



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées

**Ministère de la Santé, Direction de la Santé, Cellule de Coordination « Drogues »
Grand-Duché de Luxembourg**

Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées

Ministère de la Santé, Direction de la Santé, Cellule de Coordination « Drogues »
Grand-Duché de Luxembourg

Vers une stratégie globale contre les drogues et les addictions

L'usage de substances psychoactives et les conduites addictives peuvent se concevoir en tant que réponse à une condition particulière tout comme ils sont déclencheurs d'innombrables conséquences néfastes en termes de santé, d'intégration sociale et de sécurité publique. Le phénomène de la toxicomanie en particulier et des dépendances en général sont dès lors à approcher en amont et en aval de l'émergence d'un symptôme devenu observable. S'ajoute à ce tableau qu'autant la conceptualisation du phénomène que les comportements de consommation proprement dits ont toujours été marqués par le sceau de la diversité et du renouveau. Une stratégie efficace visant à endiguer le phénomène des drogues, et des addictions au sens large du terme, doit par définition être multidisciplinaire, modulable et coordonnée. Elle porte d'une part sur les dépendances générées par l'usage de substances à savoir : les drogues d'acquisition illicite et certains produits licites, parmi lesquels figurent généralement l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. D'autre part, elle inclut les comportements tels que les addictions aux jeux et aux nouvelles technologies de l'information, de la communication et du divertissement.

Si tous ces phénomènes partagent la toile de fond de la dépendance, ils divergent par leurs déterminants, leur visibilité, leurs imbrications et leurs conséquences directes et indirectes.

L'objectif général de la présente stratégie est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de santé publique, de sécurité publique et de cohésion sociale.

Concrètement cela revient à prévenir l'initiation aux comportements addictifs, à garantir une offre de prise en charge diversifiée et de qualité aux personnes souffrant de dépendances, à diminuer sensiblement la prévalence de la consommation de drogues parmi la population générale et à réduire les dommages sociaux et pour la santé qu'entraînent la consommation et le commerce de drogues illicites.

Objectifs opérationnels

1. Contribuer à la sauvegarde du bien être individuel et collectif.
2. Accroître les moyens d'action ainsi que la coordination et les synergies entre les ressources mobilisables et par là garantir leur meilleure utilisation possible.
3. Diminuer la charge pour la collectivité en développant une culture d'investissement rationnel, permettant de déboucher sur des acquis durables.
4. Veiller à la mise à jour adéquate de la législation et d'autres instruments réglementaires en fonction des phénomènes émergents en matière de drogues et de comportements pouvant induire des dépendances ainsi que des stratégies commerciales visant à exploiter les opportunités ouvertes par ces mêmes comportements.
5. Augmenter l'état de connaissance en matière de drogues et des dépendances en promouvant le domaine de la recherche et la diffusion large de ces connaissances au sein de la population générale et de différents publics cibles.
6. Soumettre les actions et acquis à une analyse critique structurée permettant l'amélioration continue de la planification, de l'exécution et de l'impact de ces mêmes actions.

La lutte contre les drogues d'acquisition illicite et leurs corollaires¹ occupent une place de choix dans cette stratégie globale, de par sa complexité et de l'envergure des investissements qu'elle requiert. C'est une des raisons pour lesquelles une attention particulière y est réservée au niveau national qui s'est matérialisée en plans d'action quinquennaux successifs dont le premier a été initié par le Ministère de la Santé en 1999.

En termes de stratégie nationale en matière de lutte contre les addictions, il s'agit cependant d'approcher le phénomène dans sa globalité. Ainsi d'autres substances psychoactives et comportements addictogènes sont à prendre en considération. Ces derniers se déclinent sommairement en 4 champs d'action :

Alcool

Tabac

Médicaments psychotropes

Conduites addictives non liées à l'usage de substances

Au vu de leur diversité, ces domaines sont à aborder dans leur spécificité et requièrent des plans d'action ciblés, des programmes structurés ou des catalogues de mesures au niveau national afin de contribuer de la sorte à la réalisation d'une stratégie globale en matière de lutte contre les dépendances.

Elaborés par les instances compétentes (e.g. Groupe alcool pour le plan alcool, Division de Médecine Préventive et Sociale), ces plans d'action sectoriels devront se référer à une stratégie globale. Il n'est par ailleurs pas indispensable que ces mêmes plans d'action soient initiés simultanément, mais il est indiqué qu'ils s'articulent sur une stratégie commune.

Les actions menées à ce jour dans l'ensemble de ces domaines, tout comme le plan d'action national en matière de drogues illicites, peuvent être consultés sur le site internet du Ministère de la Santé (www.ms.etat.lu) ou du portail Santé (www.santé.public.lu).

¹ Les produits psychoactifs émergents synthétiques ou autres, et à statuts légaux variés, font partie intégrante du champ d'application de la stratégie et du plan d'action 2015-2019.

Le plan d'action gouvernemental 2015 –2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées

A l'instar des comportements de consommation et de la diversification des produits psychoactifs potentiellement dangereux, les réponses et approches préconisées ont en effet connu une évolution rapide au cours des dernières années. Aussi, une réflexion stratégique en matière de gestion du phénomène des drogues et des addictions ne peut faire abstraction de la dimension européenne voire internationale. Afin d'optimiser son impact, elle tiendra notamment compte des éléments pertinents issus des traités UE² et CE³ (article 152 TCE, articles 31, para. 1 (e) et 34, para. 2 (b) TUE et Titre V TUE), ainsi que de la Constitution de l'UE⁴ (articles I-15, I-39, III-172, III-179 et III-206 et seq) et des modifications apportées en la matière par le Traité de Lisbonne⁵.

La stratégie antidrogue prend en considération les obligations émanant des conventions UN de 1961 (amendée en 1972), 1971 et 1988 et reconnaît la nécessité d'une approche intégrée et équilibrée dans laquelle les mesures de réduction de la demande et de réduction de l'offre se renforcent mutuellement, telle que préconisée par l'UNGASS en 1998, 2008 et 2012, la stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020)⁶ et le plan d'action antidrogue de l'UE (2013-2016)⁷ qui affichent comme principal objectif : « [...] de contribuer à réduire la demande et l'offre de drogue dans l'UE ainsi que les risques et les dommages sanitaires et sociaux résultant de la drogue, grâce à une approche stratégique qui soutient et complète les politiques nationales, encadre les actions concertées et communes et constitue la base et le cadre politique de la coopération extérieure de l'UE dans ce domaine. La réalisation de cet objectif passe par une approche intégrée et équilibrée reposant sur des données factuelles ».

Le plan d'action antidrogue communautaire 2013 - 2016, en cours d'exécution, fera l'objet d'une évaluation externe, à l'issue de laquelle sera élaboré un deuxième plan d'action UE, couvrant la période 2017 - 2020. La stratégie nationale 2015-2019 ainsi que le plan d'action y associé s'appuient par ailleurs sur le cadre général en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, posé par le programme gouvernemental de 2013 -2018.

Le présent document stratégique constitue le cadre dans lequel s'inscrivent les mesures qui devront permettre de prévenir l'usage de produits psychoactifs, de prendre en charge les usagers problématiques de drogues (UPD) et de réduire les conséquences néfastes qui en découlent. En termes de Santé Publique, il s'agit de prévenir l'usage de substances potentiellement dangereuses et d'intervenir lorsque l'usage risque de devenir habitude pour déboucher sur la contrainte. L'aboutissement du processus qui peut mener du premier usage à l'addiction répond le plus souvent à une logique pathologique à contours chroniques.

Indicateurs épidémiologiques

De l'analyse de données issues d'études sérielles de 1999 à 2009 (Origer 2000, 2009, 2012) ressort que la prévalence absolue et les taux de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC se sont engagés sur un plateau de stabilisation entre 1999 et 2003 pour afficher une tendance à la baisse à partir de 2004. Les taux de prévalence absolue de l'usage par injection ont également diminué entre 1999 et 2009, bien que de façon discontinue.

² Version consolidée du Traité sur l'Union européenne. Journal officiel des Communautés européennes C 115 (2008).

³ Version consolidée du Traité instituant la Communauté européenne. Journal officiel des Communautés européennes C 325/33 (2002).

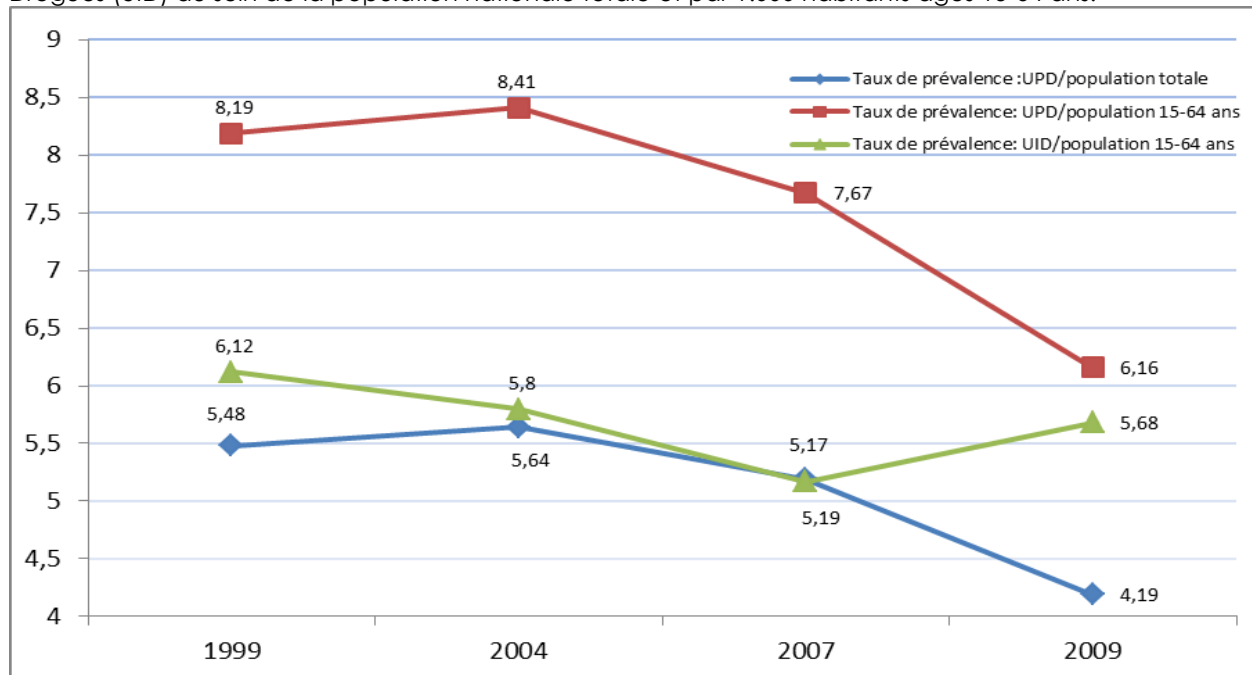
⁴ Traité établissant une Constitution pour l'Europe Journal officiel des Communautés européennes C310 (2004).

⁵ Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne (entré en vigueur le 1^{er} décembre 2009)

⁶ Cote document : UE 17547/12 CORDROGUE 101.

⁷ Cote document : UE 5418/3/13 CORDROGUE 5.

Fig. 1: Taux de prévalence des Usagers Problématiques de Drogues (UPD) et des Usagers Injecteurs de Drogues (UID) au sein de la population nationale totale et par 1.000 habitants âgés 15-64 ans.

