

RAPPORT PUBLIC PARTICULIER
RELATIF AU DISPOSITIF DE LUTTE
CONTRE LA TOXICOMANIE

Juillet 1998

Table des matières

Avertissement
Une réalité difficile à cerner
Les modalités de l'enquête
Chapitre I – La pluralité des acteurs publics
I - L'ÉTAT
A - Les crédits spécifiques
B - Crédits des ministères sociaux
II - Les nouveaux acteurs publics
A - Collectivités territoriales
B - Les organismes de sécurité sociale
C - Les financements européens
Chapitre II - Le pilotage central
I - Le dispositif institutionnel
A - Le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie
B - La structure administrative de coordination interministérielle
II - La volonté politique
A - Les plans d'action successifs
B - La portée du pilotage central
Chapitre III - La conduite des actions de terrain
I - La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes
A - Le dispositif spécialisé
B - Le dispositif sanitaire de droit commun
C - Les programmes de substitution
D - L'insertion sociale des toxicomanes
E - La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes dans deux départements

II - La pris en charge des toxicomanes soumis à une mesure justice
A - La conciliation du volet répressif et de la prise en charge sanitaire
B - Le dispositif de prise en charge des toxicomanes incarcérés
C - La préparation à la sortie
D - La prise en charge des toxicomanes soumis à une mesure de justice dans deux départements
III - La prévention
A - La prévention globale des conduites toxicomaniaques
B - Les lieux d'Écoute
C - La dispersion des actions
Chapitre IV – La coordination et le contrôle des actions de terrain
I - Le rôle de l'État
A - Les relations entre les administrations centrales et les services déconcentrés
B - La coordination au plan local
C - La délégation d'attributions à des associations
D - La coordination de la lutte contre la toxicomanie dans le département du Nord
II - Le contrôle de l'emploi des crédits publics : l'exemple de trois associations
A - SOS Drogue International
B - L'association L. J. Engelmajer
C - Le service d'aide aux jeunes en difficulté (SAJED)

Chapitre V – Les bases scientifiques de l’action
I - La connaissance du phénomène
A - La connaissance des toxicomanes
B - La Connaissance des produits et des consommations
II - L’observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)
A - Modalités de mise en place
B - Relations avec Toxibase
III - Connaissance scientifique et action publique
Propositions
I - Mieux cerner la connaissance du phénomène
A - Donner une impulsion nouvelle à la recherche en toxicomanie
B - Donner sa pleine mesure à l’injonction thérapeutique
C - Améliorer la formation des intervenants
D - Organiser la politique de prévention
II - Clarifier les Rôles respectifs des divers acteurs
A - Harmoniser les interventions de l’État et des autres acteurs publics
B - Coordonner et contrôler les actions de terrain
III - Confirmer le Le rôle de pilotage confié à la MILDT
A - Le statut de la MILDT
B - Le rôle de la MILDT au plan international
C - Les moyens budgétaires de la MILDT
Annexes
Glossaire

Avertissement

Une réalité difficile à cerner

Jusqu'à la fin des années 1960, la toxicomanie était confinée dans des milieux sociaux restreints - cercles marginaux ou mondains - ayant recours à quelques produits diffusés en petites quantités selon des procédés artisanaux - essentiellement la morphine, l'opium, la cocaïne et, plus tardivement, le L.S.D. Au cours des trente dernières années, elle a connu une expansion rapide et pris la dimension d'un fléau social majeur, en France comme dans la plupart des pays occidentaux.

Toute la société est désormais affectée. Le trafic et l'usage de la drogue touchent, à des degrés divers, l'ensemble du territoire, n'épargnant plus les zones rurales ; ils concernent de plus en plus fréquemment de nouveaux produits, notamment de synthèse. Les polytoxicomanies se multiplient. La culture des plantes de base, la fabrication des produits de synthèse, font désormais l'objet, à l'échelle de la planète, d'une industrie et d'un commerce particulièrement lucratifs. A partir de 1985, la toxicomanie a pris, de surcroît, une dimension dramatique avec la propagation des pandémies du SIDA et de l'hépatite C par l'usage de la seringue dans le recours aux stupéfiants.

Tout laisse craindre que la toxicomanie soit désormais durablement installée dans notre société : situation économique et sociale, perte des repères sociaux, familiaux et culturels traditionnels, mais aussi pression de réseaux spécialisés toujours mieux organisés.

Au cours des vingt dernières années, de nombreux rapports ont été consacrés à la lutte contre la toxicomanie. Certains d'entre eux s'attachent à des aspects particuliers du dispositif ¹. D'autres portent sur l'ensemble de cette politique, comme le rapport fait en 1980 par Mme Pelletier au Président de la République, le rapport de Mme Sullerot au Conseil économique et social (1989), celui établi en 1990 par Mme Trautmann à la demande du Premier ministre ou le rapport remis en février 1995 par le

1) Injonction thérapeutique, centres spécialisés de soins aux toxicomanes, antennes spécialisées en milieu pénitentiaire, prévention, etc.

professeur Henrion au ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Plusieurs de ces études posent notamment la question de l'opportunité de dépénaliser ou non le trafic et l'usage de tel ou tel produit.

La Cour des comptes n'a pas qualité pour prendre position sur les choix de société afférents à la lutte contre la drogue et la toxicomanie telle qu'elle est définie par le code de la santé publique. Néanmoins, plus d'un quart de siècle après la promulgation de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, qui constitue encore la clé de voûte du système français en la matière, l'examen des aspects administratifs et financiers du dispositif de lutte contre la toxicomanie lui a paru tout à la fois conforme à sa vocation et opportun. Cette politique associe en effet de très nombreux ministères, organismes et collectivités publics. Sa mise en œuvre incombe aux structures sanitaires et sociales, comme aux services de la police, de la gendarmerie, des douanes et de la justice ou à ceux en charge des affaires étrangères et de la coopération. Elle mobilise directement ou indirectement un montant sans cesse croissant de deniers publics. Les crédits spécifiquement ouverts à cette fin dans le seul budget de l'État de 1998 dépassent un milliard de francs, en augmentation d'environ 60 % en francs constants par rapport à 1987.

L'appréciation des résultats de cette politique est particulièrement malaisée. L'évaluation de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (cf. la mesure n° 32 du plan d'action de lutte contre la drogue du 9 mai 1990) décidée le 21 mars 1991 par le comité interministériel de l'évaluation des politiques publiques, n'a ainsi pas abouti. Ces travaux d'évaluation ont été suspendus en juin 1993 à la demande du commissariat général au plan sans avoir dépassé le stade des discussions méthodologiques, aucun accord n'ayant pu être dégagé sur le plan thérapeutique².

La toxicomanie étant un phénomène souterrain, il est impossible de s'appuyer pour l'analyser sur des données chiffrées rigoureuses et pertinentes. Qui plus est, la notion même de toxicomanie est difficile à cerner. Le concept juridique d'usager de drogues illicites doit, en effet, être distingué de l'approche médicale du phénomène qui met l'accent sur l'existence d'une dépendance. Si pour certains types de drogues la dépendance apparaît rapidement et la proportion d'usagers occasionnels

2) Lors d'une réunion au commissariat général du plan le 24 février 1993, il était, en effet, observé que "de toutes les évaluations de politiques publiques, celle-ci est la plus difficile car c'est celle qui confronte le plus de ministères".

est donc très faible, cette distinction est beaucoup plus significative dans d'autres cas, particulièrement pour les usagers de cannabis dont beaucoup, semble-t-il, restent au stade de l'expérimentation.

Un rapport établi en 1995 ³ souligne que "l'utilisation d'une terminologie claire et de concepts rigoureusement définis à partir de méthodologies cliniques validées manque cruellement en France. Une certaine désinvolture est souvent de mise. Sous le vocable toxicomanie, des pratiques consommatrices hétérogènes sont amalgamées, quant à la nature des produits, aux personnes consommant, à la sévérité des problèmes ⁴, à la présence ou non de complications, ainsi qu'à l'évolution dans le temps des consommations. La littérature française, la terminologie administrative, les usages langagiers des intervenants, devraient être améliorés pour plus de clarté et pour pouvoir comparer les études, les recherches, les actions".

Selon le directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "entre l'usage de drogue et la toxicomanie, il existe toute une palette de conduites ou de modalités d'usage : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs avec toutes les conséquences qui s'ensuivent sur l'état physique et psychique des individus, dépendance lorsque la personne devient prisonnière du seul but de trouver le produit qui lui manque. Toutes ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane ou de toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du phénomène, notamment dans son évaluation quantitative : combien y a-t-il de toxicomanes ?".

En rapprochant les sources existant sur des champs partiels (cf. ci-après chapitre V), l'OFDT estime à 7 millions le nombre de personnes qui ont, en France, consommé au moins une fois au cours de leur vie une drogue illicite ou un produit détourné de son usage normal et à 2 millions le nombre de celles qui en auraient pris durant l'année écoulée. Dans 90 % des cas, le produit utilisé est le haschich. Pour les usagers dépendants, les seules données disponibles portent sur les toxicomanes utilisant comme produit principal de l'héroïne, dont le nombre est évalué par l'OFDT à environ 160 000. Cette estimation - nécessairement très arbitraire - ne prend en compte que "les personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système sanitaire et social".

3) Professeur Parquet. Rapport sur la place de l'hôpital dans la prise en charge des patients toxicomanes.

4) Des outils d'évaluation sont utilisés à cette fin dans les pays anglo-saxons (Addictive severity index).

Quoi qu'il en soit, la toxicomanie est désormais au premier rang des préoccupations des Français.

"L'usage de drogue est, malheureusement, toujours aussi important", constate l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, qui note toutefois que "la consommation d'héroïne baisse pour la première fois depuis 1990"⁵.

LA COMPLEXITÉ DE LA NOTION DE TOXICOMANIE

En 1931, la Société des Nations avait chargé une commission consultative de proposer une définition des drogues nuisibles à soumettre au droit international. Elle n'y réussit que partiellement. En 1950, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) confia ce soin à un "comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie". En 1952, une première définition du mot toxicomanie fut publiée. La toxicomanie ou assuétude était définie comme un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Ses caractéristiques sont notamment : un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens ; une tendance à augmenter les doses ; une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ; des effets nuisibles pour l'individu et la société.

Cette définition de la toxicomanie ne correspondait pas aux traités internationaux qui soumettaient également à un contrôle des substances créant une simple accoutumance, celle-ci se distinguant de la toxicomanie par l'absence de dépendance physique et l'absence ou du moins la faiblesse de la tendance à augmenter les doses.

En 1964, le sixième rapport de l'OMS, soulignant la difficulté de trouver un terme applicable à l'abus des drogues en général, affirme que l'élément commun aux différents abus constatés semble être un état de dépendance psychique ou physique accompagné accessoirement d'une tolérance à la prise de toxique. La dépendance physique est "un état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise". La dépendance psychique est "un état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique. Ces troubles, c'est-à-dire les symptômes de sevrage ou d'abstinence se composent de symptômes et de signes de nature physique ou psychique qui sont caractéristiques de chaque drogue". La tolérance est la propriété de supporter, sans manifester de réaction, l'administration de doses habituellement actives d'une substance

5) OCRTIS : usage et trafic de stupéfiants - statistiques 1996.

déterminée. En matière de drogue, cette tolérance peut conduire à augmenter les doses afin de retrouver l'effet recherché.

A ces notions s'ajoute celle de pharmacodépendance qui s'applique à l'abus de médicaments psychotropes. Elle a été définie comme suit par le comité d'experts de l'OMS en 1969 : "état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique de façon à retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments".

Ces définitions ne suffisent pas à rendre compte de la complexité des comportements toxicomaniaques. La consommation abusive de médicaments, psychotropes ou autres, peut induire une dépendance. Les médicaments psychotropes sont d'ailleurs souvent utilisés par les toxicomanes en association avec l'alcool ou des drogues illicites dont ils majorent l'effet, dans le cadre de polytoxicomanies. Plusieurs rapports (notamment le rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et des tranquillisants en France présidé par le Pr Legrain - novembre 1990, Pr Zarifian, 1996) se sont inquiétés à cet égard de la situation observée en France dont le marché du médicament se caractérise par la plus forte consommation de tranquillisants et d'hypnotiques des pays occidentaux, constat qui doit toutefois être replacé dans le contexte d'une consommation pharmaceutique par habitant globalement supérieure. Selon certains auteurs, une forte consommation médicamenteuse de la mère ou dans la petite enfance serait un des facteurs de "risque toxicomaniaque". La consommation régulière de psychotropes peut être très précoce. Ainsi une étude menée en 1989 - 1990 dans les écoles du Bas-Rhin à l'occasion de la visite médicale obligatoire d'entrée en cours préparatoire auprès d'enfants âgés d'environ six ans, en présence des parents, faisait apparaître que 12,1 % des 11 274 enfants examinés prenaient au moins un psychotrope, 15 % de ces enfants "consommateurs" étaient des utilisateurs quotidiens. Cependant, ainsi que l'observe le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, les cliniciens estiment que la notion de dépendance physique ou psychique n'est pas suffisante pour définir la toxicomanie : "pour être considéré comme toxicomane, non seulement le sujet doit être dépendant, mais il doit également reléguer au second plan ses autres investissements affectifs ou sociaux. Cet élément permet d'établir une différence entre la toxicomanie "vraie" et les autres formes de pharmacodépendance (comme le tabagisme) caractérisée, certes, par une dépendance établie mais qui n'empêchent pas le sujet de conserver des relations sociales et affectives en dehors de son produit". Selon la classification des troubles psychiatriques effectuée par l'association américaine de psychiatrie, le diagnostic de dépendance est, en effet, établi au vu de manifestations symptomatiques et de dysfonctionnements des

cognitions et des conduites (abandon ou réduction "d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir en raison de l'utilisation de la substance toxique", "temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance toxique, la consommer ou récupérer de ses effets").

Au-delà des données neurobiologiques, la notion de toxicomanie se définit donc au regard de données touchant à l'intégration sociale, à la relation au produit et aux risques que la consommation fait courir à l'intéressé et à autrui.

Les modalités de l'enquête

Les investigations de la Cour auprès des administrations centrales et de l'instance interministérielle de coordination⁶ ont été complétées par des enquêtes menées par questionnaires et sur place dans dix départements touchés à des degrés divers par le trafic et l'usage de drogues. Le choix de ces départements a répondu au souci d'examiner à la fois des départements particulièrement concernés (Paris, le Nord, les Bouches-du-Rhône, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, les Yvelines, la Moselle), des départements encore peu atteints (la Sarthe) avec quelques situations intermédiaires, elles-mêmes contrastées (la Seine-Maritime) et ce, parfois au sein d'un même département (la Seine-et-Marne).

Les comptes des deux groupements d'intérêt public (G.I.P.) œuvrant dans le champ de la toxicomanie - Drogue Info Service et l'OFDT - ont été vérifiés.

En raison de la place prépondérante des associations dans le dispositif, trois d'entre elles ont fait l'objet d'un contrôle particulier : l'association Toxibase, qui gère un réseau de documentation, et deux associations, de taille inégale, qui s'occupent de la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes : le Service d'aide aux jeunes en difficulté (SAJED) qui intervient en Seine-et-Marne, et une association de portée nationale "SOS Drogue International". En outre, la Cour a vérifié le compte d'emploi des subventions accordées par l'État à l'association L.J. Engelmajer, créée en 1974 sous le nom de "Patriarche".

Par ailleurs, compte tenu de l'intervention croissante des collectivités territoriales, en particulier dans le champ de la prévention, et du rôle des hôpitaux participant au service public hospitalier dans la prise en charge sanitaire des toxicomanes, la Cour a complété son information grâce au concours de plusieurs chambres régionales des comptes (Ile-de-France, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Lorraine, Bourgogne, Basse-Normandie, Midi-Pyrénées). Elle a également pris appui sur les rapports de plusieurs corps de contrôle (inspections générales des affaires sociales, de l'administration de l'éducation nationale, des services judiciaires et de l'administration).

6) La délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie devenue mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (cf. chapitre II).

Il n'est enfin sans doute pas inutile de préciser que la Juridiction ne s'est pas directement informée sur les dispositions prises dans les autres pays comparables, notamment de l'Union européenne ⁷.

La Cour a examiné l'application de la loi de 1970 dans les deux domaines de l'emploi des fonds publics et de l'organisation administrative.

Elle a constaté l'intervention des différents secteurs publics dans un domaine que la loi réserve à l'Etat (chapitre I) et l'insuffisance de la volonté politique et par voie de conséquence du dispositif institutionnel (chapitre II).

Après avoir examiné différents volets de l'action publique sur le terrain (chapitre III), elle a relevé les carences de l'organisation des services de l'Etat en ce qui concerne la coordination des actions et le contrôle de l'emploi des fonds publics (chapitre IV).

S'interrogeant sur les causes des dysfonctionnements observés tant à l'échelon central qu'au plan local, la Cour souligne le défaut de connaissance du phénomène de la toxicomanie, dû notamment à l'insuffisance de la recherche (chapitre V). Son enquête la conduit à formuler quelques propositions (chapitre VI).

⁷) L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) publie un rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne.

Chapitre I

La pluralité des acteurs publics

Votée à l'unanimité, la loi du 31 décembre 1970 donne à l'Etat une compétence exclusive en matière de lutte contre la toxicomanie. Ce principe fondateur a été confirmé par l'article 51 de la loi du 22 juillet 1983 qui confie aux départements une compétence de droit commun dans le domaine de l'aide sociale.

Dans la pratique, l'extension de la toxicomanie au cours des 25 dernières années a cependant contraint de nombreux autres acteurs publics à participer à la lutte contre ce fléau social : collectivités locales - départements, mais aussi communes, voire régions, organismes de sécurité sociale - de la branche maladie comme de la branche famille - institutions de l'Union européenne.

Dès lors, il est, de plus en plus difficile d'évaluer l'ensemble des financements publics de la lutte contre la toxicomanie.

I - L'ÉTAT

Évaluation globale

La lutte contre la toxicomanie fait intervenir un très grand nombre de ministères qui, selon leur vocation, participent à des actions de prévention, à la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes ou à l'action de répression en ce domaine.

La multiplicité des administrations concernées rend difficile, voire impossible, l'identification de tous les crédits affectés par l'État à la lutte contre la drogue et la toxicomanie sur les budgets propres des ministères.

Pour s'en tenir aux seules actions identifiées comme participant à la prévention primaire ou secondaire de la toxicomanie, pas moins de six ministères sont concernés. Outre ceux qui ont des responsabilités particulières à l'égard de la jeunesse (éducation nationale, jeunesse et sports) et les administrations dites "sociales" (ministère de l'emploi et de la solidarité) interviennent également à ce titre le ministère de l'intérieur, celui de la défense (gendarmerie notamment), le ministère de l'économie et des finances (douanes) le secrétariat d'État pour l'outre-mer. Au surplus, le fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (FAS), établissement public administratif de l'État, cofinance certaines actions.

prévention primaire et secondaire

La prévention primaire consiste à préparer les individus - et en particulier les jeunes - à refuser les sollicitations.

La prévention secondaire, qui comprend les actions dites de "réduction des risques", a pour but d'éviter le passage de l'usage des drogues à l'abus et de l'abus à la dépendance, selon la terminologie proposée par le professeur Parquet (rapport de 1995 cité ci-dessus).

Afin d'encourager les toxicomanes à se faire soigner sans crainte d'être répertoriés comme usagers de la drogue, la loi du 31 décembre 1970 a établi un mode dérogatoire de prise en charge anonyme et gratuite des dépenses d'hospitalisation et de soins correspondant au traitement de la toxicomanie. Comme l'a confirmé la loi du 22 juillet 1983, le financement de ces dépenses relève, en principe, de la seule responsabilité de l'État. Sur cette base législative s'est peu à peu constitué un dispositif spécialisé, marqué par la prépondérance du secteur associatif

dont le développement a eu pour inconvénient de ne pas inciter le système sanitaire et social de droit commun à s'engager dans cette lutte ⁸.

La justice est au centre du dispositif. D'un côté, selon les modalités prévues par la loi pour l'injonction thérapeutique, elle aménage la règle de l'interdiction de l'usage en offrant aux consommateurs de drogue appréhendés la possibilité d'éviter les poursuites ou les sanctions pénales en se faisant soigner. De l'autre, elle réprime le trafic dont la drogue fait l'objet et le blanchiment de l'argent qui lui est lié.

Le volet répressif du dispositif de lutte contre la toxicomanie fait intervenir la police, la gendarmerie et les douanes en liaison avec la justice.

La polyvalence des missions de la gendarmerie et des douanes ne permet pas d'isoler les dépenses consacrées à cette action dans leur budget, à l'exception de certaines dépenses spécifiques (chiens antidrogue, matériels de détection). Ce constat vaut également pour le budget du ministère de l'intérieur, hormis pour certaines structures exclusivement consacrées à la lutte contre la toxicomanie (Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants, brigades spécialisées). De même, pour l'éducation nationale, il est impossible, par exemple, d'identifier la contribution du budget du service de santé scolaire ou du budget du service social scolaire à la lutte contre la toxicomanie.

Une estimation globale des dépenses affectées à la lutte contre la drogue et la toxicomanie par les divers ministères suppose donc une approche faisant appel à des clefs de répartition avec les incertitudes inhérentes au choix de celles-ci, à l'évaluation des charges de personnel, à l'hétérogénéité des modes d'action des différentes administrations.

Le chiffrage de l'ensemble des dépenses de l'État affectées à la lutte contre la drogue et la toxicomanie a certes été tenté dès 1972 par le ministère en charge de la santé dans le cadre d'une étude particulièrement ambitieuse puisqu'elle visait à évaluer l'ensemble des coûts sociaux et économiques concernés, mais reposant par nature sur des paramètres impossibles à valider. Cette étude, intitulée "Hypothèse sur le développement de la drogue en France", qui se présentait comme une première tentative, a été publiée par le ministère de la santé en juin 1972⁹. Elle prenait en compte les charges financières, directes et indirectes, dans les secteurs de la répression, du soin et de la prévention. Elle s'efforçait

⁸) Cf. rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le professeur Henrion (février 1995) et chapitre III ci-après.

⁹) "Pour une politique de la santé" (n° 20 - La lutte contre la drogue (II) - Documents pp. 95-116).

même de chiffrer les "pertes économiques" et les "pertes de vies humaines" liées à la drogue. Au total, pour 40 000 toxicomanes aux "drogues dures", l'étude parvenait à un coût social total de l'ordre de 2 milliards (en francs 1977) dans lequel les "pertes de production" représentaient près de dix fois les charges financières directes et indirectes.

Ce n'est que vingt-cinq ans plus tard qu'une évaluation globale des dépenses de l'État a été tentée par des chercheurs¹⁰ dans le cadre d'une convention avec l'OFDT. Leur "rapport intermédiaire" de février 1997 dégage un chiffre provisoire et partiel de 4,7 milliards qui ne prend pas en compte, par exemple, les dépenses financées sur son budget propre par l'Éducation nationale. Les auteurs mettent en évidence les difficultés et les limites de leur étude. Une telle recherche se heurte, en effet, au problème de la délimitation des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie et notamment aux difficultés liées aux relations complexes entre toxicomanie et délinquance, aux pathologies associées à l'usage de drogue (faut-il, par exemple, prendre en compte les dépenses de soins des patients contaminés par le VIH du fait de leur toxicomanie ?) et surtout à l'impossibilité de cerner le champ de la prévention. Convient-il de ne retenir que les actions ciblées sur la toxicomanie ou prendre en compte un concept de prévention globale ? Mais une telle conception extensive peut conduire, de proche en proche, à considérer que tout ce qui favorise l'épanouissement des jeunes concourt à la prévention de la toxicomanie.

Les fréquentes modifications de la nomenclature budgétaire compliquent de surcroît l'inventaire et le suivi des crédits spécifiquement alloués au dispositif de lutte contre la toxicomanie, même pour les crédits ouverts sur les budgets des ministères sociaux qui sont, de loin, les plus importants.

A - Les crédits spécifiques

Deux chapitres individualisent, dans les documents budgétaires, les crédits spécifiquement ouverts pour la lutte contre la toxicomanie. Il s'agit aujourd'hui, dans le budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, des chapitres 47-15, "dispositifs de lutte contre la toxicomanie", et 47-16, "action interministérielle de lutte contre la toxicomanie". Les crédits de ce dernier chapitre sont, en cours d'année, répartis par arrêté entre les différents budgets ministériels dont ils accroissent les dotations. Ils sont

¹⁰ P. Kopp, professeur à l'Université de Reims, et C. Pallé, chercheur, Groupement de recherche 1106 du CNRS : "Le coût de la politique publique de la drogue - Essai de mesure des dépenses dans les administrations de l'Etat (sur l'économie politique de la drogue)".

malaisés à isoler en exécution budgétaire. Le total des crédits spécifiques ne peut pas, dès lors, être appréhendé au niveau de la dépense effective ; il ne peut l'être qu'à celui du budget voté.

L'évolution de ces crédits est décrite par le tableau suivant, tiré des documents des lois de finances initiales.

Crédits spécifiques toxicomanie votés en lois de finances initiales
(millions de francs)

Année	Crédits interministériels	Crédits santé et ville Chapitre 47-15	Total des crédits spécifiques "toxicomanie"
1987	250,0	294,2	544,2
1988	200,0	294,2	494,2
1989	200,0	346,4	546,4
1990	250,0	352,6	602,6
1991	250,0	438,9	688,9
1992	246,9	439,9	686,8
1993	246,9	461,1	708,0
1994	237,0	484,5	721,5
1995	215,5	619,1	834,6
1996	230,5	santé 639,6) ville 50,8)) 690,4	920,9
1997	230,5	santé 694,7) ville 56,7)) 751,4	981,9
1998	294,5	779,7	1 074,2

1 - Crédits interministériels

En 1987, les crédits spécifiquement alloués par l'État à la lutte contre la toxicomanie, qui figuraient antérieurement au budget du ministère des affaires sociales, ont été quasiment doublés par l'inscription au budget de la justice d'une mesure nouvelle de 250 millions. La moitié de cette dotation était destinée à être répartie entre les budgets de différents ministères : affaires sociales pour le développement de structures de soins, intérieur et finances pour le renforcement des moyens répressifs de la police et des douanes, éducation nationale pour la formation des maîtres et le dépistage des élèves drogués dans les écoles.

C'était l'amorce d'un chapitre "réservoir" spécifique dont le rattachement budgétaire allait évoluer. En 1988 et 1989, il fut ainsi inscrit aux deux budgets de la justice et de la jeunesse et des sports, puis, de 1990 à 1996, au seul budget des affaires sociales et de la santé et, en 1997, au budget du Premier ministre (chapitre 47-01). En 1998, il est à nouveau ouvert au fascicule "santé" géré par le ministère de l'emploi et de la solidarité et doté de 294,5 millions.

Les crédits de ce chapitre sont chaque année répartis entre les différents ministères concernés, au premier rang desquels se situe l'actuel ministère de l'emploi et de la solidarité.

Tiré du compte général de l'administration des finances, le tableau suivant décrit l'évolution en exécution de ces crédits interministériels de 1987 à 1997 en distinguant :

- les crédits votés en loi de finances initiale (LFI) ou crédits initiaux ;
- les crédits à répartir, à savoir les crédits initiaux abondés de ceux votés en lois de finances rectificatives, des fonds de concours et des reports de l'année précédente ;
- les crédits répartis, par totalisation des montants figurant aux arrêtés de répartition ;
- la différence entre les crédits à répartir et les crédits répartis, correspondant en principe à des annulations décidées par voie d'arrêté et à des reports à faire sur l'année suivante.

**Crédits interministériels de lutte
contre la toxicomanie 1987 - 1998**

(millions de francs)

Année	Budget "réservoir"	Crédits initiaux (LFI)	Crédits à répartir	Crédits répartis	Différence (crédits répartis - crédits à répartir)
1987	Justice	250	250	169,4	80,6 (annulation 30 millions de francs et report 50,6 millions de francs)
1988	justice et jeunesse et sports	200	250,6	245,4	5,2 (crédit inutilisé)
1989	justice et jeunesse et sports	200	220	194,9	25,1 (report)
1990	affaires sociales et santé	250	277,1	275,1	2,0 (report)
1991	affaires sociales et santé	250	252	229,5	22,5 (annulation)
1992	affaires sociales et santé	246,9	246,9	234,6	12,3 (annulation)
1993	affaires sociales et santé	246,9	269,9	209,9	60,0 (annulation 37 millions de francs et report 23 millions de francs)
1994	affaires sociales et santé	237	260	241	19,0 (annulation 15 millions de francs et report 4 millions de francs)
1995	affaires sociales et santé	215,5	219,5	197,9	21,6 (annulation)
1996	affaires sociales et santé	230,5	230,5	230,5	---
1997	Premier ministre	230,5	230,7	230,7	---
1998	emploi et solidarité	294,5	-	-	---

De ce tableau, il ressort notamment que :

- le montant des crédits votés en lois de finances initiales a sensiblement diminué de 1987 à 1995 (- 13,8 % en francs courants) tombant de 250 à 215,5 millions. Il a ensuite été porté en 1996 et 1997 à 230,5 millions, avant de s'établir à 294,5 millions en 1998 ;

- de 1991 à 1995, le total des annulations de crédits décidées sur ce chapitre par voie d'arrêté s'est élevé à 108,4 millions, soit à plus de 9 % des crédits votés en lois de finances initiales.

La répartition de ces crédits interministériels par ministère en 1996 et en 1997 ainsi que par thèmes d'action en 1997 est précisée dans les annexes A, B et C.

B - Crédits des ministères sociaux

Il existe depuis 1986 un chapitre 47-15) "Programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie" au budget du ministère chargé de la santé. En 1996, ce chapitre a été dédoublé et un chapitre 47-15 "Programmes et dispositifs de prévention et de lutte contre la toxicomanie" a été également ouvert au budget du ministère de la ville et de l'intégration. A nouveau réunifié dans le budget 1998, ce chapitre est doté de 779,7 millions.

L'évolution des crédits ouverts¹¹ et celle des dépenses correspondantes apparaît dans le tableau suivant, tiré du compte général de l'administration des finances.

¹¹ Les crédits ouverts sont définis comme la somme algébrique des crédits initiaux votés :

- abondés des crédits votés en loi de finances rectificative, des fonds de concours, des transferts, virement ou répartitions ainsi que des reports de l'année précédente ;
- diminués des annulations de crédits et de reports sur l'année suivante.

**Exécution des crédits du chapitre 47-15
 "Dispositifs de lutte contre les toxicomanies"**

(millions de francs)

Années	Crédits initiaux	Crédits ouverts	Dépenses nettes
1987	294,2	342,2	338,5
1988	294,2	402,4	398,9
1989	346,4	409,9	403,6
1990	352,6	458,5	456,5
1991	438,9	437,3	436,9
1992	439,9	476,8	475,1
1993	461,1	548,3	547,8
1994	484,5	545,3	543,9
1995	619,1	660,3	659,3
1996	santé 639,6)) 690,4) ville 50,8)	671,7)) 768,3 96,6)	667,8)) 759,1) 91,3)
1997	santé 694,7)) 751,4 ville 56,7)	730,4)) 831,3 100,9)	726,8)) 822,0 95,2)

Des dépenses de lutte contre la toxicomanie sont également imputées sur d'autres chapitres des fascicules budgétaires gérés par les administrations sociales sans faire l'objet d'un article spécifique. C'est le cas, par exemple, des dépenses d'études imputées sur le chapitre 57-93 ou des programmes d'échange de seringues et de certains lieux d'accueil pour toxicomanes désinsérés ("les boutiques") qui sont financés sur le chapitre 47-18 "Programmes et dispositifs de lutte contre le SIDA", qui a également financé en 1994 le GIP "Drogue Info Service". C'est aussi le cas de certaines dépenses imputées en 1996 et 1997 sur le chapitre 46-60 "Interventions en faveur de la ville" du budget du ministère de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration au titre des actions de prévention de la délinquance et des contrats de ville.

A ces crédits propres des ministères sociaux s'ajoutent, comme on l'a vu ci-dessus, des crédits en provenance du chapitre "réservoir" 47-16 interministériel. Dans de nombreux cas, l'on ne peut parler de crédits spécifiquement ouverts puisqu'aucune ligne ne permet d'individualiser le suivi de ces crédits. Ainsi, par exemple, des crédits viennent abonder au chapitre 37-13 du ministère des affaires sociales les moyens de fonctionnement des directions départementales des affaires sanitaires et

sociales (DDASS) pour permettre le suivi des injonctions thérapeutiques. De même, des crédits de l'espèce viennent s'ajouter aux crédits du chapitre 66-11 de subventions d'équipements sanitaires. Le chapitre 47-13 comprenait jusqu'en 1994 une ligne spécifique (article 30, paragraphe 40), intitulée "dépenses diverses et subventions de la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie", sur laquelle était notamment financée la campagne "combat pour la vie". Mais des subventions ont aussi été accordées pour le compte de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) en 1993 sur une autre ligne (article 30, paragraphe 10), "subventions accordées par l'administration centrale", au Centre français d'éducation pour la santé (CFES) et à "l'Association nationale des intervenants en toxicomanie".

On mesure ainsi la difficulté que l'on rencontre pour isoler et donc contrôler l'emploi des différents crédits ouverts au budget de l'Etat pour la lutte contre la toxicomanie. Il paraît dès lors assez vain de recommander l'établissement d'une annexe au projet de loi de finances annuel - sur le modèle des "jaunes" budgétaires - visant à recenser l'ensemble des crédits de l'Etat affectés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

II - Les nouveaux acteurs publics

En raison des difficultés budgétaires de l'Etat, l'important développement de la toxicomanie a contraint d'autres acteurs publics à intervenir : collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale mais aussi institutions de l'Union européenne.

A - Collectivités territoriales

Longtemps réticentes, les collectivités locales - régions, départements ou communes -, directement confrontées aux conséquences sociales de la toxicomanie, s'impliquent de plus en plus dans la lutte contre ce fléau. Leur effort financier est cependant difficile à chiffrer globalement. Il existe certes des sources d'information partielles, comme la délégation interministérielle à la ville qui centralise l'ensemble des 214 contrats de ville, mais l'Etat ne dispose d'aucune information globale.

L'enquête de la Cour a montré que quelques-unes des régions entrant dans son champ apportent leurs concours. Ainsi peut-on relever, à titre d'exemple, que la région Nord-Pas-de-Calais a consacré au cours des années 1994-1995 environ 4,7 millions à la lutte contre la toxicomanie dans le cadre du volet prévention du contrat de plan Etat/région. La région Ile-de-France cofinance avec l'Etat la mise en place d'appartements

thérapeutiques pour malades du SIDA, dont bon nombre sont toxicomanes. En 1994-1995, 10,4 millions ont été dépensés à ce titre par la région.

L'essentiel de la participation des collectivités territoriales provient des départements et des communes. Au-delà de leur champ de compétence légale en matière d'aide sociale, quelques départements développent des plans départementaux de prévention, voire participent au financement de structures de soins. C'est dans le cadre des contrats de ville, ou des actions de prévention de la délinquance et de sécurité dans la ville pour les communes hors "géographie prioritaire" de la politique de la ville que s'effectue une partie de l'effort financier des communes.

La totalisation des crédits locaux ainsi engagés est impossible à faire avec précision sur l'ensemble du territoire national d'autant que certains financements des collectivités territoriales ne s'inscrivent pas dans le cadre de contrats avec l'État.

L'ambiguïté qui caractérise le partage des compétences en ce domaine entre l'État et les collectivités locales du fait de l'absence de dispositions claires et précises dans les lois de décentralisation a été accrue par diverses initiatives telles que la circulaire du ministère des affaires sociales du 23 mars 1992 incitant les structures du dispositif spécialisé de soins à solliciter le concours financier des collectivités territoriales pour leurs actions de prévention. De semblables pratiques peuvent être constatées en ce qui concerne l'aide médicale financée par les départements.

B - Les organismes de sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale, essentiellement ceux en charge de l'assurance maladie, participent également au financement de la lutte contre la toxicomanie.

En application de la loi du 31 décembre 1970 (art. L. 632 du code de la santé publique), l'assurance maladie ne devrait prendre en charge que les soins somatiques et le traitement des complications psychiatriques liées à la toxicomanie.

La ligne de partage est, en fait, moins tranchée et apparaît peu cohérente, que l'on considère les dépenses hospitalières ou celles afférentes aux soins ambulatoires. On constate en pratique un transfert croissant des charges de l'État vers l'assurance maladie.

1 - Les dépenses hospitalières

L'examen des remboursements des cures de sevrage en milieu hospitalier fait apparaître que l'État prend en charge des dépenses qui relèvent de la dotation globale hospitalière supportée par l'assurance maladie. Inversement, des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en gestion hospitalière sont en partie financés par l'assurance maladie.

Certaines dépenses ont été officiellement transférées à l'assurance maladie. Les hôpitaux prennent ainsi en charge la partie hospitalière du fonctionnement des réseaux "ville - hôpital" en application d'une circulaire ministérielle du 7 mars 1994.

En outre, pour la première fois en 1996, une enveloppe hospitalière spécifique a été allouée pour la prise en charge des toxicomanes, dans le cadre de la dotation globale hospitalière versée aux établissements hospitaliers par l'assurance maladie.

La circulaire du 27 décembre 1995 de la direction des hôpitaux, relative au taux directeur d'évolution des dépenses des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'État pour 1996, prévoit ainsi un financement complémentaire de 0,48 % pour certaines missions prioritaires du service public hospitalier. A ce titre, elle fixe un pourcentage de 0,06 % pour la prise en charge des toxicomanes. Appliqué à une dépense de 250 milliards, ce taux représente une masse de 150 millions. En réalité, l'enveloppe a cependant été limitée au cours dudit exercice à 76,3 millions.

Cette dotation complémentaire a pour but d'améliorer la prise en charge effective des toxicomanes en secteur hospitalier et en particulier :

- de faciliter leur accueil au sein des services d'urgences de médecine ou de chirurgie ;
- d'augmenter le nombre de lits de sevrage ;
- de créer des emplois médicaux et non médicaux dans le domaine de la toxicomanie ¹²;
- de former du personnel hospitalier à la prise en charge de cette dépendance ;
- de prendre en charge les frais d'analyses urinaires prescrits par les médecins des centres spécialisés (30 millions en 1996).

¹² Le rapport d'activité 1996 de la DDASS de Seine-Saint-Denis relève comme un fait "tout à fait nouveau" le financement par l'assurance maladie des deux équipes mobiles de soins aux toxicomanes relevant notamment de l'hôpital Avicenne de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

Pour 1997, la prise en charge des frais d'analyses urinaires a été intégrée dans la base budgétaire des établissements. En outre, afin de tenir compte de l'augmentation du nombre de patients inclus dans le "programme méthadone", la circulaire budgétaire du 18 décembre 1996 a prévu l'attribution en 1997 d'une dotation supplémentaire de 30 millions, en fonction des demandes, aux établissements ayant établi des conventions avec les centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

L'enquête de la Cour a montré que des responsables locaux ont, de surcroît, eu recours au financement de l'assurance maladie pour pallier l'insuffisance des crédits d'État, notamment pour les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (C.S.S.T.) en gestion hospitalière.

2 - La médecine ambulatoire

En 1995, deux produits de substitution, la méthadone et la buprénorphine haute dose, ont reçu une autorisation de mise sur le marché qui permet leur prescription par les praticiens libéraux selon des modalités spécifiques.

Tant que le codage des médicaments prévu au même titre que celui des autres prescriptions par la loi du 4 janvier 1993 ne sera pas opérationnel, il ne sera pas possible de distinguer parmi les dépenses de soins ambulatoires de l'assurance maladie celles qui sont relatives à ces traitements. Les seules données actuellement disponibles pour tenter de les évaluer sont donc les chiffres d'affaires des spécialités correspondantes. Ces spécialités sont normalement remboursées à 65 % mais l'on ignore la proportion des toxicomanes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (patients malades du SIDA, etc).

Il n'est donc pas possible de chiffrer les dépenses afférentes aux traitements de substitution en ville, d'autant qu'il conviendrait d'ajouter aux remboursements des prescriptions les honoraires médicaux des consultations correspondantes.

3 - Prévention et réduction des risques

Plusieurs caisses régionales ou primaires d'assurance maladie participent au financement d'actions de "réduction des risques" au titre du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Plusieurs appareils distributeurs de seringues ont, par exemple, été financés en tout ou partie par des caisses d'assurance maladie.

Quelques caisses locales d'assurance maladie prennent également en charge sur leur fonds d'action sanitaire et sociale certaines dépenses de prévention ou apportent un concours financier au dispositif spécialisé

nonobstant les consignes de désengagement données fin 1991 par la CNAMTS.

4 - Action sociale des caisses d'allocations familiales

Certaines caisses d'allocations familiales apportent leur concours aux actions de lutte contre la toxicomanie, notamment au titre de la prévention.

Les caisses d'allocations familiales conduisent librement une action sociale selon les orientations définies par la CNAF. Sans engager d'actions contre la toxicomanie à proprement parler, elles interviennent directement en faveur des familles en situation de précarité ou des jeunes en difficulté et, d'une façon indirecte, en accordant des subventions à de nombreuses associations qui bénéficient ainsi de financements supplémentaires. Mais l'ensemble de leurs interventions dans le domaine de la toxicomanie reste diffus et mal appréhendé, faute d'encadrement. Il n'est pas, dès lors, possible d'évaluer le total des dépenses de sécurité sociale liées au traitement de la toxicomanie.

Les conventions d'objectifs et de gestion conclues en 1997 entre l'État et la CNAMTS, d'une part, et la CNAF d'autre part, n'ont pas clarifié comme il aurait été souhaitable la répartition du financement du dispositif de lutte contre la toxicomanie entre l'État et les organismes de sécurité sociale.

C - Les financements européens

Les financements nationaux sont complétés par des concours européens qui proviennent de sources diverses.

L'action conjointe contre la drogue à l'échelon européen remonte à 1972 et son importance s'est accrue avec l'adoption du premier programme européen de lutte contre la drogue par le conseil européen en décembre 1990 à l'initiative du comité européen de lutte anti-drogue (CELAD). Le CELAD, créé en 1989 à l'initiative de la France, réunissait des coordonnateurs nationaux nommés par les chefs d'Etat et de gouvernement. La mission était d'élaborer un plan européen de lutte contre la drogue, traduisant en modalités d'actions concrètes les objectifs préalablement définis dans le domaine sanitaire et social et dans celui de la répression du trafic illicite des drogues. Il a disparu au moment de l'entrée en vigueur du traité sur l'Union européenne (cf. chapitre II).

Un nouveau plan d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie a été adopté en 1996. Il prévoit une coopération plus étroite que les plans précédents puisque le traité sur l'Union européenne mentionne spécifiquement la lutte contre la drogue et la toxicomanie parmi les dispositions nouvelles en matière de santé publique (article 129) ainsi qu'en matière de coopération dans les domaines de la justice et des affaires intérieures. Le nouveau plan définit une approche globale avec des dispositions concernant la réduction de la demande (prévention, réinsertion sociale et professionnelle des toxicomanes, mesures spécifiques concernant les groupes à haut risque), la lutte contre le trafic illicite (dispositif Europol, renforcement des contrôles aux frontières extérieures de l'Union) et l'action internationale dans le cadre de la politique extérieure et de sécurité commune. L'enveloppe financière pour l'exécution de ce programme pour la période 1996 - 2000 a été fixée à 27 millions d'écus.

Des actions de l'espèce sont également financées en France par le truchement de subventions de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies, du fonds social européen, du fonds européen pour le développement régional (FEDER) ou encore du programme "TACIS" sur les villes.

Les financements européens abondent en France des projets très divers : des programmes européens accompagnent et renforcent les politiques de la ville, en particulier dans certaines régions frontalières, comme la région Nord - Pas-de-Calais ou en Lorraine ; des fonds européens ont également participé en 1994 à concurrence d'un million de francs au financement de la semaine européenne de prévention des toxicomanies organisée à l'initiative de la commission européenne. De même, des crédits européens ont été versés pour la mise en place du pôle français du réseau européen d'information sur la toxicomanie (cf ci-après chapitre V).

Directement versés à des associations, les concours européens échappent pour leur majorité à la connaissance des administrations de l'État. L'OFDT, point focal français du réseau européen d'information sur la toxicomanie (REITOX), ne dispose pas davantage d'informations. Des subventions, qui peuvent être importantes, sont ainsi versées à ces associations cofinancées par l'État sans que, bien souvent, les services de l'État aient connaissance du montant effectif des concours reçus sur fonds européens.

Chapitre II

le pilotage central

L'ampleur du champ de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, la pluralité des ministères concernés, la multiplicité des opérateurs, publics, associatifs ou privés, rendent particulièrement nécessaire une forte coordination centrale. Or, l'État ne s'est pas donné les moyens de l'assurer. Il a été, dès lors, dans l'incapacité de conduire une politique d'ensemble de lutte contre la toxicomanie. Faute de volonté politique, le pilotage central a été, dans une large mesure, défaillant.

I - Le dispositif institutionnel

Ce dispositif a été fluctuant et peu opérationnel : les incertitudes résultant des réorganisations successives du comité interministériel chargé de la lutte contre la toxicomanie ont été amplifiées par les insuffisances fonctionnelles de l'organe administratif qui devait mettre en œuvre ses orientations.

A - Le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Un comité interministériel de lutte contre la toxicomanie présidé par le Premier ministre a été créé par un décret du 8 janvier 1982. Il devait définir, animer et coordonner la politique du Gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie, notamment les actions de prévention et de réinsertion sociale relatives aux toxicomanes. Le décret de 1982 a été modifié en février 1985 et novembre 1988. Un décret du 6 décembre 1989, abrogeant le décret de 1982, a créé un comité interministériel de lutte contre la drogue. Il a été modifié en juillet 1990. Un nouveau décret, du 24 avril 1996, le sixième depuis 1982, abrogeant celui de 1989, a redéfini la mission du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et fait entrer au comité les ministres chargés de la recherche et du travail.

Aux termes de l'article 2 du décret du 6 décembre 1989, le comité interministériel a pour mission de "préparer les décisions du Gouvernement, tant au plan national qu'international, en ce qui concerne la lutte contre, d'une part, la production, la transformation, le transport, la revente des produits stupéfiants ainsi que les transactions financières qui s'y rapportent et, d'autre part, la consommation de ces produits et la toxicomanie". A cette fin, le comité favorise la prévention, les soins, l'insertion sociale, l'information, la recherche et la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie. La mention de la formation des intervenants est une adjonction du décret du 24 avril 1996.

Le comité interministériel, qui avait tenu quatre réunions de 1982 à 1986 et adopté deux programmes d'action, en 1983 et 1985, ne s'est plus réuni jusqu'en septembre 1993. C'est le Conseil des ministres qui a arrêté un programme d'action de 42 mesures le 9 mai 1990. Le comité interministériel s'est réuni à nouveau en 1993 et 1995.

B - La structure administrative de coordination interministérielle

La structure administrative de coordination "prépare les délibérations du comité interministériel et veille à leur exécution". Le décret d'avril 1996 ajoute qu'elle "anime et coordonne les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la

réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche" (art. 4).

1 - Rattachement administratif de l'instance interministérielle de coordination

Cette structure interministérielle de coordination a pâti depuis sa mise en place, en 1982, d'une instabilité chronique résultant de remaniements successifs, de rattachements fluctuants et de la succession rapide des responsables :

- Le décret du 8 janvier 1982 rattachait au ministre de la Solidarité nationale une "mission permanente de lutte contre la toxicomanie", qui a eu deux présidents, nommés en mars 1982 et mai 1983 ;

- Le décret du 7 février 1985 organisait une "mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie" (MILT), rattachée au Premier ministre, puis au ministre de la Justice en juillet 1986 et, à nouveau, au Premier ministre en août 1988. Le décret du 10 novembre 1988 a précisé que la mission était "rattachée pour sa gestion au ministère de la solidarité nationale, de la santé et de la protection sociale". La mission a été présidée successivement par six personnalités, nommées en février 1985, mars 1986, juillet 1986, décembre 1987, novembre 1988 et décembre 1989 ;

- Le décret du 6 décembre 1989 créait auprès du Premier ministre une "délégation générale à la lutte contre la drogue", qui avait autorité sur la MILT ;

- La mission interministérielle et la délégation générale ont été fusionnées par le décret du 25 juillet 1990 en une "délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie" (DGLDT), rattachée d'abord au Premier ministre, puis au ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, en avril 1993. Elle a eu successivement à sa tête la déléguée générale nommée en 1989, puis deux autres personnalités, nommées en juin 1993 et décembre 1994. Le troisième délégué a quitté ses fonctions en décembre 1995 et n'a pas été remplacé ;

- Le décret du 24 avril 1996 a supprimé la DGLDT et placé sous l'autorité du Premier ministre une "mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie" (MILDT). Sa présidente, qui est la douzième personnalité en charge de l'instance de coordination administrative depuis 1982, est assistée d'un délégué, nommé lui aussi en avril 1996.

Le rattachement administratif de la mission ou de la délégation n'a pas été sans incidence sur sa capacité de coordination interministérielle dès lors que les ministères chargés de la santé et de l'intérieur s'opposaient sur certaines mesures à mettre en œuvre. Il est significatif, à cet égard, de constater que les comptes rendus des réunions interministérielles tenues en 1995 au cabinet du Premier ministre assimilaient la DGLDT à un service du ministère du travail et des affaires sociales.

Selon l'organisation gouvernementale en vigueur, le ministre de l'emploi et de la solidarité "est compétent en matière de lutte contre la toxicomanie" et "dispose" de la mission interministérielle¹³. En pratique, les services du Premier ministre exercent une tutelle administrative de la mission, tandis que le secrétariat d'État à la santé, qui "dispose" lui aussi de la mission pour l'exercice de ses attributions¹⁴, assure le suivi de ses actions.

A la tête de la structure interministérielle se sont succédé hauts fonctionnaires et personnalités politiques. Eu égard à l'importance des enjeux, l'exercice des fonctions de direction de la structure interministérielle apparaît peu compatible avec la poursuite d'autres activités et une présence intermittente, constatées pourtant à certaines périodes.

2 - Les moyens de fonctionnement

L'instance administrative de coordination interministérielle ne dispose que d'effectifs peu stables et de dotations budgétaires limitées.

Seuls les postes de président et de délégué font l'objet de crédits spécifiques, ouverts en 1996 sur le budget du travail et des affaires sociales, en 1997 sur le budget des services généraux du Premier ministre. Les effectifs de la MILDT - 24 agents en septembre 1996, y compris le personnel d'exécution - sont mis à disposition par les ministères. La mission interministérielle ne comptait en 1996 que 12 "chargés de mission", responsables chacun d'un secteur de sa compétence.

