteurs de terrain dans lequel sera abordé le cas particulier des PRAPS avec leur volet départemental.

### 2.1. L'analyse de l'existant

L'analyse de l'existant suppose de la part des services déconcentrés une fonction d'animation (ou de co-animation avec d'autres institutions) des partenaires, d'interpellation institutionnelle, d'expertise technique. L'analyse de l'existant permet la définition d'objectifs de santé et donc fournit le cadre à l'impulsion d'actions en indiquant les axes prioritaires. Cette démarche peut aussi faciliter la recherche de cofinancements et renforcer la collaboration interinstitutionnelle. Un tableau présentant les grandes sources d'information et les données utiles pour la mise en place de cette analyse est proposé dans le guide « pratiques en santé précarité - la santé publique à l'épreuve du terrain », chapitre C-II, le diagnostic départemental en santé-précarité et le choix des priorités. Ce tableau récapitule des données, ainsi que leurs sources, sur :

- la précarité sociale et l'accès aux aides ;
- la couverture sociale, l'accès aux droits et aux soins ;
- l'état de santé des populations ;

L'analyse préalable de la situation permet :

- de définir les publics concernés, qui ne se limitent pas aux populations en situation d'exclusion ou aux bénéficiaires de minima sociaux mais qui concernent aussi les populations en milieu rural, les jeunes en difficulté d'insertion, les chômeurs ou les travailleurs en situation précaire par exemple ;
- de comprendre la situation et les caractéristiques des divers groupes de la population en situation de précarité ou d'exclusion ;
- d'identifier les structures et services concernés, la dynamique qui lie ces services, les initiatives prises antérieurement, les réseaux existant ou en voie de création ;
- d'impliquer tous les professionnels susceptibles d'être concernés, dès cette phase de diagnostic et de renforcer leurs collaborations.

Les analyses de situation, ainsi que les résultats des plans départementaux d'accès aux soins des personnes démunies, élaborés dans le cadre de la circulaire du 21 mars 1995 sont utilisables à condition d'être réactualisées.

### 2.2. L'élaboration d'une stratégie d'intervention (définition d'objectifs, programmation)

A l'issue de l'analyse de situation, l'élaboration d'une stratégie d'intervention nécessite de :

- rédiger les objectifs précis du programme, en privilégiant des objectifs évaluables ;
- décliner ces objectifs en actions opérationnelles ;
- définir le contenu des actions, c'est-à-dire les organiser et coordonner les éléments qui participent à leur réalisation en fonction des objectifs fixés ;
- pour chaque action, définir le promoteur, le public concerné, les partenaires et leur rôle, les moyens nécessaires, le lieu de l'action, sa durée, les critères de suivi et d'évaluation ;
- prévoir la méthode d'évaluation.

### 2.3. L'évaluation

L'évaluation du programme a les mêmes finalités que l'évaluation de chaque action qui le compose.

Il s'agit d'évaluer les résultats ou bien d'évaluer les processus mis en oeuvre. Conçue en même temps que le programme lui-même, elle a pour rôle de vérifier les résultats en référence aux objectifs fixés et doit s'appuyer sur des indicateurs. La mesure des résultats varie selon les objectifs de départ : amélioration des capacités d'expression dans un groupe, acquisition de connaissances, diminution du nombre de personnes sans couverture sociale, changements de comportement... Elle s'attache également à identifier d'autres effets produits par le programme ou l'action.

Elle constitue aussi un outil d'analyse pour comprendre ce qui a contribué à faire réussir ou échouer l'action. L'appréciation du processus porte sur les calendriers, les intervenants, le partenariat, la coordination, les moyens matériels, la pédagogie utilisée, le taux et la qualité de la participation. Cela suppose que tous ces éléments aient été bien définis avant le début du programme ou de l'action et que des indicateurs de processus aient été mis en place.

Il peut s'agir d'une évaluation faite par les professionnels concernés par l'action ou par un organisme indépendant des réalisateurs.

