

*Premier Ministre*  
*Mission Interministérielle de Lutte*  
*Contre la Drogue et la Toxicomanie*

Paris, le 12 février 1999

*La Présidente*  
NM/CT/99-01/123

**La Présidente de la Mission interministérielle  
de lutte contre la drogue et la toxicomanie**

à

- Mesdames et Messieurs
- les Préfets de région
- les Préfets de département
- les Chefs de projet pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie, pour mise en oeuvre
- Mesdames et Messieurs
- les Premiers présidents des Cours d'Appel
- les Procureurs généraux près lesdites Cours
- les Procureurs de la République près les Tribunaux de grande Instance
- les Directeurs Régionaux des Services Pénitentiaires
- Les Directeurs Départementaux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

**Objet : Note d'orientation pour la mise en oeuvre des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.**

**P.J. :** - Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 instaurant les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.  
- Circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.  
- Note d'orientation de la direction générale de la santé du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.  
- Répartition des crédits de financement du dispositif depuis 1993.  
- Grille de présentation des projets de convention de prestation tripartite  
- Grille-bilan du dispositif départemental

La coordination de l'action des autorités répressives et sanitaires est indispensable pour que l'application de la loi du 31 décembre 1970 soit l'instrument d'une politique efficace de lutte contre la toxicomanie.

.../...

La circulaire du 14 janvier 1993 a ainsi créé les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie dans 15 départements considérés comme prioritaires pour la politique de la ville, dans le but de renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice. En 1995, ces conventions ont été étendues à 15 nouveaux départements.

Cette démarche repose, à titre principal, sur une évaluation concertée des besoins et des ressources réalisée par les différents acteurs locaux concernés par la lutte contre la toxicomanie, sous l'égide des procureurs de la République et des préfets.

Le dispositif s'est avéré pertinent. Il a permis un rapprochement des autorités sanitaires et judiciaires, une plus grande coordination des dispositifs sanitaires et sociaux existants et une meilleure prise en compte des besoins exprimés par l'institution judiciaire, notamment en matière d'accueil d'urgence.

La présente note, élaborée après une concertation interministérielle, précise et réactualise les orientations de la circulaire du 14 janvier 1993 précitée à laquelle il convient de se reporter pour avoir une connaissance complète de la procédure à suivre.

Elle a pour objectif d'ajuster le dispositif en amorçant sa généralisation.

Compte tenu du délai nécessaire à la préparation de ces conventions départementales, la généralisation effective du dispositif est prévue pour l'an 2000.

Néanmoins, le comité de pilotage national examinera les dossiers qui lui parviendront dans les délais dès 1999, notamment pour financer les mesures prévues dans la circulaire relative aux réponses judiciaires à la toxicomanie actuellement en cours de préparation au ministère de la Justice.

Dans un souci de simplification et d'efficacité, elle confie l'animation et le suivi du dispositif aux chefs de projet instaurés par la circulaire du 9 juillet 1996 dans le cadre des comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont le conseil départemental de prévention de la délinquance constitue l'organe de concertation.

Enfin, la présente note préfigure la déconcentration de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie qui constituera une des orientations de travail de la MILDT.

En effet, la conduite d'une politique locale cohérente nécessitera la mise en oeuvre de schémas départementaux, dont les conventions d'objectifs justice-santé, constitueront un volet important.

## **I. - RAPPEL DES FINALITÉS DU DISPOSITIF ET REACTUALISATION DES AXES DE TRAVAIL**

### **1.1. - LES FINALITÉS INITIALES DES CONVENTIONS DÉPARTEMENTALES D'OBJECTIFS DEMEURENT.**

Il s'agit, en effet, de permettre une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la justice, à tous les stades du processus pénal, en développant tant les alternatives aux poursuites que les alternatives à l'incarcération et les aménagements de la peine d'emprisonnement.

Pour atteindre cet objectif final, l'effort de rapprochement et d'articulation entre les autorités relevant de la justice et de la santé doit être poursuivi et intensifié par une meilleure définition des besoins et une clarification des champs et des modalités d'intervention respectifs.

## 1.2. - LES AXES DE TRAVAIL

### 1.2.1. - Pérennité des orientations initiales.

Les axes de travail proposés par la circulaire fondatrice des conventions d'objectifs demeurent d'actualité et sont confirmés :

- hébergement combiné à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adaptées,
- complémentarité des réponses apportées aux usagers d'un département, sans exclure les mineurs du champ d'application des conventions.

### 1.2.2. - Les axes de travail à développer

Il conviendra de développer les partenariats (ou de réorienter les partenariats existants) afin de remplir les objectifs suivants :

- Assurer une permanence garantissant un diagnostic de la situation des usagers et leur orientation rapide, voire immédiate vers les structures éducatives, sociales ou sanitaires adaptées, afin, notamment, de réserver la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers toxicodépendants. Si la situation locale le permet, les crédits spécifiques à l'injonction thérapeutique pourront utilement être redéployés pour soutenir ce nouveau dispositif.
- Systématiser les interventions en détention et la préparation à la sortie de prison et, tout particulièrement, permettre le développement de mesures d'aménagement de la peine garantissant un suivi à la libération.
- Apporter des réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs, notamment dans une optique de prévention des conduites à risque.
- Prendre en compte les actions relatives aux personnes alcoolodépendantes placées sous main de justice.

Ces axes de travail imposent le recours à des compétences permettant de faire le lien entre des réseaux de nature variée (centres de soins spécialisés, associations dédiées aux publics placés sous main de justice, mais aussi, missions locales, structures favorisant l'insertion professionnelle, établissements scolaires, médecins généralistes, secteur de pédopsychiatrie, etc...).

## **II.- LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS.**

La procédure mise en place par les circulaires du 14 janvier 1993 a fait la preuve de son efficacité et il convient de la pérenniser.

Cependant, certaines améliorations peuvent être apportées dans la présentation des dossiers et le suivi des actions.

Il s'agit, en particulier, de financer les surcoûts engendrés par la prise en charge de personnes placées sous main de justice et non de permettre le fonctionnement normal d'une structure dont les missions relèvent d'autres sources de financement pour sa gestion habituelle.

Il convient enfin de rappeler l'importance de la phase d'identification des besoins, de recensement et d'analyse des ressources apportées par le dispositif sanitaire et social. Ce diagnostic devra être étendu aux structures éducatives et de prévention.

### **2.1. - L'ELABORATION DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS TRIENNALES.**

L'élaboration des conventions relève de la responsabilité du préfet et des autorités judiciaires.

Dans les départements déjà impliqués dans le dispositif, le procureur de la République coordonnateur des cellules Justice-ville est signataire de la convention.

Dans les autres départements, un chef de juridiction devra être désigné pour représenter l'ensemble des autorités et services relevant de la Justice.

Le dispositif initial prévoyait des conventions d'objectifs annuelles renouvelables.

Pour assurer la pérennité des actions conduites et garantir néanmoins une actualisation régulière du dispositif, les conventions seront désormais passées pour une durée de 3 ans et mises à jour à l'issue de cette période.

Chaque année, un bilan d'exécution de la convention sera réalisé à partir des rapports d'exécution des conventions annuelles de prestation.

En 1999, les demandes de financement devront être accompagnées d'une convention triennale réactualisée.

Les départements ayant renouvelé leur convention en 1998, l'adresseront au comité de pilotage national accompagnée d'un avenant lui conférant un caractère triennal.

### **2.2. - LES CONVENTIONS ANNUELLES DE PRESTATION**

Elles concrétisent chaque année l'engagement de la structure financée dans le cadre des conventions d'objectifs.

**Elles sont l'instrument de suivi et d'évaluation du dispositif. Jusqu'à présent, elle ne faisaient pas l'objet d'une évaluation systématique.**

**Or, le comité de pilotage a besoin d'une appréhension homogène des actions conduites pour assurer le suivi et l'évaluation du dispositif au plan national.**

**En particulier, il faut pouvoir repérer selon quelle procédure les personnes placées sous main de justice seront orientées vers la structure financée pour vérifier si l'action bénéficie bien au public relevant de la justice.**

**Pour 1999, les demandes de financement devront être accompagnées des projets de conventions de prestation qui préciseront obligatoirement, selon le modèle proposé en annexe :**

- le type de prestation proposé ;
- le mode d'articulation de la structure avec les services de la justice (ex : présence en détention selon telle périodicité, rencontre de toutes les personnes signalées par l'établissement pénitentiaire, etc) ;
- la situation judiciaire des publics visés ;
- le nombre de personnes qui sera pris en charge ;
- la durée moyenne de la prise en charge par personne ;
- un plan de financement comprenant notamment la description du surcoût imposé par la prise en charge d'un public placé sous main de justice (compétence spécialisée, déplacements, encadrement plus lourd, ...).