Le budget de fonctionnement de la structure interministérielle n'est pas pour autant négligeable : en 1996, les charges identifiées sur le budget des affaires sociales atteignaient 2,59 millions. D'autres dépenses, d'affranchissement et de téléphone notamment, étaient incluses dans celles du ministère. Il s'y ajoutait des dépenses de personnel que

¹³ Décret n° 97-706 du 11 juin 1997 relatif aux attributions du ministre de l'emploi et de la solidarité.

¹⁴ Décret n° 97-719 du 16 juin 1997 relatif aux attributions déléguées au secrétaire d'État à la santé.

l'administration a fait supporter, dans des conditions irrégulières, par le Comité français d'éducation pour la santé (1,55 MF de 1990 à 1995) et sur les crédits de suivi des injonctions thérapeutiques (1,23 MF de 1990 à 1996).

Certaines dépenses de fonctionnement étaient peu justifiées. La DGLDT avait ainsi établi ses bureaux rue du Faubourg Saint-Honoré dont les loyers ont dépassé 2,92 millions en 1995. La MILDT a été installée en 1996 dans les bâtiments du ministère des affaires sociales.

"Pour l'exercice de ses attributions", le président de la MILDT dispose aussi d'un "comité permanent dont il assure la présidence" et qui comprend un ou plusieurs représentants de chacun des ministres et secrétaires d'État siégeant au comité interministériel. Le comité répartit les crédits interministériels ouverts depuis 1987 à un chapitre d'intervention du ministère de rattachement de la structure sous le libellé « Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie » (cf. chapitre I).

3 - Les modes d'action

La part prise aux travaux de la structure interministérielle par les chargés de mission est très variable. Certains considèrent que leur rôle se limite à représenter leur ministère d'origine, qu'ils sont appelés à réintégrer à plus ou moins long terme. D'autres voient leur capacité d'impulsion et de coordination sur des dossiers stratégiques fortement amoindrie par leurs activités de représentation et de participation aux nombreux colloques organisés sur le thème de la lutte contre la drogue.

Rares sont les dossiers sur lesquels les chargés de mission travaillent en commun, en dépassant les clivages de leurs ministères d'origine : peuvent être citées à cet égard la réalisation, en 1996, d'une plaquette sur les dangers de *l'ecstasy* ou l'étude du phénomène des soirées *rave*, encore que le projet d'une charte définissant une politique globale au plan national sur le phénomène *rave* n'ait pas abouti en raison de l'opposition de l'un des ministères intéressés. Mais l'instabilité de ses effectifs ne permet pas à la mission d'inscrire ses travaux dans la durée.

Dans plusieurs domaines importants du champ de ses attributions, la structure interministérielle n'a pas de correspondant des ministères concernés : Affaires Étrangères et Coopération, mais aussi Ville et insertion sociale avant 1996. La mission souligne le caractère « crucial » du suivi des appels d'offres pour la réalisation des travaux de recherche ou leur évaluation, mais le ministère chargé de la recherche n'a pas nommé de correspondant au sein de la MILDT, qui a confié le secteur à un psychologue mis à disposition par l'Assistance publique de Paris. Le secteur de l'éducation nationale, décisif dans le champ de la prévention, a

été suivi à la MILDT par une assistante sociale, puis par un inspecteur pédagogique régional, puis par un professeur d'éducation physique et sportive, enfin par une équipe de deux chefs d'établissement à mi-temps qui n'a jamais fonctionné correctement compte tenu de la présence intermittente de ceux-ci ; il n'a plus de responsable depuis juillet 1997.

S'agissant de l'enveloppe de crédits interministériels, la capacité d'initiative de la MILDT est compromise par les délais de répartition des fonds aux ministères utilisateurs, qui retardent la mise en place des financements auprès des acteurs de terrain : alors que 70 % des crédits de ce "chapitre-réservoir" devraient avoir été répartis à la fin du premier trimestre d'un exercice, seuls 24,7 % l'ont été, en moyenne, de 1990 à 1996 ; 38 % des répartitions sont intervenues au second semestre.

Ainsi, la notification tardive aux DDASS des crédits de vacations et de fonctionnement répartis pour le dispositif d'injonction thérapeutique gêne la mise en place des structures de suivi de celui-ci par les DDASS en concertation avec les parquets. Les mêmes inconvénients sont constatés pour l'engagement ou la poursuite des actions de formation des équipes éducatives et de prévention conduites par les services de la protection judiciaire de la jeunesse, ou pour les interventions en milieu pénitentiaire des associations de lutte contre la toxicomanie qui assurent une continuité de la prise en charge des toxicomanes après la sortie de prison. Des retards dans l'acheminement des crédits interministériels à leurs utilisateurs finals sont relevés aussi pour les notifications aux établissements d'enseignement des crédits destinés à faire fonctionner les "comités d'environnement scolaire", chargés d'assurer la liaison entre les actions prévues dans le cadre des projets d'établissement et les autres actions conduites dans les quartiers.

II - La volonté politique

Les lacunes de la coordination interministérielle ne sont pas imputables aux seuls acteurs administratifs. La volonté politique dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui devrait s'exprimer au niveau du comité interministériel et orienter la mission interministérielle, a été hésitante.

A - Les plans d'action successifs

Un programme de 25 actions a été adopté le 2 février 1983 par le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie. Il a été suivi en septembre 1985 par le programme « 31 mesures contre la toxicomanie »,

qui créait notamment les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT). Un plan gouvernemental de 42 mesures a été décidé le 9 mai 1990. Un comité interministériel présidé par le Premier ministre a adopté, le 21 septembre 1993, un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie couvrant la période 1994-1996. Un autre comité a arrêté, le 14 septembre 1995, 22 mesures complémentaires pour 1996.

1 - Contenu des plans

Les derniers plans apportent des éléments nouveaux : alors que le programme de mai 1990 ne comprenait aucune disposition sur la "réduction des risques", un axe prioritaire du plan de septembre 1993 est la réduction des risques ou des dommages liés au SIDA et aux autres maladies infectieuses par le développement de structures d'accueil d'urgence, de dispositifs d'échange de seringues et d'un programme de substitution. Le plan de septembre 1995 donne une dimension nouvelle à l'extension du dispositif de prescription et de distribution de méthadone. Le plan de 1993 a, de même, relancé le dispositif d'injonction thérapeutique institué par la loi de 1970 dont plusieurs études avaient fait apparaître qu'il avait le mérite de mettre les toxicomanes, souvent pour la première fois, en contact avec le dispositif sanitaire et social.

Le dernier plan adopté, celui de septembre 1995, était en réalité un plan annuel, ne couvrant que l'année 1996, qui n'a pas été relayé par le plan triennal 1997-2000 auquel plusieurs réunions préparatoires ont été consacrées à l'automne 1996, mais qui n'a pas reçu à ce jour d'approbation officielle.

La politique de réduction des risques ou des dommages

La politique de réduction des risques poursuit un objectif de santé publique essentiel : la diminution des risques épidémiques (contamination par le virus de l'immunodéficience humaine - VIH ou les hépatites virales B et C). Elle s'attache aussi à diminuer les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie veineuse par les usagers de drogues (réutilisation de seringues souillées) ou aux effets pathologiques des produits consommés (abcès, septicémies, surdoses, etc), et à atténuer les problèmes sociaux créés par la marginalisation des toxicomanes (trafic, délinquance, errance).

Selon une publication du ministère du travail et du secrétariat d'État à la santé et à la sécurité sociale de 1996 "Organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues - Guide méthodologique pour les communes", "la politique de réduction des risques ou des dommages, terme plus adapté, est donc bien plus qu'une simple dispensation de matériel d'injonction stérile. Elle consiste à accepter la dépendance des usagers de drogues afin de permettre, voire de provoquer, le contact avec ceux d'entre

eux qui sont les plus marginalisés, les plus vulnérables, à l'écart de la prévention et du soin. Aussi pragmatique qu'elle soit, cette politique de réduction des risques ne cherche en aucun cas à cautionner des pratiques toxicomaniaques. Elle réalise plutôt un équilibre fondé sur un impératif de prévention (les aider à se garder en bonne santé en attendant qu'ils trouvent une voie de sortie de la toxicomanie) et une logique thérapeutique (intentionnalité de soins et de réinsertion sous-jacente dans les programmes). Au-delà de la prévention de la contamination virale par les virus du sida et des hépatites B et C se profile donc la notion d'accompagnement vers les soins et d'aide à la réinsertion sociale des usagers avec l'ultime objectif de réduire la toxicomanie elle-même. Objectif qui devient réaliste avec la prise en compte institutionnelle des usagers à laquelle concourt l'ensemble du dispositif de réduction des risques ("créer du lien").

Ces plans successifs comportent souvent les mêmes propositions, restées lettre morte ou insuffisamment suivies d'effet :

- le comité interministériel de janvier 1983 prévoyait ainsi que les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur prendraient, avant la fin de l'année, des arrêtés réformant les études médicales afin d'améliorer la formation des médecins sur la toxicomanie ; cette mesure, retenue à nouveau dans les plans de 1990 et 1993, est restée sans suite, à l'exception d'une directive relative à la désignation d'un coordinateur dans chaque unité de formation et de recherche (UFR) ;

- la mise au point de mesures favorisant la réinsertion sociale des toxicomanes incarcérés, inscrite au programme de 1983 et à celui de 1990, n'a fait l'objet de conventions départementales d'objectifs qu'à compter de 1993. Le développement des dispositifs de préparation à la sortie de prison est à nouveau une priorité du programme gouvernemental de septembre 1995, et des unités pour sortants toxicomanes ont été créées en 1996 sur sept sites pilotes ;

- l'ouverture de centres d'accueil d'urgence dans les grandes villes pour les toxicomanes les plus marginalisés, décidée elle aussi en 1983, est restée longtemps inappliquée. Cette mesure a ainsi dû être reprise par les plans de 1993 et 1995, qui comportent le développement des structures dites « de bas seuil », boutiques ou *sleep-in* (cf. chapitres III et IV) ;

- l'élargissement du comité interministériel au ministère chargé du travail et de la formation professionnelle, décidé par le programme d'action de 1985, n'a été opéré que dix ans plus tard par le décret d'avril 1996. De ce fait, la délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, créée en 1982, a été tenue à l'écart des actions de prévention des toxicomanies jusqu'en 1994 ;

- l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, prévu au programme de mai 1990 et créé en mars 1993, n'a pas eu de réelle existence jusqu'à ce que l'opposition des ministères de la recherche et de l'intérieur soit levée à la faveur du programme gouvernemental d'action de septembre 1995 (cf. chapitre V).

Parfois élaborés à la hâte, sans une analyse précise des besoins et une évaluation des actions déjà mises en œuvre, les programmes et plans gouvernementaux comportent, il est vrai, des mesures insuffisamment étudiées :

- la campagne de vaccination contre l'hépatite B des toxicomanes fréquentant les centres de soins, décidée en septembre 1995, n'a pu être que partiellement engagée, car le plan de financement du programme ne prenait pas en compte la nécessité d'associer une campagne de dépistage à la campagne de vaccination. De plus est apparue la difficulté de procéder à une vaccination incomplète, eu égard à la durée moyenne de séjour ;

- la direction des hôpitaux n'a pas souhaité reprendre dans ses circulaires budgétaires la mise en place, décidée par le comité interministériel en septembre 1995, de « lits de crise » dans 16 centres hospitaliers, déclarés prioritaires, pour répondre aux besoins des patients ayant simultanément des troubles somatiques et psychiatriques aigus, tels les consommateurs de *crack*.

Ces programmes et plans d'action procèdent plus de la juxtaposition des préoccupations de chaque département ministériel que d'une véritable politique commune :

- l'absence de politique d'ensemble est manifeste en matière de recherche (cf. chapitre V) ;

- dans le domaine de la prévention, ni la DGLDT ni la MILDT n'ont organisé de réflexion interministérielle sur les axes d'une politique de prévention : les plans successifs depuis 1985¹⁵ énumèrent, sur ce point, des mesures proposées par les départements ministériels intéressés, qui ne s'inscrivent pas dans une politique cohérente, définissant des

¹⁵ Le relevé du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie du 2 février 1983 ne comportait aucune mesure concernant la prévention.

méthodes communes et des publics prioritaires. Le rapport présenté en 1989 au Premier ministre par la présidente de la mission interministérielle sur la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants notait déjà que "faute de coordination interministérielle, chaque administration avait travaillé assez isolément" ;

- chaque ministère développe ses actions selon des approches qui lui sont propres : prévention des conduites à risque pour les services de l'éducation nationale et de la jeunesse et des sports, rappel de la loi et du danger des produits pour les services répressifs, prévention de la délinquance pour les services chargés de la politique de la ville, « points écoute » spécialisés ou non dans les problèmes de toxicomanie pour la direction de l'action sociale du ministère chargé de l'action sociale. Les actions propres de prévention de la structure interministérielle se caractérisent par une grande hétérogénéité, comme dans la campagne « Combat pour la vie » engagée en 1990 à son initiative et poursuivie jusqu'en 1995 (cf.chapitre III).

Les plans d'action tendent ainsi à se réduire à des catalogues d'effets d'annonce dont l'efficacité est, par force, limitée. La MILDT s'est toutefois efforcée de relancer en 1996 la démarche interministérielle, dans le cadre de la préparation du plan pluriannuel 1997-2000 de lutte contre la drogue, en suscitant la réflexion des ministères sur des thèmes transversaux : intégration de la préoccupation d'évaluation dans le déroulement des mesures, classification des drogues de synthèse, élaboration de bornes interactives pour la prévention, étude de la couverture radar dans la zone caraïbe. Elle a souligné aussi, s'agissant de la prévention, que le rapport intitulé "pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives", remis en septembre 1997 par le Pr Parquet au ministre chargé de la santé, correspondait à la proposition retenue comme prioritaire dans le plan gouvernemental de septembre 1995 d'élaborer un "texte de référence" afin "de créer une culture commune entre les ministères et d'orienter les formations".

2 - Articulation avec les autres actions de l'État

Ces mesures s'articulent malaisément avec les autres actions de l'État, comme le montrent les difficultés de la coordination entre services intervenant dans le volet répressif du dispositif de lutte contre la toxicomanie.

Plusieurs structures du dispositif répressif anti-drogue relevant de la direction centrale de la police judiciaire ont par elles-mêmes un caractère interministériel : organes de coopération opérationnelle

internationale de police ¹⁶, Office central pour la répression de la grande délinquance financière, Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), institué par le décret du 3 août 1953 pour "centraliser tous les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite de stupéfiants et coordonner toutes les opérations tendant à la répression de ce trafic". Une mission de liaison anti-drogue (MILAD) a été instituée en mai 1995 auprès du directeur général de la police nationale, pour répartir les crédits de la MILDT au sein du ministère.

Le conseil des ministres a décidé, le 9 mai 1990, de renforcer la coordination entre les services de police, la gendarmerie et l'administration des douanes, dont l'activité répond, en effet, à des logiques différentes : maximiser les saisies à l'entrée sur le territoire français pour celle-ci, désorganiser les réseaux d'approvisionnement pour ceux-là. En 1986 déjà, un rapport de l'Inspection générale de l'administration sur l'organisation et le fonctionnement des services de police dans la répression du trafic de stupéfiants avait relevé "une parcellisation, une balkanisation de la répression, face à un phénomène qui se développe et se diversifie constamment ¹⁷". L'enquête de la Cour a fait apparaître les difficultés rencontrées par l'OCRTIS pour faire reconnaître son autorité tant vis-à-vis des autres services de police et de la gendarmerie que, surtout, de l'administration des douanes, en raison de la réticence, voire du refus, de certains services ou structures d'appliquer les textes qui lui confèrent un rôle interministériel, rappelé par le décret du 25 janvier 1996 modifiant le code de procédure pénale, pour tenir compte notamment de la convention d'application de l'accord de Schengen du 14 juin 1985, signée le 19 juin 1990.

Un premier accord signé en 1990 entre la police et la gendarmerie n'a pas été appliqué jusqu'à la mise en œuvre de la loi d'orientation et de programmation du 21 janvier 1995 relative à la sécurité, qui fait du "renforcement de la coopération entre la police, la gendarmerie et la douane" une orientation permanente de la politique de sécurité et range "la lutte contre la drogue, la criminalité organisée et la grande délinquance économique et financière" parmi les cinq missions prioritaires assignées à la police nationale pour les années 1995 à 1999. Des décrets du 19 septembre 1996 ont fixé les compétences territoriales

¹⁶ Article D. 8-2 du code de procédure pénale : bureau central national pour la France de l'organisation internationale de police criminelle Interpol, bureau Sirène pour la France du Système d'information Schengen (SIS), unité nationale de l'Office européen de police Europol.

¹⁷ Rapport de juillet 1986 (observations effectuées dans 12 départements de province, 6 départements de la région d'Ile-de-France et à l'OCRTIS).

respectives de la police et de la gendarmerie. L'enquête a fait apparaître que les réunions entre les trois administrations (police, gendarmerie, douanes) restent peu fréquentes et que la MILDT a peu d'influence en ce domaine.

Le « fichier central des drogues » décidé par le programme gouvernemental d'action de février 1983 est géré par le laboratoire interrégional de la police scientifique de Lyon depuis 1988. Le réseau des laboratoires de la police scientifique a été renforcé en application du plan de modernisation de la police nationale (1986-1990) et de la loi d'orientation de janvier 1995. Pour les données statistiques, en revanche, leur centralisation par l'OCRTIS demeure imparfaite, malgré l'effort accompli par l'office pour mettre au point un fichier national de collecte : celles que lui transmettent les services de police, la gendarmerie et les douanes sont élaborées suivant des méthodologies différentes ; comme l'office ne retient que celles des interpellations qui ont fait l'objet de poursuites pénales, toutes les interpellations pour infractions à la législation des stupéfiants et les saisies opérées ne sont pas enregistrées par l'OCTRIS (en 1996 : 4,3 % pour les services de police 19,9 % pour la gendarmerie, 75,9 % pour les douanes).

B - La portée du pilotage central

L'État n'a pas su impulser une véritable politique interministérielle, alors que la complexité du sujet impose une mise en œuvre cohérente des mesures préventives et répressives, et une adaptation permanente des services aux modifications des circuits d'acheminement de la drogue. La mission ne peut avoir qu'un faible poids : elle est peu efficace dans les questions intérieures et dessaisie, en pratique, de la dimension internationale des problèmes.

1 - Limites de la capacité d'impulsion de la structure interministérielle

La capacité d'impulsion de la MILDT est affectée tant par la nature des actions qu'elle contribue à financer que par les décisions qui affectent l'utilisation des crédits interministériels dont elle dispose.

Suivant les principes mêmes qu'ont arrêtés le comité interministériel et la délégation générale puis la mission interministérielle, les crédits votés pour « l'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie » devraient financer, de façon transitoire, des actions innovantes que les ministères sont censés reprendre et poursuivre sur leur budget propre, après évaluation et validation de l'action considérée. Il a

été constaté pourtant qu'ils servaient, pour une part croissante, à couvrir les mêmes mesures d'année en année.

Le ministère de la défense a bien repris en quasi-totalité sur son budget de 1996 la formation et les actions des formateurs relais anti-drogue (FRAD). De même, le financement des structures de soins ou d'insertion pour les toxicomanes a été généralement consolidé sur le chapitre des "programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie", l'administration chargée de la santé apurant, non sans réticences parfois, des décisions d'ouverture de nouvelles structures prises par la délégation générale ou la mission interministérielle.

En revanche, le ministère de l'éducation nationale n'a pas pris sur ses crédits propres le relais du financement des comités d'environnement social, dispositif créé en 1990 et en voie de généralisation dans l'enseignement secondaire, qui ne peut plus être qualifié d'expérimental (10 millions en 1996).

Les crédits interministériels continuent de financer aussi :

- les centres d'étude et de pharmacodépendance mis en place en 1990 (3,6 millions en 1996) ;

- les frais engagés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales pour l'orientation et le suivi des toxicomanes faisant l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique, dispositif institué par la loi du 31 décembre 1970 (13,5 millions en 1996) ;

- des structures comme le groupement d'intérêt public « Drogue Info Service », constitué en application du plan gouvernemental de mai 1990 (17,5 millions en 1996), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (10,5 millions en 1996), ou encore l'association Toxibase qui gère le réseau national de documentation sur les pharmacodépendances (2 millions en 1996) ;

- les actions de prévention menées par le ministère de l'intérieur pendant la période estivale (1,6 million en 1996) ;

- le Centre interministériel de formation à la lutte contre la drogue et la toxicomanie pour la Caraïbe (CIFAD), installé en 1992, dont les dépenses non couvertes par des contributions extérieures devaient être mises à la charge des directions générales de la gendarmerie nationale, de la police nationale et des douanes.

Ces pratiques de reconduction du financement de structures et de dispositifs qui ne sont plus expérimentaux limitent la capacité d'impulsion de la MILDT, comme elles amoindrissent celle de la DGLDT. Convenant qu'il est regrettable qu'elle "soit considérée comme financeur,

abondant les lignes budgétaires", la mission a d'ailleurs exposé elle-même à la Cour que son budget "est pratiquement induit à 80 %", ce qui la conduit à "soutenir tous les ans des actions qui devraient être pérennisées dans le budget des ministères" et à "ne pouvoir soutenir des projets innovants ou nouveaux, compte tenu du manque de marge budgétaire".

Or, l'enveloppe de crédits interministériels inscrite depuis 1987 au budget de l'État pour appuyer l'action de la délégation générale puis de la mission interministérielle n'a dépassé, en francs courants, le montant atteint en 1987 (250 millions) qu'en loi de finances pour 1998.

En particulier, les prévisions initiales pour 1995 avaient été réduites par rapport à celles de 1994 en anticipation du rattachement, estimé à 30 millions de francs, d'un fonds de concours institué en mars 1995 qui devait être alimenté par la cession des biens mobiliers ou immobiliers confisqués aux personnes reconnues coupables d'infractions en matière de trafic de stupéfiants. Des accords internationaux ratifiés par la France instaurent, en effet, des procédures de coopération internationale pour dépister, saisir et confisquer les produits du crime¹⁸.

De tels produits n'ont cependant été rattachés au chapitre de la MILDT qu'en février 1997 et pour un montant très inférieur à ce qui était prévu (223 952 francs). Il a été fait état des difficultés que susciterait l'application du décret de mars 1995 pour l'identification des produits financiers concernés et la détermination de l'ordre de priorité des créanciers publics. C'est par conséquent une estimation hâtive et, semble-t-il, peu étayée, du produit des confiscations qui a conduit à amputer d'une trentaine de millions l'enveloppe de crédits interministériels dont la mission devait disposer en 1995.

De surcroît, des crédits interministériels sont annulés en cours d'exercice : 108,4 millions au total de 1991 à 1995 (cf. chapitre I), alors même qu'ils ne sont nullement devenus sans objet, comme l'exige l'article 13 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 relative aux lois de finances - ce que la Cour a dénoncé à plusieurs reprises¹⁹. Le chapitre du ministère de la santé relatif aux programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie a, lui aussi, fait l'objet d'annulations en cours d'exercice,

¹⁸ Convention de Vienne du 20 décembre 1988, convention adoptée le 8 novembre 1990 à Strasbourg par le Conseil de l'Europe (signée le 8 novembre 1990 par la France, dont la législation a été mise en conformité avec les engagements alors souscrits par la loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime).

¹⁹ Cf. rapports de la Cour sur l'exécution des lois de finances pour 1991, p. 179, 1992, p. 176, et 1993, p. 209.

32,2 millions au total de 1991 à 1994, que le ministère a fait porter, pour l'essentiel, sur le remboursement aux hôpitaux des frais de sevrage des toxicomanes, ce qui a aggravé l'insuffisance des moyens affectés à cette action²⁰. La somme que l'État devrait à ce titre était évaluée à 142,2 millions de francs en 1997.

2 - Lacunes de la coordination interministérielle

La structure interministérielle a joué un rôle de coordination interministérielle pour certains dossiers, tels ceux relatifs à l'harmonisation des pratiques concernant les injonctions thérapeutiques en 1995²¹, la mise en place de la mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques au sein du ministère de l'industrie et, dans le domaine international, la négociation d'une convention avec les États-Unis sur les interventions en mer dans la zone caraïbe. Mais son rôle est resté limité pour plusieurs raisons.

a) La MILDT n'est pas parvenue, à ce jour, à dépasser un rôle de distributeur de crédits non affectés et à animer une véritable politique interministérielle sur des thèmes tels que la prévention, la communication, la formation ou la recherche. Dans ces domaines, les ministères concernés conduisent leurs propres actions sans concertation aucune avec les autres administrations. La concertation peut d'ailleurs ne pas exister à l'intérieur d'un même ministère : pour la tutelle des *sleep-in* et des "boutiques", des tensions ont marqué pendant de longs mois les relations entre la direction générale de la santé, responsable de l'organisation des soins, et la direction de l'action sociale, chargée de la prévention et de la réinsertion. Les directeurs concernés ont d'ailleurs exposé en mai 1997, au soutien d'un projet de réorganisation qui a été mis en œuvre, que la frontière administrative entre les deux directions "n'a pas été sans engendrer pendant des années bien des effets pervers".

b) La mission n'exerce pas un réel contrôle sur l'emploi des crédits interministériels. Elle reçoit bien des ministères bénéficiaires - depuis 1990 seulement - des comptes-rendus annuels d'utilisation, souvent succincts, qui lui servent à établir son rapport annuel d'activité. Mais ses chargés de mission ne sont pas à même de suivre ces utilisations, même pour la part des crédits interministériels répartis aux ministères qui est

²⁰ Cf. les rapports précités de la Cour sur l'exécution des lois de finances pour 1991 et 1993, et le rapport pour 1994, p. 266.

²¹ Circulaire conjointe du ministre de la santé et du Garde des Sceaux du 28 avril 1995.

réservée à des actions relevant directement de la responsabilité de la mission (22,9 % des crédits en 1995).

Ainsi, pour le dispositif « Combat pour la vie » auquel 43 millions ont été affectés de 1991 à 1995²², la DGLDT n'a été en mesure de présenter à la Cour, au cours de l'enquête, ni un tableau de synthèse pluriannuel des subventions ni les comptes-rendus de l'emploi des fonds prévus par les conventions avec les associations bénéficiaires des subventions. Or, les ministères ordonnateurs n'assurent eux-mêmes qu'un contrôle des plus restreints sur ces « actions propres » de la structure interministérielle.

C'est parfois, il est vrai, à la demande même de la MILDT ou du ministère chargé des affaires sociales que des crédits interministériels ne reçoivent pas l'affectation qui devait leur être donnée : des crédits délégués à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-Saint-Denis pour les injonctions thérapeutiques ont ainsi été utilisés pour rémunérer des secrétaires mises à disposition de la mission ; ceux qui sont délégués à la DDASS du Val-de-Marne ont servi, pour leur part, à rémunérer un chargé d'étude de la direction générale de la santé.

De surcroît, les crédits interministériels qui abondent des chapitres de moyens des services (titre III) ou d'investissements (titre V) des ministères en charge du volet répressif de la lutte contre la toxicomanie sont fondus dans la masse des crédits votés de ceux-ci, comme l'enquête l'a fait apparaître pour les crédits répartis aux ministères de la défense et de l'intérieur, ou à celui du budget au titre des douanes, qui ont représenté, en moyenne, 40 % des crédits d'intervention de la structure interministérielle pour les exercices 1994 à 1997.

La vérification des comptes rendus adressés par l'administration des douanes à la mission interministérielle a fait apparaître que les tableaux qui les accompagnent reprennent le montant des crédits attribués, même s'ils n'ont pas été intégralement consommés, ce qui était le cas de ceux qui avaient été répartis en 1993 pour financer des systèmes informatiques de contrôle des mouvements de l'aviation privée. Le directeur général des douanes et des droits indirects a exposé à la Cour que "la mise en œuvre d'une procédure de transmission systématique de pièces justificatives de nature plus strictement comptable à la MILDT modifierait lourdement l'esprit et la qualité des contacts qui sont actuellement établis entre la direction générale des douanes et la

²² Environ 30 millions de subventions et un marché de 13,5 millions avec une société de prestations de services en communication pour l'animation de la campagne (cf ci-après chapitre III).

MILDT". La Juridiction considère que ces contacts ne peuvent que gagner en qualité par l'échange d'informations exactes.

c) Le contrôle de l'emploi des fonds au niveau local est singulièrement compliqué par la multiplicité des sources de financement : administrations de l'État, collectivités territoriales, assurance maladie. Le rôle de la mission interministérielle devrait être de fixer des règles claires pour ce contrôle. Tel n'est pas le cas aujourd'hui, et nul n'est en mesure de donner une certification du service fait, notamment pour nombre d'actions de prévention.

En définitive, l'évolution et l'utilisation précise d'une grande partie des crédits affectés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie ne sont pas suivies, ce qui explique qu'il soit difficile d'identifier et d'estimer ces sommes (cf. chapitre I).

d) La MILDT ne joue qu'un rôle réduit dans le domaine international alors que l'aspect international de la lutte contre la toxicomanie est mentionné dans les missions du comité interministériel. Dans le monde contemporain, et chaque année davantage, un État ne peut conduire seul une action efficace en ce domaine. La mission interministérielle a souligné, dans sa réponse à la Cour, que "le souci de la France est que son action s'inscrive dans celles, plus vastes, conduites à l'échelle des régions - Union européenne, OEA - et celle du monde - PNUCID". Cette action de la France suit quatre principes directeurs énoncés par le Président de la République à La Paz en mars 1997 : la co-responsabilité, la solidarité, la multilatéralité des aides et des sanctions, le respect des droits de la personne ; elle a identifié quatre cibles prioritaires : le trafic, le blanchiment, les drogues de synthèse et le contrôle du détournement du commerce des précurseurs chimiques.

A l'évidence, les difficultés de coordination rencontrées par la mission interministérielle au plan national sont encore accrues dans le domaine de l'action internationale. La MILDT n'a pu ainsi bénéficier que de façon intermittente de la mise à disposition d'un diplomate. L'approche par pays ou par institution des aspects internationaux du problème de la drogue relève de la direction générale des affaires politiques et de la sécurité du ministère des affaires étrangères, au sein de laquelle une sous-direction de la sécurité a été créée en novembre 1993 et à qui la MILDT fournit les éléments de la politique nationale de lutte contre la toxicomanie.

Certes, la MILDT coordonne la participation française aux travaux du « Groupe Pompidou²³ ». Son rôle est limité, en revanche, dans la définition de la position française sur les thèmes de l'action européenne contre la drogue relevant des « piliers » du traité de Maastricht, notamment du « 3^e pilier²⁴ », pris en charge par le secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne. Les groupes des « piliers²⁵ » sont censés être coordonnés par un « groupe horizontal transpilier », qui a pris, après quelques difficultés, la succession du comité européen de lutte anti-drogue (CELAD), institué en 1989, au sein duquel la présidente de la MILDT représentait la France et qui a disparu à l'entrée en vigueur du traité de Maastricht.

La segmentation des approches est de nature à nuire à la cohérence de la position de la France et à sa capacité d'initiative en matière de lutte contre la drogue. La diversité des financements d'actions à l'étranger peut affaiblir l'autorité de l'ambassadeur sur les services de l'État dans le pays considéré. L'implantation de ces services n'a fait que récemment l'objet d'une démarche de programmation, alors que le plan gouvernemental de septembre 1993 prévoyait que l'action internationale de la France contre la drogue serait « recentrée vers les zones qui constituent une menace plus directe pour le pays ou à l'égard desquelles des obligations particulières de coopération existent ».

²³ Ce groupe, créé en 1971 à l'initiative du Président de la République française et intégré en 1980 au Conseil de l'Europe, examine les problèmes de l'abus et du trafic de drogue, dans une optique pluridisciplinaire et en coopération avec les pays de l'Europe de l'Est.

²⁴ 1^{er} pilier: santé publique, coopération commerciale, coopération au développement. 2^e pilier : sécurité extérieure commune. 3^e pilier : coopération dans les domaines de la justice et des affaires intérieures.

²⁵ Groupes « drogue et criminalité organisée », « coopération douanière » et « criminalité organisée internationale » du « 3^e pilier » ; groupe CODRO du « 2^e pilier ».

Chapitre III

La conduite des actions de terrain

Les principes de gratuité et d'anonymat inscrits dans la loi du 31 décembre 1970 ont conduit à mettre en place un dispositif spécialisé et à adapter le dispositif de droit commun afin d'accueillir les toxicomanes aux diverses étapes de parcours complexes et souvent chaotiques. Une grande variété de structures et d'approches thérapeutiques est observée, qu'il s'agisse de la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes, en particulier des toxicomanes incarcérés, ou de la prévention.

I - La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer la mise en place d'un important dispositif spécialisé : souplesse de la gestion associative, inadaptation des structures médicales aux besoins de prise en charge psychosociale des toxicomanes, réticence du monde hospitalier à accueillir ces patients, rejet des structures hospitalières et des institutions psychiatriques par les toxicomanes qui, bien souvent, ne se considèrent pas comme des malades et que, bien souvent aussi, la société ne considère pas non plus comme des malades.

Cette évolution s'est accompagnée d'un désengagement du système sanitaire et social de droit commun. Depuis quelques années, toutefois, les infections par le VIH et par les virus des hépatites obligent les structures sanitaires à développer la prise en charge des toxicomanes, tandis que les centres de soins du dispositif spécialisé à dominante socio-

éducative ou psychothérapeutique sont conduits à se médicaliser pour mettre en œuvre les traitements de substitution.

A - Le dispositif spécialisé

Le dispositif spécialisé de prise en charge anonyme et gratuite présente trois caractéristiques, qui peuvent être aussi des éléments de faiblesse : sa dépendance à l'égard du tissu associatif, son adaptation à un certain état des besoins, la centralisation de sa gestion.

1 - Structure du dispositif

La politique adoptée dans le passé pour combattre d'autres fléaux sociaux, tels la tuberculose, les maladies vénériennes ou les maladies mentales, avait reposé sur la création d'un réseau de dispensaires spécialisés assurant une couverture sanitaire organisée à l'échelon départemental. Le dispositif de lutte contre la toxicomanie s'est construit, au contraire, sur une base associative, en marge du dispositif sanitaire de droit commun qui ne souhaitait pas prendre en charge ce type de patients.

Encadrés par la « circulaire Boulin » du 29 mars 1972 déterminant l'organisation sanitaire pour lutter contre la toxicomanie, des centres d'accueil et de post-cure ont été créés par des psychiatres voulant sortir des structures psychiatriques traditionnelles, par des psychologues et des éducateurs sociaux, parfois soutenus par des mouvements caritatifs ou confessionnels. La circulaire de mars 1972 assignait plusieurs rôles aux "centres d'accueil spécialisés pour les toxicomanes" : "l'information individualisée des parents et des jeunes (toxicomanes ou non), l'accueil des toxicomanes, leur orientation vers des dispensaires ou unités de sevrage ou des unités de post-cure, le traitement sous forme de cure ambulatoire, individuelle ou de groupe". Elle soulignait que la post-cure était "le niveau le plus nécessaire à la guérison des toxicomanes" : "actuellement ce sont les centres de post-cure qui font le plus défaut, et comme leur implantation est indépendante de l'ampleur locale du phénomène, n'importe quel département peut envisager l'ouverture de ces centres, soit publics, soit gérés par des associations dignes de confiance". Une autre circulaire, du 14 mars 1972, du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, soulignait, au sujet des "réseaux spécialisés pour les alcooliques notamment", "l'intérêt de ces services spécialisés, qui facilitent la recherche et permettent l'évolution des thérapeutiques" et précisait : "il n'est pas impossible que certains départements soient amenés à créer une "Équipe drogue" chargée

de centraliser et mener les actions spécifiques de lutte contre les toxicomanies".

C'est le décret du 29 juin 1992 qui a créé les "centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes" (CSST). Ils ont pour mission d'assurer au moins : "1° La prise en charge médico-psychologique du toxicomane ; 2° La prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion". Si les centres "n'assurent que l'une des deux missions définies ci-dessus, ils doivent effectuer en outre au moins l'une des missions suivantes :

1° L'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles ; 2° Le sevrage, ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ; 3° Le soutien à l'environnement familial" ²⁶.

Il existait à la fin de 1996 :

- 184 CSST conventionnés en ambulatoire ;
- 54 centres spécialisés de soins aux toxicomanes en hébergement collectif conventionnés ;

auxquels il convient d'ajouter 32 permanences d'accueil gérées par les CSST.

Les structures publiques sont restées longtemps en petit nombre (Centres Marmottan, Ste Anne et Fernand Vidal à Paris, un centre aux Hospices civils de Lyon et l'intersecteur des pharmacodépendances de l'hôpital Édouard Toulouse à Marseille). Quelques intersecteurs de toxicomanie se sont mis en place mais ils ne peuvent être comparés aux intersecteurs de pédopsychiatrie. Non reconnus par la carte sanitaire, ils ne sont pas financés par l'assurance maladie mais par un budget annexe de l'hôpital de rattachement, alimenté par des crédits d'État.

La dépendance à l'égard du tissu associatif limite la capacité d'initiative de l'État. De nombreuses directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) doivent passer par les services d'une association en situation de monopole qui gère les diverses structures (centres de soins avec ou sans hébergement, appartements thérapeutiques).

²⁶ Article 2 du décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

2 - L'adaptation du dispositif aux besoins

Bien que renforcées par le plan gouvernemental du 21 septembre 1993, les capacités d'accueil du dispositif spécialisé demeurent insuffisantes.

a) Implantation des centres

Le dispositif spécialisé n'est pris en compte ni par les instruments de planification sanitaire (carte sanitaire et schémas régionaux d'organisation sanitaire) ni par les schémas départementaux des établissements sociaux et médico-sociaux, ce qui conduit à une couverture sanitaire inégale. Ainsi en Seine-Saint-Denis, le sud du département, qui comprend pourtant des agglomérations importantes (Noisy-le-Grand, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance), n'est pas couvert par le dispositif spécialisé. Dans les Yvelines, il n'existe aucune structure dans des agglomérations comme Trappes et Chanteloup-les-Vignes. En Moselle, les moyens sont pour l'essentiel concentrés sur l'agglomération messine, les deux autres bassins de population (Moselle-Est et Thionville) restent insuffisamment pris en compte.

La réforme de 1992 a recentré le dispositif spécialisé sur les soins aux toxicomanes dans le cadre de conventions renégociées et entraîné l'arrêt du financement par la DGS des activités de prévention, de formation et de documentation. Mais les crédits ont été le plus souvent reconduits, d'année en année, sans véritable réexamen.

Du fait de l'implantation en milieu rural de nombreux centres de soins spécialisés²⁷, il n'y a pas de corrélation entre les enveloppes de crédits allouées aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales pour la gestion de ces institutions et les indicateurs de pratiques toxicomaniaques. C'est ainsi que, rapportée au nombre d'habitants, l'enveloppe allouée en 1995 au département du Nord au titre du financement des centres de soins spécialisés le plaçait en 33^e position, alors qu'il apparaissait, cette même année, comme le plus touché de France si l'on considérait le nombre de toxicomanes suivis par une structure sanitaire ou sociale pour 100.000 habitants.

Les départements frappés de longue date par le fléau sont mieux dotés que ceux où son développement est plus récent. Le département des Bouches-du-Rhône, qui comptait 730 toxicomanes pris en charge par une

²⁷ Un certain nombre des premiers centres de post-cure avaient été installés à la campagne pour favoriser la rupture avec le milieu de la drogue, essentiellement urbain à l'époque.

structure sanitaire et sociale en novembre 1994, a reçu ainsi 34,2 millions de francs en 1995 au titre du dispositif spécialisé, alors que le Nord, qui comptait 1 617 toxicomanes dans la même situation, ne recevait que 23,6 millions de francs : le coût par toxicomane pris en charge par les centres s'établissait à 32 024 francs dans le Nord, mais à 142 075 francs dans les Bouches-du-Rhône.

b) Public accueilli

S'agissant des modèles thérapeutiques utilisés, le dispositif est resté centré jusqu'en 1993 sur une logique de sevrage. Dès lors, les personnes qui n'étaient pas prêtes à s'engager dans une démarche de ce type n'étaient pas prises en charge par les centres de soins spécialisés. De même, les besoins de jeunes usagers de drogue qui échappent au dispositif sanitaire et consomment des substances psycho-actives, associant souvent alcool, cannabis, *ecstasy* et médicaments, ne sont souvent couverts que par les services d'urgence à l'occasion d'épisodes aigus, somatiques ou psychiatriques, ou d'accidents.

Encouragés par les plans de 1993 et 1995, le développement de traitements de substitution et l'ouverture de structures dites de « bas seuil », telles les "boutiques" et les *sleep-in*, ont permis d'accueillir des toxicomanes parfois très marginalisés. Pour les plus démunis, la prise en compte de besoins sociaux et sanitaires de base (hébergement, formalités sociales, soins infirmiers, renutrition) est un préalable au traitement de la dépendance. Ainsi, 80 % des toxicomanes hébergés par le *sleep in* de Paris fréquentent sa consultation de soins.

Les structures de "bas seuil"

Selon la Lettre de la DGLDT (n° 9, septembre-octobre 1995) présentant le programme gouvernemental adopté par le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le 14 septembre 1995, "les statistiques les plus récentes évaluent [...] à plus de la moitié les toxicomanes qui ne sont suivis ni par le réseau spécialisé ni par les hôpitaux généraux ou spécialisés [...]. Les toxicomanes les plus désocialisés ont, pour la plupart, perdu tout repère et sont le plus souvent sans domicile, malades, ballottés entre la prison, le *squat* et la rue. Leur accueil par les centres de soins spécialisés comme par les médecins généralistes se révèle difficile et peu efficace".

Les structures de "bas seuil" accueillent des toxicomanes non demandeurs de soins, en situation précaire, sans exiger le sevrage et l'arrêt de la consommation.

Les "boutiques" sont des lieux d'accueil d'urgence, ouverts le jour, qui n'essaient pas de sevrer les toxicomanes accueillis ou de résoudre leur problème de dépendance, mais leur proposent des prestations de petite restauration et d'hygiène (lave-linge, douche), des soins infirmiers d'urgence et des articles limitant les risques d'infection (préservatifs, seringues, eau de javel).

Les *sleep-in* sont des lieux d'hébergement pour la nuit qui offrent le même type de prestations que les boutiques (restauration, hygiène, matériel stérile), où les toxicomanes accueillis peuvent passer la nuit (box individuels), et à côté desquels est ouverte une consultation sanitaire et sociale (orientation et non prise en charge).

Les structures de "bas seuil" à dominante sanitaire (les "boutiques") sont gérées par la direction générale de la santé, tandis que les structures à dominante sociale que sont les "sleep-in" relèvent de la direction de l'action sociale du ministère.

3 - Le mode de gestion

L'adaptation du dispositif aux besoins locaux est d'autant plus difficile que sa gestion reste centralisée, bien que les crédits soient déconcentrés à l'échelon départemental. Les mesures nouvelles sont entièrement préaffectées par la direction générale de la santé, dont les décisions ne correspondent pas toujours aux priorités retenues par les DDASS dont la marge de manœuvre de celles-ci se limite à moduler éventuellement l'application des taux directeurs. Elle est d'autant plus restreinte que dans un domaine aussi sensible, toute réallocation de ressources entraîne réactions et interventions.

La centralisation des décisions est plus accentuée encore pour les crédits alloués par la direction de l'action sociale afin de financer les structures de « bas seuil » à dominante sociale (*sleep in*). Certaines associations ont pris l'habitude de traiter directement avec l'échelon central et leurs dossiers sont instruits sans que les services départementaux soient même consultés.

La tâche des services déconcentrés est compliquée aussi par le cloisonnement entre les différents services de l'administration centrale du ministère chargé de la santé, notamment entre la direction générale de la santé et la direction de l'action sociale. Un aménagement technique décidé en juillet 1997 par les directeurs concernés regroupe leurs compétences pour la lutte contre la toxicomanie à la direction générale de la santé (DGS), désormais chargée de gérer l'ensemble des crédits.

B - Le dispositif sanitaire de droit commun

Le dispositif sanitaire et social de droit commun a vocation à participer à la prise en charge des toxicomanes, notamment pour les soins somatiques, le traitement des complications psychiatriques et le suivi social. Pourtant, il s'est longtemps montré réticent à prendre en charge les toxicomanes, qui sont des patients difficiles à rechutes multiples. La création d'un dispositif spécialisé le confortait dans cette attitude. Le développement de pathologies somatiques associées à la toxicomanie et, plus récemment, celui des traitements de substitution ont provoqué une évolution des pratiques, encore inégale.

1 - Les soins ambulatoires

Le rôle que doivent jouer les médecins libéraux, en particulier les généralistes, a longtemps été méconnu. Confrontés à des demandes de soins qui pouvaient être ambiguës, telles certaines demandes de médicaments, les généralistes ne disposaient pas bien souvent de réponse thérapeutique adaptée. Depuis la mise sur le marché officinal de la méthadone et de la buprénorphine, ils sont habilités à prescrire des traitements de substitution.

Ils demeurent cependant insuffisamment formés pour dispenser des soins aux toxicomanes, malgré les améliorations apportées par les plans d'action de 1983, 1990 et 1993. Les problèmes de toxicomanie devraient être abordés dans le second cycle des études médicales ; les textes laissent toutefois une large liberté d'organisation aux unités de formation et de recherche (UFR). De même, le thème des toxicomanies était peu traité dans le cadre de la formation médicale continue conventionnelle en 1994.

La prise en charge des dépendances a constitué, en revanche, l'un des thèmes retenus pour l'emploi de la contribution conventionnelle en 1997.

Des formations centrées sur les traitements de substitution ont été financées par la direction générale de la santé de 1995 à 1997. Elles s'ajoutaient à celles que finance la direction de l'action sociale, qui s'adressent à un public plus large (personnels du secteur social, de l'Éducation nationale, de la Santé, de la Justice). Mais la participation aux sessions financées par la DGS est faible, ainsi que l'ont constaté une association marseillaise de prévention, la DRASS d'Ile-de-France et le comité départemental de suivi de la substitution dans la Moselle ; la sensibilisation des prescripteurs concernant la buprénorphine reste principalement organisée par le laboratoire producteur. Depuis 1998, les formations aux traitements de substitution sont exclusivement dispensées dans le cadre de la formation médicale continue.

2 - Les soins hospitaliers

Il a fallu attendre mars 1995 pour que la direction des hôpitaux mette en place une cellule de coordination concernant les problèmes de toxicomanie au sein de la sous-direction de l'organisation et de l'évaluation. Jusqu'alors, la prise en charge des toxicomanes à l'hôpital n'était abordée que sous des angles spécifiques (psychiatrie, médecine pénitentiaire et surtout SIDA). La direction des hôpitaux ne dispose pas, pour autant, de données chiffrées ou d'évaluations sur les soins hospitaliers aux toxicomanes.

Du fait notamment de la multiplication des contaminations par le VIH, les services hospitaliers sont conduits à prendre en charge un nombre croissant de toxicomanes. Au titre des mesures d'urgence du plan gouvernemental du 21 septembre 1993, il était prévu de réserver trois à cinq lits de sevrage au moins dans les centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les principaux autres centres hospitaliers implantés dans les villes de 50 000 habitants et plus. Un effort supplémentaire devait être effectué par les hôpitaux des régions les plus touchées, notamment en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'objectif fixé par la circulaire DGS-DH du 7 mars 1994 était de disposer de 1 000 lits à terme de trois ans.

Cette directive a été très inégalement appliquée : lors de l'enquête de la Cour, elle était restée lettre morte dans de nombreux établissements, y compris dans des CHU ; les Bouches-du-Rhône ne totalisaient que trois lits réservés à la même époque, et les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris ne comptaient que 78 lits de sevrage en octobre 1995. La notion de lits de sevrage réservés a d'ailleurs été interprétée très diversement : de

nombreux établissements sans lits réservés déclaraient pourtant, en 1995, une activité de sevrage ; d'autres n'avaient pas d'activité de sevrage identifiée ; en fait, la direction des hôpitaux ne disposait d'aucune information sur l'activité de sevrage des hôpitaux. Ce constat était encore effectué en 1997.

La loi du 31 décembre 1970 met à la charge de l'État les dépenses de prévention et de soins, ainsi que les frais d'hospitalisation des personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure. La direction générale de la santé a précisé en 1990 que, pour être remboursée par l'État, la cure de sevrage doit se dérouler dans un service hospitalier agréé par arrêté préfectoral, les services psychiatriques étant agréés de droit. En effet, l'État n'a pas à couvrir l'ensemble des dépenses de maladie de cette population. Bien qu'elle n'eût pas modifié cette instruction, la DGS considérait, lors de l'enquête de la Cour, que la notion d'agrément avait été remplacée, dans des conditions qui restaient imprécises, par celle de lits réservés.

L'évolution des toxicomanies entraîne un allongement de la durée des cures de sevrage, qui dépasse la durée moyenne de 8 jours mentionnée par l'instruction de 1990, notamment pour les polytoxicomanes, désormais majoritaires, et les usagers de produits de substitution ou de médicaments détournés de leur destination.

Ce dernier type de sevrage soulève, de surcroît, un problème juridique puisque la prise en charge par l'État des frais de sevrage doit s'appliquer au "sevrage physique d'une substance inscrite à l'article L. 628 du code de la santé publique à l'exclusion de toute autre", ce qui exclut le sevrage des toxicomanes dépendants de substances médicamenteuses. L'Assistance publique de Paris se voit ainsi opposer des refus de remboursement par la DDASS. Cette situation est révélatrice de la difficulté de distinguer le traitement de la dépendance et celui de pathologies psychiatriques associées. De même, la notion de consolidation psychologique du toxicomane est susceptible de justifier la prise en charge de séjours hospitaliers d'une durée beaucoup plus longue que celle qui est requise par le seul sevrage physique. En 1993, la DDASS a ainsi remboursé à un hôpital plusieurs cures de 44 jours. Pour des sevrages effectués en 1993 et 1994 dans les Bouches-du-Rhône, des séjours d'une durée de 53 jours, 68 jours et jusqu'à 193 jours ont été remboursés à un centre hospitalier spécialisé et à l'Assistance publique de Marseille, à des prix de journée compris entre 2 000 et 2 500 francs.

3 - Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Ce n'est qu'en septembre 1993 que le développement des réseaux "toxicomanie-ville-hôpital" a été retenu comme une priorité du plan gouvernemental. Ces réseaux, inspirés de ceux qui ont été mis en place à compter de 1991 pour le suivi des patients infectés par le VIH, sont destinés à améliorer la prise en charge des toxicomanes en favorisant les échanges d'information entre les divers intervenants appelés à accueillir, soigner ou orienter ces patients à un moment donné de leur parcours (médecins généralistes, équipes hospitalières, centres spécialisés de soins, personnels des organismes sociaux).

