



Filière des Elèves Directeurs d'hôpital
Promotion : **Georges CANGUILHEM 2010-2012**
Date du Jury : **2011**

La lutte contre la toxicomanie en Europe: le modèle portugais

Eric ROQUE

Remerciements

Ce stage n'aurait pas pu avoir lieu sans le financement de l'EHESP, et donc de la République Française, auxquels je suis reconnaissant. Je remercie Chittra KICHENARADJA, référente pour le Portugal à l'EHESP, qui m'a accompagné tout au long de ce projet.

Je remercie João CASTEL-BRANCO GOULÃO, Président de l'IDT et de l'OEDT, qui a accepté d'être mon maître du stage et qui m'a ouvert les portes de l'IDT. Je remercie également Fernanda FEIJÃO, Responsable du Bureau des Etudes et de la Recherche de l'IDT, qui a été ma tutrice directe et qui s'est chargée de l'orientation et de l'organisation quotidienne du stage.

Je remercie aussi l'équipe du Bureau composée d'Elsa LAVADO et de Vasco CALADO qui m'ont beaucoup entouré durant ce stage, ainsi que Mário CASTRO, le Directeur du Département du Monitoring, de la Formation et des Relations Internationales qui m'a accueilli dans sa Direction. Je remercie également tout le personnel de l'IDT et des structures qui m'ont ouvert leurs portes et qui m'ont accordé le temps nécessaire pour accéder à l'information, ainsi que les usagers des services visités. Un remerciement aussi pour toute ma famille qui m'a facilité ce travail.

S o m m a i r e

1	Introduction - Le Modèle portugais :.....	2
2	L'Institut de la Drogue et de la Toxicomanie est l'administration de l'Etat qui a en charge la politique sanitaire en matière de drogues.....	3
3	Le modèle portugais se caractérise par une réponse multisectorielle planifiée et adaptée aux besoins locaux	7
4	Bilan de cette expérience :	22
	Conclusion.....	24
	Bibliographie.....	26
	Liste des annexes	28

Liste des sigles utilisés

CD	Conseil Directif
CDT	Commission pour la Dissuasion de la Toxicomanie
CRI	Centre de Réponses Intégrées
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres de soins spécialisés en toxicomanie
CT	Communauté Thérapeutique
EPE	Entités publiques entrepreneuriales
IDT	Institut de la Drogue et de la Toxicomanie
MiLDT	Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QUAR	Cadre d'évaluation et de responsabilisation
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
UD	Unité de déshabituasson (sevrage)
UPD	Usager problématique de drogues

Le choix du Portugal et les objectifs initiaux du stage

L'objectif général du stage était d'aborder une thématique de santé publique à travers une expérience étrangère. Il s'agissait concrètement de comprendre le modèle portugais de prise en compte de la toxicomanie, d'observer son application y compris du point de vue de la gestion, de contacter les professionnels de la santé et les usagers.

Le choix de Lisbonne s'est fait en raison de l'expérience développée au Portugal dans la lutte contre la drogue. Lisbonne est aussi le siège de l'OEDT, agence européenne créée en 1993. Par conséquent, il y a de nombreux experts sur la toxicomanie à Lisbonne.

Le Portugal a choisi une réponse originale dans la lutte contre la toxicomanie. Un modèle est en train d'apparaître puisque quelques pays s'inspirent de l'expérience portugaise (l'Argentine, le Mexique, la Tchéquie) et d'autres s'y intéressent (le Royaume-Uni, la Norvège).

Par conséquent, il s'agissait aussi d'appréhender le modèle portugais. Le but était d'observer l'accès aux soins pour les toxicomanes.

1 Introduction - Le Modèle portugais :

Au Portugal, les politiques relatives aux drogues et à la toxicomanie sont réglementées par 3 types d'instruments légaux :

1. La Stratégie
2. Les Plans nationaux
3. Les Plans d'action

La coordination de ces politiques appartient à 3 entités :

- A. **Le Conseil Interministériel**
- B. **Le Coordinateur National**
- C. **Le Conseil National**

L'institution responsable pour l'appui aux structures de coordination de ces politiques et pour leur application dans le domaine de la réduction de la demande est **l'Institut de la Drogue et de la Toxicomanie (IDT)**.

Par conséquent et en synthèse, au regard des politiques (voir annexe 5):

1. La Stratégie Nationale de Lutte contre la Drogue (1999)

Définit des principes (8), des objectifs généraux (9) et des options stratégiques (10) ainsi que des lignes d'orientation qui devront être suivies dans les différents domaines d'intervention.

2. Les Plans Nationaux

Ils définissent les objectifs à atteindre dans les divers domaines d'intervention et les lignes directrices de ces interventions dans une période de temps déterminée :

- a. « 30 objectifs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie – horizon 2004 » en 2001
- b. Plan National contre la Drogue (2006)

3. Les Plans d'action

Les objectifs sont mis en œuvre en définissant les actions à développer, les indicateurs d'exécution et les responsables de l'exécution :

- a. Plan d'Action Horizon 2004
- b. Plan d'Action 2005-2008
- c. Plan d'Action 2009-2012

Relativement aux structures de coordination :

A. Le Conseil Interministériel pour les problèmes de la drogue et de la toxicomanie et de l'usage nocif d'alcool

Présidé par le Premier Ministre et composé par les 13 Ministres et le Coordinateur National. Le Ministre de la Santé est responsable du domaine des politiques de la drogue.

B. Le Coordinateur National pour les problèmes de la drogue et de la toxicomanie et de l'usage nocif d'alcool

C'est le Président de l'IDT.

C. Le Conseil National pour les problèmes de la drogue et de la toxicomanie et de l'usage nocif d'alcool

C'est l'organisme consultatif du Premier Ministre, qui le préside ; il est composé par les représentants de la société civile à travers 23 membres.

L'Institut de la Drogue et de la Toxicomanie (IDT) est un institut public, sous la tutelle du Ministère de la Santé (mais qui n'est pas intégré dans le Système National de Santé).

L'IDT est responsable de l'élaboration du *Rapport annuel sur la situation du pays en matière de drogue et de toxicomanie* que le Coordinateur National doit présenter annuellement à **l'Assemblée de la République**.

2 L'Institut de la Drogue et de la Toxicomanie est l'administration de l'Etat qui a en charge la politique sanitaire en matière de drogues

L'IDT est un institut public placé sous la tutelle du Ministère de la Santé. Sa mission est de promouvoir la réduction de la consommation de drogues licites et illicites, ainsi que la diminution des toxicomanies (décret-loi n°221/2007 du 29 mai 2007).

L'IDT a pour attributions l'appui à la coordination nationale et à son application sur le terrain:

1. Appuyer le Gouvernement dans la définition d'une stratégie nationale et des politiques de lutte contre la drogue, l'alcool et les toxicomanies, ainsi que dans son évaluation.
2. Planifier, coordonner, exécuter et promouvoir l'évaluation de programmes de prévention, de traitement, de réduction de risques, de minimalisation de dommages et de réinsertion sociale.
3. Appuyer des actions pour permettre la dissuasion des consommations de substances psychoactives.
4. Agréer les unités de prestation de soins de santé dans le domaine des toxicomanies, dans les secteurs sociaux et privés, en définissant les protocoles techniques et thérapeutiques, et en accompagnant leur fonctionnement et application.
5. Développer, promouvoir et stimuler la recherche et maintenir un système d'information sur le phénomène des drogues et des toxicomanies qui permette de respecter les activités et les objectifs fixés par l'appartenance à l'OEDT.
6. Assurer la coopération avec des entités nationales et internationales dans les domaines de la drogue, de l'alcool et des toxicomanies.

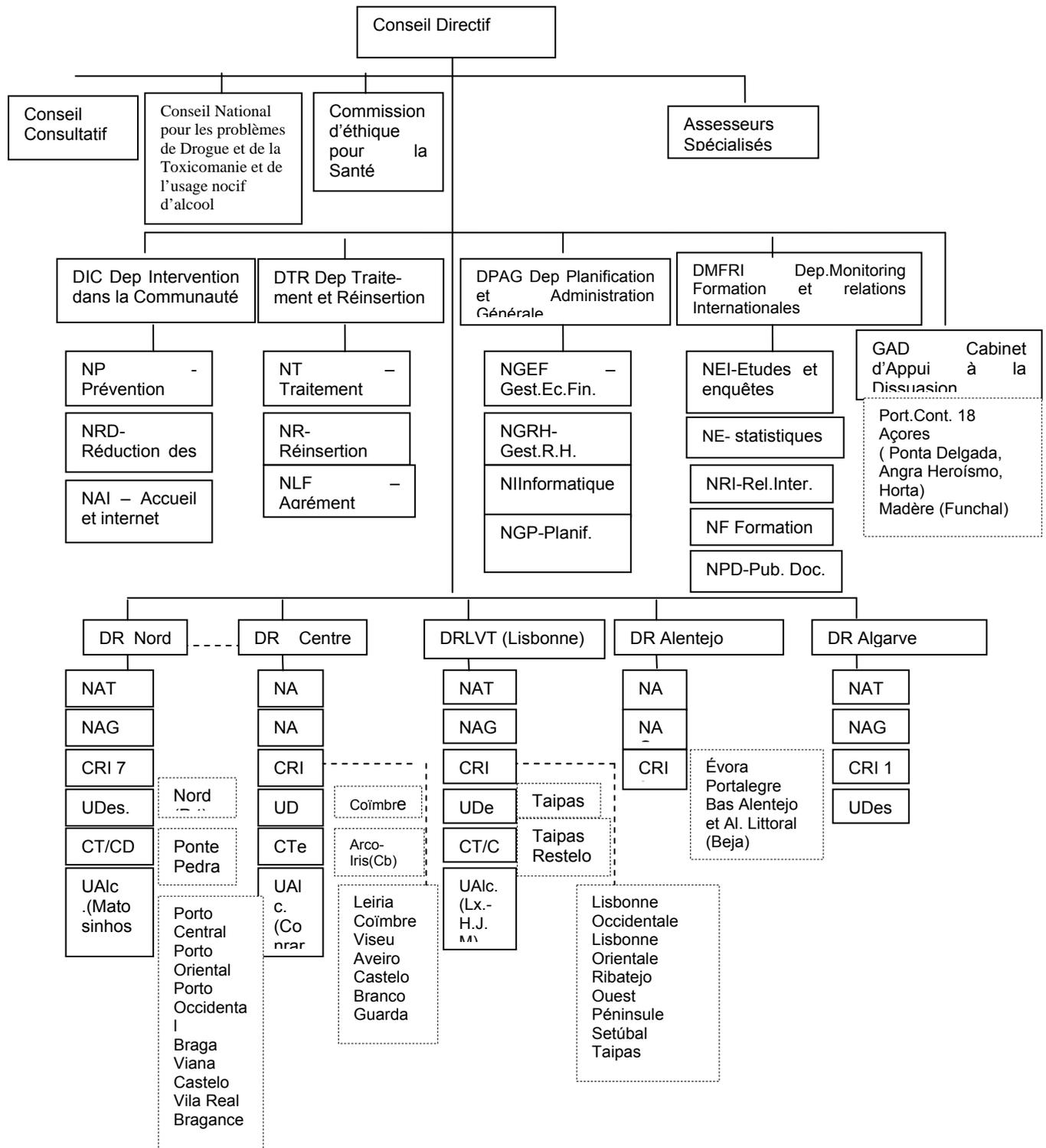
L'IDT a ses services centraux à Lisbonne et a cinq délégations régionales, 22 Centres de Réponse Intégrée. Il gère directement 4 unités de sevrage, 3 communautés thérapeutiques, 3 unités d'alcoologie et 2 centres de jour, il en conventionne et finance dans le secteur privé conventionné.