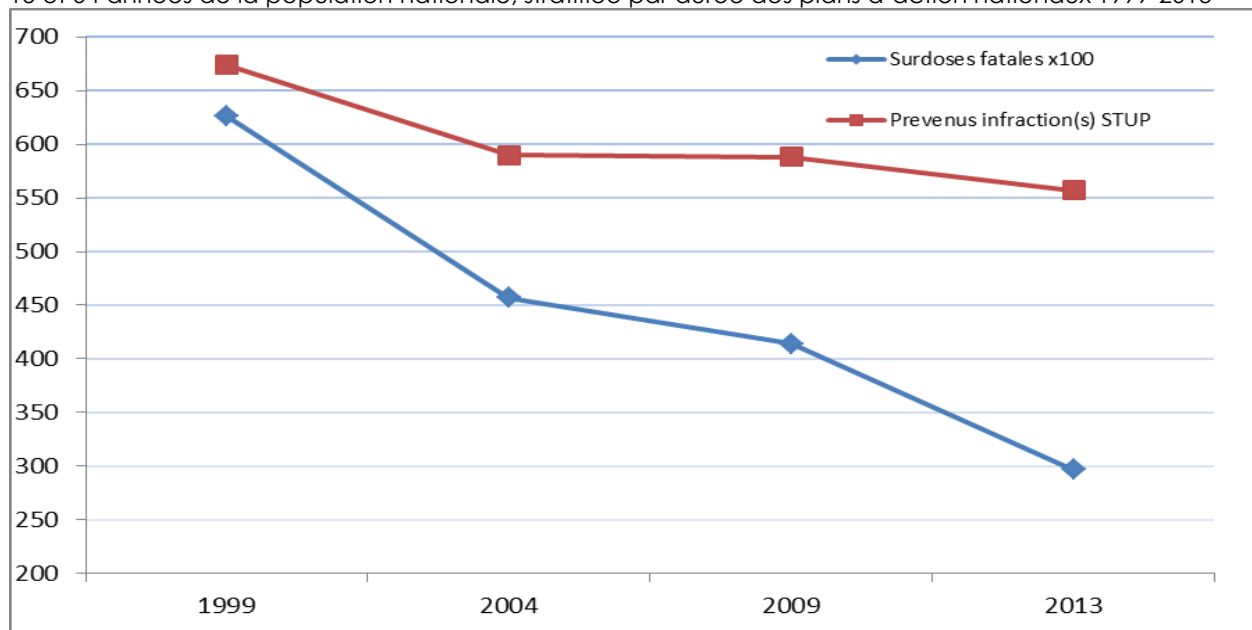


Source: Origer, 2012

La stabilisation et ensuite la décroissance de la prévalence UPD s'inscrivent dans les périodes d'exécution des trois plans d'action quinquennaux dont le premier a débuté en 1999. L'évolution décrite est par ailleurs confirmée par les tendances observées au niveau de la majorité des indicateurs indirects actuels en matière de réduction de la demande et de l'offre.

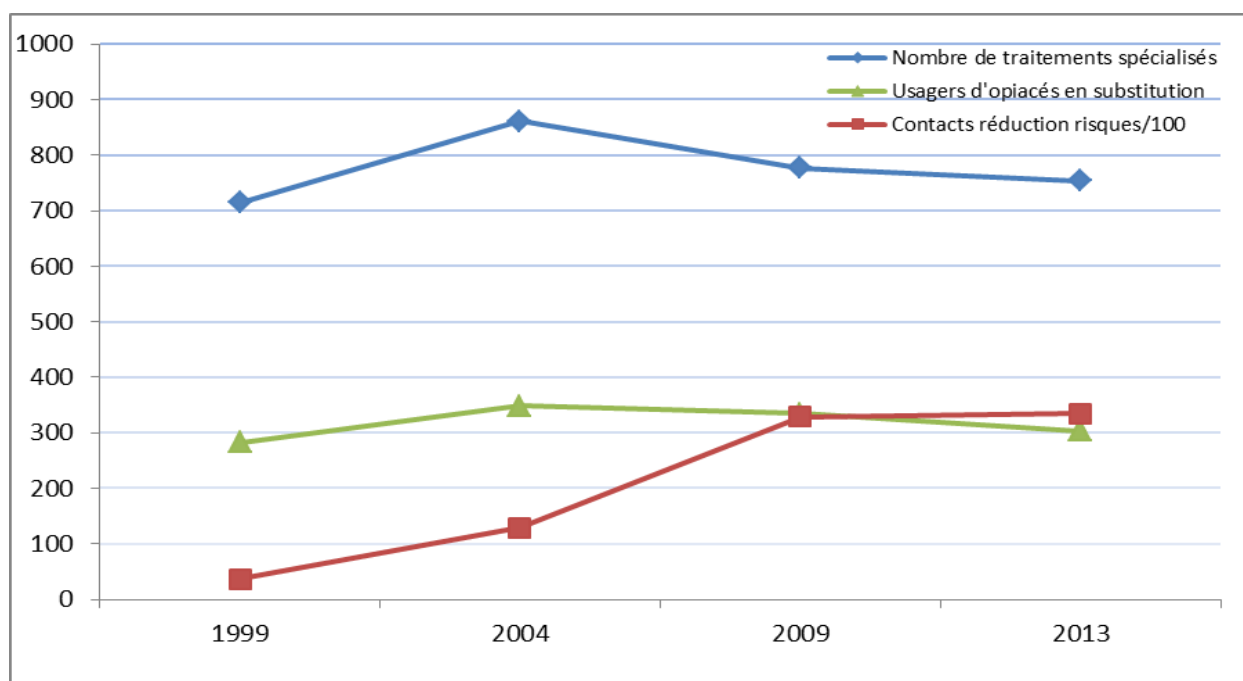
Le graphique 2 affiche en effet une diminution nette à partir de 2009 des décès liés aux drogues illicites. Par ailleurs, le nombre d'usagers en traitement spécialisé et encadrés par les services de réduction de risques et dommages (fig.3) a augmenté au cours de la même période ce qui est à mettre en relation avec une autre évolution positive; à savoir la diminution globale du nombre de personnes entrées en conflit avec la législation en matière de drogues illicites. Une description détaillée de l'ensemble des indicateurs épidémiologiques, disponibles au niveau national, peut être consultée dans le *Rapport national sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg* (RELIS, 2014).

Fig. 2 Evolution de surdoses fatales et des prévenus⁸ pour infraction(s) STUP sur 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 années de la population nationale, stratifiée par durée des plans d'action nationaux 1999-2013



Source: RELIS, 2014

Fig. 3 Evolution des indicateurs de traitement et de prise en charge sur 100.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans de la population nationale, stratifiée par durée des plans d'action nationaux 1999-2013



Source: RELIS, 2014

⁸ Comptages multiples inclus.

Les habitudes de consommation et les comportements des usagers de drogues issus des scènes urbaines ont par ailleurs connu des changements sensibles en raison du développement de nouveaux réseaux de distribution plus organisés, de la disponibilité fortement accrue sur le marché national de produits synthétiques et autres, de leur qualité très variable et à effets encore peu élucidés et une tendance confirmée à la polyconsommation.

Le phénomène des nouvelles drogues synthétiques est particulièrement alarmant dans la mesure où la disponibilité et la diversité de ces dernières s'accroît. Leur accessibilité est largement facilitée par le biais d'internet. Il s'agit par ailleurs de produits dont les effets à moyen et long terme sont pour la plupart inconnus par les consommateurs tout comme par le monde scientifique. S'ajoute à cela que les substances en question sont souvent 'camouflées' dans des produits divers et anodins et que leur dosage est particulièrement délicat en raison de leur toxicité souvent très élevée et ce même à dose fortement réduite. Un phénomène connexe qui n'est pas moins inquiétant est la diversion de produits médicamenteux (e.g. opioïdes synthétiques) à des fins d'usage non thérapeutique.

Ces changements requièrent non seulement une redéfinition de l'usage problématique de drogues, elles renvoient également à la nécessité de développer les systèmes de surveillance (e.g. RELIS, système d'alerte précoce, enquête en population générale), de modifier les cadres législatif et réglementaire et d'adapter les réponses en termes de réduction de la demande et de l'offre sur le plan national.

LES ACQUIS DES PLANS D'ACTION DROGUES ET ADDICTIONS ENTRE 2000 ET 2014

Le Ministre de la Santé à qui incombe depuis les élections législatives de 1999 la coordination générale des activités de réduction de la demande en matière de drogues, avait chargé, au moment de son entrée en fonction, le Coordinateur National « Drogues » à dresser les priorités en la matière sous forme d'un plan d'action pluriannuel.

Le premier plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies couvrait la période 2000 à 2004 et portait prioritairement sur les besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en réseaux de collaboration et de coordination et sur le développement des activités de recherche. Il reposait sur cinq piliers et constituait le résultat de concertations soutenues entre le Coordinateur National « Drogues », les instances officielles et les acteurs du terrain impliqués.

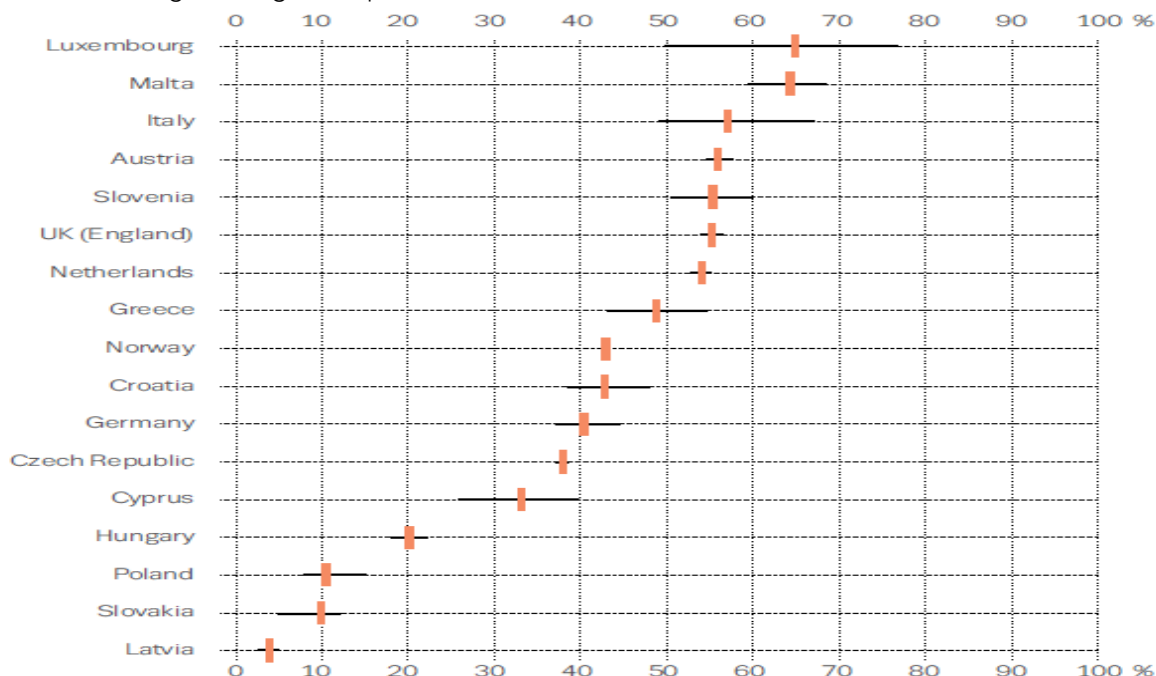
La deuxième stratégie et plan d'action 2005 –2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'articulaient autour d'une architecture plus évoluée. Sommairement, ils s'appuyaient sur deux piliers à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur quatre axes transversaux : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination.

La troisième stratégie et plan d'action 2010-2014 s'articulaient également sur deux piliers, à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre et les mêmes quatre axes transversaux que le plan précédant. Leur conceptualisation a pris en compte les éléments pertinents issus de l'évaluation externe du plan d'action drogues 2005-2009 commanditée par le Ministère de la Santé en 2009. La troisième stratégie englobait les dépendances générées par l'usage de substances psychoactives légales et illégales et incluait les comportements addictifs tels que les addictions aux jeux, nouvelles technologies de l'information, de la communication et du divertissement.

En référence au Rapport Européen sur les Drogues de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), le Luxembourg affiche en comparaison avec les autres Etats membres

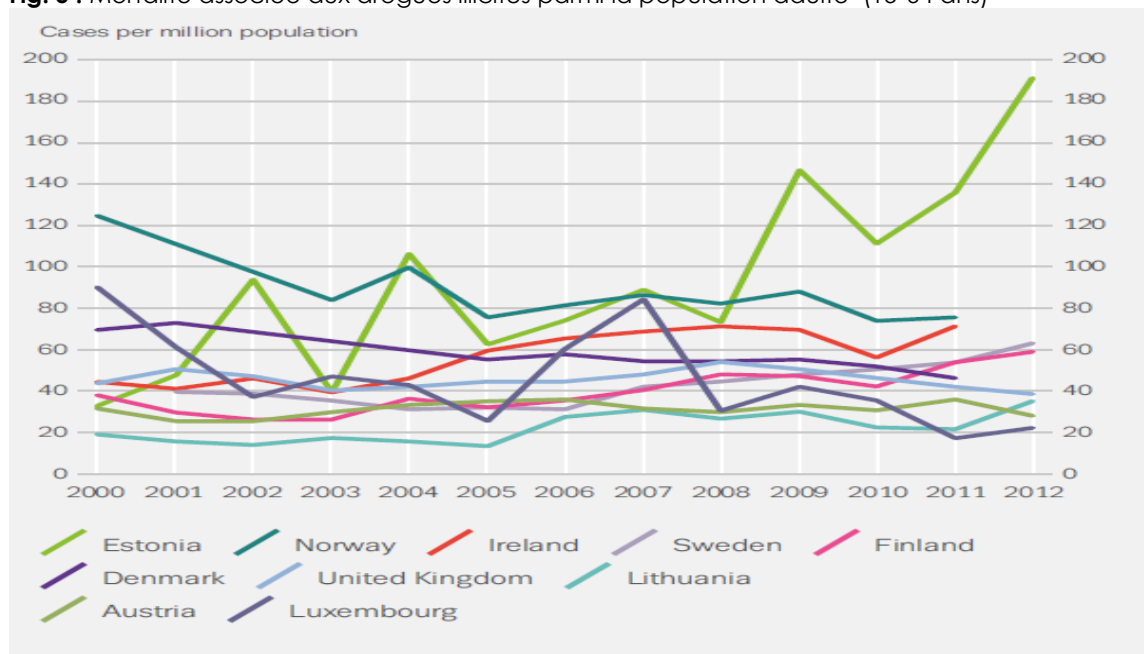
le taux le plus élevé d'utilisateurs d'opioïdes profitant d'un traitement de substitution (cf. graphique 4) et un taux réduit de mortalité liée à l'usage de drogues (cf. graphique 5). Par ailleurs, le Luxembourg se situe aujourd'hui parmi les pays dont les moyens mis en œuvre en matière de toxicomanie permettent une approche équilibrée entre les mesures de réduction de la demande et de la réduction de l'offre (cf. graphique 6).