S'appuyant nécessairement sur un site hospitalier, ils regroupent un ou plusieurs praticiens hospitaliers des services concernés, aussi bien psychiatriques que somatiques, des médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des toxicomanes et un ou plusieurs centres de soins spécialisés. Le regroupement des médecins de ville s'opère par la constitution d'une association à laquelle les crédits de la direction générale de la santé sont alloués. Chaque réseau doit être pourvu d'un médecin coordonnateur exerçant en milieu hospitalier. 33 réseaux "toxicomanie-ville-hôpital" fonctionnaient au début de 1997.

Il existe d'autres structures de coordination, qui ne satisfont que partiellement à la définition des réseaux ville-hôpital. Dans plusieurs départements, des ébauches de réseaux toxicomanie relient un hôpital et des médecins de ville mais n'incluent pas de centres de soins spécialisés. Ailleurs, des liaisons ont été établies entre le dispositif spécialisé et les hôpitaux sans que les médecins de ville soient associés. Enfin, bien souvent, ce sont les réseaux ville-hôpital SIDA qui prennent en compte les problèmes de toxicomanie.

La coordination entre les différents professionnels pour la prise en charge des toxicomanes reste donc très inégale. L'activité de ces réseaux n'est pas évaluée, en ce qui concerne notamment leurs avantages tant pour le patient et sa famille que pour les professionnels libéraux et la structure hospitalière. Il serait utile aussi d'élargir les réseaux à des structures sociales d'insertion.

4 - La couverture sociale des toxicomanes

Le recours des toxicomanes au dispositif de soins de droit commun pose le problème de leur couverture sociale. En 1989, l'IGAS observait qu'alors même que l'état sanitaire des toxicomanes s'aggravait du fait du SIDA et des hépatites, les deux tiers d'entre eux environ présentaient un problème de couverture sociale. Selon les dernières

statistiques publiées par le ministère chargé des affaires sociales, 7 à 8 % des toxicomanes entrant dans le champ de son enquête annuelle auraient encore été dépourvus de couverture sociale en novembre 1994 : 7,1 % des toxicomanes suivis dans les centres spécialisés, 5,8 % dans les hôpitaux, 11,8 % dans les centres sociaux non spécialisés près de la moitié d'entre eux étaient âgés de moins de 24 ans 28

C - Les programmes de substitution

Longtemps, les autorités sanitaires françaises, comme les professionnels spécialisés, ont refusé de développer des programmes de substitution. C'est l'apparition du SIDA, et son importance dans les populations toxicomanes, qui a conduit à un changement de politique, particulièrement net depuis 1993. Deux produits sont utilisés à cette fin.

1 - La méthadone

La méthadone est un opiacé de synthèse, élaboré pour remplacer la morphine. Ce produit n'est indiqué que pour le traitement substitutif des toxicomanies aux opiacés.

Le plan gouvernemental du 21 septembre 1993 et, plus encore, celui du 14 septembre 1995 accordent un caractère prioritaire à l'extension des programmes de distribution de méthadone, qui n'avaient porté jusque-là que sur un très faible nombre de places (52 en avril 1993). Les objectifs du programme méthadone sont de favoriser, d'une part, l'entrée dans un processus thérapeutique permettant un meilleur suivi médical des pathologies somatiques ou psychiatriques associées à la toxicomanie et, d'autre part, une stabilisation de la consommation de drogues illicites, en particulier de celle de drogues injectables, source de contamination par le VIH et les hépatites.

Le programme gouvernemental du 14 septembre 1995 fait état d'une perspective de 45 000 toxicomanes pouvant, à terme, relever d'un traitement de substitution. A cette fin, les modalités de distribution de la méthadone ont été progressivement élargies. Jusqu'alors réservée à des centres agréés par le ministère chargé de la santé, après avis d'une commission consultative, la prescription a été ouverte en janvier 1995 à l'ensemble des médecins des centres de soins spécialisés. Les médecins libéraux peuvent renouveler les prescriptions des centres spécialisés en

²⁸ Enquête du SESI (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information) sur "la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994" (Documents statistiques n° 258, juillet 1996).

utilisant des carnets à souches. Le programme méthadone passe nécessairement par les CSST ; l'autorité sanitaire conserve donc la maîtrise des entrées dans ces programmes, par le moyen de l'approbation des plans spécialisés.

Les moyens de fonctionnement supplémentaires nécessaires à l'ouverture d'une unité méthadone (personnel médical et infirmier, suivi psychosocial) sont prélevés sur la dotation globale allouée aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes²⁹. Les frais liés à l'achat de méthadone et au coût des analyses urinaires ont été transférés à l'assurance maladie. Ils sont évalués à environ 15 000 francs par toxicomane et par an.

En dépit des recommandations du programme d'action de septembre 1995, qui fixait comme objectif l'implantation d'au moins un programme de substitution par département, la couverture du territoire national est inégale : au 31 décembre 1996, 63 départements comptaient au moins un programme méthadone ; 27 départements n'en étaient pas pourvus. De plus, la mise en œuvre a été parfois tardive : la prescription de méthadone n'a ainsi débuté qu'en avril 1995 en Seine-Saint-Denis, département pourtant très touché par le VIH. Le nombre de toxicomanes traités par la méthadone était estimé à 4 600 au 31 décembre 1996 et à 5 500 à la fin de 1997. Le coût annuel total de la prise en charge, qui est entièrement financé par les deniers publics ou sociaux, est évalué à environ 30 000 F par toxicomane. Le coût annuel total du programme méthadone dépasse donc 160 MF.

2 - La buprénorphine

La buprénorphine haute dose, mise sur le marché sous le nom de spécialité de Subutex, est un médicament de substitution proposé pour le traitement de la pharmacodépendance majeure aux opiacés. Contrairement à la méthadone, elle peut être prescrite par tout médecin traitant, sans passage préalable par le dispositif spécialisé ; la seule contrainte est d'établir l'ordonnance sur un carnet à souches pour une durée ne pouvant excéder 28 jours.

Le nombre de toxicomanes traités avec le Subutex était estimé à 24 000 au 31 décembre 1996 et à quelque 42 000 au 31 décembre 1997. Le coût de la prise en charge médicale par Subutex était évalué en 1997 à 15

²⁹ A Paris, la ville a consacré 1 MF en 1996, au titre du plan départemental d'insertion, au financement des postes de travailleurs sociaux dans les centres méthadone (hors AP-HP).

300 francs par personne et par an³⁰, dont 10 800 francs réglés par l'assurance maladie, le surplus étant souvent financé au titre de l'action sociale des caisses de sécurité sociale, ce qui correspond à un coût global pour l'assurance maladie compris entre 500 et 600 MF par an.

L'autorisation de mise sur le marché du produit préconise de prescrire pour une durée plus courte que la durée maximum autorisée, particulièrement en début de traitement, compte tenu du risque d'utilisation détournée par voie intraveineuse. Elle recommande au médecin qui suit un toxicomane pour un traitement long de s'entourer de l'avis de confrères, notamment dans le cadre de réseaux, qui permettent aussi de proposer un suivi psychosocial concomitant, et d'entrer en contact avec le pharmacien auquel il sera fait appel. Cependant, ce cadre d'utilisation du Subutex est inégalement respecté. A cet égard, la formation des prescripteurs est indispensable. Depuis 1995, des crédits de la direction générale de la santé délégués aux DRASS permettent de financer les actions de formation et l'indemnisation des médecins et pharmaciens qui participent aux sessions.

Plusieurs comités départementaux de suivi de la substitution s'inquiètent de dérives dans la prescription et l'utilisation du Subutex, voire de l'apparition d'un trafic. La mise en place du codage des prescriptions de pharmacie devrait permettre de prendre la mesure du phénomène du « marché noir » du Subutex, estimé par certains experts entre 5 et 10 % des ventes.

D - L'insertion sociale des toxicomanes

La toxicomanie est de plus en plus considérée comme symptomatique du « mal de vivre » d'une jeunesse marquée par la perte de repères sociaux et familiaux. Dès lors, le traitement de la toxicomanie comme sa prévention paraissent relever à la fois d'une politique de santé et d'une politique sociale : « un soin sans une issue sociale est voué à l'échec³¹ ».

Les programmes successifs d'action contre la toxicomanie ont donné la priorité aux mesures sanitaires sur les actions de réinsertion. Les dispositions qu'ils comportaient en ce domaine n'ont reçu que des applications limitées.

³⁰ Étude du Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE), septembre 1997.

³¹ Rapport annuel du centre Marmottan pour 1994.

1 - Les mesures spécifiques

Les crédits d'État affectés spécifiquement à l'insertion sociale des toxicomanes, longtemps très faibles, ont été augmentés en 1995 et surtout en 1996. Ils correspondent à plusieurs types de mesures : les *sleep in* qui concourent à la réduction des risques, le dispositif de préparation à la sortie et d'aide à la réinsertion des détenus (cf. ci-après) et les ateliers d'aide à l'insertion.

En 1996, 25 ateliers étaient financés pour un montant global de 10,66 millions (4,69 millions en 1995, 2,87 millions en 1994) : ces ateliers sont centrés sur une activité particulière (activités agricoles, forestières et équestres, brocante, restauration, mécanique auto, pisciculture, métiers de l'humanitaire), la remise à niveau scolaire et l'accompagnement dans la démarche d'insertion (aide à la rédaction du curriculum vitae, stages de bilan-évaluation-orientation, conseil et soutien psychologique), l'aide à l'insertion par le logement.

2 - Les dispositifs d'insertion de droit commun

La faiblesse des mesures spécifiques s'explique pour partie par le souci de ne pas marginaliser plus encore les toxicomanes en créant des circuits d'insertion particuliers. Les toxicomanes ont vocation à être pris en charge par les dispositifs de droit commun : RMI, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, clubs de prévention, dispositifs d'insertion par l'économique, aide au logement. Mais la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie constatait en février 1995 que "la recomposition des politiques d'action sociale et de lutte contre l'exclusion sur le terrain n'a pas fait à la toxicomanie la place qu'elle mérite".

a) Revenu minimum d'insertion

L'intérêt du dispositif du revenu minimum d'insertion pour les toxicomanes a été souligné par la circulaire du 9 mai 1990 de la direction générale de la santé et la délégation interministérielle au RMI : outre le versement d'une allocation, le RMI assure l'accès à une protection sociale sans mise en jeu des règles de l'obligation alimentaire. De plus, il doit comporter un suivi social au sein d'un dispositif local pour rechercher un logement, recevoir une formation professionnelle, bénéficier d'une aide au retour à l'emploi. Le ministère recommandait aussi la participation de centres spécialisés de soins aux toxicomanes aux commissions locales d'insertion et aux cellules d'appui.

L'enquête de la Cour a fait ressortir que cette recommandation a été peu appliquée : les programmes départementaux d'insertion ne comportent pas, sauf exception comme en Moselle, de dispositions spécifiques concernant les toxicomanes. 22 % des toxicomanes suivis par les structures sanitaires et sociales bénéficiaient du RMI en novembre 1994³².

Le dispositif du RMI ne s'adresse qu'aux personnes âgées de 25 ans ou plus. Pour les plus jeunes, la loi du 29 juillet 1992 a prévu la mise en place de fonds départementaux d'aide aux jeunes (FAJ) cofinancés par l'État et les départements. Les DDASS ne disposent pas de données statistiques quant au recours à ces fonds pour l'aide à la réinsertion de jeunes toxicomanes. En Seine-Maritime, le fonds d'aide aux jeunes n'a été mis en place qu'au 1er juin 1997. En Seine-et-Marne, les crédits du fonds sont restés peu utilisés jusqu'en 1996.

b) Logement

L'accès au logement social de droit commun est difficile pour les toxicomanes. Les associations qui les accueillent et les CSST sont assez souvent conventionnés au titre de l'aide au logement temporaire, mais les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées des départements examinés au cours de l'enquête ne prévoient pas de dispositions spécifiques à leur endroit.

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), de même que les centres d'hébergement d'urgence, ont vocation à accueillir, pour une durée limitée, les personnes qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique (article 185 du code de la famille et de l'aide sociale). Leur public très diversifié comprend un certain nombre de toxicomanes, notamment parmi les jeunes qui sortent de prison : 6,4 % des toxicomanes suivis par les structures sanitaires et sociales selon l'enquête déjà citée.

La pratique des CHRS apparaît diverse, d'autant qu'ils sont souvent spécialisés dans l'accueil de certaines catégories de population (femmes victimes de violence conjugale ou familles en difficulté, par exemple). Cependant un nombre croissant de CHRS sont conduits à prendre en charge des toxicomanes et pour certains la proportion de toxicomanes est élevée, comme en Moselle, dans le Nord, à Paris ou dans

³² Enquête précitée du SESI sur les toxicomanes suivis par les structures sanitaires et sociales ; le pourcentage de non réponse était toutefois élevé (12,8 %).

le Val-de-Marne. Il a toutefois été exposé au cours de l'enquête que “ ces structures sont mal préparées à les prendre en charge sans mettre en péril la prise en charge d'autres résidents (circulation de produits) ”.

Les jeunes de moins de 25 ans qui n'ont pas accès aux CHRS sont parfois dans une situation particulièrement difficile, comme le constatait la mission locale de Meaux au printemps 1996.

c) L'insertion par l'emploi

Selon l'enquête déjà citée, la proportion des inactifs était, en novembre 1994, de 67 % parmi les patients des centres spécialisés, de 74,5 % pour ceux des centres sociaux non spécialisés et de 76,5 % pour ceux des hôpitaux. Dans quelques-uns des départements examinés, des mesures spécifiques d'accompagnement vers le dispositif d'insertion de droit commun ont été mises en œuvre (Moselle, Nord, Seine-Maritime). Cependant, ce type de mesure reste peu développé.

Le volet “ insertion ” de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie demeure donc insuffisant. Or, le développement des traitements de substitution renforce les besoins en ce domaine : libérés de la quête du produit, les toxicomanes ainsi traités seraient plus aptes à s'engager dans une démarche d'insertion. D'ailleurs, l'expérience des *sleep in* montre que, pour les toxicomanes les plus marginalisés, le traitement social est un préalable à une démarche de soins.

La coordination entre le dispositif spécialisé et le dispositif social de droit commun devrait être renforcée, notamment pour les actions de “ postcure ”, afin d'éviter, par exemple par un travail en réseau, que la rupture temporaire avec le milieu d'origine n'aggrave ultérieurement les problèmes de réinsertion. Dans le domaine de l'emploi, les dispositifs d'accompagnement individualisé vers l'activité ne semblent pas faire une place suffisante aux toxicomanes. Une remarque voisine peut être formulée dans le domaine du logement, au sujet de l'accès des associations accueillant des toxicomanes au fonds de solidarité logement.

E - La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes dans deux départements

1 - Les Bouches-du-Rhône

Les Bouches-du-Rhône se situent au troisième rang des départements français, après Paris et le Nord, par le nombre de toxicomanes accueillis dans les structures sanitaires et sociales. Les crédits publics dans le secteur sanitaire et social peuvent être estimés à 46,85 millions en 1995 : 43,27 millions de l'État, 0,1 million de la région, 0,47 du département, 1,61 de différentes communes, 1,06 de l'assurance maladie et 0,34 du FAS.

a) Le dispositif spécialisé

Le dispositif d'accueil et de prise en charge des toxicomanes comprend cinq structures. Deux d'entre elles, de forme associative, sont en situation de rivalité, ce qui a empêché longtemps un travail en réseau.

Créé en 1974, l'Intersecteur des pharmacodépendances effectue une prise en charge de type psychiatrique, après sevrage, de toxicomanes qui présentent des troubles lourds. Son budget a atteint 11 MF en 1995. Il a été longtemps isolé du fait de son hostilité à la substitution, à la prise en charge socio-éducative et aux injonctions thérapeutiques.

L'Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies (AMPT), dont le budget atteignait 12,42 MF en 1996, dont 37 % de subvention pour soins spécialisés aux toxicomanes (y compris l'unité méthadone), pratique une prise en charge ambulatoire, privilégiant la psychothérapie. Rencontrant une certaine désaffection auprès des toxicomanes, l'AMPT a diversifié ses modes d'intervention : elle est ainsi, depuis trois ans, organisme instructeur du RMI.

L'association SOS Drogue International (SOS DI) a créé en 1987 la structure "Point Marseille", conventionnée comme centre spécialisé. Point Marseille propose une prise en charge socio-éducative des mineurs et jeunes adultes. Le taux d'occupation est proche de 85 % ; les deux-tiers des pensionnaires viennent d'autres départements, ce qui limite l'insertion de proximité. Les subventions, qui forment 95 % des ressources de SOS DI, atteignaient 13,34 MF en 1995. A la date de l'enquête de la Cour, il n'existait pas de comptabilité analytique permettant de distinguer le coût de chaque action.

b) Le sevrage

355 sevrages ont été réalisés en 1994, et 469 en 1995. Le département dispose d'une unité d'hospitalisation gérée par l'Intersecteur, et de lits réservés pour le sevrage au centre antipoison de l'Assistance publique de Marseille (APM), dans une clinique et dans deux centres hospitaliers. Bien qu'une instruction de 1994 impose aux hôpitaux de prévoir des lits de sevrage lorsque aucun lit spécialisé n'est disponible, une centaine de sevrages n'ont pu être effectués en 1995 du fait des délais d'attente (3 semaines).

Alors que la loi de 1970 (art. L 355-21 du Code de la Santé publique) prévoit l'anonymat des patients qui se présentent spontanément et en font expressément la demande, les noms étaient indiqués dans la quasi-totalité des dossiers examinés au cours de l'enquête. Par ailleurs, alors que la prise en charge totale des frais par le budget de l'État, un sondage sur 165 factures réglées en avril 1995 a fait apparaître que la prise en charge par l'assurance maladie (1,07 million de dotation globale de fonctionnement des hôpitaux publics) avait été voisine de celle de l'État (1,36 MF).

c) L'accueil des toxicomanes dans les hôpitaux publics

256 patients ont été accueillis en 1995 dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Marseille pour des manifestations en relation avec la toxicomanie. Même s'il est sous-évalué, car des toxicomanes peuvent être hospitalisés pour d'autres affections que leur dépendance, ce chiffre semble faible, par rapport à la demande de soins qu'expriment les toxicomanes. L'accueil de droit commun du toxicomane à l'hôpital public n'était pas réalisé à la date de l'enquête de la Cour.

d) La politique de réduction des risques

Des financements importants (6,55 MF en 1995) ont été accordés par la direction générale de la santé, l'assurance maladie, des associations et la ville de Marseille.

Un programme d'échange de seringues a été mis en place à titre expérimental de 1989 à 1991 mais n'a permis de distribuer que quelques seringues. Un nouveau programme a été subventionné en 1994, puis étendu en 1995. De juillet 1994 à la fin de 1995, plus d'un millier de toxicomanes ont été accueillis, et 62.534 seringues neuves ont été distribuées. Cette action a modifié la relation entre usagers de drogue et pharmaciens, et facilité l'accès aux dispositifs de soins. Huit automates

distributeurs de seringues devaient être installés à Marseille, courant 1996, pour un coût total de 1,2 MF, mais la mise en place de l'action a été plus lente que prévu. La part de l'Etat (division Sida) s'élève à 0,87 MF (78 % des investissements, 35 % des dépenses de fonctionnement) ; la CPAM prend en charge le reste de l'investissement.

Deux lieux d'accueil de « bas seuil » ont été ouverts à Marseille : une "boutique" en 1993 et un *sleep-in* en 1996. La boutique (AMPT) accueille bien le public qui était visé lors de la conception du projet ; toutefois, le nombre de nouveaux contacts a diminué en 1995 ; le partenariat avec les dispositifs marseillais d'hébergement d'urgence et d'accès aux droits sociaux, dans une logique de réseau, est insuffisamment développé.

La décision d'ouvrir un *sleep-in* a été prise en 1993 par la direction générale de la santé, mais le dépôt du permis de construire sans une concertation suffisante avec la ville a entraîné une dépense inutile de 824 000 francs correspondant aux frais engagés pour une première implantation qui se situait dans le périmètre d'un vaste projet immobilier de ville, et pour laquelle le permis de construire a été refusé ; la tutelle a été revendiquée à la fois par la direction générale de la santé et par la direction de l'action sociale, ce qui a coûté près de 500 000 francs à l'État, qui a pris en charge d'importants travaux supplémentaires demandés en 1995 seulement par la direction de l'action sociale. Le *sleep-in* (SOS DI) n'a pu être ouvert qu'en février 1996. Son budget annuel de fonctionnement devrait s'élever à 6 MF.

Les premières places pour traitement de substitution à la méthadone ont été créées à Marseille en 1994 (25 places puis 40). Le budget, de 500 000 francs au démarrage, est maintenant fondu dans celui du centre d'accueil et de soins de l'AMPT. Une autre unité méthadone (50 places) a été ouverte en 1995, après 18 mois de difficultés de tous ordres.

2 - Le Nord

La région Nord-Pas-de-Calais occupe depuis 1993 le premier rang des régions françaises au regard du nombre de toxicomanes pris en charge pour 100 000 habitants. Le département du Nord a été affecté relativement tard par la toxicomanie : le nombre de personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants a été multiplié par 11,9 de 1985 à 1996 (7 373 interpellations en 1996). L'estimation des prises en charge pour 1996 est comprise entre 14 000 et 16 000.

a) Le dispositif spécialisé

Les soins aux toxicomanes ne sont pas pris en compte dans le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale d'octobre 1994. Le dispositif existant présente une mauvaise répartition des centres et un fonctionnement en réseau insuffisant. Certains secteurs sanitaires, comme l'Avesnois, restent dépourvus de centres de soins ou très insuffisamment dotés. En dépit de problèmes de toxicomanie croissants, l'arrondissement de Dunkerque ne dispose, de même, que d'un petit centre de soins spécialisé sans hébergement. Un schéma départemental d'organisation de la prise en charge des toxicomanes devrait être réalisé en 1998.

En revanche, le dispositif méthadone s'est rapidement développé, dans un contexte particulier puisque de nombreux toxicomanes du département se rendaient en Belgique pour obtenir de la méthadone. Des conventions ont été passées entre les hôpitaux de Douai, Dunkerque, Roubaix et les centres de soins spécialisés. Il a été exposé à la Cour que ces dispositifs restent fragiles mais permettent une « confrontation des pratiques entre le sanitaire et le social ».

La mise en place d'un dispositif d'échange de seringues est récente (juin 1994) et ne porte que sur certains des sites touchés par la toxicomanie. 42 779 seringues ont été distribuées et 24 595 récupérées en 1995. Le financement provient de diverses sources³³. La couverture du département reste inégale : à l'exception d'une permanence ouverte à Valenciennes, l'ensemble du programme ne concerne que l'agglomération lilloise, où vivent, il est vrai, 70 % des toxicomanes pris en charge.

Le dispositif spécialisé apparaît globalement saturé, notamment en ce qui concerne les structures d'hébergement. Une diversification constante des moyens est de surcroît nécessaire afin de les adapter aux besoins (appartements thérapeutiques, structures d'accueil mères-enfants). Le dispositif spécialisé ne fait pas l'objet d'une réelle évaluation.

Les élus et les intervenants en toxicomanie soulignent la disproportion entre la gravité de la toxicomanie dans le département et les financements accordés par l'État : environ 9 % des toxicomanes français pour un budget qui représente 4,6 % de l'enveloppe nationale accordée aux centres spécialisés en 1995. Rapportée au nombre d'habitants, l'enveloppe allouée en 1995 au département est de 9,31 francs, ce qui

³³ Chapitre 47-18, article 20 (direction générale de la santé), dotation en matériels pour l'amélioration des services publics dans les quartiers (préfecture), financements complémentaires de la ville de Lille, du département, de la région, de la Mutualité du Nord et du Sidaction.

place le Nord en 33ème position, alors qu'il est désormais le département le plus touché de France et comporte une importante tranche de population de 15 à 49 ans.

Les arrêtés budgétaires fixant la dotation annuelle des différents CSST interviennent très tardivement. En 1994, les arrêtés budgétaires étaient datés du 15 novembre, et du 31 décembre pour une association de Tourcoing. En 1995, ils ont été signés entre le 10 mai et le 11 décembre. Les CSST à gestion associative supportent, de ce fait, des frais de trésorerie, supérieurs à un million de francs depuis 1987 pour un centre.

b) La place de l'hôpital dans le dispositif de soins aux toxicomanes

Les remboursements des frais de sevrage aux hôpitaux ont atteint 5,2 millions en 1995, auxquels s'ajoutaient 6,1 millions restant à régler en mai 1996.

Alors que pour être remboursée par l'État, la cure doit obligatoirement se dérouler dans un service hospitalier agréé par arrêté préfectoral, les services psychiatriques sectorisés étant agréés de droit, la notion d'agrément a été perdue de vue dans le Nord.

Plusieurs établissements hospitaliers se sont dotés d'unités spécifiques pour les cures de sevrage, à Lille (centre hospitalier régional universitaire), Saint-André et Roubaix. La création de telles unités assurerait, selon la DDASS, une meilleure lisibilité pour les toxicomanes et les partenaires extérieurs, la disponibilité d'une équipe soignante spécifiquement formée, et permettrait l'élaboration de projets de soins spécifiques et le travail en réseau avec les médecins généralistes et les centres spécialisés.

c) La coordination entre les intervenants

Il existe un seul réseau ville-hôpital reconnu comme tel par la direction des hôpitaux et la direction générale de la santé, à Valenciennes. Des crédits dégagés sur la marge de contractualisation régionale en 1995 ont permis de renforcer d'autres établissements en vue de créer des réseaux (Maubeuge, Douai, Saint-Vincent, Dunkerque).

L'articulation entre le dispositif spécialisé et les clubs de prévention est inégale : bonne dans l'agglomération lilloise, moins bonne dans le Valenciennois, récente dans la région dunkerquoise. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) du département accueillent un nombre croissant de toxicomanes (parfois 50 %). Dans le dispositif RMI, les actions mises en place avec les cellules d'appui, en

dehors de l'accès aux soins, ont principalement porté sur la lutte contre l'alcoolisme.

d) La formation

Les actions de formation financées par l'État relèvent de la compétence de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Ici encore, la déconcentration a une portée variable : en 1991, 1993 et 1994, le ministère (direction de l'action sociale) a proposé la répartition entre les organismes ; en 1992 et 1995, c'est la DRASS qui a attribué les crédits alloués aux différents organismes de la région. Les subventions ne sont versées aux organismes de formation qu'au début de l'année suivante, ce qui est préjudiciable à la programmation régionale des formations.

Aux formations financées sur les crédits de la direction de l'action sociale s'ajoutent depuis 1995 des formations sur les traitements de substitution, destinées aux professionnels de santé et financées sur des crédits de la direction générale de la santé³⁴. Les premières formations n'ont pu être organisées qu'en 1996. En effet, la notification des crédits, en juillet 1995, a été suivie de l'annonce de leur gel.

Des formations sont proposées dans le cadre de la politique de la ville, à l'initiative des collectivités territoriales. Un rapport établi, en juin 1995, dans le cadre du contrat départemental d'actions de prévention de la toxicomanie relevait leur coût souvent excessif, l'imprécision fréquente des projets de formation, l'absence de procédure d'évaluation. Un pôle de compétence a été installé par le préfet de région en mai 1997.

II - La prise en charge des toxicomanes soumis à une mesure de justice

A - La conciliation du volet répressif et de la prise en charge sanitaire

La politique française de lutte contre la drogue s'efforce de conjuguer les approches sanitaire et répressive. La loi du 31 décembre 1970 place les usagers de drogue sous la surveillance de l'autorité sanitaire et qualifie de délit l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiante (art. L. 335-14 du code de la santé publique).

³⁴ Chapitre 47-15, article 40 (toxicomanie), et chapitre 47-18, article 20 (SIDA).

1 - Les actions répressives

L'article L. 628 du code de la santé publique punit l'usage illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 25 000 francs, les peines étant doublées au cas de récidive. En 1996, les forces de police, de gendarmerie et de douane ont traité 39 989 affaires d'infractions à la législation sur les stupéfiants³⁵ et procédé à 77 640 interpellations : 69 228 pour usage et revente³⁶ et 8 412 pour trafic. La douane saisit, en moyenne, les quatre cinquièmes environ des quantités de drogues interceptées en France : 54,6 tonnes en 1994³⁷, dont 12,3 tonnes en collaboration avec les autres services répressifs, 42 tonnes en 1996³⁸.

Les parquets jouent un rôle-clé pour coordonner les actions répressives. La Justice est, en effet, "au centre du dispositif de lutte contre la drogue", comme le soulignait le programme du 9 mai 1990. "Elle réprime mais elle devrait permettre aussi la réinsertion sociale. L'objectif est, d'une part, de renforcer la répression pénale du trafic et du blanchiment, d'autre part, d'accroître la participation de la justice aux actions de protection de la jeunesse, de prévention et de réinsertion."

2 - L'injonction thérapeutique

Le procureur de la République peut enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale de façon à leur éviter des poursuites pénales, lors de la première infraction constatée : "l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme" (article L. 628-1). Mais le traitement médical peut être également prescrit ou ordonné à tous les stades de la procédure, notamment par le juge d'instruction ou le juge des enfants (art. L. 628-2) ou par la juridiction de jugement (art. L. 628-3).

³⁵ 35.930 en 1995, 31.283 en 1994, 27.781 en 1993.

³⁶ cannabis : 51 043, héroïne : 14 618, cocaïne et crack : 1 658, ecstasy : 1 179, autres : 730.

³⁷ 50,9 tonnes de cannabis, 3,1 tonnes de cocaïne, 0,6 tonne d'opiacés (dont 325,5 kg d'héroïne), de khat et d'amphétamines.

³⁸ 30,9 tonnes de cannabis, 1,6 tonne de cocaïne, 0,5 tonne d'opiacés (dont 323,5 kg d'héroïne), d'amphétamines et de khat, ainsi que 340 949 doses de LSD et d'ecstasy.

a) Le dispositif de l'injonction thérapeutique reste d'application limitée. Rappelant qu'il avait été déjà recommandé en mai 1987 de recourir plus fréquemment à cette mesure alternative aux poursuites qui n'avait jusque-là quasiment pas été mis en oeuvre, le garde des sceaux et le ministre de la santé et de l'action humanitaire devaient constater en février 1993 que les mesures ordonnées ne concernaient "encore qu'un nombre proportionnellement peu important de toxicomanes", nombre qui variait, en outre, "fortement d'un département à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'une même région"³⁹. La Cour a fait le même constat dans des départements pourtant particulièrement touchés par la toxicomanie comme les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Var, le Nord et le Val-de-Marne. A la suite des recommandations du plan gouvernemental de septembre 1993, le nombre d'injonctions thérapeutiques a augmenté : 4 935 en 1992, 6 149 en 1993, 7 678 en 1994, 8 630 en 1995 et 8 812 en 1996, selon les statistiques du ministère de la Justice ; mais les pratiques demeurent très variables. Ainsi, en 1995, une convention départementale d'objectifs pour la prise en charge des toxicomanes suivis par la Justice avait été signée par les préfets et les procureurs de la République dans 31 départements, mais aucune injonction n'a été prononcée dans 19 départements et le nombre d'injonctions est resté inférieur à cinq dans 14 autres départements.

b) Les conditions d'application de la procédure manquent d'homogénéité. Les circulaires ministérielles successives ont recommandé de la réserver aux seuls usagers dépendants. Celle du 28 avril 1995 sur l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique rappelle qu'il convient que "ne fassent l'objet d'injonctions thérapeutiques que les usagers de stupéfiants tels que l'héroïne ou la cocaïne, ou ceux qui s'adonnant au cannabis en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits (médicaments, alcool)"⁴⁰. Elle invite les procureurs généraux à coordonner l'action des parquets et à favoriser la définition d'orientations communes, ajoutant "qu'il n'y aurait que des avantages à ce que l'autorité sanitaire soit associée aux réunions organisées à cet effet", association qui gagnerait à être renforcée dans plusieurs départements couverts par l'enquête de la Cour (Seine-Maritime, Seine-et-Marne et Yvelines).

³⁹ Circulaire CRIM 93-03E du 15 février 1993 sur l'injonction thérapeutique, faisant référence à la circulaire n° 8-23 bis du 12 mai 1987 relative à la coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi du 31 décembre 1970.

⁴⁰ Circulaire DGLDT/CRIM/DGS n° 20c du 28 avril 1995 du ministre des affaires sociales, de la santé de la ville, du garde des sceaux et du ministre délégué à la santé.

L'examen de l'application du dispositif fait apparaître une tendance, non conforme aux instructions précitées, à une diminution du recours à l'injonction pour les toxicomanes lourds tandis que, dans certains départements, l'injonction est utilisée de façon plus large. Les constatations faites sur ce point au cours de l'enquête rejoignent celles du bilan de l'application de la circulaire précitée du 28 avril 1995 établi en janvier 1997 par le ministère de la justice ; le ministère relevait alors un élargissement de la conception de l'injonction thérapeutique intégrant des préoccupations de "suivi socio-éducatif", de "prise en charge psychologique" et de "délivrance d'un message préventif et informatif en termes de santé publique"⁴¹.

Alors que l'autorité sanitaire a pour mission de faire procéder à un examen médical des personnes auxquelles il a été enjoint de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, ainsi qu'à une enquête sociale, l'enquête a montré que l'obligation ainsi édictée par l'article L. 355-15 du code de la santé publique était, elle aussi, insuffisamment respectée dans les départements de Paris, de Seine-St-Denis et du Val-de-Marne. Or, le suivi médico-social constitue l'amorce d'un processus de soins efficace ; les ministres rappelaient d'ailleurs en 1995 que "l'injonction thérapeutique, en même temps qu'elle constitue un rappel à la loi, est pour 60 % des personnes qui en font l'objet, la première occasion de rencontrer le système de soins"⁴².

c) Les crédits pour injonction thérapeutique sont délégués aux DDASS depuis 1987 afin de financer des vacations de médecins et des dépenses de fonctionnement (13,5 millions en 1996). L'enquête a fait apparaître qu'ils sont souvent notifiés tard dans l'année (en juin et juillet en 1994, en mai en 1995, en octobre en 1996), ce qui gêne le suivi des injonctions thérapeutiques au sein des DDASS.

Dans les départements où il n'est pas prononcé d'injonction thérapeutique, des crédits n'en sont pas moins délégués, et utilisés pour le fonctionnement courant. Il a déjà été signalé que certaines dérives observées dans l'utilisation des crédits ont été opérées à la demande de la MILDT elle-même ou du ministère.

⁴¹ Ministère de la Justice (direction des affaires criminelles et des grâces) : Bilan de l'application de la circulaire du 28 août 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique - synthèse et analyse des rapports des parquets - janvier 1997.

⁴² Circulaire du 28 avril 1995 du ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, du garde des sceaux et du ministre délégué à la santé.

B - Le dispositif de prise en charge des toxicomanes incarcérés

Si le nombre de personnes qui accomplissent effectivement une peine de prison pour usage simple est faible, la proportion de détenus toxicomanes est importante du fait de la délinquance associée à la toxicomanie. La prise en charge spécifique des usagers de drogues en prison est une préoccupation récente.

1 - Le cadre juridique

Les détenus toxicomanes sont pris en charge pour le traitement de leur dépendance par le dispositif de lutte contre les maladies mentales dans les établissements pénitentiaires, confié au service public hospitalier par le décret du 14 mars 1986 dont l'article 11 a prévu la définition de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Mais aucun secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire n'avait pas été défini en 1986, sauf à la Réunion, et seuls des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) inclus dans les secteurs de psychiatrie et financés sur le budget annexe de l'établissement psychiatrique de rattachement, avaient été créés par un arrêté du 14 décembre 1986. Les modalités d'intervention des SMPR et de coordination avec les établissements publics de santé sont fixées depuis 1995 par des protocoles, signés par les préfets de région et de département, le directeur régional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé⁴³.

Au nombre de 26 en 1997, les services médico-psychologiques régionaux ont pour mission de repérer précocement et de traiter les pathologies mentales des personnes incarcérées, et aussi de lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie. En l'absence de SMPR ou d'antenne de SMPR, ces missions incombent aux secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile pour les établissements pénitentiaires de leur ressort. Dans les grandes maisons d'arrêt, des antennes de lutte contre la toxicomanie ont été mises en place, qui sont, en réalité, des centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

⁴³ Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

La réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire engagée en 1994 en application de la loi du 18 janvier 1994, qui transfère la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, devrait permettre, notamment dans les établissements dépourvus d'antennes spécialisées, d'améliorer la prise en charge des détenus toxicomanes grâce au renforcement des services de psychiatrie et des services somatiques qui interviennent pour les complications liées à la toxicomanie. 149 établissements pénitentiaires (hors ceux du "programme 13 000") ont signé des protocoles avec des établissements de santé.

Au cours de son enquête, la Cour a constaté la nécessité, devant l'acuité des besoins, de coordonner au mieux l'action des antennes toxicomanie, des SMPR, qui prennent en charge la dépendance, et des unités de consultations et de soins ambulatoires⁴⁴, qui assurent la prise en charge somatique. Les centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire ne sont pas à même, en effet, d'intervenir sur l'ensemble des établissements qui relèvent de leur champ de compétence. La MILDT a exposé à la Cour que "les difficultés relèvent à la fois de conflits de territoire et de difficultés relationnelles exacerbées par des problèmes d'organisation et de restriction ou de manque de personnel" mais que, du fait du caractère récent de la mise en place de ces structures, "les situations ne sont pas enkystées".

2 - Le cadre budgétaire

Les antennes toxicomanie sont des centres de soins spécialisés au sens du décret du 29 juin 1992, financés par des crédits d'État inscrits au budget du ministère chargé de la santé, à la différence des SMPR qui sont, eux, financés sur la dotation globale des établissements hospitaliers de rattachement.

Les délégations de dotations sont tardives et les crédits ne sont versés qu'en fin d'année aux établissements hospitaliers. Les hôpitaux de rattachement des antennes supportent, dès lors, la charge de l'avance de trésorerie sur leur dotation globale, en assurant notamment le règlement des salaires. De telles pratiques ont été constatées à l'Assistance publique de Marseille en 1995. De même, l'antenne de Fleury-Mérogis a indiqué que ses crédits de fonctionnement n'étaient ordinairement débloqués qu'en fin d'exercice.

⁴⁴ Les UCSA sont organisées dans le cadre des conventions conclues entre les établissements pénitentiaires et les établissements publics de santé de rattachement (art. R. 711-10 du code de la santé publique).

La gestion budgétaire de ces crédits est parfois peu transparente. Certaines antennes n'ont même pas connaissance de leur budget. Ainsi, aucun budget, aucun compte administratif, aucune information sur la gestion de l'antenne, ne parviennent plus au responsable de l'antenne toxicomanie de Loos-lès-Lille depuis 1991. En décembre 1996, l'antenne de Fleury-Mérogis n'avait pas connaissance de son budget de l'exercice. La situation était la même à Fresnes.

Ces anomalies illustrent les difficultés liées à la juxtaposition de sources de financement distinctes pour les structures connexes que sont les antennes toxicomanie et les services médico-psychologiques régionaux, qui ont souvent des personnels communs et qui ont parfois fusionné.

Des crédits interministériels sont alloués par la MILDT pour financer des activités thérapeutiques individuelles ou de groupe. Jusqu'à l'intervention de la Cour, ils n'étaient pas versés au budget des antennes toxicomanie annexé à celui des établissements hospitaliers mais transitaient par le ministère de la Justice.

C - La préparation à la sortie

Le programme gouvernemental du 9 mai 1990 recommandait de préparer la réinsertion à la sortie dans les antennes toxicomanie et les services socio-éducatifs des lieux d'incarcération. Le cas des toxicomanes présente, en effet, des particularités par rapport à la problématique d'ensemble de la réinsertion sociale des détenus et nécessite des mesures spécifiques.

Des projets pilotes ont été mis en place, le premier en mars 1992 à la maison d'arrêt des hommes de Fresnes. Dénommé "quartier intermédiaire sortants" (QIS), ce dispositif s'efforce de provoquer une prise de conscience, dans un temps volontairement limité à quatre semaines avant la sortie. Les toxicomanes représentent 83,2 % du public ayant suivi les 13 premiers stages du QIS (101 stagiaires de 1992 à 1995). Les stagiaires ont été incarcérés en moyenne 6 fois⁴⁵. Le bilan établi par le QIS fait état de résultats probants en termes de prévention de la récidive. Dans le cadre du programme adopté en septembre 1995 par le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, des unités pour sortants toxicomanes ont été créées en 1996, à titre expérimental, sur sept sites pilotes. (Maison d'arrêt de femmes de Fresnes, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Strasbourg, Nice). La DAS a financé chaque projet à hauteur de 500 000 F en 1996.

⁴⁵ 27 incarcérations dans un cas.

Pour utiles que soient ces structures, elles ne sauraient cependant suffire à faire face aux besoins. Ainsi, les stages de préparation à la sortie du QIS de Fresnes ne touchent-ils que 80 détenus par an, soit environ le centième des détenus qui sortent chaque année de la maison d'arrêt alors que les problèmes de toxicomanie concernent 15,5 % de la population pénale selon l'antenne toxicomanie, jusqu'à un tiers suivant d'autres estimations.

D - La prise en charge des toxicomanes soumis à une mesure de justice dans deux départements

1 - Les Bouches-du-Rhône

40 % des toxicomanes du département ont été soumis, à un moment ou à un autre, à une mesure de justice. La moitié d'entre eux n'avaient jamais rencontré le dispositif spécialisé auparavant.

a) L'antenne toxicomanie du centre pénitentiaire des Baumettes

Annexe du service médico-psychologique régional (SMPR), l'antenne toxicomanie du centre pénitentiaire des Baumettes, créée en 1988 et conventionnée au titre du dispositif spécialisé, est rattachée à l'Assistance publique de Marseille et non à l'administration pénitentiaire.

Elle a eu un contact avec 583 personnes en 1995, soit 59 % de la population signalée et 33 à 38 % du flux annuel de la population totale incarcérée. Alors que la première rencontre avec un entrant est déterminante pour l'efficacité de l'intervention, elle n'avait lieu qu'après deux à trois mois en moyenne en 1996.

L'antenne n'a pu recevoir que la moitié des toxicomanes écroués en 1995, alors même que des détenus toxicomanes ne lui sont pas signalés. En 1996, un QIS (quartier intermédiaire sortants) a été créé avec une aide de la direction de l'action sociale (500 000 francs), pour mettre en contact le toxicomane et les organismes qui pourront l'aider à se réinsérer dans la vie sociale ; mais l'antenne doit assumer en partie le fonctionnement de ce nouveau dispositif, en sus de ses actions de dépistage et de suivi.

b) La procédure d'injonction thérapeutique

Le département se situe en 5^e position pour le nombre des interpellations pour usage de drogue en 1995 (après le Nord, Paris, les Haut-de-Seine et le Rhône), mais n'arrive qu'en 15^e position pour le

nombre des injonctions thérapeutiques prononcées⁴⁶ : des responsables de structures d'accueil et de prise en charge des toxicomanes ont déclaré leur opposition à cette procédure ; des intervenants judiciaires ou médicaux ne signalent pas les abandons de suivi médical au parquet.

Pour le fonctionnement du dispositif, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône a reçu 1,01 million de 1993 à 1995⁴⁷ et a dépensé 0,86 million. Elle a utilisé les reliquats pour son fonctionnement courant.

c) La convention d'objectifs

Une convention d'objectifs a été signée en février 1993 par le préfet et le président du tribunal de grande instance de Marseille, afin d'améliorer la coordination entre les actions d'accueil ou de prévention et l'action répressive. Une année de mise au point a été ensuite nécessaire. 5,21 millions de crédits interministériels ont été délégués de 1993 à 1995 pour la financer.

La permanence au TGI de Marseille a reçu 260 personnes en 1995. Le dispositif d'insertion par l'économique n'a pas obtenu de résultats pour les toxicomanes relevant de la Justice. Cette action a dû être entièrement redéfinie, en liant définition d'un projet professionnel et prise en charge sanitaire et sociale.

2 - Le Nord

a) Les mesures alternatives aux peines de prison

Les mesures d'injonctions thérapeutiques restent peu utilisées dans le Nord au regard de l'importance de la toxicomanie. En 1995, les parquets de Dunkerque et de Valenciennes n'ont prononcé aucune injonction. Les délais entre l'interpellation et l'audience au cours de laquelle l'injonction thérapeutique est signifiée au toxicomane peuvent dépasser six mois. Le taux de présence des personnes convoquées est très variable.

⁴⁶ 126 injonctions thérapeutiques prononcées en 1995 par le tribunal de grande instance de Marseille (70 en 1990), 18 au TGI d'Aix-en-Provence.

⁴⁷ Crédits de la mission interministérielle (chap. 47-16), délégués aux DDASS sur l'article de leur dotation globale de fonctionnement.

Dans le ressort du tribunal de grande instance de Lille, le dispositif d'injonction thérapeutique a été complété, depuis février 1993, par des mesures d'incitation aux soins. Ce dispositif s'adresse à des héroïnomanes qui ont un passé judiciaire plus lourd que ceux que visent les mesures d'injonction thérapeutique. Le taux d'absence est toutefois important à tous les stades de la procédure.

b) Les soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire

Il s'agit là d'un maillon particulièrement faible du dispositif. Une antenne toxicomanie, rattachée au centre hospitalier régional universitaire de Lille, a été mise en place à la maison d'arrêt de Loos-lès-Lille en 1988 pour la région Nord-Pas-de-Calais.

Elle comptait en 1995 quatre équivalents temps plein (psychologue, assistante sociale, éducatrice, secrétaire médicale) ; elle a bénéficié, en 1996, d'un mi-temps de soignant supplémentaire. Ses moyens sont d'autant plus faibles que la proportion de détenus toxicomanes a fortement augmenté : à Loos, une personne incarcérée sur deux l'est pour des faits liés au trafic ou à l'usage de drogue.

En 1995, l'antenne concentrait ses interventions, faute d'effectifs suffisants, sur la maison d'arrêt de Loos et le centre de détention voisin. Depuis cette date, des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont été mises en place dans les autres établissements pénitentiaires du département. La situation à la maison d'arrêt de Loos reste préoccupante ; il paraît nécessaire d'y renforcer la collaboration entre UCSA, service médico-psychologique régional (SMPR) et centre de soins spécialisés aux toxicomanes, ainsi qu'entre services sanitaires et services pénitentiaires pour les opérations de prévention des suicides et d'éducation pour la santé.

c) La convention départementale d'objectifs

Une convention d'objectifs a été conclue le 14 février 1993. Une cellule antidrogue a été mise en place sous l'autorité du Préfet. L'État a apporté 425 000 francs en 1993 et 850 000 francs pour chacune des années 1994 et 1995, en particulier pour la maison d'accueil de Wignehies, jusqu'alors financée en totalité par le département. Mais des retards importants, de plusieurs mois après le début de l'exercice, sont constatés dans la notification des crédits alloués pour ces actions propres de la MILDT.

III - La prévention

La nécessité de prévenir les conduites toxicomaniaques apparaît comme un point d'entente sur la conduite à tenir dans la lutte contre la toxicomanie. La place de la prévention est pourtant restée secondaire dans les programmes et plans d'action gouvernementaux successifs, qui ont mis avant tout l'accent sur le renforcement du dispositif sanitaire de prise en charge des toxicomanes. Il convient toutefois de souligner qu'au moment du vote de la loi du 31 décembre 1970, le mot de prévention n'avait pas le sens qu'il a pris ultérieurement et recouvrait aussi bien l'interruption du trafic que l'information sur les mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie⁴⁸.

Les actions de prévention sont diversifiées mais insuffisamment précises et menées souvent d'une façon dispersée qui nuit à l'efficacité de la prévention globale des conduites toxicomaniaques et des lieux d'écoute.

A - La prévention globale des conduites toxicomaniaques

Il est généralement reconnu qu'une action orientée seulement sur la toxicomanie méconnaît le fait que celle-ci est un symptôme parmi d'autres d'une situation de mal-être et risque même, dans certains cas, de renforcer la fascination de la drogue sur des jeunes fragiles. Les actions de l'Éducation nationale et des services de la jeunesse et des sports s'inscrivent dans cette approche.

1 - L'action du ministère de l'éducation nationale

Dans une circulaire aux recteurs du 3 novembre 1971, le ministère de l'Éducation nationale définissait une doctrine de la prévention. Mais, l'Éducation nationale est restée longtemps réticente à reconnaître l'existence de problèmes de toxicomanie en milieu scolaire. En 1994, un rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'administration de l'éducation nationale relevait que nombre de chefs d'établissement étaient encore tentés de minorer ces problèmes.

⁴⁸ Cf. la circulaire 1327 du 6 août 1971 du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, qui recommandait notamment la constitution de « groupes, type Balint ».

L'enquête menée par la Cour dans les départements a fait apparaître des décalages entre la perception des acteurs de terrain et celle des autorités académiques. Dans plusieurs académies, toutefois, il a été constaté qu'était mise en œuvre une stratégie de signalement systématique par les chefs d'établissement. S'agissant du secteur privé sous contrat, l'administration centrale du ministère ne dispose d'aucune information concernant la situation dans ces établissements.

a) La place de la prévention dans les programmes

Le plan gouvernemental du 24 septembre 1993 prévoyait une information de deux heures des élèves de cours moyen dans le cadre d'un programme plus vaste d'éducation pour la santé, mais cette décision n'a pas été suivie d'effets.

Dans l'enseignement du second degré, la place de la prévention de la toxicomanie est réduite. Au collège, le danger de la toxicomanie est abordé sous l'angle de l'éducation à la santé. Dans les lycées d'enseignement général, la drogue est traitée en classe de terminale à propos de l'activité cérébrale et des aspects biochimiques du fonctionnement nerveux. Dans la voie technologique, le programme de physiopathologie de terminale comprend l'étude de la prévention des troubles nutritionnels et des toxicomanies. Dans les lycées professionnels, la toxicomanie est traitée sous l'angle de l'hygiène de vie et des facteurs de risques professionnels.

Des actions de formation des personnels de l'éducation nationale sont, en revanche, organisées depuis 1983. Le plan d'action et de prévention de la violence en milieu scolaire de juin 1996 prévoit la formation initiale des enseignants sur les conduites à risques par les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM).

b) Les intervenants

En application du plan gouvernemental du 9 mai 1990, une circulaire du 22 octobre 1990 a recommandé l'institution, auprès du chef d'établissement, de "comités d'environnement social" (CES) chargés d'assurer la liaison entre les établissements scolaires et le quartier, afin de coordonner les actions des établissements avec celles qui sont menées pour lutter contre la drogue ou prévenir la délinquance par les autres services de l'État, les collectivités locales et les associations.