**Ces conventions sont tripartites (préfet, justice, structure). A la différence de ce qui est prévu dans la circulaire initiale, il est préférable que le signataire de la convention pour la justice soit le magistrat ou le service directement bénéficiaire de la prestation.**

**Chaque structure bénéficiaire réalisera un bilan annuel d'exécution de son action, à partir de la grille jointe en annexe, accompagné d'une analyse qualitative. Elle l'adressera au chef de projet départemental ainsi qu'au chef de juridiction responsable des conventions d'objectifs.**

**Un bilan global d'exécution des conventions devra être réalisé par le chef de projet départemental, après avoir recueilli l'avis de l'autorité judiciaire, en utilisant impérativement la grille jointe en annexe. Ce bilan sera exigé pour la reconduction des financements en 1999.**

### **2.3.- MODALITES PRATIQUES DE FINANCEMENT POUR 1999.**

**En 1999, tous les départements ont vocation à présenter des demandes de financement fondées sur une convention d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.**

**Les dossiers devront être adressés au comité de pilotage national qui siège à la MILDT (10, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon - (75015 PARIS ).**

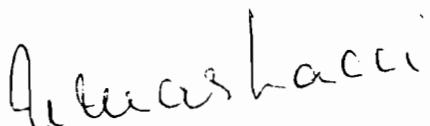
**Les départements déjà engagés dans le dispositif adresseront leur dossier avant le 1er avril 1999.**

**Les nouveaux départements concernés désirant entrer dans le dispositif dès 1999 adresseront leur dossier avant le 1er juin 1999.**

Il devront comprendre :

- une convention d'objectifs réactualisée, le cas échéant ;
- un projet de convention de prestation par action, élaboré selon le modèle joint en annexe ;
- un bilan départemental des actions financées en 1998, réalisé à partir de la grille jointe en annexe, accompagné d'un avis sur la qualité des actions conduites.

Ce dossier devra être présenté conjointement par le préfet et le chef de juridiction représentant des services relevant du ministère de la Justice dans le département.



**Nicole MAESTRACCI**

## ANNEXE 1

### **PROJET DE CONVENTION DE PRESTATION TRIPARTITE** *(à renseigner pour chaque demande de financement)*

#### Les signataires

- le Préfet du département de : .....
- le représentant des services de la Justice : .....
- la structure : - nom
  - type de structure (ex. : CCST, CHRS, association de contrôle judiciaire, association socioculturelle pénitentiaire, etc)

#### Description de l'action

1 - Description de la prestation (*type d'intervention, public visé, préciser notamment s'il s'agit de prévention de conduite à risque ou de traitement de la dépendance ...*) : .....

2 - Mode d'articulation de la structure avec les services de la Justice (*il faut être très précis : à quel stade de la procédure, selon quelles modalités pratiques, ...*) : .....

3 - Surcoût imposé à la structure, justifiant le financement dans le cadre de la convention départementale d'objectifs (*renforcement de l'encadrement, déplacements en prison ou au tribunal. Il faut être très précis et concret.*) : .....

4 - La situation judiciaire des publics visés :

- injonctions thérapeutiques
- autres alternatives aux poursuites
- contrôle judiciaire
- travail d'intérêt général
- autres alternatives à l'incarcération (*obligation de soin*)
- intervention en détention
- placement à l'extérieur
- semi-liberté
- sortants de prison sans mesure
- libération conditionnelle
- autre situation (à décrire).

5 - Le nombre de personnes ciblées : .....

6 - La durée moyenne de la prise en charge: .....

## **ANNEXE II**

**GRILLE-BILAN  
DE LA CONVENTION  
DEPARTEMENTALE D'OBJECTIFS**

## ANNEXE II

Département :  
Nom du Chef de projet :  
Tél. : ..... - Fax : .....  
Année :

## **GRILLE-BILAN DE LA CONVENTION DEPARTEMENTALE D'OBJECTIFS**

## **SYNTHESE DES ACTIONS REALISEES**

<b>STRUCTURES FINANCIÉES</b>	<b>OBJECTIF QUANTITATIF INITIAL</b>	<b>NOMBRE DE PERSONNES PRISES EN CHARGE</b>	<b>TAUX DE RÉALISATION DES OBJECTIFS (%)</b>
<b>TOTAL</b>			

## SITUATION JUDICIAIRE DES PERSONNES PRISES EN CHARGE

### **ANNEXE III**

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE  
DU 14 JANVIER 1993  
« POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET  
SOCIALE DES TOXICOMANES RELEVANT DE LA JUSTICE »**

Paris, le 14 JAN. 1993

LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE,  
LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE,  
LE MINISTRE DE LA DÉFENSE,  
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET L'INTÉGRATION,  
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE,  
LE MINISTRE DE LA VILLE,  
LE DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL A LA LUTTE CONTRE DROGUE ET LA TOXICOMANIE

à

- Messieurs les préfets,  
- Monsieur le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris,  
- Mesdames et Messieurs les avocats général, présidents des tribunaux de grande instance et procureurs de la République -correspondants département pour la politique judiciaire de la Ville- (Départements des BOUCHES-DU-RHÔNE, de l'ESSONNE, la HAUTE-GARONNE, des HAUTS-de-SEINE, de la LOIRE ATLANTIQUE, de la MOSELLE, du NORD, de PARIS, du PAS-DE-CALAIS, du RHÔNE, de la SEINE-ET-MARNE, de la SEINE-MARITIME, de la SEINE-SAINT-DENIS, de VAL-de-MARNE, du VAL-D'OISE et des YVELINES).

OBJET : Mise en oeuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie

L'Etat s'emploie à combattre sans faiblesse et sans complaisance le trafic de drogue, tout comme à développer les actions locales de prévention des toxicomanies et à améliorer le réseau de prise en charge et de soins des toxicomanes.

La répression du trafic se traduit d'ores-et-déjà par des interpellations et des incarcérations plus nombreuses et exige des réponses judiciaires, sanitaires et sociales plus adaptées afin de mieux prévenir la récidive en assurant la réinsertion des délinquants concernés.

Deux types de mesures sont, à ce titre, prioritaires :

- la première consiste à généraliser le recours, sur le territoire national, aux injonctions thérapeutiques prévues par l'article L.628-1 du code de la santé publique, pour les usagers de stupéfiants n'ayant pas commis d'autre infraction. Cette mesure, qui fera l'objet d'instructions générales, appelle à l'évidence, une meilleure articulation de l'action des services de l'Etat concernés.

- La deuxième concerne, plus particulièrement, les toxicomanes qui se sont rendus coupables d'autres infractions -atteintes aux biens, atteintes aux personnes, revente de drogue-, le plus souvent liées à leur état de dépendance. A leur égard, une réponse répressive diversifiée s'impose mais elle ne peut trouver sa véritable efficacité que si elle est réellement individualisée et associée à une politique efficace de prévention de la récidive.

La politique à mettre en œuvre pour lutter contre la toxicomanie conduit donc à renforcer la coordination des services de l'Etat qui y contribuent. Cette cohésion des services doit se faire à l'échelle géographique du département sous la responsabilité du préfet, en liaison avec les autorités judiciaires et si possible en étroite collaboration avec le président du Conseil Général et les maires des principales villes concernées par la question.

Afin de donner un cadre concret à cet objectif et de répondre aux problèmes posés dans certains quartiers, il est demandé aux 15 départements prioritaires de la politique de la Ville auxquels il est prévu d'ajouter le département de Paris, d'élaborer une convention départementale d'objectifs, comme cela avait été annoncé par le Garde des Sceaux lors de sa communication en conseil des ministres du 3 juin 1992 sur les réponses à la délinquance urbaine.

L'objectif de ces conventions est de permettre le renforcement du dispositif de prise en charge sanitaire et social des toxicomanes relevant de la Justice.

Cette mesure a été intégrée au plan d'action interministériel de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie défini pour 1993.

Sa mise en œuvre implique une coordination étroite entre les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Sécurité Publique, de la Défense, des Affaires Sociales et de l'Intégration, de la Santé et de l'Action Humanitaire, de la Ville et de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Il relève de la responsabilité des préfets et des procureurs de la République d'assurer, au plan local, cette coordination grâce à la conclusion de conventions d'objectifs.

Les dispositions spécifiques déjà prises par les départements ministériels contribuent tout naturellement à ces objectifs et à leur réalisation.

Dans cet esprit, le renforcement des forces de sécurité sur le terrain et l'amélioration de l'ilotage sont des éléments de la convention.

## **1 - FINALITÉS DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS**

Les conventions départementales d'objectifs doivent répondre aux priorités précitées :

- accroître la sécurité notamment en favorisant l'approche communautaire par l'implication des habitants ;
- favoriser le développement des injonctions thérapeutiques et des mesures assimilées et leur suivi par les autorités judiciaires ;
- accompagner, sur le plan sanitaire et social, l'ensemble des mesures de sûreté et des peines ordonnées par les juridictions à l'égard des délinquants toxicodépendants afin de mieux prévenir la récidive, qu'il s'agisse des alternatives à l'incarcération (contrôle judiciaire, ajournement ou emprisonnement avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve, travail d'intérêt général) ou des modalités particulières d'application des peines de prison (semi-liberté, placement extérieur et libération conditionnelle).

A cet égard, les conventions d'objectifs devront intégrer notamment les paramètres suivants :

### **1.1 - Proposer un hébergement combiné à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adaptées**

L'objectif premier vise à ce que la démarche de prise en charge soit cohérente et s'inscrive dans un projet véritable.

Le montage qui paraît le plus opérationnel (mais dont le modèle ne doit pas rester unique), réside dans l'articulation entre une structure d'hébergement et une instance spécialisée dans l'accompagnement des toxicomanes, afin de renforcer la qualité de la prise en charge par la mixité des intervenants.

Il conviendra de veiller à ce que le dispositif retenu puisse constituer un recours en urgence pour les autorités judiciaires, notamment dans les cas où elles souhaitent mettre en œuvre des solutions alternatives à l'incarcération.

### **1.2 - Favoriser la complémentarité des réponses**

A terme, l'objectif est d'aboutir à une cohérence des réponses apportées aux toxicomanes d'un département et de coordonner les différents dispositifs de manière ce que leurs actions soient complémentaires. Ces conventions devront reposer sur un travail conjoint de l'ensemble des partenaires locaux en vue de la mise en place d'une palette de prestations permettant des réponses appropriées aux situations diverses des toxicomanes suivis par la Justice.

