

***Évaluation du volet
« formation interministérielle »
du plan gouvernemental
de lutte contre la drogue
et de prévention des dépendances***

**Annexe F
Comparaison internationale**

**Structure, stratégie et exemples de formations :
Royaume-Uni et Portugal**



3 Rue Hugo-de-Senger
CH – 1205 Genève

Tél : +41/22/705.11.50
www.evaluanda.ch

Ce document se présente ainsi :

- ⇒ Les organisations, les stratégies et les principales actions de formations anglaises et portugaises sont présentées dans un premier temps.
- ⇒ Les points suivants mettent en regard les quatre points de comparaison retenus par le Comité d'évaluation et les systèmes anglais et portugais. Il met également en regard les recommandations issues du processus d'évaluation et enseignements de la comparaison internationale.

Sommaire

Royaume-Uni	3
Portugal	9
Points de comparaison	18
Recommandations de l'évaluation et comparaison internationale	21
Remarque finale	22

Royaume-Uni

Agencement institutionnel¹

Les décisions stratégiques sont prises au plus haut niveau, au sein d'un comité ministériel regroupant les ministres des Finances, de l'Intérieur, des Affaires étrangères, de l'Éducation et de la Santé, sous la présidence du Premier ministre².

Jusqu'en mai 2001, date des dernières élections législatives, l'unité en charge de l'implémentation des orientations gouvernementales, le *UK Anti-Drugs Coordination Unit* — UKADCU, a été rattachée aux services du Premier ministre, dirigée par une personne directement nommée par ce dernier (coordinateur national antidrogue), par ailleurs membre de droit du comité ministériel. Une réorganisation, intervenue en juillet 2001, a placé l'UKADCU sous la responsabilité du *Home Office*. Cette modification n'est pas anodine et vise à intensifier les synergies avec le *Policing and Crime Reduction Group* du *Home Office*. L'UKADCU a donc été remplacé par le *Drug Strategy Directorate*, composé de trois unités : 1. *Communities and Law Enforcement*, 2. *Treatment, Young people and Local Delivery*, 3. *Drugs Review Team*.

Le Comité ministériel dispose de l'appui du *Strategic Planning Group*, dont les membres sont issus des différents ministères impliqués. Ce groupe coordonne les activités de l'ensemble des acteurs parties prenantes et prépare les décisions stratégiques. Il s'appuie sur un réseau de commissions sectorielles spécialisées, appelées à proposer les actions nécessaires dans leur domaine de compétence :

- jeunes/prévention ;
- communautés/prévention des crimes et régénération économique ;
- traitements ;
- réduction de la demande ;
- réduction de l'offre locale ;
- recherches et informations ;
- communications/campagnes ;
- aspects internationaux ;
- diversité (études genres et issues concernant les minorités ethniques).

Une des clés du système anglais réside dans l'attribution directe des ressources financières sous forme de subventions aux projets présentés par les acteurs locaux,

¹ Les informations sont issues des *Annual Report on the UK Drug Situation 2000* et *2001*, DrugScope, Reitox focal points pour l'EMCDDA. Ils sont reproduits en annexe X. Un site spécifique est par ailleurs dédié à la lutte contre les drogues : <http://www.drugs.gov.uk>

² Ministerial Steering Group on Drugs – MSGD.

organisés en *Drug Action Team (DAT)*. Il en existe actuellement 112, mais 150 sont prévus d'ici peu, couvrant ainsi l'ensemble du territoire.

Les DATs sont des structures locales de coordination dont le développement a été souhaité dès 1995 sous l'égide du précédent plan gouvernemental³. Responsables de l'application de la stratégie voulue, ils sont composés de l'ensemble des acteurs engagés localement : autorités, services de probation, services de santé, police, centres de traitement, représentants des communautés, ONG... Leurs activités sont appuyées par un coordinateur permanent et une structure logistique adéquate à la taille du territoire couvert. Les DATs constituent des plate-formes multidisciplinaires permanentes de conception et de gestion de projets.

Les coordinateurs des DATs répondent de leurs actions directement devant le Coordinateur national, auquel ils doivent fournir annuellement un plan d'action local inspiré par la stratégie nationale et un relevé des progrès enregistrés. Ils appuient le Coordinateur national dans son évaluation de l'implémentation de la stratégie nationale, dans la définition des ressources nécessaires, et disposent également par ce biais des récents développements nationaux et internationaux. Les rencontres régulières entre les coordinateurs locaux et le coordinateur national constituent également d'excellentes opportunités pour diffuser et partager les informations entre le niveau local et le niveau national.

Au niveau régional, dès 1999, neuf unités du *Drug Prevention Advisory Service (DPAS)* ont succédé aux *Drug Prevention Initiative (DPI)*, institués en 1990, pour développer des programmes communautaires de prévention. La variété des approches testées et évaluées durant cette période a conduit le Royaume-Uni à asseoir et légitimer les pratiques aujourd'hui mises en place (*Evidence Based Practice*).

