

L'état du phénomène **de la drogue** au Grand-Duché de Luxembourg

Réseau national d'information
sur les stupéfiants et les toxicomanies
(R.E.L.I.S)

rapport
(2003)

Auteur :

Alain ORIGER

Direction de la Santé
Service AST
Point focal OEDT
Chargé de direction

Assistantes scientifiques :

- ▶ **Hélène DELLUCCI**
CRP-SANTE
- ▶ **Pascale STRAUS**
CRP-SANTE
- ▶ **Simone SCHRAM**
Direction de la Santé

Collaborateurs : (par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**
Conseiller de Direction adjoint
Ministère de la Justice
- ▶ **Henri GRÜN**
Ariane MOYSE
Fondation Jugend- an Drogenhëllef
- ▶ **Dr Robert HEMMER**
Centre Hospitalier de Luxembourg
- ▶ **Dr Ferd KASEL**
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique - BU-V
- ▶ **Georges NEU**
POLICE GRAND-DUCALE
Service de Police Judiciaire -
Section Stupéfiants
- ▶ **Alain MASSEN**
Solidarité - Jeunes (MSF)
- ▶ **Thérèse MICHAELIS**
Centre de Prévention des Toxicomanies
(CePT)
- ▶ **Romain PAULY**
Centre Thérapeutique pour Toxicomanes
"Syrdallschlass" - CHNP
- ▶ **Sylvie PETRY**
Dr JOS SCHLINK
Centre Pénitentiaire de Luxembourg
- ▶ **Tom SCHLECHTER**
ABRIGADO - CNDS a.s.b.l
- ▶ **Prof. Dr Robert WENNIG**
Laboratoire National de Santé

Consultant informatique :

- ▶ **Daniel SCHROEDER**
Ingénieur de développement

Avant - propos

Le rapport RELIS vise d'une part à situer le contexte dans lequel s'inscrivent les phénomènes des drogues illicites et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg, et de l'autre, à fournir une vue d'ensemble des orientations et tendances actuellement observées en la matière.

L'édition 2003 comprend quatre parties, centrées sur les différents aspects sub-mentionnés et développées sommairement ci-après :

La première partie situe la prévalence du phénomène des drogues, esquisse le cadre légal en matière de stupéfiants au niveau national et présente les nouvelles orientations politiques et actions entreprises en 2002.

Une deuxième partie traite des interventions en matière de réduction de la demande et des risques associés à l'abus de drogues et présente le sommaire des travaux de recherche récents. L'édition 2003 consacre une attention particulière aux évaluations les plus récentes des structures qui permettent aux usagers de consommer des drogues illicites dans des conditions hygiéniques adéquates et sous supervision.

La troisième partie inclut la présentation du Point Focal Luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) ainsi que la description du dispositif RELIS dans sa forme actuelle. Précédée d'une brève description méthodologique, cette partie reprend ensuite l'intégralité des résultats fournis par la base de données RELIS 2002 en comparaison aux données des années 1994 à 2001.

La quatrième et dernière partie fournit les données statistiques officielles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de stupéfiants et de substances psychotropes de 1984 à 2002 ainsi que les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2002 et à la mortalité liée à l'usage de drogues illicites.

SOMMAIRE GENERAL

Avant-propos

Sommaire

Résumé en langue française

Summary in English

Partie I : TENDANCES ET ACTIONS POLITIQUES

Chapitre I.1 **Développement de l'usage et de l'offre de drogues illicites au Grand-Duché de Luxembourg depuis 1960**

- I.1.1 Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au niveau national
- I.1.2 Sources d'approvisionnement et trafic de stupéfiants
- I.1.3 Estimation de la prévalence de l'usage de drogues d'acquisition illicite en population générale
- I.1.4 Estimation de la prévalence de l'usage de drogues dans les populations de jeunes et/ou en âges scolaire au G.-D. de Luxembourg
- I.1.5 Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg

Chapitre I.2 **Politique nationale en matière de stupéfiants et de substances psychotropes**

- I.2.1 Acteurs clefs - Rôles et relations
- I.2.2 Aperçu historique des acquis légaux et structureaux
- I.2.3 Plan d'action 2000 – 2004 en matière de drogues et de toxicomanies
- I.2.4 Budgets et mécanismes de financement
- I.2.5 Coopération internationale
 - I.2.5.1 Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues*
 - I.2.5.2 Coopération interrégionale*

Chapitre I.3 **Législation nationale en vigueur en matière de stupéfiants et de substances psychotropes**

- I.3.1 La législation nationale et les peines applicables
 - I.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement*
 - I.3.1.2 Relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 2002*
- I.3.2 Les conventions internationales

Partie II : RÉDUCTION DE LA DEMANDE ET ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Chapitre II.1 Actions dans le domaine de la réduction de la demande et des risques associés à la consommation de drogues

- II.1.1 Actions préventives
- II.1.2 Dispositif d'accueil téléphonique
- II.1.3 Programmes communautaires
- II.1.4 Réduction des risques
- II.1.5 Programme de substitution
- II.1.6 Services résidentiels de désintoxication
- II.1.7 Services extrahospitaliers
- II.1.8 Suivis en postcure
- II.1.9 Demandes de traitement à l'étranger
- II.1.10 Traitement en milieu carcéral
- II.1.11 Groupes d'entraide
- II.1.12 Minorités ethniques
- II.1.13 Événements et programmes spéciaux en 2002
- II.1.14 Sommaire des publications en 2002

Chapitre II.2 Travaux de recherche récents - Sommaire

- II.2.1 Origer, A. & Dellucci, H. (2002). Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives – analyse comparative 1992 - 2000 Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.
- II.2.2 Origer, A. (2002). Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg, Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.
- II.2.3 Salles de consommation de drogues illicites : Evaluation des projets en cours

Partie III : RESEAU NATIONAL D'INFORMATION ET DE MONITORING EPIDEMIOLOGIQUE

Chapitre III.1 L'OEDT ET LES POINTS FOCaux NATIONAUX

- III.1.1 Historique
- III.1.2 Evolutions récentes au point focal Luxembourg (PFN)

- III.1.3 Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par l'OEDT et maintenus par les points focaux nationaux

Programme de travail annuel

- III.1.3.1 REITOX – Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies
- III.1.3.2 Indicateurs épidémiologiques en 2000
- III.1.3.3 EDDRA – Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande
- III.1.3.4 Système d'alerte précoce sur les nouvelles drogues synthétiques

Projets connexes

- III.1.3.5 EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation
- III.1.3.6 QED – Système d'information européen en matière de recherche qualitative
- III.1.3.7 Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues
- III.1.3.8 Base de données européenne en matière d'épidémiologie
- III.1.3.9 Centre de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies de l'OEDT

- III.1.4 Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par le PFN

- III.1.4.1 RELIS – Réseau d'Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies
- III.1.4.2 TRANSRELIS – Réseau Transfrontalier d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies
- III.1.4.3 SAP – Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques
- III.1.4.4 CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies

Chapitre III.2 Réseau national d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies (RELIS)

- III.2.1 Limites méthodologiques
- III.2.2 Base méthodologique
- III.2.3 Description de la population toxicomane répertoriée par R.E.L.I.S en 2002
- III.2.4 Traitement et représentativité des données
 - III.2.4.1 Description de la base 2002
 - III.2.4.2 Taux et couverture de réponses

III.2.5 Résultats et analyse

Présentation des résultats

- III.2.5.a. Données selon les fréquences de recours et/ou de contacts issues de la base R.E.L.I.S 2002
- III.2.5.b. Résultats de l'analyse détaillée des données fournies par la base R.E.L.I.S 2002

Partie IV : DONNEES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 2002

- A. Données statistiques relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 2002
- B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2002

References bibliographiques

Annexe

- A. Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2000)
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2000
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiants et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2002
- D. Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)
- E. Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- F. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- G. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- H. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

Liste des acronymes

AST	Service d'action socio-thérapeutique de la Direction de la Santé
CDS (CND)	Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
CICAD	Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues DEA: Drug Enforcement Administration (États-Unis)
CNDS	Comité national de défense sociale
CePT	Centre de prévention des toxicomanies
CPOS	Centre de psychologie et d'orientation scolaire
CRP-HT	Centre de recherche public - Henri Tudor
CRP-Santé	Centre de recherche public - Santé
CTM	Centre thérapeutique de Manternach
CHNP	Centre hospitalier neuro-psychiatrique
CPG	Centre pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre pénitentiaire de Luxembourg
GHD	Groupe horizontal " drogue "
GID	Groupe interministériel " drogues "
EMEA	Agence européenne pour l'évaluation des médicaments
EUROPOL	Office européen de police
FBI	Federal Bureau of Investigation (États-Unis)
FED	Fond européen de développement
FEDER	Fond européen de développement régional
FLTS	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
GAFI (FATF)	Groupe d'action financière internationale (Financial Action Task Force on money laundering)
GAPC (CATF)	Groupe d'action sur les produits chimiques (Chemical Action Task Force)
GHD	Groupe horizontal drogue (du Conseil)
GID	Groupe interservices drogue (de la Commission européenne)
Honlea	Chefs des services nationaux de répression compétents en matière de drogues (organe subsidiaire de la Commission des stupéfiants)
JDH	Fondation Jugend- an Drogenhëllef

LNS	Laboratoire national de santé
MSF	Médecins sans frontières
NDLEA	National Drug Law Enforcement Administration (Nigeria) NIDA: National Institute on Drug Abuse (États-Unis)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODCCP	Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (dépendant de l'ONU)
OEА (OAE)	Organisation des États américains (Organization of American States)
OEDT (EMCDDA)	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
OICS (INCB)	Organe international de contrôle des stupéfiants (International Narcotic Control Board)
OIPC/Interpol (ICPO)	Organisation internationale de police criminelle (International Criminal Police Organization)
OIT	Organisation internationale du travail
OLAF	Office européen de lutte antifraude
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD (WCO)	Organisation mondiale des douanes (World Customs Organization)
OMS (WHO):	Organisation mondiale de la santé (World Health Organization)
ONDCP	Office of National Drug Control Policy of the White House (États-Unis)
PECO	Pays d'Europe centrale et orientale
PESC (CFSP)	Politique étrangère et de sécurité commune (Common foreign and security policy)
PFN	Point focal national de l'OEDT
PNUCID	Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
REITOX	Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies
RELIS	Réseau luxembourgeois d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies

SADC	Southern African Development Community
SAP	Système d'alerte précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
SEPT	Semaine européenne de prévention des toxicomanies
SID	Système d'information douanier
SIS	Système d'information Schengen
SMC	Schéma multidisciplinaire complet (NU)
SNJ	Service national de la Jeunesse
SPG	Système de préférences généralisées
SPJ	Service des stupéfiants de la police judiciaire
TRANSRELIS	Réseau transfrontalier d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies
UE	Union européenne
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on Drugs
ZePF	Zentrum für empirische pädagogische Forschung – Universität Landau

Résumé

Rapport National sur l'Etat du Phénomène des Drogues et des Toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg (RELIS - Edition 2003)

Depuis sa création en 1994, le Point Focal Luxembourgeois (PFN) de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) œuvre à la mise en place d'un réseau national d'observation et d'information en matière de drogues et de toxicomanies, connu sous le nom de Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (RELIS).

RELIS repose sur un réseau d'information multi-sectoriel incluant les centres nationaux de traitement spécialisés ambulatoires et résidentiels, les centres de consultation, certains hôpitaux généraux, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes.

Les efforts déployés depuis 1994 ont permis de constituer une base de données nationale annuellement mise à jour, permettant notamment:

- de situer la prévalence, l'incidence et l'évolution de l'usage problématique de drogues au niveau national;
- de suivre des profils de trajectoires institutionnelles des demandeurs de soins;
- de servir de support scientifique et de base de données pour l'activité de recherche;
- à moyen terme, d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population d'usagers problématiques de drogues et de faciliter le processus décisionnel au niveau politique lors de la mise en place de plans d'action et de stratégies d'intervention en matière de lutte contre la toxicomanie.

Orientations politiques, légales et budgétaires

Suite aux élections législatives en 1999, le gouvernement a confié la coordination générale des actions dans les domaines des drogues et des toxicomanies au Ministère de la Santé. Les jalons stratégiques en matière d'interventions de réduction de la demande furent posés par l'élaboration du **plan d'action 2000 – 2004** par le bureau du coordinateur national « Drogues » mandaté par le Ministre de la Santé. Le plan d'action 2000-2004 constitue l'aboutissement du processus de concertation bilatérale entre le Ministère de la Santé et les intervenants de terrain en matière des besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et

humaines, en réseaux de collaboration et du développement des activités de recherche et ce, à la lumière des priorités retenues par la déclaration gouvernementale de 1999. Le volet de la prévention primaire fut introduit dans une deuxième phase en 2002. Les ressources financières et humaines requises pour l'exécution graduelle du plan d'action ont été prévues par le Ministère de la Santé pour les exercices budgétaires 2000 à 2002.

Le plan d'action s'articule par ailleurs sur les nouveaux acquis introduits par **la loi du 27 avril 2001** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. En février 2002 entra alors en vigueur le **règlement grand-ducal déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution** tel que prévu par la loi du 27 avril 2001.

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- € en 1999 à 2.065.511- € 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- € ce qui équivaut à un **taux de progression depuis 1999 de 283%**. Le projet de budget 2004 prévoit un budget de 5.847.938 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 20.28% en référence à l'exercice 2003. Cette croissance extraordinaire est en relation directe avec mise en oeuvre du plan d'action 2000-2004 du Ministère de la Santé.

Une étude récente (Origer 2002) a permis d'estimer **le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg** en référence à l'année budgétaire 1999 (c.f. www.relis.lu)

Indicateurs juridiques et pénaux ¹

Saisies de substances illicites

D'importantes variations au niveau de l'évolution des **quantités saisies** s'observent depuis 1984 et ceci pour presque tous les types de produits. La tendance générale à la baisse qui se dessinait au niveau des quantités d'héroïne et de cocaïne depuis le début des années 90 se confirme en 2002.

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation discontinue du **nombre total de saisies** à partir de 1993. Le nombre de saisies de cocaïne et d'ecstasy semble s'être stabilisé. **Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies** continue à suivre une évolution croissante. Une majorité confirmée de personnes en question sont d'origine étrangère.

En 1994 furent enregistrées les premières saisies nationales de MDMA, MDA... (type : ecstasy) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996. Les données les plus récentes indiquent toutefois un stabilisation à niveau bas.

L'augmentation remarquable des quantités de **cannabis saisies** observée entre 1999 et 2001, ne se confirme pas à la lumière des données de 2002. Cependant, le nombre de saisies et celui des personnes impliquées dans les saisies de cannabis continuent leur progression. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2002 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 614. Le nombre de personnes impliquées a suivi une évolution fort similaire.

Mesures judiciaires et pénales

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 a plus que doublé entre 1995 (764) et 2002 (1.632). En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une augmentation discontinue allant de 1.263 personnes en 1995 à 2.217 personnes en 2002 (comptages multiples inclus). En 2002, furent enregistrées 77 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 (en baisse).

La population des prévenus est composée de 87% d'hommes, proportion qui variait entre 79% et 89% durant les dix dernières années. Depuis 1998, les citoyens **d'origine étrangère** constituent approximativement 50% des prévenus. Il s'agissait dans 37% des cas de **premiers auteurs** en 2002 (tendance croissante discontinue); le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus étant passé de 5,4% en 1993 à 9,7% en 2002.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2002 font état de 794 nouvelles entrées au CPL et au CPG

¹ Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2002. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2001.

dont 101 (12,7%) pour infraction(s) à loi du 19 février 1973 (Code : DELIT-STUP); une proportion qui représentait 42,6% en 1996 et qui n'a cessé de diminuer depuis.

Au niveau du recensement RELIS, on a observé entre 1995 et 2002 une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre et une **détérioration continue en matière du passé pénal cumulé par les répondants par rapport aux années précédentes.**

Indicateurs épidémiologiques

Prévalence en population générale

Prévalence d'usagers de drogues au sein de la population scolaire

Des données comparables issues d'enquêtes scolaires menées entre 1992 et 1999, témoignent d'un taux de prévalence "vie" (consommation au moins une fois au cours de la vie) croissant en ce qui concerne la consommation de drogues illicites, toutes catégories confondues. En référence aux données issues des études les plus représentatives, **l'augmentation disproportionnée de l'usage de cannabis** (16 à 20 ans : en 1992 (Matheis 1995) : 10,1%) et en 1999 ((HBSC 2000) : 38,9%), de champignons hallucinogènes (16 à 20 ans en 1999 (HBSC 2000) : 7,1%), et des substances de type ecstasy (16 à 20 ans en 1992 (Matheis 1995) : 1,2%) et en 1999 ((HBSC, 2000) : 5,2%) mérite une attention particulière. En rapport aux populations d'étudiants plus jeunes (13-14 ans et 15-16 ans), on observe une même tendance, particulièrement prégnante au niveau de la prévalence "vie" de l'usage de cannabis. **L'usage d'opiacés par les jeunes en âge scolaire témoigne d'une prévalence basse, n'ayant que faiblement progressé au cours de la période considérée (16 à 20 ans en 1992 (Matheis 1995) : 0,9%) et en 1999 ((HBSC 2000) : 1,3%).**

Prévalence de l'usage problématique de drogues (UPD)

Contacts institutionnels et recours aux institutions sanitaires pour des problèmes liés aux drogues illicites

Le nombre d'usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite indexés par les institutions nationales en 2002 équivaut à 3.766 personnes (1994 : 2.213) (double comptages inclus). A titre comparatif on retiendra qu'en 1994, 873 personnes furent recensées par les **institutions de réduction de la demande** et 1.340 par les **instances de réduction de l'offre**. En 2002 ces mêmes instances ont recensés respectivement 1.448 et 2.318 personnes ce qui équivaut à une croissance totale de 70%

Pour 32% (27%) des usagers indexés (55% d'origine étrangère) par une institution donnée, il s'agissait du **premier contact avec cette même institution (intra-institution)**. Appliqué exclusivement aux institutions spécialisées de type sanitaire, ce même taux, en décroissance depuis

1997, s'élève à 27% (26%). En moyenne, un usager donné entre 2,14 (1,73) fois par année en contact avec une institution sanitaire spécialisée. 5% des usagers répertoriés par RELIS ont formulé **la première demande de traitement** au cours de leur vie auprès d'une institution sanitaire spécialisée (inter-institution) durant l'année 2002.

La première demande d'aide s'effectue dans 62% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 44% des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide. 69% des répondants (n: 451) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2002. Il s'agissait pour 43% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 53% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon® et autres opiacés / opioïdes).

Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'usagers problématiques de drogues à haut risque et d'acquisition illicite

La distribution selon le **sexe** est restée constante depuis 1994 (2002: 20% de femmes, 80% d'hommes). La proportion de **ressortissants étrangers** au sein de la population toxicomane nationale a connue une nette progression entre 1998 (18%) et 1999 (48%) suivi d'une stabilisation à niveau élevé en 2002 (42%). La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais (45%, en baisse) dont la proportion est nettement supérieure à celle observée au niveau de la population générale.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 29 ans et 5 mois en 2002. **L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés s'accroît.** On est confronté à une situation fort polarisée à savoir un vieillissement de la population d'injecteurs de longue date et une diminution sensible de l'âge des « nouveaux » usagers problématiques. On retiendra entre autres l'augmentation de la **proportion de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP (5,1%) et la population totale d'usagers problématiques. Respectivement 87% et 45% des usagers problématiques actuels ont consommé du cannabis et de l'héroïne (par voie i.v.) avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. En 1995 ces mêmes proportions étaient de 71% et 23% .

La différence d'âge selon le sexe tend à se stabiliser. De façon générale **le profil des femmes** a connu des changements plus sensibles que celui des usagers problématiques masculins au cours des dernières années. On citera à titre d'exemple un âge moyen plus précoce lors de la première consommation de cigarettes, de la première consommation de drogues d'acquisition illicite tous types confondus et du début déclaré d'un état de dépendance physique. A titre d'exemple on retiendra, pour les femmes une **diminution de l'âge moyen lors de la première consommation de drogues illicites** entre 1995 et 2002 de 2 ans et 8 mois.

