



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

Stratégie et plan d'action 2005 –2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies

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

Stratégie et plan d'action 2005 –2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies

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

INTRODUCTION

L'usage de substances psychoactives a connu une série de changements sensibles au cours de la dernière décennie tant au Grand-Duché qu'au-delà de ses frontières. Autant la conceptualisation du phénomène que les comportements de consommation proprement dits ont été marqués par le sceau de la diversité et du renouveau.

A l'instar des comportements de consommation et de la diversification des produits psychoactifs potentiellement dangereux, les réponses et approches préconisées ont connu une évolution rapide au cours des dernières années. Aussi, une réflexion stratégique en matière de gestion du phénomène des drogues et des toxicomanies 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 UE et CE (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'UE (articles I-15, I-39, III-172, III-179 et III-206 et seq).

La stratégie anti-drogues tiendra compte des 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.

Le présent document stratégique constitue le cadre dans lequel s'inscriront les mesures qui permettent de prévenir l'usage de produits psychoactifs, de prendre en charge l'usager problématique de drogues (UPD) et de réduire les conséquences néfastes qui en résultent. 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.

SITUATION ACTUELLE

Selon les dernières estimations (Origer 2002), le Grand-Duché de Luxembourg se place parmi les pays qui présentent les taux de prévalence d'UPDs les plus élevés de l'UE. On constate également que les taux d'admission rapportés par les structures bas-seuil n'ont cessé de s'accroître au cours des années récentes. Ceci vaut également pour le nombre de seringues et autres accessoires d'injection distribués dans le cadre du programme national d'échange de seringues. Le nombre d'UPDs en traitement de substitution est en hausse alors que l'on assiste à une stagnation des admissions au sein des centres de consultation ambulatoires et des structures résidentielles.

Les habitudes de consommation et les comportements des UPDs issus des scènes urbaines ont connu des changements sensibles en raison du développement de nouveaux réseaux de distribution plus organisés et de la disponibilité fortement accrue de substances telles que la cocaïne sur le marché national. Ces changements appellent non seulement une redéfinition de l'usage problématique de drogues, elles renvoient également à la nécessité d'adapter les réponses en termes de réduction de la demande et de l'offre au plan national.

LES ACQUIS DU PLAN D'ACTION DROGUES 2000 - 2004

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 traitement de réduction des risques et de recherche dans le domaine des drogues 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 « drogues », les instances officielles et les acteurs de terrains impliqués.

En matière de prévention primaire des toxicomanies, le CePT en collaboration avec le coordinateur national « drogues » a élaboré un plan pluriannuel 2003-2005 à intégrer dans le plan d'action 2000-2004. Le plan d'action en matière de prévention primaire a été présenté au Ministre de la Santé en mars 2002 et son financement fut assuré à partir de l'exercice budgétaire 2003.

A noter que les plans d'action successifs constituent un cadre qui reflète la stratégie générale du Ministère de la Santé 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 plupart des projets retenus supposaient la mise à disposition de ressources humaines supplémentaires et l'acquisition de biens immobiliers. En ce qui concerne les premiers, la majorité des postes requis ont été prévus pour l'exercice budgétaire 2002 par le biais d'une convention ou d'un élargissement des conventions entre le Ministère de la Santé et les gestionnaires désignés. Pour ce qui est des besoins infrastructureux, les négociations entre le Service AST (Direction de la Santé), le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, la Commission des Loyers et la Ville de Luxembourg ont permis de dégager un certain nombre de solutions durables.

On notera que grâce au plan d'action 2000 - 2004 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 2003, ce même budget s'élevait à 4.861.841 EUR ce qui équivaut à un taux de progression depuis 1999 de 283%. Le budget 2004 prévoyait un budget de 5.847.938 EUR ce qui représente une croissance totale de 360% en référence à la situation de départ en 1999.

Au moment de la rédaction du présent document, plus de 80 % des actions retenues au niveau du plan d'action 2000 - 2004 ont pu être réalisées. Les moyens budgétaires investis ont notamment permis d'accroître les capacités d'accueil des structures bas-seuil, d'augmenter le nombre d'offres post-thérapeutiques, de régionaliser l'offre de consultation ambulatoire, d'améliorer les outils 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.