L'intervention des DPAS se réalise aussi bien sur le plan national et régional (intégration de la stratégie voulue dans les autres programmes gouvernementaux) que sur un plan local : les neuf DPAS régionaux délivrent un support direct aux DATs sous forme d'appui documentaire, de conseils, de formation ou encore en terme d'appui conceptuel à la conception de projets.

Aspect stratégique

À l'instar de la France, la Grande-Bretagne a développé depuis 1995 deux plans d'actions successifs, dont le dernier, *Tackling Drugs to Build a Better Britain*⁴, a été lancé en 1998 sur un plan national, puis décliné dans les différentes régions.

En résumé, quatre domaines d'action prioritaires ont été définis :

Jeunes

Aider les jeunes à réaliser leur potentiel en leur donnant les moyens de résister à l'usage de drogues.

³ *Tackling Drugs Together*, 1995.

⁴ Disponible en HTML sous :
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.htm>

Objectif global : réduire de 25 % la prévalence de consommation de substances du 1^{er} tableau (Class A, dont notamment héroïne, crack, cocaïne) d'ici 2005, de 50 % d'ici 2008.

Communauté

Protéger les communautés des comportements antisociaux et criminels liés à l'usage de drogues.

Objectif global : réduire de 25 % les délits et les crimes commis par des personnes dépendantes d'ici 2005, de 50 % d'ici 2008.

Traitement

Aider les personnes dépendantes à surmonter leur dépendance et à vivre sainement hors d'un milieu criminel.

Objectif global : développer de 55 % le nombre de personnes dépendantes en traitement d'ici 2004, de 66 % en 2005 et de 100 % en 2008.

Offre

Diminuer radicalement la disponibilité des substances illicites dans le domaine public.

Objectif global : réduire la disponibilité des substances Classe A de 25 % d'ici 2005, de 50 % d'ici 2008.

La stratégie suivie est pensée et appliquée dans une perspective largement intersectorielle, impliquant l'ensemble des niveaux territoriaux et des types d'acteurs. Associations ou services publics locaux sont donc, au final, considérés par l'autorité centrale comme des acteurs équivalents, dont les programmes sont dotés après validation d'un projet dont la forme et le contenu respectent les directives et les standards élaborés en fonction de l'expérience acquise.

Stratégie de formation

De nombreuses formations institutionnelles sont donc proposées pour accompagner et faciliter l'implémentation des standards développés.

En matière de promotion de la santé

Le *Healthy Schools Programme* est un élément clé de la stratégie gouvernementale de promotion de la santé au sein des lieux d'enseignements. Basé sur les *National Healthy School Standards*⁵, proposé dans le livre blanc *Our Healthier Nation* en 1998, cet important développement de la promotion de la santé auprès des plus jeunes fait une large place aux substances toxiques tels qu'alcool, tabac et autres produits illicites. Son but est de conscientiser les enfants, les enseignants, les parents et les communautés sur les occasions qui s'offrent à eux dans leur environnement direct pour améliorer leur santé. L'école est ainsi largement considérée comme la première et la plus importante cible en terme de prévention des comportements non adéquats.

⁵ <http://www.hda-online.org.uk/html/improving/nhss.html>. Un site spécifique est disponible pour les enseignants sous <http://www.wiredforhealth.gov.uk/>. Les standards sont reproduits en annexe.

Le contenu de ces standards s'est construit sur les recommandations d'un groupe d'experts en promotion de la santé en milieu scolaire, qui s'est tenu en février 1998 sous l'égide du Département de l'éducation et du Département de la santé. Ils contiennent notamment des directives sur les partenariats à mettre en place, le contenu et la gestion attendue des programmes à développer.

L'accréditation des gestionnaires de programmes (*Local Education Authority*) se réalise par les services du coordinateur national en matière d'« école saine », qui dispense des conseils et une formation de courte durée sur les standards. L'objectif à atteindre est le développement de programmes dans la totalité des écoles obligatoires en avril 2002.

Un sondage réalisé sur 1 500 écoles en l'an 2000 montre que 93 % des étudiants du secondaire ont suivi un enseignement sur les drogues, tabac et alcool, pour 75 % des élèves du primaire (1997 : respectivement 86 % et 51 %).

En matière de traitement

Suivant une logique d'intervention similaire, un nouveau manuel clinique a été développé et édité en 1999 (*Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management*⁶) par le Département de la santé. 40 000 copies ont été distribuées aux médecins sur l'ensemble du territoire. Ce document est reconnu comme un instrument majeur de dissémination d'informations scientifiques de pointe en matière de repérage, traitement et réduction des risques à destination des médecins « de ville ». Des schémas d'enseignement spécifiques ont également été développés par DrugScope (*Shared Care – Shared Learning*) pour les étudiants en médecine, les intervenants en prévention primaire, les psychiatres, les jeunes médecins en milieu hospitalier.

Une agence *ad hoc*, *National Treatment Agency*, s'est mise en place en avril 2001 pour monitorer et évaluer la situation qui prévaut en matière de traitement. Fonctionnant comme une entité auditrice des centres et des programmes de traitements, elle a également développé des standards spécifiques pour les traitements (*QuADs – Organisational standards for drug and alcohol services*⁷), visant à garantir la validité scientifique des différentes approches retenues.