La situation résidentielle des sujets répertoriés affiche une amélioration au regard des années précédentes. Le regroupement des personnes selon leur **provenance géographique** fait apparaître que les cantons du sud (40,8%) et les cantons du centre (39,3%) figurent en première position. Les cantons du nord continuent cependant leur progression des années précédentes (14,1%).

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants connaît une évolution défavorable** au cours des dernières années. **Le taux de chômage** affiche une certaine stabilité à niveau élevé (50%) depuis 1998. On observe **une diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue**. A souligner cependant **la décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale et la baisse modérée de la proportion de personnes en situation d'endettement**.

Prévalence et tendances de consommation

L'étude multi-méthodes de prévalence de l'usage problématique de drogues à haut risque et d'acquisition illicite, publiée en 2001 (Origer 2001) fournit les résultats suivants:

	1997	1999	2000
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUES HRC			
Prévalence moyenne	2.100	2.350	2.450
Taux de prévalence total	5 / ¹⁰⁰⁰	5,43 / ¹⁰⁰⁰	5,59 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence - âge :15-54	8,8 / ¹⁰⁰⁰	9,58 / ¹⁰⁰⁰	9,86 / ¹⁰⁰⁰
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUE DE PREFERENCE - HEROINE			
Prévalence héroïne	1.680	1.975	2.010
Taux de prévalence héroïne total	4 / ¹⁰⁰⁰	4,57 / ¹⁰⁰⁰	4,58 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence héroïne - âge :15-54	7 / ¹⁰⁰⁰	8,05 / ¹⁰⁰⁰	8,09 / ¹⁰⁰⁰
USAGE INTRAVEINEUX DE DROGUES (UID)			
Prévalence UID	1.370	1.780	1.715
Taux de prévalence UID total	3,25 / ¹⁰⁰⁰	4,12 / ¹⁰⁰⁰	3,91 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence UID-âge 15-54	5,71 / ¹⁰⁰⁰	7,26 / ¹⁰⁰⁰	6,90 / ¹⁰⁰⁰

Les opiacés continuent à constituer le **produit préférentiel** des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés **par inhalation** observée en 1998 est stabilisée. La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** témoigne d'une hausse sensible. Dans ce même contexte, il y a lieu de citer les résultats des **expertises toxicologiques du LNS en matière d'accidents de la route** : dans 30,3% des expertises effectuées en 1995 des traces de cannabinoïdes furent détectées, en 2001 cette même proportion était de 37,3%. La hausse des indicateurs de consommation de cannabis au Grand-Duché est en accord avec les tendances observées au sein d'autres Etats membres de l'UE.

Les substances de **type ecstasy** sont faiblement représentées ce qui ne renseigne nullement sur la prévalence de son usage en population générale étant donné que les données RELIS portent sur l'ensemble des usagers problématiques actuels et ne recense dès lors pas la totalité des **usagers récréationnels**.

Le taux de **polytoxicomanie** (88%) ne connaît plus d'évolution significative. Les âges moyens lors de la **première consommation de la drogue préférentielle** et des **drogues illicites en général**, témoignent d'une diminution lente mais continue depuis six ans. Le passage au **mode d'administration intraveineux** s'opère de façon plus précoce comparé à l'année 1995.

Morbidité et mortalité liées à la consommation de drogues

En termes épidémiologiques les taux d'infection au HVB (hépatite B) et la prévalence de l'HIV des cas de SIDA déclarés n'évoluent guère. Cependant **l'infection au HCV (hépatite C) est en nette progression** et tend à se rapprocher de la moyenne européenne ce qui n'est nullement le cas pour le taux d'infection HIV et le nombre de cas de sida déclaré. Selon les données fournies par le Laboratoire de Retrovirologie du CRP-Santé, la proportion moyenne d'usagers intraveineux de drogues parmi les personnes infectées par le HIV, recensées de 1984 à 2002 se situe à 16,2%.

Depuis 1985, l'évolution du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg a suivi une tendance à la hausse depuis 1997 atteignant un total de 26 personnes en 2000 pour ensuite redescendre graduellement à 11 cas en 2002. Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 4,08 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2001 (2,09 décès par surdose en 1997). En 2002, ce même taux s'élevait respectivement à 2,45 et 4,10 cas par 100.000 habitants et 100.000 habitants âgés 15 à 64 ans. Les **données médico-légales** de

2000 suggéraient une diminution du nombre de cas de décès par héroïne; une tendance qui n'a cependant pas pu être confirmée à la lumière des données de 2001 et 2002 (94%/91% des cas impliquaient la consommation d'héroïne). Des cas d'intoxication létale aux produits du type ecstasy n'ont pas été rapportés à ce jour. L'usage multiple est à l'origine de la majorité des cas de décès. En termes de drogues associées détectées dans les analyses sanguines des victimes on retiendra avant tout la cocaïne et la méthadone. A souligner que depuis les dernières années la cocaïne se trouve de plus en plus fréquemment associée aux décès par intoxication aux opiacés.

En 2002, 16 **cas de décès indirects** liés à la consommation de drogues illicites ont été enregistrés. Les principales causes de décès indirects entre 1996 et 2002 sont par ordre d'importance: suicide (32%), accident de la circulation (22%), complications cardio-vasculaires ou pulmonaires (13%), intoxication non-définie (11%), toxicodépendance (8%), maladies du foie (6%) et HIV/Sida (5%).

La somme des décès directs et indirects renseigne sur la mortalité totale liée à l'usage de drogues. La prévalence de mortalité liés aux drogues illicites a connu de faibles variations depuis 1996 se situant entre 26 et 33 cas par année (29 cas en 2002).

Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national

Selon les sources répressives (confirmées par les données RELIS), plus de 90% des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg proviendraient des Pays-Bas. Suite à l'ouverture des frontières, on a assisté à une transition de réseaux de distribution restreints entretenus par les consommateurs eux-mêmes à des réseaux de distribution plus organisés. Plus récemment on a observé une prolifération de demandeurs d'asile de l'Afrique de l'Ouest impliqués dans le trafic de drogues. S'appuyant sur des stocks importants de produits allant du cannabis à l'héroïne, les revendeurs sont organisés en groupes et contribuent à augmenter de façon significative la disponibilité de drogue sur le marché national.

L'indicateur de la source d'approvisionnement suggère également que la **disponibilité d'opiacés sur le marché national** s'est accrue. Si en 1996, 9% des usagers déclaraient s'approvisionner exclusivement à l'étranger, cette même proportion équivaut à 6% en 2002. Au cours de cette même période le **prix de vente** de rue de l'héroïne a également diminué.

A signaler enfin qu'en début 2003 **un laboratoire clandestin** pour la production d'amphétamines a été découvert dans le sud du pays. Les cultures locales de cannabis et de champignons hallucinogènes apparaissent insignifiantes tant quantitativement que qualitativement. L'intensification des mesures de contrôle en matière de production clandestine de substances synthétiques des pays frontaliers pourrait favoriser la migration et l'implémentation de laboratoires clandestins sur le territoire luxembourgeois.

Les **prix moyens d'unités** de consommation courantes de l'héroïne, de la cocaïne et des substances de type ecstasy ont diminué au cours des 7 dernières années. Les produits dérivés du cannabis sont les seuls à afficher une hausse modérée du prix d'acquisition au cours de la même période.

En termes de **pureté**, les échantillons de substances suspectes, analysées par le Laboratoire National de Santé, permettent de constater une augmentation du taux de THC dans les produits dérivés du cannabis et une diminution de la pureté de l'héroïne et une qualité assez stable pour la cocaïne. Pour les autres substances analysées, les tendances sont peu claires.

Mesures de réduction des risques

Depuis la mise en place du **programme national d'échange de seringues**, on note une augmentation continue du nombre de **seringues stériles distribuées** (2002: 217.715 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2002: 200.681(92%) / 1996 : 28.646 (38%)). Une majorité d'injecteurs (38%) se procurent leur seringues auprès des associations spécialisées suivie par une proportion décroissante (32%) d'UPDs qui ont recours à la vente en pharmacie.

Le nombre de contacts enregistrés par les **structures d'accueil bas-seuil** a connu un accroissement remarquable lors des dernières 7 années (2002 : 28.319 / 1996 : 6.456), tout comme le nombre de seringues distribuées par ces mêmes associations. La proportion de nouveaux clients au sein des mêmes associations s'est cependant stabilisée.

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le nombre de places d'encadrement offertes par le programme est passé de 30 en 1993, à 151 en 2002 (stable). Parallèlement au programme méthadone conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important de toxicomanes se voient prescrits **un traitement de substitution par le réseau de médecine libérale**, soit en attente de leur entrée au programme, soit dans le but d'une désintoxication ou d'une maintenance bas-seuil hors programme. En 2002, l'Union des Caisses de

Maladie a recensé 820 (1999: 745) personnes différentes qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et 157 (1999: 125) médecins prescripteurs.

Orientations en matière de recherche

Les priorités futures du PFN en matière de recherche portent essentiellement sur les domaines suivants:

- études de prévalence en population générale, au sein de la population non répertoriée par le réseau institutionnel; des demandes d'aide ou de traitement adressées au réseau de médecine générale; de l'usage de drogues en prison;
- recherche dans le domaine de la mortalité indirectement associée à la consommation de drogues;
- monitoring des tendances au niveau de la consommation et de la composition des drogues synthétiques;
- études de prévalence des taux d'infection au HIV et HCV parmi la population d'usagers injecteurs;
- prévalence de la consommation par les toxicomanes de certains types de médicaments sous prescription telle que la famille des benzodiazépines;
- étude du coût socio-économique de la toxicomanie et de la lutte contre la drogue ;
- évaluation de l'impact de mesures de traitement.

Summary

National report on the state of the drug phenomenon in the Grand Duchy of Luxembourg (RELIS - Edition 2003)

Political, legal and budgetary orientations

In 1999, the Ministry of Health has been entrusted with the **overall drug policy coordination**. A national drug coordinator has been designated by the Minister of Health in 2000 and mandated to set up a **national action plan on drugs and drug addiction** covering the period 2000 to 2004. The drug action plan addresses current needs in terms of specialised infrastructures, human and financial resources, collaboration networks and required developments in the field of drug research. **Primary prevention measures** have been included in a second phase in 2002.

Two major legal texts have entered in force between 2001 and 2002. The **law of 27 April 2001**, modifying the basic drug law of 19 February 1973 notably foresees a legal framework for a series of harm reduction and maintenance measures, namely, drug substitution treatment, needle exchange and other state licensed means, which, in addition to article 13 of the grand ducal decree of 30 January 2002 (see below) could materialise in shooting galleries or medically controlled heroin distribution programmes as foreseen by the national drugs action plan.

The **grand ducal decree on substitution treatment** entered in force in February 2002 following to the law of 27 April 2001. The referred grand-ducal decree regulates the operating framework of substitution treatment at the national level. The Interministerial Group on Drugs currently finalises new notification and prescription forms to be applied by the future national substitution register.

A recent study (Origer 2002) assessed the **direct economic costs of policies and interventions in the field of illicit drug** use referred to year 1999 (see www.relis.lu). Furthermore, the budget allocated by the Ministry of Health to drug related services and programmes, as foreseen by the national drug action plan, has known an increase rate of 283% between 1999 and 2003.

Law enforcement indicators ²

Seizures of illicit substances at the national level

Striking variations have been observed as to the **quantity of illicit substances** seized since the beginning of the nineties. However, an overall decreasing trend has been observed as regards the **amount** of heroin, cocaine and cannabis seized during the last ten years.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993. The number of cocaine and ecstasy like substances' seizures has stabilised and whereas the number of cannabis and heroin seizures have markedly increased. The **number of persons** involved in heroin traffic has followed a constant upward trend confirmed by the most recent figures. A confirmed majority of offenders involved in drug seizures are non-natives.

The first national seizures of **ecstasy type substances** (MDMA, MDA, etc.) were recorded in 1994. The availability of ecstasy appeared to soar between 1994 onwards whilst seizures, in terms of quantity, have significantly decreased in 1997 and have remained fairly stable over the last 6 years.

The remarkable increase of **cannabis seized**, observed between 1999 and 2001, has not been confirmed by 2002 figures. However, the **number of cannabis seizures and persons** involved followed a steep upward trend. Between 1994 and 2002 the number of cannabis seizures went from 167 to 614. During the same period, the number of offenders involved has known a similar increase.

Drug law offenders and prison sentences

The number of **police records** for presumed offences against the drug law, shows an important increase between 1995 (764) and 2002 (1,632). The **number of drug law offenders** ('prévenus') has doubled between 1995 and 2002. 77 arrests on the same charge have been reported in 2002 (recent ongoing decrease).

The proportion of male offenders has been varying between 79 and 89 per cent during the past decade. Since 1998, **non-natives** have been representing around 50% of drug law offenders. Regarding the proportion of **first drug law offenders** (37%), a discontinuous upward trend-line is observed. The percentage of **minors** (< 18 years) in drug law offenders has increased significantly since 1993 (5.4%) (2002: 9.7%).

The proportion of **prison sentences** for drug law offences has decreased significantly referred to 1996 data. In 2002, 101 new entries (12.7 %) (1996: 42.6%) of convicted drug law offenders have been reported by national penal institutions (of a total number of 794 entries in 2002).

² If not specified, data refer to 2002. Figures between brackets refer to 2001 if not specified.

Nevertheless, 55 per cent of problem drug users indexed by RELIS in 1995 reported at least one prison journey during their lifetime; in 2002 the same proportion equalled 77 per cent.

Epidemiological indicators

Drug use in population

Drug prevalence in school population

Comparable data from national school surveys conducted between 1992 and 2000, show increasing **lifetime prevalence in young people** (16-20 years) for all common illicit substances. Referred to the data from the most representative national school surveys, special emphasis should be put on the disproportional increase of cannabis (16 to 20 years: in 1992 (Matheis 1995): 10,1%) and in 1999 ((HBSC, 2000): 38,9%), magic mushrooms (16 to 20 years: in 1992 (Matheis 1995): 7,1%) and ecstasy prevalence (16 to 20 years: in 1992 (Matheis 1995): 1,2%) and in 1999 ((HBSC, 2000): 5,2%). Prevalence of opiates use in youngsters (16 to 20 years: in 1992 (Matheis 1995): 0,9% and in 1999 (HBSC, 2000) : 1,3%) is still showing a low prevalence, which has poorly increased during the referred period. In younger school populations (13-14 and 15-16 years), similar trends are observed, especially with regard to cannabis lifetime use.

To date, a single national survey (Fisher 1999) provides **last 30 days prevalence figures** for 13 to 18 years old schoolchildren. Cannabis and ecstasy prevalence figure 13.8 per cent and 1.1 per cent respectively. Heroin, cocaine and LSD prevalence rates are close to last 12 months prevalence rates.

Problem drug use (PDU)

Data on institutional contacts and drug treatment demands

The **number of problem high-risk drug users** indexed by national institutions in 2002 figures 3,766 (1994: 2,213) (double counting excluded). 873 users have been indexed by national specialised drug demand reduction agencies and 1,340 persons by supply reduction agencies in **1994**. Referred to **2002** the same agencies have indexed 1,448 and 2,318 respectively, which equals to a **progress rate of 70%**. **5%** of respondents are **first treatment demanders**, all treatment centres included.

² If not specified, data refer to 2002. Figures between brackets refer to 2001 if not specified

Socio-demographic and epidemiological characteristics of problem HRC drugs users

Gender distribution has remained fairly balanced since 1994 (2002: 20 % females, 80 % males). The proportion of **non-natives** among the overall PDU population has known a significant increase between 1998 (18%) and 1999 (48%) followed by a 4-years stabilisation (2002: 42%). The population of non-natives drug users largely consists of Portuguese nationals (2002: 45%, decrease); a proportion, which is consistently higher than the one observed in the general population.

Compared with 1995 figures, the **mean age**, applied to the total PDU population (28 Y, 1M), has markedly increased, (2002: 29Y, 5M). Currently, one observes a fairly polarized situation that is, an aging population of long-term drug injectors and a significant decrease in age referred to first treatment demanders and first drug offenders. Furthermore, increases have been observed with regard to the proportion of PDUs **underage** (5.1%) in drug offenders and to the percentage of **students** in PDUs (15%). 87 per cent and 45 per cent of problem users have experienced cannabis and heroin (i.v.) use respectively, while being underage. In 1995, RELIS (national drug monitoring system) figures referred to 71 per cent and 23 per cent respectively.

The **difference in age in proportion to gender** has increased until 2000, mainly due to the low but currently increasing age of female users. Generally speaking, the **profile of female users** has known most significant changes during recent years. In comparison with male users, one could mention a lower mean age at first consume of cigarettes, at first use of illicit drugs and an earlier start of a physical addiction state reported by female users. **Average age at first use of illicit HRC drugs** has decreased 2 years and 8 month from 1995 to 2002.

Residential status of problem drug users has improved over the last 5 years. **Geographic distribution**, according to electoral districts, suggests that 39.3 per cent (42.2%) come from the centre region and 40.8 per cent (38.3%) from cities in the South of the country. Northern cantons have been showing a recent increase (14.1%).

All indicators included, the **employment status** of respondents has declined for the last three years. The **unemployment rate** (2002: 50%) among the drug population has been stable since 1998. Data on **revenues** confirm observed trends in occupational status, namely a weakening of financial autonomy associated to an **increasing social dependency**.

Two socio-economic indicators that show a positive evolution refer to **revenues of illegal origin** and the **indebtedness status**. The former went down from 23 to 5 per cent and the latter from 59 to 41 percent from 1995 to 2002.

Problem drug use prevalence and consume trends

The multi-methods prevalence study on problem HRC drug use at the national level, published in 2001(Origer 2001), provides the following figures:

	1997	1999	2000
PROBLEM USE : HRC DRUGS			
Average prevalence	2,100	2,350	2,450
Total prevalence rate	5 / ¹⁰⁰⁰	5.43 / ¹⁰⁰⁰	5.59 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - age :15-54	8.8 / ¹⁰⁰⁰	9.58 / ¹⁰⁰⁰	9.86 / ¹⁰⁰⁰
PROBLEM USE : HEROIN			
Prevalence heroin	1,680	1,975	2,010
Total prevalence rate - heroin	4 / ¹⁰⁰⁰	4.57 / ¹⁰⁰⁰	4.58 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - heroin age :15-54	7 / ¹⁰⁰⁰	8.05 / ¹⁰⁰⁰	8.09 / ¹⁰⁰⁰
INTRAVENOUS DRUG USE (IDU)			
Prevalence IDU	1,370	1,780	1,715
Total prevalence rate - IDU	3.25 / ¹⁰⁰⁰	4.12 / ¹⁰⁰⁰	3.91 / ¹⁰⁰⁰
Total prevalence rate - IDU - age 15-54	5.71 / ¹⁰⁰⁰	7.26 / ¹⁰⁰⁰	6.90 / ¹⁰⁰⁰

Source: Origer 2001

Opiates are referred to as **primary drugs** by a large but decreasing majority of indexed users. The significant increase of opiate use by **inhalation** in 1998 has been followed by a three-years decrease. RELIS respondents increasingly report cannabis use as primary drug. In this context one might refer to recent results from toxicological expertises performed by the National Health Laboratory (LNS) following **traffic accidents**: in 1995, 30.3 percent of expertises reported cannabis use of involved drivers; in 2002 the same proportion figured 37.3 per cent.

A complete absence of **crack** and **volatile substances** (e.g. solvents) in primary use patterns has to be stressed. **Ecstasy-like substances** are poorly represented, which has to be interpreted with caution since RELIS indexes only current **problem drug users** and not **exclusive recreational users**.

The proportion of **poly-drug use** represent the most common consume pattern. **Average age at first use of illicit HRC drugs** has decreased 2 years and 8 month from 1995 to 2002. In contrast to 1995 data, the **switch to intravenous drug use** occurs earlier in 2002.

Drug-related morbidity and mortality

A **significant increase of the HCV infection rate** over the last six years is particularly marked in drug treatment demanders, having reached 54% in 2001, although 2002 figures may announce a stabilisation trend. HIV infection rates follow a weak but continuous increasing trend.