A travers une administration hiérarchisée organisée en réseau territorial, le management s'exerce par une planification d'objectifs et de moyens périodiquement évalués

L'IDT est dirigé par un Conseil Directif composé du Président et de deux Vice-présidents. Le Président de l'IDT est également le Coordinateur national de la lutte contre la drogue qui mobilise les différents acteurs ministériels (intérieur, justice, santé, éducation nationale...) et qui dépend directement du Premier Ministre. Dans les services centraux, il y a 4 Départements : l'Intervention dans la Communauté (prévention, réduction des dommages) ; le Traitement et la Réinsertion ; la Planification et l'Administration Générale ; le Monitoring, la Formation et les Relations Internationales.

Au niveau des Délégations Régionales, cette structuration est reprise : un Délégué régional et deux Sous-délégués, des responsables administratifs et techniques, des responsables du traitement (clinique), de la prévention, de la réduction des dommages, de la réinsertion, de la recherche et de l'information. Au niveau des CRI, cette structuration existe également dans les plus importants: un Directeur, des coordinateurs de la prévention, de la réduction des risques, du traitement et de la réinsertion sociale, et un responsable administratif.

Organigramme de l'IDT :



Il en résulte de la structuration de l'IDT que la hiérarchie dispose de tous les éléments d'activité et d'information des besoins sur le terrain. Ceux ci sont fournis par une remontée des données, à travers les administrations régionales et les bureaux des services centraux. Pour appliquer sa mission, l'IDT diagnostique les besoins, planifie, applique, accompagne et évalue les résultats.

L'IDT dispose aussi de plans de compétences du personnel (y compris au niveau régional) et un bilan social, d'un plan de gestion des risques de corruption et d'infractions connexes. Le personnel, y compris les dirigeants, sont évalués. En 2009, l'IDT avait 1 821 agents (y compris les collaborateurs externes) dont 77 cadres supérieurs, 764 personnels médical et paramédical, 143 agents du service social. Son budget 2009 réalisé atteignait près de 75,2 millions d'euros.

L'IDT organise la prise en charge sanitaire des consommateurs de drogues et des toxicomanes :

Les patients disposent d'un fichier informatisé (système d'information multidisciplinaire) mais qui n'est pas relié à celui du SNS. L'IDT a des structures directes qui gèrent 47 893 patients en ambulatoire, 680 119 consultations (dont 10 209 premières). Les programmes thérapeutiques aux opiacés concernent 27 031 usagers. Les 4 unités de sevrage internent 1 644 personnes (taux d'occupation de 75,8%, 51 lits), 127 personnes vivent dans les 3 communautés thérapeutiques (65 lits) et 1 137 sont internées dans les 3 unités d'alcoologie (75 lits). L'IDT a 2 centres de jour (70 patients).

L'IDT finance des structures conventionnées qui hébergent 3 474 patients dans 62 communautés thérapeutiques (1 615 lits), 953 personnes dans 6 unités de sevrage (70 lits). L'IDT travaille avec d'autres structures : 5 centres de jour, 36 équipes de rue, 9 points de contact et d'information, 2 structures dans les prisons.

3 Le modèle portugais se caractérise par une réponse multisectorielle planifiée et adaptée aux besoins locaux

3.1 Le modèle portugais de lutte contre la drogue est une réponse stratégique et planifiée organisée dans une administration nationale à réseau territorial sur des domaines complémentaires d'intervention

Le « modèle » portugais de lutte contre la drogue est souvent résumé à la décriminalisation de l'usage de drogues. En fait le modèle portugais c'est d'abord :

- Une stratégie nationale de lutte contre la drogue qui définit des principes, des objectifs généraux et stratégiques, et qui s'articule par une planification pluriannuelle et annuelle.
- Une coordination entre les différents responsables de lutte contre la drogue aussi bien sur la réduction de l'offre que de la demande, ainsi qu'une organisation de la politique sanitaire qui, à travers l'IDT, est centralisée et nationale tout en étant articulée par un réseau territorial.
- En matière de santé publique, une réponse de prévention, de dissuasion, de réduction des risques, de traitement et de réinsertion,

3.1.1 La stratégie de lutte contre la drogue implique une coordination entre les administrations et la planification de la réponse sanitaire

La *Stratégie nationale de lutte contre la drogue* a été adoptée en 1999. Elle est toujours en vigueur. La Stratégie nationale est fondée sur 8 principes : la coopération internationale, la prévention, l'humanisme, le pragmatisme, la sécurité, la coordination et la rationalisation des moyens, la participation.

Elle définit 6 objectifs généraux : une stratégie européenne et internationale de lutte contre la drogue aussi bien au niveau de l'offre que de la demande, une meilleure information de la société sur la drogue et la toxicomanie, la réduction de la consommation de drogues surtout chez les jeunes, la garantie des moyens pour le traitement et la réinsertion des toxicomanes, la défense de la santé publique et de la

sécurité des personnes, la répression du trafic illicite de drogues et du blanchissement des capitaux.

Elle contient 13 options stratégiques dont: le renforcement de la coopération internationale, la décriminalisation de la consommation de drogues, la réorientation de la mission de prévention primaire, l'élargissement et l'amélioration du réseau de santé, l'extension des politiques de réduction des risques, la promotion d'initiatives de réinsertion sociale et professionnelle des toxicomanes, la garantie des conditions d'accès des toxicomanes incarcérés au traitement, l'établissement des méthodes d'évaluation des initiatives publiques et privées dans le domaine des drogues.

Dès 2004, elle a été évaluée en interne et en externe. Une évaluation interne a été réalisée en 2008 ; des évaluations interne et externe sont prévues pour 2012. Chaque année un rapport sur la situation en matière de drogues fait l'objet d'une présentation et d'un débat au Parlement. Le Conseil National de Combat contre la Drogue et la Toxicodépendance est compétent pour le suivi de la Stratégie.

La Stratégie est appliquée par des plans¹. Le Plan en vigueur est le *Plan national contre les drogues et les toxicomanies 2005-2012*. Ce plan national prévoit un processus de feed back et de monitoring, qui suppose une évaluation des politiques menées sur le terrain. Il est développé par des plans d'action pluriannuels ; actuellement est en vigueur le *Plan d'action contre les drogues et les toxicomanies 2009-2012*. Le Plan fixe un résultat à atteindre par domaines, avec 69 objectifs qui se déclinent en actions, avec des entités responsables et des instruments d'évaluation ou indicateurs². Une évaluation

¹ Au niveau européen, il existe une stratégie européenne 2005-2012 et 2 plans d'actions 2005-2008 et 2009-2012. Le Portugal a donc été précurseur en termes de planification.

² Par exemple, l'un des résultats à atteindre est de rendre disponible les programmes de réduction des risques et de minimisation des dommages auprès de groupes spécifiques. L'objectif 47 est l'intervention auprès de consommateurs dans les contextes de divertissement nocturne. Les actions 47.1, 47.2 et 47.3 prévoient la définition de guidelines pour l'intervention dans les espaces de divertissement nocturne, l'intervention auprès des organisateurs d'évènements, et la production de manuels de divulgation spécifiques. Le calendrier prévu est 2009-2012. Les entités responsables sont l'IDT et le Ministère de l'Intérieur. Les indicateurs sont : la publication du manuel d'orientation pour l'intervention en contexte nocturne ; le nombre d'actions d'information et de sensibilisation auprès d'organisateur d'évènements ; le nombre de matériels spécifiques pour cette intervention.

périodique de tous ces objectifs et de ces indicateurs est effectuée³. Un Conseil national de lutte contre la drogue, dont le Coordinateur national est aussi le Président de l'IDT, réunit les administrations publiques compétentes.

Au niveau de l'IDT, chaque année un plan d'activités est adopté. Pour son évaluation un QUAR Quadro de Avaliação e Responsabilização (cadre d'évaluation et de reponsabilisation) fixe des objectifs stratégiques⁴. Le QUAR s'articule en objectifs stratégiques, lesquels se déclinent en objectifs opérationnels d'efficacité (pondération 30%), d'efficience (40%) et de qualité (30%), avec des indicateurs, et des objectifs de réalisation annuelle⁵. Le QUAR fait l'objet d'un monitoring semestriel et d'une auto-évaluation annuelle (bilan). Le Haut Commissariat à la Santé émet ensuite un avis critique. Néanmoins, il n'y a pas encore une comptabilité analytique à l'IDT.

A partir de ces plans, qui fixent des objectifs, sur la base de diagnostics territoriaux, le PORI (Plan Opérationnel des Réponses Intégrées) prend en compte les zones les plus affectées par la drogue. Dans l'objectif d'évaluer le PORI annuellement, il est déterminé dans le Plan annuel d'activités de l'IDT des résultats à atteindre, qui se déclinent en objectifs opérationnels, avec des indicateurs et des résultats à obtenir⁶. Des projets territoriaux, les 99 Programmes de Réponses Intégrées PRI implémentent le PORI en

³ Ainsi le plan d'action horizon 2008 a été évalué dans l'objectif d'adapter le nouveau plan d'action en fonction des réalités financières et humaines.

⁴ Prévu dans le Système de gestion et d'évaluation de la performance dans l'administration publique.

⁵ Par exemple, pour mettre en œuvre l'objectif stratégique OE2 (consolider la capacité de réponse aux nécessités des populations, à travers les divers programmes des domaines de mission), l'objectif opérationnel OP4 prévoit la maximisation de l'occupation des unités publiques d'internement (qui vaut 60% du critère d'efficacité ; OP3 vaut 40%). Cet OP4 s'articule en 3 indicateurs : le taux d'occupation en CT dans l'année (indicateur 8, 35% de l'OP4), le taux d'occupation en UD dans l'année (indicateur 9, 25% d'OP4), le taux d'occupation en UA dans l'année (indicateur 10, 40% d'OP4). Le résultat à atteindre pour 2010 est de 80% pour l'indicateur 8, de 70% pour l'indicateur 9 et de 80% pour l'indicateur 10.

⁶ Par exemple, en matière de traitement, le résultat 3 à atteindre est la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue de la qualité au niveau des programmes et interventions thérapeutiques. L'objectif opérationnel est d'élaborer et de perfectionner les lignes directrices techniques ou technico-normatives pour les divers types d'intervention, y compris les protocoles d'articulation et d'intervention. Il se précise en 5 objectifs, dont l'objectif 24 : élaboration de lignes directrices pour le traitement précoce de jeunes à risque. L'indicateur est l'actualisation des lignes directrices. La Direction du traitement est responsable de cet objectif.

fonction de la situation précise sur le terrain, des acteurs sociaux disponibles, et des priorités de l'IDT⁷. Les PRI sont multisectoriels et interdisciplinaires et incluent les principaux axes d'intervention sur le terrain (la prévention, la dissuasion, le traitement, la réduction des risques et la réinsertion).

Le PORI est fondé sur les principes de territorialité, d'intégration, de partenariat et de participation. Le PORI identifie les zones et les caractérise (dont les diagnostics de territoires et la constitution des PRI). Les propositions de PRI sont sélectionnées en fonction des priorités, le PRI est contractualisé (création d'une unité territoriale, la coordination technique et financière du PRI). Le PRI fait l'objet d'un monitoring, il est supervisé et évalué.

3.1.2 Une stratégie qui répondait à une situation difficile en matière de toxicomanie et dont les résultats obtenus par l'IDT sont encourageants

Le modèle portugais a été développé en raison de la situation difficile du Portugal en matière de toxicodépendance. En effet, le Portugal a été un pays très touché par l'usage problématique de drogues ces dernières décennies.

Aujourd'hui le Portugal serait parmi les « plaques tournantes » de certaines drogues en Europe, en raison de sa proximité géographique et de son exposition maritime avec l'Amérique du Sud (cocaïne), et le Maroc (haschich). Il est possible qu'il y ait un relatif succès de la lutte contre les trafics, ce qui permettrait de ne pas augmenter l'offre⁸.