En matière communautaire

Le Département de la santé développe des programmes spécifiques dans des zones considérées comme prioritaires en terme de besoins en promotion de la santé à destinations des mineurs (*Health Action Zones – HAZs*⁸). 31 HAZs, ou zones d'action prioritaires sont répertoriées à l'heure actuelle. Plus de 7 millions de livres sur quatre ans sont ainsi consacrés au développement de programmes de prévention spécifiques, pour la plupart conçus et gérés directement par des associations locales, et notamment axés sur la promotion de la santé en lien avec le tabac, l'alcool et les drogues. En partenariat avec les DATs, une attention particulière est portée au renforcement des capacités propres des minorités ethniques dans les HAZs, et ceci passe notamment par des actions locales de formation auprès des représentants des minorités (éducation par les pairs⁹).

⁶ Ce document figure en annexe, sous le même nom .

⁷ Fortement similaire au programme QuaTheDa développé par la Suisse.

⁸ Voir sous <http://www.ohn.gov.uk/ohn/partnerships/haz.htm>

⁹ Voir le document intitulé *Communities against drugs*, en annexe.

Programme d'intervention et formation

La caractéristique du système de promotion de la santé au Royaume-Uni étant de favoriser sur un plan national une prise en charge locale des problématiques, la multitude des expériences réalisées fait qu'une très grande diversité de style de projets ont été et sont encore développés. Ces projets incluent très souvent une action de formation éducative.

Les recenser dans leur ensemble n'est pas possible dans ce rapport. Quelques-unes, en passe d'être institutionnalisées, méritent cependant d'être relatées¹⁰.

Positive Futures

24 projets locaux ont été développés depuis sous ce nom en partenariat entre les associations sportives locales, les autorités, les DATs et les agences sanitaires locales, sous la houlette du Coordinateur national antidrogue, des institutions judiciaires pour les mineurs et des fédérations sportives nationales. Il s'agit, par le biais de programmes sportifs et de « mise en alerte » comportementale via un enseignement spécifique, de promouvoir des attitudes positives, un style de vie sain et une plus grande responsabilité à l'égard de sa personne et de son environnement social et structurel. Ces pratiques mélangeant sport et enseignement semblent porter leurs fruits dans les villes qui mettent ce programme en œuvre : la ville d'Hull rapporte ainsi une diminution de l'ordre de plus de 60 % des dégâts aux bâtiments scolaires et des atteintes à la propriété entre 1998, début du programme, et 2000. Les personnes appelées à encadrer les groupes de jeunes du programme sont recrutées directement dans les quartiers et formés aux techniques de prévention.

STAR

Autre exemple local, la région rurale du Shropshire, à l'est de Londres, a développé depuis 1996 le programme STAR (*Stop, Think, Act, Reflect*) de conception et d'implémentation de matériel éducatif adapté aux groupes cibles identifiés comme pertinents : 5 à 7 ans, 12 à 14 ans et 14 à 16 ans. En parallèle, les intervenants spécialisés en dépendance de cette région suivent régulièrement, dans une philosophie compréhensive, les jeunes repérés comme adoptant des comportements d'usage potentiellement problématiques. Ils disposent pour ce faire de relations privilégiées avec les services de police et la justice.

Ces exemples sont cités pour illustrer l'approche anglaise qui mêle adroitement actions éducatives dans les écoles, organisation d'activités sportives encadrées, suivi personnalisé des jeunes en rupture et appui aux familles. L'approche retenue se veut principalement compréhensive, positive et interactive : elle ne cherche pas à diaboliser une substance particulière, mais tente davantage de faire comprendre l'impact physique et psychique de l'usage de substances qui modifient le comportement.

¹⁰ Les exemples qui suivent sont repris du rapport annuel du coordinateur « UK Co-ordinator's annual report 2000/01.pdf », en annexe.

Conclusion sur le cas anglais

Le gouvernement anglais privilégie donc une double approche : d'une part, la conception de standards *Evidence based* est développée en terme de prévention, de promotion de la santé et de traitement au niveau national, d'autre part 152 millions de livres ont été attribués l'an dernier aux initiatives communautaires et locales qui s'en inspirent, et contribuent à nourrir les évolutions de ces standards.

La stratégie retenue est donc multifocale, pluridépartementale et multiservice, elle s'appuie sur un très fort partenariat des acteurs engagés et des communautés dans lesquels les projets s'insèrent.

Portugal

Agencement institutionnel¹¹

La nouvelle stratégie adoptée en 1999 et mise en œuvre aujourd'hui au Portugal est une conséquence des expériences réalisées dès 1987 par *Projecto VIDA*. Cette agence gouvernementale a eu pour but de promouvoir et de faciliter une coordination interdépartementale qui soit effective. Elle dépend directement du ministre adjoint du Premier ministre et dispose de relais dans l'ensemble des ministères amenés à intervenir (Santé, Éducation, Défense, Justice, travail, Solidarité). Les expériences positives réalisées ont conduit à une réorganisation totale des instances centrales en mai 2000.