#### 2.4. Recherche de promoteurs et appel à projets

La mise en oeuvre d'actions nécessite aussi une démarche de coordination qui est proposée dans le guide précité, chapitre C-III, l'impulsion et le suivi du programme d'actions.

#### 2.5. Les réseaux de santé de proximité comme moyen d'intervention

Un certain nombre de réseaux de santé prennent en charge aujourd'hui les populations en situation précaire : il peut s'agir de réseaux au départ consacrés à la prise en charge de personnes atteintes d'infection à VIH, de réseaux orientés vers des pratiques addictives (alcool ou toxicomanies), ou de réseaux centrés sur les pathologies psychiatriques ; mais il peut s'agir aussi de réseaux d'emblée orientés sur l'accès aux soins et à la prévention de personnes en situation précaire, constitués à partir d'organismes à vocation sociale ou d'insertion, d'établissements de santé, de centres de santé ou de professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Les échanges entre professionnels de champs différents au sein des réseaux permettent de mettre en exergue certains problèmes complexes rencontrés par les populations, ainsi que les réponses qui peuvent être élaborées par les professionnels. Les réseaux peuvent ainsi être un précieux soutien à la fois dans l'élaboration de formations destinées aux professionnels concernés, ou encore dans la mise en place d'actions de prévention, de soins ou d'accompagnement vers la santé.

La circulaire DGS/DH/DAS/DSS/DIRMI en préparation, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux concernera l'ensemble des réseaux.

### 3. Contenu du programme régional et du plan départemental

Ils comportent obligatoirement :

#### 3.1. Une analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins

Cette analyse donne lieu à un rapport approuvé par le comité régional.

3.2. Les objectifs d'action triennaux, visés à l'alinéa 3 de l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998, comportent des actions dans le champ de la prévention primaire, de l'accès aux soins et de la prise en charge, de l'accompagnement vers la santé et plus particulièrement :

- des actions de promotion et d'éducation pour la santé dans les lieux de vie (établissements d'enseignement, missions locales, quartiers...) ;
- des mesures visant à assurer la coordination des établissements de santé, des secteurs psychiatriques, des centres de cure ambulatoire en alcoologie, des structures spécialisées de prévention, de réduction des risques et de soins aux toxicomanes conventionnées avec l'Etat,

- des services de promotion de la santé en faveur des élèves et des étudiants ;
- des mesures visant aussi à améliorer la coordination avec les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les centres de santé, le service départemental de protection maternelle et infantile, les professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral et les associations intervenant dans le domaine sanitaire et social dans le département. Toutes ces mesures doivent tendre à mettre en place ou consolider des réseaux de santé de proximité ;
  - le renforcement ou la mise en place, lorsqu'ils n'existent pas, de dispositifs d'aide à l'accès aux soins et aux démarches administratives, et des conventions permettant d'accroître le nombre de structures et de praticiens pratiquant le tiers payant ;
  - des mesures ciblées sur les quartiers identifiés comme prioritaires dans le cadre de contrats de ville, sur des groupes prioritaires notamment les jeunes en difficulté, les allocataires du revenu minimum d'insertion et les personnes sans abri. D'autres publics peuvent être concernés en fonction de l'analyse des besoins (mineurs relevant d'une décision judiciaire au titre de l'ordonnance de 1945 ou de l'article 375 du code civil, gens du voyage, femmes enceintes en situation précaire insuffisamment suivies, détenus et sortants de prisons, prostitué[e]s...) ;
  - un répertoire des professionnels et structures susceptibles d'accueillir les personnes démunies nécessitant des soins, et notamment :
  - les établissements de santé qui ont mis en oeuvre des dispositifs d'aide à l'accès aux soins et aux démarches administratives (permanences d'accès aux soins de santé) ;
  - des centres de santé pratiquant le tiers payant ;
  - des associations intervenant dans le domaine sanitaire et social ;
  - des structures d'hébergement d'urgence comportant des lits médicalisés.