Fin 1996, 1.831 CES avaient été mis en place selon le ministère (contre 462 en 1991). Ils concernaient 2 115 établissements soit 18,8 % du nombre total d'établissements publics. Tous les établissements classés en zones d'éducation prioritaire (ZEP) ne sont cependant pas encore couverts par ce dispositif, alors qu'un effort particulier avait été demandé dans les ZEP et dans les établissements reconnus difficiles par la circulaire ministérielle du 25 juillet 1993.

La participation des services de santé scolaire à la prévention des toxicomanies est inégale selon les départements et selon les établissements. Les actions collectives d'éducation pour la santé restaient peu développées en 1995.

Les organismes qui participent aux actions de prévention sont choisis dans des conditions qui ne garantissent pas toujours la qualité des interventions et le respect de critères déontologiques. Pour éviter des dérives, un conseil national des associations éducatives complémentaires de l'éducation publique a été institué en 1991 afin d'agréer les associations nationales susceptibles d'intervenir dans les établissements pour des actions d'éducation de la santé. Cet organisme a fonctionné jusqu'en 1993 puis est resté en sommeil avant d'être réactivé en 1995. Son action devait être relayée pour les associations locales par des conseils académiques ; créés en 1990 et réformés par un décret du 6 novembre 1992, ces conseils n'ont pas été mis en place dans toutes les académies interrogées par la Cour. A Dijon notamment, le conseil, dont le renouvellement était en cours lors de l'enquête, ne s'était plus réuni depuis octobre 1991.

c) L'évaluation des actions

Les inspections générales de l'éducation nationale, de l'administration de l'éducation nationale et des affaires sociales qualifiaient de "dérisoires" en 1990 "les efforts d'évaluation des actions d'éducation pour la santé". "Les rares rapports d'évaluation présentent rarement des résultats négatifs, mais les données sont insuffisantes, les échantillons trop étroits, les interprétations abusives".

Les enquêtes menées par la Cour dans les départements font apparaître que les établissements, et plus souvent les inspections d'académie, essaient de dresser un bilan des actions locales. Mais les informations ainsi collectées souffrent d'une grande hétérogénéité et d'un manque de méthodologie d'évaluation. Aucune centralisation de ces bilans n'est effectuée par la direction des lycées et collèges. En outre, celle-ci n'organise que très peu de réunions de coordination et ne dispose

pas d'un groupe de pilotage des CES sur le modèle de ceux qui ont été créés - avec retard - au niveau académique.

L'évaluation des actions de lutte contre la toxicomanie tend à se réduire, en pratique, au dénombrement des comités d'environnement social. Un nouveau rapport des inspections générales énonçait, en 1994, huit recommandations principales sur le dispositif de prévention : elles devaient faire l'objet d'une circulaire qui n'était pas intervenue lors du contrôle de la Cour.

2 - L'action du ministère de la jeunesse et des sports

Le ministère a, dès l'origine, choisi d'intégrer la question de la toxicomanie à sa politique générale de prévention globale. Il n'a donc pas mis en place des actions spéciales réservées aux jeunes "à risques" mais cherché à faire en sorte que ceux-ci bénéficient des initiatives locales de façon privilégiée par une "spécialisation sociale et territoriale" des actions de droit commun.

Ce parti permet au ministère de respecter le cadre interministériel tout en conservant sa spécificité. En revanche, il rend malaisée l'identification précise des actions et des crédits de lutte contre la toxicomanie. En l'absence de définition de priorités, le concept de prévention globale a conduit à qualifier d'actions de lutte contre la toxicomanie, financées par les crédits interministériels, certaines opérations n'ayant qu'une relation très indirecte avec cette préoccupation.

B - Les lieux d'Écoute

D'autres actions de prévention s'appuient sur des lieux ou des services d'accueil et d'écoute d'un public mal informé et dont les problèmes psychologiques sont souvent importants.

1 - Drogue Info Service

Les interventions des ministères sociaux sont restées limitées au regard des priorités affichées. La principale a été la mise en place du dispositif Drogue Info Service, le 10 décembre 1990, pour une durée de six ans, en application du plan gouvernemental du 9 mai 1990. Groupement d'intérêt public à objet sanitaire et social, "Drogue Info Service" a vu sa convention constitutive reconduite pour six ans, à compter du 16 décembre 1996.

Drogue Info Service est un organisme national d'accueil téléphonique ouvert à tous et destiné à l'information et à la prévention en matière de drogue et de toxicomanie. Il a été créé pour harmoniser et unifier le message officiel dans ce domaine. Le GIP dispose d'un pôle national (Paris) et de cinq pôles régionaux à Lille, Lyon, Marseille, Strasbourg et Toulouse. Il employait à mi-temps, en 1996, 73 salariés (chargés d'accueil). Son unique ressource provient de la contribution financière apportée par la MILDT.

Un conseil scientifique et technique, nommé par le conseil d'administration, avait été mis en place en 1991 pour émettre un avis sur les questions d'ordre éthique et déontologique que soulève le fonctionnement de l'organisme. En raison de divergences de vues avec le conseil d'administration, le conseil scientifique ne s'est pas réuni de 1994 à 1997, année au cours de laquelle il a été décidé de le réactiver. Dès lors, des missions précises lui ont été assignées et le nouveau conseil s'est réuni en février 1998.

Drogue Info Service fonctionne 24 heures sur 24, sept jours sur sept, avec un numéro vert gratuit depuis décembre 1991. Toutes les catégories d'appels ont enregistré une forte croissance de 1992 à 1995, qu'il s'agisse des appels « offerts », c'est-à-dire des appels composés sur le numéro vert, des appels « efficaces », qui sont les appels traités et les appels mis en attente sur répondeur, ou des appels véritablement traités. Dans la mesure où le nombre d'heures d'accueil téléphonique n'a pas augmenté proportionnellement, le rapport des appels traités aux demandes d'appels a baissé. Outre le mécontentement des appelants dont la communication n'aboutit pas, et même si le coût des appels en attente a diminué à raison du renouvellement de l'installation téléphonique en 1997, cette situation engendre des coûts inutiles puisque les appels arrivant au standard du service mais non traités sont dûment facturés.

Le budget du GIP, intégralement financé par l'État, a suivi la croissance de son activité : il est passé de 10 millions en 1991 à 14 millions en 1994 et 1995, 16,3 millions en 1996 et 18,6 millions en 1997. Le fonctionnement du service est perturbé par les retards dans le versement de la subvention d'exploitation, qui ont contraint le GIP à supporter des découverts bancaires, notamment en 1991 et 1993. En 1994, le financement du service a été prélevé à hauteur de 1 million sur les dispositifs de lutte contre le SIDA (chapitre 47-18).

2 - L'action de la délégation interministérielle à l'insertion des jeunes (DIJ)

Créée en 1982 afin d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, cette délégation rattachée au ministère du travail est restée longtemps à l'écart des actions de prévention des toxicomanies. Alors qu'elle gère un réseau de quelque 3 000 points d'accueil dépendant des missions locales et des 350 permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), il a fallu attendre le 6 mai 1994 pour que la DGLDT conclue une convention avec la délégation à l'insertion afin d'intensifier les actions de prévention primaire auprès de ces publics, d'adapter les outils d'insertion aux problèmes spécifiques des jeunes toxicomanes et de favoriser la mise en relation des réseaux œuvrant dans les champs de la lutte contre la toxicomanie et de l'insertion sociale et professionnelle.

Les crédits interministériels reçus par la DIJ pour l'application de la convention (914 500 francs en 1994, 810 000 francs en 1995) sont affectés à des formations régionales destinées aux personnels des missions locales et des PAIO ainsi qu'à des actions de prévention et d'accompagnement de jeunes usagers de drogue. Les enquêtes menées dans les départements font apparaître que bon nombre des actions spécifiques menées par les missions locales et les PAIO sont financées, en fait, par les collectivités territoriales.

3 - Les actions financées par la direction de l'action sociale

L'axe privilégié des actions de prévention de la direction de l'action sociale⁴⁹ est le dispositif des "points écoute" financés en partenariat avec les collectivités territoriales. Dans certains départements ruraux, ils sont le seul lieu spécialisé dans l'approche des pharmacodépendances. Le renforcement du dispositif des "points écoute jeunes" et la création de "points écoute parents" étaient des mesures prioritaires du plan du 14 septembre 1995, qui prévoyait l'ouverture de 15 "points écoute jeunes" et de dix "points écoute parents". A la date de l'enquête, ces objectifs n'avaient été que partiellement atteints. En janvier 1997, on comptait 37 points écoute (contre 26 en 1995), dont 25 "points écoute jeunes", 4 "points écoute parents" et 8 à l'attention à la fois des jeunes et des parents.

⁴⁹ Chapitre 47-15, articles 50 et 60 (actions de prévention sanitaire et sociale en faveur des toxicomanes) : 29,64 MF en 1994, 35,6 MF en 1995, 50,8 MF en loi de finances initiale pour 1996 auxquels se sont ajoutés 26 MF par répartition de l'enveloppe interministérielle, 56,7 MF au budget 1997, 62,7 MF au budget 1998.

La mise en œuvre de cette mesure a été effectuée de façon très centralisée. La localisation des "points écoute" a été choisie par le cabinet du ministre en charge des affaires sociales en liaison avec la direction de l'action sociale, sans consultation préalable des DDASS. Les crédits ont été délégués avant même le montage des projets ; là où n'existait pas d'association susceptible de présenter un projet, il a été recommandé de faire appel à SOS Drogue International (voir chap. IV).

Ces "points écoute", généralement implantés dans les quartiers en difficulté relevant de la politique de la ville, se juxtaposent aux "points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans", créés à l'été 1996 pour "répondre aux besoins de diverses catégories de jeunes en difficulté personnelle et notamment de fugueurs", "à travers un travail d'écoute et de médiation", qui sont financés sur un autre chapitre et aux objectifs très voisins⁵⁰. A ces structures s'ajoutent d'autres lieux d'accueil mis en place dans le cadre de la politique de la ville, eux aussi très divers dans leur mode d'approche.

C - La dispersion des actions

Bien que l'élaboration d'un plan pluriannuel de communication, nationale et régionale, sur le sujet de la toxicomanie ait été recommandée par le rapport au Premier ministre d'octobre 1989, il n'existe pas de politique interministérielle de communication : chaque ministère définit librement ses outils de communication. Il est vrai que la coordination des actions de communication suppose une entente préalable sur les messages de prévention, démarche qui n'a été engagée qu'en septembre 1995.

1 - Le cloisonnement des services et des financements

L'absence de politique interministérielle se traduit par une dispersion des actions de prévention tant au plan national qu'au plan local, préjudiciable à un bon emploi des fonds publics.

a) Au plan national, la DGLDT puis la MILDT ont chargé, par conventions annuelles, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) de concevoir, mettre en œuvre et suivre les campagnes de lutte contre la drogue. En fait, le CFES, qui ne disposait pas jusqu'en novembre 1996 d'un chargé de mission sur ce sujet, n'a eu qu'un rôle des plus réduits, bien qu'il ait disposé en 1991 par exemple de 32 millions. Il a été utilisé comme une simple courroie de transmission et de trésorier de

⁵⁰ Circulaire n° 96-378 du 14 juin 1996 du ministre du travail et des affaires sociales et du secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence.

la structure interministérielle. Il versait des subventions à des associations, en contravention aux dispositions du décret loi du 2 mai 1938 qui interdit la rétrocession de subvention, notamment à une association concevant des actions de prévention globale destinées aux parents qui recevait du CFES une subvention annuelle atteignant 2,55 millions en 1991 et s'élevant encore à 800 000 Francs en 1995. Des dépenses de fonctionnement de la DGLDT étaient mises indûment à sa charge au titre de campagnes de communication (rémunérations de personnel, frais de traiteur, dépenses courantes). C'est le CFES lui-même qui, après avoir été contrôlé par la Cour des comptes, a demandé en août 1995 à la DGLDT de mettre un terme aux actions qui ne seraient pas menées conjointement par la délégation et lui ou qui ne s'inscriraient pas dans le cadre de ses statuts, orientation nouvelle confirmée dans un document sur les "principes de fonctionnement du CFES" adressé en juillet 1996 à ses partenaires et financeurs.

Les crédits confiés au CFES pour élaborer en lien étroit avec la MILDT les axes d'une politique de communication sont revenus à 600 000 francs en 1996, tandis que la mission interministérielle faisait verser directement les subventions destinées aux actions de prévention aux organismes chargés de celles-ci.

b) Au plan local, le morcellement des financements contraint les associations qui interviennent dans le champ de la prévention à multiplier les démarches pour obtenir des financements incertains, selon des montages financiers complexes, dont la précarité ne permet pas de programmer des actions à moyen terme.

Le cas de la Seine-et-Marne est, à cet égard, révélateur d'une situation très répandue. Il n'existe pas d'échanges d'informations concernant les subventions accordées par les divers services de l'État. Le service de la DDASS qui suit les actions de lutte contre la toxicomanie ignorait les actions financées dans le département par la DGLDT au titre de l'opération "Combat pour la vie", pilotée au niveau régional par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

En outre, le cloisonnement des circuits de financement rend incertain le financement de structures qui débordent du cadre précis de chacune des mesures définies à l'échelon central. Tel est, par exemple, le cas du dispositif d'accueil décentralisé mis en place en 1992 dans les communes de l'ouest de l'étang de Berre par l'Association méditerranéenne de prévention de la toxicomanie. Ce dispositif, initialement de type "point écoute", a peu à peu développé une activité de prise en charge des toxicomanes, comprenant une activité de sevrage et l'ouverture d'une unité méthadone en 1995. La direction générale de la santé a refusé d'agréer cette structure comme centre de soins aux

toxicomanes, du fait de l'importance des activités de prévention. En revanche, la direction de l'action sociale considérait que ce dispositif était trop médicalisé pour être assimilé à un "point écoute jeunes". Faute de financement adéquat, il fonctionne grâce aux collectivités territoriales et aux crédits d'État de la politique de la ville. Or, ceux-ci n'ont pas vocation à financer une structure permanente de ce type.

La complexité du dispositif de prévention est encore accrue par le fait que s'ajoutent aux actions décidées localement des opérations nationales menées sans concertation avec les acteurs de terrain. C'est ainsi que trois caravanes d'information ont été envoyées par des organismes différents sur les mêmes lieux durant l'été 1995.

La prévention passe aussi par la formation des "adultes relais" et des professionnels en contact avec les jeunes (travailleurs sociaux, policiers). La définition d'un plan pluriannuel de formation et de prévention à l'échelle du département permettrait d'harmoniser les messages, de sélectionner les intervenants par une procédure de mise en concurrence et d'éviter des redondances dans les actions financées par les différents services.

Le plan de lutte contre la toxicomanie présenté le 23 mars 1995 par le ministre de la santé préconisait l'élaboration de plans départementaux de prévention, mais ce plan est resté sans suite et la mesure n'a pas été reprise par le plan du 14 septembre 1995. La définition de tels plans devrait s'accompagner de la délégation aux préfets d'enveloppes globales pour la prévention et la formation.

2 - La faiblesse des comptes rendus financiers

L'utilisation des fonds versés pour la toxicomanie au titre de la politique de la ville ne fait l'objet que de rapports d'activité et de comptes rendus financiers, très succincts et parfois inexacts. En l'absence de comptabilité de type analytique par action subventionnée, l'utilisation réelle des crédits échappe à tout contrôle véritable, recettes et dépenses étant fongibles dans celles de la commune ou de l'association. Dans les Bouches-du-Rhône, les rapporteurs de la Cour n'ont pu obtenir de documents détaillés tant de la part des services déconcentrés de l'État que de la DIV, qui ne disposait d'aucune donnée financière sur ce département. Pour les années 1992 à 1993, il est même rarement possible d'identifier des actions menées en faveur de la prévention des toxicomanies.

La délégation interministérielle à la ville (DIV) a, au surplus, prêté la main à un circuit de financement irrégulier par l'intermédiaire d'une association de prévention de la délinquance. Celle-ci a reçu en dépôt en

1994 et 1995 des crédits délégués de façon tardive, que les services déconcentrés de l'État n'étaient pas en mesure de répartir avant la fin de l'exercice. Les crédits ont été attribués à l'association, à charge pour elle de les reverser quelques mois plus tard aux structures bénéficiaires sur instruction de la délégation interministérielle.

Ce montage financier contrevient aux dispositions du décret-loi du 2 mai 1938 qui interdit une association de reverser une subvention à d'autres associations, sociétés, collectivités privées ou œuvres, sauf autorisation du ministre visée par le contrôleur financier. Une note du procureur général près la Cour des comptes a été adressée sur ce point au préfet concerné, qui a indiqué, en mai 1997, qu'il avait donné des instructions pour que l'association reverse au trésorier-payeur général les subventions perçues en 1995 et non encore utilisées (500 000 F). Il a ajouté qu'aucune subvention de l'État n'avait été versée en 1996 à l'association, afin de mettre fin à ces anomalies qui, conformément à la jurisprudence de la Cour, auraient pu être considérées comme constitutives de gestion de fait.

3 - La campagne « Combat pour la vie »

Signée le 25 juin 1990, la charte "Combat pour la vie" avait pour objectif de mobiliser les collectivités locales et la société civile pour mettre en place des programmes d'actions de prévention. La charte, et le cahier des charges établi en 1994, fixaient "une quadruple tâche d'éducation des jeunes et de l'ensemble du corps social, d'écoute, d'observation et de proposition".

Les mouvements nationaux signataires s'engageaient à créer des groupes régionaux de pilotage chargés de formuler des propositions adaptées aux spécificités locales et régionales. Huit régions pilotes avaient été choisies. En infraction aux dispositions du décret-loi du 2 mai 1938, chaque association pilote a reçu un budget de 1 million en 1991 et en 1992, à redistribuer aux associations ou structures organisant les actions sur le terrain. Des subventions d'un montant total de 30 millions environ ont été versées pour cette opération de 1990 à 1995.

La Cour a examiné les comptes d'emploi des concours financiers accordés à certaines associations pilotes.

L'enquête a mis en évidence que le contrôle de l'utilisation des crédits par la DGLDT a été quasi inexistant. La structure interministérielle n'a pas été en mesure de présenter un tableau de synthèse pluriannuel des subventions, non plus que les comptes rendus détaillés de l'emploi des fonds prévus par les conventions. Les états chiffrés adressés à la DGLDT, succincts et souvent non datés, ne font pas

apparaître les reliquats des exercices antérieurs. Les rapprochements avec les états comptables des associations pilotes font ressortir de multiples inexactitudes.

Du point de vue qualitatif, un bilan partiel, réalisé en 1994 sur la moitié des actions conduites, met en évidence l'absence de procédure d'appel à projet. 81 % des actions n'avaient pas fait l'objet d'un diagnostic préalable quant à l'opportunité du projet et à son adéquation aux besoins locaux. De nombreuses petites subventions ont été accordées à des associations qui ont assuré leur activité habituelle avec un peu plus d'aisance financière en "habillant" les dossiers de demandes de subvention d'une connotation toxicomanie. L'objet de certaines actions apparaît fort éloigné des critères d'attribution des subventions définis par le cahier des charges : mécénat consistant à verser des subventions à des sportifs qui apposaient les couleurs de « Combat pour la vie » sur leurs planches à voile ou leurs motos, expédition annuelle au Cap-Vert pour « une expérience de communauté éducative en milieu inhospitalier », visites de l'exposition universelle de Séville ou encore voyage en Tunisie intitulé « retour aux sources » pour des jeunes d'origine maghrébine.

Un marché d'un montant total de 13,5 millions, avec les avenants pour les années 1990 à 1992, avait été conclu pour le compte de la DGLDT par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) avec une société de prestations de services en communication pour l'animation de la campagne. Le contrôle de ces dépenses de communication n'a été assuré que de façon insuffisante par le CFES et la DGLDT.

4 - La prévention dans les Bouches-du-Rhône

La prévention de la toxicomanie dans les Bouches-du-Rhône reste un amalgame d'actions ponctuelles, aux financeurs multiples et aux logiques différentes.

Depuis le décret du 29 juin 1992, le financement destiné aux centres de soins spécialisés conventionnés avec l'État est réservé à l'accueil et à la prise en charge des toxicomanes. Les crédits d'État affectés à la prévention ont été au total d'un peu moins de 6 millions de francs en 1995, (hors crédits du *sleep-in*). En 1996, plus de deux cents opérations "ville, vie, vacances", auparavant dénommées "opérations prévention été", dotées d'une enveloppe de crédits de 3,48 millions⁵¹ ont touché environ 8 000 jeunes. La prise en compte des plus désocialisés reste toutefois limitée.

⁵¹ État : 2,11 millions; FAS : 0,3 million; AF : 0,35 million ; département : 0,72 million.

Le financement de la prévention vient principalement des collectivités territoriales.

Le département s'implique peu, considérant que l'État reste compétent. Le dispositif particulier déjà décrit mis en place par des communes de l'ouest de l'étang de Berre dont le budget (1,5 million) provient surtout des collectivités locales et des crédits affectés à la politique de la ville, a accueilli 307 personnes en 1995, dont 191 usagers de drogue, et 40 sevrages ont pu être engagés. La ville de Marseille, qui n'avait conduit jusque-là que des actions limitées, a créé un service "toxicomanie - SIDA" doté en 1996 de 3 millions.

Chapitre IV

LA COORDINATION ET LE CONTRÔLE DES ACTIONS DE TERRAIN

Les dispositifs de prévention, d'accueil et de prise en charge sont marqués à la fois par la prépondérance du secteur associatif et par une forte atomisation des structures et services auxquels les pouvoirs publics ont délégué leurs missions dans une démarche s'apparentant parfois à une véritable sous-traitance, qui ne s'est pas accompagnée de la coordination des actions, pourtant nécessaire au plan local. Les faiblesses du pilotage, qui concernent les relais territoriaux, sont amplifiées par les insuffisances du contrôle qui affectent l'ensemble du dispositif.

I - Le rôle de l'État

La coordination des actions est entravée par un cloisonnement excessif entre les services centraux des différents départements ministériels et plus particulièrement du ministère de l'emploi et de la solidarité, ce qui complique la tâche des services déconcentrés, notamment des DDASS. Ainsi, la circulaire du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 ne mentionne pas moins de quatre services

centraux compétents pour le seul dispositif sanitaire, auxquels il convient d'ajouter la direction de l'action sociale pour certaines structures dites « à bas seuil », comme les *sleep in* et les autres structures de prise en charge à dominante sociale.

A ces insuffisances s'ajoutent celles qui caractérisent la coordination au niveau local, même si des progrès ont été enregistrés récemment.

A - Les relations entre les administrations centrales et les services déconcentrés

1 - La gestion centralisée des dossiers

Les méthodes utilisées par deux directions d'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité principalement concernées, la direction générale de la santé et la direction de l'action sociale, illustrent les dysfonctionnements qui résultent d'une gestion centralisée des dossiers.

Le cas du *sleep in* de Marseille, géré par l'association SOS Drogue International dans le cadre de la politique de réduction des risques, est significatif d'une insuffisance de coordination qui peut entraîner un surcroît de dépenses injustifié : la création de ce *sleep in* a été décidée par la direction générale de la santé bien que la DDASS des Bouches-du-Rhône eût d'autres priorités. La réalisation du projet a rencontré de nombreuses difficultés. La tutelle de ce type d'établissement, assurée à l'origine par la direction générale de la santé qui avait financé cette mesure dans le cadre du collectif budgétaire de 1993, a été revendiquée par la direction de l'action sociale qui a obtenu ce rattachement en 1995 et le transfert des crédits correspondants en 1996. L'intervention directe des services de la direction de l'action sociale dans l'exécution des travaux, alors que ceux-ci étaient pratiquement achevés, a provoqué des dépenses supplémentaires (cf. chapitre III).

Du fait de l'excessive spécialisation des financements, certaines DDASS éprouvent des difficultés pour faire prendre en considération des dossiers qui ne rentrent pas dans le cadre établi par les administrations centrales : structures jugées trop sociales pour être retenues par la direction générale de la santé et trop sanitaires pour relever de la direction de l'action sociale. L'aménagement technique de juillet 1997, déjà mentionné, doit permettre de faire disparaître ces difficultés.

Tout aussi significatives de cette insuffisance de coordination apparaissent les ambiguïtés et les incertitudes qui ont marqué la position des autorités de l'État, longtemps divisées quant à l'attitude à tenir à l'égard de l'association L. J. Engelmajer (cf. infra).

Compte tenu de certaines pratiques, il convient aussi de s'interroger sur le rôle de l'administration à l'égard d'associations vis-à-vis desquelles elle peut être, sur plusieurs dossiers, en position de demandeuse pour une intervention dans l'urgence ou pour la réactivation d'un dispositif soumis à d'importantes difficultés, notamment financières.

2 - Les délais de versement des dotations

Une insuffisance majeure caractérise l'attribution des crédits publics : le versement très tardif des dotations aux bénéficiaires finals.

Une circulaire ministérielle du 19 juillet 1985 relevait déjà que, malgré des instructions réitérées, "un certain nombre de structures étaient en état permanent de rupture de trésorerie du fait des retards de versement des sommes que l'État s'est engagé à leur verser" et préconisait le versement d'acomptes en début de trimestre. La situation ne s'est guère améliorée depuis lors.

La circulaire d'application du décret du 29 juin 1992 prévoyait, à son tour, que la première délégation à la DDASS pour l'année n (20 % de la valeur de l'enveloppe départementale de l'année n-1) devait intervenir courant décembre de l'année n-1 ; une deuxième délégation devait être adressée à la fin du mois de janvier, le total des deux délégations étant égal à 80 % de l'enveloppe de l'année n-1. Le solde devait être versé en septembre. En fait, ces dispositions ne sont pas respectées.

Les centres de soins spécialisés n'ont ainsi que très tardivement connaissance de leur dotation annuelle. La plupart des structures fonctionnent dès lors tout au long de l'année sans connaître le montant exact des crédits qui leur seront alloués. Les arrêtés d'application du décret du 29 juin 1992 fixant les conventions-types avec les centres de soins disposent que la dotation globale de fonctionnement sera versée par acomptes trimestriels, pour ne pas obérer leur trésorerie. Mais les enveloppes départementales font l'objet de délégations tardives ; dans le département des Bouches-du-Rhône, les conditions de versement de la subvention se sont même aggravées depuis 1992. Le plus souvent, les centres de soins ne reçoivent le premier acompte qu'en mars ou avril. Ces retards de paiement les conduisent à escompter leurs créances.

Les délais de mandatement des subventions sont plus longs encore pour les subventions accordées au titre des actions de prévention du SIDA en direction des toxicomanes et pour les subventions de la direction de l'action sociale. En effet, les textes ne prévoient pas le versement d'acomptes trimestriels bien que ces crédits financent des structures permanentes. Ainsi, en 1995, les dotations accordées aux associations parisiennes sur les crédits gérés par la direction de l'action sociale ont-elles été versées entre le 1^{er} septembre et le 16 novembre 1995.

B - La coordination au plan local

L'absence de coordination relevée au plan central se retrouve au niveau local, notamment dans les départements où les actions sont conduites ou financées par de nombreux services de l'État, ainsi que par un nombre croissant de collectivités territoriales, sans qu'il soit procédé à une analyse globale des besoins ou à une concertation sur les moyens à mettre en œuvre.

Faute d'une coordination suffisante, certaines des actions menées se font concurrence, comme pour la campagne « Combat pour la vie » (cf. chapitre III).

L'examen des dispositifs locaux met en évidence que la coordination des actions demeure insuffisante en dépit des réformes successives, certaines des structures ou modes d'intervention étant spécifiques à la lutte contre la toxicomanie (comités départementaux de lutte contre la toxicomanie) alors que d'autres s'inscrivent dans un cadre plus large (prévention de la délinquance).

1 - Les réformes successives du dispositif de coordination locale

Le rapport de M^{me} Pelletier dressait en 1978 un bilan décevant de l'action des bureaux départementaux de liaison mis en place par une circulaire du 5 août 1971 du ministère de l'intérieur : périodicité des réunions très inégale selon les départements, absence de réel travail en commun, caractère souvent stéréotypé des propos.

a) Les comités départementaux

Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT) prévus par le plan de 1985 et organisés par le décret n° 85-191 du 7 février 1985 ne sont pas mieux parvenus à établir une véritable coordination à l'échelon départemental.

Ces comités avaient pour objet de coordonner et d'animer au niveau local, et vis-à-vis des services extérieurs de l'État et des collectivités locales, l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie, de suivre la mise en œuvre des mesures relevant de la compétence des autorités qu'ils regroupaient, d'étudier et proposer tout programme ou toute initiative appelant une décision ministérielle ou gouvernementale et de mesurer les répercussions sur le terrain de l'ensemble des décisions prises au niveau central ou local dans les divers domaines d'action concernant la mission interministérielle. Leur composition était très large dans le souci d'associer tous les acteurs à la définition d'une politique globale (services de l'État, collectivités territoriales, associations).

En novembre 1994, un rapport de l'inspection générale de l'administration constatait que 21 % des préfetures n'avaient jamais mis en place de CDLT et que 36 % seulement des 75 départements couverts par l'enquête faisaient encore fonctionner un comité. Les CDLT avaient été supplantés dans 60 % des départements par les comités départementaux de prévention de la délinquance (CDPD), à la composition très voisine, qui préexistaient et pouvaient recourir aux moyens budgétaires de la politique de la ville dans le cadre des contrats de ville et des contrats d'actions de prévention et de sécurité. Or, les CDPD ne pouvaient, par définition, aborder les phénomènes de toxicomanie que sous l'angle de la prévention de la délinquance.

Pour autant, là où ils existaient, les CDLT avaient parfois favorisé des coordinations sectorielles au sein de groupes restreints. Dénués de moyens financiers d'intervention, ils n'avaient cependant pas permis de mettre en œuvre une véritable stratégie d'ensemble de lutte contre la toxicomanie. Dans les Bouches-du-Rhône, il n'y a eu de réunion du CDLT ou du CDPD ni en 1994 ni en 1995.

En l'absence de réelle coordination au plan départemental, une coordination des actions n'était esquissée qu'à l'échelon communal ou intercommunal dans le cadre des conseils communaux de prévention de la délinquance (CCPD) ou des comités de pilotage des contrats de ville. Ce mode de coordination par la politique de la ville ne prend évidemment pas en compte les zones rurales, pourtant de plus en plus touchées par le fléau. La diversité des instances (conseils communaux et intercommunaux de prévention de la délinquance, comités départementaux, comités de pilotage et structures de suivi des contrats de ville), regroupant les mêmes partenaires sous des présidences différentes, soulève des difficultés de coordination. Ces structures n'ont au demeurant qu'une approche partielle des problèmes de toxicomanie ; dans un département comme la Sarthe, la DDASS n'a pas fait partie du groupe de travail chargé de suivre la politique de la ville jusqu'en septembre 1996.

b) Le cadre défini en 1996

Pour tenter de remédier à ce désordre, une circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996, annoncée par le programme gouvernemental du 14 septembre 1995, a réformé le dispositif de coordination au plan départemental. Le nouveau cadre départemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie comporte trois niveaux :

- un niveau de direction : le préfet, assisté d'un chef de projet ;
- un niveau de coordination : le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui réunit les responsables départementaux des services administratifs de l'État et les représentants de l'autorité judiciaire ;
- un niveau de concertation : 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", la réforme n'ayant 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.

Ce dispositif s'ajoute à celui des comités départementaux de sécurité co-présidés par le préfet et le procureur de la République, mis en place par la circulaire interministérielle du 9 septembre 1993 pour coordonner les actions de la police, de la gendarmerie, de la douane et de l'autorité judiciaire. Ces comités, composés des responsables de ces services, sont chargés de mettre au point, d'exécuter et d'évaluer les plans départementaux de sécurité. La lutte contre la drogue figure parmi les quatre missions prioritaires assignées à ces plans avec la lutte contre les violences urbaines, la petite et moyenne délinquance, l'immigration irrégulière et le travail clandestin.

2 - Les limites de la coordination locale

L'examen des dispositifs mis en œuvre dans les départements retenus dans le champ de l'enquête de la Cour fait apparaître les limites de la coordination au niveau local. Indépendamment d'une relative diversité d'approche selon les départements, cette coordination est insuffisante en raison des moyens trop réduits des relais territoriaux.

a) Rôle des chefs de projet

Le profil des chefs de projet, qui est des plus variés, n'est souvent pas de nature à assurer leur autorité, quelle que puisse être la motivation des intéressés, notamment à l'égard des services de police lorsque le chef de projet n'appartient pas au corps préfectoral. Or, c'est le cas le plus fréquent selon une liste établie en juin 1996 par la MILDT : dans 46 départements, le chef de projet était issu de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales avec un niveau hiérarchique très variable ; dans 40 départements, il était membre du cabinet du préfet ou du corps préfectoral ; dans quatre départements, la fonction de chef de projet avait été partagée entre la DDASS et un représentant de la police (directeur départemental de la sécurité publique, directeur du service régional de la police judiciaire) ou le directeur de cabinet du préfet.

La position des chefs de projet est d'autant plus délicate que leurs compétences ne sont pas toujours clairement définies au regard de celles du directeur de cabinet du préfet et du comité départemental de sécurité.

Dès 1993, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de Seine-Saint-Denis a été désigné par le préfet comme chef de projet toxicomanie. Cependant, la Cour a constaté en 1997 que la DDASS n'était pas encore parvenue à assurer une réelle coordination des actions de l'État et moins encore à soutenir une harmonisation des interventions des collectivités territoriales dans une politique départementale de lutte contre la toxicomanie. Le service départemental de prévention et de soins aux toxicomanes n'est pas associé aux travaux du comité départemental de prévention de la délinquance. Le rôle de la cellule SIDA-toxicomanie de la DDASS se limite à l'instruction et au suivi des subventions accordées sur le budget du ministère des affaires sociales.

b) Fonctionnement du comité

Certaines dispositions de la circulaire du 9 juillet 1996 restaient inappliquées dans les départements examinés lors de l'enquête de la Cour. Alors que le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie doit comprendre un responsable de l'éducation nationale désigné par le recteur d'académie, les recteurs, qui n'étaient pas destinataires de la circulaire, n'avaient pas reçu d'instruction sur ce point. De ce fait, ils ont tardé à nommer leurs représentants.

Si des efforts de coordination et d'harmonisation des actions sont parfois manifestes, la situation restait peu satisfaisante dans la plupart des départements examinés lors de l'enquête :

- en Seine-et-Marne, le comité de liaison pour la toxicomanie du CDPD, mis en place en 1990, n'était pas à même, au moment de l'enquête de la Cour, de répertorier les actions de prévention menées dans le département et il n'existait aucun échange d'information concernant les subventions accordées par les différents services de l'État ;

- dans le Nord, le directeur adjoint de la DDASS, chef de projet, rencontrait encore des difficultés pour obtenir des remontées d'information de certains services et pour recenser les actions de lutte contre la toxicomanie et les financements correspondants. Il n'avait pas obtenu d'informations sur les financements relevant de l'éducation nationale, non plus que sur les financements des services répressifs, il est vrai malaisés à individualiser.

Enfin, dans certains départements, comme la Seine-Maritime, aucune coordination n'était mise en œuvre fin 1996. A Paris, le comité départemental de lutte contre la toxicomanie ne s'est plus réuni à compter de 1993. Les services de la préfecture n'ont pas pu produire à la Cour un état des financements spécifiques affectés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Des réunions de coordination ne sont organisées que de façon ponctuelle, à l'occasion d'actions bilatérales avec la Ville de Paris. Une réelle coordination serait pourtant indispensable, dans la mesure où les interventions des autorités sanitaires et des services répressifs répondent à des logiques différentes.

C - La délégation d'attributions à des associations

La délégation d'attribution à des associations peut être observée dans les trois secteurs de la prévention, du soin et de la réduction des risques.

1 - Le champ des activités concernées

L'ensemble du dispositif de lutte contre la toxicomanie s'est construit autour d'institutions s'attachant le plus souvent à un ou plusieurs aspects de la lutte contre ce fléau - qu'il s'agisse de prévention, de soins ou, plus récemment, de réduction des risques - mais prenant rarement en compte l'ensemble du parcours du toxicomane.

Comme dans la plupart des autres pays, les initiatives sont venues de bénévoles ou de professionnels, en marge du système de soins. Le dispositif français reste ainsi marqué par un très large recours au secteur associatif puisque 70 % des centres du dispositif spécialisé sont gérés par des associations.

La conséquence de ce fractionnement est la multiplicité des structures : sur environ 330 institutions répertoriées, 236, soit près des trois quarts, sont des associations, financées en totalité ou en majeure partie par l'État avec lequel elles ont passé des conventions. Ces associations sont très présentes dans le dispositif de soins ; elles le sont encore plus dans le dispositif de prévention et dans celui de réinsertion.

L'importance du recours aux associations se retrouve aussi dans le domaine des actions subventionnées par la délégation à l'insertion des jeunes. De même, la plus grande partie de l'action internationale et de la coopération pour l'accueil et le traitement des toxicomanes se réalise à travers des structures associatives.

2 - Les causes de la prépondérance du secteur associatif

Le recours privilégié au statut associatif concerne surtout les soins spécialisés.

Dans ce domaine préexistait pourtant en 1970 un important secteur public, composé d'hôpitaux généraux et d'hôpitaux psychiatriques, qui est resté en retrait alors qu'il aurait pu s'impliquer beaucoup plus fortement. Ne se considérant pas comme des malades et encore moins comme des malades mentaux, les toxicomanes rejettent les structures hospitalières classiques, en particulier l'institution psychiatrique. De leur côté, les hôpitaux publics ont exprimé une forte réticence à s'impliquer dans le dispositif au motif que les patients, souvent difficiles, ont tendance à perturber le fonctionnement des services. Quant aux praticiens des hôpitaux psychiatriques, ils refusent souvent d'accueillir les toxicomanes sous injonction thérapeutique, en faisant valoir qu'aucune thérapie ne serait possible avec des malades dont la démarche n'est ni volontaire ni libre.

C'est en réaction contre le système psychiatrique de l'époque que se sont constitués les premiers centres spécialisés. A cette délégation d'attributions organisée par les pouvoirs publics eux-mêmes s'ajoutait la souplesse de fonctionnement des structures associatives qui ne sont pas soumises aux mêmes contraintes en matière de personnel ou de dépenses publiques, et dont la variété permet une adaptation plus aisée aux contraintes locales, et une différenciation des thérapies et des traitements.

Ce mouvement initial en faveur des associations est aujourd'hui partiellement remis en cause : la mise en œuvre récente des programmes de substitution par la méthadone entraîne une certaine mobilisation des structures publiques.

3 - Les conséquences du rôle déterminant des associations

L'implantation géographique des structures associatives dépend souvent plus du dynamisme de leurs animateurs que de l'importance de la toxicomanie dans le département ou la commune où elles sont implantées. Dans la majeure partie des cas, elles agissent de manière séparée. Elles ont une propension à vivre en circuit fermé, sélectionnant "leurs" toxicomanes à partir de leur réseau et ignorant une grande partie des autres acteurs du dispositif sanitaire et social, ainsi que les intervenants institutionnels, tels que la police ou la gendarmerie, les services judiciaires ou l'administration pénitentiaire et l'éducation nationale. Cette difficulté de concertation est à l'origine d'actions redondantes ou contradictoires.

Alors que la petite taille des structures associatives existantes entraîne des coûts fixes importants (charges de personnel, locaux), la dispersion du tissu associatif accroît la difficulté de mettre en œuvre une politique nationale et de la coordonner efficacement sur tout le territoire, notamment en matière de prévention et de communication. Ainsi constate-t-on la coexistence de quelques associations d'envergure nationale, telles SOS Drogue international, qui disposent de centres spécialisés dans plusieurs départements et d'associations qui assurent en quasi-totalité, à travers plusieurs centres, l'action contre la toxicomanie dans un département, comme dans l'Oise.

La délégation d'attributions s'accompagne aussi du développement de pratiques de "lobbying", notamment pour l'octroi de subventions et l'autorisation de créer des structures nouvelles. Pour accroître leurs ressources, en effet, nombreuses sont les associations qui se livrent à une véritable "chasse" à la subvention ; ces financements multiples des ministères, du FAS ou de grandes associations subventionnées, comme le CFES aggravent leur fragilité. Pour certaines, à la limite de l'équilibre financier, la tentation est forte de chercher à résoudre leurs problèmes en obtenant des subventions spécifiques pour de nouvelles activités. Cette tendance à la diversification des activités peut provoquer une "fuite en avant", préjudiciable au bon déroulement de l'activité initiale. Certaines associations font pression pour obtenir l'autorisation de mettre en place les nouvelles formules de réduction des risques (traitement par la méthadone notamment) ou d'accueil des toxicomanes les plus

marginalisés (lieux de « bas seuil »), même si elles ne sont pas adaptées au contexte local.

Le plus souvent, les pouvoirs publics rencontrent des difficultés quand ils demandent à ces structures de définir des indicateurs de suivi et de résultats, qu'elles assimilent à un contrôle tatillon ; leurs présidents et directeurs sont souvent des personnalités locales ou scientifiques qui siègent aux conseils d'administration ou aux conseils scientifiques d'autres associations. L'évaluation administrative et financière d'un dispositif auquel l'État délègue une partie importante de ses prérogatives se heurte à la culture du milieu associatif des intervenants en toxicomanie.

D - La coordination de la lutte contre la toxicomanie dans le département du Nord

1 - La coordination des services de l'État

La coordination des services de l'État relève du préfet délégué à la sécurité et à la défense, assisté du chef du service des politiques de santé à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Un groupe de travail restreint réunit chaque mois, depuis mai 1995, les représentants de la DDASS, de la direction départementale de la jeunesse et des sports, de l'éducation nationale et les membres du cabinet du préfet. De même, depuis janvier 1996 une cellule antidrogue regroupe les services répressifs tous les mois. Le comité restreint prévu par la circulaire du 9 juillet 1996 s'est réuni en octobre 1996.

La coordination laisse encore à désirer : il n'a ainsi pas été obtenu d'informations sur les financements relevant de l'éducation nationale pour établir un tableau récapitulatif des crédits d'État consacrés à la lutte contre la toxicomanie. La coordination entre l'administration centrale du ministère des affaires sociales et la préfecture (DDASS) reste insuffisante : la direction de l'action sociale, dont les crédits sont déconcentrés depuis 1995, préaffecte le plus souvent les enveloppes départementales.

Les crédits publics dans le secteur sanitaire et social ont atteint 51,31 millions en 1996 (48,51 millions en 1995) : 43,03 millions de l'État, 0,9 million de la région, 6,11 millions de l'assurance maladie et 1,27 million de crédits européens.

2 - La coordination entre l'État et les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales participent à la lutte contre la toxicomanie, mais leurs actions ne s'intègrent pas encore dans une programmation d'ensemble, en dépit des efforts engagés.

Le contrat de plan État-région mentionne la politique de lutte contre la toxicomanie dans son volet prévention, mais cette préoccupation reste secondaire au regard de la lutte contre l'alcoolisme. La région a contribué aussi au financement de structures de soins. Néanmoins, la contractualisation des actions est restée limitée : en 1994 et 1995, chaque partenaire attribuait unilatéralement ses crédits.

Le département intervient plus que la région. Un contrat départemental d'actions de prévention de la toxicomanie, prévoyant un financement paritaire, a été signé par l'État et le département du Nord en février 1992, et complété en septembre 1994. L'État a versé deux subventions, de 1,15 million en 1991 et 1,575 MF en 1994, à un fonds de prévention ouvert à la Fondation de France, chargée d'une mission d'impulsion et de pilotage dans le département.

Après avoir donné lieu à un véritable partenariat, la convention est devenue largement formelle : l'État a affiché en 1995 et 1996 des financements qui ne correspondaient pas, en fait, à un effort financier supplémentaire. Pour sa part, le conseil général a adopté en avril 1996 un plan de lutte contre la toxicomanie.

Les communes apportent souvent une contribution financière à la lutte contre la toxicomanie. Certaines, comme Lille, ont défini des plans de lutte contre la toxicomanie. Le programme d'action lillois pour 1995 portait sur 21,5 millions (6,1 millions de la ville, 13,1 millions de l'État, 0,5 million de la région, 0,8 million du département et 1 million provenant d'autres financements). L'essentiel de la coordination passe par les 29 comités communaux de prévention de la délinquance.

Si la région et le département coordonnent désormais de façon satisfaisante leurs interventions, comme pour le financement du centre de Wignehies, il ressort des constatations faites à Lille, Tourcoing et Roubaix que l'action de l'État est insuffisamment lisible, compte tenu notamment de la multiplicité des interlocuteurs, qui diffèrent selon les projets ; les dossiers de toxicomanie relèvent ainsi de quatre départements de la DDASS (santé, tutelle, action sociale, logistique). L'absence de stabilité budgétaire et financière qui résulte des multiples cofinancements fait obstacle à la conclusion de contrats pluriannuels avec les associations gestionnaires des actions.

II - Le contrôle de l'emploi des crédits publics : l'exemple de trois associations

Les conditions dans lesquelles s'effectue l'allocation des crédits destinés aux actions de proximité sont insuffisamment rigoureuses alors que l'organisation actuelle rend difficile le contrôle de l'emploi des crédits de lutte contre la toxicomanie.

Des faiblesses importantes, imputables aux services de l'État, ont été identifiées lorsqu'il s'agit d'associations dont l'activité résulte de financements assurés presque exclusivement sur des fonds publics. Il en est ainsi des subventions accordées par l'État pour le fonctionnement de structures de "bas seuil" dans le cadre de la politique de réduction des risques ou des financements attribués pour le fonctionnement de "points écoute" qui ont été décidés par le programme d'action de 1995 sur un certain nombre de sites. Seule la poursuite du financement des activités par l'État est en mesure d'assurer la pérennité du dispositif mis en place.

Les insuffisances constatées concernent plusieurs aspects de l'allocation des crédits :

- l'intervention de manière séparée de chacune des directions du ministère de l'emploi et de la solidarité conduit souvent au versement, pour la même structure de la même association, de subventions en provenance de plusieurs d'entre elles ;

- aucune centralisation des subventions versées n'est organisée par l'administration centrale pas plus qu'elle ne peut être assurée par les services déconcentrés ;

- des imprécisions ont été constatées dans le libellé des arrêtés préfectoraux qui ne permettent pas d'identifier la nature exacte des activités financées ;

- des divergences apparaissent entre les services de l'État quant à l'évaluation précise des coûts d'installation des structures et à l'appréciation du moment auquel doit intervenir le versement des subventions.

Ces insuffisances sont d'autant plus regrettables que la gestion de certaines associations manque de rigueur ou de clarté, ainsi qu'il résulte des contrôles effectués par la Cour, en application de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, sur trois associations.

A - SOS Drogue International

1 - Présentation de l'association

L'association SOS Drogue International (SOS DI), constituée le 4 octobre 1984, a pour but l'étude de tous les problèmes posés par la toxicomanie dans le monde, la mise en œuvre d'actions d'information de l'opinion publique, une priorité particulière devant être accordée à la jeunesse en vue de la prévention de la toxicomanie et de l'aide à la réinsertion sociale. Ses moyens d'action sont : "la création et la gestion des centres d'accueil destinés aux toxicomanes et à leurs familles ou de structures visant à favoriser la réinsertion professionnelle de jeunes en difficulté, ainsi que toutes initiatives susceptibles de concourir aux décisions de l'association, telles que publications, expositions, colloques, conférences, concours, prix, secours".

Association d'ampleur nationale, SOS-DI a largement diversifié ses actions dans le champ de la lutte contre la toxicomanie. Outre des activités de soins et d'accueil, l'association s'occupe aussi de documentation ; elle développe des stratégies locales avec les collectivités territoriales, notamment les communes ; elle met en place des activités de prévention et de formation ainsi que d'accueil sans objectif de sevrage dans des structures dites de "bas seuil". Parallèlement, elle développe des activités scientifiques et internationales.

Elle a, parallèlement, constitué deux associations en 1995 pour aider les personnes atteintes par le VIH, par la création et la gestion d'appartements et par la mise en œuvre de relais thérapeutiques et sociaux permettant d'assurer une présence à domicile auprès de personnes malades.

Outre des centres de soins spécialisés classiques et des structures "de bas seuil", l'association comporte aujourd'hui deux communautés thérapeutiques, des "points écoute", un service juridico-social et des ateliers d'insertion. Elle gère donc un réseau très important. Son expansion a été encouragée par les pouvoirs publics qui l'ont d'ailleurs sollicitée à plusieurs reprises pour reprendre la gestion d'associations en difficulté ou en voie de disparition ou pour mettre en œuvre des expérimentations.

Puissante et influente, l'association SOS DI agit souvent en relation directe avec l'administration centrale sans que les services déconcentrés de l'État soient toujours consultés, ni même informés.

2 - Organisation

Des associations satellites, "sœurs" et des "filiales de gestion", créées depuis 1984, et surtout au cours des années 1993 à 1996, contribuent largement au fonctionnement des activités développées sur les différents sites de SOS-DI. La plupart de ces associations, dont les statuts présentent de fortes similitudes, sont présidées par des dirigeants de l'association principale et sont localisées au siège social de SOS-DI :

- quatre associations satellites constituent des démembrements limités de l'association principale à laquelle elles sont directement rattachées. Elles ont toutes pour président le secrétaire général de l'association principale ;

- les associations "sœurs" ont été constituées afin de prolonger l'aide aux toxicomanes dans des domaines particuliers (logement, présence à domicile, emploi, formation). Elles bénéficient d'une autonomie juridique qui ne leur assure cependant qu'une indépendance relative par rapport à l'association principale puisque figurent dans leur conseil des responsables de l'association "mère" et des associations satellites ;

- les "filiales de gestion" gèrent plusieurs fonctions assumées par l'association principale et ses satellites : une union d'économie sociale a pour objet de réaliser toutes opérations susceptibles de favoriser le développement du patrimoine social de l'ensemble des associations ; un groupement d'intérêt économique regroupe les divers services communs du groupe sur les plans comptable, administratif, juridique et financier. La juxtaposition de ces structures rendent nécessaires une redéfinition de leurs relations patrimoniales et financières.

Alors même que les dirigeants de l'association ne contestent pas la nécessité de clarifier les relations entre les diverses entités de l'ensemble ainsi constitué et de pousser plus loin la consolidation des comptes, les outils nouveaux mis en œuvre ne répondent qu'imparfaitement à ces préoccupations. A titre d'exemple, le patrimoine utile au groupe se trouve réparti pour l'essentiel entre deux personnes morales, une association et une société à responsabilité limitée.

3 - Relations avec l'État

Lors de sa création en 1984, l'association SOS-DI était financée sur fonds privés. De 1991 à 1995, les financements provenant de la direction générale de la santé et de la direction de l'action sociale ont très fortement augmenté, accompagnant la diversification des interventions de

l'association et de ses satellites (7,8 millions de francs en 1991, 45,4 millions de francs en 1995) et représentant la ressource quasi-exclusive de nombre des structures liées à SOS-DI.