The number of **fatal overdoses** indexed at the national level has shown an increasing trend from 1997 to 2000 (26 cases), followed by a slow but continuous decrease until 2002 (11 cases). The **overdose rate in the national general population** figured 6.43 overdose deaths per 100,000 inhabitants³ in 2000 (2.09 in 1997). In 2002 overdose rates of 2.45 and 4.10 per 100.000 inhabitants and 100.000 inhabitants aged 15 to 64 years respectively have been observed. Forensic data from 2000 suggested a **decrease of heroin-related deaths** (72%), which, however, has not been confirmed by 2001 and 2002 data (94% / 91% of cases involved heroin use). Acute Ecstasy-related deaths have not been reported thus far. **Multiple** substance use has been increasingly reported during last years. In terms of associated drugs detected in blood samples of victims, cocaine and methadone are most represented. Notably cocaine has been found to be increasingly associated to opiate drug deaths in recent years.

In 2003, 16 **indirect drug death cases** have been indexed by the RSPJ. It is remarkable the number of direct drug-related deaths have followed an **inversed evolution** as compared to indirect deaths from the beginning of the nineties until now. Main causes of indirect deaths between 1996 to 2002 are, in order of importance: Suicide (32%)⁴ traffic accidents (22%), associated cardio-vascular or pulmonary complications (13%), undefined intoxication (11%), pharmaco-dependance (8%), liver failure (6%) and HIV/AIDS (5%), other (3%).

In terms of **drug-related mortality** (direct and indirect deaths indexed by RSPJ), 23 cases have been indexed in 1992; prevalence has been showing small variation since 1996 figuring roughly 26 to 33 cases per year (29 in 2002 of which 11 direct/acute death cases).

³ All age groups included

⁴ Valid percentage

Profile of the national drug market

The expansion of micro-networks, relying on similar distribution techniques than international networks, involving however, a smaller number of local dealers, mostly of foreign origin, represents an observable trend. Specialised law enforcement agencies report a recent disproportional increase of west-African asylum demanders involved in drug trafficking. Relying on important stocks of high quality illicit substances ranging from cannabis to heroin, they are highly organised and tend to significantly increase the supply and availability of drugs at the national level. Most of referred offenders pretend to be minor of age and organise in interrelated micro-networks.

A series of reliable information sources suggest that 90 per cent of illicit drugs consumed in the G. D. of Luxembourg originate from the Netherlands.

Drug supply indicators support increased **opiates availability** on the national market. In 1996, 9 per cent of indexed problem users reported to acquire drugs exclusively abroad; in 2002 the same proportion figured 6 per cent. During the same period the **average street price of heroin** has decreased.

A clandestine laboratory producing amphetamines has been discovered in the South of the country in the beginning of 2003. The local production of cannabis and magic mushrooms is rather insignificant in terms of quantity.

Average **street retail prices** of cannabis has been increasing over the last ten years whereas prices of cocaine, heroin and ecstasy have been showing a falling tendency.

As far as **purity** is concerned, quality of cannabis (% of THC) products and ecstasy has been improving. Heroin tends to show poorer quality and purity of cocaine has been remaining fairly stable in recent years.

Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes distributed** (2002: 217,715 / 1996 : 76,259) has been rising right from the start of the national **needle exchange programme**. The number of **used syringes collected** (2002: 200,681,516 (92%) / 1996: 28.646 (38%)) has increased accordingly. A majority of drug injectors procure their injection material in specialised agencies (38%) followed by a decreasing proportion of PDUs who prefer pharmacies (32% ↘). The proportion of syringes provided by automatic dispensers and specialised drug agencies have known a weak increase since 1995.

The **number of contacts** indexed by low threshold agencies has increased dramatically over the last seven years (2002: 28,319 / 1996: 6,456), and so has the number of syringes distributed by the same agencies. The proportion of **new clients** within low threshold settings has stabilised.

Created in 1989, the national **methadone substitution programme** indexed 30 patients in 1993 and 151 patients in 2002. In addition to the methadone substitution programme financed by the Ministry of Health, an increasing number of problem drug users address the **network of independent general practitioners**. Data delivered by the Union of Health Insurance Funds refer to 820 (1999: 745) patients who did receive substitution treatment in 2002 by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ®, METHADICT ® and SUBUTEX ®). In 2002, the number of GPs prescribing the listed drugs reached 157 (1999:125).

Drug research priorities

The main current priorities of the NFP in the field of drug research are as follows:

- drug prevalence in general population and in prison,
- prevalence of HIV and HCV infection in injecting drug users,
- prevalence of hidden populations and of treatment demands addressed to GPs,
- monitoring of trends in consume and chemical composition of synthetic drugs,
- prevalence of benzodiazepines use in drug population,
- drug treatment impact evaluation

Partie I

Tendances et Actions Politiques

Chapitre I.1

Développement de l'Usage et de l'Offre de Drogues illicites au Grand-Duché de Luxembourg depuis 1960

I.1.1 Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au niveau national

Au Grand-Duché de Luxembourg le développement de l'usage de substances stupéfiants, toxiques et soporifiques d'origine illicite a connu trois périodes distinctes schématiquement présentées dans le tableau suivant:

	DE 1960 AU ANNÉES 70	DE 1980 À LA MOITIÉ DES ANNÉES 90	DE 1996 À AUJOURD'HUI
FIN DES ANNÉES 60	Consommation de cannabis, d'opiacés et d'hallucinogènes à faible prévalence épidémiologique		
DÉBUT DES ANNÉES 70	Accroissement significatif des mêmes substances et surtout des substances hallucinogènes.		
FIN DES ANNÉES 70	Disponibilité accrue de cocaïne		
VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 80	Diminution notable de la consommation d'hallucinogènes. Prévalence accrue d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Population essentiellement mono-toxicomane.		
APRÈS 1988	Poly-usage (héroïne-cocaïne). La consommation d'alkaloïdes, de médicaments (benzodiazépines, barbituriques) et d'amphétamines devient plus courante.		
VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 90	1994: première saisie de MDMA (ecstasy). La consommation d' LSD devient quasi insignifiante en termes épidémiologiques.		
DE 1996 À AUJOURD'HUI	Augmentation modérée de la consommation d'héroïne accompagnée d'une tendance à la hausse pour le mode d'administration non-i.v. Prévalence croissante en population générale des substances synthétiques de type ecstasy et des produits à base de cannabis		

Tendances récentes

Lors des dernières cinq années, un accroissement important de l'usage d'héroïne et de cocaïne a fait place à une certaine stabilisation de prévalence accompagnée cependant d'une diminution continue de l'âge du premier contact avec des drogues licites et illicites. Si en 1998, le mode d'administration par voie non intraveineuse (non-i.v.) d'héroïne affichait une nette augmentation au détriment du mode i.v., on assiste actuellement à une stabilisation du mode non-i.v. L'usage de cannabis et de ses produits dérivés ne cesse de se développer; une tendance qui se confirme à la lumière du nombre des saisies, du nombre de personnes impliquées dans les affaires de saisies et de l'augmentation de la fréquence des contacts institutionnels pour usage problématique de cannabis recensés au cours des dernières cinq années.

L'évolution quasi exponentielle de la consommation de drogues de type synthétique observée entre 1994 et 1996 semble entamer une croissance plus modérée au vu de l'évolution des indicateurs indirects au cours de cette même période. L'expansion de l'usage de cannabis en population générale (surtout entre 12 et 20 ans) est confirmée par une série d'études indépendantes.

Les "screening" nationaux les plus récents des saisies, des décès par overdose et des résultats d'analyses toxicologiques s'inscrivant dans le cadre du Système d'Alerte Précoce sur les nouvelles drogues synthétiques ont révélé que les substances de type « ecstasy » présentes sur le marché national contiennent avant tout les principes actifs suivants : MDMA (*3,4-Methylenedioxyamphetamine*), MDEA (*Metylenedioxyethylamphetamine*), (cf. Partie IV).

A relever également l'absence de saisies au niveau national de certaines substances qui ont connu des taux de prévalence croissants dans d'autres Etats membres telles que notamment : le MBDM (*N-metyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine*), le GHB (*gamma-hydroxybutyrate*), le 4-MTA (*4-Methylthioamphetamine*), la Ketamine (*2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone*), la PMA (*paramethoxyamphétamine* ou *4-Methoxyamphétamine*) et le 2-CT.

I.1.2 Sources d'approvisionnement et trafic de stupéfiants

Selon des données fournies par la SPJ et RELIS, plus de 90% des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg proviennent des Pays-Bas. Depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus organisés. Le marché national attire de plus en plus de "professionnels de la drogue", venant avant tout de Belgique, de France et d'Allemagne, œuvrant au déploiement d'un réseau de distribution à caractère purement commercial.

Une autre tendance qui semble s'affirmer est le développement de micro-réseaux reposant sur les mêmes techniques de distribution que les réseaux internationaux, impliquant cependant un nombre plus limité de revendeurs, principalement de nationalité étrangère et appartenant à un même groupe ethnique.

A signaler enfin qu'en début 2003 un **laboratoire clandestin** pour la production d'amphétamines a été découvert dans le sud du pays. Les cultures locales de cannabis et de champignons hallucinogènes apparaissent insignifiantes tant quantitativement que qualitativement.

1.1.3 Prévalence de l'usage illicite de drogues en population générale

A ce jour, le Grand-Duché de Luxembourg ne dispose pas d'enquête représentative sur la prévalence de l'usage de drogues licites ou illicites en population générale. Des enquêtes et études communautaires ou locales permettent cependant d'évaluer la prévalence actuelle.

► Un projet pilote de prévention primaire au niveau communal a été lancé par le CePT en 1995. En 2000, 13 communes luxembourgeoises participaient au projet dont question. Le projet communal mérite d'être cité étant donné que le plan de recherche prévoyait une enquête non représentative sur l'usage de drogues en population générale (nommée ci-après « Etude Fischer 1999 », selon le nom de l'auteur). Les résultats de l'étude Fischer 1999 (réf. 1.1.3.a) représentent à l'heure actuelle les données les plus valides en termes de description non représentative de l'usage de drogues d'acquisition illicite en population générale.

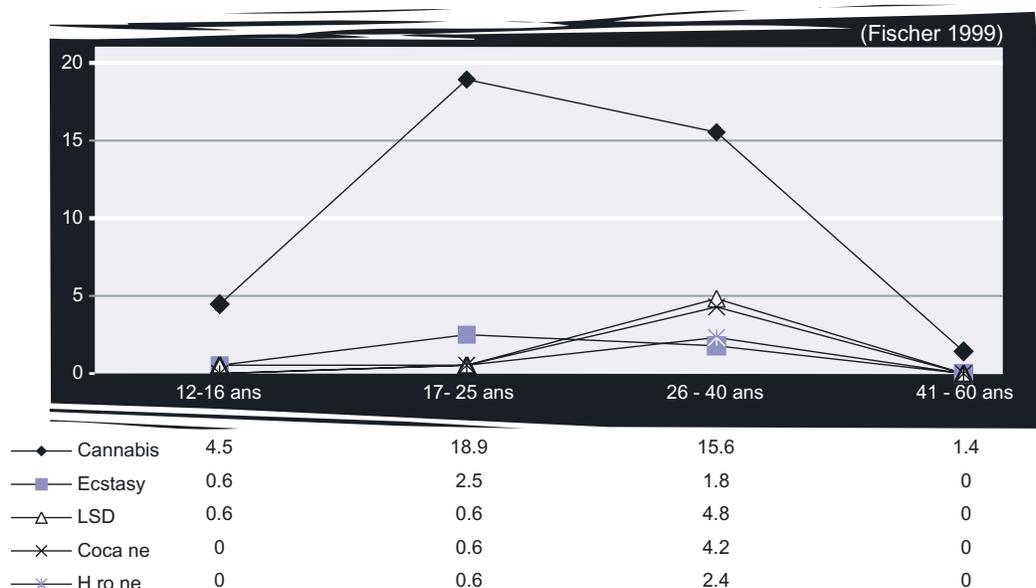
REFERENCE 1.1.3.a : Fischer U. CH. et Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.
FR. Projet de prévention des addictions au niveau communal.

Année de collecte des données	1998
Type d'étude	Enquête isolée
Objet primaire	Prévention des comportements addictifs. Etude de la prévalence de l'usage de drogues au niveau communal
Population cible	Population issue de 7 communes luxembourgeoises
Méthode d'échantillonnage	aléatoire
Echantillon d'étude	667 cas valides
Taux de réponse	33,9%
Couverture	7 communes du Grand-Duché de Luxembourg – non représentative de la population nationale
Distribution d'âge	12 à 60 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire anonyme auto-administré. Participation volontaire

Tableau 1.1.3.1 Prévalence vie et prévalence au cours des 30 derniers jours de l'usage de drogues d'acquisition illicites chez des jeunes adultes âgés entre 15 et 35 ans (Fischer 1999)

Substance	Prévalence : usage au cours de la vie	Prévalence : usage au cours des derniers 30 jours
Cannabis:	15.8%	5.6%
Ecstasy:	1.2%	0%
Héroïne:	1.9%	0.3%
Cocaïne:	0.3%	0%
LSD:	1.3%	0.0%
Champignons (psilocybine)	2.6%	1.3%

Fig 1.1.3.2: **Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides)**

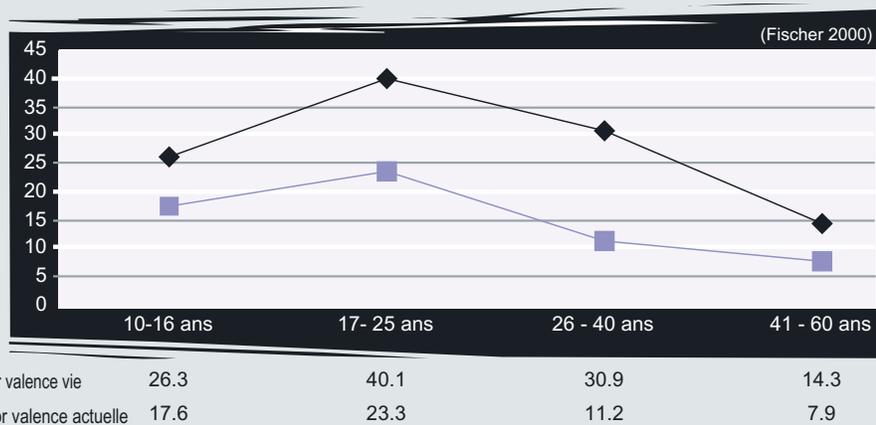


- Une deuxième étude qu'il convient de citer a été commanditée par le CePT et fut publiée en 2000 (ci-après nommée « Etude Fischer 2000»). Bien que l'étude Fischer 2000 porte essentiellement sur l'usage de cannabis, un certain nombre d'autres drogues furent prises en compte. Les échantillons d'étude sont d'une part issus de la population des visiteurs de cinéma à Luxembourg Ville (réf. 1.1.3.b) et, d'autre part, de la population communale de 6 communes du Grand-Duché de Luxembourg (réf. 1.1.3.c)

REFERENCE **1.1.3.b** : Fischer U. CH. (2000). Cannabis in Luxemburg - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.
FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données	1999
Type d'étude	Enquête isolée
Objet primaire	Prévention primaire des addictions – Prévalence de l'usage de cannabis dans les milieux de jeunes
Echantillon d'étude	991 cas valides – échantillon aléatoire
Couverture	Cinémas à Luxembourg Ville (non représentative de la population générale)
Distribution d'âge	15 à 64 ans
Instruments d'investigation	Interviews structurés en face à face

Fig 1.1.3.3: *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon cinéma (% valides)*

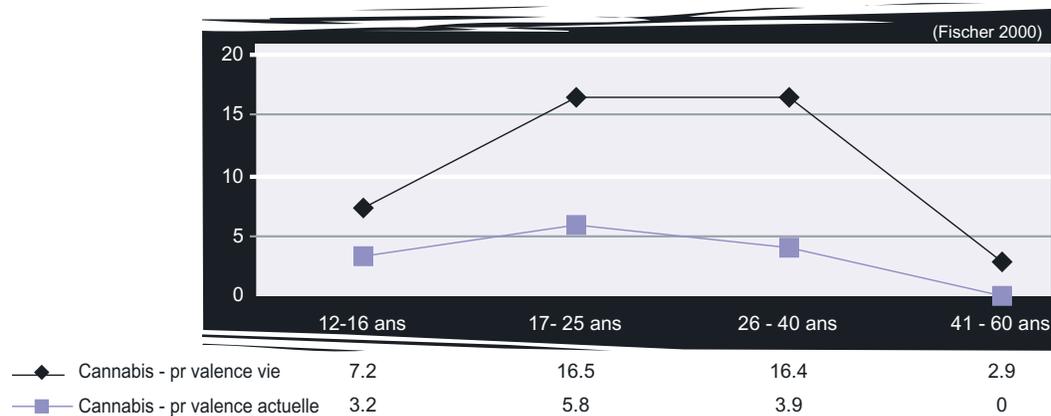


REFERENCE **1.1.3.c** : Fischer U. CH. (2000). Cannabis in Luxemburg - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.
FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle

Année de la collecte des données	1999
Type d'étude	Enquête isolée
Objet primaire	Prévention des comportements addictifs. Etude de la prévalence de l'usage de cannabis au niveau communal
Population cible	Population dans 6 communes luxembourgeoises

Méthode d'échantillonnage	aléatoire
Echantillon d'étude	486 cas valides
Taux de réponse	27,7%
Couverture	6 communes du Grand-Duché de Luxembourg – non représentative de la population nationale
Distribution d'âge	12 à 60 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire anonyme auto-administré transmis par voie postale. Participation volontaire

Fig 1.1.3.4 *Prévalence vie/actuelle de l'usage de cannabis selon l'âge: Echantillon communes (% valides)*



I.1.4 *Prévalence de l'usage drogues dans les populations de jeunes et/ou en âge scolaire au G.-D. de Luxembourg*

Les enquêtes en milieu scolaire menées à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg se regroupent en deux catégories. Une première catégorie est composée par les enquêtes menées spécifiquement en milieu scolaire et une deuxième concerne les enquêtes trans-sectorielles menées en milieu scolaire et dans les milieux de jeunes en général. Les fiches signalétiques des diverses études figurent en annexe A. Ci-après figure un sommaire comparatif des principaux résultats des enquêtes en question menées entre 1985 et 2000.

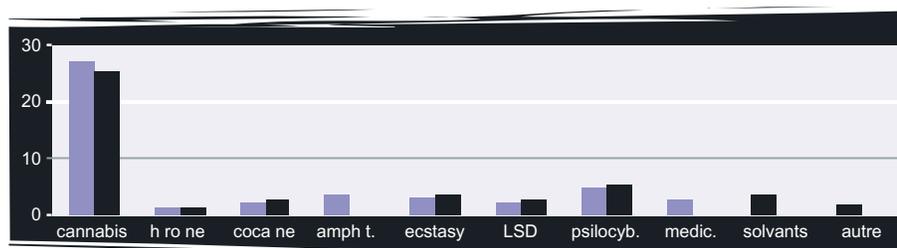
Prévalence vie: Population scolaire

En guise d'analyse comparative, les données issues des enquêtes scolaires présentées ci-avant ont été regroupées en fonction des classes d'âges retenues par ces mêmes études. Les données de prévalence vie en référence au groupe d'âge de 12 à 20 ans, fournies par les études HBSC (2000) et Fischer (2000), témoignent de taux fort comparables qui, en référence aux données d'études antérieures, affichent des hausses sensibles pour le cannabis, les champignons hallucinogènes, les amphétamines et les substances de type ecstasy. Les différences les plus notables au niveau de la variable sexe sont des taux de prévalence moins élevés chez les femmes au regard de la consommation de cannabis, d'amphétamines et de champignons hallucinogènes mais un usage plus soutenu de médicaments psychoactifs.

L'étude HBSC (2000), l'étude Fischer (2000) et les études répétées de Matheis (1985/95) permettent de suivre l'évolution des tendances observées entre 1983 et 1999 pour le groupe d'âge 16 à 20 ans. La prévalence de l'usage de cannabis témoigne de la hausse la plus significative au cours de la période considérée. Egalement en hausse, par ordre d'importance sont le taux de prévalence de l'usage de psilocybine (champignons hallucinogènes), d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. L'usage d'LSD et de solvants affiche une certaine stabilisation, voire une diminution depuis 1983. L'étude HBSC (2000), l'étude Fischer (2000) et les études répétées de Matheis (1985/95) permettent de suivre l'évolution des tendances observées entre 1983 et 1999 pour le groupe d'âge 16 à 20 ans. La prévalence de l'usage de cannabis témoigne de la hausse la plus significative au cours de la période considérée. Egalement en hausse, par ordre d'importance sont le taux de prévalence de l'usage de psilocybine (champignons hallucinogènes), d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. L'usage d'LSD et de solvants affiche une certaine stabilisation, voire une diminution depuis 1983.