Pour ce qui est des projets en suspens, on notera que les travaux préparatoires à la mise en place d'un programme contrôlée de distribution de certains stupéfiants ainsi que la création d'une salle d'injection de drogues sur le territoire de la Ville de Luxembourg ont été menés à bien. Le retard au niveau de la concrétisation de ces projets est principalement dû à des questions de localisation des sites d'implantation.

Les élections législatives de 2004 ont débouché sur la formation d'un gouvernement de coalition entre sociaux chrétiens (CSV) et socialistes (LSAP). Si dans la déclaration gouvernementale du 4 août 2004 le domaine des drogues et des toxicomanies n'est pas expressément abordé, le programme gouvernemental/accords de coalition l'adresse dans les termes suivants :

« [...] Les efforts entamés en matière de prévention de drogues doivent être poursuivis par le biais de campagnes de sensibilisation, surtout à l'école. De telles campagnes seront également organisées pour les autres maladies de dépendance (alcool, médicaments, tabac).

Des structures d'accueil pour toxicomanes, ainsi que des structures post-thérapeutiques seront créées et le nombre de places de thérapie sera augmenté. Les différentes initiatives dans ce domaine seront soutenues.

Pour les personnes gravement dépendantes, il sera développé un projet de mise à disposition de drogues sous contrôle médical.

Le gouvernement déposera un projet de loi visant à améliorer la protection des non fumeurs. Des consultations « anti-tabac » spécialisées seront offertes.

Afin de mieux répondre en particulier à la situation délicate engendrée par les alcopops, il est envisagé de légiférer en la matière [...] ».

La stratégie anti-drogues 2005-2009 ainsi que le plan d'action y associé s'appuie dès lors sur le cadre général posé par le nouveau programme gouvernemental et coïncide avec la durée de ce dernier à l'image du plan d'action précédent.

LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LES TOXICOMANIES 2005 - 2009

● Cadre conceptuel

Cinq ans d'expérience ont permis de constater que la stratégie adoptée pour le plan d'action 2000 - 2004 était adaptée 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 conduits par le Point Focal Luxembourgeois de l'OEDT ont permis de dégager les champs d'intervention prioritaires pour le futur.

Une stratégie anti-drogues 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, la recherche et l'information, 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 répondant aux critères suivants :**

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

Les actions retenues sont sensées apporter une plus value 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'implantation 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.

L'objectif général de la stratégie et du plan d'action en matière de lutte contre la drogue est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de Santé publique et de Sécurité publique.

● Les mécanismes de coordination

Etant entendu que la lutte anti-drogue 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 Etrangères et de l'Immigration. A souligner qu'actuellement le coordinateur national drogues n'a pas de compétence dans les deux domaines cités. On s'accordera dès lors sur le fait que le Ministère de la Santé par l'intermédiaire de la « cellule de coordination drogues » ne pourra émettre que des recommandations quant à la collaboration future des acteurs responsables des domaines de la réduction de la demande, de la réduction de l'offre et des affaires internationales sans pour autant dresser une liste des actions à mener dans les derniers deux domaines, étant rappelé qu'il ne dispose d'aucune compétence en la matière.

Les principaux ministères compétents en matière de drogues et de toxicomanies sont les Ministères de la Santé, de la Justice, de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, de la Famille et de l'Intégration, de la Solidarité Sociale, et des Affaires Etrangères et de l'Immigration. 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 actuellement sous présidence du Ministère de la Santé. S'ajoutent à la liste des ministères représentés au sein du GIT, le coordinateur national « drogues », des délégués du Parquet général, de la Direction de la Police Grand-Ducale, de la Direction des Douanes et Accises, du Service National de la Jeunesse et du Centre de Prévention des Toxicomanies.

Le GIT fonctionne actuellement en tant qu'organe de concertation avec pouvoir d'avis. Le mandat du GIT devra être révisé en fonction des principes arrêtés au plan d'action ci-après.