L'association a choisi d'être le propriétaire des biens immobiliers nécessaires à l'exploitation de ses établissements et services. Ce choix, justifié par la nécessité de préserver son autonomie quant aux lieux de son implantation, a des conséquences financières importantes. Les dettes financières auprès des établissements de crédit, inscrites au passif de l'association, dues pour l'essentiel aux emprunts contractés pour l'acquisition des biens immobiliers, s'élevaient en 1991 à 1 747 933 francs, soit à 28 % de ses ressources ; elles étaient évaluées en 1995 à 29 218 067 francs, soit à 57 % des ressources. Comme l'association n'a que très peu de ressources propres, seule la poursuite du financement de ses activités par l'État est en mesure d'assurer la pérennité du dispositif immobilier et financier ainsi mis en place.

La dispersion des activités et structures contrôlées par SOS Drogue International accroît la nécessité de disposer d'un outil permettant de calculer le coût de chaque activité subventionnée par l'État et de répartir les charges indirectes ou fixes de manière optimale. Ces éléments constitueraient une aide à la fixation des dotations et subventions par type d'activité ou de structure et seraient, à ce titre, très utiles aux services de l'État. Or, l'association ne disposait pas, jusqu'en 1995, d'une comptabilité analytique. Des efforts ont récemment été accomplis en vue de distinguer pour un même établissement les dépenses relevant de chacune des activités thérapeutiques ou sociales et d'évaluer ainsi un coût par service ou fonction. Cette esquisse de comptabilité analytique demeure néanmoins insuffisante et doit être développée.

B - L'association L. J. Engelmajer

1 - Présentation de l'association

L'association "Le Patriarche", constituée le 2 mai 1974, visait à l'origine à apporter une aide aux personnes en difficulté sans exclusive ; ce n'est que dans une deuxième étape qu'elle a développé des actions spécifiques en direction des toxicomanes. Elle est devenue, le 21 janvier 1992, l'association "L. J. Engelmajer" du nom de son fondateur. Son siège social est situé en Haute-Garonne, dans l'une des deux premières communautés thérapeutiques de l'association mais l'organisation s'est rapidement développée. 67 centres en France lui permettent d'accueillir 2 500 pensionnaires. Elle s'est parallèlement implantée dans de nombreux pays, tant en Europe - notamment en Espagne (72 centres), au Portugal

(17 centres) et en Italie - qu'en Amérique - au Nicaragua (12 centres), au Mexique, aux États-Unis et au Canada - soit au total 250 centres ou lieux de vie dans le monde.

L'association est à l'origine de la création de structures et associations satellites qui contribuent largement au fonctionnement des activités développées. L'une d'elles a pour objet la lutte contre le SIDA. Une autre réunit de la documentation sur la recherche en toxicomane.

A côté des associations satellites existent des structures commerciales : ainsi, l'association "L. J. Engelmajer" et certaines de ses émanations sont propriétaires d'une société "holding" luxembourgeoise de participation sociale et financière, créée en 1992, dont le capital social, de 10 millions, est réparti entre une personne physique, le fondateur de l'association, les associations L. J. Engelmajer française, suisse, portugaise et espagnole et les associations précitées de lutte contre le SIDA et de documentation. Le groupe a également des intérêts financiers dans des sociétés immatriculées en France gérant des services de restauration rapide. Selon l'association, ces sociétés commerciales auraient pour but de faciliter la réinsertion d'anciens toxicomanes dans le secteur économique par la création d'emplois rémunérés.

La logique institutionnelle de l'association participe d'une conception particulière du "phénomène drogue", qui repose sur l'idée que l'usage de produits stupéfiants ne renvoie pas à une psychopathologie singulière mais relève plutôt d'une conduite sociale. L'association récuse l'approche classique de la toxicomanie et de la dépendance ainsi que la prise en charge médicale et en particulier psychiatrique des toxicomanes.

La méthode de traitement employée consiste en un "sevrage bloc" systématique et non médicalisé, réalisé par l'arrêt immédiat de toute consommation de drogue, accompagné de massages, de bains de plantes et par l'administration de plantes médicinales sous forme de tisanes ou infusions, associés à de longues marches. Le sevrage est placé sous la responsabilité des dirigeants de l'association et d'anciens toxicomanes. Pendant cette phase, le soutien psychologique du toxicomane est assuré par un accompagnement permanent effectué par un ou deux anciens toxicomanes (les "accompagnants") demeurant sur place. L'association soutient à ce propos que ces derniers sont plus à même de comprendre les réactions des pensionnaires et de soutenir ceux-ci dans leur épreuve. Selon elle, ils constituent également un exemple pour les pensionnaires et la preuve de l'efficacité de la méthode. Il n'appartient pas à la Cour de porter une appréciation sur les résultats de ces pratiques, sur lesquelles aucune évaluation scientifique ne lui a été communiquée.

L'association constitue la plus grande institution d'accueil de toxicomanes implantée sur le territoire français, au regard du nombre de places spécialisées en post-cure agréées par l'État. Cette expansion s'est effectuée le plus souvent en dehors des procédures et instances officielles, ce qui explique que l'association ait déjà été l'objet de plusieurs rapports d'inspection.

Elle a ainsi donné lieu à des contrôles de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 1980 et 1989. Une enquête a été conduite en 1985 par une mission interministérielle. Son rapport reconnaissait qu'en assurant, à la différence de la quasi-totalité des autres centres du dispositif spécialisé, un accueil sans délai et sans condition, l'association apportait une réponse aux situations de détresse des familles de toxicomanes. Mais il formulait des observations, portant notamment sur le manque de transparence des financements, l'ouverture de centres sans autorisation des autorités sanitaires, les méthodes utilisées par l'association, notamment au regard des libertés individuelles, et les conditions du suivi médical.

2 - Organisation financière

La Cour a examiné le compte d'emploi des subventions versées par l'État à deux centres de l'association situés en Haute-Garonne (La Mothe et la Boëre), pour les années 1992 à 1995, dont le montant était inférieur à 50 % des ressources totales de l'association. En outre l'association a accepté de transmettre à la Juridiction les comptes des structures parallèles qui concourent à son activité, pour les années 1993 et 1994.

Les éléments recueillis au cours du contrôle ont permis de faire plusieurs constatations :

- la structure financière de l'association est peu claire. La grande confusion des relations entre les différentes branches de l'organisation, assurées notamment par la multiple appartenance de certains responsables, ne permet pas d'appréhender l'origine des ressources ni leur utilisation. Le rôle des sociétés privées, filiales de l'association, n'est pas non plus clairement établi.

- les postes de la comptabilité examinés par la Cour font apparaître le caractère artificiel du compte d'emploi des subventions publiques qui lui a été adressé. L'analyse étendue aux dépenses figurant au compte de résultat de l'association a confirmé l'unité de gestion de l'ensemble associatif, malgré l'indépendance formelle des différentes entités ;

- l'association a augmenté son patrimoine dans des proportions importantes, que la seule croissance de ses activités explique difficilement. Dans la région Midi-Pyrénées, les acquisitions qui ont été repérées se sont élevées à 8,87 millions entre janvier 1992 et janvier 1995 ; elles ont toutes été réglées comptant. Aucune justification de ces acquisitions n'a pu être recueillie ;

- la création de sociétés commerciales et la possession d'actions d'une société holding de participation ne semblent pas concourir, par leur nature, à la réalisation de l'objet de l'association ;

- la diversification des activités exercées au sein du groupe d'associations et leur caractère commercial de plus en plus marqué, ainsi que l'internationalisation des structures du groupe, font douter du caractère désintéressé de la démarche originelle de la structure ;

- en application de l'article L. 140-4 du code des juridictions financières, des informations ont été recherchées sur certaines opérations financières effectuées par des responsables de l'association. Les éléments ainsi recueillis contribuent, eux aussi, à faire douter du caractère désintéressé de son activité. C'est ainsi qu'un responsable ne déclarant à l'administration fiscale qu'un revenu très modeste a pu prêter des sommes relativement importantes à une SARL (prêt de 1 200 000 francs pour 8 ans à 10 %) ainsi qu'à une SCI constituée par une personnalité du monde médical (prêt de 600 000 francs pour 10 ans à 5 %).

3 - Relations avec l'administration

Le rapport établi en 1985 par la mission interministérielle d'enquête susvisée soulignait que la situation de marginalité dans laquelle s'était placée l'association en prenant ses distances par rapport au droit commun, était renforcée par l'attitude de l'administration, proposait la mise en place d'un suivi rigoureux et formulait à cette fin diverses recommandations qui n'ont pas été suivies d'effets.

Pour l'administration, leur mise en application supposait au préalable une reconnaissance implicite du bien-fondé de l'approche du soin aux toxicomanes retenue par l'association puisqu'il était préconisé de passer une convention avec les associations au niveau des régions pour instituer un contrôle. Or, le ministère chargé de la santé et la structure interministérielle de lutte contre la toxicomanie n'ont jamais trouvé d'accord sur ce point.

Loin de faire l'objet d'un suivi attentif, l'association a cessé en 1993 de transmettre des documents, déjà insuffisants, et s'est soustraite aux obligations qui s'imposent aux bénéficiaires de concours publics.

De 1991 à 1993, elle a reçu une subvention de 6,6 millions par an pour les deux centres qu'elle gère dans le département de la Haute-Garonne, ce qui représentait en 1993 environ 41 % des produits d'exploitation du "Patriarche" et 12 % des produits de l'ensemble du groupe d'associations précédemment décrit. Le montant de cette subvention était fixé par le ministère sans aucune évaluation des besoins ni consultation des services locaux. Son utilisation n'a pas donné lieu à la production d'un rapport d'activité.

En 1994, l'application du décret portant création des centres spécialisés de soins pour toxicomanes et instituant une convention type à laquelle l'association ne pouvait souscrire faute de remplir les conditions requises (nombre maximum de 25 pensionnaires, durée des séjours limitée à six mois) aurait dû entraîner l'arrêt des concours financiers publics à l'association. Celle-ci ne respectait pas non plus les règles fixées par la loi du 31 décembre 1970 concernant la gratuité des soins et la possibilité pour le toxicomane de solliciter l'anonymat.

En dépit des réserves réitérées de la direction générale de la santé, des subventions ont pourtant continué d'être versées en 1994 à l'association Engelmajer, non plus sur les crédits du chapitre 47-15, article 40, réservé aux "programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie", mais sur ceux du chapitre 47-11, article 40, ligne budgétaire ouverte pour les "programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations - interventions sanitaires en direction de publics prioritaires". Cette décision étant intervenue tardivement, aucune convention n'a été passée avec l'association et la subvention de 6,4 millions a été versée au vu de certificats administratifs du préfet. En 1995, une subvention, de 4,8 millions a été imputée au même article budgétaire, alimenté pour ce versement par les crédits interministériels du chapitre 47-16 ; une convention a alors été conclue entre l'association et la DDASS de Haute-Garonne. Ses effets étaient limités à un seul semestre de l'année 1995, et la subvention n'a été reconduite ni en 1996 ni en 1997.

L'attribution des crédits publics à cette association, dont les méthodes ainsi que le fonctionnement font l'objet d'appréciations contrastées et souvent négatives, s'est constamment effectuée dans des conditions qui illustrent le caractère ambigu de ses relations avec les autorités de l'État ; elles affectent la crédibilité des orientations prises par le ministère compétent afin d'assurer une gestion rigoureuse du dispositif spécialisé.

Le cas de l'association L. J. Engelmajer soulève aussi, sur un plan général, la question du maintien du cadre juridique d'exception régissant le suivi médico-social des personnes toxicomanes. Cette activité ne relève pas, en effet, du système d'autorisation prévu par la loi du 30 juin 1975

relative aux institutions sociales ou par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. La loi du 31 décembre 1970 et le décret du 29 juin 1992 fixent uniquement le cadre juridique général de l'intervention de l'autorité sanitaire dans la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes. Une structure réalisant une telle prise en charge peut ainsi être créée sans autorisation préalable si elle ne fait pas appel à des concours financiers publics. Cependant, l'autorité sanitaire conserve, dans ce cas, la possibilité d'exercer ses prérogatives de contrôle de droit commun en ce qui concerne tant les conditions d'hygiène et de sécurité des établissements accueillant du public que le respect de la réglementation concernant l'exercice de la médecine ou des soins infirmiers. A ce titre, les deux centres situés en Haute-Garonne qui recevaient des subventions publiques ont eu des relations difficiles avec les pouvoirs publics, qui se sont traduites par des épreuves de force avec la DDASS ou par des injures publiques donnant lieu à des actions judiciaires (Cour d'appel de Toulouse, arrêt du 10 novembre 1994).

C - Le service d'aide aux jeunes en difficulté (SAJED)

Le SAJED qui gère en Seine-et-Marne deux centres de soins avec hébergement et une structure de prise en charge ambulatoire, reçoit 67 % de l'enveloppe accordée au titre du dispositif spécialisé dans ce département. Il a donné lieu à deux inspections de la DDASS, suivies d'une mission d'expertise comptable commanditée par celle-ci en 1994. Ces différents rapports s'interrogeaient sur les causes de la dégradation de la situation financière de l'association, illustrée par un découvert bancaire élevé.

Faute des clarifications et mises au point nécessaires, ce dossier a fait l'objet de décisions au coup par coup qui ont laissé perdurer les anomalies relevées, aggravé sa situation financière et, en définitive, pénalisé l'ensemble du dispositif spécialisé de Seine-et-Marne : en septembre 1991, le directeur général de la santé décidait de réduire de 300 000 francs les moyens alloués au SAJED ; cependant, en novembre 1992, la direction générale de la santé accordait une dotation complémentaire de 400 000 francs non reconductible pour faire face aux difficultés de trésorerie de l'association que la précédente décision avait contribué à dégrader plus encore ; la direction générale de la santé n'a cependant accordé aucun crédit supplémentaire au département au titre du collectif budgétaire voté pour l'application du plan gouvernemental de 1993 et aucune mesure nouvelle pour l'exercice 1994.

Le contrôle par la Cour du SAJED, dont le travail quotidien s'effectue dans des conditions difficiles, n'a pas fait apparaître d'anomalies graves. La situation financière dégradée de l'association est en grande partie due aux retards dans le versement des dotations et au passif hérité d'une structure - un atelier audiovisuel - disparue en 1989.

Ce dossier illustre la fragilité de la situation de certaines associations, faute d'une intervention des services de tutelle locaux en temps opportun.

Chapitre V

LES BASES SCIENTIFIQUES DE L'ACTION

Les constatations faites sur l'action menée en matière de lutte contre la toxicomanie font apparaître l'imprécision de la définition de ses objectifs et de ses priorités. Celle-ci se remarque tout particulièrement dans la divergence entre l'approche sanitaire et l'approche répressive et plus encore, dans l'absence des directives précises qui auraient permis de cadrer la politique de prévention.

L'insuffisance des connaissances de base et des données épidémiologiques explique largement les hésitations observées dans la définition et la mise en œuvre de l'action publique. Certes, la toxicomanie est un phénomène souterrain, qui se prête mal à la mesure et à la connaissance, préalables à toute définition d'une politique. L'État n'a cependant pas pris les mesures nécessaires pour surmonter cette difficulté.

De même, l'insuffisance de la recherche est un constat établi par la plupart des rapports d'étude sur la politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie.

Déjà en 1989, le rapport établi par Mme Trautmann, relevait la nécessité d'une politique plus active de recherche dans le champ des

toxicomanies, notamment en épidémiologie et en neurobiologie. Il soulignait tout particulièrement qu'il convenait de développer des méthodologies évaluatives, afin de tenter d'apprécier l'efficacité des méthodes thérapeutiques, comme d'ailleurs l'efficience des services répressifs et de valoriser les résultats des diverses recherches.

En février 1995, le rapport de la commission de réflexion présidée par le Pr Henrion soulignait à nouveau des lacunes de la recherche. Il préconisait de renforcer la surveillance épidémiologique, partant du constat « qu'aucune politique sérieuse ne peut être mise en place sans une meilleure connaissance de la population toxicomane ». « Au-delà des estimations globales aujourd'hui insuffisantes, une évaluation plus fine des sous-populations, des âges, des modalités de consommation et des contextes sociaux apparaît nécessaire. » Il recommandait de mener « un effort de recherche important pour améliorer notre connaissance des modes d'action des produits toxicomanogènes et pour dégager des axes de traitement de prévention ».

Plus récemment, le rapport de l'Académie des sciences du 21 mars 1997 sur les aspects moléculaires cellulaires et physiologiques des effets du cannabis⁵² recommandait la mise en place d'un programme de recherches, étant entendu qu'en ce domaine, selon les auteurs du rapport "l'on est à peine entré dans une première phase exploratoire, laquelle a pris naissance au début des années 90".

I - LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE

A - La connaissance des toxicomanes

Les données qui mesurent le phénomène proviennent d'enquêtes "en population générale" et d'autres dites « de clientèle ». Les premières sont rares, anciennes, et l'on peut s'interroger sur leur représentativité ; les secondes sont partielles, difficiles à recouper, et souffrent de carences méthodologiques.

1 - Les enquêtes "en population générale"

Les enquêtes "en population générale" visent à mesurer l'importance de l'usage des drogues et à étudier les comportements ou les attitudes d'une tranche de population.

⁵² Académie des Sciences - Rapport n° 39 - Publié en avril 1997.

Une enquête a été conduite à cette fin en milieu scolaire par l'INSERM, en 1993. Elle n'a pas été renouvelée à ce jour. Une autre est en cours auprès des jeunes suivis par les services de la protection judiciaire de la jeunesse.

De 1972 à 1993, le service de santé des armées a exploité dans le cadre de la procédure dite APETOX⁵³ des fiches médico-sociales d'appétence pour les toxiques. Ces fiches anonymes étaient remplies par les médecins des centres de sélection, des unités ou des hôpitaux des armées chaque fois qu'ils étaient amenés à rencontrer un usager de substances toxiques. Cette enquête a été suspendue en 1993 du fait des disparités locales constatées dans le recueil des données et des biais de cette procédure. Une nouvelle méthodologie (EPITOX)⁵⁴ permettant d'affiner le recueil des données épidémiologiques a été mise au point avec le concours de l'INSERM. Cette enquête, menée en 1995 et 1996, n'a pas été renouvelée en 1997 pour des raisons budgétaires. Par ailleurs, depuis 1987, et à plus large échelle depuis 1994, le service des armées procède à des enquêtes fondées sur la détection toxicologique dans les urines.

Enfin, une enquête « baromètre santé » menée par le CFES auprès d'un échantillon de personnes âgées de 18 à 75 ans porte notamment sur l'usage de drogue. On peut s'interroger sur la représentativité de ces données sur la fréquence de consommation des drogues, qui reposaient sur 39 personnes seulement en 1993-1994.

Il serait à cet égard opportun d'établir à nouveau une analyse critique des sources statistiques et épidémiologiques relatives à la toxicomanie, ainsi que l'avait fait en 1990 un rapport très approfondi de l'inspection générale de l'INSEE⁵⁵.

⁵³ "Appétence pour les toxiques".

⁵⁴ "Épidémiologie des toxicomanies".

⁵⁵ Rapport de M. Padiou : "L'information statistique sur les drogues et la toxicomanie" (La documentation française - 1994).

Enquête EPITOX

Limitée à une période de 3 mois, identique chaque année, cette enquête a porté sur l'ensemble des appelés, des cadres et des jeunes vus par les centres de sélection, les services de psychiatrie des hôpitaux militaires, les sections locales de psychologie appliquée de la Marine et sur certaines "unités sentinelles" des trois armes. Les sujets inclus dans l'étude sont ceux chez qui une consommation de drogue a été découverte dans les trois mois précédents lors d'une visite d'aptitude, d'une visite systématique, d'une consultation ou d'une hospitalisation. Cette procédure repose sur l'établissement d'un questionnaire anonyme par un médecin des armées. Sur une population ainsi repérée de 2 796 individus en 1995, les constats faits sont les suivants : 96,7 % des "sujets toxicophiles" consomment du cannabis. 37,2 % déclarent consommer une drogue illicite autre que le cannabis (héroïne dans plus de la moitié des cas, cocaïne 16,8 %, *ecstasy* 12,4 %). Ces sujets sont également grands consommateurs de médicaments (27,3 %). Leur consommation de tabac est importante. Plus de 80 % d'entre eux fument plus de 10 cigarettes par jour, 72,2 % font part d'une importante consommation d'alcool (dont 82,1 % font état d'ivresses), 13,2 % indiquent un ou plusieurs sevrages antérieurs. La même proportion a été suivie pour des problèmes psychiatriques (3 % des sujets ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie). 14,6 % des sujets ont effectué une tentative de suicide dont le tiers avant de devenir toxicomane. 17 % ont des antécédents d'incarcération pour vol.

En 1996, sur une population de 3 027 individus, les pourcentages ci-dessus sont du même ordre de grandeur.

2 - Les enquêtes ciblées dites « de clientèle »

Trois principales sources statistiques traitent chacune une partie du phénomène : le service statistique du ministère de l'emploi et de la solidarité (SESI) recense depuis 1987 les toxicomanes suivis par le système sanitaire et social ; le ministère de la justice comptabilise les infractions à la législation sur les stupéfiants ; les statistiques de police judiciaire des services de police et de gendarmerie font le compte des interpellations pour usage et trafic de stupéfiants.

Ces différentes sources sont difficiles à recouper. Elles ne se fondent pas, en effet, sur une définition commune du toxicomane : le SESI retient « toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois », excluant ainsi tout usager occasionnel et ponctuel du champ de l'enquête ; les statistiques judiciaires et policières ne font pas de distinction entre l'usager

occasionnel et le véritable toxicomane et ne s'intéressent qu'aux drogues illicites.

En outre, ces diverses sources statistiques souffrent de carences méthodologiques.

a) L'enquête du SESI porte sur les toxicomanes suivis par les centres spécialisés, les établissements sanitaires, les établissements sociaux (centres d'hébergement et de réadaptation sociale, clubs et équipes de prévention, centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale). Comme le reconnaît le SESI, cette enquête présente des limites qui sont à prendre en compte dans toute utilisation des résultats.

Son champ ne recouvre pas toutes les composantes de l'offre de soins. Il ne porte pas sur les toxicomanes suivis par les médecins de ville, les établissements militaires ou encore les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) rattachés au dispositif pénitentiaire et qui font l'objet d'une étude spécifique menée par l'INSERM. Pour les établissements sanitaires, l'enquête ne couvre pas les services de chirurgie, d'obstétrique, d'urgence, de moyen et de long séjour. Les personnes vues dans le cadre de consultations ne sont en principe pas prises en compte, sauf en psychiatrie et dans les services de lutte contre la toxicomanie.

Le champ de l'enquête est parfois mal interprété par ceux qui ont la charge de collecter ou de produire les informations. Ainsi, selon une étude faite en 1996 par l'observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, l'Assistance publique de Paris exclut de son recensement les consultations de psychiatrie, pourtant incluses en principe dans le champ de l'enquête. Or, pour certains services de psychiatrie, une part importante des toxicomanes suivis sont vus en consultation (jusqu'aux trois-quarts pour un service du centre hospitalier de Sainte-Anne).

Par ailleurs, l'enquête du SESI ne renseigne pas sur les quantités, les produits de début ou sur l'aspect simultané ou séquentiel des prises de drogues. Il a fallu attendre novembre 1993 pour que l'enquête recueille pour la première fois des indications sur le mode de consommation par voie intraveineuse qui est révélateur de la gravité de la toxicomanie.

Une réflexion est en cours en vue de réformer la méthodologie de cette enquête. La modification de sa périodicité ou la substitution d'une approche par échantillon à la collecte exhaustive de données qui manquent souvent de fiabilité sont notamment envisagées.

b) Les statistiques du ministère de la Justice et des services répressifs doivent, elles aussi, être interprétées avec prudence. Celles portant sur les interpellations comme sur les saisies reflètent pour partie la hiérarchie des priorités assignées aux services. Le renforcement ou la diminution des moyens affectés localement à la lutte contre la toxicomanie influe directement sur ses résultats.

En premier lieu, une partie des interpellations pour infractions à la législation des stupéfiants échappe à la connaissance des parquets et n'est donc pas comptabilisée dans les statistiques. Les services de police ou de gendarmerie ont cependant pour instruction de constater par procès-verbal tout fait d'usage dont ils peuvent avoir connaissance et d'en aviser sans délai l'autorité judiciaire, comme le soulignent plusieurs instructions dont, en dernier lieu, une circulaire conjointe des ministres des affaires sociales, de la santé et de la ville et du ministre de la justice du 28 avril 1995, (un procès-verbal simplifié de constatation de faits d'usages a d'ailleurs été diffusé dans les services de police à cette fin). Ces instructions sont très inégalement appliquées, par exemple à la brigade des stupéfiants de la préfecture de police de Paris, où, dans un grand nombre de cas, les mineurs sont remis à leurs parents après une admonestation. De ce fait, les statistiques d'interpellations pour usage et usage-revente tenues par les parquets sont parfois sensiblement inférieures à celles fournies par les services de police.

Compte tenu de l'extension du trafic et de l'usage de la drogue, les services sont conduits à établir des seuils. Ainsi, les statistiques douanières comptabilisent-elles pour l'essentiel les prises d'une certaine importance auxquelles s'ajoutent quelques affaires en deçà des seuils.

En deuxième lieu, les modes de recueil des données statistiques demeurent insuffisamment harmonisés. Ainsi, pour la gendarmerie, il existe deux modes de recueil sur le terrain qui donnent des résultats différents. Un message spécifique sur chaque affaire permettant un rapprochement judiciaire est transmis au service technique de recherches judiciaires et de documentation et alimente la statistique sur les crimes et délits. Par ailleurs, à la fin de chaque enquête est tenue une statistique accompagnée d'un bulletin d'analyse de procédure. Il est à noter que ces deux systèmes de recueil devraient en principe converger. Pour le ministère de l'intérieur, des disparités sont constatées entre les statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) et celles de la division des études et de la documentation générale de la direction centrale de la police judiciaire.

Enfin, la centralisation des données demeure insuffisante. L'OCRTIS est chargé de centraliser les données des services de police, de gendarmerie et des douanes qui doivent, conformément à l'article 2 du décret du 3 août 1953, l'aviser des interpellations pour infractions à la législation des stupéfiants et des saisies. A partir des informations communiquées, l'OCRTIS traite les données enregistrées dans le fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) et produit des statistiques qui font l'objet d'une publication annuelle. Il existe un service de traitement de l'information criminelle (STIC) qui est un dispositif de comptabilisation des infractions commun à la police et à la gendarmerie, mais les douanes n'y participent pas ; les infractions ne sont pas détaillées par type de produits ou de trafic (local, national, international). De même, il n'existe aucun document national faisant état pour tous les services de la destination des saisies (destruction, revente pour utilisation licite, conservation ou livraisons contrôlées). Les données de l'OCRTIS sont détaillées par produit mais, en pratique, si plusieurs produits sont en cause, seul celui considéré comme le plus nocif est comptabilisé. L'héroïne est ainsi préférentiellement prise en compte par rapport au cannabis mais aussi par rapport à la cocaïne. Par ailleurs, les médicaments détournés de leur usage normal ne donnent pas lieu à interpellations.

Au total, plus d'un quart de siècle après la promulgation de la loi du 31 décembre 1970, il n'existe pas encore de recueil de statistiques cohérentes.

B - La Connaissance des produits et des consommations

Sur le plan théorique, hors un rapport demandé en 1993 par la DGLDT à l'INSERM (rapport Tassin) sur « l'état des connaissances neurobiologiques sur les produits de consommation illicite »⁵⁶, il n'existe pas de synthèse accessible. Pourtant, le besoin existe à raison de l'augmentation significative de la consommation de drogues et notamment de cannabis. Sur ce dernier point, l'Académie des sciences, dans le rapport précité, fait ressortir en conclusion que « le contrôle de la nature et des concentrations en THC⁵⁷ des produits qui circulent représente sans aucun doute une urgence sanitaire » et « qu'il s'agit là d'un problème qui devrait être traité au niveau de l'Union européenne ».

⁵⁶ Classés en trois catégories : stimulants (cocaïne et amphétamines) - opiacés (morphine et héroïne) - cannabis.

⁵⁷ Tétrahydrocannabinol.

Le besoin de faire le point de la connaissance en matière de drogues a encore été souligné lors des « rencontres nationales sur l'abus de drogue et la toxicomanie » organisées en décembre 1997 par le Secrétariat d'État à la santé⁵⁸.

Encore ce savoir ne doit-il pas rester simplement théorique : sur le plan pratique, la connaissance des produits consommés demeure encore insuffisante.

Si les analyses sont très fréquentes pour les doses d'héroïne et de cocaïne interceptées et permettent de connaître la teneur en principe actif de ces drogues et les produits associés, il n'en va pas de même pour les produits de consommation croissante comme le cannabis ou l'*ecstasy*. L'OCRTIS ne dispose pas actuellement de données concernant la diffusion de variétés de cannabis à forte teneur en THC sur le territoire français, alors même que les rapports scientifiques soulignent que la dangerosité du cannabis est fonction de sa teneur en principe actif. Pour ne s'en tenir qu'à un seul exemple, le rapport de l'Académie des sciences sur les effets du cannabis précise que « son étude n'est valable que pour un cannabis à 3 % de teneur en THC et que la plupart des toxicologues et physiopathologistes s'accordent pour dire que le cannabis à forte teneur en THC peut induire une toxicité générale et comportementale beaucoup plus élevée ».

Pour connaître la consommation, il serait donc nécessaire de disposer d'un « réseau sentinelle » travaillant notamment en liaison étroite avec les services d'urgence des hôpitaux. Cette fonction n'est pas assurée actuellement de façon satisfaisante.

Pourtant, parallèlement au réseau national de santé publique, créé en 1992, un réseau spécifique, celui des centres d'étude et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP), a été mis en place en octobre 1990⁵⁹, afin de répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé concernant l'évaluation du potentiel de dépendance des substances psychoactives et du danger qu'il représente pour la santé publique. Au nombre de six, ces centres couvrent l'ensemble des régions françaises. Mais, jusqu'à présent, les travaux des CEIP ont pour l'essentiel porté sur les déviations d'usage de certains médicaments et le potentiel de dépendance des substances psychoactives et peu sur l'épidémiologie et les produits illicites et ils paraissent n'avoir pas été, sauf exception, diffusés au sein de la communauté scientifique hormis la commission nationale des stupéfiants.

⁵⁸ Dans la bibliographie de base de l'atelier chargé de la recherche, le rapport de l'Académie des sciences n'est pas mentionné.

⁵⁹ Circulaire DPHM 03-09-90-1 du ministère chargé de la santé.

II - L'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)

L'exemple de l'OFDT met en lumière les difficultés rencontrées par l'État pendant de nombreuses années pour faire fonctionner un dispositif opérationnel d'amélioration des connaissances en matière de toxicomanie. Après une mise en place longue et difficile, une organisation pouvant servir directement à l'action publique a fini par être installée. Mais elle fait double emploi avec d'autres organismes et son rôle doit être clarifié.

A - Modalités de mise en place

Le programme d'action du 17 septembre 1985 a décidé « la mise en place d'un groupement d'intérêt public, organisme de recherche et d'enseignement, en matière de toxicomanie ». Cette décision est cependant restée sans suite. Deux ans plus tard, la loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants a créé un "Institut national de l'enseignement, de la recherche, de l'information et de la prévention sur la toxicomanie" sous forme d'un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du Premier ministre. Les textes réglementaires d'application nécessaires n'ayant pas été pris, cet institut n'a jamais vu le jour.

Le plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie du 9 mai 1990 a prévu la mise en place d'un observatoire des drogues et des toxicomanies. Ce n'est toutefois que par arrêté du 5 mars 1993, qu'un « Observatoire national des drogues et des toxicomanies » a été créé, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, pour une durée de six ans avec pour mission :

- l'observation des drogues et toxicomanies, le recueil, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données, ainsi que leur amélioration quantitative et qualitative ;

- le recueil, la diffusion et la valorisation des connaissances et analyses dans tous les champs disciplinaires intéressés par les drogues et les toxicomanies : l'expertise et l'animation de la recherche dans ce domaine.

Le recours en l'espèce à la formule du groupement d'intérêt public présentait, selon ses promoteurs, l'avantage de mettre en commun des données produites ou détenues par différentes administrations, de donner

une autonomie à l'organisme dans sa mission d'observation et de constituer une personne morale distincte de l'État, habilitée à recevoir les subventions européennes

Toutes les activités du GIP, ont cependant été suspendues dès avril 1993. Parmi les raisons expliquant la mise en sommeil de ce GIP dont la dissolution fut même envisagée, on compte les réticences de divers responsables administratifs à admettre l'autonomie de cette structure. L'élaboration de définitions précises, comme le dénombrement des toxicomanes, constitue, il est vrai, un enjeu politique important (notamment l'intégration des drogues licites ou seulement illicites dans le champ d'étude, la question de l'usage simple de cannabis) faisant traditionnellement l'objet d'un affrontement entre le pôle répressif et le pôle sanitaire de l'État. Certains ministères, et notamment celui de l'intérieur, étaient peu disposés à admettre la mise en commun et l'exploitation par d'autres des données qu'ils détiennent, d'autant plus que les ministères sociaux étaient mieux représentés que les ministères répressifs au sein du GIP. Au surplus, la DGLDT, par qui devait transiter l'essentiel des financements du GIP, était placée par décret du 8 avril 1993 sous l'autorité du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et de la ville. De surcroît, le nouveau délégué général à la toxicomanie souhaitait alors assurer directement les missions qu'il était prévu de confier au GIP. Aussi, a-t-il été décidé de « laisser provisoirement de côté », selon l'expression employée par le rapport d'activité pour 1994 de la DGLDT, la formule du groupement d'intérêt public. Mais il restait nécessaire d'assurer les missions de recueil, d'analyse et de diffusion des données ainsi que de coordination des études sur les drogues et toxicomanies. Enfin, il devenait impératif de désigner un organisme français comme correspondant de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, dont la mise en place à Lisbonne était effective au début de 1994.

D'avril 1993 à septembre 1995, cette fonction a été, en conséquence, directement assurée par la délégation générale à la drogue et à la toxicomanie qui a mis en place une cellule interne sans personnalité juridique dénommée « Observatoire français des Drogues et Toxicomanies ». Cette cellule a alors fonctionné au moyen d'un montage financier complexe faisant intervenir l'association « Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances », dite « Toxibase », qui a été utilisée par l'État comme un écran pour recevoir les financements de l'Union européenne. L'association Toxibase a ainsi géré durant cette période des fonds publics pour le compte de l'État, sans aucune autonomie. Elle a embauché des agents recrutés en réalité par la DGLDT et acheté les matériels et logiciels informatiques que celle-ci lui demandait d'acquérir.

A la suite d'observations du contrôleur financier du ministère des affaires sociales sur la régularité de ce dispositif, la décision a été prise de réactiver le GIP lors du comité interministériel du 14 septembre 1995 en lui donnant les « moyens juridiques et matériels de son développement ».

Le 4 octobre 1995, la DGLDT s'est engagée à soutenir financièrement le groupement et à dégager dès 1996 une subvention de 11,5 millions pour assurer son fonctionnement. Parallèlement, la dénomination du GIP a été changée en « Observatoire français des drogues et toxicomanies » et le ministère de l'Éducation nationale y est entré comme membre à part entière. Un conseil scientifique a été mis en place. Le 8 novembre 1995, le premier budget du GIP a été arrêté (13 millions dont 1 de subvention européenne). L'indispensable autonomie du GIP a alors commencé à se concrétiser avec son installation dans des locaux distincts de ceux de la structure interministérielle et l'embauche d'un personnel propre.

Dix ans ont ainsi été nécessaires pour que l'organisme envisagé par le programme d'action du 17 septembre 1985 commence à fonctionner.

B - Relations avec Toxibase

Encore l'organisation existant depuis la fin de 1995 n'apparaît-elle pas satisfaisante. En effet, selon l'article 2 de la convention constitutive du GIP OFDT, celui-ci a en particulier pour objet « le recueil, la diffusion des connaissances et analyses dans tous les champs disciplinaires intéressés par les drogues et toxicomanies ». Or, l'association Toxibase, aux services de laquelle l'État a eu recours de 1993 à 1995, a pour objet la mise en place et le fonctionnement d'un réseau de documentation spécialisé portant sur les pharmacodépendances et, en liaison avec le réseau européen (REITOX), la gestion d'une base de données documentaires qui s'appuie sur des centres coordonnateurs. Celle qu'elle gère est reconnue par les spécialistes et les autorités de tutelle comme performante. La décision de réactiver le GIP a donc abouti à la coexistence de deux entités à même vocation nationale financées l'une et l'autre sur fonds publics.

III - Connaissance scientifique et action publique

Il paraît nécessaire de mieux articuler connaissance scientifique et décision publique. Le lancement de programmes innovants devrait être précédé d'expertises scientifiques qui en établissent l'intérêt. Tel n'a pas toujours été le cas.

LA RECHERCHE SUR L'UTILISATION DES DÉSINFECTANTS

Ainsi, un programme de "réduction des risques" a été lancé en 1992 à Paris par l'institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) pour apprendre aux toxicomanes à désinfecter leurs seringues à l'eau de javel. Des actions du même type sont menées en province et notamment en Moselle. Dans une note de mai 1994, les services de la DGLDT notaient que « l'efficacité de ce programme est contestée par certaines études » et concluaient à la nécessité de procéder à une expertise scientifique quant à son bien-fondé. On peut s'étonner qu'une telle analyse n'ait pas été faite avant le lancement de ce programme.

Dans une note datée de février 1996 sur « les modalités, l'intérêt et les limites de l'utilisation de l'eau de javel et autres désinfectants dans le cadre de la diminution des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse », des chercheurs de l'INSERM ont ainsi dressé une synthèse documentaire internationale⁶⁰ et mis en évidence les incertitudes concernant le degré de concentration nécessaire de l'eau de javel⁶¹. Cette recherche documentaire, réalisée, il est vrai, dans un temps bref, n'a pas permis de trouver des études démontrant l'efficacité de l'eau de javel vis-à-vis des virus des hépatites. Dans une lettre du 11 juin 1996 aux associations menant des programmes de prévention du SIDA et des hépatites auprès des usagers de drogue, la direction générale de la santé et le directeur scientifique de l'IREP ont reconnu en conséquence que le programme « eau de javel » se heurte à « certaines incertitudes désormais clairement posées dans la littérature internationale ». Celles-ci ont trait à l'efficacité de l'eau de javel par rapport au virus des hépatites, aux conditions exactes d'inactivation du VIH et à la bonne observation par les usagers de drogue des règles de désinfection recommandées. Une recherche concernant l'efficacité de l'eau de javel pour l'inactivation du VIH et des hépatites a été confiée à une unité de l'INSERM à l'été 1996, soit deux ans après la note précitée de la DGLDT qui concluait à la nécessité d'une expertise scientifique. Les résultats de cette étude sont en cours de validation.

⁶⁰ INSERM unité 88 F. Lert - J. Emmanuelli.

⁶¹ L'eau de javel utilisée, par exemple, aux États-Unis ayant une concentration bien supérieure à celle usuelle en France.

Les connaissances tant épidémiologiques que scientifiques en matière de toxicomanie demeurent à l'évidence insuffisantes pour fonder l'action publique sur des bases rationnelles. L'État n'a montré pour les établir ni détermination ni persévérance. Le ministère chargé de la recherche n'a guère porté d'attention à ce domaine.

L'affichage des programmes gouvernementaux successifs relatifs au développement des différents domaines de la recherche ne doit pas faire illusion. La procédure des appels d'offre ne masque pas le fait que l'administration n'a pas joué son rôle en la matière.

1 - Les programmes gouvernementaux successifs

Le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie du 2 février 1983 a décidé qu'en liaison avec la mission permanente de lutte contre la toxicomanie, la mission interministérielle de recherche et d'expérimentation (MIRE) élaborait, avec l'aide des grands organismes de recherche, un rapport sur l'état des recherches et notamment du recueil des données statistiques.

Le relevé des décisions prises par le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie le 17 septembre 1985 consacrait cinq de ses trente et une mesures à la recherche : priorité à certaines recherches déjà en cours et détermination de nouveaux axes (cocaïne et SIDA) ; possibilité pour la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) d'initier ou de participer au financement de contrats de recherche ; mise en place d'un groupement d'intérêt public, organisme de recherche et d'enseignement, en matière de toxicomanie ; organisation en décembre 1985 en collaboration avec la direction générale de la santé d'un colloque sur le thème de la « pratique des soins » ; mise en place, sous le contrôle de la MILT, de systèmes d'évaluations de la thérapie par auto-évaluation et étude d'autres méthodes.

Le plan gouvernemental du 9 mai 1990 prévoyait à son tour diverses mesures visant à renforcer les activités de recherche et d'évaluation :

- création d'un observatoire des drogues et des toxicomanies ;
- introduction du paramètre de la protection sociale dans les enquêtes statistiques sanitaires mis en œuvre par l'enquête du SESI à compter de 1993.
- lancement d'appels d'offres pour développer les recherches prospectives et évaluatives dans les sciences biomédicales et les sciences humaines et sociales ;

- recherches sociales sur l'application de la loi de 1970, l'injonction thérapeutique ;
- mise en place d'un comité d'évaluation des politiques d'action contre la drogue ;
- incitation aux chercheurs pour concevoir des moyens techniques efficaces d'investigation et de détection destinés à la recherche de drogues.

Le programme d'action du 14 septembre 1995, reconnaissait la nécessité d'un « effort significatif » en ce domaine, comportait une rubrique consacrée à « l'augmentation des moyens et à la coordination de la recherche ». Il indiquait que le budget consacré à la recherche serait progressivement augmenté, que des appels d'offres permettraient d'orienter les efforts des chercheurs vers la découverte de nouvelles thérapeutiques, de facteurs de risques, de messages préventifs adaptés, etc. Il envisageait, de surcroît, l'édition des travaux dans une collection spécifique et leur diffusion par la documentation française et des revues spécialisées.

Plusieurs de ces mesures ont tardé à être mises en œuvre (mise en place de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies), ou se sont conclues par un échec (suspension en juin 1993 des travaux d'évaluation des politiques contre la drogue et la toxicomanie). La reprise périodique des mêmes objectifs confirme que les intentions ne sont que rarement suivies de réalisation concrète.

2 - Le rôle du ministère de la recherche

Il est difficile de répertorier l'ensemble des chercheurs qui travaillent dans le champ de la toxicomanie car ils consistent des équipes pluridisciplinaires réparties entre plusieurs établissements publics scientifiques et technologiques, essentiellement l'INSERM et deux départements du CNRS, celui des Sciences de l'Homme et de la Société et celui des Sciences de la Vie.

A titre d'exemple, au CNRS, un groupement de recherche intitulé « psychotropes, politique et société » a été constitué, depuis 1993-1994, à l'initiative des chercheurs, pour développer la recherche en sciences sociales sur les psychotropes. Financé pour l'essentiel sur crédits interministériels, il rassemble neuf laboratoires, centres d'études ou instituts de recherche. A l'INSERM, une intercommission « comportements en matière de consommation », notamment en matière de substances psychoactives, créée en 1993, présente des caractéristiques

de pluridisciplinarité s'étendant de la neurobiologie aux sciences humaines.

Les chercheurs spécialisés sont répartis entre plusieurs établissements publics scientifiques et technologiques, essentiellement l'INSERM et deux départements du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) : celui des sciences de l'homme et de la société et celui des sciences de la vie.

Face à cette dispersion, le ministère de la recherche, au sein duquel trois départements différents - biologie, médecine, santé, sciences humaines et sociales, sciences politiques, économiques et de gestion - sont concernés, n'a pas joué de rôle d'impulsion. Ainsi que le notait le rapport de M^{me} Trautmann d'octobre 1989, les recherches menées jusqu'alors avaient été conduites à partir de 1986, à l'initiative du ministère de la santé en liaison avec la MILT sans que le ministère de recherche y ait été associé. De 1991 à 1995, un appel d'offres annuel a été lancé conjointement par le ministère de la recherche et la DGLDT. L'organisation du premier appel d'offres en sciences sociales et humaines a toutefois été confiée à l'association Descartes, créée en 1989 sous l'égide du ministère et subventionnée par lui, qui a constitué le comité scientifique « ad hoc », établi le texte de l'appel d'offres et préparé les dossiers avant de les transmettre aux services du ministère. Cette sous-traitance partielle à une association illustre le rôle passif joué, à l'époque, par le ministère de la recherche.

La procédure des appels d'offres, dont les thèmes et les objectifs sont présentés dans le tableau ci-après, n'associe pas toujours le ministère aux décisions prises.

APPELS D'OFFRE « RECHERCHE »				
Année	Thème et procédure	Objectif	Résultat	Enveloppe financière (millions de francs)
1991	<u>Appel d'offres</u> : apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des drogues et des substances psychoactives.	Structurer les recherches rares et éclatées entre de nombreuses disciplines.	13 projets retenus sur 90 reçus	2,0
1992	<u>Appel d'offres</u> : bases neurobiologiques et psychologiques de la pharmacodépendance.	Mobiliser les chercheurs des deux disciplines. Comprendre les mécanismes de dépendance.	9 projets retenus sur 31 reçus	1,9
1993	<u>Appel d'offres</u> : toxicomanies	Poursuite des travaux de 1992 dans le domaine de la pharmacodépendance avec accent sur la formation de jeunes chercheurs.	8 thèses	0,8
1994	<u>Appel d'offres</u> : neuro-sciences - sciences humaines et sociales - santé publique sur le thème des drogues illicites.	Mobiliser les équipes de neuro-sciences, les épidémiologistes et les équipes de sciences sociales neurobiologie ; recherche clinique, la mise en œuvre des politiques publiques	30 projets retenus sur 78 reçus	6,0
1995	<u>Propositions thématiques</u> : bases neuro et psychobiologiques. Évaluation et recherches cliniques, pharmacologiques et en sciences humaines et sociales sur les produits de substitution.	Poursuite de l'action sur la dépendance. - soutien à l'action d'évaluation des produits de substitution ; - recherches sur les nouvelles formes de dépendance.	crédits reportés en 1996	2,43
1996	Reprise du programme 1995		12 projets retenus	4,6

Il ressort du tableau ci-dessus qu'un grand nombre de travaux ont été retenus. Mais il est difficile de les inscrire dans un plan d'ensemble cohérent.

On peut regretter que n'ait pas été mis en place, au sein de la mission scientifique et technique du ministère de la recherche, une instance chargée d'établir la programmation des recherches en toxicomanie, d'en centraliser les résultats et d'en organiser la diffusion.

Le ministère de la recherche n'est au surplus membre du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie que depuis avril 1996. Cause ou conséquence de cette situation, la recherche n'a été traitée que de façon irrégulière et secondaire dans les comités interministériels tenus depuis 1982. Le ministère de la recherche n'a désigné, pour la première fois, un "chargé de mission" au sein de la structure interministérielle qu'en mars 1997.

La faible implication du ministère de la recherche dans la procédure et l'action interministérielle en ce domaine se traduit également en termes financiers. Ainsi, entre 1990 et 1995, le ministère de la recherche a reçu moins d'1 % des crédits interministériels spécifiques. En 1995, aucun appel d'offres n'a été organisé en raison du contexte budgétaire. La MILDT a décidé en 1996 de financer l'INSERM par la seule voie de l'administration de la santé. Le ministère de la recherche n'a pas participé à l'appel d'offres organisé en 1997 par la MILDT et l'INSERM pour financer des projets sur crédits d'origine interministérielle.

L'inorganisation de la recherche en toxicomanie subsiste aujourd'hui et l'on constate qu'aucun conseil scientifique spécifique n'est institué auprès du ministère chargé de la recherche. Un collège scientifique a été bien mis en place auprès de l'OFDT. Mais le ministère de la recherche n'y est pas représenté en tant que tel. Au surplus, il est permis de se demander si c'est bien auprès d'un GIP qu'il convient de placer le seul conseil scientifique existant en matière de toxicomanie.

Au total, l'État n'a pas défini les axes prioritaires de la recherche en toxicomanie ni mis en place l'organisation appropriée. Pour remédier aux carences constatées, un effort important paraît s'imposer tant dans le domaine de la recherche fondamentale que dans celui des études d'épidémiologie. Cet effort ne peut être exercé qu'au sein des organismes de recherche qui pourraient opportunément se doter à cette fin de programmes à moyen ou long terme, validés par leurs autorités scientifiques, et exécutés par les unités concernées.

Le développement de la recherche en toxicomanie, par nature pluridisciplinaire, constitue un préalable trop longtemps négligé à une action publique efficace. Pour obtenir les éclairages complémentaires indispensables sur ce problème majeur de notre société il convient désormais que le ministère en charge de la recherche s'attache à définir avec méthode une stratégie globale de recherches en ce domaine et à la mettre en œuvre avec persévérance.

PROPOSITIONS

Tel qu'il a été progressivement mis en place entre 1970 et 1983, le dispositif français de lutte contre la toxicomanie repose sur trois éléments essentiels : la "médicalisation" de la toxicomanie voulue par la loi du 31 décembre 1970, les soins l'emportant sur la répression comme en témoigne le système de l'injonction thérapeutique ; la prise en charge des dépenses par l'État ; le recours à une administration de mission, devenue en 1996 la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), chargée du pilotage central.

Cependant, ce fléau social a pris aujourd'hui des proportions inconnues dans les années soixante-dix, sans que la connaissance du phénomène en ait encore pris toute la mesure alors qu'elle est le préalable à une bonne décision publique ; en l'absence d'une politique interministérielle affirmée, malgré la succession de plusieurs plans gouvernementaux, les intervenants se sont multipliés sans cohésion ni fédérateur ; dans ce contexte de plus en plus complexe qui va jusqu'à la confusion, la MILDT, censée tenir la place d'organe pivot, n'a eu, jusqu'ici, qu'un rôle limité de contrôle et d'évaluation.

Or, les crédits globaux que l'État consacre spécifiquement à la lutte contre la toxicomanie dépassent désormais le milliard de francs.

La Cour est ainsi conduite à proposer une série de mesures de nature à faciliter la remise en ordre générale du dispositif ainsi qu'une meilleure utilisation des crédits selon les orientations générales récapitulées ci-dessous. Ces propositions ne semblent pas nécessiter de modifications d'ordre législatif.

I - Mieux cerner la connaissance du phénomène

A - Donner une impulsion nouvelle à la recherche en toxicomanie

Les insuffisances des efforts faits dans ce domaine ont été soulignés par tous les rapports, depuis celui de Mme Trautmann en 1989 jusqu'à ceux du professeur Henrion en 1995 et de l'Académie des sciences en 1997.