Les mineurs ne devront pas être exclus du champ d'application de ces conventions même si des démarches spécifiques s'imposent à leur égard. En effet, si le phénomène de la toxicomanie est devenu une préoccupation pour tous, ses manifestations auprès des mineurs ne sont pas clairement appréhendées. L'approche de cette question est d'autant plus délicate qu'il faut tenir compte des particularités de l'adolescence, période au cours de laquelle sont testés de multiples produits, sans qu'il soit toujours possible de parler de toxicomanie avérée.

## **2. - LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS**

### **2.1 - Deux préalables sont nécessaires à la mise en place des conventions d'objectifs**

#### L'évaluation des besoins

Sous l'autorité du procureur de la République de PARIS ou du magistrat correspondant départemental pour la politique judiciaire de la Ville, il convient que puissent être recueillies l'ensemble des données relatives aux toxicomanes présentés à la Justice ou suivis par elle. Les réponses jusqu'à présent apportées devront être analysées au regard des besoins ainsi repérés. L'évaluation de ces besoins devra être portée à la connaissance du préfet afin de nourrir son étude sur le dispositif d'accueil et de soins.

S'agissant des mineurs, à l'occasion des signalements, des enquêtes de police et de gendarmerie et des rapports remis par le service éducatif auprès du tribunal, il serait opportun de rechercher si les décisions judiciaires les concernant sont liées à l'usage ou au trafic de produits toxiques.

#### Le recensement et l'analyse des réponses apportées par le dispositif sanitaire et social.

Le préfet étudiera dans quelle mesure le dispositif d'accueil et de soins du département peut répondre aux besoins de la Justice.

A cette fin, il identifiera notamment : les prestations des structures d'accueil et de prise en charge des dispositifs, spécialisés ou non, les capacités d'accueil de ces dispositifs, les moyens et procédures de financement, etc.

Par ailleurs, pour les mineurs il serait souhaitable de mener, en collaboration avec le directeur départemental de la protection judiciaire de la jeunesse du ressort, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le directeur chargé des services de l'enfance relevant du conseil général, une étude destinée à :

- analyser la manière dont peut s'effectuer la prise en charge de mineurs usagers de drogue sous protection judiciaire pendant le déroulement de la mesure au sein des services des secteurs public et associatif de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- recenser les associations partenaires locales utilisées comme support ou relais (dispositifs d'insertion sociale et professionnelle) ;
- repérer les liens existants avec le dispositif médical ou spécialisé en toxicomanie ;
- vérifier la qualité des prestations offertes par les services des secteurs public et associatif.

### **2.2 - La conclusion des conventions d'objectifs**

Sur la base des renseignements ainsi recueillis, les conventions préciseront, en distinguant le court et le moyen terme, les objectifs assignés à l'action des différents services de l'Etat et les moyens prévus à cet effet, notamment sur le plan organisationnel. Elles seront conclues pour une durée de un an renouvelable.

Le dispositif étant applicable sur seize départements à titre expérimental, les conventions devront prévoir des instruments de mesure de son efficacité, tant quantitatifs que qualitatifs, afin de permettre une évaluation.

Cette action s'inscrivant dans le cadre de la politique de la ville, il importe que soit préalablement consulté, avant la conclusion de la convention, le conseil départemental de prévention de la délinquance ainsi que, lorsqu'il existe, le comité départemental de lutte contre la toxicomanie, afin que les intéressés formulent avis et propositions. Il conviendra toutefois, si ces instances ne se réunissent pas dans des délais raisonnables, de solliciter leur avis par écrit, tout particulièrement celui du président du Conseil général compte-tenu de ses attributions en matière sociale.

Les conventions départementales d'objectifs seront signées par le préfet et le magistrat, correspondant départemental pour la politique judiciaire de la ville, ou, s'agissant de PARIS, par le procureur de la République du tribunal de grande instance de ce siège. La concertation et la participation des services sociaux du département, l'engagement du président du Conseil général sont vivement encouragés.

Les conventions conclues ainsi qu'une synthèse de l'ensemble des études préalables devront être transmises à la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie avant le 15 février 1993. La Délégation transmettra ces documents aux ministères de la Justice (direction des affaires criminelles et des grâces, bureau de l'aide aux victimes et de la prévention de la délinquance), de l'Intérieur (direction générale de la Police nationale, Mission de lutte anti drogue), de la Défense (direction générale de la Gendarmerie Nationale), des affaires sociales (direction de l'action sociale), de la Santé (direction générale de la santé, bureau toxicomanie, alcoolisme, tabagisme), de la Ville (délégation interministérielle à la Ville, pôle prévention de la délinquance). Ces services constitueront le comité national de pilotage.

### 2.3 - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs

Pour assurer la réalisation des objectifs ainsi définis, il sera procédé :

- à la désignation, par le Préfet, d'une personne choisie pour ses compétences et sa bonne connaissance des différents dispositifs et du milieu associatif, qui sera chargée d'assurer la coordination des actions à mener ;
- à la passation de convention (s) de prestations tripartites entre le préfet, le responsable de l'institution judiciaire précité et la ou les association (s) concernée (s).

Les conventions devront notamment prévoir :

- le type de prestations dispensées par la ou les associations ;
- les modalités d'articulation des actions des différents associations, le cas échéant ;
- le nombre de toxicomanes qui sera pris en charge ;

- . les modalités d'accueil du public (plus particulièrement la possibilité de répondre à l'urgence) ;
- . la répartition des responsabilités entre les acteurs de la prise en charge sanitaire ou sociale et les autorités judiciaires ;
- . la durée de la convention ;
- . le montant des crédits octroyés et les financeurs (ministère de la Justice, délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, délégation interministérielle à la ville, ministère des Affaires sociales, ministère de la Santé) ;
- . les modalités de l'évaluation du dispositif.

Vous voudrez bien veiller à ce que l'ensemble des conventions de presuasions à la préparation desquelles les instances de prévention de la délinquance devront être associées ainsi que l'ensemble des structures directement concernées soient conclues avant la fin du premier trimestre 1993.

L'information des partenaires sociaux, sanitaires, et judiciaires devra être la plus large possible de manière à leur permettre, autant que de besoin, de recourir aux nouvelles possibilités ainsi offertes.

#### 2.4 - Le financement des conventions d'objectifs et des prestations

Le financement de ces conventions est assuré à partir de crédits interministériels, attribués par la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (une enveloppe de 20 millions de francs sera allouée en 1993 à cet effet), éventuellement renforcés par les différents départements ministériels concernés et le ministère de la Ville.

Dans chacun des sites une partie significative des crédits inscrits dans la convention devront être consacrés à renforcer les réponses aux toxicomanes relevant de la Justice.

En outre, les objectifs ainsi déterminés devront trouver leur traduction dans les contrats d'action prévention, à l'échelle départementale comme au niveau communal.

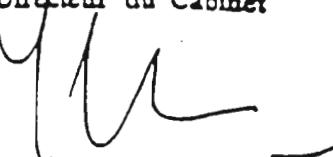
Ces moyens pourront être reconduits en 1994, si les conclusions des évaluations sont favorables. C'est pourquoi, compte tenu des contraintes budgétaires qui nécessitent de connaître au plus tôt dans quelle mesure les financements doivent être poursuivis, vous devrez faire parvenir auprès de vos ministères de tutelle un rapport intermédiaire sur les réponses qui auront été mises en oeuvre, au plus tard, à la fin du premier semestre 1993.

Le Garde des Sceaux,  
Ministre de la Justice, DEAUX  
M... JUSTICE  
et... délégation  
Le Directeur du Cabinet  
*M. J. L. L.*

Charles BARBEAU

Le Ministre de l'Intérieur et de la  
Sécurité Publique

Pour le Ministre et par délégation,  
le Directeur du Cabinet



*Yves OLIVIER*

## **ANNEXE IV**

**CIRCULAIRE DU 9 JUILLET 1996  
RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LA DROGUE  
ET LA TOXICOMANIE AU NIVEAU DEPARTEMENTAL**

# Présidence de la République

## CHANCELLERIE DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

### Décret du 9 juillet 1996 portant nomination au conseil de l'ordre national du Mérite

NOR : PREX960157BD

Par décret du Président de la République en date du 9 juillet 1996 :

Sont maintenus dans leurs fonctions de membres du conseil de l'ordre national du Mérite :

M. le général d'armée Hervé Navereau, grand officier de l'ordre national du Mérite ;

M. André Ross, ambassadeur de France, commandeur de l'ordre national du Mérite ;

M. Gilbert Carrere, ancien préfet de région, commandeur de l'ordre national du Mérite ;

Mme Olga Saurat, présidente nationale de la société « Les Meilleurs Ouvriers de France », chevalier de l'ordre national du Mérite.

Est nommé membre du conseil de l'ordre national du Mérite :

M. Xavier Nicot, conseiller à la Cour de cassation, commandeur de l'ordre national du Mérite.

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### PREMIER MINISTRE

#### Circulaire du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental

NOR : PRMX9601580C

Paris, le 9 juillet 1996.

*Le Premier ministre à Messieurs les préfets de région, Mesdames et Messieurs les préfets*

Le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, réuni sous ma présidence le 14 septembre 1995, a adopté un plan de mobilisation pour lutter contre le développement de ce fléau dans notre pays.

Pour vous proposer les mesures opportunes et suivre l'application de la politique de l'Etat dans votre département, je vous ai demandé par circulaire n° 4278 SG du 5 octobre 1995 de désigner un chef de projet grâce auquel vous aurez la possibilité de vous impliquer personnellement dans les actions entreprises.