Un « Comité de coordination sur la stratégie nationale pour le combat contre les drogues et les dépendances » a été mis sur pied. Il est présidé par le Premier ministre et rassemble les ministres des départements cités ci-dessus. Il peut s'appuyer sur un Comité consultatif qui lui est directement rattaché et qui rassemble les acteurs centraux nationaux et régionaux, ainsi que les milieux scientifiques concernés. Ce modèle de coordination holistique horizontale assure que l'ensemble des décisions prises est centralisé au plus haut niveau, et assure une parfaite coordination des différents ministères et des différentes agences qui ont la responsabilité d'implémenter la stratégie nationale.

Cette réorganisation a également modifié le rôle de *Projecto VIDA*, dont le rôle de coordinateur s'est effacé au profit d'une agence spécialisée nationale, *l'Instituto Português da Droga e da Toxicodependência*¹² (IPDT), qui constitue donc l'organe d'exécution de la stratégie nationale. Il est lui-même doté de services spécifiques, comme par exemple le *Departamento de Intervenção na Comunidade* (CID) qui s'occupe spécifiquement de la conception du cadre théorique voulu en terme de réduction de la demande.

L'assise territoriale est assurée par le *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência* (SPTT), dont le quartier général est à Lisbonne au sein du ministère de la Santé, et qui dispose de cinq antennes régionales. La mise en place du SPTT a débuté au début des années 1990 pour faire face à un besoin urgent de coordination, de développement et de création de centres spécialisés dans le pays.

Le SPTT est responsable de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. À ce titre, il assure la gestion et la qualité des soins dispensés au sein des *Centro de Apoio aos Toxicodependentes* (CATS), mais également de l'ensemble des activités de prévention et de réinsertion sociale, par ses propres moyens ou avec l'aide d'autres organismes publics (services de santé notamment), privés ou appartenant au tiers secteur associatif. Les activités de formation sont du ressort d'un service spécialisé du SPTT, le Centre d'information et de conseil (*Centro de Informação e Acolhimento* – CIAC), qui assure la formation des professionnels intervenants, qu'ils proviennent d'institutions gouvernementales, parapubliques, privées ou associatives.

¹¹ Voir en annexe le document intitulé « Stratégie portugaise – eng.pdf ».

¹² Voir sous <http://www.ipdt.pt>

Aspect stratégique

Adopté par le Conseil des ministres en 1999, la *Estratégia Nacional de Luta Contra a Drogua* se veut résolument non dogmatique et pragmatique, et favorise un bon équilibre entre innovations, évidences et éthique. Elle est construite autour de huit principes :

- principe de coopération internationale ;
- principe de prévention ;
- principe d'humanisme, de dignité humaine ;
- principe de pragmatisme ;
- principe de sécurité ;
- principe de coordination et de rationalisation des moyens ;
- principe de subsidiarité ;
- principe de participation.

Ces huit principes sont déclinés en treize options fondamentales largement inspirées d'une approche de réduction des risques, dont les principales sont la décriminalisation de l'usage, une priorité à la prévention primaire, un meilleur encadrement social et médical des personnes dépendantes, une mise en œuvre effective des alternatives à la prison, l'établissement de méthodologies et de procédures d'évaluation systématiques, et enfin l'extension des recherches scientifiques et des formations spécialisées.

Stratégie de formation

En matière de promotion de la santé

Le principal programme en milieu scolaire se réalise sous l'égide de la Commission de coordination en matière d'éducation et de promotion de la santé. À l'instar du Royaume-Uni, la prévention primaire se réalise donc en relation directe avec la promotion de la santé. Plus de 700 écoles constituent un réseau d'échanges d'expériences et de mises en œuvre de programmes *ad hoc*, visant à promouvoir des styles de vie sain et équilibré, aussi bien sur le plan physique qu'émotionnel, pour minimiser l'émergence des facteurs de risques associés aux comportements déviants et à l'usage de substances toxiques. Le SPTT assure une importante part dans la formation des intervenants en milieu scolaire.

Une évaluation externe, réalisée en 1999 dans ce réseau, a noté une très bonne réception des programmes proposés, mais a surtout mis en évidence que la priorité des écoles concerne davantage la prévention à l'égard des substances toxiques licites (alcool, tabac). Ce résultat a conforté les autorités dans le fait que la prévention des abus soit de se réaliser dans une perspective de promotion globale de la santé¹³.

Un autre projet en milieu scolaire, *Projecto PATO*, issu de *Projecto VIDA* est centré sur le développement des capacités personnelles des enseignants (développement de la résistance au stress, à l'agressivité, de l'estime de soi, de ses capacités

¹³ Voir le rapport annuel 2000 du Portugal à l'intention de l'EMCDDA, disponible en annexe.

critiques, des attitudes à défendre sur le tabac, l'alcool, etc.) a eu également un effet très positif sur la qualité de l'ambiance dans le milieu scolaire. Ce programme a été vécu comme un vecteur d'attitudes positives individuelles et sociales de la part des élèves, notamment sur le plan de la communication entre pairs et de la coopération.