La toxicomanie souffre d'avoir fait l'objet de recherches dispersées, financées par des sources multiples, mais sans s'inscrire dans une stratégie définie à l'échelon national.

Pour remédier à ces carences, l'impulsion doit venir désormais du ministère de la recherche, dont l'implication a été particulièrement faible jusqu'à ce jour. C'est à lui que doit incomber la responsabilité de fixer les axes prioritaires de la politique à suivre, en concertation notamment avec le ministère chargé de la santé.

B - Donner sa pleine mesure à l'injonction thérapeutique

La loi du 31 décembre 1970 a posé un principe clair : "toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire" (article L. 355-14 du code de la santé publique). Grâce à l'injonction thérapeutique, le juge a le pouvoir d'ordonner à toute personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants une cure de désintoxication accompagnée d'une surveillance médicale et de réadaptation sociale.

Or, le recours à cette procédure, qui devrait permettre une connaissance en profondeur de la population des toxicomanes, est encore limité et inégalement appliqué sur le territoire.

Les pouvoirs publics doivent convaincre les intervenants tant judiciaires que médicaux d'apporter toute l'attention souhaitable à l'application de ces dispositions fondamentales de la loi du 31 décembre 1970 dans l'ensemble des départements et d'organiser le suivi des injonctions prononcées.

C - Améliorer la formation des intervenants

La formation des intervenants dans la lutte contre la toxicomanie est financée par l'État dans des conditions peu satisfaisantes :

- les subventions accordées aux organismes de formation sont déconcentrées au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), mais avec des retards préjudiciables à la programmation des formations ;

- les formations sur les traitements de substitution destinées aux professionnels de santé sont à la charge de la direction générale de la santé, mais les premières formations n'ont pu être organisées qu'avec retard ;

- des formations sont prévues au titre de la politique de la ville, à l'initiative des collectivités territoriales, dans le cadre des contrats départementaux de prévention, mais à un coût jugé souvent excessif pour des projets imprécis dont les effets ne sont pas évalués.

Ces différents types de formation doivent désormais se développer dans un cadre stable et faire l'objet d'évaluations régulières par le ministère chargé de la santé.

D - Organiser la politique de prévention

La prévention des conduites toxicomaniaques est restée longtemps secondaire par rapport au renforcement du dispositif sanitaire de prise en charge des toxicomanes. En l'absence de réflexion interministérielle, chaque ministère a mené ses propres actions, selon des approches différentes.

Une politique cohérente s'impose sur les objectifs et les méthodes, à la fois pour la prévention générale, afin de répondre aux malaises qui sont à la source des conduites à risque, et pour la prévention spécifique orientée essentiellement vers les enfants et les adolescents.

Un programme gouvernemental d'ensemble sur la prévention assurerait l'unité de conception nécessaire.

II - Clarifier les Rôles respectifs des divers acteurs

Cette clarification s'impose dans les relations entre les acteurs publics, mais aussi à l'échelon des actions de terrain, avec la préoccupation de favoriser, en aval, la réinsertion sociale des toxicomanes.

A - Harmoniser les interventions de l'État et des autres acteurs publics

Les responsables des collectivités décentralisées comme les gestionnaires des organismes de sécurité sociale ont longtemps été réticents à accepter des charges qui incombaient exclusivement à l'État, aux termes de la loi du 31 décembre 1970. Dans la pratique, l'ampleur des conséquences sociales du rapide développement de la toxicomanie, et les contraintes budgétaires de l'État, ont cependant contraint les uns et les autres à intervenir de plus en plus fréquemment.

Une démarche doit donc être aujourd'hui définie pour préciser et mieux articuler le rôle des différents acteurs publics.

Au sommet, un plan national à moyen terme pourrait servir de cadrage général. Il ne peut être arrêté par l'État qu'après une concertation entendue au sens le plus large : d'abord au sein du comité interministériel auquel la MILDT doit présenter ses propositions, mais aussi avec les instances représentatives de collectivités décentralisées, comme l'association des maires et celle des présidents de conseils généraux ou les conseils d'administration des caisses nationales des branches maladie et famille de la sécurité sociale, dont les avis pourraient utilement être recueillis.

Cette planification devrait ensuite être systématiquement déclinée sous la forme de contrats pluriannuels signés par le préfet éclairé par la MILDT, en prenant pour référence, dans la mesure du possible, des blocs de compétence.

1 - Les rôles respectifs de l'État et des collectivités territoriales

Il convient aujourd'hui de préciser la vocation de chaque catégorie de collectivités locales en matière de lutte contre la toxicomanie et de mieux définir les modalités de leurs interventions. Plusieurs des instruments juridiques existant actuellement pourraient opportunément être aménagés à cette fin.

La formule du contrat État-Région constitue l'instrument le plus approprié pour définir *la place des régions* dans la mise en œuvre du plan national. Leur rôle pourrait porter essentiellement sur les équipements (par exemple, centres de soins spécialisés aux toxicomanes, *sleep-in*, "boutiques", maisons de jeunes).

Au niveau des départements, les plans départementaux de prévention pourraient utilement prendre systématiquement la forme d'un contrat avec l'État. Ils permettraient aux préfets d'obtenir la délégation d'enveloppes globales, au titre de la prévention et des actions de formation ou d'information. C'est également à l'échelon du département et par l'instrument contractuel que seraient définies les conditions de fonctionnement des équipements mis en place dans les régions.

C'est dans les "contrats de ville" avec l'État que devraient être prévues les actions d'accueil et de contacts auxquelles *les communes* contribuent (intervention des travailleurs sociaux, points d'écoute).

Si ce dispositif d'ensemble était adopté, avec la souplesse nécessaire, il deviendrait possible de chiffrer le total des crédits locaux de l'espèce, alors que nombre de ces financements ne s'inscrivent pas, à l'heure actuelle, dans le cadre de contrats avec l'État, ce qui interdit toute évaluation fiable.

2 - Les relations entre l'État et les organismes de sécurité sociale

Elles sont précisées d'une manière générale, depuis l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, par des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion. Celles-ci sont donc les structures d'accueil naturelles pour faire agir ensemble l'Etat et les acteurs du système de sécurité sociale contre la toxicomanie.

Les deux principales conventions conclues avec les organismes nationaux du régime général ne font pas une place suffisante à la lutte contre la toxicomanie.

La convention passée entre l'État et la CNAF le 14 mai 1997 pour les années 1997-2000 fait une large place à la politique d'action sociale dont l'un des axes est d'organiser le temps libre des enfants et des adolescents. Une formule innovante, celle des contrats de temps libre en leur faveur, permet aux communes d'organiser ou de développer des actions éducatives ou culturelles. C'est là une forme intéressante de prévention sociale qui, au moins d'une manière dérivée, peut créer un environnement propice à la lutte contre les drogues. L'un des principes posés par la convention est l'action sociale décentralisée. Chaque caisse d'allocations familiales, dans le cadre volontairement large de la convention nationale, peut adapter son action au contexte local pour agir au plus près des familles. Au surplus, la CNAF, par son financement du fonds d'action sociale des travailleurs immigrés et de leurs familles contribue, au moins indirectement, à l'objectif de prévention de la toxicomanie, grâce à la politique d'intégration poursuivie par le fonds. La convention État-CNAF pourrait opportunément être complétée pour encourager et mieux organiser les initiatives des caisses de la branche famille en matière de lutte contre la toxicomanie.

La convention passée entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie du régime général (CNAMTS) a notamment pour objet de clarifier le rôle des différents acteurs. A l'État revient le rôle de définir les orientations générales portant notamment sur les priorités de santé publique. Aux partenaires sociaux appartient le soin de les mettre en œuvre, en concertation avec les professionnels de santé et l'ensemble des responsables de la branche maladie. On ne peut que regretter que la convention signée le 30 avril 1997 soit peu explicite en ce qui concerne la

lutte contre la toxicomanie reconnue pourtant comme l'une des priorités de santé publique. Il reste que ce cadre pourrait permettre d'organiser d'une manière rationnelle les fonctions respectives de l'État et de l'assurance maladie en ce domaine, de manière à éviter de nouvelles dérives soit officielles, sur la base de circulaires ministérielles, soit de fait, comme la Cour l'a constaté.

Dans un souci d'homogénéité, la même démarche contractuelle en matière de toxicomanie pourrait, bien entendu, être étendue aux organismes nationaux des deux autres grands régimes d'assurance maladie (régime agricole et régime des travailleurs indépendants).

B - Coordonner et contrôler les actions de terrain

L'absence de coordination relevée sur le plan national est encore plus manifeste pour les services déconcentrés de l'État, malgré les réformes successives. De ce fait, la délégation d'attribution consentie en faveur du secteur associatif ne s'est pas accompagnée d'une vigilance et d'un contrôle suffisants de la part des pouvoirs publics.

1 - La cohésion des services déconcentrés de l'État

Une circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996 a tenté de réformer une nouvelle fois le dispositif de coordination sur le plan départemental autour du préfet. Sans doute est-il encore trop tôt pour en mesurer les effets, mais les premières constatations de la Juridiction conduisent à préconiser des prises de position nettes pour parvenir à l'efficacité de ces dispositions récentes.

Les préfets sont assistés de chefs de projet. Or, le profil et le niveau hiérarchique de ces responsables sont des plus variés, ce qui nuit à leur autorité. *En règle générale, il semblerait opportun de désigner dans ces fonctions le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales qui aurait en charge de suivre les actions engagées à l'échelon local et d'en rendre compte au préfet.*

Le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie, prévu également par la circulaire, doit être installé dans tous les départements, ce qui n'est pas le cas dans l'immédiat et réunir effectivement l'ensemble des responsables départementaux des services de l'État et des représentants de l'autorité judiciaire.

L'efficacité espérée du nouveau dispositif passe par une mise en œuvre rigoureuse des instructions données par le Premier ministre le 9 juillet 1996.

2 - Le contrôle du secteur associatif

La lutte contre la toxicomanie est marquée, sur le terrain, par la prépondérance du secteur associatif qui gère 70 % des centres du dispositif spécialisé. Cette situation provient de la réaction contre l'inertie du secteur public qui préexistait en 1970 avec le réseau des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques.

Les structures qui prennent en charge le suivi médico-social des toxicomanes ne sont régies par aucun système d'autorisation préalable, si elles ne font pas appel à des concours financiers publics. Mais les directions départementales des affaires sanitaires et sociales conservent les prérogatives de droit commun pour vérifier les conditions d'hygiène et de sécurité des établissements accueillant le public et pour contrôler le respect de la réglementation sur l'exercice de la médecine ou des soins infirmiers. *Les associations sont soumises à ces règles qui doivent être respectées.*

Aucune centralisation des subventions versées n'est organisée à l'administration centrale, pas plus qu'au niveau des services déconcentrés. Ces carences sont d'autant plus préjudiciables que les services centraux appartenant à un même ministère peuvent attribuer des subventions, sans se concerter, à une même association.

Le recours au tissu associatif, doit avoir pour corollaire l'exercice par l'État de ses attributions en matière sanitaire et financière

3 - L'insertion sociale des toxicomanes

Les soins sont inopérants s'ils ne sont pas accompagnés d'une issue sociale. Or, l'insertion sociale des toxicomanes relève soit de mesures spécifiques, pour lesquelles les crédits d'État restent faibles, soit des dispositifs d'insertion de droit commun qui ne réservent pas une place suffisante au phénomène de la toxicomanie, tout particulièrement en matière de RMI. Contrairement à l'opinion exprimée par certaines collectivités territoriales, les toxicomanes, "ce n'est pas l'affaire de l'État" en matière d'insertion.

Les pouvoirs publics se doivent d'assurer l'égalité de traitement entre les toxicomanes et les autres catégories sociales susceptibles de bénéficier du RMI. De la même manière, les fonds départementaux d'aide aux jeunes, pour les toxicomanes de moins de 25 ans qui n'ont pas accès au RMI, restent peu utilisés. Seules, des initiatives ponctuelles pour l'insertion par l'emploi sont prises ici ou là, mais sans impulsion à l'échelon national.

Le logement est l'une des principales difficultés rencontrées par l'ensemble des toxicomanes. Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) devraient jouer un rôle important, mais leur action est inégale selon les départements ; quant aux associations spécialisées, elles se heurtent aux réticences des bailleurs.

Toutes les insuffisances constatées dans l'insertion des toxicomanes rendent nécessaire une concertation étroite entre la direction générale de la santé et la direction de l'action sociale et un renforcement de la coordination entre le dispositif spécialisé de prise en charge sanitaire et le dispositif social de droit commun, par exemple par un travail en réseau.

Les dispositifs d'accompagnement individualisé vers l'emploi doivent faire une place suffisante aux toxicomanes. L'accès des associations accueillant des toxicomanes au fonds de solidarité logement doit être, de même, facilité.

III - Confirmer le rôle de pilotage confié à la MILDT

La nécessaire confirmation du rôle de pilotage central de la MILDT passe par le renforcement de son statut, la délimitation de son champ de compétence et la mise à sa disposition de moyens budgétaires ayant une affectation clairement définie.

A - Le statut de la MILDT

La stabilité de la mission, tant par rapport aux institutions que dans son organisation interne, doit être assurée.

Cette structure interministérielle a été rattachée successivement, depuis sa création en 1982, aux ministères des affaires sociales, de la Justice ou au Premier ministre comme cela est le cas depuis le 24 avril 1996. Cependant, dès lors que les décrets des 11 et 16 juin 1997 prévoient qu'elle est mise à la disposition du ministre de l'emploi et de la solidarité et du secrétaire d'Etat à la santé, des ambiguïtés renaissent. *L'affirmation du caractère interministériel de la mission ne pourrait être que renforcée par son rattachement sans équivoque au Premier ministre.*

L'organisation interne de la MILDT a souffert de la même instabilité chronique : la succession de douze responsables à sa tête depuis 1982 a contribué à l'affaiblir. Le poste a même été laissé vacant de décembre 1995 à avril 1996. *L'autorité de la mission, pour être reconnue, implique une durée raisonnable du mandat de ses dirigeants.*

La mission ne peut actuellement s'appuyer que sur une douzaine de chargés de mission mis à sa disposition par différents ministères. Ils sont investis chacun d'un secteur de compétence. Mais leur position manque de clarté : ils sont portés à être le porte-parole de leur ministère d'origine, ce qui, à l'évidence, est contraire à la fonction interministérielle qu'ils sont supposés assumer. Pour mettre *ses responsables en mesure de jouer pleinement leur rôle, il est nécessaire d'ouvrir à la MILDT un minimum de postes budgétaires du niveau hiérarchique approprié qui seraient pourvus par la voie de détachements et se substitueraient aux mises à disposition actuelles.*

En outre, on relève des lacunes importantes dans plusieurs secteurs qui n'ont pas de responsables permanents ou qui sont insuffisamment couverts (politique de la communication et de l'information, recherche, éducation nationale, notamment).

Enfin, *la mission n'est pas dotée, comme il conviendrait, d'un conseil stratégique regroupant des experts de haut niveau, si bien qu'elle n'est pas en mesure d'exercer de rôle d'évaluation des actions projetées et de conduire avec la hauteur de vues nécessaire la fonction d'impulsion et de coordination qui devrait être la sienne.*

B - Le rôle de la MILDT au plan international

Le rôle de la mission doit être concentré sur la coordination interne, le ministère des affaires étrangères continuant à couvrir l'action internationale. La politique extérieure en matière de toxicomanie ne peut être efficacement définie et conduite que par le ministère des affaires étrangères, en concertation certes avec la MILDT qui lui donne les informations utiles sur la politique nationale. Le dispositif mis en œuvre par ce ministère combine en effet opportunément trois approches : une approche fonctionnelle, qui permet de répartir et de mobiliser l'ensemble de ses services ; la coopération bilatérale, dont le champ est très vaste, et enfin, les actions multilatérales, qui traduisent le soutien de la France au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID).

On rappellera cependant le rôle du SGCI, structure unique dans l'Union européenne, qui assure la synthèse des positions françaises vis-à-vis des autres États membres d'autant que cette dimension est sans doute appelée à l'avenir à prendre une place grandissante. L'objectif de l'Union est en effet de dépasser peu à peu les divergences nationales actuelles en matière de législations pour parvenir à terme à une harmonisation européenne rendue nécessaire par la libre circulation généralisée des personnes et des biens.

C - Les moyens budgétaires de la MILDT

S'agissant de la coordination interne à laquelle la MILDT doit se consacrer, un effort de clarification reste à faire pour mieux définir la vocation des crédits interministériels affectés à la lutte contre la toxicomanie.

Il ne paraît pas opportun que la MILDT se substitue aux administrations compétentes pour remplir les missions qui leur incombent. Encore faut-il que la MILDT soit exactement informée de leurs actions.

En revanche, les crédits interministériels spécifiques alloués à la mission doivent lui permettre de prendre deux sortes d'initiatives :

- *en premier lieu, engager et évaluer des actions expérimentales* exactement définies au préalable, après consultation du conseil stratégique à mettre en place. La MILDT serait alors en mesure de donner l'élan initial pendant une période brève (par exemple de deux ans) à des actions nouvelles qui, sans son concours, n'auraient pas pu prendre corps.

- *en second lieu, et surtout, promouvoir la coopération entre les acteurs publics* dont les interventions souffrent d'être seulement juxtaposées. La MILDT choisirait les domaines d'action pour lesquels une telle coopération lui apparaîtrait indispensable et amènerait les acteurs publics concernés à agir de concert par l'octroi de crédits alloués à cette fin.

Les actions d'impulsion et de coordination impliquent la possibilité pour la MILDT de mobiliser les moyens d'un fonds d'intervention dont les actuels crédits interministériels spécifiques constituent l'amorce. La MILDT en assurerait la gestion, étant entendu que les bénéficiaires tiendraient de leur côté un compte d'emploi pour permettre le contrôle et l'évaluation ultérieurs des actions entreprises.

La MILDT disposerait ainsi d'un levier pour accompagner l'évolution de la lutte contre la toxicomanie, ce qui n'exclurait pas des efforts des ministères pour mieux évaluer l'efficacité de leurs interventions dans leur propre domaine et en rendre compte à la mission. Le ministère en charge de la santé pourrait à cette fin solliciter l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) créée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

D'une manière plus générale, l'efficacité des actions menées par les divers intervenants participant à la lutte contre la toxicomanie implique un travail en réseau dont, en l'espèce, la MILDT doit être la tête. Un échange d'informations réciproques entre la mission, les diverses délégations interministérielles (celles à la ville et à l'insertion des jeunes, notamment), les services centraux et déconcentrés de l'État, les collectivités décentralisées et le secteur associatif permettrait de mettre en commun le savoir, les expériences, les résultats obtenus.

- A - BUDGET 1996
Répartition des crédits du chapitre 47-16 "Action interministérielle" entre les budgets des ministères

Ministères	Chapitres	Crédits Répartis	Intitulés des chapitres budgétaires	Total
Affaires étrangères	42-10	4 552 000	Action culturelle et aide au développement	6 052 000
	42-32	1 500 000	Participation de la France à des dépenses internationales (contributions bénévoles)	
Coopération	42-23	2 000 000	Actions de coopération pour le développement	2 000 000
Aménagement du territoire, ville et intégration	46-60	24 000 000	Interventions en faveur de la politique de la ville et du développement social urbain	63 910 000
	47-15	39 910 000	Programmes et dispositifs de prévention et de lutte contre la toxicomanie	
Education nationale, enseignement supérieur et recherche	36-70	9 970 000	Etablissements scolaires et de formation - Dépenses pédagogiques	12 060 000
	37-70	2 000 000	Formation continue des personnels	
	43-80	90 000	Interventions diverses	
Intérieur et décentralisation	31-98	370 000	Autres agents non titulaires - Rémunérations et vacations	18 948 000
	34-41	16 844 000	Police nationale - Moyens de fonctionnement	
	57-60	1 734 000	Informatique, télématique et transmissions - Dépenses d'équipement	

Ministères	Chapitres	Crédits Répartis	Intitulés des chapitres budgétaires	Total
Jeunesse et sports	34-98	330 000	Moyens de fonctionnement des services	17 200 000
	36-91	400 000	Subventions aux établissements publics	
	43-90	16 370 000	Jeunesse et vie associative	
	43-91	100 000	Sports de haut niveau et développement de la pratique sportive	
Justice	31-96	2 500 000	Autres rémunérations principales	18 400 000
	34-98	1 360 000	Moyens de fonctionnement des services - Formation	
	37-92	125 000	Fonctionnement des juridictions	
	37-98	5 271 000	Services pénitentiaires - Moyens de fonctionnement	
	46-01	9 144 000	Subventions et interventions diverses	
Budget (Douanes)	34-95	200 000	Dépenses d'informatique et de télématique	17 500 000
	34-98	10 350 000	Matériel et fonctionnement courant	
	57-90	6 950 000	Equipement des services	

Ministères	Chapitres	Crédits Répartis	Intitulés des chapitres budgétaires	Total
Travail et affaires sociales	33-90	2 000 000	Cotisations sociales - Part de l'État	65 600 000
	36-81	8 200 000	Etablissements nationaux à caractère sanitaire	
	37-13	11 500 000	Services des affaires sanitaires et sociales - Dépenses diverses	
	43-03	900 000	Programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations	
	47-11	5 000 000	Fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale (FFPPS) et insertion des jeunes	
	47-15	38 000 000	Programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie	
Défense	34-02	700 000	Autres services communs - Entretien et achats de matériels - Fonctionnement et entretien immobilier	8 800 000
	34-06	2 100 000	Gendarmerie - Fonctionnement	
	53-70	6 000 000	Fabrications - Services communs - Gendarmerie	
Equipement, logement, transports, tourisme	34-96	20 000	Gens de mer - Subvention à l'Etablissement national des invalides de la marine	20 000
Industrie, postes et télécommunications	34-96	10 000	Moyens de fonctionnement des services	10 000
TOTAL				230 500 000

- B - BUDGET 1997

**Répartition des crédits du chapitre 47.01 « Action Interministérielle
 de la lutte contre la toxicomanie » entre les budgets des ministères**

Ministères	Chapitres	Intitulés des chapitres budgétaires	Crédits répartis	Total en Francs
Affaires étrangères	39-90	Frais de déplacement	120 000	
	42-10	Action culturelle et aide au développement	4 140 000	
	42-32	Contribution de la France à des dépenses internationales (contribution volontaire)	2 000 000	6 260 000
Coopération	42-23	Coopération technique	2 000 000	2 000 000
Aménagement du territoire, ville et intégration	46-60	Interventions en faveur de la politique de la ville et du développement social urbain	36 600 000	
	47-15	Programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie	39 469 395	76 069 395
Education nationale, enseignement supérieur et recherche	36-70	Etablissements scolaires et de formation. Dépenses pédagogiques et subventions de fonctionnement	10 000 000	
	37-70	Formation continue du personnel	1 400 000	
	43-80	Interventions diverses	20 000	
	66-21	Centre national de la recherche scientifique (CNRS)	2 100 000	
	66-50	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	2 500 000	16 020 000

Ministères	Chapitres	Intitulés des chapitres budgétaires	Crédits répartis	Total en Francs
Industrie, poste et télécommunications	34-96	Moyens de fonctionnement des services	30 000	30 000
Intérieur	31-98	Autres agents non titulaires. Rémunérations et vacations	660 000	
	34-41	Police nationale. Moyens de fonctionnement	17 006 186	
	57-60	Informatique, bureautique et télématique. Dépenses d'équipement	1 066 000	
Jeunesse et sports	43-90	Jeunesse et vie associative	9 300 000	
	43-91	Sport de haut niveau et développement de la pratique sportive.	850 000	10 150 000
Justice	31-96	Autres rémunérations principales	2 500 000	
	34-98	Matériel et fonctionnement courant	950 000	
	37-92	Fonctionnement des juridictions	630 000	
	37-98	Services de l'administration pénitentiaire, Moyens de fonctionnement	4 950 000	
	46-01	Subventions et interventions diverses	9 430 395	18 460 395

Ministères	Chapitres	Intitulés des chapitres budgétaires	Crédits répartis	Total en Francs
Services financiers (douanes)	34-98	Matériel et fonctionnement courant	10 117 186	
	57-90	Équipement des services	8 120 000	18 237 186
Travail et affaires sociales	33-90	Cotisation sociales. Part de l'État	1 500 000	
	34-94	Études générales	500 000	
	36-81	Établissements nationaux à caractère sanitaire	3 600 000	
	37-13	Services des affaires sanitaires et sociales. Dépenses diverses	12 000 000	
	43-03	Fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale (FFPPS) et insertion des jeunes	1 300 000	
	47-15	Programmes et dispositifs de lutte contre la toxicomanie	34 780 000	
	66-11	Subventions d'équipement sanitaire	40 000	53 720 000
Défense	34-02	SSA-DRM-EMA/OIA-SEA. Entretien et achats de matériels. Fonctionnement et entretien immobilier	700 000	
	34-06	Gendarmerie - Fonctionnement	2 060 000	
	53-70	Fabrications - Services communs - Gendarmerie	8 284 790	11 044 790
TOTAL				230 723 952 (1)

(1) Un fonds de concours est venu abonder de 0,2 millions de francs les crédits interministériels votés, soit 230,5 millions de francs (tableau A)

- C - Répartition finale par thèmes d'actions et par ministères des crédits interministériels pour 1997

Ministère	Thème	Recherche Evaluation Observation	Formation	Infor- mation	Prévention	Soins d'insertion	Répression	Communi- cation	Action internationale	Total	%
Emploi et solidarité		4,1			31,54	30,68				66,32	28,74
Justice			2,75			15,07	0,6			18,42	7,98
Education nationale Recherche et technologie		4,9			11,1					16	6,94
Jeunesse et sports			0,3		9,7					10	4,33
Economie, finances industrie		0,42	1,4		0,68		12,75	0,27	0,97	16,49	7,15
Intérieur		0,3	0,55		1,85		14,43		1,84	19,07	8,27
Défense		3,15			0,35		7,55			11,05	4,79
Affaires étrangères									6	6	2,60
Coopération									2	2	0,87
MILDT		13,2	1	10,1	19,7	16,56	0,04	4,13	0,64	65,37	28,33
TOTAL		26,07	6,1	10,1	74,92	62,31	35,77	4,4	11,45	230,72	100
%		11,30	2,65	4,38	32,47	27	15,33	1,91	4,96	100	

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APETOX	Enquête sur les conduites d'appétence par les toxiques
APM	Assistance publique de Marseille
AMPD	Association marseillaise de prévention de la délinquance
AMPT	Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies
ANAES	Agence nationale d'amélioration et d'évaluation en santé
CCPD	Comités communaux de prévention de la délinquance
CDLT	Comités départementaux de lutte contre la toxicomanie
CDPD	Comités départementaux de prévention de la délinquance
CEIP	Centre d'étude et d'information sur les pharmacodépendance
CELAD	Comité européen de lutte anti drogue
CES	Comités d'environnement social
CFES	Centre français d'éducation pour la santé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte anti drogue et la toxicomanie pour la Caraïbe
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS salariés	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSST	Centres de soins spécialisés pour toxicomanes
DAS	Direction de l'action sociale
DDASS	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
DG	Direction générale
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DH	Direction des hôpitaux
DIJ	Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DPHM	Direction de la pharmacie
DRASS	Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
EPITOX	Enquête d'épidémiologie des toxicomanies
EUROPOL	Office européen de police
FAS	Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs famille
FEDER	Fonds européen pour le développement régional
FFPS	Fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants
FRAD	Formateurs relais anti drogue
GIP	Groupement d'intérêt public
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTERPOLE	Organisation internationale de police criminelle

IREP	Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LFI	Loi de finance initiale
MIRE	Mission interministérielle de recherche et d'expérimentation
MF	Millions de francs
MILAD	Mission de liaison anti drogue
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MILT	Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEA	Organisation des Etats américains
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAIO	Permanence d'accueil d'information et d'orientation
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues
QIS	Quartier intermédiaire sortant
REITOX	Réseau européen d'information sur la toxicomanie
RMI	revenu minimum d'insertion
SAJED	Association le service d'aide aux jeunes en difficulté
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information

SGCI	Secrétariat général du Comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information Shengen
SMPR	Service médico-psychologique régional
SOS DI	Association SOS drogue international
STIC	Service de traitement de l'information criminelle
SRPJ	Service régional de la police judiciaire
TGI	Tribunal de grande instance
THC	Tétrahydrocannabinol
TOXIBASE	Association réseau national de documentation sur les pharmacodépendances
UCSA	Unités de consultation et de soins ambulatoires
UFR	Unité de formation et de recherche
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	Zones d'éducation prioritaire

**REPONSES DES ADMINISTRATIONS,
COLLECTIVITÉS
ET ORGANISMES INTÉRESSÉS**

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Les crédits spécifiques

Il est indiqué que les crédits interministériels « sont malaisés à isoler en exécution budgétaire ».

La direction générale de la santé et la direction de l'action sociale adressent chaque année à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) un rapport d'activité et un compte rendu sur l'utilisation des crédits MILDT qui ont abondé leurs chapitres au niveau des articles respectifs destinés à la lutte contre la toxicomanie.

En outre, cette répartition est demandée par les parlementaires dans le cadre des questionnaires budgétaires remplis chaque année par le ministère pour ce qui est de l'exécution des dépenses.

Structure du dispositif

La Cour fait une présentation historique du dispositif en citant tout d'abord les deux circulaires Boulin de 1972, puis en indiquant que « c'est le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 qui a créé les "centres spécialisés de soins aux toxicomanes" » (CSST).

Or cette présentation est source de confusion. Le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 n'a pas créé de structures nouvelles mais institutionnalisé des structures de soins en ambulatoire ou avec hébergement collectif déjà existantes depuis plusieurs années sur la base notamment des dispositions émises par les circulaires Boulin.

Il est indiqué qu'il « existait 184 CSST conventionnés à la fin de 1996 ». Cette affirmation est erronée.

A la fin de l'année 1996, le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes disposait de 214 centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire (comprenant 30 permanences d'accueil) et de 54 centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif. L'ensemble des structures avec hébergement hors familles d'accueil (établissements post-cures ; appartements thérapeutiques-relais ; hébergement de transition ou d'urgence) regroupait 1 367 places d'hébergement.

La Cour indique que « la dépendance à l'égard du tissu associatif limite la capacité d'initiative de l'Etat ». Cette affirmation doit être relativisée.

Si l'Etat a confié le développement d'actions de suivi et de prise en charge au secteur associatif, il n'en a pas pour autant perdu sa capacité d'initiative, les crédits étant attribués en fonction de priorités gouvernementales (politique de réduction des risques et politique de substitution).

Module de gestion

La Cour indique que « l'adaptation du dispositif aux besoins locaux est d'autant plus difficile que sa gestion reste centralisée, bien que les crédits soient déconcentrés à l'échelon départemental ».

Cette affirmation doit être relativisée.

Les orientations du plan gouvernemental du 21 septembre 1993 confirmées par celui du 15 septembre 1995 ont été relayées chaque année par des circulaires d'appel à projets adressées aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). En fonction des crédits disponibles, la DGS n'octroie des financements qu'aux projets présentés par les DDASS, dans l'ordre de priorité proposé.

Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Une étude sur les « réseaux toxicomanie-ville-hôpital » est réalisée depuis 1995 à l'initiative de la DGS auprès de tous les acteurs formant le réseau : médecins généralistes, services hospitaliers et centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Cette étude est reconduite en 1998.

Elle confirme l'engagement des médecins dans la prise en charge des patients toxicomanes et l'intérêt pour eux d'utiliser les différentes composantes du réseau : médicale, hospitalière, spécialisée et sociale.

Elle met en évidence un accès plus précoce aux soins et surtout l'importante attente des patients, comme des soignants, des traitements de substitution prescrits en ville.

Elle démontre, enfin, que la fidélisation ou encore la création d'un contrat avec ces patients, souvent décrits comme nomades et très instables, est possible même pendant une certaine durée.

La méthadone

Le constat d'une « couverture territoriale inégale quant à l'implantation des centres spécialisés de soins aux toxicomanes développant une prise en charge avec traitement de substitution « méthadone » doit être relativisé.

En 1997, les mesures nouvelles ont permis de continuer le financement de la médicalisation ou de la création de nouveaux centres de soins qui souhaitent délivrer des traitements méthadone.

Désormais, 137 centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire répartis dans 79 départements développent une activité de prise en charge avec traitement par la méthadone.

Beaucoup de départements semi-ruraux ne demandent pas de création de centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Un travail en réseaux entre médecins généralistes ayant recours au traitement par Subutex, travailleurs sociaux et hôpitaux généralistes, paraît plus adapté.

Les actions financées par la direction de l'action sociale

Les objectifs prévus par le plan gouvernemental de 1995 concernant la création de 25 points écoute ont été largement dépassés, notamment grâce aux participations financières des collectivités territoriales.

Le dispositif comprend désormais 75 points écoute.

La délégation d'attributions à des associations ; les conséquences du rôle déterminant des associations

La Cour indique que « la tendance à diversification des activités peut provoquer une « fuite en avant », préjudiciable au bon déroulement de l'activité initiale » et que « le plus souvent, les pouvoirs publics rencontrent des difficultés quand ils demandent à ces structures de définir des indicateurs de suivi des résultats, qu'elles assimilent à un contrôle tatillon ».

Pour ce qui est des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Au vu de la diversification croissante des modalités de prise en charge développées par un même centre de soins et afin d'obtenir des informations classifiées permettant une lecture simple au niveau quantitatif, ont été élaborés en 1997 et diffusés en 1998 un rapport d'activité type standardisé des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire (et permanences d'accueil) et un rapport d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif (centre thérapeutique résidentiel et centre thérapeutique communautaire).

L'objectif de ces rapports d'activité type standardisés est d'appréhender le nombre de patients et la nature des difficultés qui les amènent à consulter, le volume de l'activité de centres spécialisés de soins aux toxicomanes sur un plan quantitatif sans que ce rapport d'activité permette, à lui seul, de porter un jugement sur la qualité des

prestations offertes et des résultats obtenus. Néanmoins, celui-ci, rapproché d'autres données, pourra se révéler être un outil d'aide à une connaissance plus qualitative de ces centres et un outil d'aide à la décision par l'autorité de tutelle dans le département en ce qui concerne l'adaptation du dispositif aux besoins locaux.

Pour ce qui est des points écoute :

Une évaluation du dispositif points écoute est prévue au second semestre 1998. L'appel d'offres est déjà lancé par l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie à la demande de la DGS et de la DAS.

Gestion des crédits interministériels

La Cour relève « la notification tardive aux DDASS des crédits de vacation et de fonctionnement répartis pour le dispositif d'injonction thérapeutique ».

La procédure même de l'injonction thérapeutique relève d'une décision de justice. Comme le souligne la Cour, cette procédure est d'application limitée et inégalement répartie pour l'ensemble des départements. Le volume exact des crédits à déléguer à ce titre est, par nature, imprévisible. C'est pour ces raisons que certaines DDASS (cf. p. 59) ont pu être délégataires de crédits, sur la base des consommations relevées les années précédentes, qui se sont avérés sans objet en fin d'années.

Dépendant directement des délais de répartition des crédits interministériels aux ministères utilisateurs, la date de délégation des crédits doit également tenir compte du caractère évolutif des mesures d'injonction thérapeutique prononcées :

- une délégation trop précoce risque d'aggraver le dysfonctionnement relevé ci-dessus : l'administration centrale serait, en effet, dans l'obligation de déléguer ces crédits sans avoir aucune indication sur les prévisions de consommation dans l'année ;

- une délégation trop tardive gêne le suivi de ces injonctions dans les DDASS. En diminution régulière depuis des années et faisant souvent l'objet des régulations budgétaires, les moyens de fonctionnement des services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité ne peuvent plus assurer l'indispensable avance de trésorerie qui permettrait une gestion optimale des crédits par délégation au vu des consommations réelles.

Les rapports annuels d'activité demandés au DDASS par la DGS et le déploiement d'un système d'information comptable, analytique et budgétaire (GLB) dans les services déconcentrés, en cours d'achèvement au premier semestre 1998, permettront d'affiner les prévisions de délégation et, le cas échéant, d'envisager plus tôt dans l'année les remontées de crédits sans emploi.

Par ailleurs, comme le souligne la Cour, les dérives relevées en matière de gestion des crédits budgétaires interministériels et des effectifs du ministère, en particulier la mise à disposition de l'administration centrale de personnels par les services déconcentrés, sont en voie de règlement définitif.

REPOSE DU MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE

Dans ses observations portant sur l'action du ministère de l'éducation nationale dans la prévention globale des conduites toxicomaniaques, la Cour constate que l'éducation nationale est restée longtemps réticente à reconnaître l'existence de problèmes de toxicomanie en milieu scolaire.

Elle rappelle que les actions de l'éducation nationale s'inscrivent dans une approche globale des situations de mal-être dont la toxicomanie n'est que l'un des symptômes.

La Cour relève que la question revêt une importance variable dans les programmes selon les niveaux et les filières, que la participation des services de santé scolaire apparaît inégale selon les départements et les établissements, enfin qu'une évaluation méthodique des actions conduites serait souhaitable.

Dans ces observations portant sur le rôle du ministère de la recherche dans la connaissance scientifique et l'action publique, la Cour note que leur dispersion empêche que soient répertoriés l'ensemble des chercheurs qui travaillent dans le champ de la toxicomanie et que le ministère de la recherche n'a pas joué le rôle d'impulsion qui lui revient. Elle constate en outre la faible implication de la recherche en termes financiers.

I. L'action du ministère de l'éducation nationale

S'il est vrai que pendant longtemps l'institution scolaire a occulté l'existence de problèmes de toxicomanie en son sein, désormais la plupart des chefs d'établissements en sont très conscients et se donnent les moyens d'y répondre.

Le ministère pour sa part mène depuis plusieurs années une politique clairement volontariste en la matière, située sur le plan de la prévention et définie selon les trois axes essentiels : le développement des comités d'environnement social (CES) ; des actions de formation en direction des personnels ; la production d'outils méthodologiques.

Ont ainsi été édités un guide « Repères pour la prévention des conduites à risques » et des cassettes vidéos, « La Lettre de Jean » pour les adultes des établissements et « Tempo Solo » destiné aux collégiens. Un nouvel outil est en cours d'élaboration, il s'agit d'un dépliant sur les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui remplacent désormais les CES. Le guide « Repères pour la prévention des conduites à risques » doit être actualisé.

L'action globale de présentation conduite par l'éducation nationale s'est affirmée, en outre, au cours des trois dernières années par l'instauration d'un lien étroit avec la vie scolaire. Ceci est, pour le ministère, la voie indispensable pour que l'ensemble des personnels de l'établissement scolaire se sentent impliqués dans leur devoir de vigilance envers les élèves.

a) La place de la prévention dans les programmes

1° La définition des programmes

La Cour relève une apparente indétermination de la place faite à la prévention dans les programmes.

La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 place cependant l'enfant au cœur du système éducatif. Elle précise, dans le rapport qui lui est annexé, que la formation des élèves dans le domaine des sciences de la vie, de l'éducation de la santé, de la prévention des agressions et des consommations doit constituer une préoccupation pour des parents d'élèves, l'équipe éducative et les services de santé scolaires.

Pour l'enseignement primaire, la conduite des actions de prévention par les enseignants du cycle d'approfondissement doit s'appuyer sur les programmes. Certains enseignements se prêtent tout particulièrement à l'action de prévention : l'éducation civique, les sciences, l'éducation physique et sportive.

Par ailleurs, le plan de relance pour la santé scolaire présenté le 11 mars 1998 prévoit la généralisation de l'éducation à la santé dans les programmes, de la maternelle au collège. Un groupe de travail devra faire des propositions sur ce point pour la rentrée 1998.

2. La formation des personnels

La Cour observe que le ministre organise depuis 1983 des actions de formation à la prévention pour ses personnels.

La formation des personnels en matière de prévention est aujourd'hui considérée comme une priorité.

Les actions sont conduites dans le cadre du plan national de formation, des plans académiques de formation, ainsi que des universités d'été. Ces différentes manifestations ont donné lieu à des publications.

Par ailleurs, une large part sera désormais accordée à la formation multicatégorielle, c'est-à-dire destinée à l'ensemble des personnels qui entourent les élèves et participent directement à la vie scolaire, dans le plan de relance pour la santé scolaire.

b) Les intervenants

La Cour constate que seulement 18,8 % du nombre total d'établissements publics comportaient un comité d'environnement social (CES) à la fin de l'année 1996 et que tous les établissements classés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ne sont pas encore couverts par ce dispositif.

Il est à souligner que le nombre des CES est passé de 1 871 en 1996 à 2 260 en 1997.

Dans le cadre du plan de relance pour la santé scolaire, les CES deviendront des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Les CESC auront des compétences élargies et leur existence sera généralisée : la création d'un CESC sera obligatoire auprès de chaque établissement.

Une circulaire ayant pour objet la prévention des conduites à risque et les missions des CESC est actuellement en cours de signature. Ce texte sera complété par une circulaire particulière sur la drogue dans les établissements scolaires et donnera des indications précises sur les produits, la loi et la conduite à tenir de la part des équipes éducatives.

En outre, le plan de relance pour la santé scolaire accorde une attention particulière aux écoles et établissements situés en ZEP.

c) L'évaluation des actions

La Cour relève un manque de méthodologie dans l'évaluation des actions menées par l'éducation nationale.

Trois niveaux doivent être considérés en la matière : le bilan des actions menées dans les établissements ; l'évaluation des processus d'actions mis en place ; l'évaluation des effets des actions.

I. Les bilans

Depuis 1995, l'administration centrale du ministère adresse aux académies une enquête annuelle qui comporte des données quantitatives et qualitatives intéressant deux niveaux : d'une part l'organisation du dispositif de prévention académique et départemental, d'autre part l'analyse des actions menées dans les établissements.

Pour répondre à ce questionnaire, les académies ont mis au point elles-mêmes un système d'enquête auprès de leurs établissements et ont élaboré des rapports très structurés. Les académies reçoivent en retour une synthèse nationale. Ce dispositif

demande encore à être affiné, mais il constitue actuellement un instrument de pilotage important.

La plupart des académies ont également mis au point des questionnaires destinés aux établissements qui sollicitent des crédits. Ces questionnaires reprennent les exigences liées à la mise en place des anciens CES, en matière de définition des objectifs, de liaison avec le projet d'établissement, d'association des élèves au projet, de vigilance sur le partenariat.

Les établissements ont été dotés d'un outil d'évaluation qui leur permet de repérer un certain nombre d'indicateurs à partir desquels ils peuvent estimer l'impact de leur action et qui figure dans le guide « Repères pour la prévention des conduites à risques ».

2. L'évaluation des processus

Il s'agit concrètement d'analyser et de faire connaître les démarches de prévention qui ont donné des résultats satisfaisants.

On doit rattacher à cette démarche la parution des « actes » des séminaires académiques.

Ainsi, il convient de souligner le rôle des échanges de pratiques de prévention entre acteurs de terrain au cours d'assises académiques, pour les académies de Lille en décembre 1995, de Paris-Créteil-Versailles en février 1996 et de Lyon en novembre 1996 ; ces assises ont donné lieu à publication de leurs actes.

Les actes relatifs au séminaire qui a eu lieu à Toulouse en décembre 1997 seront édités avec ceux qui seront réalisés à l'issue des séminaires prévus dans les académies d'Amiens et d'Aix-Marseille, au cours du second semestre 1998.

Par ailleurs, une étude permettant de dégager les lignes directrices dans le domaine de l'organisation de la prévention dans les établissements a été commanditée par la direction de l'enseignement scolaire; cette étude a été réalisée par M. Robert Ballion; sociologue à l'Ecole des hautes études en sciences sociales, en décembre 1997.

Une évaluation a été réalisée par la SOFRES (auprès d'enseignements, de non-enseignants et d'élèves de collège) de la cassette vidéo « Tempo Solo ». Parallèlement, une étude d'impact de cette même cassette est en cours auprès des chefs d'établissement de certaines académies, cette étude est pilotée par l'Institut national de recherche pédagogique et l'université Paris-X.

3 - L'évaluation des effets

Il s'agit du domaine le plus difficile et le plus délicat à explorer puisqu'il touche au comportement des élèves.

Des indications précieuses sont attendues du travail de recherche qu'a entrepris une équipe de l'INSERM, dirigée par Mme Marie Choquet, sur « l'évaluation d'un programme de prévention primaire en milieu scolaire » dans la ville de Saint-Herblain, à partir d'un programme qui a été développé pendant cinq ans au sein des établissements scolaires de la commune.

II. – LE RÔLE DU MINISTÈRE DE LA RECHERCHE

L'enquête de la Cour sur le dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie dénonce une certaine faiblesse de la recherche en ce domaine. Cette appréciation n'est malheureusement pas infondée, notamment en ce qui concerne l'évaluation en continu de l'efficacité des dispositifs de prévention et de traitement. L'insuffisante mobilisation des milieux de la recherche en France se traduit, autant qu'elle en découle, par la faiblesse du nombre de chercheurs engagés dans cette spécialité.

Il faut souligner néanmoins qu'un projet de recherche relativement ambitieux, d'un montant de 32 MF (TTC), aidé à 50 % à partir du Fonds de la recherche et de la technologie, mené par une entreprise industrielle, a été lancé fin 1997 sur le thème du traitement des effets de l'overdose. Ces travaux, qui devraient conduire à des résultats brevetables, en sont encore au stade de la confidentialité.

En outre, dans le cadre des actions concertées qu'il lancera en 1999 dans le domaine des sciences sociales et dans celui des sciences de la vie, le ministère accordera une attention vigilante aux questions liées au thème de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Des projets de recherche concernant la drogue et la toxicomanie trouveront nécessairement place dans les thèmes d'ores et déjà retenus : les sciences cognitives, la cité, le travail. Il est à préciser que d'autres thèmes seront prochainement définis. Des appels d'offres seront formulés de manière à encourager un nombre plus grand de chercheurs à orienter leurs travaux vers ce phénomène de société majeur qu'est la toxicomanie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Le ministère des affaires étrangères souscrit à l'appréciation de la haute juridiction selon laquelle « le rôle de la MILDT doit être concentré sur la coordination interne, le ministère des affaires étrangères continuant à couvrir l'action internationale » (section « proposition », III, B). Comme le relève la Cour « le dispositif mis en œuvre par ce ministère combine en effet opportunément trois approches : une approche fonctionnelle, qui permet de répartir et de mobiliser l'ensemble de ses services ; la coopération bilatérale, dont le champ est très vaste, et enfin, les actions multilatérales, qui traduisent le soutien de la France au programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (PNU-CID) ».

La coopération menée avec certains pays dans la lutte contre la drogue ne peut en effet être considérée indépendamment des autres aspects de nos relations bilatérales. Elle s'inscrit ainsi dans la définition générale des priorités de notre action diplomatique. Les besoins de certains pays ne correspondent pas nécessairement aux priorités de la lutte contre la drogue et la toxicomanie telle qu'elle est menée en France, autour des trois axes déterminés pour le plan triennal (prévention, réduction des risques, alternatives à l'incarcération).

Ainsi les actions du ministère des affaires étrangères, qui sont menées notamment en Amérique du Sud et au Maghreb, sont elles principalement orientées vers la télédétection satellitaire des cultures illicites, le développement des cultures alternatives et, pour une moindre part, vers la formation en matière de répression de la délinquance liée à la drogue et l'information spécialisée de nos postes et de nos partenaires.

La spécificité de ses moyens tient au réseau des ambassades et des représentations permanentes auprès d'organismes spécialisés (le PNUCID à Vienne), réseau auquel sont rattachés des officiers de police du SCTIP, de l'OCRTIS et des attachés douaniers, de gendarmerie et des magistrats de liaison. La dimension interministérielle est ainsi présente à tout moment. A l'administration centrale, plusieurs ministères (intérieur, économie, défense, justice) ont mis à la disposition de la sous-direction de la sécurité de la direction des affaires stratégiques certains de leurs agents afin d'améliorer la coordination de notre action internationale.

La préparation des échéances multilatérales, telles que les Sommets du G8 ou l'Assemblée générale extraordinaire des Nations unies sur la drogue, au mois de juin 1998, est également l'occasion de veiller à la cohérence du discours de la France et de réaffirmer vis-à-vis de nos partenaires les quelques grands principes qui sous

tendent notre action internationale en matière de drogue (coresponsabilité, solidarité, multilatéralité des aides et des sanctions, respect des droits de l'homme).

Enfin, le ministère des affaires étrangères participe aux travaux du SGCI auquel il appartient d'assurer la coordination des positions prises par la France dans le cadre de l'Union européenne. La direction de la coopération européenne veille en particulier, pour le compte de ce département, à la cohérence des orientations retenues. Son association étroite aux travaux de la MILDT va être encore renforcée par l'affectation à la mission de l'ambassadeur Dasque, précédemment représentant permanent auprès de l'ONU à Vienne. La prise en compte, par le ministère, des priorités intérieures de la France et l'articulation avec notre action internationale devraient ainsi être assurées au mieux.

*RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE
L'INDUSTRIE*

La Cour souligne qu'un suivi précis de l'utilisation des crédits interministériels de lutte contre la drogue et la toxicomanie est difficile mais qu'il serait « vain » d'essayer de les récapituler dans un jaune budgétaire.

La répartition des crédits du chapitre 47-16 « Action interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » est opérée au niveau du chapitre budgétaire et il appartient à chacun des ministères d'engager ces dotations en fonction des programmes présentés en comité permanent de la MILDT.

Les ministères ont ainsi la possibilité d'intégrer cette dotation complémentaire dans le socle de leurs crédits d'intervention. L'absence d'une identification spécifique des crédits toxicomanie dans les budgets des ministères ne peut justifier un refus de mettre à disposition des ministères qui le demandent les crédits nécessaires à la conduite d'une action qui a été définie en relation avec la MILDT.

Pour autant, mes service qui participent chaque année aux travaux du comité permanent de la MILDT ont eu l'occasion de souligner leur souci de voir préciser, outre l'imputation détaillée des crédits accordés par répartition, l'évaluation des politiques menées et les moyens propres dégagés par les différents ministères et organismes pour conduire ces politiques.

Je considère comme indispensable un encadrement précis des modalités d'intervention de la MILDT, afin d'inciter les ministères à intégrer dans leurs budgets le financement d'actions initiées par celle-ci. Le relais par les ministères du financement de ces actions permettrait à la MILDT de conforter ses propres interventions. A ce titre, je souhaite que les ministères s'engagent dans la voie d'une contractualisation avec la MILDT, sur un ou deux exercices, sur des programmes cofinancés, dont ils sont en mesure d'assumer à terme l'intégralité du coût.