En 1995, il y avait 74,37/100 000 premières admissions dans des centres de traitement des drogues au Portugal, ce taux a connu un pic à 98,22 en 1999. En 2001, il y avait 84,94/100 000 premières admissions dans des centres de traitement au Portugal (pour

⁷ Au niveau de l'action sanitaire, tout le territoire a fait l'objet de diagnostics sur la situation en matière de drogues. Par conséquent, l'IDT connaît avec précision ce qui se passe sur le terrain, y compris par exemple dans le détail des quartiers voire des rues de Lisbonne.

⁸ Cependant, et j'en ai fait l'expérience, il est très fréquent d'être abordé par les dealers et de se voir proposer des drogues (cannabis, cocaïne) dans certaines rues animées de Lisbonne (Belvédère Santa Catarina, Bairro Alto, Rossio) ou bien de rencontrer des personnes préparer ou fumer du cannabis sur la voie publique.

37,85 dans la région européenne)⁹. Ce taux a baissé, il était à 48,3 en 2007. Il est estimé qu'il y a au Portugal, 25 808 personnes qui suivaient des TSO en 2008 dans tout le réseau public dont 67% en ambulatoire¹⁰. Au Portugal 75% des patients prennent de la méthadone, 25% de la buprénorphine (seule la méthadone y est gratuite).

Plus de dix ans après l'adoption de la Stratégie nationale, au Portugal la prévalence de l'usage de drogues a diminué de manière généralisée chez les jeunes (étude en milieu scolaire 2001-2006). Chez les prisonniers, la prévalence de l'usage de drogues diminue également¹¹. Les cas d'infection au VIH/SIDA chez les toxicomanes ont considérablement diminué¹². Sur la population générale, la prévalence tout au long de la vie sur toutes les drogues a augmenté, en particulier sur le cannabis¹³ ou légèrement sur la cocaïne et l'ecstasy ; et elle est contrôlée sur l'héroïne. Chez les plus jeunes, les personnes âgées entre 15 et 34 ans, le taux de continuité de la consommation de drogues a diminué entre 2001 et 2007 de 51,7 à 40% pour toutes les drogues¹⁴. La prévalence sur les derniers 30 jours montre une forte stabilité de la consommation entre 2001 et 2007, y compris au niveau du cannabis, ce qui démontre une relative bonne maîtrise des niveaux d'usages de drogues dans la population portugaise.

En Europe, la prévalence de la consommation d'héroïne est de 0,4% de la population¹⁵. Près de 0,26% de la population injecte les drogues. Par contre près de 22,5% des

⁹ Source : Health for All Database, OMS Bureau régional pour l'Europe. En données brutes: 8 743 premières admissions en 2001; 5 124 en 2007.

¹⁰ contre une estimation de près de 130 000 en France en 2007 (source INSERM). En France seuls 20% des usagers prennent de la méthadone et 80% de la buprénorphine INSERM. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Editions INSERM. Paris, octobre 2010. 592p.

¹¹ étude nationale sur la population carcérale 2007

¹² 42% des 37 201 séropositifs portugais en 2009 sont associés à la toxicomanie, en 2009 il y avait 214 nouveaux cas notifiés liés à la toxicomanie contre 1067 en 2003. Rapport annuel 2009 sur la situation du pays en matière de drogues et des toxicomanies, IDT, pages 37 et 38.

¹³ La prévalence était de 7,6% en 2001 et passe à 11,7% en 2007 pour les 15-64 ans; pour les jeunes adultes (15-34 ans), elle passe de 12,4 à 17%. Figure 1 p. 15. Rapport annuel 2009 sur la situation du pays en matière de drogues et des toxicomanies.

¹⁴ Figure 3, p:16 du Rapport annuel 2009 sur la situation du pays en matière de drogues et des toxicomanies.

¹⁵ Source : rapport annuel OEDT 2010.

Européens ont déjà consommé du cannabis, dont 23 millions de personnes en 2009, dont 4 millions quotidiennement.

Dans les données délivrées par l'OEDT, la prévalence de l'usage de drogues au Portugal, chez les jeunes ainsi que dans la population générale, est bien souvent plus faible que la moyenne européenne (cannabis, amphétamines, cocaïne).

3.2 En matière de santé, sur le terrain, l'IDT mène des politiques ciblées en fonction des besoins des personnes

Au niveau de l'IDT la réponse sanitaire est axée autour de cinq priorités : la prévention, la dissuasion (dont la décriminalisation de l'usage des drogues), la réduction des risques, le traitement et la réinsertion sociale.

3-2-1 La prévention

La prévention est universelle, sélective et indiquée (2006-2007). Elle est centrée sur le citoyen et le territoire (2006-2007).

L'IDT travaille en réseau sur la prévention, en particulier avec l'éducation nationale, la police. De plus en plus l'IDT apporte des formations à ces partenaires qui pourront ensuite sensibiliser les publics. La prévention générale est surtout axée sur l'éducation nationale et sur des moyens de communication à disposition de tous (site internet, e-mails et ligne téléphonique).

L'IDT dispose d'un second site internet à destination des jeunes, « eu e os outros » (moi et les autres¹⁶) où se trouvent des informations sur les drogues. Les personnes peuvent également envoyer des mails qui obtiennent des réponses de l'IDT. Une ligne téléphonique gratuite existe à disposition du public.

¹⁶ <http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=19711>

En milieu scolaire, il y a un programme de sensibilisation des adolescents aux questions des drogues et de l'alcool, *tu alinhas*, qui permet d'aborder les sujets et obliger les adolescents à se positionner, faire des choix et les assumer¹⁷. L'IDT a élaboré le projet qui est mis en œuvre par les intervenants de l'éducation nationale.

En matière de prévention spécifique, l'IDT a des politiques de prévention ciblées sur certains publics. Par exemple, il y a des programmes qui ont été menés sur certaines populations cibles : les prisonniers, les orphelins (casa Pia).

Certains diagnostics ont été menés sur d'autres populations fragiles (les quartiers défavorisés de Trafaria et Caparica, les milieux festifs et quartiers populaires et de la fête de Lisbonne : Bairro Alto, Cais do Sodré...). En effet, l'IDT dispose de diagnostics territoriaux très poussés, détaillés sur certains quartiers, certaines rues, en connaissance des populations concernées. L'IDT a donc la possibilité d'agir localement sur des populations cibles (prostitués, immigrés...).

L'IDT a une bonne vision des évolutions et des besoins sur la problématique de la drogue. Par exemple, les enquêtes périodiques en milieu scolaire et les diagnostics territoriaux contribuent en ce sens. Il est donc possible au Portugal d'adapter les politiques publiques de lutte contre la drogue assez rapidement.

Néanmoins, contrairement à la France, d'après les professionnels interrogés, il n'y a pas de campagnes audiovisuelles de lutte contre la drogue au Portugal. En matière de populations spécifiques, il existe des milieux et des minorités qui ne semblent pas toujours ciblées par les campagnes de prévention.

S'il existe des actions sociales en faveur de populations immigrées¹⁸, je n'ai pas eu d'informations sur des campagnes de prévention spécifiques auprès des professionnels interrogés. D'après eux, il n'y aurait pas non plus de campagnes de prévention visant la

¹⁷ Les professionnels de l'IDT m'ont fait jouer à ce jeu préventif qui vise à sensibiliser sur les choix personnels, la prise de responsabilité et la facilitation à aborder certains sujets (sexualité, tabac, alcool, drogues, violences domestiques, respect des autres et positionnement vis-à-vis des autres...).

¹⁸ il y a des Centres Locaux d'Appui à l'Intégration d'Immigrés CLAII

minorité lgbt¹⁹. Il n'y aurait pas d'informations statistiques sur l'usage de drogues dans ces milieux qui serait significativement supérieur à la moyenne²⁰.

Par ailleurs, il n'y aurait pas d'intervention massive en milieu festif, en dehors des festivals techno ou de musique. Contrairement à la France, je n'ai pas vu de prospectus ou de cartes postales visant à sensibiliser les clients des bars contre les drogues. Il existe certes des initiatives, par exemple l'association Conversas de Rua, et son projet «nuit sûre» Noite segura ; il s'agit d'une ONG qui a été financée par l'IDT, qui vise à sensibiliser les jeunes aux dangers des abus de drogues dans un contexte nocturne festif.

3-2-2 La dissuasion passe avant tout par la décriminalisation de l'usage de toutes les drogues qui depuis 2001 assure au consommateur le statut de patient et un suivi psychosocial et médicalisé (voir annexe 2)

La loi portugaise 30/2000 du 29 novembre 2000 définit le régime juridique de la consommation de stupéfiants: l'acquisition, la possession (jusqu'à 10 jours de consommation) et la consommation de drogues ne constitue plus un délit mais une contravention²¹. La décriminalisation de l'usage des drogues vise à dissuader la consommation en traitant administrativement le consommateur comme un malade et non plus comme un criminel ou un délinquant. L'objectif principal n'est donc plus de sanctionner le consommateur²². Il s'agit plutôt d'acheminer le consommateur de

¹⁹ Par exemple, à Paris, l'ONG Action traitements a organisé un colloque sur le VIH et les drogues récréatives en milieu gay en juillet 2009.

²⁰ Par exemple en France, l'OFDT présente un état des lieux sur l'usage de drogues en milieu gay. OFDT, Fournier Sandrine et Escots Serge. Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gais. TREND Tendances Récentes et Nouvelles Drogues. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008. Septembre 2010, 173p.

²¹ En France, d'après la loi du 31 décembre 1970, l'usage de stupéfiants est un délit passible de sanctions pénales (jusqu'à un an de prison et 3 500 euros d'amende).

²² En effet, dans la situation pécuniaire la plus défavorable le consommateur non toxicomane risque une amende de 150 euros pour du cannabis ou 500 euros pour de l'héroïne. En termes de restriction de libertés, il risque certaines contraintes (obligation de se présenter, interdiction d'aller dans certains espaces, mais jamais l'incarcération).

drogues ou le toxicomane dans un suivi administratif et médico-social avec l'objectif de dissuader le consommateur de poursuivre ses consommations (menace de sanction, admonestation, engagement à un traitement et suivi thérapeutique), et d'inciter le toxicomane à se traiter ou bien à suivre un programme de réduction des risques (méthadone).

Au Portugal, la police ayant identifié un consommateur de drogues peut le poursuivre devant une Commission de la Drogue et de la Toxicodépendance (CDT) qui comprend un membre nommé par le Ministère de la Justice, et un ou deux autres nommés par le Ministère de la Santé, dont des membres du corps médical.

Les consommateurs de drogues sont reçus par des équipes techniques (psychologues ou assistants sociaux) puis par les membres de la CDT, qui sont devenus des experts de la toxicomanie (juriste et personnel médico-social). Le consommateur de drogues est tout d'abord évalué par l'équipe technique. Cet entretien préliminaire vise à établir les faits, à analyser la personne (simple consommateur ou au contraire toxicomane), à envisager le suivi médico-social. L'audition de la personne par la Commission permet d'entendre, d'établir les faits et d'envisager un suivi administratif du cas de manière solennelle mais aussi confidentielle (absence de public).

Pour un toxicomane, la CDT peut proposer au toxicomane de suivre un traitement ce qui suspend la procédure de sanction contraventionnelle. Le toxicomane risque une amende non financière. Le consommateur non toxicomane risque en cas de récidive une amende ou une autre sanction non pécuniaire. Le consommateur de drogues qui s'est spontanément dirigé à un service de santé est protégé de toute sanction.

La décriminalisation est la politique publique la plus connue au niveau international. Le consommateur est confronté à la force publique, comme dans les tribunaux français. Il dispose d'une seconde chance (la procédure est suspendue à la première consommation, et en cas de récidive les sanctions ont surtout une portée préventive). Tout le travail effectué dans les CDT est anonyme, il n'y a pas de traces dans le cahier judiciaire. L'objectif prioritaire n'est plus de faire respecter l'interdiction légale d'usage de

drogues, en vigueur au Portugal comme en France, mais de situer la personne et de tenter de l'insérer dans un parcours médico-social visant sa pleine réinsertion²³.