Fig. 4 : Pourcentage d'utilisateurs d'opiacés en traitement de substitution



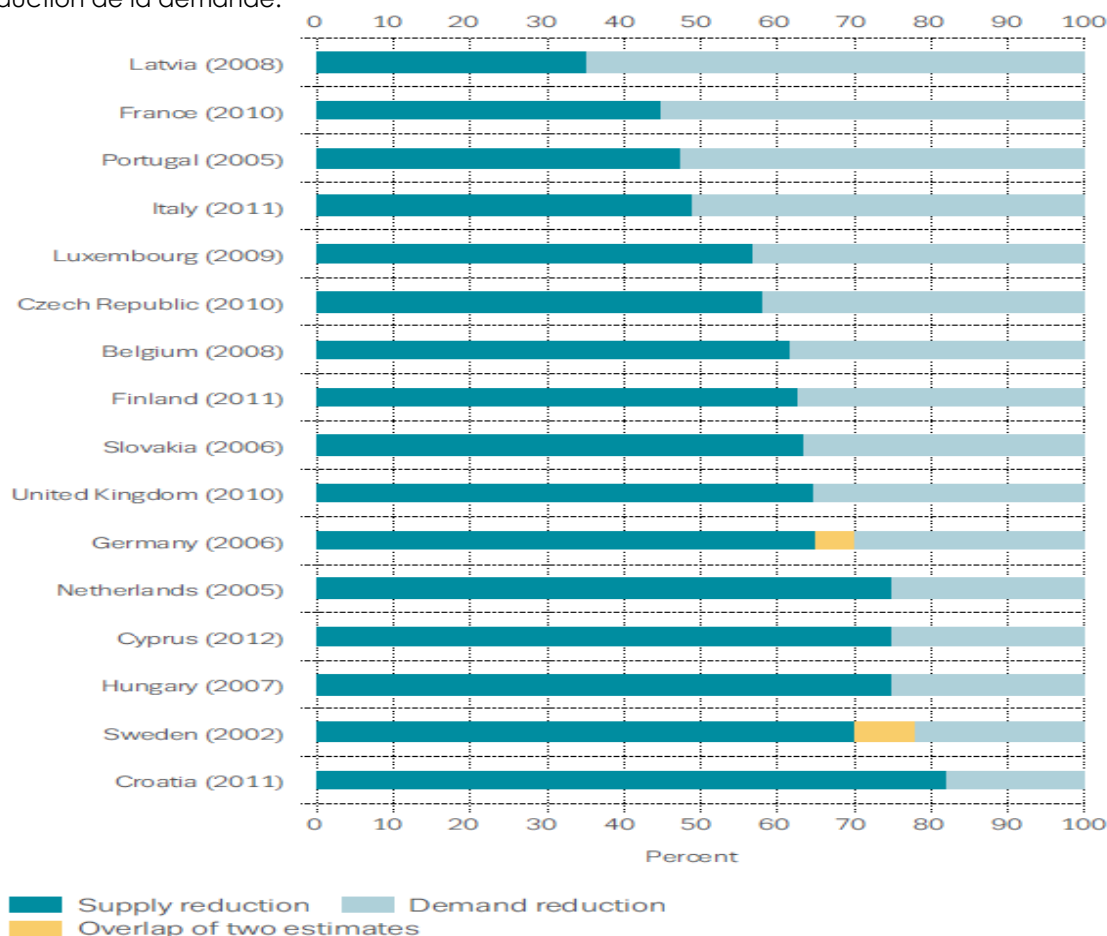
Source : OEDT 2014

Fig. 5 : Mortalité associée aux drogues illicites parmi la population adulte (15-64 ans)



Source : OEDT 2014

Fig. 6 : Distribution des dépenses publiques en fonction des domaines de réduction de l'offre et de réduction de la demande.



Source : OEDT 2014

Aussi, le Luxembourg fait aujourd'hui partie des pays fort minoritaires au niveau mondial qui ont mis en place des mesures de réduction des risques innovantes tels que les salles de d'injection et d'inhalation supervisée de drogues, des programmes d'échange de matériel d'injection en prison et la provision à l'échelle nationale de seringues à volume mort réduit. D'ajouter que le Ministère de la Santé travaille également à la mise en œuvre d'un programme de traitement assisté à la diacétylmorphine (héroïne) afin de compléter l'offre nationale de traitement de substitution existant.

LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ENTRE 2010 ET 2014

Conformément aux priorités retenues dans la stratégie 2009-2014, la recherche scientifique en matière de drogues et d'addictions a été développée de façon sensible. Si avant 2009 l'activité de recherche en la matière était assez modeste, son développement a pris un véritable essor depuis lors, comme en témoignent les publications scientifiques suivantes :

Origer A, Schmit J.-C. Prevalence of hepatitis B and C and HIV infections among problem drug users in Luxembourg: self-report versus serological evidence. *J Epidemiol Community Health* 2012;**66**:64-68. doi:10.1136/jech.2009.101378.

Muscat R, Meulenbergs L, Origer A. et al (2010). Treatment systems overview, Council of Europe Publishing, Strasbourg, France.

Origer A. Prevalence of Problem Drug Use and Injecting Drug Use in Luxembourg: A Longitudinal and Methodological Perspective. *Eur Addict Res.* 2012;**18**:288-296. DOI:10.1159/000337211.

Removille N, Origer A, Couffignal S, Vaillant M, Schmit JC, et al. A hepatitis A, B, C and HIV prevalence and risk factor study in ever injecting and non-injecting drug users in Luxembourg associated with HAV and HBV immunisations. *BMC Public Health.* 2011 May 19;11(1):351.

Schneider, S. & Meys, F. Analysis of illicit cocaine and heroin samples seized in Luxembourg from 2005– 2010, *Forensic Sci. Int.* (2011), doi:10.1016/j.forsciint.2011.06.027.

Origer A, Baumann M. Opiate and cocaine related Fatal Overdoses in Luxembourg from 1985 to 2011: a time-stratified study on gender differences. 21th IUHPE World Conference on Health Promotion. 25-29th August 2013, Pattaya, Thailand, Volume: Health Issues and Populations in Health Promotion.

Origer A, Baumann M. Suicide attempts prior to fatal drug overdose in Luxembourg from 1994 to 2011. 21st World Congress Social Psychiatry, 29 June- 3 July 2013, At Lisbon, Portugal, Volume: The bio-psycho-social model: The future of psychiatry.

Origer A, Lopes da Costa S, Baumann M. Opiate and cocaine related fatal overdoses in Luxembourg from 1985 to 2011: A study on gender differences. Origer A, Lopes da Costa S, Baumann M. *Eur Addict Res.* 2014;**20**(2):87-93. DOI: 10.1159/000355170.

Origer A., Bucki B., Baumann, M. Socioeconomic inequalities in fatal opiate and cocaine related overdoses: transgenerational baggage versus individual attainments. 28th Conference of the EHPS "Beyond prevention and intervention: increasing well-being", 26th - 30th August, 2014, Innsbrück, Austria.

Origer A., Le Bihan E., Baumann, M. Social and economic inequalities in fatal opiod and cocaine related overdoses in Luxembourg: A case-control Study. *Int J Drug Policy.* 2014. doi:10.1016/j.drugpo.2014.05.015 Luxembourg.

METHODOLOGIE

L'élaboration du plan d'action gouvernemental en matière de drogues et d'addictions est de nature multidimensionnelle. Elle repose en premier lieu sur l'évaluation des acquis et expériences du passé. L'implication des acteurs-experts issus des différents domaines d'action et disciplines constitue un deuxième instrument indispensable. Par ce biais est également assurée la prise en compte des considérations des usagers concernés et ce moyennant des enquêtes ciblées effectuées par les ONGs spécialisées (e.g. opportunité d'un programme de traitement assisté à l'héroïne, disponibilités d'offres de prise en charge, prévention de la mortalité associée aux drogues). L'ensemble de ces indicateurs est ensuite complété par l'intégration des résultats de travaux de recherche thématiques et des enseignements tirés du dispositif national de surveillance épidémiologique (RELIS).

En ce qui concerne l'implication des acteurs de terrain, plusieurs modalités de collaboration ont été retenues. En matière de réduction de la demande, les gestionnaires d'offres spécialisées ont été invités à soumettre des propositions d'actions et de mesures suite à des consultations bi- et multilatérales avec le Ministère de la Santé. L'ensemble des propositions a ensuite été discuté en plénière et au sein des plateformes de coordination entre les gestionnaires et le Ministère de la Santé afin de déterminer leur valeur ajoutée, d'identifier tout double emploi et l'utilité d'éventuelles synergies et afin de déterminer les actions prioritaires. Une matrice de projet fut ensuite élaborée avec les actions retenues sur base des critères d'attribution suivants:

- Pertinence : Est-ce que l'action en question s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale ? Est-ce qu'elle répond à un besoin réel et apporte une valeur ajoutée (e.g. pas de double emploi avec un autre projet, complémentarité de l'offre) ?
- Opportunité : Est-ce que le moment, le cadre et le contexte sont favorables à l'initiation et à l'exécution de l'action ?
- Faisabilité : Est-ce que les moyens à mobiliser sont d'envergure réaliste et adaptés aux ressources mobilisables ? Est-ce que le gestionnaire dispose-il des compétences et des qualifications requises pour exécuter l'action ?
- Rapports coût-bénéfice et coût-qualité : Est-ce que la valeur ajoutée issue de l'action entretient-elle une relation de proportionnalité raisonnable avec les moyens mis en œuvre et/ou disponibles ?
- Assurance qualité : Est-ce que le gestionnaire peut se prévaloir d'un mécanisme d'assurance qualité des prestations fournies ?
- Mesurabilité : Est-ce que le résultat, voire l'impact, d'une action est-elle mesurable, permettant ainsi d'évaluer les cinq critères précédents ?

La matrice définit les responsabilités du ou des gestionnaire(s) impliqué(s), les échéances et répercussions budgétaires des mesures envisagées, les sources de financement et des indicateurs de résultats et d'impact servant au suivi et à l'évaluation finale du plan d'action. Le Groupe Interministériel Toxicomanies (GIT), présidé par le Coordinateur National « Drogues », a fait office de comité d'évaluation des propositions d'actions soumises. Il a basé ses décisions sur l'application des critères définis ci-avant et a approuvé le plan d'action dans son intégralité avant soumission du dernier à la ministre de la Santé qui l'a transmis au Conseil de gouvernement pour approbation.

Conformément aux recommandations du rapport d'évaluation externe du plan d'action 2009-2014 (Trimbos Instituut, 2014)⁹, les gestionnaires de projet(s) sont invités à signer une déclaration d'engagement, sous réserve de mise à disposition des moyens requis, par laquelle ils déclarent tout mettre en œuvre pour mener à bien l'action retenue et d'informer le Coordinateur National « Drogues » dans les meilleurs délais de tout retard ou autre problème ayant trait à la bonne exécution de l'action.

Les actions issues du domaine de la réduction de l'offre et des relations extérieures furent élaborées par les instances compétentes et débattues au sein du GIT avant d'être intégrées au plan d'action proprement dit.

MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi rapproché de l'état d'exécution du plan d'action drogues fait partie intégrante du dernier. Trois mécanismes sont en place; à savoir le suivi continu de la progression des actions par la cellule de coordination « Drogues » de la Direction de la Santé en collaboration avec les acteurs du terrain, ensuite la concertation multilatérale et le suivi d'exécution au sein du Groupe Interministériel Toxicomanies, regroupant toutes les instances publiques impliquées. Enfin, une évaluation externe de l'intégralité du plan d'action est venue pour la première fois en 2009 clôturer l'exécution du plan d'action 2005-2009. Pour ce qui est de l'**évaluation externe du plan d'action 2010-2014, effectuée par une institution spécialisée néerlandaise (TRIMBOS INSTITUUT)** on retiendra les constats et recommandations suivants¹⁰:

^{9, 10} Trimbos Instituut (2014). Evaluation of the Governmental Strategy and Action Plan 2010-2014 of Luxembourg regarding the fight against drugs and drug addiction, Utrecht.