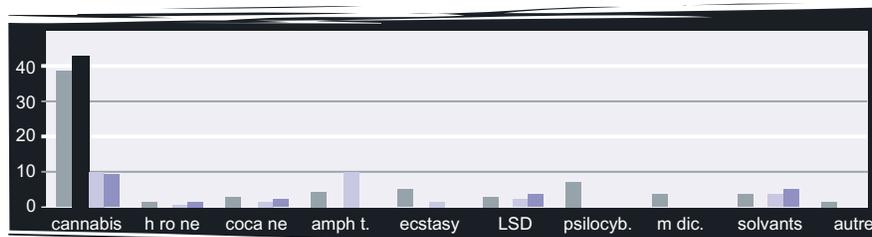
En ce qui concerne le groupe d'âge de 13 à 14 ans, on retiendra un taux de prévalence vie croissant du cannabis (9,7 - 10,5%) et de la cocaïne (1,6 - 2%) entre 1997 et 1999. Au niveau des groupes d'âges de 15 à 16 ans, la totalité des taux de prévalence vie affichent des valeurs croissantes depuis 1992 (cannabis: 27,7%, psilocybine: 4,1%). En comparaison avec ce dernier groupe d'âge, le groupe des élèves âgés entre 17 et 18 ans (HBSC, 2000) affiche des taux de prévalence doublés à l'exception de l'usage de cannabis, de médicaments et de substances volatiles.

Fig 1.1.4.1 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 12 à 20 ans



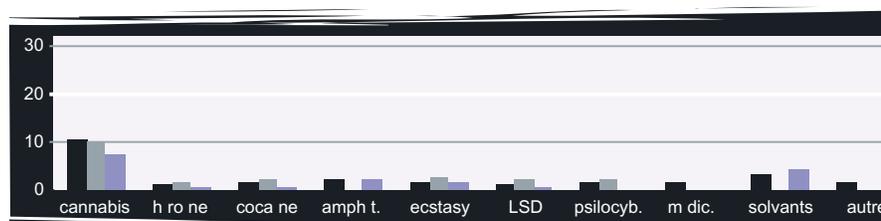
HBSC (2000) données 1999	27.4	1.2	2.3	3.7	3.1	2.1	4.8	2.5	3.8	1.6
Fischer (2000) données 1999	25.3	1.3	2.9		3.4	2.8	5.3			

Fig 1.1.4.2 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans



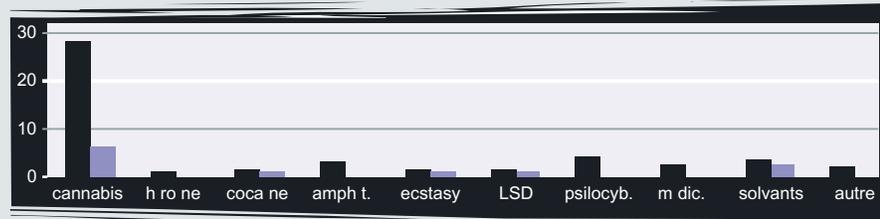
■ HBSC (2000) données 1999	38.9	1.3	2.8	4.6	5.2	2.7	7.1	3.3	3.8	1.7
■ Fischer (2000) données 1999	43.3									
■ Matheis (1995) données 1992	10.1	0.9	1.2	9.9	1.2	2.1			3.5	
■ Matheis (1983) données 1983	9.3	1.2	2			3.7			4.8	

Fig 1.1.4.3 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans



■ HBSC (2000) données 1999	10.5	0.8	1.6	2.3	1.7	1.1	1.6	1.5	3.3	1.6
■ Fischer (2000) données 1999	9.7	1.6	2		2.4	1.9	2			
■ Meisch (1998) données 1997	7.2	0.6	0.3	2.3	1.4	0.6			4.3	

Fig 1.1.4.4 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



■ HBSC (2000) données 1999	27.7	0.8	1.5	3.1	1.8	1.4	4.1	2.8	3.6	2
■ Matheis (1995) données 1992	6	0	0.9	0.9	0.9	0.9	2.6	2	2	2

Prévalence au cours des derniers 12 mois: Population scolaire

L'étude HBSC (2000) est la seule à fournir des données de prévalence au cours des derniers douze mois en référence à la population scolaire âgée entre 12 et 20 ans. Les résultats reflètent les proportions observées au niveau des taux de prévalence vie, et notamment un taux élevé d'usage de cannabis (22,5%). La distribution selon le sexe s'aligne sur les données de prévalence vie à l'exception de l'usage d'amphétamines qui est proportionnellement plus élevé chez les femmes au cours des derniers 12 mois. L'usage de médicaments, tous types confondus, est également plus prévalent chez les femmes.

Fig 1.1.4.5 PRÉVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans

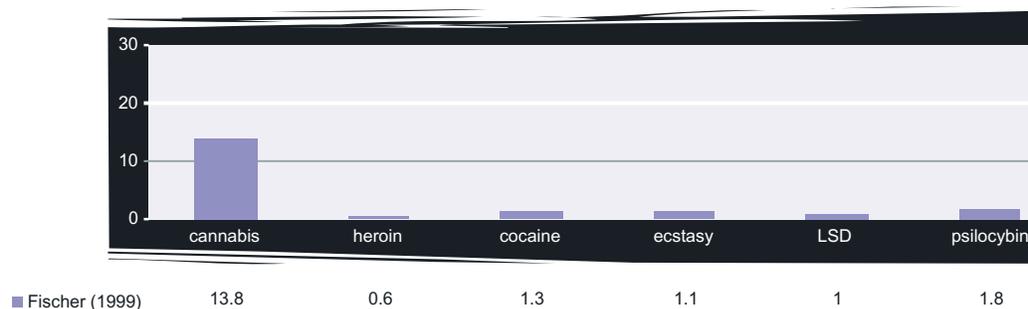


■ hommes	25.8	0.7	1.6	2.4	1.9	1.2	4.6	1.2	1.6	1.1
■ TOTAL	22.5	0.7	1.5	2.2	1.7	1	3.3	1.5	1.5	0.8
■ femmes	19	0.6	1.5	2	1.4	0.9	2	1.8	1.4	0.8

Prévalence au cours des derniers 30 jours: population scolaire

L'étude Fischer (2000) fournit des données en rapport à la prévalence au cours des derniers 30 jours chez les élèves âgés entre 13 et 18 ans. Le cannabis et les substances de type ecstasy affichent des prévalences de 13,8% et 1,1% respectivement. Les valeurs pour l'héroïne, la cocaïne et le LSD se rapprochent de celles des prévalences au cours des derniers 12 mois.

**Fig 1.1.4.6 PRÉVALENCE DERNIERS 30 MOIS:
Population scolaire - 13 à 20 ans**



I.1.5 Prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg

Grâce à son système de codification unique et à sa représentativité institutionnelle quasi exhaustive, RELIS a permis la première fois en 1997 d'estimer la **prévalence des usagers problématiques de substances à risque élevé** (HRC, cf. annexe) se situant entre 1.900 et 2.300, (Origer 2000), et ce, sur base de diverses méthodes de démultiplication largement reconnues. Suite à l'analyse comparative des résultats et des éventuels biais d'estimation, l'estimation de 2.100 usagers problématiques HRC fut retenue pour l'année 1997. Les taux de prévalence en référence à la population totale et à la population générale âgée entre 15 et 54 ans correspondaient en 1997 respectivement à $5/^{1000}$ et $8,8/^{1000}$.

Dans le souci de valider les résultats de 1997 et de disposer d'estimations de prévalence fiables en référence aux années 1999 et 2000, le PFN a effectué une étude multi-méthodes de prévalence de la population d'usagers problématiques de drogues illicites au Grand-Duché de Luxembourg sur base de standards méthodologiques reconnus au niveau international (ci-après nommée « Etude 2000 »).

L'étude 2000 procédait plus précisément à l'estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé (HRC) et d'acquisition illicite au sein de la population générale âgée entre 15 et 54 ans. L'étude portant sur les années 1999 et 2000, en comparaison aux premières données de prévalence datant de 1997, exploitait des données de nature multisectorielle par l'application d'une batterie de méthodes d'estimation qui de par sa diversité constitue une première au niveau national, voire européen.

Tab. 1.1.5.2 Prévalence et taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles (1997 - 2000)

	1997	1999	2000
POPULATION GENERALE			
Population totale au 1 ^{er} juillet	421.000	432.450	438.500
Population nationale âgée entre 15-54 ans au 1 ^{er} juillet	239.818	245.308	248.440
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUES HRC			
Prévalence moyenne	2.100	2.350	2.450
Taux de prévalence total	5 / ¹⁰⁰⁰	5,43 / ¹⁰⁰⁰	5,59 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence - âge :15-54	8,8 / ¹⁰⁰⁰	9,58 / ¹⁰⁰⁰	9,86 / ¹⁰⁰⁰
USAGE PROBLEMATIQUE : DROGUE DE PREFERENCE - HEROINE			
Prévalence héroïne	1.680	1.975	2.010
Taux de prévalence héroïne total	4 / ¹⁰⁰⁰	4,57 / ¹⁰⁰⁰	4,58 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence héroïne - âge :15-54	7 / ¹⁰⁰⁰	8,05 / ¹⁰⁰⁰	8,09 / ¹⁰⁰⁰
USAGE INTRAVEINEUX DE DROGUES (UID)			
Prévalence UID	1.370	1.780	1.715
Taux de prévalence UID total	3,25 / ¹⁰⁰⁰	4,12 / ¹⁰⁰⁰	3,91 / ¹⁰⁰⁰
Taux de prévalence UID-âge 15-54	5,71 / ¹⁰⁰⁰	7,26 / ¹⁰⁰⁰	6,90 / ¹⁰⁰⁰

Source : Origer (2001)

On retiendra que la prévalence moyenne absolue et les taux de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC affichent des tendances à la hausse depuis 1997. La courbe de croissance observée entre 1999 et 2000 est moins prononcée que celle relative à la période 1997 à 1999. Cette constatation est en accord avec une stabilisation de la prévalence et du taux de prévalence de l'usage problématique d'héroïne et de l'usage intraveineux, toutes substances confondues, entre 1999 et 2000. En d'autres termes; si la prévalence de l'usage problématique de drogues affiche une tendance générale à la hausse, l'usage problématique d'héroïne ne contribue que faiblement à cette progression. La prévalence de l'usage intraveineux de drogues semble même avoir diminuée modérément à partir de 2000.

Chapitre I.2

Politique Nationale en Matière de Stupéfiants et de Substances Psychotropes

1.2.1 Acteurs Clefs - Rôles et Relations

Les principaux ministères compétents en matière de drogues et de toxicomanies, et en particulier les Ministères de la Santé, de la Justice, de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports, de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, de la Force Publique et des Affaires Etrangères, se concertent au sein d'une plate-forme interministérielle. Les différents ministères restent compétents au niveau de la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, alors que la coordination politique est du ressort du Groupe Interministériel « Drogues » (GID) actuellement sous présidence du Ministère de la Santé. S'ajoutent à la liste des ministères représentés au sein du GID 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.

Il convient de noter que suite aux dernières élections législatives en 1999, le gouvernement a confié la coordination générale des actions dans le domaine de la drogue et des toxicomanies au Ministère de la Santé. Les services et divisions de la Direction de la Santé plus particulièrement compétents en matière de toxicomanies sont le Service AST, qui abrite également la direction du point focal luxembourgeois de l'OEDT, la Division de la Médecine Préventive et Sociale qui intervient dans le domaine de la prévention primaire et la Division de la Pharmacie et des Médicaments.

La création en 1995 du Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) ainsi que l'accroissement budgétaire substantiel alloué entre 1995 et 2001 à ce dernier témoignent du souci du Gouvernement d'accorder une priorité au domaine de la prévention primaire. Le CePT collabore étroitement avec le Service AST, le point focal OEDT et la Division de la Médecine Préventive et Sociale tant au niveau administratif qu'en matière de recherche et d'actions préventives.

L'organigramme produit en annexe (H), présente sous forme actualisée les principaux acteurs impliqués dans les domaines des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg, ainsi que les réseaux de coopération qu'ils entretiennent entre eux. La partie gauche de l'organigramme présente le réseau de coopération internationale alors que la partie droite décrit exclusivement le niveau national.

Le deuxième niveau repris dans l'organigramme, regroupe principalement les organes de coordination. Il englobe les départements ministériels travaillant en étroite collaboration avec un certain nombre d'associations conventionnées. Y figurent principalement le *Service d'Action Socio-Thérapeutique* de la Direction de la Santé qui couvre les secteurs de la psychiatrie, de la toxicomanie et de l'handicap, et abrite par ailleurs la direction du Point Focal OEDT.

Ensuite, il convient de citer la *Fondation Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)* qui est un établissement public de droit privé, *l'a.s.b.l. Prévention, Recherches et Evaluations d'Etudes Européennes dans le Domaine de la Santé (P.R.E.E.D.S)*, intégrée depuis 2000 au CRP-Santé, et finalement le *Centre de Recherche Public - Henri Tudor (C.R.P-HT)*. Le CePT, PREEDS, CRP-Santé et le CRP-HT, sont tous quatre partenaires scientifiques ou administratifs du PFN.

Le quatrième niveau est représenté par les institutions de terrain opérant dans les domaines sanitaires, sociales, judiciaires et pénales. Ces dernières prennent part au processus de concertation dans la mesure où le Réseau Luxembourgeois d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies (RELIS) repose en grande partie sur la qualité des données que les institutions en question fournissent au point focal. Les attributions et relations des structures énumérées peuvent être consultées en annexe (G).

I.2.2 Aperçu historique des acquis légaux et structureux

Tableau récapitulatif sommaire de 1999 à 2003

► 1999

- le 26 janvier le Conseil d'Etat émet son premier avis concernant le projet de loi (n°4349) modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- déclaration gouvernementale du 12 août 99 (extrait p.12): "*Nous pouvons pratiquer la politique de l'autruche autant que nous le voulons, mais nous avons bel et bien un problème substantiel de drogue au Luxembourg. Nous ne pourrions pas le résoudre, cela dépasserait la capacité de l'Etat. Mais nous pouvons l'alléger, l'encadrer, l'assouplir, en aidant d'un point de vue de mentalité et d'attitude, en ne considérant pas les drogués comme des criminels mais comme des malades, pour aller jusqu'à modifier nos lois et les peines y assorties. Concrètement, cela reviendra à créer chez nous des centres thérapeutiques, de faciliter l'accès à ces centres à l'étranger, de créer des infrastructures où, sous contrôle médical, nous dispenserons de l'héroïne aux drogués afin d'endiguer la criminalité due à l'approvisionnement, de développer les programmes basés sur la méthadone, de mettre à disposition des centres de conseils pour les parents d'enfants et d'adolescents dépendants et de multiplier les programmes de prévention et d'information. Il n'est en tout cas pas question d'une légalisation des drogues dites douces au niveau national uniquement. Des suggestions et des solutions au niveau européen sont nécessaires pour cela. Nous voulons aider les malades mais éviter à tout prix le tourisme de la drogue avec toutes ses conséquences*".
- août 1999 : accords de coalition (extrait pp. 73-74) : "*La politique du Gouvernement en matière de drogues doit reposer sur quatre piliers : 1e la prévention, 2e la thérapie, 3e la prévention des risques et 4e la répression. Afin de mener une politique cohérente en la matière, le Ministre de la Santé regroupera au sein de son département les différentes compétences.*

Le Gouvernement mettra l'accent sur la prévention à l'école. Pour ce qui est de la thérapie, il faudra œuvrer à augmenter le nombre de places disponibles. Dans ce contexte, il est retenu que le Luxembourg devra veiller à ce que des places de thérapie à l'étranger soient disponibles. En effet, il n'est pas nécessaire que toutes les thérapies se fassent au Luxembourg, les thérapies à l'étranger ayant souvent l'avantage d'écartier la personne dont il s'agit du milieu où elle s'enlisait. Il sera cependant nécessaire de créer au Luxembourg des infrastructures post-thérapeutiques.

Les programmes de méthadone seront développés de même que la distribution d'héroïne à des toxicomanes sous contrôle médical et à des fins thérapeutiques. De plus, afin de prévenir les risques, des infrastructures répondant à des conditions hygiéniques seront prévues pour les consommateurs de drogues. Le Gouvernement améliorera aussi le suivi thérapeutique au Centre pénitentiaire.

La politique à mener en la matière ne pourra conduire à une dépenalisation des drogues. Pour ce qui est de la position à prendre au niveau européen, il est retenu que, au cas où la politique européenne irait vers une certaine libéralisation, le Luxembourg ne s'y opposerait pas. Dans ce contexte il est précisé que notre législation actuelle en matière de drogues ne sera pas changée sauf en ce qui concerne les peines pour consommation de drogues douces, qui seront réduites de façon à ce que la consommation de drogues douces ne soit plus punie de peines de prison mais d'amendes. Pour ce qui est des drogues dures, les peines de prison pourront être remplacées par des peines condamnant à une obligation de thérapie.

Le Gouvernement a décidé de procéder contre le dopage, en prévoyant des peines pour les trafiquants et les distributeurs”.

► **2000**

- à la date du 1er janvier 2000, les conventions avec la Fondation Jugend- an Drogenhëllef, les projets MSF-Solidarité Jeunes et ABRIGADO (CNDS) ont été transférées du Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse au Ministère de la Santé. Le budget du CePT a été transféré du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports au Ministère de la Santé dans le cadre de l'exercice 2001.
- août 2000: clôture des consultations bilatérales en vue de la finalisation du plan d'action 2000-2004 en matière de drogues et de toxicomanies du Ministère de la Santé.
- en septembre 2000 a eu lieu le démarrage de nouveaux services de la fondation JDH prévus au plan d'action 2000 – 2004, à savoir la structure d'accueil bas-seuil « KONTAKT 25 » à Luxembourg Ville et le réseau d'aide à la réinsertion par le logement, nommé «le projet niches».
- novembre 2000: présentation du plan d'action 2000-2004 en matière de drogues et de toxicomanies par le Ministre de la Santé.

► 2001

- 4 janvier 2001 : dépôt par Mme Renée Wagener de la proposition de loi visant à réglementer la production, la distribution et la vente du cannabis.
- 6 mars 2001: finalisation du rapport de la Commission spéciale « stupéfiants » concernant le projet de loi (n°4349) modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
- vote de la loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, entrée en vigueur le 17 mai 2001.

► 2002

- 12 février 2002 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution.
- 28 août 2002 : dépôt par Mme Renée Wagener de la proposition de loi instaurant un programme de délivrance de médicaments à base de cannabinoïdes.

► 2003

- février 2003 : Finalisation de la phase préparatoire de la création d'un foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes tel que prévu au plan d'action 2000- 2004 en matière de drogues et de toxicomanies par le Ministère de la Santé. Introduction de la demande d'autorisation de construction auprès de la Ville de Luxembourg.
- 13 mai 2003 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 29 avril 2002 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques portant la substance PMMA - (paraméthoxyméthamphétamine) à l'annexe du règlement.
- mai 2003 : Inauguration d'un nouveau centre de consultation de la Fondation JDH à Esch/Alzette.
- juillet 2003 : Ouverture d'un centre de consultation alternatif pour toxicomanes à Luxembourg-Gare par le Centre Thérapeutique de Manternach (Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique).

I.2.3 Plan d'action en matière de drogues et de toxicomanies 2000-2004

Etat actuel de la situation (01/11/2003)

Le Ministère 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, a chargé le coordinateur national « drogues » de 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** couvre la période 2000 à 2004 et porte prioritairement sur les besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en réseaux de collaboration et sur le développement des activités de recherche. Il repose sur cinq piliers regroupant au total 10 projets à court et moyen terme.

En matière de **prévention primaire des toxicomanies**, le CePT, en collaboration avec le coordinateur national « drogues » a élaboré un plan pluriannuel 2003-2005 à l'image du plan d'action 2000-2004 (traitement, réduction des risques et recherche). Le plan d'action en matière de prévention primaire a été présenté au Ministre de la Santé en mars 2002 accompagné d'une demande financement (enveloppe budgétaire 750.000 euros, 9,25 postes).