En matière communautaire

L'IPDT et la municipalité de Vila Franca de Xira¹⁴, à la périphérie de Lisbonne, ont développé ensemble un bon exemple de l'approche communautaire portugaise. Suite à une recherche multidisciplinaire de terrain, un programme répondant aux besoins identifiés a été mis en œuvre. Les actions retenues sont de différents ordres : actions de prévention spécifiques (familles, écoles, lieux) ciblées sur les groupes à risques, appui aux projets de jeunes, programmes de formation et d'information pour les parents, les enseignants, les acteurs communaux et associatifs, développement d'un réseau de réinsertion, actions de réduction des risques.

Un « espace dialogue » a été ouvert. Il dispose d'information et délivre des conseils personnalisés sur l'ensemble des problématiques touchant l'adolescence : sexualité, maladies sexuellement transmissibles, usage et abus de substances toxiques, santé, relations familiales, formation et occupation du temps libre. En 11 mois de fonctionnement, 696 jeunes ont sollicité des conseils personnalisés.

Formations à destination des intervenants non spécialisés

Si les universités ont développé de nombreux enseignements de troisième cycle en matière de prévention et de traitement, souvent d'ailleurs en lien avec le SPTT et l'IPDT, les formations dites « à la demande » constituent une part importante de l'activité de ce service.

¹⁴ Un descriptif plus détaillé figure en annexe : « Municipalité de Vila Franca de Xira.pdf ».

Les données disponibles pour 1999 (source SPTT) sont les suivantes :

	Intervention brève	Formation	Appui à la conception de projet et évaluation	Conseil/super- vision	Total
	(1/2 journée)	(de 1 à 3 jours)			
Médecin	221	36	62	19	338
Infirmière	16	37	26	16	95
Aide soignant	1	0	4	0	5
Psychologue	40	42	103	46	231
Travailleur social	39	39	36	5	119
Enseignant	576	274	29	92	971
Aide scolaire	94	292	1	5	392
Educateur	1	22	40	90	153
Membre d'association	1	0	6	0	7
Jeune mineur	25	0	0	0	25
Famille	369	155	2	5	531
Groupe hétérogène	58	214	0	0	272
Groupe de jeunes	1 020	90	60	17	1 187
Autres	1 168	519	180	94	1 961
	3 629	1 720	549	389	6 287

Formations professionnellement qualifiantes

Le besoin de professionnaliser les interventions, de les intégrer dans un canevas commun, implique depuis deux ans un effort considérable de la part de l'IPDT, que ce soit en terme de rédaction de guides méthodologiques en conception, gestion, suivi et évaluation de projets, qu'en terme de formations des formateurs.

La liste indicative ci-dessous donne une idée de l'ampleur de la tâche. Toutes ces formations ont été planifiées pour une mise en œuvre d'ici fin 2002, sous la responsabilité de l'IPDT¹⁵.

- Formation de médiateur en intervention sociale
- Formation de médiateur pour l'insertion socioprofessionnelle
- Formation de médiateur au sein des équipes de rue
- Formation aux techniques et modèles d'intervention en prévention primaire
- Formation en méthodologie de planification et évaluation de projets
- Formation en culture institutionnelle (à l'intention des futurs collaborateurs de l'IPDT)
- Formation en management de projet et en communication

¹⁵ Voir en annexe le *Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga – Horizonte 2004, Plano de Actividades 2001-2002*, sous « Plan d'activités 2001-2002 IPDT.pdf ».

- Formation en communication sociale et en développement de matériel éducatif
- Formation juridique spécialisée
- Formation de médiateur/tuteur pour la formation des personnes antérieurement dépendantes
- Formation de formateur

Cette liste (non exhaustive) ne prend pas en compte les cours spécifiques (toxicologie clinique de base, techniques d'investigation policières, etc.) ressentis comme nécessaires par l'IPDT.

Seuls les cours décrits dans les pages suivantes ont pu être mis en œuvre par l'IPDT en 2002¹⁶.

¹⁶ La traduction qui suit a été réalisée par nos soins. Le descriptif des enseignements et l'évaluation (sommaire) figure en annexe (résumés formations et évaluation des formations IPDT 2001).