Dans le cadre présent, un sommaire des recommandations de l'évaluation externe est présenté. Ces dernières ainsi que les recommandations ciblant des secteurs d'activités en particulier, non décrites en détail ici, ont été intégrées dans l'élaboration de la stratégie 2015-2019. Le rapport d'évaluation intégral peut être téléchargé sur <http://www.ms.etat.lu> ou <http://www.santé.public.lu>

1. Indicateurs quantitatifs

La majorité des actions présentées dans le plan d'action a été accomplie. Quarante-cinq des 61 actions (74%) ont été réalisées et la plupart de ces actions a été jugées « positives » par les acteurs questionnés. Sept actions n'ont pas pu être réalisées. Pour 3 actions, l'exécution a été initiée et était toujours en cours en octobre 2014. Quatre actions ont été réalisées partiellement. Une action a été exécutée complètement mais la structure a dû être fermée à cause de facteurs externes. Une action fut transférée vers un plan d'action plus spécifique.

La raison majeure pour la non-exécution ou l'exécution partielle d'actions renvoie au caractère limité des ressources financières disponibles (en lien éventuel avec l'impact de la crise économique actuelle) et le manque de contributions financières par d'autres ministères que le Ministère de la Santé.

2. Analyse qualitative

- La stratégie et le plan d'action drogues et addictions 2010-2014 englobent tous les aspects du problème et sont formulés clairement. Ils servent en tant que documents de guidance, présentant un bon équilibre entre la réduction de l'offre, de la demande et des risques et dommages.
- Selon l'ensemble des acteurs questionnés, la coopération entre les différents services et organisations dans le domaine des drogues est bonne. Ceci est particulièrement le cas pour les domaines de la santé et de la réduction de la demande.
- Il existe une bonne coopération en matière de la politique relative aux drogues et aux addictions. Il existe aussi un accord général que la coordination dans la politique en matière de drogues fonctionne bien. Le Coordinateur National Drogues est perçu comme une personne engagée et disponible pour les acteurs de terrain.
- Les réunions régulières du Groupe Interministériel Toxicomanie (GIT) et les réunions du COCSIT (Comité de Coordination des Services Sociaux Intervenant en Toxicomanie), une plateforme réunissant la majorité des services spécialisés en matière de prévention et de prise en charge, sont jugées être des instruments importants pour faciliter la coopération et l'élaboration de consensus, mais aussi pour le suivi de l'exécution du plan d'action.

Le **facteur de soutien externe** le plus important et le plus fréquemment cité est l'appui du Ministère de la Santé et du Coordinateur National Drogues, et le support politique pour l'exécution du plan d'action qui en résulte. D'autres facteurs importants sont les canaux de communication courts, pas uniquement parce que le Luxembourg est un petit pays (les services agissent dans la proximité ce qui facilite un échange régulier et informel d'informations) mais aussi à cause de la structure d'exécution politique bien développée.

Concernant les **obstacles externes** à l'exécution optimale du plan d'action national, un problème cité fréquemment concerne le budget et le système de financement qui permet de planifier les budgets opérationnels sur une année seulement. Un autre facteur entravant récurrent est l'insuffisance des moyens financiers à disposition et le manque de support financier d'autres ministères, hormis le Ministère de la Santé. Le processus de prise de décision est jugé souvent lent, ce qui est principalement dû aux procédures budgétaires et à une culture de prise de décisions par consensus. Les acteurs ont aussi souligné que la réduction de risques et dommages peut apparaître être moins populaire auprès des autorités politiques (locales) et la population générale, en particulier parce que les offres qui en découlent sont a priori considérées comme une cause potentielle de nuisances publiques.

3. Recommandations

Les évaluateurs n'ont formulé aucune critique fondamentale ou relevé des propositions pour des changements majeurs. Les acteurs consultés apprécient grandement d'être consultés dans l'élaboration du plan d'action et son évaluation. La nouvelle stratégie gouvernementale drogues et addictions et le plan d'action y associé assurent une continuation de la politique globale en la matière développée au cours des dernières années.

L'approche intégrative toute comme le champ d'application étendu de la stratégie nationale devraient demeurer les lignes directrices pour l'avenir. Des plans d'action en matière de tabac et d'alcool ont déjà été développés ou sont en élaboration dans le cadre de la stratégie générale de lutte contre les drogues et les addictions. Il reste à structurer davantage les mesures en matière d'addictions liées aux substances psychotropes (de prescription) et aux addictions non liées aux substances, comme prévu par la stratégie nationale.

La prochaine stratégie nationale devraient également inclure de façon plus explicite, à côté de l'usage intensif et problématique de drogues, les formes d'usage occasionnel et récréatif, comme ces formes sont les modes d'usage les plus répandues, impliquant également des risques sérieux pour la santé et étant susceptible d'évoluer vers des formes plus problématiques d'usage de drogues.

La recherche montre que la prévention de l'usage de drogues et des addictions en général est plus efficace quand elle est intégrée dans une approche d'éducation de santé élargie, visant le développement d'aptitudes et de compétences, comme, entre autres, la gestion des émotions « négatives », la frustration, la déception, la colère, etc. Il s'agit de combiner et d'harmoniser les efforts d'éducation des jeunes en y intégrant la thématique des drogues et des comportements addictifs. Cette stratégie est par nature horizontale et tributaire d'un engagement soutenu de l'ensemble des instances gouvernementales impliquées tels que le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, le Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région et le Ministère de la Sécurité Interne.

Par ailleurs, une implication accrue des parents dans les efforts de prévention par des mesures de sensibilisation et de responsabilisation des parents et abordant la situation des parents confrontés à l'usage de substance par leurs enfants est souhaitable.

Les programmes de prévention devraient être développés et exécutés par des experts qualifiés en santé publique et en prévention. Un accord sur le partage des responsabilités entre les différents services sociaux et de santé tout comme entre les professionnels de la santé d'un côté et la police et la justice de l'autre, est perçu comme un sujet important pour les années à venir pour pouvoir assurer des standards de qualité et d'efficacité élevés en matière de prévention. A ce titre, les offres nationales de formation spécialisée en matière de drogues et d'addictions devraient être promues.

Il semble exister un consensus parmi tous les acteurs consultés que certains groupes cibles méritent une attention accrue dans les années à venir. Il s'agit des parents-usagers de drogues, des usagères enceintes, des enfants nés d'usagères de drogues ou des parents toxicodépendants et des usagers de drogues vieillissants. Pour le groupe des parents usagers de drogues et usagères enceintes, un programme de traitement médical et d'encadrement psycho-social adapté est requis. Pour les enfants nés des usagères de drogues ou des parents toxicodépendants les offres de parentalité existent et méritent d'être développées en y incluant des mesures de support de vie.

Les évaluateurs soulignent le développement remarquable des offres de réduction des risques et dommages au Grand-Duché de Luxembourg au cours des dernières années et recommandent leur extension, notamment en continuant à décentraliser ces dernières afin d'accroître encore leur accessibilité.

Le programme de traitement assisté à l'héroïne devrait être finalisé dans les années à venir. Il est par ailleurs important de stimuler les municipalités et autorités locales à être plus activement impliquées et à prendre leurs responsabilités dans la réalisation d'offres de la réduction des risques et dommages.

La recherche en matière de drogues et d'addictions a été développée significativement dans le cadre du plan d'action 2010-2014. Il reste à promouvoir l'importance de la recherche et l'axer également sur l'évaluation des actions entreprises et ce au sens large du terme.

En matière de financement, on retiendra que le budget global du Ministère de la Santé alloué aux services et programmes du domaine des drogues et des toxicomanies est passé de 1.270.169 EUR en 1999 à 2.065.511 EUR en 2000, suite au regroupement des associations spécialisées par le Ministère de la Santé. En 2004, ce même budget s'élevait à 5.847.938 EUR ce qui représente une croissance totale de 360% en référence à la situation de départ en 1999. Entre 2009 et 2014, l'année de clôture du troisième plan d'action drogues, le budget dédié est passé de 7.992.000.- EUR à 12.000.000.- EUR (Taux de croissance budgétaire par rapport à l'année 2009 de 50%). Le plan d'action 2010-2014 a en outre permis de créer un total de 18 nouveaux postes ETP pour le secteur conventionné.

Les moyens budgétaires investis et les efforts déployés par tous les acteurs impliqués ont notamment permis d'accroître les capacités d'accueil des structures bas-seuil, d'augmenter le nombre d'offres post-thérapeutiques et de logement encadré, de créer des offres pour des populations cibles spécifiques (e.g. usagers âgés, femmes enceintes), de régionaliser l'offre de consultation ambulatoire, d'améliorer les outils de gestion et de contrôle en matière de traitement de substitution, d'accroître les moyens investis dans la prévention primaire, d'œuvrer de façon générale à la réduction des risques et dommages, notamment en matière de drogues synthétiques et de transmission de certaines maladies infectieuses, endémiques à la population d'UPDs, de réduire sensiblement le nombre de cas de surdoses liées aux drogues et finalement de promouvoir les activités de recherche en la matière.

Quant aux indicateurs de suivi et d'évaluation, il est à retenir que chaque action est associée à un ou plusieurs indicateurs de résultat et indicateurs d'impact. Les premiers concernent l'état de matérialisation d'une action donnée et les deuxièmes renseignent sur les répercussions directes et indirectes observables. Outre le bilan intermédiaire et l'évaluation finale, le suivi et les éventuels ajustements en temps réel sont assurés par le biais des plateformes de collaboration entre le Ministère de la Santé et les gestionnaires de services conventionnés.

A souligner que les plans d'action successifs constituent un cadre qui reflète la stratégie générale en vue de l'optimisation de l'ensemble des interventions en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, et ce en fonction des priorités constatées et de l'adéquation entre les besoins et les ressources mobilisables. Aussi s'agit-il d'un cadre ouvert qui permet l'inclusion de projets complémentaires en cas de besoin.

LA STRATEGIE GOUVERNEMENTALE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES ADDICTIONS 2015 - 2019

● Cadre conceptuel

L'expérience acquise au fil des plans d'action successifs a permis d'ajuster les stratégies d'intervention aux spécificités de la situation nationale. Les enseignements tirés du dispositif de monitoring épidémiologique de l'usage problématique de drogues (RELIS) ainsi que les résultats d'une série de travaux de recherche ont permis de dégager les champs d'intervention prioritaires pour le futur.

Une stratégie antidrogue qui se propose de faire face aux défis actuels repose ad minima sur **deux piliers** à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur **quatre axes transversaux** : la réduction des risques, dommages et nuisance ; l'information, la recherche et l'évaluation ; les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination.

Définir une stratégie nationale en matière d'interventions dans les domaines des drogues et des toxicomanies revient à poser les jalons conceptuels en termes de principes de base et d'objectifs généraux dans lesquels viennent s'inscrire les mesures à inclure dans un plan d'action national structuré. **Le plan d'action en question répond aux critères suivants :**

L'élaboration du plan d'action doit être basée sur une concertation multilatérale incluant tant les acteurs du terrain que les experts et responsables nationaux.

Les actions retenues sont censées apporter une valeur ajoutée mesurable basée sur des objectifs réalistes dont l'implantation doit être soumise à un suivi soutenu.

Le plan d'action doit clairement situer le cadre temporel dans lequel les interventions retenues s'inscrivent, les moyens budgétaires à mobiliser et les acteurs impliqués dans l'exécution et le suivi des actions.

Les mesures doivent contribuer directement à la réalisation d'au moins une des priorités de la stratégie.

La supervision du processus d'implantation du plan d'action est à assurer par une instance centrale représentée par le Coordinateur National « Drogues » dûment mandaté par le Ministre compétent.

● La réduction de la demande

Est à considérer comme faisant partie du domaine de la réduction de la demande dans le cadre du présent plan d'action toute activité qui vise la diminution du désir ou du besoin de consommer ou d'abuser des drogues par un individu ou par un groupe d'individus.

L'objectif général d'une politique de réduction de la demande se conçoit dans le développement de mesures de prévention primaire, de structures de prise en charge et de mesures de réinsertion complémentaires dont l'élaboration repose sur les acquis des expériences antérieures et des faits d'observation scientifique.