Tab. 1.2.3.1 Récapitulatif sommaire des projets retenus dans le cadre des plans d'action 2000 – 2004 et 2003-2005

PROJET RETENU	PERIODE DE REALISATION	ETAT D'AVANCEMENT (01/11/2001)
A. Structures à bas seuil		
A.1 Foyer d'accueil d'urgence pour personnes toxicomanes ¹ <i>(Cette décision s'est avérée nécessaire étant donné qu'au moment de la rédaction du présent rapport, la ville de Luxembourg ne s'était pas encore prononcée sur la demande d'autorisation de construction pour le site initialement prévu par le Ministre de la Santé alors que la saison hivernale s'annonce.)</i>	2000-2004	<u>Ouverture</u> : décembre 2003 <u>Site</u> : acquis <u>Financement</u> : accordé <u>Concept</u> : finalisé en février 2003. <u>Personnel</u> : accordé (Ministère de la Santé) <u>Gestionnaire prévu</u> : Comité National de Défense Social asbl
A.2 Structure d'accueil bas-seuil - KONTAKT 25	2000-2001	<u>Opérationnel</u> depuis 2000 <u>Personnel</u> : accordé (exercices 2001 et 2002) <u>Extension</u> : en cours <u>Gestionnaire</u> : Fondation JDH
A.3 Locaux agréés d'injection de drogues sous contrôle médical <i>(Il est prévu d'intégrer les locaux d'injection dans les foyers d'accueil d'urgence à Luxembourg-Ville et à Esch sur Alzette)</i>	2002-2003	<u>Ouverture</u> : à définir <u>Site</u> : acquis (intégré au site du foyer d'accueil d'urgence) <u>Financement</u> : accordé <u>Personnel</u> : prévu (exercice 2002) <u>Concept</u> : consultations nationales et internationales <u>Concertation</u> avec groupes d'intérêt <u>Gestionnaire prévu</u> : Association agréée et conventionnée

¹ Le plan d'action 2000-2004 prévoyait dans une première phase, la création d'un foyer pour toxicomanes à Luxembourg-ville. Les démarches sont actuellement entreprises pour mettre en place un même type de foyer à Esch sur Alzette.

B. Réseau de prise en charge et de traitement

B.1

Annexes résidentielles supervisées
- Axe EST 2001-2004

Opérationnel:
depuis octobre 2002
Site: Commune de Rosport
Financement: garanti (FLTS)
Personnel: accordé (Ministère
de la Santé)
Concept: défini
Gestionnaire: CTM (CHNP)

B.2

Centre de consultation
et d'orientation - NORD 2000-2002

Opérationnel depuis 1999
Site: alternative proposée par
la commune d'Ettelbrück
Personnel: suppl. prévu pour
l'exercice 2002
Gestionnaire: Fondation JDH,
MSF

Remarque:

Compte tenu des problèmes de locaux, le service a dû être re-localisée et a repris ses fonctions en mai 2003.

B.3

Adaptation des structures
existantes aux exigences
du programme de traitement
de la toxicomanie par substitution 2001-2002

Sites: à intégrer
au sein du nouveau site de
JDH
Extension du programme à la
Commune d'Esch/Alzette
Postes suppl.: accordés
(exercice 2002)
Modalités de fonctionnement:
définies par règlement grand-
ducal du 30/01/2002

Remarques:

Le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 dispose des modalités du traitement de substitution au niveau national et de la création d'une commission de surveillance. Ladite commission s'est réunie la première fois en novembre 2002. Une des premières missions de la commission est la conceptualisation d'un registre de surveillance des prescriptions de substitution au niveau national. Le registre en question sera géré par une Division de la Direction de la Santé. Le protocole de notification est actuellement dans sa phase de finalisation.

B.4

Distribution contrôlée
de certains stupéfiants 2002-2004

Ouverture: à définir
Personnel: prévu pour
l'exercice 2003
Concept: Groupe d'experts.
Rapport de faisabilité et
d'opportunité présenté au
Ministre de la Santé en mai
2003.
Gestionnaire: à désigner

Remarques: Différentes options sont en examen, notamment l'intégration du projet dans une structure spécialisée existante ou au sein du milieu hospitalier.

C. Structures post-thérapeutiques / Réinsertion socioprofessionnelle

C.1

Réseau d'aides au logement et appartements supervisés
- Projet « Les niches »

2000-2002

Opérationnel depuis 2000
Personnel suppl.: accordé (exerc. 2001 et 2002)
Financement: fonds de roulement de 25.000.- euros accordé par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. Demande de renouvellement de crédit introduite au Fonds par l'intermédiaire de JDH et accordée par le Fonds.
Extension: en cours (actuellement 11 appartements à disposition)
Gestionnaire: Fondation JDH

D. Recherche et monitoring épidémiologique

D.1

Consolidation du système d'alerte précoce sur les drogues de type synthétique (SAP)

2001-2003

Point traité par la Commission Interministérielle « Drogues »
Gestionnaire : PFN/Direction de la Santé

Remarques:

Un protocole de transmission des données sensibles a été élaboré par le coordinateur national « drogues » et a été approuvé par la Commission Interministérielle « Drogues ». Une entrevue entre le Ministre de la Santé, le Ministre de la Justice et des responsables du Parquet a permis de dégager les problèmes existants. Chaque administration compétente a désigné un correspondant permanent en matière de drogues synthétiques ainsi que son délégué.

D.2

Recherche-action sur la prévalence et la propagation du VHC et du VIH au sein de la population toxicomane

2002-2005

Début: En cours depuis août 2003
Financement: garanti (FLTS)
Gestionnaire: PFN / Direction de la Santé

Remarques:

Le Comité National d'Éthique de Recherche a approuvé le projet lors de sa séance du 11 septembre 2002. Le CHL a donné son accord de participation. Un coordinateur de recherche a pris ses fonctions en août 2003.

E. Prévention primaire

E.1 Extension des programmes en cours

- E.1.1 Activités de formations
- E.1.2 Prévention en milieu scolaire secondaire
- E.1.3 Prévention en milieu scolaire primaire
- E.1.4 Documentation

E.2 Nouveaux projets :

- E.2.1 Prévention au sein des foyers, foyers de jour et homes pour enfants et jeunes
- E.2.2 Consultation en prévention primaire
- E.2.3 Prévention au milieu de travail
- E.2.4 Compagne média
- E.2.5 Evaluation
- E.2.6 Renforcement administratif du CePT

Le CePT, en collaboration avec le coordinateur national « drogues » a élaboré un plan pluriannuel 2003-2005 en matière de prévention primaire des toxicomanies à l'image du plan d'action 2000-2004 (prise en charge et recherche). Les piliers dudit plan d'action sont les suivants (à gauche) :

A noter que le plan d'action constitue 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 drogues et de 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 grande majorité de projets retenus requiert la mise à disposition de ressources humaines supplémentaires et l'acquisition de biens immobiliers. En ce qui concerne les premiers, la majorité des postes demandés ont été prévus pour l'exercice budgétaire 2002 par le biais d'une convention ou d'un élargissement de convention entre le Ministère de la Santé et les gestionnaires désignés. Pour ce qui est des besoins infrastructureux, des négociations soutenues entre le Service AST (Direction de la Santé), le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et la Commission des Loyers ont permis de dégager un certain nombre de solutions à long terme. Une évaluation des acquis et structures créés à partir du plan d'action sera menée à la fin de l'année 2004. **Au moment de la rédaction du rapport la très grande majorité des actions prévues se trouvaient en phase opérationnelle, suite, notamment, à un accroissement budgétaire important au cours de la période visée.**

I.2.4 Budgets et Mécanismes de Financement

Les décisions en matière de financement d'actions s'inscrivant dans le domaine des drogues incombent en majeure partie aux structures gouvernementales. La création, l'implantation et le financement d'infrastructures dépendent des ministères ou départements ministériels au vu de leurs attributions et compétences respectives. Si les départements ministériels dépendent directement du budget de l'Etat, les

différentes ONG actives dans le domaine des drogues sont en grande partie conventionnées ou subventionnées par un ou plusieurs ministères. Suite aux élections législatives de 1999, on a observé le transfert budgétaire de la majorité des conventions conclues entre les institutions œuvrant dans le domaine de la toxicomanie et l'Etat au Ministère de la Santé. Cette situation s'explique en partie par le fait que le Ministère de la Santé a été chargé de la coordination générale des actions menées dans le domaine de la toxicomanie au niveau national.

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 projet de budget 2004 prévoit un budget de 5.847.938 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 20.28% en référence à l'exercice 2003.

A signaler également que le point focal national vient de publier une étude sur le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg dont un résumé figure au chapitre II.2. Pour l'année 1999, **le coût économique direct à supporter par la collectivité est estimé à 23,345 millions d'euros** ce qui équivaut à 941,7 millions d'anciens francs luxembourgeois. On peut ainsi retenir une dépense annuelle par tête d'habitant de 54.- €. En référence aux estimations les plus récentes du nombre d'usagers problématiques de drogues illicites (UPD) au niveau national (Origer 2000), on retient un coût moyen annuel par UPD de 9.934.- €.

La dépense totale à supporter par la collectivité représente 0.013% du P.I.B. national et 0,05% du budget de l'Etat en 1999.

Des projets plus ciblés (régionaux, locaux, etc.) élaborés par des organismes non gouvernementaux et qui requièrent un financement externe, sont le plus souvent introduits auprès des ministères compétents. Un certain nombre de projets sont également soumis à divers fonds (Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, fondations, fonds privés, etc.) ou bien introduits auprès d'institutions européennes (CE, OEDT, etc.) par les organismes gestionnaires impliqués ou par l'intermédiaire du ministère compétent.

Le financement des mesures retenues par le plan d'action 2000-2004 est en majeure partie assuré par le biais du budget alloué au Ministère de la Santé ce qui concerne le volet des ressources humaines. Les investissements en biens immobiliers, non prévus au budget visé, ont été rendus possibles grâce aux négociations entre le service AST et le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, la Commission des Loyers et l'Administration des Bâtiments Publics.

1.2.5 Coopération Internationale

La partie gauche de l'organigramme institutionnel produit en annexe H présente de façon sommaire le réseau de coopération internationale dans lequel le Grand-Duché de Luxembourg est actuellement impliqué. Le paragraphe 1.2.5.1 concerne les instruments au sein de l'Union européenne et reproduit des extraits du document : « Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues » (Commission européenne, 2002). Le paragraphe 1.2.5.2. présente les structures avec lesquelles le G.-D. de Luxembourg collabore au niveau interrégional.

1.2.5.1 Cadre et Instruments de l'Union européenne en matière de drogues

I - Cadre juridique

A. Sources européennes

Le traité de Rome de 1957 (modifié par l'Acte unique) permettait déjà, dans le cadre d'une compétence communautaire, d'aborder la question des drogues. En effet, à la lecture du texte, on s'aperçoit que certains articles permettaient à la CEE de fonder juridiquement son action en ce domaine: par exemple, dans le cadre de la protection de la santé publique (article 152), de la politique commerciale commune en ce qui concerne les précurseurs chimiques (article 133) ou de la coopération au développement (article 179).

Mais l'engagement au niveau de l'Union, en faveur d'une coopération structurée et renforcée pour mener la lutte contre la drogue, a trouvé son expression dans le traité sur l'Union européenne, dont l'entrée en vigueur a créé de nouvelles opportunités significatives pour la mise en oeuvre de stratégies globales effectives. Avec le traité sur l'Union européenne (traité UE), c'est la première fois que la problématique des drogues va pouvoir être appréhendée d'une manière globale au niveau européen. Il ne s'agit plus de mettre en oeuvre des actions spécifiques concernant des politiques particulières (santé publique, politique commerciale, aide au développement), mais d'une prise en compte du phénomène d'une manière beaucoup plus large et complète, notamment dans le cadre de la politique étrangère et de sécurité commune (PESC) et dans le cadre de la coopération en matière de justice et d'affaires intérieures. On assiste là au début d'une coopération institutionnalisée de la lutte antidrogue, le traité de Maastricht introduisant dans le cadre de l'Union une complémentarité des actions communautaires et intergouvernementales. Le cadre juridique du traité UE a permis l'adoption par le Conseil européen de Cannes du plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue pour les années 1995-1999. Le plan d'action de lutte contre la drogue 2000-2004 a été adopté par le Conseil européen de Feira en juin 2000.

Aujourd'hui, les dispositions mises en oeuvre par le traité de Maastricht représentent un acquis indéniable, que le nouveau traité d'Amsterdam tente de prolonger et d'approfondir. Ce traité fonde en effet une nouvelle répartition de compétences pour la réalisation de nouveaux objectifs en modifiant certains aspects du traité UE. La mise en place d'un *espace de liberté, de sécurité et de justice* constitue ainsi une priorité extrêmement importante dans le cadre de l'Union. Il reste à observer quels domaines vont subir une communautarisation et quels autres vont voir leur réalisation limitée à la coopération intergouvernementale. En fait, *l'intérêt du traité d'Amsterdam*, dans son approche relative à la thématique des drogues, est de tenter de concilier une approche intégrée et coordonnée pour la réalisation d'objectifs qui touchent essentiellement à la souveraineté et au domaine réservé des États.

En ce qui concerne la protection et l'amélioration de la santé publique, le traité d'Amsterdam prévoit à l'article 152 que la Communauté, « *complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par la formation et la prévention* ». Dans ce domaine, le principe de subsidiarité joue pleinement son rôle, en excluant toute possibilité d'harmonisation des politiques sanitaires des États membres. Néanmoins, le nouveau traité renforce, d'une façon générale, les possibilités d'actions communautaires dans le domaine, en rajoutant au volet «prévention» un volet «amélioration» de la santé publique. Cela ouvre la possibilité d'une action communautaire dans le cadre de l'approche «réduction des risques» [...]

B. Sources internationales

Ces sources sont de deux natures fort différentes au regard du droit. Les premières découlent spécifiquement d'actes juridiquement liants conclus dans le cadre de l'Organisation des Nations unies. Il s'agit d'actes conventionnels, en l'occurrence *la convention unique sur les stupéfiants de 1961*, telle que modifiée par le protocole de 1972, *la convention de Vienne sur les psychotropes de 1971* et *la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988*. Ces trois instruments imposent aux États, dans les limites prévues par le droit, de nombreuses obligations, entre autres le contrôle des activités licites liées aux drogues, la criminalisation des différentes phases du trafic et la criminalisation du blanchiment d'argent. Parallèlement, les Nations unies ont également favorisé l'approbation d'actes multilatéraux non conventionnels - juridiquement non liants -, qui ont eu le mérite de rappeler aux États membres les obligations souscrites et de fixer de nouvelles priorités d'action (mesures à prendre pour lutter contre les effets de l'argent issu du trafic illicite de la drogue, renforcement de la coopération judiciaire et juridique, etc.) à mesure que le phénomène des drogues s'intensifiait.

La conférence de Vienne de 1987 a ainsi abouti à la signature du schéma multidisciplinaire complet (SMC), tandis qu'en 1990 l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies adoptait le programme mondial d'action, assorti d'une déclaration politique des États membres, par laquelle ils entendaient soutenir leurs efforts en matière de prévention de l'abus des drogues et de lutte contre le trafic illicite et ses conséquences collatérales.

II - Cadre organique

La coordination tant au niveau de l'Union qu'au niveau international est un maillon essentiel dans la politique de la lutte contre la drogue. Par ailleurs, en fonction des traités successifs, les institutions communautaires ont vu leurs compétences évoluer à mesure que la problématique des drogues prenait de l'importance. C'est tout ce maillage institutionnel tant international qu'intracommunautaire que nous nous proposons de présenter maintenant, en insistant bien évidemment sur le rôle de la Commission en la matière.

A. Répartition des compétences au sein du schéma institutionnel de l'Union

a) Généralités

Du point de vue institutionnel, les années 90 ont réellement marqué la volonté d'implication de l'UE dans la problématique des drogues, que l'on parle de prévention, d'actions en vue de réduire le trafic illicite ou de coopération internationale au développement. En marge du triptyque organique Conseil, Commission, Parlement, qui ont compétence à traiter de cette question, de nouveaux organes ont été créés pour répondre à des besoins spécifiques. Il s'agit de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et d'Europol. N'oublions pas non plus que, à côté de l'Union, le Conseil de l'Europe s'est lui aussi préoccupé de cette thématique, notamment dans le cadre de l'abus des drogues. Le **groupe Pompidou**, mis en place de façon informelle en 1971 et institutionnalisé au sein du Conseil de l'Europe à partir de 1980, a été la première assise de la coopération européenne dans le domaine. La Commission est membre de son groupe des correspondants permanents.

Parallèlement, le **groupe de Dublin**, en tant que cadre informel de coordination de l'assistance internationale dans les domaines de la lutte contre la drogue, représente également une enceinte à l'intérieur de laquelle la Commission trouve matière à intervenir. Cette dernière participe aux réunions du groupe qui se tiennent semestriellement à Bruxelles. Le groupe de Dublin, créé en 1990 sur une initiative des États-Unis, passe régulièrement en revue les principaux développements en matière de production, de consommation et de trafic de drogues dans les différentes

régions productrices et de transit. Il est structuré en plusieurs formations régionales, appelées «mini groupes de Dublin». Ses membres, à côté des quinze États membres de la Commission, sont l'Australie, le Canada, les États-Unis, le Japon et la Norvège. Le PNUCID participe en tant qu'observateur aux travaux du groupe de Dublin.

b) Commission

Au sein de la Commission, de nombreuses directions générales ont à traiter de la problématique des drogues (DG justice et affaires intérieures, DG Santé et protection des consommateurs, DG Relations extérieures, DG Développement, EuropeAid, DG Élargissement, DG Marché intérieur, DG Entreprises, DG Fiscalité et union douanière, OLAF, DG Emploi et affaires sociales, DG Énergie et transports, DG Recherche, DG Éducation et culture, Eurostat). Afin de coordonner l'action de ces différentes directions générales, une unité de coordination de la lutte antidrogue, située au sein de la direction générale de la justice et des affaires intérieures, a été instituée. Cette unité s'appuie sur le **groupe interservices drogue** (GID), auquel participent les représentants des différentes directions générales impliquées par la problématique du phénomène des drogues.

Le domaine de compétence en matière de lutte contre la drogue des différentes directions générales est brièvement présenté ci-après.

Justice et affaires intérieures

Dans le cadre du titre VI du traité UE, un élément essentiel de la prévention et de la lutte contre le trafic de drogues consiste à promouvoir la coopération des autorités policières et judiciaires. Pour ce faire, la direction générale de la justice et des affaires intérieures dispose des programmes Falcone, OISIN et Grotius, relatifs, respectivement, à la lutte contre le crime organisé, à la coopération policière et douanière et à la coopération judiciaire. À côté de ses activités concernant le troisième pilier, la direction générale de la justice et des affaires intérieures abrite l'unité de coordination de la drogue.

Santé

La direction G de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs est chargée, en particulier, de compléter l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé (article 152, paragraphe 1). Elle est responsable de la mise en oeuvre du programme «Prévention de la toxicomanie», qui sera prochainement intégré dans le programme de la santé publique. Le programme «Prévention de la toxicomanie» vise à contribuer à la lutte contre la toxicomanie, notamment en encourageant la coopération entre les États membres, en appuyant leur action et en promouvant la coordination de leurs politiques et de leurs programmes en vue de prévenir les dépendances liées à l'usage de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi qu'à l'usage associé d'autres produits.

Directions générales de la famille "relations extérieures"

La DG Relations extérieures, la DG Développement et la DG Élargissement ont la responsabilité des aspects extérieurs de la politique de drogue.

Dans ce contexte, la DG Relations extérieures et la DG Développement ont la responsabilité de la programmation de l'aide communautaire destinée aux pays tiers non-candidats. L'Office de coopération EuropeAid est responsable de l'identification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de ces programmes communautaires.

Comme responsable des relations avec les pays candidats, la DG Élargissement a en charge, en particulier, l'évaluation de la reprise de l'acquis communautaire par les pays candidats et la gestion des programmes d'assistance technique en faveur de ces pays.