Désignation des cours	Objectifs	Contenu	Destinataires	Durée (nbr d'heures)	Nbr de cours en 2002	Nbr de personnes formées
Journée d'intégration	Favoriser l'intégration des fonctionnaires admis à l'IPDT Promouvoir une connaissance systématique des structures et des compétences Intérioriser un langage commun	Stratégie nationale Structures, missions et objectifs de l'IPDT Partage des compétences	Formation unique – Nouveaux cadres et fonctionnaires de l'IPDT	7	1	80
Colloque sur les méthodologies de projet d'intervention	Promouvoir un espace de réflexion sur les méthodes d'élaboration de projets dans le domaine des drogues et dépendances Favoriser l'appropriation des principes méthodologiques et instruments d'intervention	Introduction à la méthodologie de projet Jeux de rôles autour de la question de la prévention Planification des traitements	Formation continue – agents intervenants et étudiants en troisième cycle	7	1	110
Séminaire thématique sur les drogues et les dépendances – Commission pour la prévention des toxicodépendances	Favoriser la réflexion et les discussions sur l'application de la loi décriminalisant l'usage	Encadrement juridique Philosophie du droit Comportements déviants Relations familiales Intégration et exclusion sociale Traitement des dépendances Citoyenneté et insécurité Perception des risques Aspects génétiques et environnementaux Histoire de la stratégie nationale de lutte contre les drogues Perspectives politiques	Formation des cadres	35	1	54
Colloque sur la politique de réduction des risques et minimisation des dommages	Doter les participants de connaissances sur la politique de réduction des risques et minimisation des dommages, pour favoriser la réflexion et les transferts des connaissances acquises dans une pratique professionnelle	Bilan/évaluation des ressources et méthodologies en matière de prévention et de traitement Nageigasse ¹⁷ – une expérience de réduction des risques Pratiques de supervision des équipes d'intervention	Formation continue – agents intervenants et étudiants de troisième cycle	7 heures	1	55
Désignation des cours	Objectifs	Contenu	Destinataires	Durée (nbr d'heures)	Nbr de cours en 2002	Nbr de personnes formées

¹⁷ Projet implémenté (et évalué) de local d'injection – Berne, Suisse – en cours depuis bientôt dix ans.

				d'heures)			
Cours « accueil et culture institutionnelle »	<p>Favoriser l'intégration des fonctionnaires récemment admis à l'IPDT</p> <p>Promouvoir une connaissance systématique des structures et des compétences</p> <p>Intérioriser un langage commun à tous</p> <p>Maîtriser les matériaux et les compétences de l'IPDT</p>	<p>Hygiène et sécurité au travail</p> <p>Égalité et opportunités</p> <p>Union européenne</p> <p>Histoire et objectifs de l'IPDT, et sa structure organisationnelle</p> <p>Contexte historique et socioculturel des drogues et des dépendances/contextes associés</p> <p>Législation portugaise en relation avec le phénomène des drogues et des dépendances, évolution historique</p> <p>Modèles de prévention</p> <p>Modèles psychothérapeutiques</p> <p>Programme de minimisation des dommages et de réduction des risques</p> <p>Réinsertion sociale</p>	<p>Formation initiale – Cadres techniques supérieurs et agents intervenants (des services centraux et régionaux, et également de la Commission pour la prévention des dépendances)</p>	40	1	30	
Rencontres du réseau	<p>Promouvoir une meilleure articulation entre les divers services téléphoniques d'aide et développement de méthodologies d'action et de pratiques d'évaluation</p>	<p>Objectifs des différentes formes de fonctionnement des lignes téléphoniques d'aide dans les divers secteurs d'intervention</p> <p>Importance de la formation</p> <p>Importance de la supervision d'équipe</p> <p>Importance du volontariat</p> <p>Modèle d'évaluation</p>	<p>Formation continue – agents opérants sur les lignes téléphoniques dédiées et sur le plan national</p>	7	1	70	

Désignation des cours	Objectifs	Contenu	Destinataires	Durée (nbr d'heures)	Nbr de cours en 2002	Nbr de personnes formées
Cours sur la qualité de l'accueil de la communication	<p>Promouvoir un encadrement complet sur les missions, les compétences et les attributions de l'IPDT</p> <p>Permettre une acquisition de connaissances dans le domaine de l'accueil du public et son importance pour l'image interne et externe de l'IPDT</p> <p>Promouvoir une acquisition de compétences à l'égard du travail en équipe et en matière de dynamique de groupe</p>	<p>Égalité et opportunités</p> <p>Hygiène et sécurité au travail</p> <p>Union européenne</p> <p>Communication et travail en équipe</p> <p>Dynamique de groupe</p> <p>Stratégie nationale de lutte contre les drogues</p> <p>Objectifs de l'IPDT</p> <p>Qualité du service</p> <p>Clientèle interne et externe</p> <p>Techniques d'accueil téléphonique</p> <p>Importance de l'accueil pour l'image de l'IPDT</p> <p>Modèles psychothérapeutiques</p> <p>Programme de minimisation des dommages et de réduction des risques</p> <p>Réinsertion sociale</p>	<p>Formation continue – agents administratifs de l'IPDT (services centraux et régionaux)</p>	36	2	45
Cours de prévention primaire en toxicodépendances	<p>À partir des différents modèles théoriques de prévention, cette formation vise le développement de capacités en conception de plan d'intervention, et, en partenariat, le développement des projets d'intervention, de la conception à la mise en œuvre, et l'application des instruments d'évaluation adéquats</p>	<p>Hygiène et sécurité au travail</p> <p>Égalité et opportunité</p> <p>Aspects épidémiologiques de la prévention primaire</p> <p>Union européenne</p> <p>Modèles théoriques de prévention</p> <p>Planification d'intervention territoriale</p> <p>Méthodologie de projet</p> <p>Instruments d'évaluation</p>	<p>Formation continue – cadres supérieurs et agents intervenants de l'IPDT (services centraux et régionaux, Commission pour la prévention des dépendances)</p>	50	1	15

En données agrégées, l'IPDT a fourni 9 285 heures de formation, dont 3 650 heures en formation initiale. 459 personnes ont suivi ces enseignements.