Conformément au principe arrêté lors de la préparation de la stratégie antidrogue de l'UE 2013-2020¹¹, il est retenu que la prévention primaire est à privilégier par rapport aux mesures de traitement, le traitement est préférable aux mesures de réduction de dommages qui elles sont

¹¹ Cote document UE 17547/12 CORDROGUE 101.

jugées plus indiquées que l'absence de toute activité visant la réduction des risques de santé pour l'usager de drogues lui-même et pour son environnement. L'ensemble de ces mesures devra s'inscrire dans une approche intégrée et complémentaire.

En matière de réduction de la demande de drogue, la stratégie antidrogue de l'UE pour les années 2013 à 2020 a pour objectif de contribuer à une réduction mesurable de la consommation de drogues illicites, de retarder l'âge de la première consommation de drogue et de prévenir et réduire la consommation problématique de drogue, la dépendance à l'égard de la drogue et les risques et dommages sanitaires et sociaux liés à la drogue, grâce à une approche intégrée et pluridisciplinaire reposant sur des données factuelles, ainsi qu'en favorisant et en préservant la cohérence entre les politiques de santé, les politiques sociales et les politiques dans le domaine de la justice.

Les priorités nationales en matière de réduction de la demande s'inscrivent dès lors en droite ligne dans le cadre de la stratégie négociée au niveau européen et visent notamment à :

- améliorer la disponibilité, l'accessibilité et le champ d'action de mesures efficaces et diversifiées visant à réduire la demande, promouvoir le recours aux bonnes pratiques et l'échange de celles-ci, et mettre au point et appliquer des normes de qualité pour la prévention (environnementale, universelle, sélective et indiquée), la détection et l'intervention précoces, la réduction des risques et des dommages, le traitement, la réhabilitation, la réinsertion sociale et la guérison;
- améliorer la disponibilité et l'efficacité des programmes de prévention (effet initial et à long terme) et mener des actions de sensibilisation aux risques liés à la consommation des drogues illicites et des autres substances psychoactives et aux conséquences qu'elles peuvent avoir ;
- amplifier et développer des mesures efficaces de réduction de la demande afin de faire face à des problèmes tels que la polytoxicomanie, y compris la consommation combinée de substances licites et illicites, l'usage abusif de médicaments délivrés sur ordonnance et la consommation de nouvelles substances psychoactives;
- étendre la disponibilité, l'accessibilité et la couverture d'un traitement efficace et diversifié de la toxicomanie, pour les consommateurs de drogues problématiques et dépendants, y compris les consommateurs de produits non opiacés, afin que tous ceux qui le souhaitent puissent bénéficier d'un traitement en fonction des besoins;
- accélérer la mise au point et accroître la disponibilité et la portée des mesures de réduction de la demande en milieu carcéral, dans le but d'arriver à une qualité de soins équivalente à celle fournie à l'ensemble de la population, conformément au droit à la protection de la santé et au droit à la dignité humaine consacrés par la Convention européenne des droits de l'homme et la Charte des droits fondamentaux de l'UE. Il convient de veiller à la continuité des soins à tous les stades de la justice pénale et après la remise en liberté;
- mettre au point et développer des modèles de soins intégrés, couvrant les besoins liés aux problèmes de santé mentale et/ou physique, la réhabilitation et l'aide sociale afin d'améliorer la situation sanitaire et sociale, la réinsertion sociale et la guérison des consommateurs de drogue problématiques et dépendants, y compris ceux qui souffrent de comorbidité;

- élaborer des mesures efficaces et différenciées de réduction de la demande de drogue, dans le but de réduire la consommation de drogue et/ou de retarder la première consommation de drogue, qui soient adaptées aux besoins de groupes spécifiques, aux modes de consommation de la drogue et aux différentes situations, une attention particulière devant être accordée aux groupes vulnérables et marginalisés;

● **La réduction de l'offre**

Dans le domaine de la réduction de l'offre de drogue, la stratégie antidrogue de l'UE pour les années 2013 à 2020 a pour objectif de contribuer à une réduction mesurable de la disponibilité des drogues illicites, par la perturbation du trafic des drogues illicites, le démantèlement des groupes relevant de la criminalité organisée qui sont impliqués dans la production et le trafic de drogue, le recours efficace à la justice pénale, une répression efficace reposant sur le renseignement et l'échange accru de renseignements.

En matière de réduction de l'offre de drogues, les priorités suivantes ont été retenues:

- renforcer la coopération et la coordination entre les services répressifs au niveau stratégique et opérationnel ;
- réduire la production, la contrebande, le trafic, la distribution et la vente de drogues illicites et juguler les facteurs de facilitation de ces activités, et limiter le détournement des précurseurs et pré-précurseurs de drogue ainsi que d'autres substances chimiques essentielles utilisées dans la fabrication illicite de drogues;
- réagir efficacement face à l'évolution des tendances, telles que le détournement de certaines substances chimiques employées pour couper les drogues illicites et l'offre de drogue par le recours aux nouvelles technologies;
- accorder une attention particulière aux nouvelles technologies de communication qui jouent un rôle important dans la facilitation de la production, de la commercialisation, du trafic et de la distribution de drogues (y compris les nouvelles substances psychoactives contrôlées);
- continuer de coopérer et de coordonner - en fonction des besoins - les actions nationales au niveau de l'UE, avec les organes et services compétents au niveau de l'UE et au niveau international, tels que Europol, Eurojust et l'OEDT, et exploiter pleinement les méthodes et instruments existants dans le domaine de la coopération en matière judiciaire et répressive, comme les activités de police fondées sur le renseignement, l'établissement des profils des drogues, les équipes communes d'enquête, les opérations douanières et policières conjointes et les initiatives pertinentes;
- mettre l'accent sur la répression fondée sur le renseignement et destinée à cibler la production et le trafic de drogues à grande échelle ;
- renforcer, lorsque cela est jugé nécessaire, la coopération en matière judiciaire et répressive mise en place au sein de l'UE pour lutter contre la drogue et amplifier le recours aux pratiques existantes. Favoriser les actions de coopération en matière judiciaire et répressive et l'échange d'informations et de renseignements;
- renforcer de manière ciblée, dans la mesure où cela est jugé nécessaire, le cadre législatif national, afin d'améliorer la réaction face aux nouvelles tendances, faire en sorte que les efforts de collaboration se complètent mutuellement en vue de démanteler les groupes relevant de la criminalité organisée transnationale;

- renforcer l'évaluation et l'analyse des politiques afin de mieux comprendre les marchés de la drogue et la criminalité liée à la drogue et d'accroître l'efficacité des réponses apportées dans le domaine répressif pour lutter contre la drogue;
- afin de prévenir la criminalité, d'éviter la récidive et de renforcer l'efficacité de la justice pénale tout en veillant à la proportionnalité, il faudra encourager, au besoin, l'emploi, le suivi et la mise en œuvre effective de politiques et de programmes de lutte contre la drogue comprenant des mesures d'orientation des personnes arrêtées vers des services de traitement et des services connexes et des solutions appropriées de remplacement des sanctions coercitives (telles que l'éducation, le traitement, la réhabilitation, la postcure et la réinsertion sociale) pour les délinquants toxicomanes.

● **La réduction des risques, des dommages et des nuisances associés à l'usage de drogues**

On comprend par « réduction des risques, dommages et nuisances » toute intervention qui cible la réduction des conséquences sanitaires et psycho-sociales néfastes liées à la consommation illicite de drogues.

Contrairement à la stratégie antidrogue 2013 - 2020 de l'UE qui inclut les mesures de réduction des dommages liés à la consommation de drogues dans le champ d'activité de la réduction de la demande, déjà la stratégie nationale 2005 – 2009, ainsi que les stratégies subséquentes 2010-2014 et 2015-2019 considèrent que la réduction des risques, des dommages et des nuisances constitue un domaine spécifique à caractère horizontal. Les interventions visées revêtent en effet une dimension transversale dans la mesure où elles sont applicables tant au domaine sanitaire que répressif.

Il s'agit prioritairement d'investir dans des mesures efficaces et efficientes de réduction des risques et des dommages et de poursuivre la recherche sur ce type de mesures, à intégrer dans le réseau de prise en charge de façon complémentaire. Une attention particulière est à attacher à la réduction de la mortalité et la morbidité liées à l'usage de drogues.

● **Information, recherche et évaluation**

Une action n'est stratégique que dans la mesure où elle s'appuie sur la connaissance du problème auquel elle se réfère. La construction du savoir, son application et sa diffusion optimisées constituent les piliers d'une approche orientée vers l'efficacité. La recherche appliquée au domaine des drogues et des toxicomanies constitue un outil primordial de toute politique antidrogue. L'investissement dans la recherche est une nécessité même si ces résultats ne sont parfois visibles qu'à long terme. La recherche et l'information doivent contribuer à une meilleure compréhension du phénomène de la drogue sous toutes ses facettes et des effets des mesures adoptées, afin que des données factuelles fiables et complètes puissent étayer les politiques et les actions

L'axe en question comprend :

- la recherche fondamentale ;
- la recherche épidémiologique ;
- la recherche sociologique ;
- l'élaboration, l'harmonisation et la standardisation des outils méthodologiques
- l'évaluation ;
- la diffusion/échange du savoir.

Il s'agit d'un domaine qui peut largement bénéficier de l'acquis communautaire au sens d'un partage des connaissances au niveau européen et international. Le défi majeur qui se posera pour le futur sera celui d'une action concertée en matière de la construction du savoir et de l'optimisation de son utilisation au bénéfice de l'objectif principal tel qu'énoncé sous point 1.

Afin d'atteindre cet objectif il conviendra de fixer les priorités suivantes :

- développer les infrastructures et moyens de recherche (notamment en rapport au point focal luxembourgeois de l'OEDT) ainsi que l'expertise en la matière au plan national ;
- ancrer l'activité de recherche dans un réseau de collaboration national et international ;
- optimiser le transfert des connaissances entre acteurs de recherche et le pouvoir décisionnel;
- rationaliser la diffusion de l'information vers des publics cibles diversifiés ;
- accorder une attention particulière au domaine de l'évaluation des actions entreprises.

Les axes de recherche prioritaires pour la période 2015-2019 sont les suivants :

- Enquêtes en population générale relatives aux différentes formes d'usage de substances licites et illicites.
- Nouvelles substances psychoactives et nouveaux modes de consommation.
- Enquêtes dans les milieux récréationnels, festifs et de jeunes.
- Etudes de prévalence sérielles de l'usage intensif de drogues.
- Maladies infectieuses, morbidité et mortalité liées à l'usage de drogues.
- Mesure de l'impact des mesures de réductions des risques et autres.
- Evaluation des meilleures pratiques.

● **Les relations internationales**

Les États membres devraient veiller à intégrer la stratégie antidrogue de l'UE et les objectifs qu'elle poursuit dans le cadre général de la politique étrangère de l'Union, en tant qu'élément d'une approche globale faisant pleinement usage, d'une manière cohérente et coordonnée, de tout l'éventail de politiques et d'instruments diplomatiques, politiques et financiers dont ils disposent. Il s'agira notamment :

- de promouvoir la cohérence entre les aspects intérieurs et extérieurs des politiques nationales en matière de lutte contre la drogue et les mesures à l'égard des pays tiers dans ce domaine;
- de veiller à ce que la coopération internationale dans le domaine de la drogue s'inscrive dans les relations politiques globales et dans les accords-cadres conclus entre l'UE et ses partenaires, au niveau national et/ou régional. Cette coopération devrait refléter l'approche intégrée et équilibrée reposant sur des données factuelles qu'a adoptée l'UE, et porter sur: le dialogue politique, la coordination en matière de drogue, la réduction de la demande (et la réduction des risques et des dommages), la réduction de l'offre, en passant par le développement de substitution et la répression, l'intégration des politiques en matière de drogue dans le programme plus large de la coopération au développement, l'information, la recherche, le suivi et l'évaluation;
- de garantir que les mesures et actions internationales dans les pays tiers et les régions du monde prioritaires soient globales, et qu'elles tiennent compte de toutes les dimensions du phénomène de la drogue, et encourager le développement, la stabilité et la sécurité de ces pays et régions grâce à des partenariats renforcés;

- de veiller à ce que la protection des droits de l'homme fasse partie intégrante aussi bien des dialogues politiques que de la mise en œuvre et de la réalisation des programmes et projets concernés dans le domaine de la drogue.

● Les mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination devraient veiller aux synergies, à la cohérence et au respect de pratiques de travail efficaces en évitant les doubles emplois, en prenant des mesures pour que l'échange d'informations soit performant, en utilisant les ressources de manière efficace et en garantissant la pérennisation des acquis.

Etant entendu que la lutte antidrogue est une compétence partagée entre différents portefeuilles ministériels et qu'au niveau national il n'existe pas de pouvoir décisionnel centralisé en la matière, il est d'une importance capitale de mettre en place des mécanismes de coordination qui tiennent compte de cette diversité des compétences tout en facilitant la collaboration et la concertation entre les parties impliquées.