Néanmoins, en raison des difficultés budgétaires, les équipes techniques sont souvent réduites, plusieurs districts n'en disposent pas. Certaines activités de sensibilisation des consommateurs de drogues ne peuvent pas être développées par manque de moyens. Par exemple, c'est le cas des GPI (Groupe de Prévention Indiquée) qui assuraient un travail social entre professionnels et jeunes consommateurs non toxicomanes, notamment à travers la musique.

Il y a également certains cas qui ne se présentent pas dans les CDT (près de 10% des personnes convoquées) ou dont le suivi est compliqué. Le suivi de l'application d'éventuelles sanctions, l'évaluation de leur efficacité dans le temps méritent une attention particulière. Les équipes techniques se plaignent également de ne pas pouvoir fixer leur propre agenda, puisque c'est la police qui détermine la convocation de la personne.

3-2-3 La réduction des risques et la minimisation des dommages

Depuis 1993 il existe le programme national d'échange de seringues. Depuis 2001 des programmes de méthadone à bas dosage (baixo limiar) ainsi qu'un réseau national public-privé sont mis en place.

L'IDT dispose d'un monopole dans la distribution de méthadone. Dans le cadre de la réduction des risques, la méthadone est distribuée à faible dose dans la rue par des structures privées conventionnées (cabinet d'appui et unités mobiles). Il y a également une distribution de kits de matériel d'injection (seringue, acide citrique, coupelle, eau, filtre, préservatifs) ainsi qu'une récupération des seringues usées. Des conseils sur les risques et la minimisation des dommages (méthode d'injection...) sont parfois donnés. L'IDT finance à Lisbonne un centre d'accueil qui est un lieu de résidence provisoire

²³ dans tous les cas un suivi social, une mesure de sensibilisation sur les drogues ou de réintégration pour un simple consommateur ; pour un toxicomane, un traitement, un programme de réduction des risques

pour toxicomanes où des soins basiques sont donnés, un soutien psychologique, social, des formations.

La politique de réduction des risques a permis une baisse significative du nombre de cas de VIH/SIDA parmi les usagers de drogues. Les conditions de vie des toxicomanes se sont améliorées aussi bien en termes de morbidité que de mortalité. Les usagers de produits de substitution peuvent désormais mener des vies sociales améliorées.

Sur le terrain, des équipes s'occupent de populations spécifiques, par exemple à Lisbonne l'équipe de rue pour les toxicomanes sans abris étrangers (Service jésuite aux étrangers) ou bien l'équipe de rue des Sœurs oblates pour les prostituées²⁴. L'association Novos Rostos Novos Desafios, a une équipe de rue qui cible les sans abris, les prostituées, les minorités ethniques.

Néanmoins, toutes les pharmacies n'accepteraient pas d'échanger les seringues (celles qui acceptent passent un protocole avec l'IDT). Contrairement à la France ou au Royaume-Uni, les médecins de ville ne pourraient pas prescrire de la méthadone au Portugal.

Par ailleurs, même si la loi portugaise l'autorise, il n'y a pas de salle d'injection assistée. Cela s'explique par la baisse du nombre de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, de l'efficacité des programmes d'échanges de seringues. Il n'y a plus de débats politiques majeurs sur ce sujet, contrairement à la France. Il n'y a pas non plus de débats sur des programmes d'héroïne médicalisée (ces programmes existent ou sont projetés au Danemark, en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas).

3-2-4 Le traitement

Depuis 1987, le réseau public de traitement est complété par un réseau privé. Depuis 1997, l'accès à des programmes de méthadone à haut dosage (alto limiar) est prévu.

²⁴ Malgré la séparation de l'Etat et des cultes dans la Constitution portugaise, il y a toujours un financement de certaines structures sociales confessionnelles qui agissent dans la lutte contre la toxicomanie.

Sur le terrain, c'est l'activité la plus importante assurée directement par l'IDT, en termes de personnel et d'espace physique. Les équipes de traitement assurent les consultations des patients en ambulatoire. Elles ont en charge la distribution de méthadone à haut dosage. Elles incluent les unités de sevrage, les centres de jour et les communautés thérapeutiques (ainsi que la licence, le contrôle et le financement de structures privées, y compris celles qui ne sont pas conventionnées).

D'après l'OEDT, la disponibilité des modalités de traitement par rapport aux besoins serait totale au Portugal²⁵. Néanmoins, les professionnels sur le terrain font souvent part de délais pour l'accès aux traitements qui expliquent le maintien de nombreuses personnes dans les programmes de réductions de risques²⁶.

En matière de soins, je me suis interrogé sur la pertinence d'avoir une distribution aussi vaste de méthadone, qui suppose un réseau dense de distribution, dotées de personnel et de moyens²⁷. En France, la disponibilité de la buprénorphine prescrite par les médecins, distribuées par les pharmacies et partiellement remboursée par la sécurité sociale pour l'utilisateur en assure une plus vaste distribution qu'au Portugal²⁸.

Par ailleurs, les centres de jour fournissent des formations professionnelles (applications artistiques, informatique). C'est en effet important pour les usagers d'envisager une réinsertion sociale. Néanmoins, il n'y a pas de diplômes délivrés à l'utilisateur, en raison des risques de stigmatisation par le monde professionnel d'un certificat délivré par une structure médico-sociale. Je me suis demandé s'il n'était pas

²⁵ A titre d'information, l'OEDT considère qu'en France l'accès au traitement en milieu hospitalier (psychosocial) et en désintoxication serait limité. Rapport OEDT 2009.

²⁶ Selon l'OEDT, dans le rapport 2010, le temps d'attente est inférieur à un mois au Portugal pour le traitement de substitution en ambulatoire (dans 10 pays il n'y aurait pas de temps d'attente).

²⁷ En effet, le cumul de la méthadone avec de l'héroïne peut être dangereux, et entraîner une overdose, d'où la nécessité de contrôler l'accès à la méthadone. Par contre la buprénorphine peut être cumulée avec l'héroïne, sans dangers pour le consommateur, mais la buprénorphine est plus chère que la méthadone, il n'est donc pas complètement remboursé au Portugal (20% à charge).

²⁸ Malgré les trafics de la buprénorphine.

possible de pouvoir conventionner ou bien de valider ces formations à travers un partenaire institutionnel.

3-2-5 La réinsertion

L'IDT a également une mission de réinsertion des toxicomanes. Ce travail est essentiellement assuré par les assistants sociaux sur le terrain. Il y a un travail en réseau avec les différents acteurs sociaux (municipalités, associations, institutions sociales...). L'IDT dispose d'un programme, Vie Emploi (Vida Emprego) qui permet le subventionnement de postes de travail. Il s'agit d'une mesure de discrimination positive destinée à réinsérer les ex-toxicomanes à travers des accords avec des employeurs.

Dans un pays où le chômage est devenu massif, comme en France, à près de 11%, il me semble que la réinsertion professionnelle des ex-toxicomanes est désormais plus compliquée. C'est peut être le défi majeur de l'IDT dans les prochaines années, parvenir à intégrer des anciens toxicomanes dans un contexte de hausse généralisée de la précarité sociale et de l'exclusion au Portugal (comme d'ailleurs dans la plupart des pays européens).

Par ailleurs, en fonction des politiques sociales locales, il existe une offre d'accompagnement social très diversifiée dans le pays. Par exemple, la Ville de Lisbonne dispose de nombreuses possibilités de réinsertion (logement...) qui n'existent pas dans des zones plus défavorisées de banlieue ou de province²⁹.

²⁹ A Lisbonne, l'équipe de réinsertion a élaboré un Projet Parcours (percursos) qui vise à accompagner la réinsertion à travers un cheminement personnel progressif (aptitudes sociales, recherche d'emploi ou formation).

En synthèse :

1/ Aspects essentiels du modèle portugais:

- la responsabilisation des acteurs de la lutte contre la toxicomanie (Gouvernement, Parlement, administrations) et l'articulation interministérielle;
- la définition d'une stratégie et d'une planification,
- le fonctionnement d'un réseau territorial de réponses intégrées à la drogue (prévention, dissuasion dont la décriminalisation, réduction des risques, traitement, réinsertion sociale) et mécanismes de contrôle.

2/ Au niveau de la gestion, l'IDT a une mission facilitée car pour réaliser les objectifs qui lui sont attribués, il doit mettre en œuvre ses fonctions de gestion, de planification, d'organisation, de leadership et de contrôle en accord avec les orientations définies par la Stratégie et les Plans :

- Au niveau de la planification : planifier l'application des actions à travers les plans d'action au niveau national, régional et local ;
- Au niveau organisationnel : disposer d'une structure (voir l'organigramme ci-dessus) qui soit optimale en ressources humaines et financières ;
- Au niveau du leadership : stimuler les compétences (formation professionnelle), la responsabilisation (individuelle par l'évaluation, institutionnelle auprès du Gouvernement et de l'Assemblée de la République) et l'implication (gestion par objectifs, travailleurs sociaux et relations humaines, sens du service public). A tous les niveaux, la communication est privilégiée, par exemple les réunions mensuelle (entre le CD et les Directeurs de Départements, entre les délégués régionaux et les dirigeants de CRI).
- Au niveau du contrôle, l'IDT est obligé d'utiliser les mécanismes de contrôle du secteur public. Dans le cadre du QUAR de l'IDT, le Ministère de la Santé reçoit tous les 6 mois les résultats obtenus en vue de réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels définis en accordance avec le Plan d'activités. Ce contrôle est renforcé par l'évaluation du personnel et l'informatisation du fichier des patients.

3/ Feedback du contact direct :

Points critiques positifs:

- Décriminalisation de la consommation et tentative d'acheminer le consommateur de drogues vers un parcours médico-social en vue de son intégration;
- Réseau de service public national qui répond aux besoins de l'utilisateur (prévention, dissuasion, réduction des risques, traitement, réinsertion sociale),
- Services gratuits et d'accès relativement facile, avec une prise en charge dans des délais raisonnables ;

Points critiques négatifs :

- Une réinsertion sociale difficile des toxicomanes en raison de la situation économique et sociale compliquée du Portugal et de la réduction des aides sociales,
- Une réduction des moyens qui entraîne la réduction des équipes et des programmes (CDT, GPI...), et qui donne un sentiment exprimé par de nombreux professionnels du terrain rencontrés d'une perte d'efficacité (listes d'attente...) ou d'excès de bureaucratie (excès de personnel dans les services centraux et régionaux), et qui ne permet pas d'accroître les activités (prévention...).
- Une rigidité, probablement plus politique, à accepter certains changements, par exemple la délivrance de la méthadone par les médecins de ville (monopole de la méthadone par l'IDT) ou l'échange des seringues par toutes les pharmacies ou une plus grande prise en compte de la sexualité dans la lutte contre la drogue (questionnaires pour les adolescents, programmes de prévention visant les minorités lgbt...).

4 Bilan de cette expérience :

4.1 Découverte du modèle portugais de lutte contre la toxicomanie et d'un service de santé publique

Ce stage m'a permis de connaître l'offre sanitaire de lutte contre la toxicomanie au Portugal. J'ai pu rencontrer des responsables de la santé publique au niveau de l'administration centrale, ainsi que les gestionnaires d'un service public, y compris au niveau déconcentré. J'ai été en contact avec divers professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux) que l'on retrouve dans les hôpitaux français. J'ai aussi côtoyé des patients du service public. J'ai pu mieux connaître le modèle portugais qui bénéficie d'une large acceptation par la classe politique portugaise³⁰.