Conclusion sur le cas portugais

Les institutions portugaises vivent depuis deux ans une très forte évolution vers une plus grande professionnalisation de leurs interventions, ceci dans le cadre de modifications réglementaires supposant une adaptation des interventions.

Le passage d'un modèle de gestion classique à un modèle qui se veut efficient et mesurable est en cours. Il suppose d'importants efforts en direction d'un développement des formations. Les demandes émanant des institutions ou des associations intervenantes sont en hausse constante.

Points de comparaison

Le principe de culture commune

Royaume-Uni

Le document fondateur de l'actuelle stratégie nationale est largement commenté et diffusé. Des déclinaisons ont été adoptées sur le plan des régions.

La notion de culture commune n'est donc pas comprise autour d'un corpus de connaissances communes, mais davantage autour de la stratégie voulue par le gouvernement, stratégie qui s'inscrit en grande partie dans un référentiel global de promotion de la santé.

Cependant, la préoccupation de niveler par le haut les niveaux de connaissances n'est de loin pas absente. Le développement de standards sectoriels répond à cette volonté et les DPAS effectuent un important travail de diffusion des connaissances auprès des DATs ou des autres entités locales concernées (à l'instar des *Local Education Authority*).

Le fait que la conception et la mise en œuvre d'actions de terrain soient entièrement du ressort des DATs induit essentiellement le développement de référentiels locaux adaptés aux réalités existantes, entrant dans le cadre du référentiel gouvernemental. Étant donné que les DATs rassemblent dans une même structure l'ensemble des intervenants, ceci facilite un partage de connaissances.

Portugal

L'approche portugaise est identique sur un point : la stratégie nationale constitue le document de référence et il est également largement diffusé. Le fait d'avoir décriminalisé l'usage a par ailleurs constitué une très bonne opportunité (et une nécessité) de communiquer sur les intentions gouvernementales.

En intégrant la réduction des risques, donc en dissociant quelque peu prévention et répression, la nouvelle stratégie portugaise a produit un référentiel dominant, clairement orienté santé-social, ce qui a pour effet de provoquer une certaine retenue dans les instances en charge de la police et du système pénitentiaire. Cette tension est perceptible, notamment à travers le refus de ces instances de laisser l'IPDT se charger d'une partie de la formation initiale des futurs policiers et gardiens de prison.

Cette modification substantielle a également eu pour conséquence d'engendrer une très forte demande en formations spécifiques dans l'optique de favoriser une professionnalisation des interventions dans l'axe santé-social, ressentie comme urgente.

Il y a donc effectivement constitution d'un référentiel commun autour de la stratégie nationale et de son opérationnalisation, mais elle semble pour l'heure limitée aux instances en charge de la prévention, de la réduction des risques et des traitements.

La constitution de réseaux intrasectoriels ou multisectoriels est considérée comme un très bon vecteur de renforcement d'un référentiel commun et partagé.

À noter que des « journées d'intégration » sont obligatoires pour l'ensemble des fonctionnaires (nouveaux ou déplacés) amenés à travailler au sein de l'IPDT.

Mixité entre théorie et pratique : effets sur le développement de projets ?

La réponse à cette question est segmentée entre démarche descendante et démarche ascendante, étant donné leur effet sur le contenu des formations dispensées.

Que ce soit pour un pays ou pour l'autre, les formations « descendantes » sont conçues comme des vecteurs de concepts. À l'inverse, les formations « ascendantes », ou à la demande, sont souvent liées à un projet spécifique.

Royaume-Uni

Démarche descendante

Les conseils dispensés dans l'optique de favoriser l'implantation des standards retenus sont essentiellement théoriques. Le contenu pratique est relativement faible, à l'exception des aspects liés au management de projet.

Démarche ascendante

Des demandes de formations sont directement formulées par les DATs, que ce soit à l'égard de besoins identifiés de formation au sein du DAT qui en fait la demande, ou dans une perspective de formation des intervenants amenés à participer à un projet initié dans le cadre d'un programme local. Dans ces deux cas, les formations sont orientées vers une acquisition conceptuelle directement liée au projet ou programme concerné.

Portugal

Démarche descendante

Les formations données par l'IPDT conjuguent aspects pratiques et aspects théoriques, dans un esprit d'illustration de thématique. Leur but est davantage d'harmoniser les pratiques et les concepts que d'initier directement des projets, même si cet objectif est sous-jacent dans le discours de l'IPDT. Il est cependant trop tôt pour estimer les inputs de ces formations sur le développement de projets.

Démarche ascendante

À l'image du Royaume-Uni, les demandes de formation sont, pour la plupart, axées autour d'un appui conceptuel à l'égard d'un projet en développement.

Il existe cependant une forte demande en formations sectorielles, quel que soit le secteur concerné.

L'aspect pluri-institutionnel des formations

Royaume-Uni

Les formations sont essentiellement sectorielles (diffusion de standards), donc peu adaptées au mélange des professions. Les formations dispensées sur demande et à la base, c'est-à-dire aux DATs, sont pour leur part fortement pluri-institutionnelles.