Depuis 1999, la coordination des actions à mener dans le domaine de la réduction de la demande de drogues et de la réduction des risques et dommages associés est une compétence du Ministère de la Santé au sein duquel a été mise en place une cellule de coordination sous la responsabilité d'un coordinateur national. La réduction de l'offre et les affaires internationales sont des compétences respectivement du Ministère de la Justice et du Ministère des Affaires Étrangères et de l'Immigration.

Les principaux ministères compétents en matière de drogues et d'addictions sont les Ministères de la Santé, de la Sécurité sociale, de la Justice, de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, de l'Intérieur et des Affaires étrangères et européennes. La coordination inter-compétences est assurée par le Groupe Interministériel « Toxicomanie » (GIT). Si les différents ministères restent compétents au niveau de la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, la coordination politique est du ressort du GIT sous présidence du Ministère de la Santé. Le GIT fonctionne actuellement en tant qu'organe de concertation avec pouvoir d'avis.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES D'ACQUISITION ILLICITE ET LES ADDICTIONS ASSOCIEES 2015 - 2019

L'élaboration du plan d'action 2015-2019 repose sur le cadre posé par le programme gouvernemental 2013, sur les priorités fixées par les ministères compétents et la concertation soutenue avec les acteurs du terrain aux fins de dégager un consensus opérationnel qui permettra de rencontrer les besoins constatés.

Le financement des actions peut impliquer une seule instance ou dépendre du co-financement de plusieurs ministères, fonds ou œuvres. Pour ces dernières actions, dites '*conditionnelles*', il s'agit en règle générale de mesures qui impliquent les compétences de plusieurs instances. Toutefois, l'ensemble des actions prévues au présent plan d'action seront à réaliser uniquement sous réserve que les budgets et fonds nécessaires à leur exécution soient dûment demandés par les gestionnaires retenus et accordés pour les exercices budgétaires respectifs. Aussi, le plan d'action constitue une feuille de route qui pourra être complété en fonction d'éventuels besoins émergeant au cours de sa phase d'exécution, dus par exemple à des changements épidémiologiques ou à des modifications du cadre légal en matière de drogues et d'addictions.

Le plan d'action drogues 2015-2019 revêt la structure suivante :

I. REDUCTION DE LA DEMANDE

- I.1 Prévention primaire
- I.2 Offres de prise en charge
- I.3 Réintégration psycho-socio-professionnelle

II. REDUCTION DE L'OFFRE

- II.1 Sécurité publique
- II.2 Application de la loi modifiée du 19 février 1973
- II.3 Organisation interne – Police et Douanes
- II.4 Lutte contre le blanchiment d'argent
- II.5 Coopération nationale et coordination administrative
- II.6 Coopération transrégionale et internationale

III. AXES TRANSVERSAUX

- III.1 Mesures de réduction de risques, dommages et nuisances
- III.2 Recherche et information
- III.3 Relations internationales
- III.4 Mécanismes de coordination

BIBLIOGRAPHIE

**Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées
2015 –2019**

**Ministère de la Santé, Direction de la Santé, Cellule de Coordination « Drogues »,
Grand-Duché de Luxembourg**

Pilier	Domaine	Champ d'intervention et population cible	Gestionnaire et sommaire d'action	Commentaires	Compétences et financement envisagé	Echéance	Indicateurs de résultats (R) et/ou d'impact (I)
I. REDUCTION DE LA DEMANDE							
	I.1 Prévention primaire	<u>I.1.1 Jeunes, jeunes en milieu scolaire et intervenants éducatifs, services éducatifs et enseignants</u>	I.1.1.a. MENJE - SCRIPT Prévention, protection de la jeunesse. Formation des enseignants, membres du SPOS et services éducatifs. Pièces de théâtre interactif ; instruments et méthodes de prévention mis à disposition par les différents partenaires externes. Coopération avec KomPass, CePT, Police etc. I.1.1.b. CePT Prévention dans l'école fondamentale et les maisons relais (cycles 1 – 4). CONDITION : <u>Co-financement du MISA et MENJE.</u>	Le milieu scolaire est un lieu privilégié pour le travail de prévention qui idéalement devrait s'étendre sur toute la durée de la scolarité. Il s'agit de développer les compétences individuelles et d'associer l'ensemble des acteurs concernés. La prévention doit commencer dès le plus jeune âge et s'étendre sur toute la durée de la scolarité. Buts : -Développement et réalisation de projets de prévention auprès des plus jeunes. -Accompagnement de projets de prévention dans le milieu enfance-jeunesse. -Élaboration de nouveaux matériels didactiques. -Formation de multiplicateurs.	MENJE-SCRIPT MISA/MENJE FP 1ETP PEDAGOGUE Une demande de soutien financier ou autre sera à introduire par le gestionnaire auprès des ministères visés.	Action continue. 2016 - 2019 Développement d'un concept d'intervention (y compris les critères d'évaluation). Réalisation du concept.	(R) Evaluation par questionnaire portant sur le contenu, la méthode et la présentation. (R) Rapport de progression.

			I.1.1.c. IMPULS Grille d'intervention Création d'un outil d'intervention pour gérer le phénomène de la consommation de drogues au niveau institutionnel. Développement de lignes de conduite communes, claires et cohérentes au sein d'une même institution. La formation de tous les professionnels concernés est nécessaire. CONDITION : <u>Co-financement du MENJE et FSE.</u>	Le phénomène de la consommation de drogues, principalement d'alcool et de cannabis est répandu au sein de toutes les institutions travaillant avec les jeunes (écoles, foyers d'accueil, internats, maisons de jeunes...). La demande d'intervention auprès des équipes des professionnels s'est accrue. La grille d'intervention devrait contribuer à utiliser toutes les ressources pour apporter une aide appropriée aux jeunes.	MENJE /FSE FP 1 ETP PSY Une demande de soutien financier ou autre sera à introduire par le gestionnaire auprès du MENJE et du Fonds Social Européen.	2015-2019	(R) Bilan d'utilisation.
			I.1.1.d. IMPULS ProST Programme destiné aux jeunes qui ont subi une intoxication aiguë. Il s'agit d'une mesure pour sensibiliser les jeunes à un usage plus responsable et à les informer des risques encourus par le mésusage d'alcool.	Depuis 2012, le Parquet-Protection de la Jeunesse de l'arrondissement Luxembourg adresse ponctuellement des jeunes sous contrainte pour abus d'alcool. Le but de ce projet est la responsabilisation face à l'alcool. Un travail de contact et d'investigation devrait être fait au préalable auprès de partenaires éventuels, tels que les services d'urgences des hôpitaux au niveau national, la Protection Civile et les Sapeurs-Pompiers afin d'estimer les besoins du terrain.	MISA FP 0,5 ETP PSY	2015-2017	(R) Offre opérationnelle. Statistiques de service.

			I.1.1.e. JDH Consultations et prévention en ligne	Ce projet vise une collaboration entre les services de consultation de la Fondation JDH, d'IMPULS et de SOS Détresse. Les services de consultation en général ne parviennent pas à accéder à toutes les personnes toxicodépendantes. Par le biais des consultations par email un certain nombre de personnes dépendantes pourront accéder à une consultation à distance et de ce fait entrer en relation avec un thérapeute, respectivement être amenées par la suite à entamer une démarche thérapeutique.	MISA FP 0,25 ETP PSY	2017	(R/I) Statistiques d'utilisation et nombre d'orientations vers une prise en charge thérapeutique conventionnelle.
			I.1.1.f. Ministère de la Justice	Le Ministère de la Justice est favorable à un renforcement du volet préventif en matière de lutte contre les stupéfiants et de participer à toute discussion qui vise à renforcer l'efficacité de la lutte en matière de stupéfiants.	MIJUS	2015-2019	

	1.2 Offres de prise en charge	1.2.1 <u>Prise en charge non axée sur la prescription de substances psychoactives.</u> 1.2.1.1 <i>Structures ambulatoires</i>	1.2.1.1.a. IMPULS CHOICE/ECHO (13-17) Ce programme interactif, par le biais d'un échange ouvert et d'exercices pratiques, a pour but de mener les jeunes vers un changement d'attitude et un regard plus critique sur la consommation de cannabis. <u>CONDITION : Co-financement du MISA, MENJE et MIJUS.</u> 1.2.1.1.b. STSJ CHOICE 18+ (18 + ans) Intervention de groupes pour 6-8 jeunes interpellés pour infractions liées à l'usage de cannabis. Le but de cette action est de responsabiliser les jeunes davantage quant à leur usage de cannabis et à développer une approche plus critique. <u>CONDITION : Co-financement du MISA et MIJUS</u>	CHOICE est opérationnel depuis 2006. La demande est telle que de nouveaux intervenants doivent être formés afin de pouvoir offrir davantage de groupes et inclure le domaine éducatif (lycées, foyers d'accueil, internats). Le Parquet Général de l'Arrondissement Diekirch a constaté une hausse des interpellations de jeunes adultes pour possession et/ou consommation de cannabis. Ce programme est une alternative à l'inscription au casier judiciaire considérant qu'un programme psychoéducatif s'avère plus efficace. Une évaluation systématique auprès de chaque participant est effectuée 6 mois après la fin du programme.	MISA/MENJE/MIJUS FP 1 ETP PSY 1 ETP ED GRAD Une demande de soutien financier ou autre sera à introduire par le gestionnaire auprès des ministères visés. MISA/MIJUS SPONSOR FP 1 ETP PSY 1 ETP ED GRAD Source de financement : sponsoring par une fondation afin de pouvoir financer des postes freelance. Participation de financement à demander au Ministère de la Justice.	2015-2017 2015-2017	(I) Accroissement du nombre de bénéficiaires. Evaluation de la situation des clients. (R) Offre opérationnelle. (I) Evaluation de l'état des clients.
--	---	---	--	---	--	-----------------------------------	---

			I.2.1.1.c. IMPULS Régionalisation Création d'une structure décentralisée afin d'offrir un accès plus facile pour la population du nord du pays.	Améliorer l'accès aux personnes au nord du pays et y développer le programme CHOICE. Il y a une forte concentration de lycées à Ettelbruck et à Diekirch et par conséquent un grand nombre d'élèves susceptibles de pouvoir profiter de cette offre. Une collaboration étroite avec la JDH est envisageable et la JDH pourrait partiellement mettre à disposition le local du Contact Nord.	MISA FP 0,5 ETP PSY 0,5 ETP ED DIPL Utilisation des locaux de la JDH dans un premier temps. Dans un deuxième temps, solliciter la commune d'Ettelbruck.	2017-2019	(R) Offre opérationnelle. Statistiques clients.
			I.2.1.1.d. CHNP-Alternative Berodungsstell Nouvelles offres : - prise en charge femmes toxicomanes enceintes, - encadrement de patients toxicomanes ayant suivi une thérapie à l'étranger, - prise en charge de patients toxicomanes avec plus de ressources socio-professionnelles.	Voir I.3.1.a.	FP 1 ETP EDDIPL ou 1 ETP INF	2016	(R) Offre opérationnelle.
			I.2.1.1.e. JDH Extension de l'offre de la parentalité	Besoin croissant en raison d'une plus grande espérance de vie des personnes toxicomanes. Diversification et spécialisation de l'offre et relocalisation du service. Réduction de la liste d'attente.	MISA FP 0,5 ETP AS Locaux à louer avec le service « Niches ».	2016	(I) Degré de réduction de la liste d'attente.

			I.2.1.1.f ARCUS -Quai 57 Suchtberodungsstell	Réorientation de l'affectation des ressources allouées en fonction de besoins observés. (e.g. Système de référent unique, logement encadré)	MISA Autres ressources possibles : -Fondations, Œuvres.	2015-2019	(R) Offres opérationnelles.
		I.2.1.2 Structures résidentielles :	I.2.1.2.a CHNP-CTM Encadrement de jeunes femmes toxicodépendantes enceintes ainsi que de jeunes mères toxicodépendantes ayant des enfants en bas âge. I.2.1.2.b JDH Projet « Maison Kangourou » pour femmes toxicomanes enceintes ou mères toxicomanes d'enfants en bas âge. <u>Condition</u> : cette offre, si mise en œuvre, remplace les actions spécifiques (postes isolés demandés au plan d'action.) pour cette population cible. Le financement d'un bien immobilier par l'ONS devra être demandé par les gestionnaires.	Il n'existe à l'heure actuelle pas de service spécialisé pour femmes enceintes usagers de drogues au niveau national. Encadrement 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 de femmes avec enfants ou femmes enceintes toxicomanes. Synergie entre Fondation JDH et le CHNP : Centre thérapeutique Syrdallschlass Manternach et Alupse-bébé.	FP FF 1 ETP spécialisé en pédagogie familiale. MISA FP 1 ETP PSY 1 ETP AS 2 ETP INF PED FI (Œuvres) Acquisition immeuble par dons OU location immeuble. Prévision d'une couverture de non-paiement de 5.000€ par an. Mise en état d'immeuble. FF (à part loyer : 32.000.-).	2017 2016-2019	(R) Offre opérationnelle. (R) Offre opérationnelle. Taux d'occupation.