J'ai également mieux compris les questions de toxicomanie qui concernent les structures hospitalières en France, en particulier les hôpitaux spécialisés et les structures médico-sociales, qu'il s'agisse d'alcoologie ou d'addictologie. Par ailleurs, les problématiques des usages de drogues et d'alcool dans les hôpitaux existent, aussi bien du côté des patients que du personnel.

Par conséquent, pour ma future carrière de Directeur d'hôpital, j'ai pu m'interroger sur un sujet de santé publique et observer le rôle des décideurs de politique sanitaire. J'ai pu observer sur le terrain l'offre de soins et l'application d'une politique déterminée en amont. J'ai pu entrer également dans les débats administratifs qui alimentent toutes les structures pressionnées par des questions budgétaires et de recherche de performance.

³⁰ De manière isolée, il existe quelques personnalités, plutôt de droite, qui estiment que le modèle n'est pas suffisamment curatif, car il accompagne les toxicomanes (méthadone...) plus qu'il ne vise à les guérir. Par ailleurs le mouvement MGM Marche Globale de la Marijuana (Marcha Global da Marijuana) qui affirme réunir des personnalités de droite et de gauche (par exemple les conservateurs de la jeunesse sociale démocrate, la gauche radicale du bloc de gauche et la jeunesse socialiste) réclame une dépénalisation des drogues dites légères (marijuana). Il existe également des débats sur les coûts de fonctionnement de l'IDT, soulevés par une partie de l'opposition.

4.2 Appréhension d'un système de santé étranger

Pendant le stage, j'ai visité des structures du SNS (hôpital, centre de santé). Ce stage m'a permis d'approcher le système de santé portugais qui a connu une profonde réforme ces dernières années, notamment avec la transformation des hôpitaux publics portugais en entités publiques entrepreneuriales (EPE) soumises au droit privé (décret-loi n°93/2005 du 7 juin 2005).

4.3 Capacité à monter un projet à l'international

Depuis le choix du pays, plusieurs démarches ont été effectuées : sujet développé, contacts effectués, ciblage de questions, rencontres et expertise du sujet, veille, démarches administratives avec le maître de stage, rédaction du projet de stage, recherche des conditions matérielles pour le déroulement du stage, organisation du stage. A travers ce stage, j'ai donc appris à monter un projet.

Ce stage a été l'occasion de rencontrer beaucoup de professionnels à différents niveaux. J'ai effectué de nombreuses interviews. J'ai visité de nombreuses structures à différents niveaux : par exemple j'ai été dans la rue au plus proche des toxicomanes, au Parlement à côté des décideurs politiques ou au niveau européen à l'OEDT. J'ai tenu à visiter des structures aussi bien à Lisbonne qu'en province dans les zones les plus rurales (Bragance, Castelo Branco).

Ce stage m'a aussi permis de passer de bons moments. Par exemple, j'ai participé à une séance de musicothérapie organisée par un psychologue avec quatre usagers d'une unité de sevrage. Tous les toxicodépendants avaient vécu plusieurs années dans des pays francophones, en France, en Suisse et en Belgique, ils parlaient tous français et ils étaient contents d'avoir un Français avec eux pour jouer de la musique tous ensemble.

Conclusion

Suite à ce stage international au Portugal, j'ai découvert une méthode différente de lutter contre la toxicomanie. En effet, il m'a semblé intéressant de diriger les consommateurs de drogues et les toxicomanes vers une prise en charge médico-sociale plutôt que vers des procédures judiciaires menant à des peines de prison et qui peuvent contribuer à une aggravation de l'exclusion sociale de certains consommateurs de drogues (casier judiciaire, décisions de justice, peines de prison, amendes élevées, méfiance vis-à-vis des acteurs sociaux sur le terrain).

La toxicodépendance n'est en effet pas vraiment un choix, qui dépendrait d'une conformation légale ou morale. Il s'agit d'un authentique problème de santé, d'une maladie chronique qui a des conséquences sur la morbidité et la mortalité des consommateurs.

La consommation de drogues peut être vécue comme un choix individuel, en particulier au sujet des drogues dites douces. Il m'a semblé plus adéquat d'entourer le consommateur, de tenter de le comprendre et de l'orienter en fonction de sa situation et de ses besoins psycho-sociaux, plutôt que de risquer de l'exclure socialement dans son futur professionnel avec des procédures pénales stigmatisantes (casier judiciaire...).

Certes au Portugal les autorités publiques ont, d'une certaine manière, accepté que l'usage de drogues ne pouvait plus être réduit à néant. En effet, partant de la constatation qu'il existe des trafics mondiaux qui n'ont pu être éradiqués³¹, l'idéal d'un monde sans drogues ne peut plus être atteint. De toute façon, la réponse contre les trafics est d'ailleurs nécessairement européenne et internationale, elle ne peut plus dépendre uniquement du cadre national.

³¹ En effet, par exemple la guerre contre la drogue en Amérique du Sud menée par les Américains au début des années 1990 n'a pas empêché la cocaïne de progresser ces dernières décennies aux Etats Unis ; l'intervention militaire des Américains en Afghanistan depuis 2001 n'a pas éradiqué le trafic d'héroïne qui y est produit à 90%.

Par contre, l'Etat portugais a décidé de renforcer la prévention, de réduire les risques et les dommages des drogues tout en améliorant les conditions de vie des toxicomanes, de favoriser l'accès au traitement, de réinsérer les personnes. Plutôt que de lutter contre tous les usagers de drogues et les trafiquants, la loi portugaise cible les trafiquants, ce qui aurait facilité le travail de la police et allégé les tribunaux.

Néanmoins les premiers succès du modèle portugais exigent une mobilisation constante des efforts dans la lutte contre les drogues. Or dans un contexte de restrictions budgétaires, nous pouvons émettre de grandes interrogations face à un contexte social favorable à une hausse des pratiques addictives. En effet, le budget de l'IDT est sous contraintes³².

Donc comment maintenir l'efficacité des activités de l'IDT avec des moyens réduits ? Les difficultés économiques du Portugal, qui sont celles de nombreux pays développés (chômage de masse et forte précarité ; ghettoïsation de quartiers...) laissent craindre un rebond des pratiques addictives.

Ceci dit, si des restrictions budgétaires se poursuivent dans le long terme, il me semble que l'offre de soins devrait être préservée, même s'il est toujours souhaitable de revoir la cartographie de l'offre de soins, de rechercher les ajustements et les économies d'échelle en fonction des évolutions territoriales (et l'IDT travaille en ce sens). Il me semble que les réductions budgétaires devraient épargner les usagers du service public et en priorité cibler les dépenses administratives et de fonctionnement.

Il y a peut être des gains d'efficacité à réaliser : des économies sur l'organisation des services, une meilleure articulation avec d'autres services de santé ou des prestataires d'aides sociales. Je me suis aussi interrogé sur la possible réduction de l'organisation des services.

³² En 2000, les budgets portugais de lutte sanitaire contre la drogue étaient de près de 104 millions d'euros contre 75 millions en 2009 (euros en valeur).

Bibliographie

<http://www.addica.org/>

<http://www.drogues-dependance.fr>

<http://www.drogues.gouv.fr/>

<http://www.emcdda.europa.eu/>

<http://www.hopital-marmottan.fr/>

<http://www.ofdt.fr/>

<http://www.drogues-35.org/>

<http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx>

<http://www.tu-alinhas.pt>

BJPH. La lutte contre les drogues. Chapitre 2 de l'Avis du Sénat consacré aux orientations de la politique de lutte contre les drogues. Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, février 2010 n°125, pp15-17.

EHESP. La création d'un réseau de santé. L'exemple d'un réseau addictologie (alcool, tabac, drogues) en Mayenne. Module interprofessionnel de santé publique EHESP. Groupe 7 : Stéphanie BASSE et al. Christel FOUACHE et Patricia HOUDAYER Patricia (animatrices) 33p.

BARROS P., DE ALMEIDA SIMOES J. Portugal : health system review. Health Systems in Transition, 2007, 9 (5), 1 :140.

COSTES, Jean-Michel (Dir.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999/Vus au travers du dispositif TREND. Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie, 2010, 191p.

HUGHES E. Caitlin, STEVENS Alex. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*. (2010) 50, 999–1022.

IDT Rapport d'activités 2009

Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé. Plan national de la Santé 2004-2010, volumes 1 et 2 (priorités, orientations stratégiques), Lisbonne, 2004.

INSERM. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Editions INSERM. Paris, octobre 2010. 592p.

Ministère de la Santé portugais, Direction Générale de la Santé. Centres de santé et unités hospitalières, ressources et production du SNS, 2008, publié en mars 2010.

OEDT, Rapport annuel 2009 – état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 110p.

OFDT, Fournier Sandrine et Escots Serge. Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gais. *TREND Tendances Récentes et Nouvelles Drogues*. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008. Septembre 2010, 173p.

OFDT, Obradovic Ivana. La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. *Tendances*, n°72, novembre 2010.

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies. *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2008*. 2009. 161p.

SARR, Aminata. Méthodologie de mise en œuvre des CSAPA dans les territoires de la ville de Paris : quels enjeux ? *EHESP*, septembre 2009, 36p.

VAN HET LOO, M.; VAN BEUSEKOM, I. Decriminalization of drug use in Portugal: the development of a policy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2002, vol.582 49-63p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 L'organisation de la lutte contre la toxicomanie en France

ANNEXE 2 La loi portugaise

ANNEXE 3 Programme de stage

ANNEXE 4 La santé au Portugal

ANNEXE 5 Acteurs de la lutte contre la drogue

ANNEXE 6 Documents administratifs demandés par l'EHESP

ANNEXE 1 L'organisation de la lutte contre la toxicomanie en France

Au niveau national, la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)** a été créée en 1982, elle dépend du Premier Ministre. Sa compétence est de coordonner l'action des ministères (intérieur, santé, agriculture, éducation...).

L'Observatoire français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) existe depuis 1993. C'est un GIP où se retrouvent les représentants de l'Etat au niveau interministériel, des personnalités. Sa fonction est de produire des informations sur les drogues, de renseigner et de documenter. C'est aussi le relais national de l'Observatoire européen des Drogues et de la Toxicomanie, l'agence européenne basée à Lisbonne.

Au sein du **Ministère de la Santé**, le Bureau des pratiques addictives a en charge la définition de la politique nationale. La prévention dépend de **l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**.

Sur le terrain, la prise en charge des toxicomanes et des consommateurs de drogues est assurée par un réseau médecins – hôpitaux (prévention, traitement) ainsi que par un réseau spécialisé (prévention, réduction des risques, traitement).

1. Médecins et hôpitaux

Les **médecins** ont une fonction de prévention, de diagnostic et d'orientation des patients. Ils peuvent aussi prescrire des drogues de substitution. Les **pharmacies** peuvent vendre des drogues de substitution et des seringues.

Dans les **hôpitaux de proximité**, il peut y avoir des **consultations d'addictologie**. En cas d'**hospitalisation**, certains hôpitaux ont des **services d'addictologie**, généralement dans les hôpitaux spécialisés (hospitalisation de jour, sevrage en quelques jours ou bien sevrage complexe). Le niveau de référence, ce sont les **pôles hospitalo-universitaires d'addictologie**.

2. Dispositif spécialisé

Les **CSAPA Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** sont des établissements médico-sociaux. Ils ont un rôle d'accueil, d'information, de diagnostic et d'orientation des consommateurs de drogues. Ils intègrent les anciens CSST Centres de soins spécialisés en toxicomanie et les anciens CCAA Centres de Cure ambulatoire en Addictologie. Les CSAPA peuvent distribuer des produits de substitution. Beaucoup ont des liens juridiques avec des hôpitaux (par exemple le centre l'Envol et le CH Guillaume Régnier à Rennes ou bien l'hôpital Marmottan à Paris).