Ce répertoire destiné à l'information des professionnels du département doit être mis à jour annuellement.

### 3.3. Des indicateurs d'évaluation annuelle ou pluriannuelle du programme et des actions

Les DRASS devront s'attacher à déterminer des indicateurs permettant d'évaluer les actions menées (en termes de moyens mais aussi d'impact sur les connaissances, les comportements et si possible l'état de santé) et d'une manière plus générale, l'évolution des problèmes d'accès à la prévention et aux soins dans la région.

3.4. Un plan départemental de dépistage et de lutte contre le saturnisme est réalisé en fonction des résultats de l'analyse de l'existant :

Des actions spécifiques de lutte contre le saturnisme pourront être financées dans le cadre de la mise en oeuvre des plans régionaux et départementaux d'accès à la prévention et aux soins.

Il est indispensable que ces actions soient systématiquement engagées sur toutes les zones d'habitat susceptibles de présenter un risque d'intoxication par le plomb (Cf. circulaire logement) ainsi qu'àuprès des familles ayant des jeunes enfants et habitant dans les immeubles identifiés à risque à partir de la connaissance des acteurs locaux sur les situations à risque.

A cet effet, le préfet de département constitue un comité de pilotage spécifique associant les acteurs les plus concernés (services de l'Etat, collectivités locales, organismes de Sécurité sociale, organismes et associations concernées, professionnels de santé...). Il désignera, parmi les services de l'Etat compétents, un chef de projet chargé d'animer cette action, qui pourra comporter :

- une information des services prenant en charge la petite enfance, des médecins libéraux, des habitants et des propriétaires des zones d'habitat à risque. Cette information permettra aux médecins de juger de l'opportunité de faire réaliser une mesure de la plombémie chez les enfants vivant dans les logements à risque ;
- des actions de dépistage organisées notamment avec les services de PMI et de santé scolaire ;
- la mise en oeuvre de procédures d'urgence prévues à l'article 123 de la loi contre les

exclusions et d'opérations de résorption de l'habitat insalubre.

#### 4. Les orientations thématiques des programmes

L'article 67 alinéa 2 de la loi du 29 juillet 1998 permet une articulation entre les PRAPS et les différents programmes régionaux de santé existants sur d'autres thèmes : par exemple certaines populations tels les jeunes, ou des problèmes de santé tels l'alcool, le suicide et les dépressions ou encore les pathologies liées à l'habitat dégradé qui peuvent recouper pour partie le thème santé-précarité. La liaison entre ces différents programmes doit être assurée : ainsi pour la thématique globale de l'alcool, la partie « alcool et précarité » peut être traitée soit dans le programme régional de santé portant sur l'alcool, soit dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, pourvu qu'une articulation entre les deux programmes régionaux soit prévue.

En ce qui concerne plus particulièrement le contenu de chacun de ces thèmes, un renvoi est proposé en annexe II sous la forme d'une bibliographie qui reprend les textes législatifs et réglementaires, les guides et les principales publications susceptibles de vous aider.

#### 5. Pour une réflexion collective sur les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

Afin de faciliter l'échange d'informations et la réflexion, la direction générale de la santé organisera plusieurs journées de travail au niveau national sur le thème « santé-précarité ». Des réunions destinées aux coordonnateurs régionaux sont prévues le 8 février et le 24 mars 1999. Un réunion à l'attention des personnes qui travaillent à l'élaboration des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins dans les DDASS et les DRASS sera organisée le 23 mars 1999.

Au niveau régional, les DRASS sont invitées à organiser des réunions d'échange et de débat avec l'ensemble des acteurs concernés par l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité (collectivités locales, associations, mutuelles, hôpitaux,...) au début de l'élaboration du programme régional (dans la phase de l'analyse de l'existant), puis vers la fin (lors de la programmation des actions).