La délégation de la Commission européenne auprès des Nations unies à Vienne occupe une part importante de son activité à fournir des informations, des analyses et à faciliter les contacts entre les services de la Commission et les principaux organes compétents en matière de drogues basés à Vienne (PNUCID, OICS, Commission des stupéfiants).

La coordination des aspects extérieurs de la politique européenne en matière de drogues est assurée par un coordinateur « inter-DG Relations extérieures », qui préside les réunions mensuelles d'un groupe interservices de coordination.

La lutte contre la drogue est un domaine repris dans tous les accords de coopération avec les pays tiers. Par ailleurs, divers ensembles géographiques ont été identifiés en tant que priorités dans le cadre d'une coopération en matière de contrôle des drogues: les Caraïbes et l'Amérique latine, l'Asie centrale, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest. L'un des objectifs de ces accords régionaux est d'accroître la coopération intraterritoriale entre les différentes agences nationales compétentes en matière de contrôle des drogues en soutenant le développement et la mise en place au niveau national de plans directeurs basés sur des besoins identifiés et un engagement politique motivé de la part des régions et des pays concernés.

Entreprises

La DG Entreprises a en charge, notamment, d'assurer l'application au niveau intracommunautaire de la directive 92/109/CEE du Conseil sur le contrôle des précurseurs. Cette directive, adoptée sur la base de l'article 95 du traité CEE en vue de l'achèvement du marché intérieur, est complémentaire au règlement (CEE) n° 3677/90 relatif au contrôle du commerce international des produits précurseurs. Des mesures relatives aux contrôles de nouveaux précurseurs (qui ne sont pas au nombre de

ceux qui figurent dans les annexes de la directive de 1992 et qui sont néanmoins utilisés dans la production des drogues synthétiques) sont à l'étude par les services de la Commission.

Fiscalité et union douanière

La DG Fiscalité et union douanière a en charge, dans le cadre de l'application du règlement (CEE) n° 3677/90 du Conseil, le contrôle du commerce international des produits précurseurs. En outre, la DG Fiscalité et union douanière est aussi responsable de la mise en oeuvre des accords internationaux sur le contrôle des précurseurs que la Communauté a conclu avec huit pays de l'Organisation des États américains (Bolivie, Colombie, Équateur, Pérou, Venezuela en 1995; Mexique, États-Unis en 1997; Chili en 1998).

OLAF

L'Office européen de lutte antifraude (OLAF) exerce toutes les compétences d'enquête conférées à la Commission par la réglementation communautaire et les accords en vigueur avec les pays tiers, en vue de renforcer la lutte contre la fraude, la corruption et toute autre activité illégale portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union.

Emploi et affaires sociales

La DG Emploi et affaires sociales peut, dans le cadre de son programme EQUAL, qui a pour objectif la lutte contre les discriminations et les inégalités dans le domaine de l'emploi, soutenir des projets concernant la réinsertion de toxicomanes.

Marché intérieur

La DG Marché intérieur est en particulier responsable des questions relatives au blanchiment des capitaux. Un rapport sur l'intégration dans les législations nationales des principes de la directive 91/308/CEE du Conseil sur le blanchiment est rédigé au moins tous les trois ans. Ajoutons également que, à l'heure des nouvelles technologies, des transactions financières et commerciales par le biais d'Internet et de toutes les questions de sécurisation des échanges et des données que ces nouveaux flux imposent (cryptage), il est nécessaire de trouver la juste mesure entre sécurité, secret des correspondances privées et maintien de l'ordre public. La direction E (*libre circulation de l'information, propriété intellectuelle, médias, protection des données*) a compétence pour traiter de ces questions

Éducation et culture

La DG Éducation et culture est responsable du dossier sur la lutte contre le dopage. La Commission a présenté le 16 novembre 1999 une communication concernant un plan d'appui communautaire à la lutte contre le dopage dans le sport, qui a pour but de présenter les actions

menées par la Commission ainsi que celles qui sont envisagées, afin de répondre aux demandes formulées par les autres institutions dans le domaine de la lutte contre le dopage. Par ailleurs, par le biais de ses programmes et actions relatifs à l'éducation, à la formation et à la jeunesse (notamment Socrates, Leonardo da Vinci et « Jeunesse»), la DG Éducation et culture a financé un certain nombre de projets liés au problème des drogues centrés, soit sur l'accès à l'emploi des jeunes désavantagés, soit sur la réinsertion sociale et la formation de jeunes quittant le système carcéral, soit, enfin, considérant la lutte contre la toxicomanie en tant que thème éducatif.

Recherche

La DG Recherche a pour mission de renforcer les bases scientifiques et technologiques de l'industrie de la Communauté et de favoriser le développement de sa compétitivité internationale, ainsi que de promouvoir les actions de recherche jugées nécessaires au soutien du développement des politiques communautaires. Dans le cadre du cinquième programme cadre (1998-2002), deux lignes budgétaires spécifiques sont mobilisables pour la lutte contre la drogue. Il s'agit du programme «Qualité de la vie» et du programme «Croissance compétitive et durable».

Transports

La DG Énergie et transports est responsable en particulier de la problématique de l'utilisation de véhicules sous l'emprise de stupéfiants. En 1997, la Commission adoptait le second programme d'action en matière de sécurité routière pour la période 1997-2001, avec une priorité particulière pour le développement des contrôles routiers.

Eurostat

L'office statistique des Communautés européennes est aussi concerné par la thématique des drogues dans le cadre de ses compétences générales, c'est-à-dire fournir à l'Union européenne des statistiques de haute qualité. La coopération entre l'OEDT et Eurostat concerne essentiellement (avec l'aide des États membres) deux domaines: tout d'abord la collection des statistiques sur les causes de décès liées à l'abus des drogues et ensuite la collecte des données sanitaires concernant l'abus des drogues.

c) Conseil

Au niveau du Conseil, deux groupes sont appelés à traiter de façon spécifique les questions de drogue. Le **groupe horizontal drogue** (GHD), créé en 1997, a pour objectif d'assurer la coordination multidisciplinaire et transpiliers de l'action du Conseil en matière de lutte contre la drogue. Son mandat a été élargi en 1999 à la coordination de la coopération avec les pays tiers en matière de lutte contre la drogue. Le **groupe du trafic illicite**, créé en 1999, traite de la coopération policière contre le trafic de drogues dans le cadre du troisième pilier. Plusieurs autres groupes sont engagés ponctuellement dans des activités concernant les drogues. On peut citer le **groupe multidisciplinaire** qui a en charge la lutte contre le crime organisé, le **groupe de la santé** qui est responsable de la mise en oeuvre du programme relatif à la prévention de la toxicomanie, le **groupe des questions économiques** qui traite les questions liées au contrôle des précurseurs chimiques, le **groupe du système des préférences généralisées** (SPG) qui a en charge la mise en oeuvre du système des préférences liées aux aides au développement alternatif, mais aussi le **groupe de coopération douanière**, le **groupe de coopération policière**, le **groupe d'entraide en matière pénale**, le **groupe des télécommunications** et le **groupe des services financiers et du blanchiment d'argent**.

d) Parlement européen

De nombreuses commissions du Parlement européen ont à connaître de la problématique des drogues. On peut citer en particulier la commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures, la commission de l'emploi et des affaires sociales, la commission des affaires étrangères, des droits de l'homme, de la sécurité commune et de la politique de défense, la commission du développement et de la coopération, la commission de la culture, de la jeunesse, de l'éducation et des sports, la commission de l'environnement, de la santé publique et de la politique des consommateurs, la commission de l'agriculture et du développement rural, la commission économique, monétaire et de la politique industrielle.

e) Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, mis en place par le règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil du 8 février 1993, est une agence communautaire, c'est-à-dire un organisme de droit public européen possédant la personnalité juridique, non prévu par les traités, et créé par un acte de droit dérivé en vue de remplir une tâche spécifique précisée dans son acte constitutif.

Le rôle de cet Observatoire est de fournir à la Communauté et à ses États membres des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences. L'Observatoire s'appuie sur le réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), qui est composé d'un point focal par États membres ainsi que d'un point focal de la Commission.

La Norvège est membre de l'OEDT depuis le 1er janvier 2001, et la Commission dispose d'un mandat de négociation pour associer les pays candidats aux travaux de l'OEDT. Par ailleurs, l'OEDT a organisé, par le biais du *Memoranda of Understanding*, un partenariat avec différentes organisations internationales, en particulier avec le groupe Pompidou, le PNUCID, l'OMS, la CICAD, Interpol et Europol.

f) Europol

Europol est un organisme intergouvernemental qui a pour mission d'améliorer la coopération policière entre les États membres aux fins de la lutte contre le terrorisme, le trafic illicite de drogues et les autres formes graves de la criminalité internationale. Dans ce cadre, il doit faciliter l'échange d'informations entre les États membres, rassembler et analyser les informations et les renseignements, communiquer aux services compétents des États membres les informations les concernant et les informer immédiatement des liens constatés entre les faits délictueux, faciliter les enquêtes dans les États membres et gérer des recueils d'informations informatisées.

B. Partenaires de l'Union européenne

Les partenaires de l'Union européenne sont nombreux et diversifiés. Certains dépendent du système des Nations unies [la Commission des stupéfiants (CDS), l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et l'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (ODCCP)]. D'autres ont un statut d'organisation internationale spécialisée [Organisation mondiale de la santé (OMS), Interpol, Organisation mondiale des douanes (OMD) ou ont une structure qui n'est pas formellement institutionnalisée en tant que telle [Groupe d'action financière internationale (GAFI)]. Notons enfin parmi les partenaires de la Commission les structures à caractère régional comme la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues (CICAD).

a) Commission des stupéfiants (CDS)

Créée en 1946, elle représente l'une des six commissions techniques du Conseil économique et social des Nations unies, et elle est composée par les représentants de cinquante-trois États membres. Comme précisé dans ses statuts, elle joue «*dans le système des Nations unies le rôle d'organe*

directeur chargé de toutes les questions relatives à la lutte contre l'abus des drogues [...] Celle-ci aide le Conseil économique et social à superviser l'application des conventions et des accords internationaux concernant les stupéfiants et les substances psychotropes, étudie les changements qu'il peut y avoir lieu d'apporter au mécanisme mis en place à l'échelon international pour assurer le contrôle des drogues et peut établir de nouvelles conventions et de nouveaux instruments internationaux [...] Elle peut également prendre sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des décisions ayant trait aux substances qu'il convient de soumettre à un contrôle international».

b) Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

Depuis la convention unique de 1961 sur le contrôle international des drogues, la convention de 1971 sur les psychotropes de même que celle de 1988 contre le trafic illicite de ces substances ont renforcé tour à tour la législation internationale en vigueur en imposant aux États de nombreuses obligations. Parmi celles-ci, il leur est notamment imposé de réserver l'utilisation des drogues à des fins médicales et scientifiques et de criminaliser toutes les activités liées au trafic illicite. Dans cette optique, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) veille à *«promouvoir l'application des dispositions des traités sur le contrôle des drogues par les gouvernements. Ses tâches sont fixées par les traités. Elles sont essentiellement de deux ordres: en ce qui concerne la fabrication, le commerce et la vente licites de drogues, l'Organe veille à ce que des quantités suffisantes soient disponibles à des fins médicales et scientifiques [prévention des détournements]; en ce qui concerne la fabrication et le trafic illicites de drogues, l'Organe repère les faiblesses des systèmes de contrôle nationaux et internationaux et contribue à améliorer la situation».*

Cet Organe est composé de treize membres dont l'indépendance et l'impartialité sont reconnues. Ces personnes n'exercent pas leurs fonctions en tant que représentant de leur pays d'origine. Trois de ces membres sont élus directement par l'OMS sur proposition d'une liste de dix personnes, proposée par les États membres de l'ONU ou parties à la convention de 1961. En théorie, on pourrait reconnaître à cette entité des fonctions presque judiciaires dès lors que les conventions lui imposent «de contrôler l'exécution des conventions, de juger les États et d'entreprendre le cas échéant auprès d'eux les procédures nécessaires pour assurer leur exécution». Cependant, jamais les demandes d'explication, les injonctions et les recommandations d'embargo n'ont été utilisées.

c) Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (ODCCP)

Constatant qu'il était bien difficile de dissocier le trafic illicite des drogues de la criminalité organisée, les Nations unies ont décidé en 1997 de réunir au sein d'une même structure (ODCCP) le Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue (Pnucid) et la Commission pour la prévention du crime.

Le Pnucid a été créé en 1991 à la suite de la résolution 45/179 de l'Assemblée générale des Nations unies, en remplacement du Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus de drogue (Fnulad). La mission principale de cet organe réside dans l'orientation et la coordination de toutes les activités (information, assistance juridique, assistance technique et coopération internationale) entreprises par les Nations unies en matière de lutte antidrogue. La Commission pour la prévention du crime a, quant à elle, compétence pour traiter des questions relatives à la sphère criminelle dans son acception la plus large: trafic international des drogues, mais également corruption, crimes contre mineurs, réseaux internationaux de prostitution, etc.

d) Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'objectif majeur de l'OMS est de contribuer à la réalisation d'un niveau de santé le plus élevé possible pour l'ensemble des populations. En ce qui concerne plus spécifiquement les activités de l'OMS liées aux drogues, il convient de souligner que cette organisation est la seule compétente pour déterminer quelles substances doivent être placées sous contrôle international, de manière que ces dernières ne soient utilisables que dans un contexte médical et scientifique. L'OMS intervient donc très activement dans le classement des substances au sein des tableaux prévus par les conventions car elle doit pouvoir « *évaluer le pouvoir générateur de dépendance et l'utilité thérapeutique des différentes substances, ainsi que la gravité des problèmes d'ordre social et de santé publique que peut entraîner leur utilisation abusive* ».

e) Organisation internationale de police criminelle (OIPC)/Interpol

L'OIPC (Interpol) a pour mission d'assurer et de développer l'assistance réciproque la plus large de toutes les autorités de police criminelle dans le cadre des lois existant dans les différents pays et dans l'esprit de la déclaration universelle des droits de l'homme; d'établir et de développer toutes les institutions capables de contribuer efficacement à la prévention et à la répression des infractions de droit commun. Cette organisation a été créée officiellement en 1923, et, depuis, force est de constater que les questions relatives au trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes mobilisent une part importante de son activité et de ses agents.

Dans cette optique, la sous-division des stupéfiants recueille et analyse toutes les informations relatives au trafic illicite des drogues de manière tant à coordonner les demandes d'assistance formulées par les bureaux centraux nationaux (BCN) qu'à aider les services spécialisés des États en coordonnant certaines opérations conjointes. De plus, cette sous-division a développé depuis maintenant plusieurs années des programmes spécifiques pour répondre à des problèmes extrêmement précis comme:

- ▶ le recensement des organisations de trafiquants africains;
- ▶ le recueil d'informations tactiques et stratégiques sur le trafic d'héroïne par la route des Balkans;
- ▶ le programme sur les marques et les logos figurant sur les emballages de cocaïne.

f) Organisation mondiale des douanes (OMD)

Ancien Conseil de coopération douanière jusqu'en 1994, l'Organisation mondiale des douanes (OMD) compte aujourd'hui 145 membres. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une organisation internationale qui a compétence pour traiter de toutes les questions en matière de coopération douanière entre États membres. Les statuts de cette institution imposent entre autres aux États de resserrer leur coopération technique de manière à coordonner l'action des services douaniers compétents. Cette organisation est chargée entre autres de diffuser des informations sur les saisies de drogues qui sont effectuées, de même que sur les moyens utilisés par les trafiquants pour masquer les transports illicites. L'OMD participe en tant qu'observateur aux réunions de la Commission des stupéfiants.

g) Groupe d'action financière internationale (GAFI)

Créé par le sommet du G7 de Paris en 1989, le GAFI se définit lui même comme un «organisme intergouvernemental qui a pour objectif de concevoir et de promouvoir des stratégies de lutte contre le blanchiment des capitaux, processus consistant à dissimuler l'origine illégale des produits de nature criminelle». Composé de vingt-six pays membres et de deux organisations, cet organisme se réunit plusieurs fois par an pour concentrer son attention sur trois thèmes principaux: «1) *surveiller les progrès effectués par les membres dans la mise en oeuvre de mesures pour contrer le blanchiment de capitaux grâce à un double procédé d'autoévaluation annuelle et d'évaluation mutuelle plus détaillée; 2) examiner les tendances en matière de techniques et de contre-mesures du blanchiment de capitaux; 3) promouvoir l'adoption et la mise en oeuvre des recommandations du GAFI par les pays non membres*».

h) Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues (CICAD)

Le 17 novembre 1984, l'assemblée générale de l'Organisation des États américains décida de convoquer une conférence régionale relative aux problèmes posés par la question des drogues sur ce continent. Cette conférence se déroula en avril 1986 à Rio et permit l'adoption du programme interaméricain d'action contre l'usage, la production et le trafic de stupéfiants et de psychotropes. La conférence suivante qui se tint au Guatemala en novembre 1986 consacra la naissance officielle de la CICAD.

Cette Commission, composée de trente-quatre États membres, a pour but de promouvoir et de *faciliter d'une manière multilatérale la coopération entre les États membres en matière de contrôle des drogues, de lutte contre le trafic et la production illicites, ainsi que d'usage.*

1.2.5.2 Coopération interrégionale

a. Le cadre SCHENGEN

Le 19 juin 1990, la France, l'Allemagne et les trois pays Benelux signaient la "Convention d'Application", opérationnelle depuis le 26 mars 1995. La Convention de 1990 entend accomplir la volonté exprimée dans l'Accord de Schengen conclu entre les mêmes pays, le 14 juin 1985, à savoir la suppression progressive des contrôles aux frontières communes. En ce qui concerne les stupéfiants, les parties contractantes ont notamment décidé de créer « *un groupe de travail permanent chargé d'examiner les problèmes communs concernant la répression de la criminalité* » et d'élaborer « *des propositions aux fins d'améliorer, si besoin est, les aspects pratiques et techniques de la coopération...* » (art. 70 de la Convention)

Les activités liées à la lutte contre le trafic des stupéfiants impliquent surtout le groupe de travail "Stupéfiants", auquel participent des représentants des forces de l'ordre, mais également d'autres groupes de travail dont le groupe "Police et Sécurité" ainsi que le groupe "Coopération judiciaire". Ces groupes fonctionnent sous l'autorité du Comité Exécutif.

En tant que partie signataire, les pays membres participent également au SIS (System d'Information Schengen) qui est une base de données informatique composée de fichiers fournis et mis à jour en permanence par chaque Etat membre.

Le Traité d'Amsterdam sur l'Union européenne, entré en vigueur le 1er mai 1999, intègre la Convention de Schengen. Les décisions concernant le passage des frontières intérieures, les contrôles aux frontières extérieures, l'attribution des visas, la réglementation de l'immigration et du droit d'asile sont désormais prises par les ministres réunis en Conseil de l'Union européenne.

Le Traité d'Amsterdam n'intègre cependant pas les questions pénales et judiciaires dans les compétences communautaires. Elles continuent à relever d'un processus de décision intergouvernemental.

b. Le cadre BENELUX

La concertation entre les Etats du BENELUX sur leurs politiques respectives en matière de drogues se traduit par différents accords conclus au niveau ministériel. A retenir, entre autres, les efforts de concertation menés au sein de l'Union Economique BENELUX et du Conseil Interparlementaire

Consultatif du BENELUX, les accords bilatéraux signés entre les Etats membres du BENELUX et les concertations bilatérales notamment entre le Grand-Duché et la Belgique.

Certaines initiatives impliquent également la France, telle la coopération policière et judiciaire dans la cadre des " Opérations de Hazeldonk " qui concrétisent la mise en commun des efforts des services policiers, judiciaires et douaniers de la France, de la Belgique des Pays-Bas et du Luxembourg, afin de lutter prioritairement contre le trafic de stupéfiants.

c. Le Groupe de Mondorf

Il s'agit d'un réseau interrégional de coopération en matière de recherche, de prévention et de formation dans le domaine de la toxicomanie.