Depuis 2005, il y a des **consultations jeunes consommateurs** dans chaque département qui peuvent être organisées par les CSAPA. Des **Communautés thérapeutiques** existent depuis 2007, elles peuvent aussi dépendre des CSAPA.

Le dispositif RDR Réduction des risques couvre tout le territoire depuis 2004. Les CSAPA en font partie. Il a un rôle d'accueil, d'information, de conseil et d'aide, y compris en termes de réinsertion, ainsi que de distribution de seringues, pour les toxicomanes.

ANNEXE 2 La loi portugaise de décriminalisation de l'usage de drogues

Cadre juridique

Au Portugal, la *loi n°30/2000 du 29 novembre 2000 qui définit le régime juridique applicable à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropiques, ainsi que la protection sanitaire et sociale des personnes qui consomment de telles substances sans prescription médicale* décriminalise, au sens du droit portugais, l'usage de drogues. L'acquisition, la possession et l'usage d'une drogue illicite n'est plus un délit, mais il est sanctionné par une simple contravention.

Au Portugal, il ne s'agit donc pas d'une dépénalisation de l'usage des drogues, mais d'une contraventionnalisation qui est en-dehors du circuit judiciaire. Tout le travail effectué dans les CDT est anonyme, il n'y a pas de traces dans le cahier judiciaire des consommations de drogues de l'individu. Au Portugal, la répression pénale continue de s'exercer à l'encontre des trafiquants (décret-loi n°15/93 du 22 janvier 1993). Est considéré comme une consommation individuelle toute détention qui n'excède pas 10 jours. Tout type de drogues est concerné par la décriminalisation (haschisch, héroïne, cocaïne, amphétamines...). Lorsque le consommateur de drogues sollicite directement les services de santé publics ou privés, il n'est pas assujéti aux procédures contraventionnelles.

La décriminalisation de l'usage des drogues a pour objectif de traiter administrativement le consommateur comme un malade et non plus comme un criminel. L'objectif n'est donc plus de sanctionner le consommateur, bien que l'interdiction légale de l'usage des drogues soit en vigueur³³. Il s'agit plutôt d'insérer le

³³ En effet, dans la situation pécuniaire la plus défavorable le consommateur non toxicomane risque une amende de 150 euros pour du cannabis ou 500 euros pour de l'héroïne. En termes de restriction de libertés, il risque certaines contraintes (obligation de se présenter, interdiction d'aller dans certains espaces, mais jamais l'incarcération).

consommateur de drogues ou le toxicomane dans un parcours médico-social³⁴. L'objectif est de dissuader le consommateur de poursuivre ses consommations (menace de sanction, admonestation, engagement à un traitement et suivi thérapeutique), et d'inciter le toxicomane à se traiter ou bien à suivre un programme de réduction des risques (méthadone).

Procédure et fonctionnement

Les autorités de police³⁵ identifient le consommateur, saisissent les stupéfiants et établissent un «*auto de l'occurrence*» (procès verbal) lequel est transmis à une Commission pour la Dissuasion de la Toxicomanie (CDT).

Il existe une CDT par district, soit 18 au Portugal continental. Des régimes particuliers s'appliquent aux Açores et à Madère. Les 18 CDT ont traité environ 67 000 dossiers en presque 10 ans de fonctionnement.

La CDT est composée d'un juriste nommé par le Ministère de la Justice, ainsi que de deux professionnels désignés par le Ministre de la Santé et le Coordonnateur de la politique de la drogue et de la toxicomanie. Il s'agit de médecins, de psychologues, de sociologues, de techniciens du service social ou d'autres experts sur les questions de toxicomanie. L'IDT a en charge la gestion et le soutien aux CDT. L'IDT gère le registre central des procédures de contraventions.

Dans une CDT, les consommateurs de drogues sont reçus par des équipes techniques (psychologues ou assistants sociaux) puis par une commission composée d'experts de la drogue (juriste et personnel médico-social). Le consommateur de drogues est tout d'abord évalué par l'équipe technique. La loi définit des régimes juridiques distincts entre les toxicomanes et les non-toxicomanes. Cet entretien préliminaire vise à établir

³⁴ dans tous les cas un suivi social, une mesure de sensibilisation sur les drogues ou de réintégration pour un simple consommateur ; pour un toxicomane, un traitement, un programme de réduction des risques

³⁵ Ou bien le tribunal lorsque le juge estime que la quantité de drogue relève de la CDT

les faits, à analyser la personne (simple consommateur ou au contraire toxicomane), à envisager le suivi médico-social.

L'audition de la personne par la Commission permet d'entendre, d'établir les faits et d'envisager un suivi administratif du cas de manière solennelle mais en-dehors du public. Le consommateur dispose d'une seconde chance (la procédure est suspendue à la première consommation, et en cas de récidive les sanctions ont surtout une portée préventive).

Pour un toxicomane, la CDT peut proposer de suivre un traitement ce qui suspend la procédure de sanction contraventionnelle. S'il est toxicomane, sans inscription antérieure au registre, la procédure est suspendue s'il accepte de suivre un traitement. S'il est toxicomane et déjà inscrit au registre, la CDT peut également suspendre la procédure. La suspension de la procédure dure 2 ans, voire 3 ans par décision motivée de la CDT. La procédure est close à l'issue du délai et ne peut être ré-ouverte si le toxicomane a suivi le traitement intégralement ou bien si le consommateur non toxicomane n'a pas récidivé. Lorsque le toxicomane accepte de suivre un traitement, la CDT communique au service de santé public ou privé choisi par le patient. En cas de sanction, le toxicomane risque une amende non financière.

Si le consommateur de drogue est considéré «*non toxicomane*», du moment qu'il n'est pas inscrit au registre central, la procédure est suspendue. Le consommateur non toxicomane risque en cas de récidive une amende ou une autre sanction non pécuniaire.

Lorsque la procédure n'est pas suspendue, des sanctions peuvent être appliquées par la CDT. Aux consommateurs non toxicomanes peut être appliquée une amende (entre près de 25 et 500 euros) ou bien une sanction non pécuniaire. Les toxicomanes ne sont assujettis qu'à des sanctions non pécuniaires.

Les sanctions non pécuniaires peuvent être : la prohibition d'exercice d'une activité ou d'une profession ; l'interdiction de fréquenter certains lieux ; l'interdiction d'accompagner de loger ou de recevoir certaines personnes ; l'interdiction de voyager à l'étranger sans autorisation ; une comparution périodique dans un lieu désigné par la

CDT ; des restrictions sur le port d'armes ; la confiscation de certains objets ; des restrictions d'aides sociales.

Avec l'acceptation du consommateur de drogues, en alternative à ces sanctions, la CDT détermine une contribution financière en faveur d'entités publiques ou d'institutions de solidarité sociale ou bien la prestation de services gratuits au service de la communauté. La détermination de la sanction peut être suspendue pendant 3 ans si le consommateur toxicomane accepte de suivre un traitement. La suspension de la détermination de la sanction est révocable si le traitement est interrompu ou bien s'il n'a pas eu lieu.

La CDT peut proférer une admonestation en fonction du consommateur (type de drogues, quantité, conditions personnelles) si elle estime que la personne ne consommera pas dans son futur. Il s'agit d'une censure orale pour alerter le consommateur des dangers de son comportement et exiger l'arrêt de sa consommation.

Dans le cas d'un toxicomane dont le traitement n'est pas viable ou bien pas accepté par la personne, la Commission peut suspendre jusqu'à 3 ans l'exécution de la sanction du moment que le toxicomane se présente périodiquement auprès des services de santé. Des solutions d'accompagnement, qui peuvent d'ailleurs s'appliquer à des consommateurs non toxicomanes, peuvent être actées pour chaque en fonction des conditions particulières de la personne et du respect de sa dignité. Si à l'issue de cette période de suspension de l'exécution des mesures, si cela se justifie les sanctions sont caduques.

Néanmoins, en raison des difficultés budgétaires, les équipes techniques sont souvent réduites. Certaines activités de sensibilisation des consommateurs de drogues ne peuvent pas être développées par manque de moyens. Par exemple, c'est le cas des GPI qui assuraient un travail collectif entre professionnels et jeunes consommateurs.

Il y a également certaines personnes convoquées par la police qui ne se présentent pas dans les CDT (près de 10% des personnes convoquées selon les professionnels rencontrés) ou dont le suivi est compliqué. Le suivi de l'application d'éventuelles sanctions, l'évaluation de leur efficacité dans le temps méritent une attention

particulière. Les équipes techniques se plaignent également de ne pas pouvoir fixer leur propre agenda, puisque c'est la police qui détermine la convocation.

Influence internationale

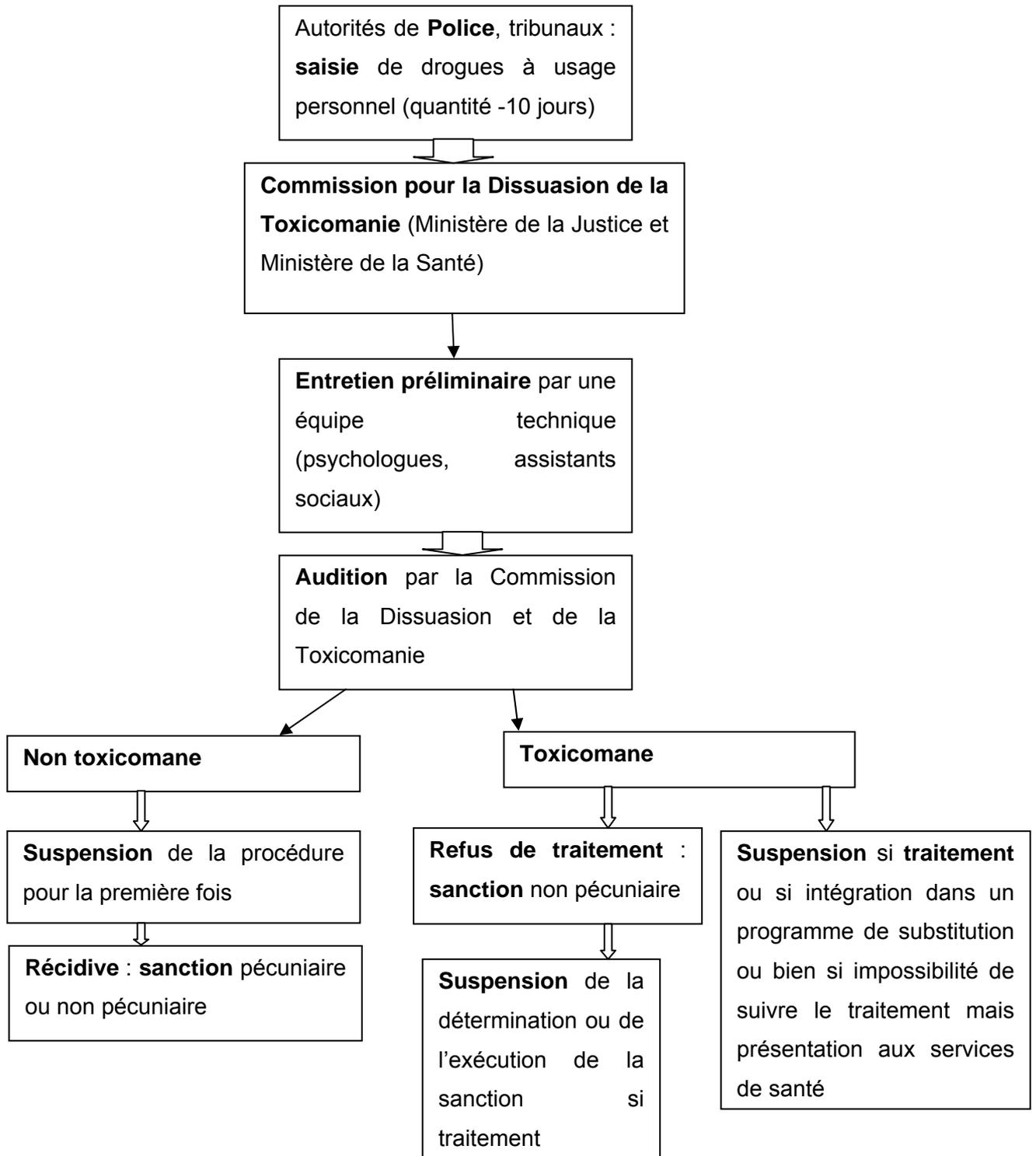
Cette expérience portugaise de contraventionnalisation de l'usage de drogues suscite de nombreuses interrogations, notamment en Norvège, au Royaume-Uni, en Australie et aux Etats-Unis. Le Mexique, l'Argentine et la République tchèque s'en seraient déjà inspirés.