Les présentes instructions ont pour objet, sur la base des recommandations du groupe de travail évoqué dans ma précédente circulaire, de définir un cadre souple et efficace dans lequel l'action que vous mènerez avec l'aide de votre chef de projet pourra s'appuyer sur une meilleure synergie des services de l'Etat et de l'autorité judiciaire, ainsi que sur l'indispensable concertation avec les collectivités locales et le monde associatif.

Un bref historique et une rapide évaluation du dispositif existant sont les préalables indispensables à la description de la nouvelle organisation.

#### 1. Historique

De 1982 à 1989, l'organisation départementale et nationale était, dans les textes, tout entière orientée vers la lutte contre la toxicomanie et reposait sur les actions de prévention, de soins, d'insertion, de formation et de recherche. Telle était la vocation du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie (décret n° 82-10 du 8 janvier 1982) et de la mission permanente puis interministérielle (décret n° 85-191 du 7 février 1985) de lutte contre la toxicomanie et, enfin, des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie, C.D.L.T. (circulaire du 6 décembre 1985).

Par le fait d'une réforme réalisée en 1989 et 1990, le domaine d'intervention a été étendu géographiquement, du plan national à l'échelle internationale, et, quant à la matière, de la lutte contre la toxicomanie à la lutte contre le trafic de stupéfiants et les transactions financières qu'il génère.

Les conséquences de cette réforme ont été la transformation de l'instance politique en comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de la structure administrative nationale en délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (décrets n° 89-880 du 6 décembre 1989 et n° 90-657 du 25 juillet 1990). L'organisation départementale, en revanche, n'a pas été

affectée par ces modifications et les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie ont conservé, là où ils ont été créés et où ils ont subsisté, leur forme originelle.

Tout récemment, à l'échelon national, les compétences du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie ont été précisément redéfinies et la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie a été érigée en une mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, placée sous mon autorité, dirigée par un président assisté d'un délégué.

En complément de cette organisation spécialisée, il convient de rappeler que la lutte contre la drogue et la prévention de la toxicomanie ont été inscrites dans plusieurs textes concernant la prévention de la délinquance, la politique de la ville et le renforcement de la sécurité, c'est le cas :

- du décret n° 88-1015 du 28 octobre 1988 énonçant les priorités de la politique nationale des villes et du développement social urbain parmi lesquelles figure le renforcement de la prévention de la délinquance et des toxicomanies ;
- du décret n° 92-343 du 1<sup>er</sup> avril 1992 qui prévoit que des personnes qualifiées ou des représentants d'associations ou d'organismes intéressés par la prévention de la toxicomanie peuvent participer au conseil départemental de prévention de la délinquance ;
- de la circulaire du 9 septembre 1993 sur la mise en place des plans et la création des comités départementaux de sécurité assignant quatre missions, parmi lesquelles la lutte contre la drogue, aux services et autorités chargés de rétablir la sécurité des personnes et des biens ;
- de la circulaire du 19 mai 1994 sur la politique de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité, comportant la prévention de la toxicomanie au deuxième rang de cinq priorités.

## 2. Evaluation

Un bilan du fonctionnement des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie, réalisé par l'inspection générale de l'administration du ministère de l'intérieur dans un rapport de novembre 1994, montre que, si les C.D.L.T. avaient été créés à l'origine dans 79 p. 100 des préfectures, en 1994, 30 p. 100 seulement des départements en possédaient encore un, tandis que 60 p. 100 d'entre eux traitaient désormais des problèmes de drogue et de toxicomanie au sein des conseils départementaux de prévention de la délinquance.

Des objectifs trop larges ou mal définis, une composition pléthorique, un trop grand nombre de ce type de conseils ou de comités, figurent parmi les causes des difficultés de fonctionnement de ces comités. Cependant, la nécessité de maintenir un organe ouvert sur tous les partenaires de la lutte contre la drogue et la toxicomanie a été, dans le rapport, clairement réaffirmée.

Le groupe de travail, dont la constitution a été décidée par le comité interministériel le 14 septembre 1995, s'est inspiré des propositions de l'inspection générale de l'administration en les simplifiant pour retenir trois niveaux et définir une nouvelle organisation départementale à la fois plus fonctionnelle et plus opérationnelle.

## 3. La réforme

### a) L'esprit :

Loin de vouloir réduire la prévention de la toxicomanie à la prévention de la délinquance, le groupe de travail a observé l'évolution historique partant de la lutte contre la toxicomanie et aboutissant à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il a aussi constaté qu'une large majorité de départements avait finalement choisi le conseil départemental de la prévention de la délinquance comme étant la structure de concertation adéquate. Il a, enfin, aussi tiré parti de la composition très voisine des deux « comité » ou « conseil » pour en conclure que, quelle que soit l'appellation donnée au conseil départemental, la qualité et l'identité des personnes y siégeant, tout comme les spécificités de l'ordre du jour ou la création de sous-groupes « lutte contre la drogue et la toxicomanie » suffiraient pour ne pas maintenir deux structures seulement distinctes par l'appellation.

C'est donc sur un double fondement pragmatique et réglementaire et, avec la volonté de recentrer les actions de prévention sur l'essentiel en impliquant tous les acteurs, que je vous demande de mettre en œuvre le dispositif ci-après que j'ai voulu, sous votre responsabilité, simple, coordonné et ouvert.

### b) Le contenu :

Le nouveau cadre départemental de la lutte contre la drogue et la toxicomanie comportera trois niveaux : le préfet assisté du chef de projet, chargés de l'application de la politique gouvernementale, un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie réunissant les responsables départementaux des services de l'Etat et les

représentants de l'autorité judiciaire, enfin le conseil départemental de prévention de la délinquance réuni sur un ordre du jour ou dans une formation « lutte contre la drogue et la toxicomanie ». Les compétences dévolues aux préfets dans les départements seront attribuées au préfet de police à Paris.

### 1<sup>o</sup> Le préfet assisté du chef de projet : niveau de direction

La lutte contre la drogue et la toxicomanie doit être pour vous, comme elle l'est pour le Gouvernement, une préoccupation constante et relever d'une action quotidienne. La désignation d'un chef de projet pour vous assister dans cette mission vous permettra, davantage qu'auparavant, de veiller sur l'évolution de la situation dans votre département et de prendre les mesures propres à y remédier.

J'appelle, une nouvelle fois, votre attention sur le contenu effectif de la mission confiée au chef de projet, sous votre responsabilité, et l'action que celui-ci devra personnellement accomplir sous votre contrôle, avec le soutien des services déconcentrés, en liaison avec l'autorité judiciaire - avec laquelle je vous prie d'entretenir des relations personnelles et régulières spécialement sur ce sujet - et en concertation étroite avec les associations et les collectivités locales.

### 2<sup>o</sup> Le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie : niveau de coordination

Présidé par le préfet assisté du chef de projet, rapporteur de cette instance nouvelle de coordination, le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie pourra réunir, à un rythme trimestriel, sous votre présidence, tous les représentants des services de l'Etat concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie, ceux de l'autorité judiciaire et d'autres appelés spécialement pour la cause.

Il comprendra, notamment, les responsables :

- de l'éducation nationale, par délégation du recteur d'académie ;
- de la jeunesse et des sports ;
- de l'action sanitaire et sociale ;
- du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- de l'administration pénitentiaire ;
- de la police ;
- de la gendarmerie ;
- des douanes.

Le ou les procureurs de la République des tribunaux de grande instance du département ainsi que les magistrats du siège seront invités à participer aux réunions de ce comité.

Ce comité restreint sera, plus particulièrement, chargé de veiller à l'application coordonnée de la politique du Gouvernement à l'échelon départemental dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion. Pour les départements concernés, les aspects internationaux devront faire l'objet d'un suivi spécifique. Le comité pourra également entendre une communication sur la répression pour laquelle la coordination de l'action administrative et de l'action judiciaire reste naturellement pratiquée dans le cadre des plans départementaux de sécurité.

C'est au sein du comité restreint que chacun de ses membres rendra compte du domaine qui est le sien et que sera évalué, à partir de chaque secteur d'activité, l'état global de la situation de la lutte contre la drogue et la toxicomanie dans le département.

A partir de ce comité et des membres qui le composent, il vous appartiendra d'organiser, dans un esprit de concertation, les relations de travail dont vous conviendrez entre, d'une part, les représentants de chaque service et les acteurs associatifs de sa mouvance, d'autre part, vous-même assisté de votre chef de projet avec le conseil général et les communes.

Vous aurez soin de porter, dans les meilleurs délais, à la connaissance de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie les délibérations du comité restreint susceptibles d'appeler une décision ministérielle ou gouvernementale.

Le comité restreint devra faire preuve d'imagination, de persévérance et de rigueur. Il portera, en particulier, une attention soutenue à la diversité des actions et de leurs financements afin, par les signalements opportuns et les choix pertinents qu'il fera, d'éviter les contradictions et les doubles emplois et d'atteindre la cohérence et l'efficacité.

### 3<sup>o</sup> Le conseil départemental de prévention de la délinquance : niveau de concertation

Le conseil départemental de prévention de la délinquance, tel qu'il est organisé et fonctionne actuellement, devenant l'organe départemental de concertation de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, il est impératif, d'une part, que soit inscrite à l'ordre du jour de chaque réunion une rubrique spéciale « lutte contre la

drogue et la toxicomanie», d'autre part, que puissent, le cas échéant, être constitués un ou plusieurs sous-groupes « lutte contre la drogue et la toxicomanie ».