Ce dispositif doit permettre à la MILDT de mieux gérer sa dotation budgétaire au profit d'actions spécifiques et non plus du financement pérenne de programmes que les ministères refusent de financer par eux-mêmes, faute d'une identification précise dans leurs crédits des moyens consacrés à la lutte contre la drogue. Un tel dispositif ne peut être compatible avec la fongibilité des crédits toxicomanie dans les budgets d'intervention des ministères et doit conduire ceux-ci à établir des priorités dans les financements d'actions nouvelles au sein de leurs budgets.

Partageant donc les conclusions de la Haute juridiction sur la nécessité d'une clarification de l'utilisation des crédits d'action interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, je considère avec elle qu'il est cependant vain de créer un « jaune budgétaire » sur la lutte contre la drogue et la toxicomanie, à l'appui de la présentation des agrégats budgétaires dans le projet de loi de finances relatif au budget du ministère en charge de la santé.

Par ailleurs, s'agissant de l'action particulière de l'administration des douanes, certaines appréciations de la Cour appellent de ma part les observations suivantes :

L'activité de la douane et des autres services répressifs « répondent à des logiques différentes ; maximiser les saisies à l'entrée du territoire pour la douane, désorganiser les réseaux pour les services de police et de gendarmerie ».

En matière de lutte contre le trafic de stupéfiants, les actions des services répressifs s'inscrivent dans une logique d'ensemble issue de l'application de la loi tenant compte des pouvoirs et des compétences des services concernés, de la coopération développée avec la police et la gendarmerie et de la réalité du terrain.

La douane intervient aussi efficacement à l'intérieur ou à la sortie du territoire.

Les missions de contrôle de la douane s'exercent principalement sur les mouvements de marchandises ou de personnes, à l'entrée du territoire, mais aussi à la circulation sur l'ensemble du territoire. Ainsi, chaque année, des saisies importantes sont également réalisées par la douane, à l'intérieur ainsi qu'à la sortie du territoire.

La douane participe aussi au démantèlement des réseaux de trafiquants.

La douane a la possibilité de mettre en œuvre des livraisons surveillées nationales ou internationales pour remonter les filières de trafiquants. Dans ce cadre, elle agit en collaboration avec la police ou la gendarmerie et également avec les administrations étrangères. Dans les cas de trafic international, la douane a recours à l'AAMI (Assistance administrative mutuelle internationale) pour remonter les filières.

Dans le cas de drogue en transit sur notre territoire, la collaboration peut consister en une simple information du service douanier du pays de destination, et aussi en une livraison surveillée de la marchandise jusqu'au pays de destination. Cependant, ce type d'opération est délicat et lourd à mettre en œuvre, voire impossible dans certains cas (marchandises à destination de pays africains par

exemple), ce qui oblige le plus souvent la douane à saisir la marchandise.

Dans le cas de trafic local, ou lorsqu'on a affaire à des nationaux ou des résidents français, la douane procède également au démantèlement des réseaux en agissant seule (en recourant au ciblage, aux renseignements, aux visites domiciliaires permettant d'appréhender le commanditaire ou le fournisseur de la marchandise, etc.) ou en collaboration étroite avec les services de police ou de gendarmerie. Ces cas de démantèlement ne sont pas rares, mais seuls les plus spectaculaires retiennent l'attention.

Les conclusions de l'enquête de la Cour signalent la réticence de la douane à reconnaître le rôle interministériel de l'OCRTIS et son refus d'appliquer les textes lui conférant ce rôle.

Les saisies douanières qui ne sont pas communiquées systématiquement à l'OCRTIS portent sur des quantités infimes de cannabis découvertes dans des envois postaux (souvent saisies sur inconnu) ou sur des toxicomanes ou usagers occasionnels s'approvisionnant aux Pays-Bas ou dans les pays limitrophes. Si le nombre de saisies est important, les quantités représentant moins de 0,2 % des quantités globales appréhendées.

En outre, il convient de signaler que la communication systématique à l'OCRTIS de toutes les saisies, y compris pour des quantités infimes, représenteraient aujourd'hui le signalement de plus de 25 000 affaires par an contre moins de 1000 en 1970.

Par ailleurs, sur le plan opérationnel, les services douaniers collaborent régulièrement avec l'OCRTIS. Dans ce cadre, la Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED) est, pour la douane, le correspondant privilégié de l'OCRTIS. Les échanges de renseignements s'effectuent à la demande. L'OCRTIS adresse des messages opérationnels pour l'interception d'objectifs par les services douaniers ou pour demander des « ouvertures de frontière », dans le cadre de livraisons contrôlées. La douane, de son côté, associe l'OCRTIS (ou les SRPJ en province) à des opérations de contrôle.

S'agissant des crédits interministériels, la douane s'attache depuis plusieurs années à assurer la cohérence des demandes de crédits et à produire des comptes rendus précis d'utilisation des enveloppes budgétaires qui lui sont octroyées par la MILDT.

REPOSE DU MINISTRE DE LA DEFENSE

1. Le financement des interventions

La Cour observe que la diversité des organismes publics participant à la lutte contre la drogue et la toxicomanie rend difficile l'identification des crédits affectés à cette action.

On peut signaler à cet égard que la défense ne bénéficie que de subventions limitées, au profit du seul service de santé des armées (0,7 MF en 1997 et 0,6 MF prévus en 1998). Ces crédits sont utilisés essentiellement pour la recherche épidémiologique (programmes APETOX, puis EPITOX). Avec la disparition du service national, ces études seront d'ailleurs moins représentatives de la situation d'ensemble de la population.

2. La coordination interministérielle

La Cour juge insuffisante la coordination des différents acteurs publics. Des efforts constants sont cependant déployés en ce sens. Un récent exemple en est offert par la région Antilles-Guyane, où vient d'être créé aux Abymes un bureau de liaison – permanence regroupant la police nationale, les douanes et la gendarmerie.

La Cour attribue à ce manque de collaboration entre la gendarmerie et l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), des incohérences dans les données statistiques publiées par les différents organismes concernés.

La gendarmerie applique pour sa part les dispositions des décrets des 3 août 1953 et 25 janvier 1996 (ce dernier modifiant le code de procédure pénale) et transmet les éléments d'information nécessaires à la direction centrale de la police judiciaire au moyen de bulletins d'analyse de procédure (BAP) établis dès la fin de l'enquête. Elle alimente également le fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS). Toutes ces données contribuent à l'élaboration de la statistique officielle sur la délinquance.

On doit préciser que le comptage s'effectue à partir des faits délictueux et des personnes mises en cause (gardées à vue plus ou moins de 24 heures, laissées libres, écrouées), et non sur la seule interpellation.

Par ailleurs, des messages de police judiciaire (MPJ) alimentent en interne le système de rapprochements judiciaires de la gendarmerie (JUDEX).

La direction centrale de la police judiciaire et la gendarmerie sont ainsi en mesure de dresser dès janvier un bilan statistique complet. De son côté, l'OCRTIS établit au mois de mai son propre bilan, selon les éléments qu'il juge opportun de retenir. Les écarts signalés par la Cour résultent donc selon toute vraisemblance de cette différence d'optique.

3. L'action des services de la défense

L'inventaire dressé par la Cour ne décrit qu'une partie des actions conduites par les services de la défense.

Ainsi, le rapport cite l'action de la gendarmerie dans le cadre du dispositif des formateurs relais anti-drogue (FRAD) mis en place depuis 1990, mais sans en souligner l'ampleur. Ces mesures de prévention ont pourtant concerné 2 600 000 personnes, en particulier dans les établissements scolaires.

De même, la sous-direction des actions sociales de la direction de la fonction militaire et du personnel civil consacre 2,9 MF à la lutte contre les fléaux sociaux (alcoolisme, tabagisme, usage de drogues). Des actions de sensibilisation et de prévention, menées en partenariat avec le service de santé, sont organisées sous forme de conférences d'information, principalement destinées aux appelés et aux élèves des écoles militaires. Des séances d'information ponctuelles (traitant notamment de la prévention du SIDA) sont par ailleurs données aux formations implantées outre-mer et à l'étranger. Des conventions sont conclues avec des associations apportant un soutien thérapeutique aux toxicomanes.

Par ailleurs, l'aptitude à certaines fonctions de sécurité (personnel navigant de l'armée de l'air par exemple) repose sur la recherche systématique par le service de santé des produits toxiques susceptibles d'entraîner des perturbations cliniques dans l'exercice des fonctions.

Enfin, des études sont entreprises visant à proposer des mesures susceptibles de lutter contre la toxicomanie. L'armée de terre a créé à cet effet en 1997 un groupe de travail appelé à prendre en 1998 une dimension interarmées sous l'égide de l'état-major des armées.

REPONSE DE LA MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Concernant les actions de prévention mises en place par les services de la Jeunesse et des Sports, il semblerait opportun qu'une politique de prévention globale puisse être présentée à partir de ses spécificités et de sa démarche.

En conséquence, je vous remercie de bien vouloir faire état des deux remarques suivantes afin de celles-ci puissent figurer dans le rapport définitif.

La première est issue du rapport du Professeur Parquet : « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives » :

S'il est vrai que le concept de prévention globale a pu conduire à des dérives, il convient de reconnaître, selon les termes mêmes du rapport du Professeur Parquet, qu'« un grand nombre d'actions de prévention ne cherchent pas à agir directement sur les comportements de consommation de substances psychoactives (...); Elles cherchent plutôt à diminuer les facteurs de vulnérabilité et à augmenter la puissance des facteurs de protection. Les supports pourront être déterminés en fonction des niveaux d'intervention choisis et n'auront aucun caractère de spécificité. Cette manière de concevoir les choses implique qu'il est effectivement difficile d'évaluer leur impact direct sur les comportements de consommation ; cela ne remet pas en cause leur efficacité, mais rend plus compréhensible le défaut de leur visibilité ».

La seconde résulte des constatations faites par la Cour lors de l'instruction :

Concernant l'évaluation des actions, « le ministère de la Jeunesse et des Sports est, à cet égard, l'un des rares à s'efforcer de dresser systématiquement un bilan à la fois qualitatif et quantitatif des actions menées. Ce ministère recourt également à des enquêtes épidémiologiques locales afin de mieux cibler ses interventions. De même, les responsables de la direction de la Jeunesse ont demandé à des épidémiologistes de l'INSERM d'apprécier les premières expériences d'actions d'éducation à la santé, menées sur les bases de loisirs, avant d'en envisager la généralisation. Cependant, en règle générale, les fiches d'évaluation demeurent succinctes et ne répondent pas aux critères d'une véritable méthodologie d'évaluation ».

**REPOSE DE LA PRESIDENTE DE LA MISSION
INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA
TOXICOMANIE (MILDT)**

La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) tient à souligner qu'elle se félicite des conclusions du rapport de la Cour des comptes, qui confirme son rôle de pilotage central passant par « le renforcement de son statut, la délimitation de son champ de compétence et la mise à sa disposition de moyens budgétaires ayant une affectation clairement définie ». La MILDT ne peut que souligner sa convergence de vue avec la Cour des comptes quant à la nécessité de la stabilité de la mission, tant par rapport aux institutions que dans son organisation interne. Il en est de même pour « l'affirmation du caractère interministériel de la mission (qui) ne pourrait être que renforcée par le rattachement sans équivoque au Premier ministre ».

Il importe toutefois de préciser que le rapport de la Cour des comptes traite essentiellement de l'action de la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT). La MILDT tient à souligner que dès sa création, le 24 avril 1996, elle s'est attachée à corriger certaines pratiques dénoncées par la Cour (emploi de vacataires sur crédits injonctions thérapeutiques, subvention au Patriarche...) tout en portant un effort sur l'interministérialité (préparation du plan triennal, réflexion sur certains thèmes tel celui des soirées rave...).

La MILDT, toutefois, tient essentiellement à réagir, très positivement, aux propositions de la Cour des comptes.

I. – LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE⁶²

A. – Donner une impulsion nouvelle à la recherche en toxicomanie

Au cours de ces dernières années, la DGLDT puis la MILDT ont suscité des travaux de recherche, en particulier avec le ministère de la recherche, l'INSERM et le CNRS, car des procédures d'appels d'offre. Divers champs scientifiques ont été concernés, en particulier les neurosciences, la recherche épidémiologique ainsi que le champ sociologique et anthropologique. La recherche clinique a fait l'objet de quelques travaux mais a, principalement, été soutenue par les programmes hospitaliers de recherche clinique du ministère de la santé. La structuration du milieu s'est faite en prenant appui sur l'intercommission 4 de l'INSERM, le groupe de recherche du CNRS –

⁶²) Les titres retenus sont ceux du chapitre « propositions » du rapport public particulier relatif au dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

psychotropes, politique et société – et l'OFDT. Les fonds interministériels de la mission ont joué un rôle prépondérant dans ces activités de recherche et ont permis, au sein notamment de diverses unités de l'INSERM et du CNRS, de motiver les chercheurs dans le domaine de la toxicomanie. Une plus grande concertation entre la MILDT, le ministère de la recherche et les EPST pour le lancement des appels d'offres est un objectif qui devrait être réalisé dès 1998.

L'évaluation des travaux de recherche et la valorisation des résultats ont été assurées, notamment par des publications scientifiques. Il convient de rappeler que la MILDT soutient la revue « Psychotropes » ainsi que la banque de données documentaires Toxibase. Notons, enfin, que plusieurs séminaires et ateliers méthodologiques ont réuni régulièrement les chercheurs engagés dans ce champ tant au plan français qu'europpéen (groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, OFDT).

B. – Organiser la politique de prévention

Dès le plan gouvernemental de 1995, la DGLDT a souhaité mieux coordonner les actions des différents ministères ayant une compétence en matière de prévention. C'est la raison pour laquelle elle a demandé la constitution d'un groupe de travail présidé par le Professeur Parquet auquel elle a participé et dont elle a suivi l'ensemble des travaux. Les préconisations du rapport, qui est issu de ces travaux, n'ont pas encore fait l'objet de réunions interministérielles. Cependant, la MILDT a veillé à ce que les propositions des ministères pour leur programme annuel et dans le cadre du futur plan triennal s'inscrivent dans les orientations données. Ces dernières enfin ont été exposées au chefs de projets toxicomanie, et retravaillées depuis avec certains d'entre eux lors de déplacements. De prochaines réunions viendront conforter ces premières démarches.

Il s'agit en effet de créer peu à peu les conditions d'un véritable consensus autour de deux objectifs principaux qui font de la prévention un processus où les frontières classiques entre préventions primaire et secondaire s'estompent.

Le premier objectif est bien alors d'éviter que les jeunes ne s'initient à une substance psychoactive et n'entrent dans une consommation d'usage. Cette conduite à risques fait partie de l'ensemble des conduites à risques que peuvent connaître les adolescents et les jeunes. La poursuite de cet objectif nécessite une approche générale, éducative. S'il est vrai que ce concept de prévention générale a pu conduire à des analyses par trop extensives, il convient d'observer que les actions menées par le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports ne cherchent pas à

agir directement sur les comportements de consommation de substances psychoactives. Elles cherchent plutôt à diminuer les facteurs de vulnérabilité et à augmenter la puissance des facteurs de protection. Les supports sont déterminés en fonction des niveaux d'intervention choisis et peuvent n'avoir aucun caractère de spécificité. Cette manière de concevoir les choses implique qu'il est effectivement souvent difficile d'évaluer leur impact direct sur les comportements de consommation. Cela ne remet pas en cause leur efficacité mais rend plus compréhensible le défaut de leur visibilité.

Le deuxième objectif, rendu indispensable par l'évolution même des comportements de consommation, et le nombre de jeunes et de jeunes adultes adoptant ces nouveaux comportements, s'efforce de prévenir le passage d'un comportement d'usage à celui d'abus (ou d'usage nocif) et de dépendance. Dans ce champ-là, les instruments utilisés, s'ils peuvent devenir sanitaires et médicaux et s'inscrire dans une politique de réduction des risques au sens élargi du terme, restent aussi éducatifs et sociaux.

C'est donc autour de ces deux objectifs, dont la validité est reconnue par l'ensemble des partenaires au niveau national comme au niveau européen, que s'élaborent peu à peu des programmes de prévention à l'échelon départemental, considéré comme étant le mieux adapté à la politique de mise en réseau, confiée aux chefs de projet.

La MILDT se propose enfin d'examiner dans les mois à venir avec l'ensemble des ministères les conditions d'une plus grande cohérence dans les formations initiales et continues dispensées aux personnels relevant de leur tutelle.

Des précisions doivent être apportées aux remarques de la Cour des comptes sur « Combat pour la vie ». En effet, les commentaires concernant cette campagne de prévention ne distinguent pas suffisamment la première séquence du programme (1991-1993) et la deuxième (1994-1996). Dès fin 1993, la DGLDT engageait des négociations avec ses partenaires associatifs, avec deux objectifs essentiels : réintroduire les services de l'Etat dans les instances de décision du dispositif et adopter une procédure budgétaire conforme aux normes réglementaires.

Le programme Combat pour la vie, sous sa deuxième forme, a bénéficié d'un contrôle strict de l'emploi des fonds par le FONJEP. La MILDT est ainsi en mesure de dresser un bilan quantitatif des actions dont les dotations ont été arrêtées en 1994 et 1995 et qui se sont déroulées en 1995, 1996 et 1997 et de compléter le bilan qualitatif partiel effectué en juin 1996. La MILDT n'a pas reconduit le programme en 1996, souhaitant donner la priorité à l'élaboration des

schémas départementaux et de projets locaux, sous l'autorité du chef de projet. A cet égard, une enveloppe de 10 MF a été déconcentrée en 1997.

II. – CLARIFIER LES ROLES RESPECTIFS DES DIVERS ACTEURS

L'historique de la structuration du dispositif sanitaire spécialisé fait par la Cour des comptes rappelle comment celui-ci résulte plus d'une coalition de bonnes volontés que d'une approche de santé publique. Le plan de 1993 constitue à ce titre une rupture (utilisation des structures de droit commun) qui représente une adaptation du dispositif sanitaire rendue indispensable par l'émergence des pathologies virales associées. Cette adaptation n'a cependant pas dénaturé la loi de 1970 en maintenant des structures de soins assurant, si besoin était, la gratuité et l'anonymat des usagers traités.

Le dispositif de prise en charge actuel présente ainsi deux entrées, associative ou médicale, relativement étanches malgré l'apport considérable des réseaux de soins. La MILDT s'associe aux conclusions de la Cour quant à la nécessité d'une clarification des relations Etat/organismes de sécurité sociale, tutelles respectives de ces deux types de structures.

Mais le monde associatif et le monde médical sont très différents tant par leur formation initiale, leurs liens hiérarchiques avec les administrations et leurs organisations professionnelles. La MILDT souhaite souligner ces différences « culturelles » et replacer les actions entreprises dans ce contexte.

a) Approche médicale

La principale insuffisance soulignée par la Cour des comptes concerne la formation.

- La formation initiale

L'établissement des programmes des enseignements des études médicales et des autres professions de santé résulte d'une procédure complexe et n'a pas permis de créer un module spécifique sur les dépendances. Cet échec doit être relativisé dans la mesure où le programme des études médicales connaissant une tendance exponentielle, les directeurs d'UFR ont choisi de désigner un enseignant de rang A chargé d'assurer une cohérence aux différents enseignements touchant aux phénomènes de la dépendance. Il s'agit d'une action de rationalisation immédiatement efficace et le plus souvent suffisante.

- Les formations postuniversitaires

Le nombre de médecins touchés peut paraître faible ou insuffisant par rapport au nombre de praticiens en activité. Il convient cependant de le rapprocher du nombre de praticiens effectivement impliqués dans la prise en charge des usagers de drogues (quelques milliers) et de leur fort investissement professionnel personnel.

Le relais assuré par la FMC, dont les axes sont définis par la profession elle-même, constitue un progrès très réel. Tant pour les médecins que pour les pharmaciens, le rôle essentiel des ordres professionnels comme éléments de régulation et d'incitation doit être rappelé.

- Les toxicomanes incarcérés

La Cour des comptes souligne différentes difficultés de coordination des structures de soins en milieu pénitentiaire (antennes, SMPR, UCSA, UPS). Les dysfonctionnements doivent cependant être modulés en fonction d'une réforme structurelle majeure (loi du 18 janvier 1994) dont la majorité des praticiens ont perçu l'intérêt. Cette régulation très fine entre des structures de soins ayant des fonctions proches dépasse les capacités d'une administration de mission et semble plutôt du domaine d'instances de coordination.

b) L'approche associative

Les exemples choisis par la Cour des comptes (SOS drogue international, le Patriarche, SAJED) illustrent trois types de difficultés rencontrées dans les relations Etat-associations.

Ces difficultés résultent avant tout du caractère hétérogène de ces associations. Certaines ont un statut d'ONG, l'une d'entre elles répond plutôt à une logique d'entreprise commerciale, d'autres sont des associations de type « loi 1901 » à gestion parfois approximative malgré l'importance des fonds gérés, liés aux salaires des personnels.

Entre « lobbying », syndicalisme masqué (convention collective) et dépendance réciproque, ces relations apparaissent le plus souvent comme non satisfaisante pour les deux parties. La Cour souligne que les moyens de contrôle de l'Etat sont réels mais essentiellement d'ordre sanitaire et financier.

En accord avec cette conclusion, la MILDT indique que la mise en place d'un cadre contractuel plus précis serait souhaitable pour l'ensemble des associations recevant comme ressources principales des fonds publics.

III. – CONFIRMER LE RÔLE DE PILOTAGE CONFIE À LA MILDT

La Cour des comptes souligne de façon explicite que l'organisation interne de la MILDT a souffert d'une instabilité chronique. La succession de 12 responsables à sa tête depuis 1992 a contribué à l'affaiblir, le poste étant même resté vacant de décembre 1995 à avril 1996. La MILDT ne peut que souscrire à la proposition de la Cour des comptes qui souligne que « l'autorité de la mission pour être reconnue implique une durée raisonnable du mandat de ses dirigeants ».

Lorsque la Cour des comptes propose, pour permettre aux chargés de mission de jouer pleinement leur rôle, « d'ouvrir à la MILDT un minimum de postes budgétaires du niveau hiérarchique approprié pourvus par voie de détachement et se substituant à la mise à disposition », elle avance une solution qui peut réellement permettre une plus grande stabilité de l'équipe des chargés de mission de la MILDT.

La voie de détachement donnerait aux personnes souhaitant venir à la mission en tant que chargés de mission, un meilleur cadre administratif et les rendraient de fait plus autonomes de leurs administrations d'origine. Cela d'ailleurs permettrait même à la MILDT d'être plus attractive, palliant ainsi les « lacunes importantes dans plusieurs secteurs qui n'ont pas de responsables permanents ou qui sont insuffisamment couverts », comme le souligne la Cour des comptes.

La MILDT est également consciente du bien-fondé de la recommandation de la Cour des comptes soulignant tout l'intérêt pour la mission de se doter d'un « conseil stratégique regroupant des experts de haut niveau » lui permettant ainsi « d'exercer le rôle d'évaluation des actions projetées et de conduire avec la hauteur de vue nécessaire la fonction d'impulsion et de coordination qui devrait être la sienne ». La MILDT ne voit que des avantages à mettre en place d'une telle structure qui lui permettrait de « conduire avec la hauteur de vue nécessaire la fonction d'impulsion et de coordination qui devrait être la sienne ».

En ce qui concerne le rôle de la MILDT au plan international, la Cour des comptes souligne que « le rôle de la mission doit être concentré sur la coordination interne, le ministère des affaires étrangères continuant à couvrir l'action internationale ».

La MILDT tient à faire savoir qu'elle est en total désaccord avec cette analyse de la Cour des comptes. En effet, s'il y a un dossier sur lequel l'interministérialité de la MILDT doit prévaloir, c'est bien celui de l'action internationale. Son rôle est essentiel pour permettre une plus

grande cohérence des positions de la France dans les instances internationales et dépasser les clivages institutionnels entre les différents ministères, dont celui des affaires étrangères.

La MILDT peut également offrir une plus grande synergie entre le champ international de réduction de l'offre et celui de réduction de la demande.

Porteuse d'une réflexion collective, elle doit pouvoir être l'élément de synthèse entre les préoccupations des différents ministères, donnant ainsi plus de lisibilité aux positions de la France. De par son rattachement aux services du Premier ministre, elle donne à la position française plus de force, dans la mesure où cette dernière est perçue comme prise au plus haut niveau de l'Etat.

Le rôle de la MILDT au plan international est le seul point de divergence fondamentale avec les conclusions de la Cour des comptes ; une MILDT qui verrait son rôle international ainsi confisqué perdrait une partie importante de sa substance et surtout de sa capacité d'expertise. L'action internationale est en effet de plus en plus présente dans les politiques nationales, notamment dans leurs stratégies de prise en charge des toxicomanes ou de lutte contre le trafic.

La MILDT revendique donc très fortement sa présence et sa compétence sur la coordination de l'action internationale, fidèle en cela à l'interministérialité de la mission qui lui est confiée.

En ce qui concerne les moyens budgétaires de la MILDT, la Cour des comptes souligne que « s'agissant de la coordination interne à laquelle la MILDT doit se consacrer, un effort de clarification reste à faire pour mieux définir la vocation des crédits interministériels ».

La MILDT ne peut qu'adhérer sans réserve à cette proposition dans la mesure où, lors des auditions et des entretiens avec la Cour des comptes, elle a été porteuse de cette proposition qui lui permettrait de passer de l'identité d'administration de gestion à celle d'administration de mission. Cette question a notamment été soulevée lors des conférences budgétaires qui se sont tenues à Bercy en 1997.

La Cour des comptes souligne que les crédits interministériels spécifiques alloués à la Mission doivent lui permettre de : « En premier lieu, engager et évaluer des actions expérimentales exactement définies après consultation du conseil stratégique à mettre en place ». « En second lieu, et surtout, promouvoir la coopération entre les acteurs publics dont les interventions souffrent d'être seulement juxtaposées ».

La MILDT ne doit pas être un énième guichet de financement d'actions ministérielles mais bien le lieu interministériel qui permet d'engager et d'évaluer des actions expérimentales exactement définies au préalable. Une contractualisation sur deux ans des actions entreprises semble être une bonne démarche pour mettre sur les rails une action innovante ; à charge pour le ministre qui la porte de la rendre pérenne s'il le souhaite.

La MILDT ne peut qu'adhérer également pleinement à cette recommandation relative à la nécessaire coopération entre les acteurs publics dont les actions souffrent d'être seulement juxtaposées.

Nous sommes ici au cœur du travail interministériel qui ne réside pas en une addition d'actions portées par les ministres, mais bien par la formulation d'un projet collectif d'actions interministérielles qui se supportent et se complètent les unes les autres, assurant ainsi la cohérence indispensable des projets que l'on souhaite développer ; ce travail en réseau étant, comme le souligne la Cour des comptes, l'élément indispensable qui concourt à cette cohérence.

En conclusion, la MILDT estime qu'elle se trouve confirmée par la Cour des comptes dans son rôle de pilotage central à travers le renforcement de son statut, la délimitation de son champ de compétence et la mise à disposition de moyens budgétaires ayant une affectation clairement définie.

La MILDT tient enfin à réaffirmer que la lutte contre la drogue et la toxicomanie passe par une interministérialité qui assure une action de l'Etat soucieuse de préserver l'équilibre des différents champs qui la composent, c'est-à-dire la prévention, la répression, le soin, la réinsertion et la recherche.

Il est nécessaire de donner à chaque ministère concerné par ces champs une place correspondant à ses missions spécifiques, afin d'éviter tout déséquilibre préjudiciable au dispositif global de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Or, le volet répressif n'est que très peu abordé dans le rapport. L'absence d'un chapitre spécifique nuit à la vision globale de l'interministérialité des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

La MILDT entend rappeler le rôle important que jouent les ministères en charge des services de police, douanes et gendarmerie en matière de lutte contre l'offre (production, fabrication et revente de produits stupéfiants, contrôle des précurseurs et blanchiment), de la demande (actions de prévention) et en matière de coopération internationale (technique et opérationnelle).

C'est de ce nécessaire équilibre que peut s'engager une action forte de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE
LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Les nouveaux acteurs publics

Les organismes de sécurité sociale

L'Etat est effectivement tenu, en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1970 (non codifié) de prendre en charge l'ensemble des dépenses de prévention de la toxicomanie, ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins liées aux cures de désintoxication.

La CNAMTS constate, comme l'indique le rapport, que la ligne de partage est moins nette en pratique, et qu'un report de charge s'opère en direction de l'assurance-maladie.

Les dépenses hospitalières

La CNAMTS reprend à son compte les précisions du rapport.

La médecine ambulatoire

La CNAMTS confirme le fait que, en l'absence de codage exhaustif des spécialités pharmaceutiques, l'évaluation des dépenses exposées au titre des traitements à la méthadone et au subutex repose sur le chiffre d'affaires public de ces deux médicaments, auquel il faut appliquer un taux estimatif de remboursement (le taux normal étant de 65 % mais pouvant atteindre 100 % pour les paiements qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur). Ce calcul permet de minorer le coût de la prise en charge de ces deux médicaments par l'assurance maladie à 307 MF en 1997 (dont 300 MF pour le subutex), en considérant un taux de 65 %, et sans tenir compte des couvertures du ticket modérateur au titre du FNASS.

La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes

Les actions des caisses primaires d'assurance maladie s'opèrent, selon le type de programme, soit sur le budget du fonds national d'action sanitaire et sociale dans le cadre de dotations paramétriques qui leur sont allouées, soit sur le budget de prévention et d'éducation sanitaire (FNPEIS), comme c'est le cas pour le programme de réduction des risques mis en place par la CPAM de Marseille et cité par le rapport.

Les CRAM et les CGSS ont, en revanche, suspendu leurs interventions dans ce domaine en 1992, conformément aux instructions de la CNAMTS à ces organismes, faute de moyens supplémentaires autorisés à ce titre dans le budget du FNASS.

Sur 1995 et 1996, quarante CPAM ont apporté une aide financière aux associations locales de lutte contre la toxicomanie, pour des montants globaux de 1 976 550 F (1995) et 1 678 977 F (1996).

Clarifier les rôles respectifs des divers acteurs

La CNAMTS rejoint la préoccupation du rapport qui souligne l'intérêt d'une discipline plus claire des fonctions respectives de l'Etat et de l'assurance-maladie, par la voie des conventions d'objectifs et de gestion, au-delà de la première clarification des rôles amorcée par la convention signée en avril 1997.

REPOSE DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

En application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 96-344 du 24-4-96, la convention d'objectif et de gestion a été signée par la Caisse nationale des allocations familiales et l'Etat de 14 mai 1997, pour la période 1997-2000.

Les principes de l'action sociale des caisses et leurs domaines d'interventions y sont contractualisés :

- une action sociale familiale, décentralisée, partenariale, évolutive et innovante ;

- des interventions qui s'articulent autour de trois axes : la conciliation entre la vie familiale, la vie professionnelle et la vie sociale et la contribution au développement de l'enfant, le logement et l'environnement social des familles, l'accompagnement et le soutien des familles les plus fragiles.

Dans ce cadre, des développements sont effectivement prévus dans les domaines du temps libre des enfants et des adolescents, du logement et de l'environnement social des familles et du soutien à la fonction parentale.

Cette convention ne traite pas de manière spécifique de la lutte contre la toxicomanie, dans la mesure où ce domaine relève de la compétence de l'Etat et de la branche maladie.

Certaines CAF se sont positionnées sur des actions qui peuvent contribuer à la prévention de la toxicomanie et à l'accompagnement des familles en difficulté en fonction des contextes locaux dans lesquels elles se situent et des décisions de leurs conseils d'administration. La décentralisation des dotations d'action

sociale permet en effet aux caisses de s'adapter au mieux à la diversité des besoins des familles et de l'action des différentes collectivités sur le terrain. Cette décentralisation de l'action sociale familiale des CAF, confortée par l'article 7 de la convention d'objectifs et de gestion, s'exerce dans un cadre de cohérence nationale fixé par les orientations d'action sociale familiale et l'arrêté programme.

Concernant précisément la lutte contre la toxicomanie, l'implication de la branche famille ne saurait s'envisager au-delà d'un soutien ponctuel à certains établissements et services à vocation plus générale financés par les caisses, dans le cadre des partenariats habituels (centres sociaux, travailleurs sociaux, structures d'information des enfants et des familles...).

Ainsi, la CNAF n'estime pas opportun de prévoir, sur cette question, un avenant à la convention d'objectifs et de gestion qui a été signée, il y a un an, avec l'Etat.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)

L'INSERM finance chaque année 35 chercheurs et 45 ingénieurs et techniciens en équivalent temps plein, relevant de 31 laboratoires, pour un montant de 40 MF (HT) dans le domaine de la recherche sur les substances psychotropes (drogues, tabac, alcool). Ces recherches relèvent de différentes disciplines, allant de la neurobiologie à l'épidémiologie et aux sciences sociales et humaines. Il s'agit d'un potentiel qui, certes n'est probablement pas suffisant, mais qui permet la production d'une somme de connaissances non négligeable dont la qualité est garantie par l'évaluation périodique des chercheurs et des unités de recherches par les commissions scientifiques spécialisées de l'INSERM.

L'INSERM, conscient, d'une part de l'éclatement des forces de recherche en France dans ce domaine, d'autre part de la nécessité de développer l'interdisciplinarité dans ce champ de recherches, a proposé en 1993 à ses ministères de tutelle la création d'une instance scientifique statutaire orientée vers les problèmes de comportement de consommation, en particulier dans le champ de la toxicomanie : l'intercommission « Comportements en matière de consommation ».

Cette proposition a été approuvée par les ministères en charge de la recherche et de la santé et l'intercommission a été créée par décret en 1993. Ses membres ont été nommés par les ministères concernés sur proposition de l'INSERM. Afin de poursuivre cette

action, cette instance a été recréée avec des membres nouveaux en 1995 pour 4 ans.

L'intercommission s'est dotée d'un programme sur 4 ans ciblé sur des objectifs précis. Ce programme a été validé par le conseil scientifique de l'INSERM. L'intercommission a mis en œuvre une série d'actions visant à atteindre ces objectifs : colloques et séminaires interdisciplinaires, appels d'offres sur des thèmes ciblés, ouvrages, expertise collective et bilan de connaissances. Elle est aussi à l'initiative d'un projet de cohorte de suivi des comportements de consommation des substances psychoactives. L'ensemble des ces actions ont bénéficié d'un budget total (hors salaires et dotations récurrentes) de 17 MF (HT) depuis 1993.

Son action s'est appuyée sur le développement d'un partenariat avec différents organismes et institutions (CNAMTS, MILDT, MIRE, INRA et CNRS). C'est dans ce cadre qu'a été signé un accord cadre avec la MILDT en 1995 qui a permis le lancement de l'appel d'offres MILDT/INSERM 1997 ouvert aux équipes de recherche de différentes disciplines et appartenant à tous les organismes de recherche et à l'université. Le ministère en charge de la recherche a par ailleurs financé à hauteur de 5 MF (HT) des projets envoyés en réponse à cet appel d'offres ainsi qu'à un précédent appel d'offres CNAMTS/INSERM (1995). Le lancement d'un deuxième appel d'offres bénéficiant de financement de la MILDT est actuellement en discussion conjointement avec le CNRS/SHS.

Il est trop tôt pour faire le bilan du rôle joué par l'intercommission. Néanmoins, le programme qu'elle a élaboré, les actions d'incitation et de coordination qu'elle a déjà menées font reconnaître l'INSERM comme partenaire privilégié des organismes de recherche internationaux dans le domaine de la recherche sur les substances psychoactives. Ainsi en témoigne la collaboration franco-hollandaise qui se met en place, sous l'égide en France de l'INSERM et en Hollande du NWO.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (CFES)

Comme d'autres organismes financés essentiellement sur fonds publics, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est exposé à la tentation d'être utilisé par ses financeurs comme une courroie de transmission et un trésorier. Dans le domaine de la toxicomanie, comme dans d'autres domaines, la direction du CFES s'efforce depuis toujours de faire respecter les missions statutaires du CFES et les procédures qu'impose son règlement intérieur et financier. Bien qu'il puisse en résulter une certaine perte de confiance de la part du financeur et surtout – cela se vérifie dans le secteur de la toxicomanie – une diminution des financements, cette attitude commence à porter ses fruits.

Le recrutement, en novembre 1996, d'un chargé de mission sur la toxicomanie permet du CFES d'être actif et de faire les propositions d'actions et de dépenses qui lui incombent du fait de sa mission d'éducation pour la santé dans le domaine de l'usage des drogues. Nous espérons que le poste de chargé de mission pourra être maintenu.

On peut estimer que le CFES a été mis à contribution pour des dépenses qui peuvent être considérées comme directement imputables à la DGLDT. Néanmoins, cette participation a toujours été assez limitée et respectueuse des missions confiées par l'Etat au CFES : en ce qui concerne le personnel, seul un poste – chargé de l'interface entre les deux structures – a été effectivement financé par le CFES, les autres dépenses de fonctionnement (frais de traiteur) étaient, ou sont, liées au lancement des campagnes ou à des actions de communication institutionnelle de la DGLDT (lettre de la MILDT, papeterie institutionnelle). Pour ce qui est de l'association « Grande Ecoute », son financement passait, en effet, par le CFES, mais cela ne devait être que transitoire et il y a été mis un terme.

Les critiques quant au rôle passif du CFES dans le domaine des campagnes de communication sur la drogue et à l'absence d'évaluation de celles-ci sont excessives sinon injustes. Lorsque des programmes de communication nationaux lui ont été confiés, le CFES, maître d'œuvre de ces opérations, a mobilisé l'ensemble de ses services pour proposer aux comités de pilotage, à la DGLDT et au SID, des études, des stratégies, des actions, des éditions et de la diffusion qui faisaient appel à son savoir-faire en matière de santé publique et de communication. Le délégué général et son adjoint, ainsi que deux chefs de service et leurs collaborateurs ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à la mise en œuvre de la campagne de 1990-1992. L'agence de communication a été choisie après un

appel d'offres validé par le SID et sur la base d'un cahier des charges élaboré par le CFES, les dépenses ont été engagées et visées en interne par le responsable technique du programme (en général, le chef de service de la communication ou celui des études). Elles ont fait l'objet d'un contrôle interne par le chef du service comptable du CFES et d'une certification par le commissaire aux comptes de l'établissement.

Pour ce qui est de l'évaluation de la campagne 90-92 aidons les à trouver la force de dire non, elle a été réalisée dans les délais et suivant la méthodologie rigoureuse qu'impose toute campagne publicitaire. En janvier 1991, le post-test faisait apparaître un bon impact de la campagne diffusée fin décembre 1990 puisqu'après cette première vague de campagne, 67 % des personnes interrogées se souviennent avoir vu la campagne et 78,5 % parmi les plus jeunes (18-24 ans), cible prioritaire de cette campagne, 80 % de ceux qui s'en souviennent disent que ce film leur a plu, 76 % que ce spot incite à la réflexion et 72 % à la discussion. Nous attachons de l'importance à ces deux derniers indicateurs qui sont assez fortement prédictifs de changements d'attitude et de comportement. Ce post-test a été réalisé sur un échantillon de 1 004 personnes de quinze ans et plus par l'institut Démoscopie. La vague d'été de cette même campagne a également été post-testée. 80 % des personnes interrogées se souviennent d'avoir vu, au cours des douze derniers mois, à la télévision, des spots contre la drogue. Parmi eux, 77 % sont capables de restituer le scénario du film de façon exacte. Après lecture du résumé, 89 % disent se souvenir de ce film (92 % des 12-17 ans, 94 % des 18-24 ans). Parmi eux, 87 % disent que le film leur a plu et 45 % qu'ils se sont sentis concernés par cette campagne.

La campagne de 1994, « contre la drogue, on n'est jamais trop informé » avait consisté en un spot TV, radio et des affiches dans la rue et le métro. L'impact global de la campagne, dont le budget d'achat d'espace était faible, a été limité puisque d'après le post-test réalisé par l'Institut IOD auprès d'un échantillon de 600 personnes de quinze à cinquante ans, seuls 21 % des personnes interrogées se souvenaient avoir vu un film contre la drogue (3 % en spontané et 18 % après lecture du résumé). La campagne a été cependant bien accueillie par ceux qui s'en souviennent et le scores d'implication sont plutôt élevés (69 % se disent concernés par cette campagne). Il est, également, intéressant de noter le bon repérage du numéro vert (58 % de ceux qui se souviennent de la campagne l'ont repéré) et l'abondance d'articles écrits dans la presse autour de la campagne et des événements créés dans le cadre de la semaine européenne de prévention des toxicomanies.

Sur le dernier point soulevé par la Cour, à savoir la chasse à la subvention, le CFES n'a pas de commentaire particulier à faire.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC DROGUES INFO SERVICE

1. Les actions de prévention sont aussi diversifiées que les risques et les situations concernées par l'usage de drogue. Elles concernent non seulement les conduites toxicomaniaques, mais également l'usage occasionnel, la délinquance, la sécurité, l'éducation. Elles sont, par conséquent, aussi dispersées que peuvent l'être les acteurs concernés par ces risques.

La mission de Drogues Info Service est, sur ce point, de contribuer à l'intégration des services en aidant les usagers de drogues, leur entourage, le grand public, les professionnels, à identifier les services pouvant les aider.

2. Le groupement d'intérêt public Drogues Info Service a fait l'objet d'un contrôle de la Cour des comptes qui a commencé le 31 janvier 1996 et dont le rapport définitif nous a été remis en juin 1997. Ce rapport particulier, relatif aux comptes et à la gestion du groupement pour les exercices 1991 à 1994, a également concerné le fonctionnement et les orientations du groupement pendant la période 1995-1997. Au-delà de la sincérité des comptes qui a été attestée, il a souligné que ce service d'accueil téléphonique constitue un « instrument nouveau et original de prévention (...) et de réponse à des inquiétudes de la société ». Le rapport a, également, pris acte de « l'efficacité du service pour remplir ses missions d'information et de prévention » ainsi que de « la capacité d'expertise, reconnue et attestée, des personnels du groupement ».

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES (OFDT)

Dans son rapport public particulier concernant le dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la Cour des comptes relève que l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies et l'association TOXIBASE, tous deux financés sur fonds publics, seraient des entités à même vocation nationale.

Si l'OFDT et TOXIBASE ont un champ commun d'intervention à savoir les phénomènes liés à la drogue et aux toxicomanies, il n'en demeure pas moins que d'une part, leurs missions originelles et leurs activités sont différentes (I) et que d'autre part, une collaboration s'est instaurée entre ces deux structures pour accroître l'efficacité de leur action respective et éviter les risques éventuels de redondance (II).

I. – DES MISSIONS ET DES ACTIVITÉS DE NATURE DIFFÉRENTE

L'activité principale qui différencie l'OFDT de TOXIBASE consiste à ne pas seulement recueillir et mettre à disposition les informations liées à la drogue et aux toxicomanies mais surtout à susciter et à aider à la production de telles informations puis à fournir une analyse spécifique susceptible d'éclairer les décisions prises par les pouvoirs publics en ce domaine.

Pour ce faire, l'OFDT s'est doté d'un pôle « études et analyses » composé de personnels plus particulièrement compétents dans l'interprétation des données et des tendances et qui, à ce titre, sont notamment chargés, d'élaborer et de diffuser le rapport annuel « Indicateurs et tendances ».

Par ailleurs, et il s'agit-là de l'une de ses activités fondamentales, l'OFDT a pour mission d'amplifier la recherche sur ce secteur et d'améliorer l'évaluation des politiques publiques.

C'est ainsi que dans un premier temps, l'OFDT s'est efforcé de développer et d'animer un réseau de chercheurs et de laboratoires susceptibles d'être intéressés et de répondre aux besoins de connaissance. Ensuite, l'observatoire a élaboré et lancé un appel d'offres qui a abouti à recevoir plus d'une centaine de projets examinés de manière approfondie par son Comité scientifique et les membres du pôle « Etudes et recherches ».

Une vingtaine de projets a été retenu et financé. Ils feront, bien évidemment, l'objet d'un suivi particulier.

Sans développer l'ensemble des autres activités de l'observatoire, il faut citer également celle dont il a la responsabilité exclusive à savoir la coordination générale du réseau français d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX-France). Enfin, l'OFDT est le point focal français du réseau européen géré par l'OEDT.

Ces différentes activités qui sont propres à l'OFDT n'entrent pas dans les missions de l'association TOXIBASE qui, de son côté, assure de manière exclusive le développement d'outils documentaires et la tenue d'un service d'information documentaire ouvert à tous les publics.

II. – UNE COLLABORATION INSTITUTIONNALISÉE

Même avec des missions et des activités différentes, dès lors qu'ils interviennent sur un champ identique, il est certain que l'OFDT et TOXIBASE se doivent de travailler ensemble afin que leurs interventions se complètent et s'enrichissent mutuellement. Cette nécessité a été prise en compte dès la réactivation effective de l'OFDT.

Dès 1995, les actions qui ont pu être menées entre l'OFDT et TOXIBASE se sont appuyées sur la spécificité de chacune de ces structures et leur volonté commune de travail en complémentarité.

Ainsi, au plan national, l'OFDT, en développant un site sur INTERNET, a pu permettre à TOXIBASE d'être consulté par ce moyen technique et donc augmenter son audience. D'une manière générale, l'OFDT apporte un soutien technique et son savoir-faire en matière de nouvelles technologies de l'information, alors que, pour sa part, TOXIBASE apporte son expertise dans le domaine documentaire aidant notamment l'OFDT dans la mise en place de sa documentation interne.

Au plan européen, les deux entités ont travaillé ensemble notamment à l'élaboration d'une cartographie des sources d'information et à la faisabilité de l'implantation d'un système documentaire au groupe Pompidou au Conseil de l'Europe.

Cette logique de travail en commun va se trouver renforcée dans les prochains mois par l'élaboration d'une convention qui fixera les conditions d'un large partenariat et les contributions respectives de l'une et l'autre structure aux objectifs fixés.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION DU RÉSEAU NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES PHARMACODÉPENDANCES (TOXIBASE)

1. Réponse sur l'extrait « la portée du pilotage central »

TOXIBASE souffre de l'absence de pérennité du financement qui lui est octroyé par la DAS sur les crédits interministériels MILDT. En effet la dotation annuelle de fonctionnement du centre coordonnateur TOXIBASE n'a pas augmenté depuis 1994. Comme le relève le rapport de la Cour des comptes sur l'association, cette insuffisance de crédits, aggravée par l'absence de conventionnement pluriannuel, à chaque année pour conséquence une gestion difficile des budgets et de l'activité.

L'hypothèse d'un financement provenant de plusieurs ministères paraît logique, l'activité documentaire de TOXIBASE correspondant au moins à deux d'entre eux : santé/affaires sociales ; éducation/recherche.

2. Réponse sur l'extrait « la connaissance du phénomène »

2.1. Période 1993-1995

Il paraît excessif de limiter le rôle de l'association TOXIBASE à un « écran », sans aucun autre rôle que de permettre la réception et la gestion des crédits de l'Union européenne en 1994 puis la gestion des fonds publics de l'Etat en 1995.

Le montage financier s'est en effet appuyé sur un cadre conventionnel précis avec l'Etat, établi dès que l'association s'est trouvée engagée fin 1993⁶³ puis en 1995⁶⁴. Ces conventions associaient TOXIBASE à la définition et au suivi des projets techniques ou lui attribuaient la responsabilité du suivi de certains d'entre eux.

Des responsabilités techniques ont été données à certains salariés de TOXIBASE sur ces projets. Par ailleurs, le président, le vice-président et le directeur de TOXIBASE étaient membres du comité de suivi des conventions. Des rapports techniques témoignent de la participation de TOXIBASE à ces actions.

2.2. Après 1995

Le partenariat entre TOXIBASE et l'OFDT a comporté plusieurs actions techniques importantes après 1995 sur le plan européen et national. Néanmoins ce partenariat reste à consolider, certains projets sont expérimentaux et ne peuvent être jugés sur une période de deux années.

Plusieurs projets de convention de travail ont été préparés (1996 et 1998) par les deux organismes et examinés par leurs conseils d'administration respectifs. Ces conventions n'ont pas été approuvées par l'administration de tutelle et les projets de travail communs ont donc été mis en œuvre sans cadre conventionnel précis.

⁶³ Convention du 12/12/93 entre l'Etat représenté par la DGLDT et TOXIBASE pour la mise en place de REITOX complétée par l'avenant du 2/9/94 pour le programme IDA.

⁶⁴ Convention du 3/2/95 entre le ministère des affaires sociales – DAS – et TOXIBASE.

3. Les missions respectives de TOXIBASE et de l'OFDT

La mise en œuvre des projets nationaux et européens en partenariat entre TOXIBASE et l'OFDT (2.2.1) montre que les deux organismes sont complémentaires. Cependant ils sont différents de par leurs missions et leurs domaines de compétence, ce qui est précisé en particulier dans les projets de convention évoqués précédemment (2.2) :

Missions et domaines de compétence OFDT :

- enquêtes statistiques et épidémiologiques (TOXIBASE absent de ce domaine) ;*
- expertise et animation de la recherche et des études (TOXIBASE absent de ce domaine) ;*
- analyse, synthèse, diffusion des données et connaissances (TOXIBASE présent dans ce domaine, seul et en partenariat avec l'OFDT) ;*
- coordination du réseau REITOX-France (TOXIBASE partenaire mais non coordonnateur du réseau) ;*
- point focal français du réseau REITOX-Europe (TOXIBASE partenaire sur certaines actions).*

Contrairement aux 9 centres de documentation du réseau TOXIBASE le service de documentation de l'OFDT est à vocation strictement interne mais s'appuie techniquement sur les bases de données et les outils d'information de TOXIBASE pour son propre fonctionnement.

Missions et domaines de compétence de TOXIBASE :

- développement de base de données documentaires (OFDT absent de ce domaine) ;*
- coordination du réseau national de documentation (9 centres) (OFDT absent de ce domaine) ;*
- publications documentaires (OFDT partenaire sur certaines publications ou sur Internet) ;*
- réponse aux besoins d'information et de documentation du public de proximité, professionnels ou grand public (OFDT présent partiellement dans ce domaine).*

Il est souhaitable que l'OFDT et TOXIBASE développent en commun, ou avec d'autres partenaires, des activités dans un cadre clair et reconnu par tous.

Pour ce faire, il est indispensable de maintenir les moyens des deux organismes et la spécificité de leur organisation afin qu'ils continuent à bénéficier d'une autonomie qui permette de répondre avec efficacité aux missions fixées par l'Etat.

Dans le cas de TOXIBASE le maintien d'une structure en réseau nous paraît essentiel. Nous disposons actuellement de plusieurs documents de référence pour progresser :

- l'audit du système REITOX-France qui fait de nombreuses propositions d'orientation sur le partenariat entre l'OFDT et ses partenaires⁶⁵ ;

- le projet de convention de partenariat OFDT-TOXIBASE 1998-1999 ;

- l'analyse fonctionnelle du réseau TOXIBASE réalisée en 1997 et qui définit le programme de travail interne de l'Association pour 1998-1999⁶⁶ .