En France, d'après la **loi du 31 décembre 1970**, l'usage de stupéfiants est un **délict passible de sanctions pénales** (en peine principale jusqu'à un an de prison et 3 750 euros d'amende). Le tribunal correctionnel est compétent. Il peut y avoir depuis 1999 des **alternatives aux poursuites** qui peuvent être proposées et peuvent être acceptées par le consommateur de drogues (paiement volontaire d'une amende de composition d'un maximum de 1 900 euros, l'exécution d'un travail non rémunéré d'un maximum de 60 heures au profit de la collectivité, la remise de son permis de conduire ou de chasse au tribunal pour une durée maximale de 4 mois, la réalisation d'un stage payant de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants). Le Procureur de la République peut enjoindre à l'usager de se soigner (**l'injonction thérapeutique**), ce qui suspend les poursuites. Les juges peuvent à tous les stades de la procédure recourir à une **mesure d'obligation de soins**. Dans tous les cas, le Procureur de la République ou les juges prennent les décisions.

En 2009, d'après l'OFDT, près de 160 000 personnes ont été interpellés pour une infraction liée à la législation sur les stupéfiants, dont 86% pour usage personnel³⁶. Dans 90% des cas, il s'agissait de cannabis. En 2008, la justice française a prononcée 1 360 condamnations à des peines d'emprisonnement ferme pour usage seul de stupéfiants. D'après l'OFDT, la pénalisation de l'usage de drogues atteint un niveau jamais égalé.

³⁶ OFDT, Obradovic Ivana. La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Tendances, n°72, novembre 2010.

Schématisation simplifiée des procédures de la dissuasion de l'usage de drogues auprès des Commissions pour la Dissuasion de la Toxicomanie au Portugal suite à la loi du 29 novembre 2000 de décriminalisation :



ANNEXE 3 Programme de stage: principales rencontres

Services centraux:

Domaines	Serviços	Responsável	Data
Politique	CD	João Goulão	30/11
Organisationnelle	CD	Manuel Cardoso	13/01
Assesseur		Fatima Trigueiros	7/12
Juridique	AJC	Mário Carraschás	02/12
Prévention	DIC	Paula Marques	02/12
Traitement	DTR	José Pádua	10/12
Dissuasion	GAD	Paula Vitória	07/12
Plan. Adm. Gen ;	DPAG	M. ^a José Ribeiro	12/01
Mon. Form. e R-Int.	DMFRI	Mário Castro	10/12
Accueil.+Information	DIC-NAI	Raul Melo, Dulce Lamas, Francisco Oca	6/12
Responsable Infirmier	DTR-NE	Ernestina Neto	30/11
Traitement	DTR-NT	Rui Pedro	9/12
Réinsertion	DTR-NR	Alcina Ló	7/12
Agrément	DTR-NLF	António Sousa	2/12
Statistiques	DMFRI-NE	Carla Antunes	7/12
Formation	DMFRI-NF	Sofia Josué	9/12
Relations Interna.	DMFRI-NRI	Sofia Santos	15/01

Structures du réseau de l'IDT et partenaires :

Visite de l'Unité d'alcoologie, Parque de Santé de Lisbonne, 9 décembre 2010, en compagnie de Rui PEDRO (médecin, responsable du Bureau Traitement au siège de l'IDT) et d'une psychologue.

Visite de la Communauté thérapeutique du Restelo, Lisbonne, 10 décembre 2010. en compagnie de Rui PEDRO (responsable du Bureau Traitement au siège de l'IDT et de Maria Cristina MESQUITA, Directrice de la CT .

Visite de la Délégation Régionale de l'IDT

Antonio MAIA, Délégué régional de Lisbonne et de la Vallée du Tage, 14 décembre 2010.

Madalena COUTINHO, responsable du Bureau d'Appui technique de la Délégation régionale Lisbonne et Vallée du Tage, 14 décembre 2010.

Visite du Centre des Taipas (équivalent CRI)

Antonio COSTA, responsable du Centre, psychiatre, 15 décembre 2010.

Rosa Mateus, responsable de la Réinsertion sociale, assistante sociale, 15 décembre 2010.

Duarte CABACA, responsable de la prévention sur Lisbonne centre, psychologue, 20 décembre 2010.

Visite de 2 Cabinets d'appui (Chelas et Benfica) et des unités mobiles, 16 décembre 2010, accompagné par Ludmila CARAPINHA (psychologue du Bureau de la réduction des risques), 16 décembre 2010. Observation du travail de terrain des unités mobiles sur le terrain (Chelas, Casal Ventoso): distribution de méthadone et de kits de consommation de drogues par voie intraveineuse à partir des camionnettes.

Visite du Centre de Jour (Taipas): 20 décembre 2010

Ana Paula MOITA, responsable du Centre: visite des ateliers d'artisanat, d'arts plastiques et d'informatique.

Visite de l'Unité de sevrage, Centre des Taipas:

Duarte Cabaça, psychologue, musicothérapie, participation à la séance avec les usagers, 20 décembre 2010.

Commission de la Dissuasion de la Toxicomanie

Rencontre avec les différents responsables de la CDT, le Président Vasco GOMES, un membre de la Commission Nadia CARDOSO SIMOES (juriste), Carla JOAQUIM et Margarida AMARAL REGO assistantes sociales de l'équipe technique.

Assistance à une audition de la CDT en présence d'une personne mise en cause pour possession de drogues.

Visite du CRI de Castelo Branco (province)

Rencontre avec Sandra VICENTE, responsable de la réinsertion sociale; ainsi qu'avec Teresa BEIRAO, responsable de la prévention et Tânia MINGACHO, psychologue (traitement et prévention), 28 décembre 2010.

Accompagnement d'une équipe de rue, Crescer na maior, 5 janvier 2011. Echange de seringues et de feuilles d'aluminium auprès des toxicomanes "rangeurs de voitures" dans les rues de Lisbonne et dans les lieux de consommation d'héroïne.

Visite du Centre d'accueil d'Alcantara, Lisbonne, pour les toxicomanes sans abris, 7 janvier 2011.

Visite du CRI de Bragance (province), 10 janvier 2010

Rencontre avec Fernando ANDRADE, Directeur; avec Conceição TORRES, assistante sociale, responsable de la réinsertion; Filomena CARMONA, médecin généraliste, responsable du

Traitement; ainsi qu'avec les personnes responsables de la prévention, de la dissuasion et de la réduction des risques.

Autres visites:

Participation au 8e Forum Hôpital du Futur, Lisbonne, 29 novembre 2010: récompense des meilleurs projets d'amélioration de la qualité et de la performance des hopitaux portugais et du système de santé. Assistance aux réunions sur les nouvelles Technologies de la santé et sur la modernisation de l'organisation des hôpitaux.

Visite du Centre de santé de Alvalade, Hôpital Julio de Santos, Lisbonne, 29 novembre 2010: circuit du patient, laboratoire d'analyses

Assemblée de la République (Parlement), Commission de la Santé, présentation du Rapport sur la situation du pays en matière de drogues et débat parlementaire, 21 décembre 2010.

Visite de l'Unité du diabète de l'hôpital Amato Lusitano à Castelo Branco (330 lits), 31 décembre 2010

Observatoire européen des Drogues et de la Toxicomanie

Rencontre avec Maria MOREIRA, Bureau de la documentation et des partenaires scientifiques, 6 janvier 2011.

ANNEXE 4 La santé au Portugal

1. Portugal-France données de base comparatives (source Eurostat, OCDE)

Données	Portugal	France
Superficie	92 090 km ²	675 417 km ² France entière 551 695 km ² métropole
Population estimation 2010	10,638 millions d'habitants	64,714 millions d'habitants 62,793 millions métropole
Densité 2007	115,2 habitants/ km ²	100,9 habitants/ km ² 115 habitants/ km ² métropole
Esperance de vie femmes 2008	82,41 ans	84,86 ans
Esperance de vie hommes 2008	76,24 ans	77,8 ans
Mortalité infantile 2008	3,3/1 000	3,8/1 000
PIB/ habitants, 2009, prix du marché	15 800 euros	29 600 euros
Dette publique 2009	76,1% PIB	78,1% PIB
Taux de chômage 2009	9,5%	9,6%
Depenses totales de protection sociale 2007	24,8% PIB	30,5% PIB
Dépenses totales de santé PIB, 2008, OCDE	9,9%	11,2%
Dépenses publiques de santé PIB, 2008, OCDE	7,1%	8,7%
Lits d'hôpitaux, 2008, public et privé	336,8/100 000 habitants	684,8/100 000 habitants
Lits en hôpitaux psychiatriques, 2008	59,6/100 000 habitants	88,8/100 000 habitants

2. Le système de santé portugais

Le Ministère de la Santé est responsable de la politique de la santé et de la gestion du Service National de Santé SNS. Un Plan national de Santé a été adopté pour 2004-2010.

Le système national de Santé (SNS) est un organisme public créé en 1979 par la loi 56/79 du 15 septembre 1979, il offre une couverture universelle. Il est composé de toutes les entités publiques prestataires de soins: les hôpitaux, les unités locales de santé, les centres de santé (Centros de saúde), les regroupements de centres de santé (Agrupamentos de centros de saúde, créés par le décret-loi 28/2008 du 22 février 2008).