Dès la première réunion du conseil départemental de prévention de la délinquance, vous devrez exposer le contenu de la réforme de l'organisation départementale à l'ensemble des participants en ayant, au préalable, pris le soin de désigner, pour y siéger, les représentants des associations ou organismes concernés par la prévention des toxicomanies, les soins et les mesures d'insertion des toxicomanes. Vous expliquerez à ces derniers que la réforme n'a pas pour but d'opérer la fusion entre la prévention de la toxicomanie et la prévention de la délinquance, ni de confondre l'une avec l'autre, mais d'utiliser un même organe pour traiter les deux thèmes concernant les mêmes personnes en charge de la lutte contre ces phénomènes.

Je vous prie de transmettre à cette assemblée mon souhait de voir chacun de ses membres, quelle que soit son origine, collectivité locale, association, agent de l'Etat, engagé totalement et solidaire-

ment avec tous les autres, pour tenter de faire reculer ce fléau que le Gouvernement est, plus que jamais, déterminé à combattre.

Les objectifs de la réforme ont été de vous donner la responsabilité et les moyens d'impulser la politique du Gouvernement, de mener une action quotidienne réelle, éclairée et coordonnée en concertation avec vos partenaires naturels, de simplifier et d'harmoniser les pratiques territoriales.

Je vous prie de mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, mais avec souplesse et en liaison avec l'action qui est la vôtre à la tête des comités départementaux de sécurité.

Vous voudrez bien rendre compte des difficultés que vous rencontrerez, éventuellement, lors de l'application des présentes instructions et, à l'avenir, adresser à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, au plus tard le 31 mars de chaque année, un rapport sur l'état de la lutte contre la drogue et la toxicomanie dans votre département.

ALAIN JUPPÉ

## MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

### **Décret n° 96-612 du 8 juillet 1996 portant diverses mesures relatives aux commissions administratives paritaires compétentes à l'égard des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation de l'enseignement du second degré**

NOR : MENF9601674D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministre de l'économie et des finances et du ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n° 60-403 du 22 avril 1960 modifié portant dispositions statutaires applicables aux chargés d'enseignement d'éducation physique et sportive ;

Vu le décret n° 68-503 du 30 mai 1968 relatif au statut particulier des professeurs de chaires supérieures des établissements classiques, modernes et techniques, modifié par les décrets n° 79-100 du 20 novembre 1979 et n° 94-938 du 24 octobre 1994 ;

Vu le décret n° 70-738 du 12 août 1970 modifié relatif au statut particulier des conseillers principaux et conseillers d'éducation ;

Vu le décret n° 72-580 du 4 juillet 1972 modifié relatif au statut particulier des professeurs agrégés de l'enseignement du second degré ;

Vu le décret n° 72-581 du 4 juillet 1972 modifié relatif au statut particulier des professeurs certifiés ;

Vu le décret n° 72-582 du 4 juillet 1972 relatif au statut particulier des chargés d'enseignement, modifié par les décrets n° 86-642 du 14 mars 1986 et n° 92-811 du 18 août 1992 ;

Vu le décret n° 72-583 du 4 juillet 1972 modifié relatif au statut particulier des adjoints d'enseignement ;

Vu le décret n° 80-627 du 4 août 1980 modifié relatif au statut particulier du corps des professeurs d'éducation physique et sportive ;

Vu le décret n° 82-451 du 28 mai 1982 modifié relatif aux commissions administratives paritaires ;

Vu le décret n° 84-914 du 10 octobre 1984 modifié relatif aux commissions administratives paritaires de certains personnels enseignants relevant du ministre de l'éducation nationale ;

Vu le décret n° 86-492 du 14 mars 1986 modifié relatif au statut particulier des professeurs d'enseignement général de collège ;

Vu le décret n° 87-495 du 3 juillet 1987 relatif aux commissions administratives paritaires du corps des professeurs de lycée professionnel, modifié par les décrets n° 90-817 du 14 septembre 1990 et n° 93-1063 du 9 septembre 1993 ;

Vu le décret n° 87-496 du 3 juillet 1987 relatif aux commissions administratives paritaires des corps des conseillers principaux et conseillers d'éducation, modifié par les décrets n° 90-818 du 14 septembre 1990 et n° 93-1064 du 10 septembre 1993 ;

Vu le décret n° 91-290 du 20 mars 1991 modifié relatif au statut particulier des directeurs de centre d'information et d'orientation et conseillers d'orientation-psychologues ;

Vu le décret n° 91-973 du 23 septembre 1991 relatif aux commissions administratives paritaires compétentes à l'égard des directeurs de centre d'information et d'orientation et des conseillers d'orientation-psychologues ;

Vu le décret n° 92-1189 du 6 novembre 1992 relatif au statut particulier des professeurs de lycée professionnel ;

Vu l'avis du comité technique paritaire ministériel en date du 23 février 1996 ;

Le Conseil d'Etat (section des finances) entendu,

Décrète :

Art. 1<sup>e</sup>. – Les dispositions de l'article 1<sup>e</sup> du décret du 10 octobre 1984 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 1<sup>e</sup>. – Les commissions administratives paritaires des professeurs de chaires supérieures des établissements classiques, modernes et techniques, des professeurs agrégés de l'enseignement du second degré, des professeurs certifiés, des chargés d'enseignement, des adjoints d'enseignement, des professeurs d'éducation physique et sportive et des chargés d'enseignement d'éducation physique et sportive sont régies par les dispositions du décret du 28 mai 1982 susvisé sous réserve des dérogations prévues par le présent décret. »

Art. 2. – Les dispositions du 3 du premier alinéa de l'article 2 du décret du 10 octobre 1984 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 3. Corps des chargés d'enseignement et corps des adjoints d'enseignement : trois membres titulaires, trois membres premiers suppléants et trois membres deuxièmes suppléants. »

Art. 3. – Le troisième alinéa de l'article 5 du décret du 10 octobre 1984 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le nombre des représentants titulaires du personnel au sein des formations paritaires mixtes est fixé ainsi qu'il suit :

« 1. Pour les disciplines comportant des professeurs agrégés, des professeurs certifiés, des chargés d'enseignement et des adjoints d'enseignement : quatre représentants des professeurs agrégés, neuf représentants des professeurs certifiés, un représentant des chargés d'enseignement et des adjoints d'enseignement ;

« 2. Pour les disciplines comportant des professeurs agrégés, des professeurs certifiés et des adjoints d'enseignement : quatre représentants des professeurs agrégés, neuf représentants des

## **ANNEXE V**

**NOTE D'ORIENTATION N° 98-659  
RELATIVE A LA REVISION DES PROJETS THERAPEUTIQUES  
DES CENTRES SPECIALISES DE SOINS AUX TOXICOMANES**



MINISTERE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE

REPUBLIQUE FRANCAISE  
PARIS, le  
**5 NOV. 1998**

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous Direction Santé des Populations

Bureau de la santé mentale, des toxicomanies  
et des dépendances  
DGS/SP3/

LE MINISTRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE

à

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE  
DEPARTEMENT  
Direction départementale des affaires sanitaires et  
sociales (pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS  
DE REGION  
Direction régionale des Affaires sanitaires et Sociales  
(pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS LES  
DIRECTEURS D'AGENCE  
REGIONALE DE L'HOSPITALISATION  
(pour information)

Note d'orientation n° **98-659** relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés  
de soins aux toxicomanes.

REF : Décret n° 92-590 du 29 juin 1992

En application de l'article 3 du décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), qui prévoit que les projets thérapeutiques des structures sont établis pour une durée de cinq ans à l'issue de laquelle, ils peuvent être révisés à l'initiative de l'organisme gestionnaire ou sur demande du préfet, la majorité des CSST ont entrepris ou projettent une révision de leur projet thérapeutique.

La présente note a pour objet de :

- clarifier la portée juridique de cette obligation ;
- donner des orientations relatives au fonctionnement des CSST en ambulatoire et avec hébergement.
- d'informer les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les équipes hospitalières intéressées de l'inclusion dans le programme hospitalier de recherches cliniques en 1998 du thème des dépendances.

Cette possibilité de soumission de projets de recherche clinique dans ce cadre doit être exploitée par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en lien avec les centres hospitaliers et les centres d'investigations cliniques.

L'intérêt du programme hospitalier de recherches cliniques est de prendre mieux en compte la spécificité clinique en matière d'indications de traitements de substitution, d'interactions médicamenteuses, de protocole de prise en charge.

Toutes les informations sont disponibles auprès de la Direction des Hôpitaux .(M. Servant au 01.40.560.43.79) ou à la Direction générale de la Santé (D. de Galard 01.40.56.56.23).

## I. Portée juridique de l'article 3 du décret

Lorsque le CSST révise son projet thérapeutique de sa propre initiative ou à la demande du préfet, la convention se poursuit de droit (article 7 du décret du 29 juin 1992), sous réserve que le projet thérapeutique révisé recueille l'accord du préfet (article 3 du décret du 29 juin 1992).

En revanche, lorsque le centre ne donne pas suite à une demande expresse de reconventionnement formulée par le préfet, ou en cas de désaccord du préfet sur le projet thérapeutique, la structure est passible des dispositions prévues à l'article 9 du décret du 29 juin 1992, c'est-à-dire que la convention peut être dénoncée dans les conditions prévues à l'article précité.

## II. Orientations relatives aux centres de soins en ambulatoire

Ces dernières années ont été marquées par l'apparition de nouveaux types de consommation : polyconsommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments détournés de leur usage, mais aussi poursuite de la consommation de crack et accroissement des consommations d'ecstasy.