Portugal

L'IPDT a pour vocation de former l'ensemble des personnes amenées à intervenir dans l'axe santé-social (pour l'heure), et ceci quelle que soit leur appartenance institutionnelle. Les formations sont donc ouvertes à toutes personnes travaillant dans le domaine considéré, à l'exception du personnel des instances répressives.

L'IPDT a commencé à organiser en 2001 des rencontres de réseaux (intra et multisectoriels), ressenties comme l'ébauche de plates-formes de partage d'expériences.

L'organisation politico-administrative : éléments de transposition

Royaume-Uni

L'accent mis sur les partenariats locaux et leur autonomie rend difficile une transposition de ce modèle.

Le développement et l'implémentation de standards sectoriels restent cependant une pratique dotée de nombreux avantages, dont notamment la création d'un référentiel (sectoriel) commun.

Portugal

Le Portugal a fait le choix de disposer d'une agence nationale couvrant toutes les déclinaisons de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Cette démarche devrait se renforcer suite à une fusion attendue des services du SPTT au sein de l'IPDT.

Une seule agence sera donc à terme responsable de l'organisation de la formation dans le domaine des drogues et dépendances, tout en conservant une solide assise locale, notamment en terme d'appui à la conception de projet et en tant qu'instance de supervision d'équipe. L'instauration d'un référentiel commun sur l'axe social-santé en sera d'autant plus facile...

Recommandations de l'évaluation et comparaison internationale

Maintenir la combinaison entre formations et actions de communication

La nécessité de maintenir un « bruit de fond » permanent est soulignée par les deux exemples nationaux observés. D'un côté comme de l'autre, les actions de communication sur la stratégie nationale sont déclinées selon les publics visés, des intervenants spécialisés au public en général. Et l'appropriation d'un référentiel dépend, dans une large mesure, de la qualité et de la fréquence des actions de communication.

Le cas portugais est particulièrement parlant sur ce point. Il a été nécessaire de communiquer largement les mesures accompagnant la décriminalisation de l'usage, actions qui ont eu trois effets notables : provoquer une émulation autour de la stratégie nationale, rendre évident la nécessité d'une professionnalisation des interventions en prévention primaire et secondaire et, en conséquence, d'augmenter fortement la demande de formations.

Maintenir la priorité donnée aux formations interprofessionnelles

Les pays observés ne donnent pas la priorité au partage de connaissance entre professions, mais sont davantage centrés, au plan national, sur la diffusion d'un savoir légitime, secteur d'activité par secteur d'activité. C'est la professionnalisation qui est visée en premier lieu. Cette affirmation générale est à mettre en regard avec la déclinaison, sur un plan local, de formations spécifiques, construites autour d'un projet, et souvent largement interprofessionnelles. Démarche descendante et démarche ascendante dans la demande de formation ne sont donc pas à considérer sur le même plan du point de vue du contenu et des participants.

L'exemple portugais met toutefois en évidence la difficulté de faire passer un message orienté « santé-social » auprès de représentants d'instances répressives. Les facteurs de blocages sont dans ce cas d'ordre institutionnel.

S'appuyer sur les initiatives locales

Le Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, le Portugal sont dans une logique descendante sur le plan conceptuel et ascendante sur le plan opérationnel. Cette « rencontre » entre deux demandes est considérée comme très profitable pour l'ensemble du système. Mais ceci suppose de disposer d'une certaine marge de manœuvre local, et un engagement clair des partenaires sur le terrain.

L'assise locale permet une bonne adéquation entre réalités observées, problématiques identifiées et conception de projets, donc une demande de formation adaptée et spécifique. Ce qui sous-entend également une certaine souplesse dans la définition des formations (formation-action, action-formation) et le maintien d'une base de données sur les opérateurs de formation.

Donner la priorité à l'atteinte des publics non-informés

Il est difficile de donner un avis sur cette recommandation en fonction des éléments observés au Royaume-Uni et au Portugal. Quels sont notamment les publics « non-informés » ?

L'observation du Royaume-Uni donne cependant à penser qu'il est nécessaire de renforcer le niveau de connaissances des intervenants de première ligne en matière de prévention et de santé que sont les médecins. Un effort particulier a été réalisé à leur intention, non pas sous forme de formation, mais via une publication spécifique leur présentant les avancées les plus récentes validées scientifiquement.

Remarque finale

En considérant la première vague d'observations comprenant également l'Espagne, la Grèce et l'Autriche, la question de l'instauration d'une culture commune se pose dans l'ensemble des pays.

Les stratégies nationales comportent toutes une composante « promotion de la santé », qui prend une importance de plus en plus grande en tant que référentiel global dans lequel s'inscrit/s'insère la lutte contre les dépendances. L'Europe tend ainsi à passer progressivement d'un référentiel négatif (lutte contre les drogues et les dépendances) à un référentiel positif (promotion de la santé), incluant non seulement le développement d'attitudes et de comportements positifs à l'égard de sa propre santé, mais encourageant également des comportements à même de renforcer la cohésion sociale.