		<u>1.2.1.3</u> <u>Prise en charge axée sur la prescription de substances psychoactives.</u>	1.2.1.3.a MISA -JDH Programme de traitement assisté à la diacétylmorphine (TADIAM) 'Maison de substitution'.	Mise en place d'un programme de traitement assisté à l'héroïne dans le cadre de l'extension du programme de traitement de substitution.	MISA FP Postes supplémentaires aux ressources déjà allouées : 2.5 ETP INF	2016	(R) Programme opérationnel. Statistiques d'utilisation.
	I.3 Réintégration psycho-socio-professionnelle	<u>1.3.1</u> <u>Post-cure</u> Usagers de drogues ayant suivi un traitement thérapeutique spécialisé.	1.3.1.a CHNP - CTM Service de post-cure - Offre pour mères toxicomanes et partenaires avec enfants. - Patients sortant d'une thérapie à l'étranger. - Prévention rechute.	On observe une augmentation de personnes toxicomanes avec enfants. Il s'agit de consolider l'acquis thérapeutique et d'accompagner les bénéficiaires sur la voie de l'autonomie.	MISA FP 0,5 ETP ED	2015	(R) Offre opérationnelle.
		<u>1.3.2</u> <u>Logement encadré</u>	1.3.2.a MIFA « Housing First » accompagne les personnes sans-abri de longue durée au niveau de l'accès et de la stabilisation dans des logements individuels.	Le projet se base sur l'idée qu'une personne sans-abri a d'abord besoin d'un logement, les autres problèmes pouvant être abordés par la suite. Il propose un logement – et un accompagnement – sans pour autant exiger un arrêt ou une réduction de la consommation.	MIFA FP 1.5 ETP Accroissement du personnel en fonction du budget disponible.	A partir de 2014.	(I) Evolution du nombre de personnes bénéficiaires.
			1.3.2.b JDH Logement encadré pour personnes toxicomanes vieillissantes à partir de 40 ans OU création d'un foyer pour toxicomanes vieillissants à caractère moyen / haut seuil.	Réinsertion sociale et lutte contre l'isolement. Réduction des risques. Accompagnement psycho-médico-social intensif.	MISA FP 1 ETP INF PSY FF 19.000.-€	2016 2017-2019	(R) Offre opérationnelle. (R) Foyer opérationnel.

			I.3.2.c CNDS Encadrement avec logement pour personnes toxicomanes. <u>CONDITION : Co-financement MISA MIFA/FNS</u>	25% des usagers d'ABRIGADO sont sans demeure et sans assurance sociale. Les concepts usuels du logement encadré au Luxembourg ne correspondent pas aux besoins de ces usagers. Buts : -Amélioration et stabilisation des conditions de logement - Protection des conditions de logement -Garantie d'accès à l'assurance maladie. Mesures: -Phases de préparation et d'attente dans la structure de nuit ABRIGADO avec adresse fixe, gestion financière et formation de compétences de base pour la gestion d'un appartement -Aide aux toxicomanes consultative: assistance sociale et gestion financière sur base de la réduction des dommages et de la promotion de la santé (à court et à long terme) en coopération avec d'autres services. -Transition et entremise vers d'autres structures d'encadrement. -Formation continue du personnel dans le maniement avec les toxicomanes.	MISA/ MIFA/FNS FP 1 ETP ED GRAD 1 ETP AS FI 10.000€ FF 50.000€ Une demande de soutien financier sera à introduire par le gestionnaire auprès des ministères et fonds visés.	2017-2019	(R/I) Offre opérationnelle et taux d'occupation.
--	--	--	--	--	--	-----------	--

		<u>I.3.3. Offres occupationnelles</u>	I.3.3.a CND Activités structurantes bas-seuil pour usagers âgés 45+. Projet TABA. <u>CONDITION : Co-financement du MISA et MIFA.</u>	Le nombre des clients d'ABRIGADO au-dessus de 45 ans augmente depuis quelques années (2013: 20%; 2012: 15%; 2011: 10%). -Réduction de l'isolation sociale et séparation du milieu des drogues. -Activités bas-seuil avec le but de la réintégration ou la transition vers des mesures de suivi. -Activités de restructuration du milieu social et de la vie en général. -Activités afin de réapprendre l'aptitude au travail. -Motivation pour un changement de comportement. -Un contact régulier et structuré avec le client dans un cadre tranquille et protégé. -Promotion de la santé par le changement des habitudes de consommation. -Coopération avec autres services (logement assisté, aide de probation, etc.) -Accroître l'estime de soi par la réparation et le transfert de jouets. Mesures: -Collection, réparation et nettoyage de jouets qui seront transmis aux	MISA / MIFA FP 1,5 ETP ED GRA FI 60.000€ FF 80.000€ Une demande de soutien financier sera à introduire par le gestionnaire auprès des ministères visés.	2016	(R/I) Offre opérationnelle et taux d'occupation.
--	--	---	---	---	---	------	--

				familles nécessiteuses en coopération avec d'autres services et des assistants sociaux. -Des sets de seringues pour l'échange de seringues seront emballés. -Repas communs pour la promotion des compétences sociales et de la condition de nutrition.			
--	--	--	--	---	--	--	--

II. REDUCTION DE L'OFFRE	II.1 Sécurité publique	<u>II.1.1 Actions communes.</u>	II.1.1.1 Police et Douanes : Continuer à effectuer des contrôles communs des voies d'approvisionnement par Police et Douanes.		Police et Douanes.		(R) : Actions menées.
	II.2 Renforcement de la répression des infractions à la loi modifiée du 19 février 1973		II.2.1.1 Douanes : Transposer les changements législatifs de 2014 en matière de compétences des agents de Douanes.		Douanes.		
	II.3 Améliorations internes Police et Douanes (procédures, compétences, organisation)	<u>II.3.1 Améliorer la collecte et la centralisation de renseignements et d'informations en matière de stupéfiants.</u> <u>II.3.2 Organiser des formations axées sur les besoins des enquêteurs.</u> <u>II.3.3 Organiser des formations pour enquêteurs / OPJ / Douanes.</u>	II.3.1.1 Police. II.3.2.1 Police. II.3.3.1 Douanes.				(R) : Système centralisé de renseignements fonctionnel. (I) : Amélioration de l'efficacité du travail d'enquête. (R) : Nombre de séances de formation. Nombre de participants. (I) : Amélioration de l'efficacité du travail d'enquête. (R) : Nombre de séances de formation. Nombre de participants. (I) : Amélioration de l'efficacité du travail d'enquête.
	II.4 Lutte contre le blanchiment d'argent	<u>II.4.1 Amélioration de la collaboration entre la section anti-blanchiment et les autres unités</u>	II.4.1.1 Police.				(R) : Collaboration optimisée. (I) : Augmentation de l'efficacité du travail d'enquête.

		<u>répressives en matière de stupéfiants.</u> II.4.2 Formation des <u>enquêteurs affectés à la lutte contre le blanchiment.</u>	II.4.2.1 Police.				(R) : Routine de formation en place. (I) : Niveau de formation accru.
	II.5 Coopération et coordination administrative	II.5.1 <u>Continuer à participer au Groupe Interministériel toxicomanie.</u> II.5.2 <u>Continuer à participer au groupe de suivi de la structure des salles d'injections.</u> II.5.3 <u>Améliorer continuellement la collaboration entre la Police et les Douanes, en organisant notamment des échanges de personnel (stages d'hospitalités) entre Police et Douanes.</u>	II.5.1.1 Police et Douanes, Ministère de la Justice. II.5.2.1 Police et Douanes, Ministère de la Justice. II.5.3.1 Police et Douanes.				(R) : Participation active. (I) : Nombre de participations aux réunions. (R) : Participation active. (I) : Nombre de participations aux réunions. (R) : Collaboration optimisée. (I) : Nombre d'échanges ou de stages effectués.

	II.6 Coopération transrégionale et internationale	II.6.1 <u>Améliorer l'efficacité de la lutte contre le tourisme de la drogue – contrôle accru des voies d'approvisionnement (rail-route-air, Op. Hazeldonk).</u> II.6.2 <u>Participer à des opérations européennes (Europol, Cospol) et (Eurocustoms, OLAF, joint customs opérations,...).</u> II.6.3 <u>Mettre en place, en cas de besoin identifié, des équipes mixtes d'enquête.</u> II.6.4 <u>Echanger des enquêteurs 'stupéfiants' avec des corps de Police étrangers afin de participer à des événements, à l'étranger/au GDL.</u> II.6.5 <u>Exercices et opérations avec les services douaniers étrangers.</u> II.6.6 <u>Organiser des échanges d'agents avec des corps de Police étrangers.</u>	II.6.1.1 Police et Douanes. II.6.2.1 Police et Douanes. II.6.3.1 Police et Douanes. II.6.4.1 Police. II.6.5.1 Police. II.6.6.1 Police.	Faisabilité à analyser, concertations avec Parquet à initier, formations communes à organiser.		(R) : Concept optimisé. (I) : Nombre d'interpellations et de saisies. (R) : Participations documentées. (R) : Equipes mixtes opérationnelles. (I) : Augmentation de l'efficacité du travail d'enquête. (R) : Echanges effectués. (I) : Capacités d'intervention accrues. (R) : Collaboration optimisée. (I) : Nombre d'échanges ou de stages effectués. (R) : Flux d'informations optimisé. (I) : Augmentation de l'efficacité du travail d'enquête.
--	--	---	--	---	--	--

		<u>II.6.7 Améliorer et intensifier l'échange d'informations policières et judiciaires en matière de stupéfiants avec B, NL F et D (similaires aux initiatives EUREGIO par exemple).</u> <u>II.6.8 Groupes de travail du Conseil de l'UE.</u>	II.6.7.1 Police. II.6.8 .1 MINJUS Participation au groupe d'experts UE et suivi des négociations relatives à la nouvelle proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil du 25 octobre 2004 concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue, en ce qui concerne la définition du terme « drogue ». Après publication de la nouvelle directive : transposition de la directive en droit national et modification éventuelle de la loi modifiée du 19 février 1973 afin de la mettre en conformité.				(R) : Flux d'informations optimisé. (I) : Augmentation de l'effcience du travail d'enquête. (R) Directive transposée en droit national.
--	--	--	--	--	--	--	---

III. AXES TRANS-VERSAUX	III.1 Réduction des risques, dommages et nuisances	III.1.1 Services d'accueil bas-seuil	III.1.1.1.a JDH Kontakt 28 : Nouvel immeuble suite à la vente de l'immeuble abritant le Kontakt. Date de sortie au plus tard février 2016. Meilleure prise en charge en matière d'assistance sociale des clients.	Le Kontakt 28 assume le rôle d' « Office Social pour toxicomanes » car les clients n'ont souvent pas les compétences sociales pour entamer ou bien maintenir une relation avec un Office Social. Vu la nécessité que le Kontakt s'implante à proximité de la gare, le rayon de recherche sera limitée et le coût sera plus élevé que le loyer actuel.	MISA FP 0.5 ETP AS FI Acquisition et transformation immeuble 1.000.000.-€. Alternative Location d'un immeuble de +-250-300m2 : Loyer mensuel : +/- 3500€.	2015-2019	(R/I) Offre opérationnelle et taux d'utilisation.
			III.1.1.1.b JDH Contact Sud. Structure de jour pour personnes toxicomanes avec salle consommation supervisée.	Offre approuvée.	Budget arrêté.	2016	(R) Offre opérationnelle.

			III.1.1.1.c CNDS Prévention de grossesse dans les structures à bas-seuil par l'attribution volontaire et gratuite d'implants (I). Dans le cadre du service médical, l'ABRIGADO propose de mettre l'offre à la disposition des usagers problématiques de drogues féminins.	Une grossesse non voulue et non planifiée consiste un défi supplémentaire à la dépendance et la situation de vie précaire, presque impossible à maîtriser, pour la vaste majorité des femmes toxicomanes. Les moyens de prévention de grossesse ne sont pas utilisés de façon adéquate à cause du mode de vie et ne sont donc pas effectifs. Mesures: -Campagnes de sensibilisation au sujet de prévention de grossesse. - Implantation gratuite d'implanons (implants contraceptifs) proposée par le médecin généraliste au sein d'ABRIGADO. Ainsi une protection est assurée pour la durée de 3 ans.	MISA FF 8.000.-	2016	(R)Offre opérationnelle.
			III.1.1.1.d CNDS, JDH, MISA Mobile de Prévention pour Usagers de Drogues (MOPUD).	Face à une dispersion des lieux de vie (squats, lieux de consommation) dans l'espace urbain, des usagers des drogues et en particulier de groupes d'usagers ayant peu de contacts avec les offres spécialisées de prise en charge, il est nécessaire de décentraliser et de flexibiliser les offres de prévention et de réduction des risques.	MISA /CNDS FP 1,5 ETP À définir, en partie utilisation de personnel CNDS déchargé. FF : 60.000 Acquisition de véhicule et adaptation de l'intérieur.	2016	(R)Offre opérationnelle.