Parallèlement, la mise sur le marché des traitements de substitution a induit une nette évolution des pratiques de soin, et des modes d'intervention : intérêt d'une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale, nécessité d'accueillir la personne toxicomane sans préalable et sans jugement quel que soit le moment de son parcours, nécessité de traiter les comorbidités psychiatriques.

Ces évolutions doivent être prises en compte dans les projets thérapeutiques à la fois pour ce qui concerne l'évolution qualitative des prestations et le fonctionnement des structures.

## *a. Evolution qualitative des prestations*

### **\*Promouvoir la réduction des risques et l'accès aux soins**

Si la prévalence du VIH a diminué ces dernières années chez les usagers de drogues, ces derniers demeurent néanmoins, avec un taux de prévalence de 15%, le deuxième groupe de transmission de cette infection. Avec un taux de 70%, ils sont le groupe le plus exposé au VHC ; d'autres pathologies infectieuses, notamment le VHB, les atteignent de même fortement.

La politique de réduction des risques et d'accès aux soins mise en oeuvre depuis plusieurs années a fait la preuve de son efficacité et doit faire l'objet d'une promotion soutenue dans tous les dispositifs auxquels s'adressent les toxicomanes. Ainsi que le souligne la circulaire DGS/div sida/98/72 du 4 février 1998, il convient de favoriser l'émergence d'une véritable culture de réduction des risques dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, auxquels leur présence sur l'ensemble du territoire confère un rôle déterminant dans les contacts avec les usagers de drogues.

La démarche d'action au plus près du terrain et des populations précarisées menées par les structures de premier contact (boutiques, bus...) doit pouvoir trouver des relais et un prolongement dans le dispositif spécialisé afin d'éviter que ne s'installe un cloisonnement du dispositif global entre, d'une part un dispositif léger de réduction des risques s'adressant aux plus marginalisés et d'autre part un dispositif de soins centrés sur la prise en charge des toxicomanes mieux insérés.

Aussi convient-il de soutenir tout ce qui est de nature à améliorer la fluidité de l'ensemble et de mobiliser tous les acteurs dans cette démarche. Le dispositif spécialisé doit être invité à développer lui aussi, en complément de ses fonctions de suivi médical et psycho-social, les outils de réduction des risques et d'accès aux soins, et les projets thérapeutiques de certains centres, notamment dans les grandes agglomérations devront être revus dans ce sens.

### **\* Améliorer la fonction sociale des centres**

Souvent, les CSST en ambulatoire qui ont pourtant une mission médicale, psychologique et sociale, fournissent des prestations sociales insuffisantes. Ainsi, 8% de patients sous méthadone ne disposent d'aucune couverture sociale après plus de six mois de traitement<sup>1</sup>, et les CSST avec hébergement signalent que plus de 15% des résidents arrivent dans les structures sans couverture sociale.

Il importe donc que les centres réalisent un effort dans ce domaine. Il entre en particulier dans leurs missions de prendre en compte la situation sociale des personnes accueillies aussi bien en ce qui concerne l'ouverture des droits sociaux ou leur couverture sociale que l'obtention d'un logement ou l'accès à une formation ou un emploi.

Les rapports d'activité type prévoient en particulier un suivi de cette dimension sociale.

### **\* Renforcer la prise en charge des personnes toxicomanes en milieu carcéral**

Compte tenu de l'importance de la population concernée, les interventions des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire s'avère très insuffisante, au regard de leurs missions.

---

<sup>1</sup> Enquête INSERM, sur le suivi épidémiologique des patients sous méthadone

Afin de renforcer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes dépendantes, il est nécessaire que les centres spécialisés interviennent davantage en milieu pénitentiaire et ne se limitent pas à des visites aux personnes déjà connues avant leur incarcération.

Il faut que les actions menées puissent garantir la continuité des soins, la préparation à la sortie dans le cadre d'un travail en réseau avec les équipes socio-éducatives pénitentiaires, les secteurs de psychiatrie, les unités de consultation et de soins en ambulatoire (UCSA) et les différents services sociaux spécialisés ou non.

### *b. Evolution du fonctionnement*

L'ensemble des évolutions précitées conduit à concevoir les CSST comme les partenaires d'un large réseau sanitaire et social au sein duquel, ils ont vocation à diffuser un savoir-faire spécialisé (c'est la fonction du "pôle ressources") et bénéficier d'échange de compétence.

#### \* Développer une fonction de pôle ressource

De nombreux médecins généralistes ne peuvent pas assurer un suivi psycho-social de leurs patients toxicomanes. Par ailleurs, d'autres professionnels sanitaires et sociaux du dispositif de droit commun connaissent des difficultés pour appréhender la problématique des personnes toxicomanes. Aussi, est-il nécessaire que les centres de soins en ambulatoire puissent leur apporter des prestations de soutien. De même, pour les traitements par la méthadone et en fonction des situations cliniques et sociales, il est primordial d'organiser de manière beaucoup plus fréquente, un relais de la prise en charge en ville afin de permettre d'une part une rotation des patients et permettre ainsi un accès plus large à ce type de traitement, d'autre part permettre au patient d'acquérir davantage d'autonomie, le centre restant selon les situations psycho-sociales un soutien pour le professionnel en ville.

Cette mission, conforme aux missions des CSST telles qu'elles résultent du décret du 29 juin 1992 a parfois été développée dans le cadre des réseaux. Elle doit aujourd'hui se structurer et se généraliser afin que soit organisée une véritable pluri-disciplinarité dans les prises en charge en toxicomanie. A cet effet, il serait utile que les projets thérapeutiques des centres prévoient l'établissement de conventions de partenariat avec les acteurs suivants : réseaux de médecins généralistes, CHRS, foyers maternels, centres sociaux, établissements pénitentiaires, PJJ, secteur de psychiatrie, secteurs de l'insertion professionnelle...

#### \* Prendre en compte des comorbidités psychiatriques

L'émergence de troubles psychiatriques chez certaines personnes sous traitement de substitution, la consommation de produits tels le crack ou l'association de certains médicaments psychotropes détournés de leur usage, ont des conséquences qui nécessitent dans certains cas une intervention psychiatrique. Le plus souvent, les équipes spécialisées en toxicomanie n'ont pas les compétences nécessaires pour réaliser face à ces troubles psychiatriques une intervention efficace et de qualité.

Par ailleurs, l'intervention des secteurs de psychiatrie se réalise rarement pour diverses raisons :

- manque de connaissance mutuelle du dispositif de soins aux toxicomanes et du dispositif de secteur;
- rigidités inhérentes au fonctionnement de la psychiatrie de secteur ;
- difficulté d'orienter ce public vers les secteurs de psychiatrie qui dans la plupart des cas sont peu impliqués dans les problèmes liés à la dépendance ;
- rejet de toute hospitalisation en hôpital psychiatrique par les patients toxicomanes eux-mêmes qui sont souvent en situation de déni par rapport à leur affection psychiatrique.

Il est donc nécessaire de décloisonner les deux dispositifs. Dans le cadre de la révision des projets thérapeutiques, les CSST confrontés à ces difficultés doivent prévoir l'instauration de conventions de partenariat avec le secteur public de psychiatrie.

#### \* Prendre en compte des polytoxicomanies, et des nouveaux modes de consommations

Une partie de la population des moins de 20 ans présente des comportements de consommation qui se caractérisent principalement par une consommation "toxicomane" d'alcool, ou par une consommation d'ecstasy au cours de soirées raves licites ou illicites. Ces types de consommation s'inscrivent dans un mouvement de recherche de défonce dans un contexte festif et collectif et ne coïncide pas avec l'identité du toxicomane héroïnomane connue et repérée depuis les années 1970. Ces problématiques doivent donc faire l'objet d'une réflexion spécifique.

Les études relatives au phénomène de l'ecstasy montrent que :

- les données socio-démographiques des consommateurs d'ecstasy sont stables : les consommateurs d'ecstasy se caractérisent par une moyenne d'âge de 22 ans et un bon niveau d'insertion sociale ;
- une assistance sanitaire sur les lieux de rassemblements est nécessaire pour assurer une réduction des risques de contamination de maladies transmissibles (prévention du VIH, des hépatites et des MST), et une prévention des risques liés à l'environnement et à la consommation des produits illicites (déshydratations, hyperthermies notamment) ;
- l'ecstasy<sup>2</sup> est un produit dangereux qui peut provoquer des troubles psychiatriques à court, moyen ou long terme, ainsi que des problèmes cardiaques et endocriniens) ;
- à la dangerosité du produit s'ajoute celle des substances ajoutées (alcool, cannabis, héroïne), qui peuvent induire une dépendance.

Depuis 1997, sont financées des associations qui assurent sur les lieux des "raves parties" une réponse sanitaire en termes de réduction des risques. Cependant, compte tenu des risques de dépendances liées à la consommation associée d'autres produits, et des risques intrinsèques à l'ecstasy, ce type de réponse sanitaire ne peut suffire et une coordination est nécessaire avec les CSST pour certains cas.

Par ailleurs, une attention particulière des équipes doit être portée à la question de l'implication de l'alcool dans l'évolution des consommations de drogues, qui s'est accentuée notamment avec l'apparition des traitements de substitution et des nouvelles drogues.

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie vient d'être chargée par le Premier Ministre de mener une réflexion approfondie sur "la question de la lutte contre l'abus de produits licites, tels par exemple que l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes".