● **La réduction de la demande**

Est à considérer comme faisant partie du domaine de la réduction de la demande dans ce cas particulier toute activité qui vise la diminution du désir ou du besoin de consommer ou d'abuser des drogues d'un individu ou d'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 ré-insertion complémentaires dont l'élaboration repose sur les acquis des expériences antérieures et des faits d'observation scientifique.

Conformément au principe arrêté lors de préparation de la stratégie anti-drogues de l'UE 2005-2012¹, 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 jugées plus indiquées que l'absence de toute activité visant la réduction des risques de santé pour l'usager de drogue lui-même et pour son environnement. L'ensemble de ces mesures devra s'inscrire dans une approche intégrée et complémentaire.

Les priorités suivantes sont à retenir :

- Accroître l'efficacité et la couverture des actions de prévention primaire et d'information destinées à des groupes cibles diversifiés.
- Accroître la diversité, la capacité et l'accessibilité des offres de prévention et de traitement spécialisé à l'échelle nationale.

● **La réduction de l'offre**

Dans le domaine de la réduction de l'offre, on accordera une priorité au développement de l'efficacité des interventions et actions répressives coordonnées ainsi qu'à l'amélioration de

¹ CORDROGUE 53

la base de connaissance sur laquelle s'appuient les mesures répressives ciblant notamment la production et le trafic illicites de drogues, le détournement de produits précurseurs, la criminalité organisée et le blanchiment d'argent provenant du commerce illicite de drogues. La coopération trans-régionale et internationale en la matière sera développée.

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

On comprendra 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 drogues 2000 - 2004 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, la stratégie nationale 2005 - 2009 considère 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 (e.g. distribution de seringues stériles) que répressif (e.g. éviter la marginalisation sociale pouvant résulter des sanctions pénales non-adaptées).

Il s'agit prioritairement d'améliorer l'offre bas-seuil en l'intégrant dans le réseau de prise en charge de façon complémentaire. Une attention particulière est attachée à la réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues et à l'ensemble des maladies infectieuses endémiques à la population cible.

● **Recherche et Information**

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 anti-drogues. L'investissement dans la recherche est une nécessité même si ses résultats ne sont parfois visibles qu'à long terme.

Le domaine 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 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 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.

LE PLAN D'ACTION DROGUES 2005 - 2009

L'élaboration du plan d'action 2005-2009 repose sur le cadre posé par le programme gouvernemental, sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et la concertation soutenue avec les acteurs de terrain aux fins de dégager un consensus opérationnel qui permettra de rencontrer les besoins actuels.

Le plan d'action drogues 2005-2009 revêt la structure suivante :

I. REDUCTION DE LA DEMANDE

II. REDUCTION DE L'OFFRE

III. AXES TRANSVERSAUX

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

A l'heure actuelle le présent document constitue en premier lieu un inventaire des besoins prioritaires en matière d'intervention dans le domaine des drogues et des toxicomanies. Les contraintes budgétaires qui s'en dégageront définiront en fin de processus les contours réels du plan d'action 2005-2009.

Plan d'action 2005 -2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies

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

Pilier	Domaine	Champ d'intervention	Gestionnaire : Actions	Commentaires	Rem. Evalueur	Calendrier
I. REDUCTION DE LA DEMANDE						
	I.1 PREVENTION PRIMAIRE	I.1.1 <u>Offre de formation</u>	I.1.1.a. CePT Développement de l'offre de formation pour adultes	Il s'agit d'une activité déjà en cours. Les demandes de formation émanent essentiellement du domaine de l'école, des domaines péri- et extrascolaires, des services médicaux scolaires, du domaine de l'éducation institutionnalisée, des parents, du monde du travail, du domaine médical et des soins de santé, etc.		2006
		I.2.1 <u>Prévention des toxicomanies dans l'enseignement préscolaire et primaire</u>	I.2.1.a. CePT - Développement de projets de prévention chez les plus jeunes. -Initiation des projets, recherche de partenaires éventuels. -Elaboration de nouveaux matériels pédagogiques. -Formation de multiplicateurs. -Soirées thématiques pour les parents. - Formation du personnel de la Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales (comme partenaire sur le terrain).	Pour être efficace le travail de prévention doit débuter dès le plus jeune âge, avant que les habitudes de vie néfastes ne soient prises, et doit s'étendre sur toute la durée de la scolarité. Il s'agit de développer les projets de prévention avec les premières classes de l'école préscolaire et primaire, pour former et accompagner le personnel enseignant en la matière, pour informer et impliquer les parents le plus précocement possible.		2006