\*  
\* \*

Vous voudrez bien informer la direction générale de la santé (bureau SP 2) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire et lui communiquer au plus tôt le nom du coordonnateur régional que vous aurez désigné.

La ministre de l'emploi  
et de la solidarité,  
Martine Aubry

Le secrétaire d'Etat à la santé  
et à l'action sociale,  
Bernard Kouchner

## ANNEXE I

### PHASAGE INDICATIF DE LA PRÉPARATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS AU NIVEAU RÉGIONAL ET DÉPARTEMENTAL

Département	Région
	Réunion régionale préparatoire
Analyse de l'existant par des groupes de travail départementaux	Groupes de travail interdépartementaux
	Synthèse régionale de l'analyse de l'existant
	Définition des priorités régionales
Déclinaison des priorités au niveau départemental	Programmation des actions régionales
Programmation des actions départementales	

## ANNEXE II BIBLIOGRAPHIE

- Blondel (B.), Marshall (B.), Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse, résultats d'une étude dans 20 départements, journal de gyn-obsté-bio-reprod, 1996, 25. 515-522
- Carpentier (C.), Costes (J.-M.), Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances, Paris, Observatoire français des drogues et toxicomanies, 1996.
- CFES, Promotion de la santé et milieu pénitentiaire, La santé en action, éditions CFES, 1997 (bibliographie sur le thème de la santé en prison incluse dans ce guide).
- DIV/CERPE (Vidal-Naquet (P.), Tiévant (S.), Les lieux d'écoute de la souffrance sans nom, étude exploratoire, avril 1996.
- DIV/DIRMI (Lazarus (A.) et ses collaborateurs, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », février 1995.
- Gres Médiation Santé, Les espaces-santé : un outil pour l'accès à la santé des publics en difficulté, rapport final, octobre 1995.
- Haut Comité de la Santé Publique, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, février 1998.
- Haut Comité de la Santé Publique, Réponse aux personnes en difficulté avec l'alcool, Actualité et dossier en santé publique, septembre 1993.
- INSERM Choquet (M.), Iksil (B.). Délégation à la formation professionnelle, direction générale de la santé, Jeunes en insertion, enquête CFI-PAQUE (dispositif seize, vingt-cinq ans), 1994.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Gres Médiation Santé, Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain, repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat, direction générale de la santé, décembre 1997.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité (direction générale de la santé, délégation interministérielle à l'insertion des jeunes), bulletin « Santé-insertion des jeunes », septembre 1997.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité (DAS), conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée, Les phénomènes d'errance chez les jeunes de quinze à vingt-cinq ans, 1997.
- Ministère du travail et des affaires sociales, direction générale de la santé, Les analyses de situation et les plans départementaux d'accès aux soins en direction des personnes en situation précaire, janvier 1997.
- Ministère du travail et des affaires sociales, Gres Médiation Santé, Mener un programme en santé des jeunes, guide de conduite à l'échelle départementale ou locale, 1996.
- Parquet (Pr P.), Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, - Editions CFES, 1997.
- Professeur Reynaud et professeur Parquet, direction générale de la santé, direction des hôpitaux, Rapport sur l'évaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool
- Réseau national de santé publique, ministère de l'emploi et de la solidarité, Surveillance du saturnisme infantile en France, bilan des activités de dépistage, résultat des données disponibles en 1997.
- Roques (Pr), Rapport au secrétaire d'Etat à la santé sur les problèmes posés par la dangerosité des « drogues », mai 1998.
- Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion, juin 1996.
- Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (modifiée) relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique.
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.
- Circulaire DGS/SP3 n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.

Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

Circulaire DH/EO4/96 n° 57 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison.

Circulaire DGS/SP3 n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

Circulaire n° 97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points « Ecoute » pour les jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 article 20.

Circulaire DGS/DS n° 98/72 du 4 février 1998 relative aux orientations de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998.