Pour appréhender cette problématique, il est souhaitable que s'installent entre les CSST et les intervenants spécialisés en alcoologie (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, mouvements d'anciens buveurs, équipes d'alcoologie de liaison hospitalières) des relations et des échanges interprofessionnels qui permettront une prise en charge plus précoce et globale de ces phénomènes.

---

<sup>2</sup> Expertise collective de l'INSERM

Une réflexion est en cours au sein de la Direction générale de la Santé pour affiner cette approche globale des " pratiques addictives ". Cependant, d'ores et déjà, les projets thérapeutiques des centres doivent intégrer cette préoccupation.

### c. Eléments financiers et d'analyse

Dans le cadre de l'analyse des dossiers, il importe de s'assurer de la stabilité financière de la personne morale gestionnaire, tout autant que de l'équilibre financier du projet.

A cet égard, je vous rappelle que le décret du 29 juin 1992 précise que le fait pour une structure de connaître un déséquilibre financier pendant deux années consécutives constitue l'un des cas susceptibles d'amorcer une procédure de déconventionnement.

Dans l'analyse des projets thérapeutiques et l'évaluation de l'activité, à titre indicatif, les indicateurs suivants peuvent être pris en compte, outre la file active des personnes reçues, le nombre réel de jours d'ouverture/an, ( ouverture ou non pendant le mois d'août), les heures d'ouverture (samedi matin, plages horaires en fin journée) , l'existence de travail effectif en réseau de même que toutes les informations résultant d'inspection ou d'analyses financières approfondies.

## II. Orientations relatives aux centres spécialisés de soins avec hébergement

L'instauration des traitements de substitution, ainsi que l'intensification des problèmes d'ordre sociaux, ont substantiellement modifié les demandes adressées aux CSST avec hébergement, qu'il s'agisse des post-cure ou des appartements thérapeutiques. Les évolutions des projets thérapeutiques souhaitables sont détaillées ci-dessous.

### a. *Les post-cures*

La post-cure a été conçue comme un outil thérapeutique, s'inscrivant dans le parcours du toxicomane, en aval de la cure de sevrage, et visant une rupture avec l'environnement ainsi qu'une stabilisation psychologique. Les projets thérapeutiques de la plupart des post-cures sont ainsi fondés sur l'engagement du patient à renoncer à tout " produit ", y compris les médicaments, sur une rupture avec l'environnement social et familial, et sur une prise en charge duelle à visée psychothérapeutique. Ce schéma, fonctionnel dans la mesure où le sevrage constituait l'unique modèle thérapeutique, a été considérablement modifié par l'évolution des demandes consécutives à l'introduction des traitements de substitution, et à l'émergence de difficultés croissantes de réinsertion.

Une enquête de terrain menée dans plus de 40 départements, a permis d'identifier les principaux critères auxquels les post-cures, qui seront prochainement appelées centre thérapeutique résidentiel<sup>3</sup>, doivent répondre aujourd'hui. Il serait donc souhaitable que la révision de leurs projets thérapeutiques se réalisent en ce sens.

Même avec l'introduction des traitements de substitution, les indications d'hébergement en " post-cure " demeurent pertinentes, pour des raisons diverses : stabilisation psychologique lors de l'instauration d'un traitement de substitution, stabilisation physique et psychologique après un sevrage, demande d'une diminution progressive des traitements de substitution.

---

<sup>3</sup> Adoption prochaine d'un arrêté relatif aux CSST

Compte tenu de la diversification des demandes, le principe qui doit prévaloir aujourd'hui dans le fonctionnement des post-cures est celui de l'**adaptation de la structure à la personne** et non l'inverse. Ce principe conduit à préconiser trois types d'évolution : un assouplissement des conditions d'accueil et de séjour, une articulation plus forte avec une équipe médicale locale, une prise en compte des besoins sociaux et professionnels. Seront enfin précisées, les conditions des éventuels redéploiements qui pourraient intervenir dans ce secteur, lorsque les projets thérapeutiques ou le fonctionnement des post-cures ne correspondent manifestement plus aux besoins.

#### \* Assouplir les conditions d'admission et de séjour

Quelques centres refusent d'admettre certains patients, pour ne pas rompre l'équilibre d'un groupe constitué, parce qu'ils refusent des personnes sous traitement de substitution ou sous traitement médicamenteux, ou parce que la personne n'est pas complètement sevrée. Ces situations conduisent à ce que trop souvent les délais d'attente sont très longs pour obtenir une place en post-cure, alors que des places sont disponibles en réalité. Pendant cette attente, la personne toxicomane, en position de fragilité, s'expose à des risques d'ordre sanitaires ou sociaux.

Il importe donc que désormais, les post-cures accueillent leurs patients sans préalable et gèrent leur séjour de façon individualisée. On observe ainsi que les centres fonctionnant par admission directe, sans condition d'admission, ont un meilleur taux d'occupation que ceux qui ont mis en place des étapes préalables à l'admission, la pertinence de ces étapes préalables à l'admission restant à démontrer.

Le corollaire de l'absence de conditions d'admission est que la durée de séjour soit variable selon le projet thérapeutique individuel de la personne, et non fixé au préalable par le projet de la structure.

Enfin, pendant le séjour, il est aussi nécessaire de prendre en compte les risques de précarisation sociale des personnes toxicomanes.

Dans certaines post-cures, la transgression du règlement intérieur conduit inévitablement à l'exclusion de la structure. Aujourd'hui, cette règle doit être reconstruite au regard des risques d'exclusion sociale encourus par les résidents et d'une meilleure compréhension du phénomène de dépendance. Il est donc préférable, comme le pratiquent déjà certaines post-cures, que les transgressions soient considérées comme des incidents de parcours inévitables, et soient prises en considération dans le projet individuel de la personne.

#### \* Une articulation plus forte avec une équipe médicale locale

Certains centres qui pratiquent des conditions d'admission extrêmement strictes ne ressentent pas le besoin de faire intervenir un médecin dans la post-cure, et ne disposent d'aucun personnel médical. Cette situation, certes exceptionnelle, est incompatible avec la nécessité d'assouplir les conditions d'admission et de définir des projets thérapeutiques individuels. Ainsi, les post-cures ne peuvent avoir une vocation uniquement éducative, les prestations qu'elles fournissent doivent aussi intégrer les aspects sanitaires et sociaux.

De nombreux centres fonctionnent ainsi en étroite collaboration avec les équipes médicales locales. Les interventions médicales dans les centres ou en faveur des clients des centres accroît la palette des prestations disponibles.

Elles permettent notamment de :

- gérer la question du sevrage : lorsque les post-cures ont choisi de traiter le problème du sevrage eux-mêmes avec l'aide de l'hôpital du lieu où se trouve le centre, ou du médecin du centre, ces collaborations évitent l'exclusion des personnes qui n'arrivent pas complètement sevrées, et inscrivent la prise en charge dans le centre dans une continuité ;

- accueillir des personnes atteintes de troubles infectieux : de nombreuses personnes atteintes de troubles infectieux (VIH ou VHC) nécessitent un accueil en post-cure afin soit de débuter un traitement de substitution, soit d'engager un sevrage. La post-cure devra être en mesure de lui assurer les conditions d'un soutien médical adapté à son cas. Désormais, en aucun cas, l'existence d'un trouble somatique ne peut justifier la non admission en post-cure ;

- accepter des personnes sous traitement médicamenteux : de nombreuses personnes nouvellement sevrées ou sous traitement de substitution connaissent des états dépressifs, des insomnies majeures, voire des troubles psychiatriques qui sont améliorés par un traitement médicamenteux adapté ;

- mettre en place un traitement de substitution avant la sortie de la post-cure : avant la sortie de la post-cure, comme avant la sortie de prison, certaines personnes qui se sentent trop fragiles souhaitent l'aide d'un traitement de substitution. Dans ces cas, il est nécessaire que ce traitement soit initié avant la sortie et qu'un relais soit prévu avec un centre de soins ou un médecin de ville.

#### \* Ouverture sur l'environnement social

Le fait que les durées réglementaires de séjour en post-cure soient comprises en moyenne entre trois et six mois ne doit pas être un obstacle à une ouverture sur l'environnement social et professionnel qui est une condition de la réinsertion ultérieure de la personne toxicomane. A cet égard, il importe que pendant le passage en post-cure, la question sociale ne soit pas occultée. Le projet thérapeutique devra donc mettre l'accent sur au moins trois éléments.

- Ouverture des droits sociaux : toute personne sortant d'une post-cure devra avoir fait les démarches nécessaires à l'ouverture de ses droits, et en disposer effectivement.

- Engagement dans une dynamique d'aide à l'insertion : le séjour dans le centre doit être l'occasion de se réapproprier les compétences nécessaires à la poursuite d'un parcours de réinsertion à la sortie (stages, recherche d'une qualification ...). A ce titre, il importe de mettre en oeuvre, soit dans le cadre d'ateliers d'aide à l'insertion, soit en relation avec le tissu local, des activités qui réinscrivent la personne dans une dynamique positive. Ainsi, l'ouverture du centre vers l'extérieur et la nature valorisante de certaines activités sont des paramètres importants pour le bon déroulement du séjour et la préparation à la sortie.

- Possibilité d'un recrutement local et national : afin d'éloigner réellement la personne de son environnement, certains centres refusent les personnes en provenance de leur département d'implantation. Or, compte tenu de la nécessité de réinscrire la personne dans une dynamique sociale, il n'est pas légitime de refuser des personnes en provenance du département de la post-cure.