		<p><u>I.3.1 Prévention des dépendances dans les foyers d'accueil et homes pour enfants et jeunes</u></p>	<p>I.3.1.a. CePT - Développement d'un concept de prévention des toxicomanies dans les homes, foyers d'accueil et centres socio-éducatifs. - Contacts et échanges avec des institutions similaires d'autres pays. - Adaptation des projets existants à la situation nationale - Formation continue propre en la matière. - Initiation de projets concrets en la matière. - Formation continue spécifique pour le personnel des homes et centres socio-éducatifs, - Accompagnement. - Evaluation du projet.</p>	<p>La population cible constitue un groupe à risque. Depuis peu, la recherche étudie cette population de manière plus intensive, et souligne l'importance d'un travail préventif renforcé au sein de ce groupe-cible. Il apparaît également un besoin important en matière de formation des éducateurs, travailleurs sociaux et pédagogues dans ce domaine, ainsi qu'un besoin de communication et de collaboration avec les parents, éducateurs et puériculteurs. Cette activité est à développer conjointement avec l'activité I.2.1</p>		2007
		<p><u>I.4.1 Activités d'information, de formation et de prévention dans le monde du travail</u></p>	<p>I.4.1.a. CePT - Informations et formations pour le personnel, élaboration de projets de prévention primaire et secondaire au sein de l'entreprise.</p>	<p>Cette activité exige une collaboration étroite avec d'autres institutions actives dans le domaine de la prévention secondaire des toxicomanies, ainsi qu'avec les services de santé au travail fonctionnant auprès des entreprises.</p>		2007
	<p>I.2 OFFRES DE PRISE EN CHARGE</p>	<p><u>I.2.1 Prise en charge non axée sur la prescription de substances psycho-actives.</u></p> <p>I.2.1.1 Struct. ambulatoires :</p>	<p>I.2.1.1.a. JDH : Expansion de l'offre de parentalité. Création de synergies avec le réseau existant.</p>	<p>Diversification de l'offre et localisation du service sur un site approprié.</p>		

			<p>I.2.1.1.b MSF – Solidarité Jeunes en collaboration avec le parquet et les forces de l'ordre:</p> <p>Offre de formation et d'intervention modulaire pour primo-consommateurs et consommateurs occasionnels et leurs parents (modèle FreD)</p>	<p>Le développement du concept est en cours et la collaboration avec le parquet et les forces de l'ordre est en place.</p>		
		I.2.1.2 Struct. résidentielles :	<p>I.2.1.2.a CHNP : Création d'une structure spécialisée pour mineurs toxicomanes</p>	<p>Une analyse des besoins déterminera l'opportunité de l'action visée. Un concept est proposé par le CHNP en collaboration avec MSF – Solidarité Jeunes et en concertation avec le Tribunal de Jeunesse et le service de psychiatrie juvénile de l'hôpital du Kirchberg</p>		
			<p>I.2.1.2.b CHNP : Création d'une structure thérapeutique pour personnes à double diagnostic</p>	<p>La population cible est constituée de personnes présentant conjointement un abus de produits psychoactifs et des troubles psychiatriques. La structure sera implantée au sein du CHNP</p>		
			<p>I.2.1.2.c CHNP : Création d'une structure thérapeutique « moyen terme »</p>	<p>Il s'agit d'une structure résidentielle intermédiaire destinée aux toxicomanes ayant subi un sevrage physique et disposés à élaborer un projet d'avenir permettant de les orienter vers des structures adaptées et/ou vers une autonomisation progressive. Capacité : 18 lits. Durée de séjour 2 à 3 mois</p>		