RÉPONSE DU CONSEIL RÉGIONAL D'ILE-DE-FRANCE

Le rapport public particulier de la Cour des comptes sur le « dispositif de lutte contre la toxicomanie » fait état de l'action menée par la région Ile-de-France, en partenariat avec l'Etat, en faveur de la création d'appartements thérapeutiques et d'appartements relais pour toxicomanes et malade du sida. Il y est indiqué que, sur la période 1994-1995, la région a dépensé 10,4 millions de francs.

Je vous confirme que dans le cadre du contrat de Plan signé en 1994, la région s'est engagée à consacrer 100 millions de francs de subventions d'investissement en faveur de la création d'appartements thérapeutiques et d'appartements relais. L'Etat s'engageant à financer pour sa part les dépenses de fonctionnement. Le contrat de plan retient un objectif de création de 1 500 places.

Les affectations de crédits s'élèvent effectivement pour 1994-1995 à 10,4 millions de francs, correspondant à 174 places.

Pour compléter votre information, je vous précise que de 1994 à 1997, les crédits affectés s'élèvent à 50,3 millions de francs et ont permis de soutenir la création de 662 places.

Par ailleurs, il me paraît important d'ajouter, afin d'être aussi complet que possible sur l'action de la région en matière de lutte

⁶⁵ Audit du système REITOX-France mis en place par l'OFDT. Mars 1998.

⁶⁶ Analyse fonctionnelle du réseau TOXIBASE. Document de travail interne à l'association. Lyon, Centre coordonnateur. Janvier 1998.

contre la toxicomanie, que l'engagement régional porte également sur le soutien aux actions du Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS). Les missions de cet organisme ont été modifiées en 1996 pour tenir compte de la problématique posée par la toxicomanie dans les actions d'information et de prévention qu'il met en œuvre.

Le CRIPS a bénéficié en 1997 d'une aide régionale globale de 9,762 MF, soit 56,3 % des recettes de l'exercice, dont 5,262 MF pour le soutien de son fonctionnement et 4,500 MF pour des programmes d'information et de sensibilisation auprès des lycéens et des apprentis.

La subvention de fonctionnement pour 1998 a été doublée et atteint 10,700 MF en vue, notamment, de permettre au CRIPS de développer son action en matière de prévention de la toxicomanie.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS

L'engagement de l'AP-HP dans le dispositif de lutte contre la toxicomanie défini par les pouvoirs publics, notamment en matière de réduction des risques, s'est traduit par l'élaboration d'un plan d'action couvrant la période du 1^{er} janvier 1994 au 30 juin 1995. Conçu en liaison étroite avec la Direction générale de la santé et la Direction des Hôpitaux du ministère de la santé, ce plan visait deux objectifs principaux :

- améliorer la prise en charge des malades usagers de drogues, de plus en plus nombreux dans les hôpitaux de l'AP-HP en raison de l'épidémie du sida et des hépatites ;

- élargir la palette de l'offre de soins sur le plan qualitatif (formation des personnels, actions de prévention, développement de la substitution) et quantitatif (doublement de lits de sevrage).

Pour réaliser ces objectifs, les priorités suivantes ont été définies :

- augmenter les capacités de sevrage des personnes pharmacodépendantes dans les services de l'AP-HP ;

- mettre en place des équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECMUD) ;

- développer des structures « hôpitaux sur rue » ;
- initier un programme hospitalier d'échanges de seringues ;
- mettre en œuvre un programme hospitalier de dispensation de produits de substitution ;
- renforcer les collaborations entre l'hôpital et le secteur spécialisé ;
- mettre en œuvre des actions prioritaires pour le secteur nord de Paris.

Il ressort du bilan effectué, fin 1995, sur la réalisation de ce plan toxicomanie que l'AP-HP a rempli ses engagements.

1. Augmentation des capacités de sevrage des personnes pharmacodépendantes dans les services de l'AP-HP

Le principe retenu par les pouvoirs publics en septembre 1993 était de réserver 3 à 5 lits de sevrage au moins dans les centres hospitaliers régionaux.

Au 1^{er} janvier 1994, et non en mars 1995 comme l'indique la Cour, l'AP-HP en comptait bien 38. Mais, dès octobre 1995, 78 lits avaient été agréés, chiffre qui, rapporté aux 24 hôpitaux de court séjour, situe l'AP-HP dans la fourchette de la directive gouvernementale.

Les politiques de substitution (méthadone, subutex) mises en œuvre depuis ont freiné, par diminution de la demande, la création de lits de sevrage supplémentaires.

De même, l'exclusion des polytoxicomanes du champ d'application de l'article L. 628 du code de santé publique, qui se traduit pour les hôpitaux de l'AP-HP par le non-remboursement des sevrages effectués, constitue un obstacle majeur au renforcement de l'offre de lits.

Néanmoins, face à l'enjeu de santé publique que constitue la prise en charge des polytoxicomanies en milieu hospitalier, l'AP-HP est déterminée à poursuivre ses efforts pour augmenter ses capacités de sevrage et renforcer son dispositif par la création de nouvelles équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD).

2. Mise en place des ECIMUD

Initiées par l'AP-HP, ces équipes ont été conçues, en externe comme des points d'appui des réseaux ville-hôpital et, en interne, comme une structure fédérant et diffusant les compétences en matière de toxicomanie (prise en charge des patients à la demande

des équipes de soins, expertise clinique et formation des personnels). Cette approche hospitalière a d'ailleurs été reprise dans les conclusions de la commission Henrion en décembre 1994. De 1994 à 1996, 10 ECIMUD ont été créées : 4 en 1994 (Louis-Mourier, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Bichat). 1 en 1995 (Antoine-Béclère), 5 en 1996 (Avicenne, Lariboisière, Bicêtre, Henri-Mondor, Laennec).

3. Développement des structures « hôpitaux sur rue »

Ces structures sont destinées à accueillir des populations marginalisées dans des lieux qui, à l'instar des boutiques, offrent une certaine convivialité, des informations, de la documentation et du matériel de prévention, des seringues, la possibilité d'entrer dans un programme de substitution. Elles ont également pour mission de prodiguer des soins de première urgence. Elles apparaissent ainsi comme des structures d'appel destinées à intégrer le plus précocement possible dans une filière de soins une population volontiers rétive à la fréquentation de l'institution hospitalière. En 1994, l'AP-HP a ouvert à l'hôpital Broussais une structure de ce type gérée par l'Association Nova Dona.

4. Programme hospitalier d'échange de seringues

La prévention de la propagation de l'épidémie du sida et des hépatites parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse nécessite l'accès des toxicomanes à des seringues stériles. C'est un des axes prioritaires de la politique de l'Etat dans le domaine de la toxicomanie, avec la vente en pharmacie de kits de prévention (Stéribox) contenant des seringues et des préservatifs.

L'AP-HP se devait de définir une position cohérente sur ce sujet, ce d'autant que le personnel, plus particulièrement celui de certains services d'urgences, était confronté à ce type de demandes. De fait, l'implication de l'hôpital dans cette politique est le complément indispensable des autres dispositifs mis en place.

Sur la base d'une circulaire de janvier 1995, l'AP-HP a demandé à l'ensemble des ses hôpitaux de court séjour pour adulte d'organiser la remise manuelle de trousse de prévention aux toxicomanes qui en faisaient la demande et de favoriser, par le dialogue et l'information, leur insertion dans une filière de soins.

5. Programme hospitalier de dispensation de produits de substitution

Conformément à la circulaire du 7 mars 1994 et du 31 mars 1995, l'AP-HP a mis en place 5 centres de distribution de Méthadone pendant la durée d'exécution de son plan toxicomanie ; Nova-Dona (Broussais), Monte-Cristo (Laennec), Centre Chimène (Corentin-Celton, en partenariat avec l'Association Chimène), Centre Cassini

(Cochin), Drogue et Société (Albert-Chenevier). Depuis, trois autres centres sont venus compléter ce dispositif : le Centre Clinique (Avicenne), l'Espace Mûrger (Fernand-Widal/Lariboisière), le CAAST 92 (Louis-Mourier).

6. Collaboration hôpital et secteur spécialisé

Le renforcement des collaborations entre ces deux secteurs avait pour principal objectif l'échange des savoir-faire et l'intégration des toxicomanes dans une filière de soins. Ainsi, des accords de partenariat ont été passés avec le Centre Sleep-In et l'hôpital Lariboisière (Hébergement et soins de première urgence), l'Association Trait-d'Union et l'hôpital Louis-Mourier, ou le Centre Marmottan avec l'hôpital Broussais.

7. Mise en œuvre d'actions prioritaires pour le secteur Nord de Paris

Plusieurs éléments ont incité à mettre en œuvre des solutions particulières dans ce périmètre urbain desservi essentiellement par le groupe hospitalier Lariboisière/F.-Widal/Saint-Lazare :

- la proximité d'importants lieux d'approvisionnement en stupéfiants ;
- l'existence du Centre Mûrger à Fernand-Widal qui draine historiquement un flux important d'usagers de drogues ;
- le transfert des urgences et de la réanimation de Fernand-Widal à Lariboisière.

Ces conditions ont favorisé pendant la période 1994-1995 le lancement d'un projet cohérent autour du Centre Mûrger, articulé notamment avec le secteur extra-hospitalier.

Cet aperçu des actions menées par l'AP-HP dans le domaine de la toxicomanie témoigne de sa volonté de mener une prise en charge diversifiée et adaptée aux modifications des pratiques observées, conformément aux orientations des autorités de tutelle.

RÉPONSE DU CONSEIL GÉNÉRAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Il convient tout d'abord de rappeler que la prise en charge sanitaire des toxicomanes relève de la compétence de l'Etat, le département étant principalement concerné par la prévention et l'information.

En matière de prévention et d'information, il semble difficile d'isoler les actions liées à la lutte contre la toxicomanie, car elle constitue un des éléments de la politique générale engagée auprès des mineurs et des jeunes en difficulté et de leurs famille par le conseil général des Bouches-du-Rhône.

Dans ce cadre, le département a attribué dans le cadre de l'aide sociale légale en 1997 :

- un financement global de 48 100 000 F aux associations chargées de la prévention spécialisée : 8 233 mineurs et jeunes ont été contactés ;

- un financement global de 1 825 000 F aux organismes chargés des actions d'insertion sociale par les loisirs (opérations VVV et Vacances Familles), soit 10 332 mineurs et adultes touchés par ce dispositif.

Néanmoins, bien que ses compétences soient essentiellement centrées sur la prévention, la lutte contre la toxicomanie demeure l'une des préoccupations du conseil général des Bouches-du-Rhône qui s'est engagé dans l'accompagnement des personnes en grande difficulté, en attribuant des aides financières aux associations spécialisées dans la lutte contre la toxicomanie.

Ce financement est en constante augmentation : le montant annuel des aides versées dans le cadre de l'aide sociale légale et facultative s'élevait en 1995 à 793 000 F et a été porté à 2 038 550 F en 1997 : ces chiffres correspondent aux subventions versées aux associations qui s'occupent des toxicomanes, avec des conventions suivies par la DISS (accompagnement des toxicomanes), ainsi que les subventions versées par la DVLE aux différentes associations intervenant auprès des toxicomanes.

Compte tenu de ce qui précède, on peut dire que le département s'implique dans les actions de lutte contre la toxicomanie. Au regard des sommes engagées, il cherche à prendre en compte les réalités de son territoire.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE
PUBLIQUE-HOPITAUX DE MARSEILLE

1. Activité de sevrage

L'activité de sevrage n'est pas corrélée au nombre de « lit réservé » au sevrage. Cette notion a soulevé, en effet, des appréhensions du côté du corps médical.

Cependant, de nombreux services ont une activité de prise en charge de personnes dépendantes sans avoir pour autant bloqué des lits pour sevrage.

Cette situation s'applique en particulier aux services de psychiatrie et aux services prenant en charge les personnes touchées par le VIH.

Seul le centre antipoison affiche un lit pour cure de désintoxication. Cela n'empêche pas le CAP de recevoir plus d'une personne pour sevrage.

2. Durée des séjours pour sevrage

L'évolution actuelle des toxicomanies vers la polytoxicomanie rend caduque l'idée selon laquelle tous les sevrages devraient avoir lieu sur une durée maximum de huit jours.

Par ailleurs, imaginer que seuls les produits de l'article L. 628 du code de la santé publique pourraient donner lieu à prise en charge de l'Etat serait en complet décalage avec la réalité de la toxicomanie aujourd'hui.

Il faut rappeler que les produits médicamenteux détournés constituent aujourd'hui une part importante des produits consommés par les personnes dépendantes. Les professionnels de la toxicomanie ont même repéré depuis quelques mois des jeunes qui entrent dans la toxicomanie par cette voie.

Il ressort de ces éléments que les titres facturés pour sevrage dépassent les huit jours de l'instruction de 1990, même si les durées mentionnées par la Cour des comptes n'ont pas été retrouvées.

Des sondages sur les titres des années 1993, 1994, 1995 ont été effectués par des méthodes différentes.

La durée maximum facturée retrouvée était cinquante et un jours pour un dossier de 1994.

3. Délais d'attente pour sevrage

Le délai de trois semaines annoncé par le rapport est une réalité.

Cependant ce délai n'est pas forcément lié à un manque de disponibilité en lits.

Il faut rappeler que, en particulier sur les années concernées par le rapport, l'attente était considérée par les psychiatres comme faisant partie intégrante du processus thérapeutique.

4. L'anonymat et la prise en charge par l'assurance maladie ou par l'Etat

L'anonymat est facultatif selon l'article L. 355-21 du code de la santé publique, dont copie ci-jointe, car celui-ci dispose que les toxicomanes pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de leur admission.

En conséquence, si une personne entrant dans ce dispositif ne demande pas à bénéficier de l'anonymat et si de plus elle fait valoir sa couverture sociale, l'hôpital depuis l'entrée en vigueur de la loi 70-1320, facture nominativement la part couverte par la sécurité sociale à celle-ci, ne restant ainsi à la charge de l'Etat que la part non couverte.

Seuls les patients demandant à bénéficier de l'anonymat font l'objet d'une facturation anonyme et à 100 % à la DDASS.

5. Nombre de patients accueillis dans les hôpitaux de l'AP-HM

Le nombre de deux cent cinquante-six patients annoncé par le rapport se rapproche de celui de l'enquête SESI de 1995 (253).

Il doit être réaffirmé à ce qui a déjà été dit au moment de l'enquête de la Cour des comptes, à savoir que ce chiffre est sous-estimé.

Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à le mettre en regard des éléments ressortant :

- du DMI 2 : 541 patients VIH usagers de drogues pris en charge entre le 15 novembre 1995 et le 15 décembre 1995 ;

- de l'enquête « un jour donné » le mardi 14 octobre 1997 de zéro à vingt-quatre heures, tous les services de l'AP-HM ont été interrogés sur les personnes dépendantes reçues :

- 105 personnes étaient dépendantes aux produits illégaux ;

- 113 personnes étaient dépendantes aux produits de substitution ;

- 562 personnes étaient dépendantes aux produits tranquillisants.

L'assertion selon laquelle l'accueil de droit commun du toxicomane n'était pas réalisé ne reflète pas la réalité de 1995.

6. Prise en charge des toxicomanes soumis à une mesure de justice

En ce qui concerne les délégations de dotations de crédits ; 80 % du montant est versé à l'AP-HM fin du premier trimestre et le reliquat est payé en fin d'année. Il n'y a donc pas une charge d'avance totale incombant à l'AP-HM.

En ce qui concerne la première rencontre avec un entrant, elle a eu lieu après plus d'un mois en moyenne pour 1996 au lieu des quinze jours souhaitable pour la mise en place d'un processus de soins optimal. On est donc en dessous des trois mois annoncés.

En ce qui concerne les contacts : les 583 personnes vues par l'antenne représentent 59 % des toxicomanes signalés.

Cette population de toxicomanes signalée représente entre 33 à 38 % du flux de la population totale incarcérée.

RÉPONSE DE LA VILLE DE LILLE

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la démarche initiée par la ville de Lille en matière de lutte contre la toxicomanie s'inscrit dans le cadre général du décret n° 83-459 du 8 juin 1983 qui a institué pour tout conseil municipal la possibilité s'il l'estime nécessaire de créer un conseil communal de prévention de la délinquance.

Dès lors, le conseil municipal par délibération n° 83/2/274 du 22 octobre 1983 a décidé de doter la ville de cette instance à laquelle participent tout un ensemble de partenaires, élus de la commune, représentants de l'Etat, magistrats, travailleurs sociaux, responsables associatifs ainsi que des personnes qualifiées.

C'est ainsi que depuis cette date, la ville de Lille, en collaboration avec le conseil communal de prévention de la délinquance, assure chaque année la réalisation d'un programme d'actions de prévention pour la sécurité dans la ville.

La ville de Lille, pour la mise en place de ce dispositif spécifique, a apporté un concours financier conséquent avec un budget de 980 100 F en 1993 et de 2 313 500 F pour 1994.

En l'occurrence, il convient de rappeler que la loi n°70/1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des

substances vénéneuses, ne fait aucune référence à une quelconque compétence des communes ; la lutte contre la toxicomanie relevant exclusivement des compétences de l'Etat.

Cependant, malgré des actions déjà menées avec efficacité par la ville, le conseil communal de prévention de la délinquance et les divers partenaires, il s'est avéré nécessaire de faire face aux difficultés croissantes liées au problème de la drogue, qui se posent sur le territoire de la ville, en vue de répondre aux préoccupations fondées de nos concitoyens qui nous interpellaient directement.

C'est pourquoi, afin de mieux appréhender tous les différents aspects inhérents à la complexité de ce phénomène, le conseil municipal lors de sa séance extraordinaire du 5 décembre 1994 a entendu plusieurs intervenants qui, de par leur profession ou leur engagement associatif, assument un rôle primordial d'observateurs et d'acteurs privilégiés face à la toxicomanie.

La synthèse des réflexions menées au cours de ce débat a démontré le besoin d'aller plus avant encore dans notre action et nous a conforté dans la nécessité de développer par des mesures adaptées le dispositif existant de lutte contre la toxicomanie, en mettant en œuvre des moyens nouveaux et complémentaires.

C'est ainsi qu'afin de franchir une nouvelle étape décisive dans l'engagement de la ville de Lille pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, le conseil municipal lors de sa séance du 19 décembre 1994 a décidé, par délibération n° 94/747, d'amplifier le dispositif existant de lutte contre la toxicomanie, d'adopter le nouveau projet d'actions de lutte contre la toxicomanie établi au titre de l'année 1995 et de prévoir l'inscription au budget communal d'un crédit de 6 000 000 de francs à cet effet.

Afin d'assurer une bonne coordination et d'aboutir aux meilleurs résultats, nous avons veillé à ce que les actions figurant au programme précité constituent un ensemble cohérent.

De plus ces actions ont été suivies dans leur réalisation par un groupe de pilotage associant divers partenaires ; ainsi que par le groupe de travail thématique concerné au sein du conseil communal de prévention de la délinquance.

J'ajoute qu'au cours de cette même séance, le conseil municipal, par délibération n° 94-751, a également adopté le texte d'une motion portant sur le problème de société complexe et préoccupant posé par la toxicomanie, et demandant que l'Etat et les différentes collectivités territoriales s'engagent résolument à ses côtés.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE LILLE**

I. – MISSION DE L'ANTENNE DE TOXICOMANIE

Créée en 1998 au titre de la circulaire DGS du 3 novembre 1987, l'antenne spécialisée pour les toxicomanes de la maison d'arrêt de Loos constitue un centre spécialisé de soins aux toxicomanes au titre du décret n° 92-590 du 29 juin 1992.

Elle est gérée par le CHRU de Lille qui a passé convention avec l'Etat, le 10 novembre 1987, puis le 29 décembre 1993.

Ces deux conventions définissent ses missions et ses moyens (voir pièces justificatives annexées).

Il faut préciser que seuls les détenus de la maison d'arrêt du Loos entrent dans son champ d'activité.

Aucune des deux conventions ci-dessus mentionnées ne lui attribue de rôle régional : la maison d'arrêt de Loos représente, à elle seule, un terrain suffisamment vaste pour la petite équipe mise en place en 1988.

En effet, l'antenne de toxicomanie doit assurer :

- l'accueil systématique des entrants ;*
- l'orientation et l'information des toxicomanes et de leur famille ;*
- le suivi médico-psychologique ;*
- la préparation et l'orientation à la sortie de prison des toxicomanes.*

**II. – MOYENS EXISTANTS FACE A LA POPULATION CARCÉRALE
TOXICOMANE A LOOS**

1. L'antenne de toxicomanie

On ne peut qu'approuver le projet de rapport public particulier, lorsqu'il indique : « Ses moyens sont d'autant plus faibles que la proportion de détenus toxicomanes a fortement augmenté ».

Les recettes de l'antenne de toxicomanie proviennent d'une subvention d'Etat qui n'a guère évolué depuis 1993.

Les moyens humains affectés à l'antenne (4 équivalents temps plein) sont restés stables depuis 1993, alors que le nombre de détenus toxicomanes augmente d'année en année, comme le démontre le tableau ci-après :

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nombre de détenus accueillis par le SMPR à la maison d'arrêt.....	2 271	2 242	2 506	2 508	2 684	2 685	2 217	2 201
Nombre de toxicomanes parmi les arrivants.....	283	356	601	829	1 171	1 034	1 295	1 421
%	12,46	15,88	23,98	33,05	43,63	38,51	58,41	64,56
Nombre d'entretiens effectués par l'antenne.....	290	299	307	402	554		1 124	1 236
Nombre de toxicomanes régulièrement suivis.....	99	101	123	182	272	179	339	301

En réponse aux différentes demandes émises par le CHRU de Lille, un mi-temps de psychologue a été apporté en application de l'annexe IV de la circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 ; il bénéficie au centre de détention de Loos, établissement pénitentiaire distinct de la maison d'arrêt, et n'est pas rattaché à l'antenne de toxicomanie mais au SMPR.

L'agent affecté sur ce poste travaille en coordination très étroite avec l'antenne de toxicomanie.

De plus, il effectue un deuxième mi-temps à l'unité de préparation à la sortie, située au centre de détention.

2. L'unité de préparation à la sortie

En application du plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie, le centre de détention de Loos a été retenu comme site expérimental pour la création d'une unité de préparation à la sortie (UPS).

L'objectif de cette unité est d'accompagner les détenus toxicomanes par une préparation collective préalable à la sortie et en suivi après la sortie de la prison.

Le budget de fonctionnement de l'UPS est fixé annuellement par le préfet, et versé au CHRU sous forme d'une subvention ; il couvre les frais de personnel, de fonctionnement courant et d'évaluation.

Les effectifs de l'UPS représentent 2,5 équivalents temps plein :

- 1 éducateur ;*
- 0,5 secrétaire médicale ;*
- 0,5 infirmier diplômé d'Etat ;*
- 0,5 psychologue.*

Depuis sa mise en place, le 7 avril 1997, l'UPS a accueilli 53 détenus en 8 sessions.

Cette structure remplit une mission distincte et n'allège pas le travail de l'antenne de toxicomanie.

III. – COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS (SMPR, UCSA, SERVICES PÉNITENTIAIRES, ASSOCIATIONS)

La direction générale du centre hospitalier régional universitaire de Lille ne peut qu'approuver le projet de rapport lorsqu'il précise : « Il paraît nécessaire d'y renforcer la collaboration avec l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), le Service médico-psychologique régional (SMPR) et le Centre de soins spécialisés aux toxicomanes, ainsi qu'entre services sanitaires et services pénitentiaires, pour les opérations de prévention des suicides et d'éducation pour la santé ».

C'est pourquoi de nombreuses actions sont menées en permanence dans cet objectif.

1. Collaboration entre l'antenne de toxicomanie, le SMPR et l'UCSA

La collaboration avec le SMPR est plus qu'étroite.

Toute personne incarcérée dans les établissements pénitentiaires de Loos bénéficie d'un entretien systématique par le SMPR, au cours duquel une information est donnée sur l'antenne de toxicomanie.

A l'occasion d'une prise en charge ultérieure par le SMPR l'intervention de l'antenne peut être déclenchée.

Le SMPR prescrit les traitements de substitution selon un protocole préétabli et participe aux comités départementaux de suivi des traitements de substitution.

Les structures du SMPR et de l'antenne de toxicomanie sont sous la responsabilité médicale du même chef de service ; les personnels se remplacent mutuellement ; leurs actions sont parfaitement imbriquées.

La collaboration avec l'UCSA se renforce.

Il faut rappeler que la mise en place des UCSA, en application de la loi du 18 janvier 1994, est indépendante des antennes de toxicomanie.

Les instructions ministérielles (circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994) soulignent le rôle essentiel des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, en matière de lutte contre la toxicomanie, et ciblent le rôle des UCSA, dans ce domaine, à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse.

L'UCSA travaille cependant en relation avec le SMPR, dans la limite des moyens qui lui sont alloués, en priorité, pour la prise en charge des soins somatiques.

Une charte de relations a été signée par les chefs de services respectifs de l'UCSA et du SMPR : cette charte définit les modalités de collaboration des médecins de chaque secteur dans le domaine de la prescription des médicaments, du dossier médical et dans celui des actions de prévention, notamment vis-à-vis des toxicomanes.

2. Collaboration avec les services pénitentiaires dans la prise en charge de la toxicomanie

Le cas des toxicomanes, proches de leur libération, donne lieu systématiquement à une séance de synthèse avec le service socio-éducatif de la maison d'arrêt.

Ce service est également étroitement associé aux actions de prévention et au suivi post-pénal.

Néanmoins, pour garder du crédit auprès des toxicomanes, et ne pas fausser les résultats de leur action, les professionnels de l'antenne de toxicomanie et du SMPR se doivent de demeurer prudents dans la collaboration (le détenu ne doit pas être demandeur de soins dans le seul but d'obtenir une libération plus rapide ; le service socio-éducatif ne doit pas avoir accès à des informations médicales confidentielles).

3. Actions de prévention et d'éducation à la santé

Des ateliers thérapeutiques pour toxicomanes, organisés par le SMPR et l'antenne de toxicomanie, fonctionnent régulièrement à la maison d'arrêt de Loos. On peut citer, par exemple, les actions

ciblées en faveur des femmes, des mineurs ou l'atelier de vidéo-thérapie.

Le SMPR et l'UCSA participent également au groupe de travail initié par les services pénitentiaires, sur la prévention des suicides.

Pour dépasser le stade des actions d'éducation individuelles ou de groupe et mettre en œuvre des actions coordonnées de prévention, des savoir-faire spécifiques au milieu carcéral sont en cours d'acquisition par les différentes équipes.

4. Collaboration avec le « milieu ouvert »

Nombreuses sont les relations avec les partenaires du réseau de lutte contre la toxicomanie ; à titre d'exemples, pour les plus régulières :

- accueil temporaire pour la réinsertion (ATRE à Lille) ;*
- le « Relais » à Roubaix ;*
- le « Cèdre bleu » à Lille ;*
- « Oxygène » à Fâches-Thumesnil ;*
- le CCAS de Wattignies ;*
- le conseil communal de la prévention et de la délinquance de Lille.*

CONCLUSION

Dans le domaine des soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire, la mise en œuvre de collaborations est plus difficile qu'en milieu ouvert.

Néanmoins, même si les efforts actuels de décloisonnement entre les acteurs étaient encore accrus, et si on multipliait les actions de prévention coordonnées, subsisterait un dramatique manque de ressources face à la multiplication du nombre de toxicomanes incarcérés : 283 soit 12,5 % en 1989 ; 1 421 soit 65 % en 1996).

Pour assurer les missions de base (rencontre individuelle systématique, suivi en cours d'incarcération, suivi postpénal), l'équipe devrait être étoffée de 3 équivalents temps plein : une demande a été déposée en ce sens en 1997.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DE SEINE-ET-MARNE

1. La lutte contre la toxicomanie chez les bénéficiaires du RMI

1 679 allocataires du RMI ont bénéficié en 1997 d'un bilan de santé en vue de la préparation de leur contrat d'insertion. Des problèmes de toxicomanies ne sont apparus que dans 3,8 % des cas, c'est-à-dire nettement moins que d'autres problèmes de santé (troubles psychologiques 13,8 %, alcoolisme 12 %, tabagisme 10 %, maladie bucco-dentaire 9,1 %, etc.).

Ce constat, allié à la grande dispersion géographique des cas sur un département très vaste, explique que la lutte contre la toxicomanie n'ait pas donné lieu à un projet spécifique dans le cadre du programme départemental d'insertion.

S'agissant de la composition des commissions locales d'insertion, je vous précise que celle de Montereau-Provins comprend une représentante de l'association Accueil-Prévention – Soins toxicomanie.

2. La consommation des crédits du fonds d'aide aux jeunes

Le rapport indique que : « En Seine-et-Marne, les crédits du fonds restaient peu utilisés ». Cette remarque fait référence à des reports de crédits qui sont intervenus durant les premières années du FAJ. En effet, ce dispositif n'a effectivement commencé à fonctionner qu'en 1994 alors qu'une première dotation annuelle avait été inscrite dès 1993. Le décalage qui en résulterait a disparu en 1996, avec la consommation des crédits reportés, sans inscription nouvelle supplémentaire.

Une nouvelle dotation annuelle, identique aux précédentes (soit 2 millions de francs, financés à égalité par l'Etat et le département) a été attribuée au Fonds pour 1997 et entièrement consommée dans l'année.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA SEINE-MARITIME*

Le dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI) s'adresse à toute personne remplissant les conditions d'attribution. La condition d'âge peut être inférieure à vingt-cinq ans si la personne assure la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître (loi du 29 juillet 1992, adaptant celle du 1^{er} décembre 1988).

Le statut de toxicomane ne peut en aucune manière apparaître de manière explicite dans les contrats d'insertion pas plus que tout autre pathologie. La circulaire DIRMI n° 93-04 du 27 mars 1993 relative à la mise en œuvre du RMI : dispositif d'insertion rappelle d'ailleurs que « si les actions visant à faciliter l'accès aux soins peuvent être prévues au contrat, la loi interdit d'y faire figurer les soins eux-mêmes pour écarter tout risque d'injonction thérapeutique ».

Dans ce contexte, la participation des centres spécialisés de soins aux toxicomanes aux commissions locales d'insertion et aux cellules d'appui n'est pas d'une grande utilité. Par contre, elles peuvent venir en aide aux services instructeurs ou aux cellules d'appui pour des situations individuelles et ont surtout un rôle à jouer sur le terrain. Elles peuvent également être sollicitées ponctuellement lors de la rédaction des programmes d'insertion si des actions spécifiques sont à envisager dans ce domaine.

Le Fonds départemental d'aide aux jeunes s'est effectivement mis en place au 1^{er} juin 1997 en remplacement de fonds locaux qui ne couvraient cependant pas l'ensemble du territoire.

De constitution récente, les comités locaux d'attribution ne se sont pas encore dotés d'outils pour évaluer les domaines d'intervention mais, à terme, il devrait être possible de savoir combien de jeunes ont pu bénéficier d'aide en faveur de l'accès aux soins.

De la même manière que dans le cadre du dispositif RMI, la notion de toxicomanie ne pourra pas apparaître dans les contrats.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION
SOS DROGUE INTERNATIONAL

L'association SOS Drogue International se félicite que la Cour des comptes ait décidé de l'établissement d'un rapport au sujet du dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie et que cette action ait permis de constater la bonne gestion de l'ensemble du groupe SOS, et en particulier le fait que leurs actions ont notamment pris de l'ampleur du fait des sollicitations réitérées des pouvoirs publics de reprendre des activités menées jusqu'alors par des associations en difficulté.

A cette occasion, les documents juridiques et comptables du groupe SOS présentés aux magistrats concernaient :

- l'association SOS Drogue International ;

- les associations dites « sœurs » :

- APARTS SOS Drogue International, association ayant pour but l'aide aux personnes atteintes par le VIH, notamment à travers la création et la gestion d'appartements et d'actions de relais thérapeutique et social ainsi que toute intervention pour le logement de ces personnels ;

- SOS Présence à domicile, association qui a pour but d'assurer une présence, permanente ou partielle, à domicile auprès de personnes malades et notamment du sida, dont l'état de santé exige le recours à du personnel infirmier ou à des aides de vie, qui intervient notamment en complément du système d'hospitalisation à domicile ;

- SOS Logement, association ayant pour but de développer une offre adaptée de logements permettant l'insertion et la promotion des personnes et familles éprouvant des difficultés particulières, notamment en raison de leurs conditions d'existence ou de leur ressources. Sont également concernées les personnes que leurs ressources ne classent pas pour autant parmi les plus démunies mais qui néanmoins rencontrent des difficultés d'accès au logement de par leurs caractéristiques familiales ou socio-culturelles ;

- SOS Emploi, association ayant pour but la lutte contre l'exclusion sociale et plus particulièrement le développement de toute activité permettant l'insertion par l'économique et la possibilité pour des personnes sans occupation de retrouver un statut social par un emploi ou une activité ;

- des associations dites satellites :
 - les Airelles noires ;
 - SOS Drogue International Jeanne-d'Arc ;
 - Lou Pauso ;
 - Mas Thibert ;
- des structures de gestion :
 - le groupement d'intérêt économique « Alliance Gestion » ;
 - l'union d'économie sociale « Alliance Immobilière ».

Pour ce qui concerne le patrimoine, SOS Drogue International n'a pas choisi d'en être propriétaire : c'est en effet la singularité du dispositif de lutte contre la drogue et toxicomanie et la spécificité des structures de soin qui ont amené l'association à acquérir ses locaux.

Jusqu'à a fin 1995, l'ensemble des acquisitions-améliorations nécessaires à la réalisation d'un projet entrant dans l'objet social de l'association SOS Drogue International était directement réalisé par elle au moyen de financement adaptés, via la Caisse des dépôts et consignations ou des organismes collecteurs du « 1 % Patronal », ou par subventions d'investissements après validation des projets budgétisés par les pouvoirs publics.

Au vu des difficultés rencontrées par l'association pour trouver des financements – le secteur bancaire considérant le statut associatif inadapté – il a été décidé, dans un contexte de création de nouvelles structures d'hébergement et d'accueil et afin de répondre au problème de l'accès au logement pour une population spécifique et sur les conseils du bureau du logement de la préfecture d'Ile-de-France, préfecture de Paris et de la Caisse des dépôts et consignations, de créer entre les associations SOS une union d'économie sociale dénommée « Alliance Immobilière » sous forme de société à responsabilité limitée coopérative au capital variable.

Cette structure à caractère commercial, agréée au titre de la maîtrise d'ouvrage urbaine et sociale au titre de la loi « Besson » 90.449 du 31 mai 1990, a permis aux différents programmes de l'UES de bénéficier de subventions d'investissements au titre des lignes « PLA-TS » et « hébergements d'urgence » de la part du ministère chargé du logement et des lignes spécifiques « sida-toxicomanie » du Conseil régional d'Ile-de-France et de bénéficiaire de prêts de la part des financeurs institutionnels et commerciaux.

Depuis sa création, l'ensemble des acquisitions-améliorations nécessaire aux associations membres de « Alliance Immobilière » est réalisé par cette union.

Pour ce qui concerne la comptabilité générale, chacun des établissements entrant dans le périmètre de consolidation comptable de SOS Drogue International est doté d'un dossier comptable et donc de bilan, comptes de résultat et comptes administratifs ; l'ensemble des dossiers comptables faisant partie du périmètre étant alors consolidé. Pour les associations dites « sœurs », autonomes, et ne faisant donc pas partie dudit périmètre, il est produit un bilan et un compte de résultat indépendants.

Quant à la comptabilité analytique, elle n'était jusqu'en 1995 effectivement pas mise en place partout non seulement parce la plupart des établissements ne géraient qu'un service mais encore parce que le financement unique était la règle. Depuis, les établissements gérant plusieurs services avec un plurifinancement se sont vu doter d'une comptabilité analytique qui, grâce à un logiciel informatique spécialement adapté pour cette situation, permet l'analyse par actions et par financeurs. A celle-ci, un contrôle budgétaire analytique est aussi réalisé.

Les recommandations de la Cour se sont traduites par la fusion des quatre associations dites « satellites » par absorption décidée lors de l'assemblée générale mixte du 2 décembre 1997, et dont l'acte authentique a été publié près le préfet de police de Paris le 22 janvier 1998, les intégrant ainsi dans le périmètre de consolidation comptable de l'association SOS Drogue International pour l'exercice 1998 ;

Quant aux associations labellisées « sœurs », elles bénéficient d'une autonomie juridique mais les relations entre elles sont claires en tant que signataires de la Charte des associations SOS, dont le texte suit, adoptée par la même assemblée ainsi qu'avec l'association SOS Drogue International et les filiales de gestion.

Pour ce qui concerne la présence d'un patrimoine immobilier réparti, pour les raisons historiques évoquées plus haut, entre l'association SOS Drogue International et l'union d'économie sociale « Alliance Immobilière », les différentes assemblées générales des associations membres ont décidé, comme l'ont suggéré les magistrats, de procéder à une aliénation du patrimoine immobilier des différentes associations au profit d' « Alliance Immobilière », qui devrait être réalisée, d'ici à la fin de l'année 1998, pour partie par des cessions pour certaines structures ainsi que par des apports en nature – l'actif et le passif, soit les emprunts, seront apportés – pour les autres. Pour ce faire, le président du tribunal de commerce de Paris a nommé un commissaire aux apports le 16 octobre 1997. Ainsi, il ne restera plus qu'un seul détenteur et gestionnaire du patrimoine des associations ; l'endettement à long terme de l'association évoqué par la haute juridiction, lié aux différents investissements, sera subséquemment ramené à zéro.

De plus, l'activité d'Alliance Immobilière se situant entre l'action étatique et le marché, la solution de l'union d'économie sociale permet opportunément de s'entourer des plus grandes précautions pour la gestion comptable et financière : non seulement, elle bénéficie des garanties inhérentes aux sociétés commerciales mais aussi publiques, comme en attestent les articles 2 et 32 des statuts de ladite union disposant que la société ne pourra céder son patrimoine immobilier acquis et/ou amélioré qu'après l'accord du représentant de l'Etat dans le département.

Enfin, les administrateurs des différentes associations, suivant les conseils des magistrats, ont décidé de réaliser, à compter de l'exercice 1998, une consolidation économique et sociale du Groupe SOS.

De fait, la gestion de SOS drogue international cumule opportunément les obligations de précaution issues du droit privé mais aussi les avantages des techniques du secteur public. Partant, la constitution du groupement d'intérêt économique Alliance gestion a permis l'externalisation du contrôle budgétaire ainsi qu l'indépendance des comptes, ces derniers n'étant pas sous l'autorité hiérarchique des directeurs d'établissement. De surcroît, comme l'impose le principe de transparence de la charte des associations SOS et ainsi que l'a particulièrement remarqué le rapport du commissaire aux comptes de l'union d'économie sociale Alliance Immobilière s'inspire de la gestion publique en utilisant une procédure, l'appel d'offres, afin de favoriser l'émergence du meilleur rapport qualité/prix tout en respectant l'interdiction de négociation avec les candidats. Ainsi, les principes directeurs de l'action des associations SOS, comme la transparence gouvernant la gestion financière ou encore la communication relative aux opérations de collecte de fonds, concrétisés dans la charte des associations SOS, nous paraissent participer de la philosophie de l'économie sociale.

CHARTRE DES ASSOCIATIONS SOS

Préambule

Les associations SOS aparts, SOS drogue international, SOS emploi, SOS logement et SOS présence à domicile ont décidé d'inscrire dans une charte les principes essentiels, relatifs notamment au respect des personnes ou à la transparence financière, qu'elles entendent respecter et faire respecter par de nouvelles associations qui désireraient se lier au groupe des associations SOS.

Organisation

Afin de veiller au respect des principes énoncés ci-après, il est institué un Conseil de la charte qui est composé des présidents et trésoriers de chacune des associations signataires.

Il élit en son sein, pour cinq ans, un président du Conseil de la charte, chargé de convoquer le conseil et de fixer l'ordre du jour.

Ce conseil se réunit une fois par an au moins, sauf convocation exceptionnelle de son président, et a pour missions :

- d'agrèer les nouvelles associations qui voudraient adhérer à la présente charte ;

- de vérifier que les associations signataires respectent bien l'ensemble des principes énoncés. Le manquement à l'un d'entre eux peut entraîner l'exclusion de l'association concernée, sur décision prise à la majorité des deux tiers des membres du conseil.

Toute association signataire peut renoncer à son adhésion à la charte. Ce retrait a pour conséquence d'induire la démission de son Président et son trésorier du Conseil de la charte.

Principes généraux

Les associations signataires de la charte des associations SOS, dans un souci de solidarité, s'engagent à respecter l'intérêt commun du groupe qu'elles constituent.

Elles s'engagent également à respecter les trois principes suivants :

1° Principe de respect des personnes.

Les associations membres s'engagent à respecter les principes énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 et la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950.

Elles s'engagent à agir dans le respect des opinions et des convictions de chacun ; à respecter la confidentialité des informations de caractère privé ou relatif aux personnes dont elles pourraient avoir connaissance.

2° Principe de responsabilité.

Les associations membres ont la responsabilité des personnels salariés et des bénévoles qu'elles mandatent. Elles s'astreignent à leur dispenser une formation adaptée, ainsi qu'à prendre en charge leur suivi et leur encadrement.

3° Principe de solidarité.

Les associations membres s'engagent à développer leurs activités dans un réel esprit de partenariat entre elles et avec les autres associations poursuivant des buts similaires. Elles s'engagent à adapter leurs activités à l'évolution des besoins des personnes.

Principes de transparence gouvernant la gestion financière

Dans leur gestion administrative et financière, les associations membres doivent respecter les règles fondamentales de rigueur, de clarté et de transparence, en accord avec les textes et les recommandations générales concernant le bon fonctionnement des associations.

1° Administration de l'association.

a) Dispositions générales.

Les associations membres confirment leur respect de textes législatifs et réglementaires en vigueur (loi du 1^{er} juillet 1901 et décret d'application du 16 août 1901).

Elles s'obligent par ailleurs à décrire les attributions et rôles de leurs représentants légaux et de leurs dirigeants dans leurs textes fondateurs.

L'ensemble des décisions de leurs différents organes statutaires est transcrit dans des procès-verbaux.

Les associations membres s'engagent à respecter les critères de gestion désintéressée tels que décrits à l'article 261-7-1 d/ du code général des impôts⁶⁷ ;

⁶⁷ Le caractère désintéressé de la gestion résulte de la réunion des conditions ci-après :

- l'organisme doit être géré et administré à titre bénévole par des personnes n'ayant elles-mêmes, ou par personnes interposées, aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation ;
- l'organisme ne doit procéder à aucune distribution directe ou indirecte de bénéfice, sous quelque forme que ce soit ;
- les membres de l'organisme et leurs ayants droit ne doivent pas pouvoir être déclarés titulaires d'une part quelconque de l'actif, sous réserve du droit de reprise des apports.

b) Dispositions spécifiques

Les associations membres s'engagent à adhérer au groupement d'intérêt économique Alliance gestion. Ce groupement a pour objet, en vue de faciliter et de développer l'activité de ses membres en rationalisant leurs charges d'exploitation et leur coût de fonctionnement :

- de créer, d'organiser et de regrouper divers services communs aux membres du groupement, notamment au niveau comptable, administratif, juridique et financier, et au niveau de la gestion du personnel ;

- de fournir aux membres du gouvernement toutes prestations de services se rapportant à l'objet ci-dessus.

Les associations membres s'engagent à adhérer à l'union d'économie sociale Alliance immobilière. Cette société, par la coopération entre ses membres et en vue du développement de l'activité de chacun d'eux, à pour objet :

- de contribuer par ses activités à la mise en œuvre d'une politique de l'habitat social pour les populations défavorisées afin de favoriser leur insertion par l'habitat ;

- de mettre en place, animer, coordonner et gérer en commun un ensemble de moyens, produits et services destinés à offrir des logements adaptés pour des populations présentant une difficulté d'accès à un logement et, sans que cette énumération soit limitative :

- l'acquisition ou la réhabilitation de biens immobiliers destinés à l'insertion, l'hébergement, le logement ou l'amélioration des conditions de logement des personnes défavorisées ;

- la maîtrise d'ouvrage urbaine et sociale d'opérations d'habitat adapté, comprenant notamment le montage d'opérations, leur suivi technique, social et financier aux fins d'adaptation du logement et du loyer aux besoins et aux ressources des futurs occupants ;

- la gestion locative des biens immobiliers destinés aux personnes défavorisées ;

- la mise en place et la contribution à tout plan d'accompagnement social ;

- la contribution et la participation à des dispositifs d'insertion sociale de toutes natures ;

- et, généralement, toutes opérations financières, commerciales, industrielles, civiles, immobilières ou mobilières pouvant se rattacher, directement ou indirectement, à l'un des objets spécifiés ou à tout objet similaire ou connexe de nature à favoriser le développement du patrimoine social.

L'adhésion implique l'apport de l'ensemble du patrimoine immobilier de l'association signataire, qui recevra en échange des parts sociales de l'UES. Le nouveau membre s'interdit, au même titre que les membres déjà signataires, de vendre des parts sociales de l'UES à un non-membre.

2. Documents comptables

Les associations membres s'engagent à suivre les recommandations édictées par le Conseil national de la comptabilité concernant les associations, notamment s'agissant de l'établissement des documents comptables (bilan, compte de résultat et annexes).

Les documents devront être accompagnés, s'il existe, d'un état certifié de comptabilité analytique arrêté à la date de clôture de l'exercice comptable. La certification de cet état devra être effectuée par le commissaire aux comptes de l'association adhérente, ou au moins par un trésorier, en fonction des règles en vigueur au sein de celle-ci.

Les associations membres s'engagent à faciliter la compréhension de ces documents comptables par un commentaire clair et synthétique présentant l'origine et l'utilisation de leurs ressources. Elles rendront accessibles ces documents comptables et leur commentaire synthétique, grâce à leur publication au greffe du tribunal de grande instance compétent.

3. Certification

A l'exception des documents prévisionnels, l'ensemble des documents financiers et comptables cités ci-dessus devront être certifiés par un commissaire aux comptes inscrit. La vérification par un expert comptable pourra être suffisante sous les conditions prévues dans les modalités spécifiques d'application du présent engagement.

4. Contrats de prestation et passation de marchés

D'une manière générale, l'ensemble des contrats et des marchés passés par les associations doivent l'être avec les prestataires de services ou des fournisseurs qui ne sont pas susceptibles de compromettre la gestion désintéressée de l'association.

Ceci implique de la part des associations membres :

- *qu'elles s'assurent de la stabilité et du sérieux de leurs prestataires et fournisseurs avant de leur confier toute prestation ;*
- *qu'elles ne versent le montant des prestations qu'après celles-ci réalisées, ou après conclusion d'un contrat écrit et détaillé ;*
- *qu'elles organisent, pour toute prestation importante ou représentant une part non négligeable de leur budget, une consultation avant de s'engager vis-à-vis d'un prestataire ou d'un fournisseur, ou, pour des prestations répétées chaque année, qu'elles remettent le contrat en question au moins tous les trois ans, et en tout cas à chaque terme du contrat.*

5. Recrutement et gestion du personnel

Les associations membres appliquent les principes du code du travail et l'ensemble des réglementations en vigueur en matière de recrutement et de gestion du personnel et s'engagent à imposer à leurs salariés le respect des obligations légales et réglementaires d'hygiène et de sécurité. Elles s'engagent à inscrire leurs modes de recrutement ainsi que les niveaux de leurs modes de rémunération dans les usages et les limites habituelles des organismes à but non lucratif.

PRINCIPE DE COMMUNICATION RELATIVE AUX OPÉRATIONS DE COLLECTE DE FONDS

1. Contenu des messages

Dans le souci de garantir la qualité et l'honnêteté des messages contenus dans leurs campagnes de collecte, les associations s'engagent à respecter leur objet social, ainsi que les principes généraux définis plus avant. Elles s'interdisent également de présenter ou fournir toute information contenant des allégations, indications ou représentations fausses ou de nature à induire en erreur.

Les associations membres s'engagent à porter, sur tous les documents qu'elles publient ou communiquent, toutes les mentions nécessaires à leur bonne identification, ainsi qu'à celle de leur objet social.

Le respect de ces règles de qualité et d'honnêteté par les associations membres se fait sous le contrôle de leurs instances dirigeantes.

2. Respect des réglementations

Les associations membres s'engagent à respecter l'ensemble des dispositions légales et réglementaires concernant les appels à la générosité publique et la gestion des fichiers. Ceci comprend :

- loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 ;*
- règlements de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) ;*
- recommandation du bureau de vérification de la publicité de septembre 1987, sur l'appel à la générosité publique (annexe I) ;*
- réglementation des appels à la générosité (quêtes sur la voie publique, marque distinctive, galas, tombolas, souscriptions, obligations associatives...).*

3. Limitation des frais

D'une manière générale, les associations membres s'engagent à limiter les frais de mise en œuvre de leurs campagnes de communication et de collecte de fonds.

RÉPONSE DE L'ASSOCIATION LUCIEN-J.-ENGELMAJER

Il est principalement reproché à l'association ses difficultés de communication avec l'extérieur, et plus généralement son manque de transparence.

Ces reproches semblent partiellement non fondés.

L'association a subi de nombreux contrôles de toute nature émanant notamment des URSSAF et de l'administration des impôts. Ces contrôles, pourtant très approfondis, n'ont abouti à aucun redressement, les différents services n'ayant pu relever à l'encontre de l'Association que des imperfections minimales.

Le dernier contrôle fiscal s'est achevé en décembre 1997 par un avis d'absence de redressement et le caractère non lucratif de l'Association a bien été confirmé.

Les polémiques dont l'Association est l'objet ne doivent pas occulter l'assistance unique que cette dernière apporte aux toxicomanes. Les solutions qu'elle propose ont parfois été reconnues par certaines administrations et même par certains tribunaux qui n'ont pas hésité à lui confier des délinquants toxicomanes. L'aide apportée à ces derniers a souvent constitué pour les familles concernées l'ultime recours ne présentant pas d'équivalent.

Forte des observations formulées par les diverses autorités, l'Association mène dans cet esprit une réflexion sur les modifications à apporter à son organisation.

L'Association souhaiterait que les critiques émises à son encontre soient assorties de recommandations et de propositions. C'est dans ce contexte que l'Association souhaite mettre fin à son isolement. A cet effet, elle est désireuse de se rapprocher de tous les pouvoirs publics concernés en vue de tenter une collaboration en pleine transparence et en toute réciprocité.