#### \* Conditions des éventuels redéploiements

Certaines post-cures dont le fonctionnement est en décalage manifeste par rapport aux demandes actuelles, ou qui refuseront d'adapter leur projet thérapeutique seront amenées à se restructurer en profondeur. Une restructuration devra être engagée non seulement dans les cas prévus par le décret du 29 juin 1992 (désaccord persistant avec le préfet sur le projet thérapeutique, déséquilibre financier au delà de deux ans), mais aussi lorsque la post-cure connaît un taux d'occupation trop faible ainsi qu'une durée moyenne de séjour trop brève.

A cet égard, à titre indicatif, il est possible de définir deux "indicateurs d'alerte" qui peuvent révéler des dysfonctionnements : un taux d'occupation inférieur à 80%, et un taux moyen de rotation des personnes accueillies inférieur à deux mois.

Lorsque ces indicateurs d'alerte sont identifiés, il importe dans un premier temps d'inciter la structure à revoir son projet thérapeutique pour recadrer son activité. A défaut d'une amélioration de la situation, deux évolutions sont possibles :

- recherche d'un organisme gestionnaire pour reprendre la gestion du centre avec un nouveau projet thérapeutique ;
- fermeture de la structure.

Dans la mesure où les recrutements en post-cure sont à la fois locaux et nationaux, lorsqu'une post-cure est amenée à fermer dans un département, les crédits afférents ne peuvent être laissés au niveau départemental. Ils doivent faire l'objet d'une remontée au niveau national, où leur affectation sera réinstruite ainsi que d'une information de la région.

#### b. Les communautés thérapeutiques

Enfin, la formule intéressante de la communauté thérapeutique, récemment développée pour répondre aux besoins de patients souvent plus âgés, propose une prise en charge fondée sur la dynamique de groupe encadrée d'une équipe thérapeutique et dans l'optique d'une aide à l'insertion socio-professionnelle soutenue. La garantie des libertés individuelles des personnes doit être rappelée et les projets individuels favorisés.

#### c. Les appartements thérapeutiques

L'appartement thérapeutique contribue à la réadaptation psychosociale des personnes toxicomanes. Il a pour vocation d'offrir aux résidents un hébergement autonome et un soutien psycho-social, dans un but d'autonomie. Conçus à une époque où les logements sociaux étaient encore peu nombreux et donc presque inaccessibles aux personnes toxicomanes, ces appartements thérapeutiques ne doivent aujourd'hui être réservés qu'aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale. En effet, les personnes toxicomanes bénéficiant de revenus peuvent accéder aux dispositifs d'hébergement sociaux de droit commun, et solliciter par ailleurs un suivi thérapeutique par un centre spécialisé.

Or, on constate de nombreux dysfonctionnements préjudiciables à l'accès à cette modalité de prise en charge. Ainsi, certains centres exigent que l'entrée en appartement thérapeutique soit soumise à la nécessité de disposer de ressources (RMI, allocation chômage, AAH), pour participer à son financement. Cette contribution financière devient dans les faits souvent un critère d'admission, alors que les CSST devraient utiliser les dispositifs d'aide au logement de droit commun pour aider les patients.

En conséquence, il importe, pour mettre fin à ces écarts, de recentrer l'appartement-thérapeutique sur deux missions :

- le suivi de patients trop fragilisés pour assumer leur autonomie et nécessitant une prise en charge médico-sociale et psycho-éducative intense et soutenue ;

- l'hébergement d'urgence et de transition. Il s'agit de favoriser un accueil de courte durée modulable en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne : permettre une "pause" dans le parcours individuel, stabiliser un traitement de la dépendance (sevrage / substitution), amorcer une démarche individuelle (orientation vers un soin au long cours, aide à l'insertion). Un accompagnement socio-éducatif et/ou sanitaire doit pouvoir assurer une meilleure prise en compte de problèmes particuliers liés à une importante désocialisation.

Ce type d'hébergement doit permettre aussi l'accueil de personnes toxicomanes sortant de prison ou dans le cadre d'une mesure d'alternative à l'incarcération.

#### *d. Familles d'accueil*

La formule de la famille d'accueil a montré son utilité au sein du dispositif de prise en charge des personnes toxicomanes. Les indications d'un séjour en famille d'accueil varient selon la situation sanitaire et sociale de la personne. La famille d'accueil peut être utilisée comme lieu de pause notamment pour les personnes toxicomanes ayant des affections somatiques lourdes (VIH, VHC) ou se trouvant en phase de stabilisation d'un traitement de substitution.

### III. PROCEDURES

Il vous appartient de mobiliser vos partenaires institutionnels afin de concrétiser les orientations définies ci-dessus dans la mise en place d'un schéma départemental prenant en compte l'ensemble des produits concernés. Le financement de mesures nouvelles spécifiques interviendra en 1999 dans le cadre d'un plan triennal d'ensemble des mesures de lutte contre la toxicomanie et qui sera présentée par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie .

Le directeur général de la santé,  
Professeur Joël MÉNARD

## Annexe 6

## CONVENTIONS DEPARTEMENTALES D'OBJECTIFS

DEPARTEMENT	FINANCEMENT						TOTAL
	1993 (6 mois)	1994	1995	1996	1997	1998	
06 Alpes-Maritimes			- F	365 000,00 F	600 000,00 F	585 000,00 F	1 550 000,00 F
13 Bouches-du-Rhône	884 000,00 F	2 008 000,00 F	2 248 000,00 F	2 248 000,00 F	2 246 000,00 F	2 246 000,00 F	11 880 000,00 F
26 Drôme			487 500,00 F	512 250,00 F	590 000,00 F	575 000,00 F	2 164 750,00 F
31 Haute-Garonne	550 000,00 F	1 100 000,00 F	1 258 000,00 F	1 290 000,00 F	1 220 000,00 F	1 189 500,00 F	6 607 500,00 F
33 Gironde			367 000,00 F	348 000,00 F	348 000,00 F	348 000,00 F	1 411 000,00 F
34 Hérault			408 000,00 F	163 000,00 F	460 000,00 F	342 000,00 F	1 373 000,00 F
44 Loire-Atlantique	75 000,00 F	150 000,00 F	150 000,00 F	150 000,00 F	75 000,00 F	100 000,00 F	700 000,00 F
45 Loiret			160 000,00 F	72 000,00 F	160 000,00 F	156 000,00 F	548 000,00 F
51 Marne			417 000,00 F	500 000,00 F	500 000,00 F	400 000,00 F	1 817 000,00 F
54 Meurthe-et-Moselle			350 000,00 F	76 000,00 F	300 000,00 F	350 000,00 F	1 076 000,00 F
57 Moselle	200 000,00 F	800 000,00 F	700 000,00 F	700 000,00 F	7 000,00 F	650 000,00 F	3 057 000,00 F
59 Nord	425 000,00 F	2 657 000,00 F	850 000,00 F	850 000,00 F	917 000,00 F	950 000,00 F	6 649 000,00 F
62 Pas-de-Calais	400 000,00 F	800 000,00 F	800 000,00 F	665 750,00 F	1 305 000,00 F	1 272 500,00 F	5 243 250,00 F
67 Bas-Rhin			220 000,00 F	66 000,00 F	400 000,00 F	400 000,00 F	1 086 000,00 F
68 Haut-Rhin			60 000,00 F	90 000,00 F	135 000,00 F	100 000,00 F	385 000,00 F
69 Rhône	200 000,00 F	420 000,00 F	440 000,00 F	140 000,00 F	140 000,00 F	136 500,00 F	1 476 500,00 F
75 Paris	200 000,00 F	400 000,00 F	447 000,00 F	156 000,00 F	420 000,00 F	445 000,00 F	2 068 000,00 F
76 Seine-Maritime	- F	- F	248 000,00 F	200 000,00 F	410 000,00 F	410 000,00 F	1 268 000,00 F
77 Seine-et-Marne	- F	- F	300 000,00 F	72 000,00 F	342 000,00 F	333 500,00 F	1 047 500,00 F
78 Yvelines	100 000,00 F	305 000,00 F	410 000,00 F	410 000,00 F	410 000,00 F	400 000,00 F	2 035 000,00 F
80 Somme						236 000,00 F	236 000,00 F
81 Tarn			200 000,00 F	100 000,00 F	200 000,00 F	195 000,00 F	695 000,00 F
84 Vaucluse			325 000,00 F	304 000,00 F	530 000,00 F	516 500,00 F	1 675 500,00 F
91 Essonne	175 000,00 F	350 000,00 F	412 000,00 F	412 000,00 F	412 000,00 F	412 000,00 F	2 173 000,00 F
92 Hauts-de-Seine	375 000,00 F	750 000,00 F	750 000,00 F	750 000,00 F	750 000,00 F	731 000,00 F	4 106 000,00 F
93 Seine-Saint-Denis	450 000,00 F	900 000,00 F	900 000,00 F	700 000,00 F	600 000,00 F	585 000,00 F	4 135 000,00 F
94 Val-de-Marne	410 000,00 F	820 000,00 F	820 000,00 F	820 000,00 F	820 000,00 F	800 000,00 F	4 490 000,00 F
95 Val-d'Oise	420 000,00 F	1 040 000,00 F	840 000,00 F	840 000,00 F	1 010 000,00 F	985 000,00 F	5 135 000,00 F
971 Guadeloupe						300 000,00 F	300 000,00 F
972 Martinique						200 000,00 F	200 000,00 F
<b>TOTAL</b>	<b>4 864 000,00 F</b>	<b>12 500 000,00 F</b>	<b>14 567 500,00 F</b>	<b>13 000 000,00 F</b>	<b>15 307 000,00 F</b>	<b>16 349 500,00 F</b>	<b>76 588 000,00 F</b>