

Note de service DGS/SP 3 n° 98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes

05/11/1998

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 ;
- 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 01-40-56-43-79) ou à la direction générale de la santé (D. de Galard, 01.40.56.56.23).

I. - PORTEE JURIDIQUE DE L'ARTICLE 3 DU DECRET

Lorsque le CSST révisé 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.

1. 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,

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-de-service-dgssp-3-n-98-659-du-5-novembre-1998-relative-a-la-revision-des-projets-therapeutiques-des-centres-specialises-de-soins-aux-toxicomanes/>

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 n° 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 (1), et les CSST avec hébergement signalent que plus de 15 % des résidents arrivent dans les structures sans couverture sociale.

(1) Enquête INSERM, sur le suivi épidémiologique des patients sous méthadone.

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 à 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.

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.

2. 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'acquiescer 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 consommation

Une partie de la population des moins de vingt ans présente des comportements de consommation qui se caractérisent principalement par une consommation 'toxicomaniaque' 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 héroïnomanie 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 vingt-deux 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 (1) est un produit dangereux qui peut provoquer des troubles psychiatriques à court, moyen ou long terme, ainsi que des problèmes cardiaques et endocriniens ;
- (1) Expertise collective de l'INSERM.
- à la dangerosité du produit s'additionne 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.

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.

3. Éléments 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.

III. - ORIENTATIONS RELATIVES AUX CENTRES SPECIALISES DE SOINS AVEC HEBERGEMENT

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

1. Les postcures

La postcure 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 postcures 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 postcures, qui seront prochainement appelées centre thérapeutique résidentiel (1) doivent répondre aujourd'hui. Il serait donc souhaitable que la révision de leurs projets thérapeutiques se réalise en ce sens.

(1) Adoption prochaine d'un arrêté relatif aux CSST.

Même avec l'introduction des traitements de substitution, les indications d'hébergement en 'postcure' 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.

Compte tenu de la diversification des demandes, le principe qui doit prévaloir aujourd'hui dans le fonctionnement des postcures 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 postcures 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 postcure, 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 sanitaire ou social.

Il importe donc que désormais les postcures 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 restent 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 postcures, la transgression du règlement intérieur conduit inévitablement à l'exclusion de la structure. Aujourd'hui, cette règle doit être reconsidérée 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 postcures, 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 postcure, 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 postcures 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 postcures 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 postcure afin soit de débiter un traitement de substitution, soit d'engager un sevrage. La postcure 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 postcure ;
- 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 postcure : avant la sortie de la postcure, 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 postcure 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 postcure, 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 postcure 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 postcure.

Conditions des éventuels redéploiements

Certaines postcures 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 postcure sont à la fois locaux et nationaux, lorsqu'une postcure 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.

2. 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 socioprofessionnelle soutenue. La garantie des libertés individuelles des personnes doit être rappelée et les projets individuels favorisés.

3. 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 psychosocial, 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 souvent devient dans les

faits 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.

4. 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.

IV. - 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 présenté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Référence : décret n° 92-590 du 29 juin 1992.

La ministre de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Sous-direction santé des populations. Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances

Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour information).

Texte non paru au Journal officiel.