				MOPUD s'inscrit dans une logique '<i>outreach</i>' et permettra de cibler les sites d'intervention à proximité des usagers et de s'adapter rapidement aux éventuels changements des lieux de vie et de consommation des usagers. L'offre MOPUD, assurée par un véhicule adapté inclut la distribution de matériel d'injection et de safer-sex, provision d'informations de prévention, la consultation psychosociale, premiers soins médicaux et l'orientation vers d'autres services.			
--	--	--	--	---	--	--	--

			III.1.1.1.e CePT Interventions de prévention et de réduction des risques en milieu festif.	La prévention des risques liés aux abus d'alcool et d'autres substances psychotropes s'est fortement développée en milieu festif ces dernières années. -Soutenir les organisateurs de manifestations en matière de prévention des risques par le réseau de collaboration national (RELIS, COCSIT) et international (PARTY+). -Diffuser des messages de prévention et de réduction des risques (stand Party-MAG-Net). -Promouvoir le sens des responsabilités individuelles. -Formation des pairs intervenants sur les lieux festifs. -Collecte de données dont le DrUg-CheckKing (projet D.U.C.K. en collaboration avec le MISA et le LNS).	MISA FP 1 ETP bachelor en sciences sociales et éducatives FI et FF à définir. Frais d'analyses toxicologiques	2016	(R) Statistiques opérationnelles.
--	--	--	--	--	---	------	-----------------------------------

	III.2 Recherche et information	<u>III.2.1 Etudes/Enquêtes</u> (Voir priorités de recherche dans la stratégie).	III.2.1.a MISA, LIH, PF OEDT Enquête EHIS.	A l'heure actuelle, il n'existe pas d'enquête en population générale sur la prévalence d'usage de drogues au G-D. de Luxembourg. L'Enquête European Health Interview Survey (EHIS) est censée combler cette lacune.	Budget acquis.	2016	(R) Rapport d'enquête disponible.
		<u>III.2.2 Surveillance épidémiologique</u>	III.2.1.b MISA, PF OEDT Etude sérielle de prévalence de l'usage problématique de drogues illicites au GDL.	Etude multi-méthodes. Obligation contractuelle sérielle, multi-sites, comparative.	/	2017	(R) Rapport d'étude disponible.
			III.2.2.a MISA, PF OEDT Consolidation des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT.	Engagement contractuel obligatoire envers l'OEDT.	Convention MISA – LIH.	Continue	(R) Provision des données dans les délais. (I) Feedback-qualité individualisé de la part de l'OEDT.
			III.2.2.b MISA, PF OEDT Consolidation du système de monitoring épidémiologique national en matière d'usage problématique de drogues illicites, RELIS.	Obligation contractuelle. Suivi au sein du GIT. Diversification des sources de données. Adaptation de la législation nationale en fonction de la nouvelle législation UE.	Convention MISA – LIH.	Continue	(R) Réseau consolidé et fonctionnel. Mise à jour des données au niveau national.
		<u>III.2.3 Système d'alerte précoce en matière de nouvelles drogues et de tendances de consommation émergentes (SAP).</u>	III.2.3.a MISA, PF OEDT Développement du SAP.	Obligation contractuelle	/	Continue	(R) Dispositif fonctionnel. (I) Nombre d'alertes, de notification et de transmissions de données.

		<u>III.2.4 Evaluation et assurance qualité</u>	III.2.4.a MISA, Assurance qualité. III.2.4.a MISA,GIT Suivi de l'état d'exécution du plan d'action national 2015-2019. II.2.4.a MISA Evaluation finale du plan d'action 2015-2019. III.3.a MAE		Promotion des mécanismes d'assurance qualité au sein des services spécialisés. Suivi continu au sein d GIT. 25.000.-	Continue Continue 2019	(R) Documentation qualité disponible au sein des services spécialisés. (R) Rapport de réunion GIT. (I) Rapport d'évaluation disponible. (I) Rapport d'évaluation disponible.
	III.3 Relations internationales			Evaluation externe finale du niveau d'exécution de l'impact du plan d'action 2015-2019. Compétence du Ministère des Affaires Etrangères et Européennes. Incluses dans le plan d'action au niveau du volet III.4. Coordination.			
	III.4 Coordination	a. Le Groupe Interministériel Toxicomanies (GIT) est l'organe central de coordination des stratégies et plans d'action en matière d'addictions au niveau inter-compétences et sur le plan national. La Présidence du GIT est assurée par le Coordinateur National «Drogues » auprès du Ministère de la Santé. b. Le GIT veillera à suivre les tendances actuelles en matière de substances psychoactives et de comportements de consommation et à déclencher des alertes publiques en cas de besoin suite à l'accord du Ministre de la Santé. c. Le GIT et le Coordinateur National « Drogues » soutiennent l'élaboration de plans d'action sectoriels (e.g. alcool, tabac, addictions non liées à des substances) par les instances compétentes en la matière afin de promouvoir une politique holistique et diversifiée de lutte contre les addictions indépendamment de leurs formes ou déterminants. Une concertation et coordination au niveau de ces plans d'action connexes avec le Coordinateur National est de mise. d. Le GIT constitue également le mécanisme de consultation et de concertation permettant de déboucher sur des positions communes dans les dossiers internationaux. e. Les mécanismes de coordination devront garantir la cohérence entre la stratégie anti-drogue de l'UE et les interventions au niveau national.					

		f. La présidence luxembourgeoise du Conseil UE au deuxième semestre 2015 contribuera à l'exécution du programme de travail du trio présidentiel (Italie/Lettonie/Luxembourg) qui prévoit que : « Le Conseil continuera d'œuvrer à la mise en œuvre intégrale de la stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020) et du plan d'action connexe de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2013-2020). Le Conseil a pour objectif de finaliser les travaux sur les propositions de la nouvelle législation sur le contrôle des nouvelles substances psychoactives, afin de disposer d'un instrument efficace dans le cadre de la lutte contre cette menace de plus en plus importante. Les préparatifs en vue de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) qui se tiendra en 2016 seront intensifiés afin d'assurer la préparation, en temps utile, de la position de l'UE et des États membres dans ce cadre. La coopération opérationnelle en matière de lutte contre la drogue se poursuivra dans le cadre du cycle politique de l'UE et des réflexions seront menées sur la manière dont les actions pertinentes du plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue pourraient être alignées sur le cycle politique de l'UE ». g. Dans l'hypothèse que l'état d'avancement des travaux sur la refonte de la réglementation UE en matière de nouvelles substances psychoactives le requiert, la présidence luxembourgeoise mettra tout en œuvre afin de finaliser les travaux au sein du Groupe Horizontal Drogues du Conseil de l'Union européenne. h. La cellule « coordination drogues » ainsi que le coordinateur national « drogues » de la Direction de la Santé sont formellement investis d'un mandat reconnu au niveau national et disposeront de moyens suffisants pour mener à bien leurs tâches. i. Le Coordinateur National « Drogues » assure la supervision des activités du Point focal luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) et en définit le cahier des charges annuel. j. Le Coordinateur National « Drogues » représente le Ministère de la Santé, entre autres, auprès du Groupe Horizontal Drogues du Conseil de l'UE, du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
--	--	---

BIBLIOGRAPHIE

Commission européenne (2004). Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen sur les résultats de l'évaluation finale de la stratégie et du plan d'action drogue de l'UE (2000-2004). COM(2004)707 final.

Commission européenne (2008). Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012). Journal Officiel de l'Union européenne 2008/C 326/09).

Conseil de l'Union européenne (2012). Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020). UE 17547/12 CORDROGUE 101.

Conseil de l'Union européenne (2013). Plan d'action antidrogue de l'UE (2013-2016). UE 5418/3/13 CORDROGUE 5.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2013*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.

Ministère des Finances (2014), Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat. Ministère des Finances, Luxembourg.

Ministère de la Santé (1999), Plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 1999 – 2004. Ministère de la Santé. Luxembourg.

Ministère de la Santé (2005). Stratégie et plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005 – 2009. Ministère de la Santé. Luxembourg.

Ministère de la Santé (2008). Bilan intermédiaire de l'état d'exécution de la stratégie et du plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005 – 2009. Ministère de la Santé. Luxembourg.

Ministère de la Santé (2009). Stratégie et plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2010 – 2014. Ministère de la Santé. Luxembourg.

Muscat R, Meulenbergs L, Origer A. et al (2010). Treatment systems overview, Council of Europe Publishing, Strasbourg, France.

Origer A, Schmit J.-C. Prevalence of hepatitis B and C and HIV infections among problem drug users in Luxembourg: self-report versus serological evidence. *J Epidemiol Community Health* 2012;**66**:64-68. doi:10.1136/jech.2009.101378.

Origer A. Prevalence of Problem Drug Use and Injecting Drug Use in Luxembourg: A Longitudinal and Methodological Perspective. *Eur Addict Res.* 2012;**18**:288-296. DOI:10.1159/000337211.

Origer A, Baumann M. Opiate and cocaine related Fatal Overdoses in Luxembourg from 1985 to 2011: a time-stratified. 21th IUHPE World Conference on Health Promotion. 25-29th August 2013, Pattaya, Thailand, Volume: Health Issues and Populations in Health Promotion.

Origer A, Baumann M. Suicide attempts prior to fatal drug overdose in Luxembourg from 1994 to 2011. 21st World Congress Social Psychiatry, 29 June- 3 July 2013, At Lisbon, Portugal, Volume: The bio-psycho-social model: The future of psychiatry.

Origer A. (2013), *L'état du phénomène de la drogue au Grand-duché de Luxembourg. Edition 2013.* CRP-Santé– Point focal OEDT, Luxembourg.

Origer A, Lopes da Costa S, Baumann M. Opiate and cocaine related fatal overdoses in Luxembourg from 1985 to 2011: A study on gender differences. Origer A, Lopes da Costa S, Baumann M. *Eur Addict Res.* 2014;**20**(2):87-93. DOI: 10.1159/000355170

Origer A., Bucki B., Baumann, M. Socioeconomic inequalities in fatal opiate and cocaine related overdoses: transgenerational baggage versus individual attainments. 28th Conference of the EHPS "Beyond prevention and intervention: increasing well-being", 26th - 30th August, 2014, Innsbruck, Austria

Origer A., Le Bihan E., Baumann, M. Social and economic inequalities in fatal opioid and cocaine related overdoses in Luxembourg: A case-control Study. *Int J Drug Policy*. 2014. doi:10.1016/j.drugpo.2014.05.015 Luxembourg.

Removille N, Origer A, Couffignal S, Vaillant M, Schmit JC, et al. A hepatitis A, B, C and HIV prevalence and risk factor study in ever injecting and non-injecting drug users in Luxembourg associated with HAV and HBV immunisations. *BMC Public Health*. 2011 May 19;11(1):351.

Schneider, S. & Meys, F. Analysis of illicit cocaine and heroin samples seized in Luxembourg from 2005–2010, *Forensic Sci. Int.* (2011), doi:10.1016/j.forsciint.2011.06.027

Trimbos Instituut (2009) Rapport d'évaluation de la stratégie et du plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005 – 2009. Trimbos Instituut, Pays-Bas.

Trimbos Instituut (2014) Rapport d'évaluation de la stratégie et du plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2010 – 2014. Trimbos Instituut, Pays-Bas.

LISTE DES ABREVIATIONS

CePT	Centre de Prévention des Toxicomanies
CHNP	Centre Hospitalier Neuropsychiatrique
CNDS	Comité National de Défense Sociale asbl
ETP	Employé plein temps
FP	Frais de personnel
FF	Frais de fonctionnement
FI	Frais d'investissement
FLFC	Fonds de Lutte contre certaines Formes de Criminalité
GIT	Groupe Interministériel « Toxicomanie »
LIH	Luxembourg Institute of Health
JDH	Fondation Jugend- an Drogenhëllef
MENJE	Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
MIFA	Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région
MIJUS	Ministère de la Justice
MISA	Ministère de la Santé
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
PF OEDT	Point focal luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
RELIS	Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants
SAP	Système d'Alerte Précoce