Le Groupe fut créé en 1992 dans le cadre de la première Semaine Européenne de Prévention des Toxicomanies. Le "Groupe de Mondorf" est composé des ministres de la Santé des "Länder" de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), du Grand-Duché de Luxembourg et depuis 1994, de la Communauté germanophone de Belgique ainsi que du préfet pour la Sécurité et la Défense du Département de la Moselle (France). Le 9 novembre 1998, fut signée, à l'occasion de l'inauguration de la troisième semaine européenne de prévention des toxicomanies, la "Déclaration commune de Mondorf " qui confirme la volonté politique de collaboration et qui fixe les priorités pour les années à venir. En 2002 le Groupe, sous présidence sarroise organisait une conférence internationale sur le thème : « *Drogues sur le lieu de travail* ». De 1996 à 1998, le Luxembourg assurait la présidence du Groupe de Mondorf. Actuellement (2003), la Présidence du Groupe est assurée par la Rhénanie-Palatinat (D) qui organisera un séminaire sur les groupes d'entraide en matière d'addiction en fin 2003.

d. EURO-AST

L'association transfrontalière d'aide aux toxicomanes EURO-AST avec siège à Forbach (F) œuvre à l'amélioration de la coopération en Saar-Lor-Lux pour le traitement de la toxicomanie.

e. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants

Le Fonds a été institué légalement en 1992, s'inspirant des recommandations de la Convention des Nations Unies de 1988 et est en date le seul organe de ce type institué par un Etat membre de l'UE. La présidence du Fonds est assurée par le Ministère des Finances.

Depuis sa création, le Fonds a donné son accord pour des projets d'un montant total de 14.096.569 EUR dont à la fin de l'exercice 2002, 13.611.574 EUR ont été effectivement engagés et 7.641.188 ont été déboursés. Au 31 décembre 2002, sur le total des engagements, 5.054.787 EUR ont été engagés pour des projets nationaux. Le Fonds disposait alors d'un actif net de 20.183.376 EUR . Le Fonds s'est engagé

financièrement dans 38 projets nationaux, 6 projets dans des pays PECO, 10 projets en Amérique, 4 projets en Afrique et 13 projets en Asie. Le rapport d'activité du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants peut être téléchargé sur le site: <http://www.etat.lu/FI>

Chapitre I.3

Législation Nationale en Vigueur en Matière de Stupéfiants et de Substances Psychotropes

I.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables

I.3.1.1 Législation de base et procédures d'amendement

La loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (nommée ci-après la loi du 19 février 1973) constitue la loi de base en la matière. Avant la modification récente introduite par la loi du 27 avril 2001 (voir ci-après) la loi du 19 février 1973 n'opérait aucune distinction, pour les infractions y prévues, entre les différents types de drogues ("dures" ou "douces") et ne s'orientait pas sur une quantité minimum de substance. Cependant, il n'existait pas de distinction légale au niveau des catalogues des peines entre les délits d'usage, de détention pour le seul usage personnel (art.7.), et les délits de culture, de revente, de trafic ou de mise en circulation des drogues contrôlées (art.8.). La loi de 1973 prévoyait par ailleurs un certain nombre de circonstances aggravantes.

La loi de 1973 fut modifiée par les lois suivantes :

- ▶ **loi du 23 février 1977**, modifiant la loi du 19 février 1973,
- ▶ **loi du 7 juillet 1989** qui a introduit notamment en droit luxembourgeois l'infraction de blanchiment du produit de la vente ou du trafic de drogues et le principe de la confiscation des biens acquis au moyen du produit de ces infractions,
- ▶ **loi du 17 mars 1992** (texte coordonné) portant (1) l'approbation de la Convention de Vienne (20/12/88) contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, (2) modifiant et complétant la loi du 19 février 1973, (3) modifiant et complétant certaines dispositions du Code d'instruction criminelle,
- ▶ (**loi du 11 août 1998**, , portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal.),

- ▶ **loi du 8 août 2000**, modifiant
 - a- certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
 - b- la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté,
- ▶ **loi du 27 avril 2001** modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie,

Au moment de la rédaction du rapport RELIS 2003, le texte coordonné à publier suite à l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 n'a pas été disponible. Le tableau I.3.1 produite en annexe D constitue un sommaire des modifications les plus saillantes introduites par ladite loi. Les termes de la loi sont volontairement simplifiés afin d'accroître sa lisibilité pour l'ensemble des lecteurs non-spécialistes. Pour toute information complémentaire, on se référera au texte originel produit en annexe D ainsi qu'au texte coordonné de 1992 et ses modifications successives (téléchargeable du site : <http://www.etat.lu/memorial> ou http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_search.cfm)

▶ **(loi du 14 juin 2001 portant**

1.approbation de la Convention du Conseil de l'Europe relative au blanchiment, au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime, faite à Strasbourg ,le 8 novembre 1990;

2.modification de certaines dispositions du code pénal;

3.modification de la loi du 17 mars 1992

1.portant approbation de la Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, faite à Vienne, le 20 décembre 1988;

2.modifiant et complétant la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie;

3.modifiant et complétant certaines dispositions du code d'instruction criminelle.).

- ▶ **Règlement grand-ducal du 30 janvier 2002** déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution.

I.3.1.2 Propositions de loi en matière de drogues et de toxicomanies (Extraits et commentaires)

- **n°4747** - Proposition de loi visant à réglementer la production, la distribution et la vente du cannabis (*Dépôt, Mme Renée Wagener: le 4.1.2001*)

La proposition porte sur la réglementation du cannabis et de ses dérivés (haschich, marijuana). Il s'agit d'encadrer par des critères légaux les conditions de production locale, de vente et de consommation des produits dérivés du cannabis. D'une part, la détention, l'acquisition et la culture à des fins personnelles sont dépénalisées sous des conditions prescrites par des règlements grand-ducaux pris en application de la présente loi. Ainsi, seule l'acquisition auprès des officines publiques décentralisées ou suite à la culture personnelle est dépénalisée.

D'autre part, est instauré au sein du Ministère de la Santé un Office national du cannabis chargé de délivrer des autorisations légales de production, d'acheter la récolte aux agriculteurs du Grand-Duché qui opèreraient pour cette culture et de contrôler la qualité, la quantité et le prix des produits, au niveau de ces producteurs comme des officines publiques décentralisées de revente du cannabis au détail. Sont interdites, la publicité pour le cannabis, la vente d'alcool ou de toute autre drogue licite dans les officines, la vente aux moins de 16 ans et à des personnes qui ne résident pas depuis six mois au moins au Grand-Duché de Luxembourg.

Une commission d'évaluation est instituée, composée de représentant-e-s des consommateurs et consommatrices de cannabis, d'expert-e-s des domaines psychomédico-social et pharmaceutique, de gestionnaires d'officines, ainsi que de délégué-e-s du gouvernement et du parlement. Elle est chargée notamment d'accompagner la mise en oeuvre de la loi et d'en évaluer l'incidence socio-sanitaire et judiciaire, en vue d'améliorations éventuelles de la réglementation et des stratégies de prévention.

- **n°5020** - Proposition de loi instaurant un programme de délivrance de médicaments à base de cannabinoïdes (*Dépôt, Mme Renée Wagener: le 28.8.2002*).

La proposition de loi vise à donner un statut précis à la délivrance de médicaments à base de cannabinoïdes. Il s'agit de mettre en place une utilisation plus systématique sous forme d'un programme de délivrance. Il se base sur une liste précise de cas de maladies dans lesquels le cannabis peut être administré. Le texte ne retient pas toutes les maladies énumérées sur la liste susmentionnée, mais se limite aux catégories de maladies dans le traitement desquelles l'utilité du cannabis est largement reconnue. Cette liste devra être complétée au fur et à mesure de recherches scientifiques plus poussées. Le programme inclut également une procédure d'évaluation, de bilan et d'adaptation.

S'inspirant essentiellement de l'arrêté belge et du règlement canadien susmentionné, cette proposition de loi ne retient cependant pas (comme c'est le cas en Belgique) les dispositions concernant l'obligation de recherche. Elle n'autorise pas non plus la culture personnelle du cannabis par les patient-e-s ou leurs proches (tel que le prévoit le texte canadien).

- **n° 5164** - Proposition de loi portant modification de l'article 12 de la loi du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques modifiée par les lois des 2 mars 1963, 17 avril 1970, 1er août 1971, 7 avril 1976, 7 juillet 1977, 31 mars 1978, 9 juillet 1982, 3 mai 1984, 28 janvier 1986, 8 avril 1986, 7 septembre 1987, 15 janvier 1991, 21 décembre 1991, 1er juillet 1992, 27 juillet 1993, 26 août 1993, 18 mars 1997 et du 5 juin 1998 (*Dépôt, M. Niki Bettendorf: le 20.5.2003*)

La proposition de loi n°5164, déposée par Monsieur le député Nicki Bettendorf le 20 mai 2003, vise à modifier l'article 12 de la loi du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques. Cette modification concerne l'introduction d'un dispositif de dépistage de drogues illicites chez les conducteurs.

D'après le nouveau paragraphe 5, toute personne qui sera impliquée ou non dans un accident de la circulation, même en l'absence d'indices faisant présumer une prise de drogues, peut être astreinte à se soumettre à l'examen d'un échantillon de salive ou de sueur. Si le test est positif, le conducteur peut se soumettre, à titre de preuve contraire, à une prise de sang ou un test urinaire. En cas d'impossibilité, le médecin peut procéder à un examen médical. L'examen urinaire, la prise de sang et l'examen médical sont ordonnés, soit par le procureur d'Etat, soit par les membres de la police grand-ducale. Le procureur d'Etat peut ordonner des contrôles systématiques effectués par la police grand-ducale.

D'après le paragraphe 8 nouveau (ancien paragraphe 7) des règlements grand-ducaux fixeront les critères techniques, les types, les conditions de l'utilisation, de contrôle et de vérifications des appareils servant à l'examen de la salive ou de la sueur. D'après le paragraphe 1er de la loi du 14 février 1955, la conduite sous l'influence de drogues illicites est réprimée soit d'un emprisonnement de 8 jours à trois ans et d'une amende de 63 à 1.250 euros ou d'une de ces peines seulement. Il s'agit des mêmes peines que le délit de conduite sous l'influence d'alcool.

1.3.1.3 *Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1997 à 2003*

Règlement grand-ducal du 6 février 1997 relatif aux substances visées aux tableaux III et IV de la Convention sur les substances psychotropes, faite à Vienne, le 21 février 1971 (Mém. A - 9 du 19 février 1997, p. 600).

Règlement ministériel du 26 février 1997 modifiant le règlement ministériel du 10 janvier 1991 fixant le tarif officiel des médicaments (Mém. A - 14 du 19 mars 1997, p. 713).

Règlement grand-ducal du 23 mai 1997 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 41 du 11 juin 1997, p. 1439).

Règlement grand-ducal du 9 janvier 1998 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants. (Mém. A - 4 du 29 janvier 1998, p. 55)

Loi du 11 août 1998 portant introduction de l'incrimination des organisations criminelles et de l'infraction de blanchiment au code pénal et modifiant:

- 1° la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- 2° la loi modifiée du 5 avril 1993 relative au secteur financier;
- 3° la loi modifiée du 6 décembre 1991 sur le secteur des assurances;
- 4° la loi modifiée du 9 décembre 1976 relative à l'organisation du notariat;
- 5° la loi du 20 avril 1977 relative à l'exploitation des jeux de hasard et des paris relatifs aux épreuves sportives;
- 6° la loi du 28 juin 1984 portant organisation des jeux de hasard et des paris relatifs aux épreuves sportives;
- 7° le code d'instruction criminelle (Mém. A-73 du 10 septembre p. 1456)

Règlement grand-ducal du 8 mai 1999 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques (Mém. A - 55 du 19 mai 1999, p. 1326)

Règlement grand-ducal du 16 juillet 1999 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 mai 1993

- relatif aux piles et accumulateurs contenant certaines matières dangereuses
- portant modification de l'annexe 1 de la loi du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses (Mém. A - 107 du 6 août 1999, p. 2013) - Transpose 2 Directives 1991/0157, 1998/0101

Règlement grand-ducal du 6 décembre 1999 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2640)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 1999 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2641)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 1999 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants (Mém. A - 146 du 23 décembre 1999, p. 2641)

Règlement grand-ducal du 14 janvier 2000 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques (Mém. A - 5 du 27 janvier 2000, p. 165)

Loi du 8 août 2000, modifiant

- a) certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- b) la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté. (Mém. A - 97 du 12 septembre 2000, p. 2189)

Règlement grand-ducal du 23 février 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 2 février 1995 relatif à la fabrication et la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances illicites (Mém. A - 25 du 28 février 2001, p. 761)

Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)

Loi du 14 juin 2001 portant

1. approbation de la Convention du Conseil de l'Europe relative au blanchiment, au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime, faite à Strasbourg, le 8 novembre 1990;
2. modification de certaines dispositions du code pénal;
3. modification de la loi du 17 mars 1992
 1. portant approbation de la Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, faite à Vienne, le 20 décembre 1988;
 2. modifiant et complétant la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie;
 3. modifiant et complétant certaines dispositions du code d'instruction criminelle.

Règlement grand-ducal du 7 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments, le règlement grand-ducal modifié du 15 janvier 1993 relatif à la mise sur le marché des médicaments vétérinaires ainsi que le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A-150 du 27 décembre 2001, p 3264)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques.

Règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution

Règlement grand-ducal du 29 avril 2002 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques.

Règlement grand-ducal du 13 août 2002 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie

1.3.2 Les Conventions Internationales

L'ordre juridique international comporte de nombreux actes touchant de près ou de loin au sujet de la drogue. Les trois conventions suivantes sont toutefois les piliers juridiques de cette action internationale et c'est autour d'elles que s'articulent les efforts de lutte contre la drogue à l'échelon mondial. Le Grand-Duché de Luxembourg a ratifié les conventions suivantes:

30 mars 1961. -

Convention unique sur les stupéfiants faite à New York

appr. L. 3 juillet 1972, v. Mém. 1972, 1256

25 mars 1972. -

Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, signé à Genève

appr. L. 24 avril 1976, v. Mém. 1976, 394

L'objectif principal de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 sous sa forme modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants, est de limiter la production, la fabrication, l'exportation, la cession, l'utilisation et la possession de stupéfiants à des usages scientifiques et médicaux.

A cette fin, les parties contractantes doivent fournir des estimations annuelles de leurs besoins en stupéfiants et, au moins une fois par an, communiquer des statistiques sur la production et la fabrication de stupéfiants, sur les quantités utilisées pour la fabrication d'autres stupéfiants, sur les quantités importées et exportées, sur les quantités saisies, etc.

Quatre annexes numérotées, susceptibles d'être modifiées, dressent la liste des stupéfiants et des préparations pharmaceutiques. La Convention est en vigueur dans tous les Etats membres de l'Union européenne. En date du 1er novembre 2002, 179 Etats étaient parties à la Convention de 1961, dont 173 Etats qui sont parties de la Convention dans sa forme version amendée.

21 février 1971. - Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes faite à Vienne

appr. L. 4 décembre 1990, v. Mém. 1990, 69

Il s'agissait d'étendre les contrôles internationaux pour les stupéfiants aux substances psychotropes synthétiques, en évitant de restreindre de manière excessive l'utilisation des substances psychotropes à des fins scientifiques et médicales.

La Convention fixe une série de mesures de contrôle pour un très grand nombre de substances et contient quatre annexes numérotées, susceptibles d'être modifiées, et qui dressent la liste des substances psychotropes sous contrôle. En date du 1er novembre 2002, 172 Etats étaient parties à la Convention de 1971.

20 décembre 1988. - Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes faite à Vienne

appr. L. 17 mars 1992, v. Mém. 1992, 697
Pour l'état des ratifications v. Mém. 1993, 11 et 392

La Convention a pour objectif de renforcer les mesures de lutte contre le trafic illicite et la coopération entre Etats dans ce domaine. Par prorogation des Conventions des Nations Unies de 1961 et de 1971, les parties s'engagent notamment à sanctionner ceux qui commettent ou sont complices d'infractions, à ériger le blanchiment des produits de la drogue

en une infraction passible de sanction, à confisquer le montant des recettes du trafic de drogue et à faire le nécessaire afin de dépister, détecter, geler ou saisir le montant de telles recettes. La Convention fixe une série de mesures relatives à la fabrication, au transport et à la cession de matériel, de matériaux ou de substances utilisés dans ou pour la culture illicite, la production ou la fabrication de stupéfiants ou de substances psychotropes précurseurs. L'annexe de la Convention, susceptible d'être modifiée, contient deux listes classant ces précurseurs.

En date du 1er novembre 2002, 166 Etats étaient parties à la Convention de 1988 ce qui équivaut à 87 % des pays du monde hors C.E..

Partie II

Réduction de la Demande et Activités de Recherche

Chapitre II.1

Actions dans le Domaine de la Réduction de la Demande et des Risques Associés à la Consommation de Drogues

De façon générale, il faut comprendre par "réduction de la demande" toute activité qui vise la diminution du désir ou du besoin de consommer ou d'abuser des stupéfiants d'un individu ou d'un groupe d'individus. Nous comprenons par « réduction des risques » toute intervention qui cible la réduction des conséquences sanitaires et psycho-sociales néfastes liées à la consommation de drogues.

Au sens le plus général, la notion de réduction de la demande regroupe des programmes ou des campagnes de prévention qui visent une population à plus ou moins grande échelle (parfois à l'échelon national) se basant sur diverses méthodologies afin de promouvoir la connaissance du phénomène, d'influencer les attitudes, de renforcer l'autonomie en proposant des comportements et des alternatives. A l'autre extrême de ce continuum d'actions se retrouvent les interventions ciblées à l'égard de consommateurs abusifs ou problématiques de stupéfiants par le biais de méthodologies propres au domaine de la toxicomanie comme par exemple le traitement spécialisé ou les actions de réintégration socioprofessionnelle.

Ci-après figure une présentation sommaire des activités de réduction de la demande menées au niveau national au cours de l'année 2002:

II.1.1 LES ACTIONS PREVENTIVES

Interventions au cours de la prime enfance

Les interventions visant à promouvoir les expériences positives au sein de la famille et des jardins d'enfants méritent une place importante dans l'effort de prévention. Il existe un certain nombre d'initiatives locales et régionales centrées sur l'information, les discussions et conseils fournis aux enseignants ainsi qu'aux parents. En septembre 2000, le CePT a lancé les premiers « coffrets » de prévention, destinés aux enfants âgés entre 3 et 5 ans. Le « coffret » de prévention destiné aux jeunes entre 11 et 15 ans a été rendu disponible en septembre 2001.

Dans son projet, "Suchtpräventioun an der Gemeng", le CePT, en collaboration avec les groupes de prévention locaux, organise des séances d'information et de discussion pour parents.

Il reste à souligner l'existence d'une collaboration active entre le CePT et les associations de parents et ceci pour chaque cycle d'enseignement.

Programmes de prévention en milieu scolaire

Les programmes de prévention en milieu scolaire ont le plus souvent été mis en place grâce à l'action commune de divers acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux tels que le Ministère de la Famille de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports, le SNJ, le Ministère de la Santé, le CPOS et, depuis 1995, le CePT.

Le CePT, en collaboration avec le Service d'Éducation à la Santé et à l'Environnement du Ministère de l'Éducation Nationale a lancé le projet « **d'Schoul op der Sich** ». La clé de voûte du projet consiste à initier un dialogue entre tous les partenaires de la vie scolaire au sujet de la façon d'aborder la prévention, les drogues et les toxicomanies à l'école. Il s'agit d'un projet participatif, dans lequel tous les partenaires prennent activement part à la conception du contenu du projet et le déterminent. En 2001 les membres du groupe de coordination du projet se sont réunis à raison d'une fois toutes les trois semaines et ont suivi trois formations de base sur les thèmes suivants :

- Comment définir la prévention des toxicomanies (CePT),
- Information sur les drogues illicites (Police Judiciaire),
- Usage de drogues dans notre culture (CePT).

Le CePT est le partenaire national du « **European Healthy School and Drugs (EHSD)** ». Le projet qui implique 10 partenaires européens est cofinancé par l'UE et coordonné par le Trimbos Institut (NL). L'objectif premier du projet EHSD est l'amélioration de la collaboration entre les organisations nationales et régions oeuvrant dans le domaine de la prévention de toxicomanies par le développement de concepts et pratiques innovateurs en la matière.