		<p><u>I.2.2 Prise en charge axée sur la prescription de substances psychoactives.</u></p>	<p>I.2.2.a Ministère de la Santé : Adaptation des modalités du traitement de substitution en accord avec les dispositions du règlement grand-ducal du 30 janvier 2002</p>	<p>Les modalités du traitement de substitution ont été déterminées par le r.g.-d. du 30 janvier 2002 dans le cadre du plan d'action 2000 – 2004. La mise en application des dispositions du r.g.-d. du 30/01/2002 a été entamée sous le plan d'action 2000 – 2004. Sont notamment visées la création d'un registre central de substitution, l'introduction d'un carnet à souche destiné exclusivement au traitement de substitution et la régularisation des médecins prescripteurs face à l'obligation de détention d'un agrément accordé par le Ministre de la Santé.</p>		
	<p>I.3 REINTEGRATION PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELLE</p>	<p><u>I.3.1 Logement</u></p>	<p>I.3.1.a CNDS - NUETSEIL Logement d'urgence (provisoire)</p> <p>I.3.1.b CHNP-CTM Logement supervisé modulé Consolidation et expansion des offres de logement CHNP-CTM (Rosport)</p> <p>I.3.1.c JDH : Projet « Transitions » Transformation du foyer de post-cure Neudorf en une structure résidentielle de stabilisation et d'orientation.</p>	<p>c.f action sous point I.1</p> <p>Projet mis en place dans le cadre du plan d'action 2000 – 2004. L'expansion de l'offre de logements supervisés s'appuiera sur l'élaboration d'un concept global de l'offre post-cure en collaboration avec le CTM (CHNP) et la fondation JDH.</p> <p>Le foyer de post-cure JDH sera ouvert à une population plus ciblée (hommes toxico-dépendants abstinents ou substitués) nécessitant un hébergement (maison « dry ») et un suivi en vue d'une insertion sociale. Durée de séjour limité (transitions)</p>		

		<u>I.3.2 Mesures de formation et de mise au travail</u>	<p>I.3.1.d JDH : Aide au logement autonome Expansion de l'offre de logement sur le modèle du projet « niches » de la fondation JDH.</p> <p>I.3.2.a Stëmm vunn der Strooss : Création d'une structure de jour offrant des possibilités de formation professionnelle et des occupations journalières (rémunérées) aux personnes souffrant d'une maladie de dépendance.</p>	<p>Capacité :6 lits Durée de séjour : 3X2 mois max.</p> <p>Une décentralisation de l'offre ainsi qu'une augmentation des moyens à disposition sont à envisager.</p> <p>Le projet s'implantera en milieu rural et proposera des formations et occupations professionnelles adaptées aux différents degrés et champs de compétence des bénéficiaires. Une offre d'hébergement est prévue à moyen terme Capacité : 30 personnes</p>		
II. REDUCTION DE L'OFFRE	II.1 Réduction de l'offre et de la demande	<u>II.1.1 Coopération et coordination</u>	<p>II.1.1.1 Groupe toxicomanie</p> <p>II.1.1.2 Groupe de suivi de la structure des salles d'injections</p>			
	II.2 Sécurité publique	<u>II.2.1 Renforcer les moyens d'action</u>	II.2.1.1 Contrôle commun accru des voies d'approvisionnement (rail-route-air) par Police et Douanes	Examiner les modifications législatives nécessaires à une efficacité accrue et préparer un projet de loi afférent.		
	II.3 Base de données informatisée en matière de trafic illicite de drogues	<u>II.2.2 Développement d'une base de données et détermination des modalités d'accès</u>	II.2.1.2 Intégration d'un fichier stupéfiants dans « POLIS » avec accès de lecture aux fichiers « police-douane » en simultané			