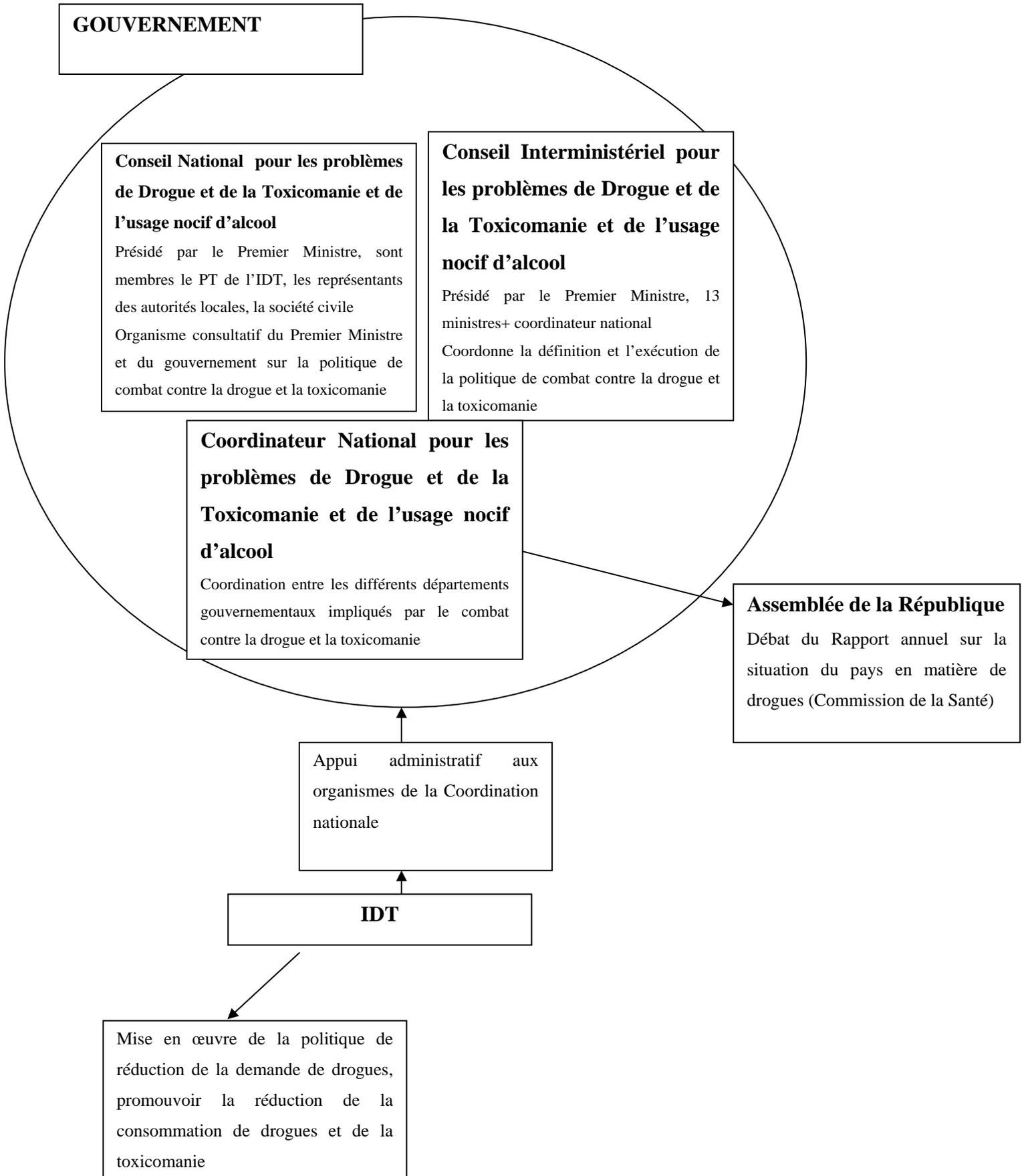
Au niveau régional, sous tutelle du Ministère, une Administration Régionale de Santé ARS est chargée d'exécuter la politique nationale et de contrôler les activités de soins. Les ARS ont été créés en 1982 par le décret-loi 254/82 du 29 juin 1982, elles succèdent aux administrations distritales de santé créées en 1975. Les ARS ont des compétences sur le service public et les prestataires de soins (privé et sociaux) du SNS.

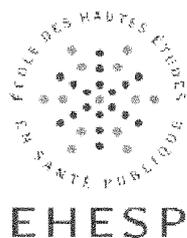
Au niveau local, il existe un réseau des soins primaires (les 253 Centres de Santé et des postes médicaux garantissent certaines consultations), un réseau des soins hospitaliers et un réseau des soins continus (dépendance). Le pays compte un total de 69 hôpitaux sur le continent, 26 sont centraux (dont 13 généraux et 13 spécialisés), 31 sont locaux généraux. Parmi ces unités hospitalières, 31 hôpitaux sont des EPE, des sociétés anonymes à capitaux entièrement publics (qui sont d'ailleurs les plus déficitaires). Le Portugal continental comptait 23 323 lits en 2008.

Il existe 3 types de couvertures possibles : le SNS, des régimes professionnels publics et privés et l'assurance privée volontaire. D'après le *Health systems in Transition*, en 2004, près de 71% des dépenses de santé étaient assurées par un financement public, près de 24% étant à charge du patient (contre 9% en France)³⁷.

³⁷ BARROS P., DE ALMEIDA SIMOES J. Portugal : health system review. *Health Systems in Transition*, 2007, 9 (5), 1 :140.

ANNEXE 5 Acteurs de la lutte contre la drogue





AUTORISATION DE PUBLICATION SUR LA BDSP

Je soussigné(e) Eric ROQUE

Filière : EDH

Promotion : Georges CANGHILHEM 2010/2012

autorise par la présente l'EHESP à mettre en ligne sur la Base de Données en Santé Publique (BDSP) mon rapport de stage à l'étranger.

Fait à Lisbonne, le 13 janvier 2011

Signature

ROQUE Eric	
PAYS du terrain de stage	Portugal
REGION du terrain de stage	Lisbonne
REFERENT PAYS de l'EHESP	Chitra KICHENARADJA
Le terrain de stage a-t-il déjà accueilli d'autres élèves de l'Ecole ?	<input type="checkbox"/> oui x non
TYPE d'Organisation	<input checked="" type="checkbox"/> Administration publique (centrale, déconcentrée, collectivité locale, agence/organisme rattaché) <input type="checkbox"/> Etablissement d'enseignement et de recherche (Université, Ecole supérieure, organisme de formation professionnelle) <input type="checkbox"/> Etablissement ou service de soins (hôpital, clinique, centre de soins, services à domicile) <input type="checkbox"/> Etablissement ou service social et médico social <input type="checkbox"/> Association (ONG, groupement professionnel, syndicat) <input type="checkbox"/> Organisation multilatérale (OMS, ONU, UE) <input type="checkbox"/> Entreprises et assimilés Ambassade (SCAC, MEF) <input type="checkbox"/> Autre, précisez:.....
NOM de l'Organisation	Instituto da Droga e da Toxicodependência
SIGLE (langue du pays ou en anglais)	IDT, IP
Signification du sigle en français	Institut de la Drogue et de la Toxicomanie, Institut Public

CARACTERISTIQUES	
Date de création	2002
Statut juridique (privé, public,...)	Institut public
Rattachement éventuel	Ministère de la Santé
Missions / activités / services	l'appui aux structures de coordination des politiques de lutte contre la drogue et application de ces politiques dans le domaine de la réduction de la demande
Public(s) pris en charge	Consommateurs de drogues et toxicomanes
Nombre d'employés	Près de 1800
Direction (NOM du PDG, du DG)	João CASTEL-BRANCO GOULÃO

Autres cadres de direction (NOM, Prénom, fonction)	Fernanda FEIJÃO, responsable du Bureau des Etudes et de la Recherche
Autres caractéristiques	

COORDONNEES	
Adresse	Praça de Alvalade, n.º 7 - 5.º. ao 13.º andar 1700-036 Lisboa
Nº de téléphone du standard	Tel. 00351 21 111 90 00 / 21 111 90 99
Site Internet	www.idt.pt idt@idt.min-saude.pt
MODALITES d'ECHANGE	
Convention de partenariat avec l'ENSP	<input type="checkbox"/> oui x non
si oui :	
Date	
nature du partenariat	
thèmes de travail proposés	
dispositions de réciprocité	

DIVERS	
Infos pratiques: votre logement sur place, caractéristiques, coût de location, adresse, modes de transport, coût de la vie, etc.	Logement trouvé sur internet, beaucoup d'offres sur Lisbonne ; coût de la vie environ un tiers plus avantageux qu'en France ; transports publics pas toujours pratique car le réseau du métro est insuffisamment développé (donc il vaut mieux se loger à proximité d'une station de métro).
Documents ramenés transmis au bureau des stages (ex: rapport d'activité)	
Observations (<i>Intérêt à envoyer des stagiaires en France?</i> <i>Type d'établissement, période, durée, objectifs</i>)	

FICHE STAGE	
ROQUE - Eric	
DATES du stage (jour/mois/année)	15 novembre 2010 au 14 janvier 2011
Lieu de DEROULEMENT du stage	Portugal, Lisbonne
RESUME du stage (mots-clefs)	Toxicomanie, toxicodépendance, addictions, addictologie, drogue, désintoxication, sevrage, prévention, dissuasion, décriminalisation, dépénalisation, contraventionnalisation, Commission de la Drogue et de la Toxicomanie, traitement, réduction des risques, réinsertion, santé mentale, planification, IDT, OEDT, Portugal, politique européenne
THEME(S)	
Thème principal	modèle portugais de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Autres thèmes	
ACTEUR ENSP concerné/rattaché (élève, enseignant, cadre pédagogique)	
NOM, Prénom	Chittra KICHENARADJA
Fonction	Référente Portugal
Service/filière et promotion	
Autre(s) acteur(s)	
PERSONNE CONTACT dans l'établissement d'accueil	
NOM, Prénom	Fernanda FEIJÃO
Fonction	Responsable du Bureau des Etudes et de la Recherche
Langue(s) principale et langue(s) pratiquée(s)	Français, anglais, portugais
Tel & mail	Tel/ 00 351 211 119 049 Mail/ fernanda.feijão@idt.min-saude.pt

Maître de stage	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Observations	Dans le cadre de stagiaires internationaux à l'IDT, le maître de stage est le Président de l'IDT qui est aussi le Président de l'Observatoire européen de la drogue et de la Toxicomanie.

AUTRE(S) CONTACT(S) dans le pays du terrain de stage

NOM, Prénom	
Fonction	
Langue(s) principale et langue(s) pratiquée(s)	
Tel & mail	
Intérêt pour être maître de stage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Observations	

DIVERS

Documents transmis à l'Ecole (ex: rapport de stage, rapport d'activité, etc.)	Les rapports de l'IDT et de l'OEDT sont sur internet. Les documents de l'IDT sont en portugais, cependant le site internet contient beaucoup d'informations scientifique et technique sur le sujet www.idt.pt
---	---

ROQUE	Eric	
Filière Elèves Directeurs d'hôpital		
Promotion 2010/2012		
La lutte contre la toxicomanie en Europe : le modèle portugais		
<p>Résumé :</p> <p>Ce stage avait l'objectif d'analyser au Portugal les politiques publiques et les structures sanitaires de lutte contre la toxicomanie. Il s'agissait surtout de rencontrer et d'observer les professionnels, les patients et les consommateurs de drogues sur le terrain. Le but était d'appréhender l'expérience portugaise.</p> <p>En effet, très touché par l'usage de drogues ces dernières décennies, le Portugal est devenu un modèle de lutte contre la drogue. Il se caractérise par l'adoption d'une stratégie nationale et d'une planification pluriannuelle évaluée et réadaptée périodiquement. Il s'agit aussi d'une coordination entre tous les acteurs de la lutte contre la drogue et de l'instauration de l'Institut de la Drogue et de la Toxicomanie qui centralise au niveau national la politique sanitaire de lutte contre la drogue, qui s'articule à travers un réseau local. En matière sanitaire, le Portugal applique des réponses intégrées fondées sur la prévention de l'usage de drogues, la dissuasion, le traitement, la réduction des risques et la réinsertion sociale des toxicomanes.</p> <p>C'est dans ce cadre que le Portugal a décriminalisé l'acquisition, la possession et l'usage de toutes les drogues en-deçà d'une quantité pour usage personnel depuis 2001. La décriminalisation protège le consommateur de drogues ou le toxicomane des procédures judiciaires (abolition des peines de prison, incompétence des juges, pas de traces au cahier judiciaire). Par contre, une dissuasion est maintenue, exercée par les Commissions de la Drogue et de la Toxicomanie, avec la participation du Ministère de la Santé, qui visent à acheminer les consommateurs de drogues ou les toxicomanes vers un circuit médico-social de prévention, de réduction des risques, de traitement voire de sevrage, de réinsertion sociale, et qui peuvent appliquer des peines contraventionnelles (exclusivement non-pécuniaires pour les toxicomanes ; pécuniaires ou non-pécuniaires pour les non-toxicomanes en cas de récidive) .</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Toxicomanie, toxicodépendance, addictions, addictologie, drogue, désintoxication, sevrage, prévention, dissuasion, décriminalisation, dépénalisation, contraventionnalisation, Commission de la Drogue et de la Toxicomanie, traitement, réduction des risques, réinsertion, santé mentale, planification, IDT, OEDT, Portugal, politique européenne</p>		
<p><i>L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		