	<p>II.7 Coopération trans-régionale et internationale</p>	<p><u>II.7.1 Lutte contre le tourisme de la drogue – contrôle accru des voies d’approvisionnement (rail-route-air)</u></p> <p><u>II.7.2 Lutte contre le trafic de drogues</u></p> <p><u>II.7.3 Lutte contre le trafic de précurseurs</u></p>	<p>II.7.1.1 Police/Douanes</p> <p>II.7.1.2 Opérations Hazeldonk</p> <p>II.7.2.1 Police/Douanes</p> <p>II.7.2.2 Participation aux opérations coordonnées au niveau UE</p> <p>II.7.2.3 Police/Douanes</p> <p>II.7.3.1 Participation aux opérations coordonnées au niveau UE</p>	<p>Examen des modifications législatives nécessaires à une efficacité accrue</p>		
	<p>II.8 Action préventive et de lutte contre la toxicomanie en prison</p>	<p>II.8.1 Projet de prise en charge globale des personnes toxico-dépendantes en milieu carcéral</p>	<p>II.8.1.1 Ministère de la Justice/Parquet Général</p> <p>II.8.1.2 Evaluation finale du projet-pilote</p>			

	<p>III.2. RECHERCHE ET INFORMATION</p>	<p><u>III.2.1 Etudes/Enquêtes</u></p>	<p>III.2.1.a PF OEDT / CRP-Santé Recherche-Action - Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages.</p> <p>III.2.1.b. PF OEDT /CRP-Santé Etude exploratoire sur les besoins en matière de prise en charge des mineurs usagers problématiques de drogues</p> <p>III.2.1.c PF OEDT/CRP-Santé : Etude de prévalence de l'usage problématique de drogues</p> <p>III.2.1.d CePT -Etude « rapid assessment » de la situation nationale en matière de la consommation de cocaïne, d'alcool et des jeux de hasard</p> <p>III.2.1.e CePT -Etude sur le lien entre la cohésion familiale et sociale et les ressources psychosociales cotre les addictions, la violence et les troubles psychiques</p>	<p>Ce projet de recherche a débuté en août 2003 sous l'ancien plan d'action et est financé par le FLTS. La finalisation du projet est prévue pour début 2006.</p> <p>Etude menée par le PF OEDT Proposition de concept existante</p> <p>Etude menée par le PF OEDT</p> <p>Les thèmes retenus renvoient clairement à des préoccupations actuelles en termes de Santé Publique. Méthodologiquement l'étude repose sur la combinaison d'un recueil représentative de données et la technique de l'évaluation rapide de la situation observée.</p> <p>Les changements socio-économiques actuels induisent des remaniements en termes de repères familiaux et de fonctionnement social. L'étude s'intéresse aux facteurs et ressources</p>		
--	---	---------------------------------------	---	--	--	--

		<u>III.2.3 Evaluation</u>	III.2.3.a PF OEDT/CRP-Santé Evaluation du plan d'action drogues 2005 - 2009	Evaluation du niveau d'implantation et de l'impact		
	III.3. RELATIONS INTERNATIONALES			Compétence du Ministère des Affaires Etrangères et de l'Immigration. Inclus dans le plan d'action au niveau des mécanismes de coordination		
	III.4. COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Conférer au GIT un pouvoir d'initiative et le statut d'organe central de coordination en matière de stratégie et de plans d'action anti-drogues au niveau inter-compétence et sur le plan national. - Le GIT constituera le mécanisme de consultation et de concertation permettant de déboucher sur des positions communes dans les dossiers internationaux. Les aspects de relations internationales devront par ailleurs bénéficier d'un engagement plus soutenu. - La présidence du GIT devrait être assurée par des hauts-fonctionnaires et déterminée par un principe de rotation. - Les réunions du GIT devront être préparées par un bureau composé des délégués nationaux auprès du Groupe Horizontal Drogues (GHD) du Conseil de l'UE afin de garantir la cohérence entre la stratégie de l'UE et les interventions au niveau national. - L'ordre du jour devra contenir des points permanents tels que rapports sur la situation actuelle trans-piliers, dossiers européens, le système d'alerte précoce des drogues synthétiques, etc. - Les rapports des discussions et des décisions du GIT devront être obligatoirement transmis aux ministres compétents. - La fréquence des réunions du GIT devra être accrue afin d'assurer un suivi adéquat des dossiers en cours. - La cellule « coordination drogues » ainsi que le coordinateur national « drogues » de la Direction de la Santé devront être formellement investis d'un mandat reconnu au niveau national et disposer de moyens suffisant pour mener à bien leurs tâches. 				