En matière d'enseignement primaire, le CePT participe au projet initié par la fondation MENTOR et réalisé par le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports. Le projet a pour but de mettre en place des programmes d'éducation visant la prévention en matière d'addictions. Après la mise en place en 1999 des structures de collaboration entre les différents intervenants au Luxembourg sous forme de groupes de pilotage, de travail et d'évaluation, les efforts des intervenants se sont concentrés en 2000 sur l'élaboration du matériel didactique qui sera utilisé dans les écoles. Un manuel est en voie d'édition qui comprend d'une part une brochure détaillée s'adressant aux enseignants pour leur donner les informations et renseignements de base indispensables en matière de prévention de stupéfiants et d'autre part des « cartes d'enseignement » pour différentes unités de formation.

Des séances d'information pour enseignants et/ou parents ciblées principalement sur les substances psychotropes, les tendances actuelles et les signes précurseurs des comportements addictifs sont également organisées par le CePT et, sur demande, par la Section Stupéfiants de la Police Judiciaire.

A signaler que les acteurs du CePT interviennent au niveau de la formation de base (ISERP) et de la formation continue (SCRIPT) du personnel enseignant de l'enseignement primaire et secondaire ainsi qu'au niveau de la formation continue du personnel socio-éducatif par le biais de l'Institut National d'Administration Publique (INAP).

Le 13 mars 2003, le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports a présenté le parcours interactif "**ExtraTour Sucht**" au Lycée technique Nic. Biever à Dudelange. Organisé avec succès pour la quatrième fois du 24 février au 14 mars 2003, le parcours "ExtraTour Sucht" s'adresse aux élèves de 15 à 18 ans. Il a été accueilli dans quatre lycées techniques du pays et a vu la participation de 1.200 élèves.

Dans le cadre de l'initiative **Mitten im Leben: Aktiv, Hautnah und Genussvoll**, l'initiative "ExtraTour Sucht" aborde les aspects sociaux et personnels des comportements toxicomanes et de la consommation de drogues par l'apprentissage de méthodes de communication, de jeux de rôle, d'action et de réflexion. Elle tend à favoriser un travail en réseau des personnes compétentes en matière de toxicomanies au sein des établissements scolaires.

La prévention des toxicomanies fait partie intégrante du rôle éducatif de l'école. Depuis des années, elle est réalisée plus particulièrement dans le cadre de la promotion de la santé. La nécessité de poursuivre les efforts en matière de prévention des toxicomanies est confirmée par les résultats de l'étude **Das Wohlbefinden der Jugendlichen in Luxemburg**.

Conformément à la charte d'Ottawa et dans une perspective de continuité, le S.C.R.I.P.T. (Service de coordination de la recherche et de l'innovation pédagogiques et technologiques) poursuit des activités régulières d'accompagnement, d'animation, de formation et de documentation relatives aux différents domaines de la promotion de la santé, notamment en ce qui concerne la prévention des toxicomanies.

La prévention des toxicomanies à l'école porte sur plusieurs niveaux:

- ▶ campagnes de sensibilisation et projets d'innovation dans les écoles;
- ▶ formation continue du personnel enseignant et socio-éducatif;
- ▶ curriculums scolaires officiels.

"ExtraTour Sucht" est un instrument moderne de prévention des toxicomanies qui vise à :

- ▶ aborder les aspects sociaux et personnels des comportements de dépendance et de la consommation de drogues. A cette fin, des méthodes de communication, de jeux de rôle, d'action et de réflexion sont mises en oeuvre;
- ▶ stimuler une réflexion personnelle quant aux attitudes et comportements de consommation de drogues et de dépendance;
- ▶ promouvoir des personnes compétentes (personnel enseignant et socio-éducatif des écoles) en matière de dépendances et de drogues au sein des établissements scolaires ainsi que favoriser un travail en réseau;
- ▶ découvrir différentes méthodes actives d'enseignement et discuter leur application en classe.

Ainsi, "ExtraTour Sucht" constitue un complément aux aspects traités traditionnellement du point de vue biologique et médical.

Par l'information, l'action et la discussion, ce parcours interactif permet le développement des compétences psycho-sociales (*life skills approach*).

"ExtraTour Sucht" comporte 5 éléments d'action :

- ▶ Plaisir et dépendance (*Genuss und Sucht*)
Analyse à deux volets. D'une part, la genèse du comportement toxicomane et, d'autre part, les risques potentiels d'un passage progressif du plaisir vers une dépendance.
Réflexion sur la motivation de la consommation de certaines substances.
- ▶ *Fit for Life*
Promotion des compétences psycho-sociales à travers différents exemples concrets qui relèvent de la vie quotidienne: profession, loisirs, relations humaines, gestion de conflits, ...
Transmission de connaissances sur les différentes drogues, leurs origines et leurs effets.
- ▶ Plaisir de vivre (*Lebenslust*)
Par le biais d'un jeu de rôle, les participant-e-s sont confronté-e-s à une situation exemplaire définie (consommation de hachisch au cours d'une fête).

- ▶ Un nouveau monde (Neue Welt):
Confrontation avec les normes de la ou des société-s (drogues légales et illégales, attitudes et comportements toxicomanes), protection contre des agressions, liberté et responsabilité.
Réflexion quant aux normes actuelles, compréhension de la complexité de l'établissement des normes, stimulation à la responsabilité personnelle.
- ▶ Gagner et perdre (Gewinnen und Verlieren)
Promotion de l'adresse physique et du travail en équipe.
Cet élément de sport et d'action contrebalance l'approche cognitive.

"ExtraTour Sucht" s'adresse aux jeunes à partir de 15 ans.

Grâce à la participation des classes et une partie de leurs titulaires, cette activité ponctuelle est plus facilement intégrée dans le cursus scolaire (préparation et évaluation). Ainsi, un effet à long terme peut être atteint.

Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports et le Ministère de la Santé ont participé à une enquête qui a lieu tous les quatre ans dans plus de 25 pays européens et qui porte, entre autres, sur les habitudes de consommation de drogues illicites d'étudiants issus de l'enseignement secondaire. Un sommaire des résultats de l'étude figure sous le point 1.1.4.

Par ailleurs, le CPOS est représenté dans toutes les écoles secondaires par des psychologues expérimentés dont une des tâches est de prendre en charge et d'orienter les étudiants présentant des comportements à risque.

Depuis la rentrée scolaire 2000/2001, MSF – Solidarité Jeunes a considérablement amplifié ses activités dans le cadre des établissements scolaires (interventions de crise) partant du constat qu'une bonne collaboration avec les écoles est essentielle pour toucher le plus tôt possible les jeunes consommateurs de drogues.

La démarche de MSF – Solidarité Jeunes, soutenue par le SCRIPT du Ministère de l'Éducation Nationale, se veut complémentaire aux offres de prévention lancées par le Centre de Prévention des Toxicomanies dans le cadre du projet « Schoul op der Sich » et aux interventions organisées par la Police Judiciaire.

L'offre de MSF – Solidarité Jeunes aux écoles porte sur les deux volets suivants :

1. Etant conscient des problèmes institutionnels engendrés par la consommation de drogues légales ou illégales dans l'enceinte scolaire, MSF – Solidarité Jeunes propose son aide pour l'élaboration de réponses en cas de difficulté.
Le service offre des interventions ou des supervisions pour les professionnels de l'éducation avec les objectifs suivants: faciliter les prises de décisions de même que la résolution du problème et améliorer le travail en réseau avec les professionnels extérieurs à l'école.
2. L'équipe thérapeutique se tient évidemment à disposition pour offrir un suivi psycho-social et/ou thérapeutique aux adolescents et à leurs familles concernées en cas de demande.

Les programmes pour jeunes

Le SNJ, en collaboration avec le CePT, entretient un projet de prévention avec les Centres socio-éducatifs de l'Etat. Ce projet est basé sur les outils de la "Abenteurpädagogik" avec les jeunes et sur la formation continue du personnel éducatif.

Organisés conjointement par le Groupe de Mondorf, le CePT et le SNJ plusieurs projets innovateurs du domaine des loisirs ont été mis en place au cours des dernières années. Les rencontres en question sont alternativement patronnées par les régions partenaires du Groupe de Mondorf.

La méthode « Abenteurpädagogik » appliquée au champ de la prévention primaire connaissant un grand succès auprès des jeunes, le CePT, en collaboration avec le Centre Marienthal (SNJ), a élaboré un projet identique dans le cadre du programme de prévention dans les communes pour les 5e et 6e classes des écoles primaires.

Ce projet propose des activités à trois niveaux :

- préparation pour les enseignants,
- journées d'aventures pour les élèves,
- soirées-conférence pour les parents.

Principales institutions impliquées :

▶ **Le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)**

Le CePT est un établissement d'utilité publique, qui a été créé par l'Etat luxembourgeois en 1994 et qui a ouvert ses portes en septembre 1995.

Le CePT a comme objet principal la prévention primaire des toxicomanies, dans le sens d'une promotion de la santé telle qu'elle est conçue par l'OMS. Son travail consiste entre autres à élaborer un concept national de prévention, à coordonner le travail en matière de prévention primaire, à élaborer et développer l'éducation et la formation permanente de multiplicateurs, à informer et à sensibiliser, à rassembler du matériel didactique et à assurer le lien avec les services d'aide. Un outil important qui permet au CePT de maintenir ce lien est une ligne téléphonique "Suchttelefon" qui fonctionne 7/7 jours et 24/24 heures.

Contact: Thérèse MICHAELIS 3, rue Fort Wallis
L-2714 Luxembourg
Tél.: 49 77 77 / Fax.: 40 89 93
e-mail : cept@ong.lu
URL: <http://www.cept.lu>

- ▶ **Le Service National de la Jeunesse (SNJ)**, en tant que département du Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, collabore activement avec le CePT en ce qui concerne les programmes de prévention pour jeunes. Nombre d'activités issues du domaine de la réduction de la demande de stupéfiants sont organisées par le SNJ en collaboration avec les Centres d'Information de Rencontre et d'Animation.

Contact : Egide URBAIN 1, rue de la Poste
L-2346 Luxembourg
Tél.: 478 6456 / Fax.: 46 41 86
URL: <http://www.youthnet.lu/frames.html>

▶ **Le Groupe de Mondorf**

Contact: Alain ORIGER Ministère de la Santé
Villa Louvigny – Allée Marconi
L-2120 Luxembourg
Tél.: 478 56 22 / Fax.: 478 50 563
e-mail: alain.origer@ms.etat.lu
URL: <http://www.relis.lu>

► **Centre Information Jeunes (C.I.J.)**

Créé en 1987 sous forme d'une a.s.b.l., le C.I.J. est un lieu d'information ouvert à tous, jeunes et moins jeunes. Sa mission consiste à accueillir, à écouter, à informer, à documenter ainsi qu'à fournir des conseils, quelles que soient les questions, préoccupations ou problèmes rencontrés. L'équipe ad hoc se met à la disposition du demandeur soit en répondant directement à la demande soit en orientant vers des services adéquats.

Contact:

76, bld. de la Pétrusse
L-2320 Luxembourg
Tél.: 40 55 50 / Fax.: 40 55 56
e-mail: days.hemmer@cij.al.lu

► **CAPEL Centre d'Animation pédagogique et de loisirs**

Initiatives dans le domaine de l'animation pédagogique et activités de formation.

Contact: Aloyse RAMPONI

4-10, rue de l'école
L-1454 Luxembourg
Tél.: 4796-2442

► **Médecins Sans Frontières - Solidarité Jeunes**

Le projet, issu du domaine de l'aide aux jeunes en difficulté, a été lancé en 1996. Initié par Médecins sans Frontières a.s.b.l., il a été conçu avec deux partenaires: Jongenheém a.s.b.l. et la Fondation JDH. Par ailleurs, des représentants de la Justice y ont largement apporté leurs réflexions et expériences. Le projet, qui est conventionné depuis janvier 2000 par le Ministère de la Santé, s'adresse principalement à des mineurs affichant une consommation problématique de substances psycho-actives, ainsi qu'aux jeunes avec d'autres troubles du comportement où l'usage de stupéfiants est à considérer comme un phénomène associé.

MSF – Solidarité Jeunes s'adresse par ailleurs aux entourages familiaux et institutionnels (écoles, protection de la jeunesse, foyers d'accueil, etc.) lorsque ces derniers sont confrontés à la consommation d'un mineur d'âge.

Contact: Alain MASSEN

33, rte de Strasbourg
L-2561 Luxembourg
Tél.: 48 93 48 / Fax.: 48 93 47
e-mail:
msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org
URL: http://www.msf.lu/proj_lu.html

► **La prévention par le sport**

L'École Nationale de l'Éducation Physique et des Sports (ENEPS) a sollicité la collaboration du CePT afin de mettre en place un projet de prévention qui s'adresse principalement aux responsables d'associations sportives et aux entraîneurs. Le projet s'intitule « Kinder stark machen » et fut initié par la « Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung » de Cologne.

► **Les campagnes d'information par les médias**

La grande majorité des campagnes médiatiques nationales ciblant les drogues illicites et la consommation d'alcool sont initiées par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, le Ministère des Transports, le Ministère de la Santé et la Police et, depuis 1995, par le CePT.

L'une des premières campagnes médiatiques à grande échelle contre l'abus de drogues (Gutt liewen ouni Drogen: Bien vivre sans drogues), avait été lancée en 1987 par le SNJ, qui peut être considéré comme l'un des pionniers en matière de prévention primaire dans le domaine des drogues à l'échelle nationale. Jusqu'à ce jour, plusieurs campagnes d'information et de prévention ont été menées principalement sous la responsabilité de différents départements du Ministère de la Santé et du SNJ. Le CePT projette de mener une campagne pluriannuelle d'information et de prévention multimédia à l'échelle nationale dont le début est prévue pour l'année 2002.

En ce qui concerne les campagnes ciblées plus spécifiquement sur certains types de produits tels que l'ecstasy ou autres drogues synthétiques (étude exploratoire, brochures, articles de presse, émissions radio et télé) elles sont souvent élaborées et coordonnées par le CePT et cofinancées en grande partie par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants et le Ministère de la Santé.

A noter également que le SNJ a instauré un site sur Internet sous l'adresse URL: <http://www.youthnet.lu/frames.html>, recensant nombre d'informations sur l'organisation interne du service et des activités courantes.

II.1.2 DISPOSITIF D'ACCUEIL TELEPHONIQUE

Le 1er octobre 1995, le CePT a intégré une ligne d'accueil téléphonique, réservée aux problèmes liés à la dépendance au sens large du terme. Le personnel bénévole spécialement formé, écoute et conseille des toxicomanes, des étudiants, des parents et des professionnels 24h/ 24 et 7 j/7. L'équipe d'accueil est exclusivement constituée de bénévoles et les appels ne sont pas gratuits jusqu'à ce jour.

Ci-après figure une présentation sommaire des statistiques d'appels pour les années 1996 à 2002 :

Statistiques d'appel du dispositif d'accueil téléphonique du CePT

	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE D'APPELS	717	626	831	858	742
SEXE					
masculin	50%	36%	37,4%	61,8%	43,8%
féminin	50%	64%	62,6%	38,2%	56,2%
DEMANDEUR					
personne concernée	83%	76%	84,6%	87,5%	86,7%
famille et entourage	17%	24%	15,4%	12,5%	13,3%
MOMENT D'APPEL					
week-end (+vendredi)	45%	38%	43,9%	43,6%	40,6%
en semaine	55%	62%	56,1%	56,4%	59,4%
PRODUITS IMPLIQUÉS					
alcool	50,5%	42,5%	46,8%	16,2%	15,4%
médicaments	40,6%	29,3%	41,7%	19,5%	24,4%
héroïne/cocaïne	10,9%	13,3%	8,3%	6,4%	5,1%
cannabis	6,5%	11%	7,5%	7,1%	8,1%
nicotine	d.m.	2%	1,4%	1,5%	1,2%
ecstasy type	2,8%	0,5%	1,2%	0,5%	0%
autre	d.m.	1,4%	1,8%	12,6%	2,7%
MOTIF DE LA DEMANDE					
conseils et soutien	d.m.	d.m.	90,2%	81,4%	80,1%
orientation	32,2%	d.m.	27,2%	23,3%	22,4%
info sur autres structures	d.m.	d.m.	3,1%	3,5%	2,3%
info sur substances	d.m.	d.m.	3,5%	4,7%	2,2%
info sur service téléphone	d.m.	d.m.	1,8%	1,3%	1,2%
conseils juridiques	d.m.	d.m.	0,6%	0,5%	0,8%

CLASSES D'ÂGE

< 11			0%	0%	0%
12-15 ans	0,8%	0,5%	0,5%	0,1%	0,4%
16-19 ans	2%	2,6%	1,8%	1,7%	1,5%
20-24 ans	2%	4%	2%	3,5%	2,6%
25-30 ans	7,2%	9%	7,8%	7,6%	5%
31-40 ans	40,6%	26,5%	14,2%	14,5%	23,5%
41-50 ans	34,8%	42,6%	49%	51,3%	51,1%
> 50 ans	12,6%	14,8%	9,7%	9,5%	8,8%
inconnu	0%	0%	15%	11,8%	7,3%

Source: CePT 2002

Réseaux européens :

Le CePT est membre de la Fondation Européen des Services d'Aide Téléphonique "Drogues" (FESAT - 11, rue Dulong, F-75017 Paris).

II.1.3 LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Au début de l'année 1996 fut lancé un projet pilote de prévention communautaire initié et coordonné par le CePT. L'objectif principal était de cibler les activités de prévention sur toute la population et sur les situations de la vie quotidienne. Diverses activités initiées par le CePT, en collaboration avec d'autres institutions, sont promues par les communes participant au projet.

En 1998, 7 communes luxembourgeoises, au sein desquelles se sont constitués des groupes d'habitants bénévoles, se trouvaient associées au projet. La coordination et la formation continue de ces groupes sont assurées par le CePT. Dans leurs communes, ces groupes mènent des actions de prévention axées sur les besoins spécifiques. En 2002, furent conclues des convention de collaboration entre le CePT et 13 des 14 communes actuellement engagées dans le projet.

Les objectifs du projet sont soit des objectifs réalisables à court ou moyen terme, tels l'information, la sensibilisation et la prise de conscience de son propre comportement, soit des objectifs réalisables à long terme, tels la réduction de l'abus des drogues et le développement des facteurs de protection.

Au cours de l'année 2002 les communes participantes ont pu bénéficier de l'offre suivante :

- Conférences et séminaires
- Activités au sein des établissements scolaires
- Activités de loisir et centrées autour du thème de la nature
- Stands d'information
- Performances théâtrales
- Formations
- Journées pédagogiques
- Campagne sur l'usage d'alcool en dessous de 16 ans.

II.1.4 REDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES

II.1.4. a Les services à seuil bas

En début 2003, les services compétents de la **Direction de la Santé** ont mené à bien les travaux préparatoires de la mise en place d'un **foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes**. Le foyer en question, qui fait partie des structures retenues par le plan d'action 2000-2004 du Ministère de la Santé, comblera un besoin urgent en logements de crise pour la population concernée. Le foyer fonctionnera 7/7 jours dans un cadre d'admissions et de sorties journalières. Sous cette forme le foyer en question constituera la première structure intégrée en matière d'interventions à bas-seuil pour toxicomanes au niveau national.

Au cours des années 2000 et 2001, les négociations entre la Direction de la Santé, la Commission des Loyers et du Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants ont permis de mettre à disposition un bien immobilier adéquat et les fonds nécessaires aux travaux de transformation et d'aménagement. Les besoins en ressources humaines sont également garanties. Une demande d'autorisation de construction a été introduite auprès de la Ville de Luxembourg en février 2003.

1. L'a.s.b.l. Comité National de Défense Sociale (CNDS), créée en 1966 était à l'origine des premières offres de bas seuil pour des minorités marginalisées au Grand-Duché. Les premières actions entreprises, notamment le développement du travail de rue dans les milieux de la drogue, de la prostitution et de la délinquance remontent à l'année 1985. Le projet dénommé initialement "Camionnette - SZENE KONTAKT " fut créé en 1993 en tant que dispositif d'intervention mobile, placé aux environs de la gare ferroviaire de Luxembourg Ville. Dans une optique de réduction des risques associés à la consommation intraveineuse de drogues, un service plus spécialisé fut ensuite mis en place par l'équipe pluridisciplinaire du projet.

En 1996, le projet a conclu une convention avec le Ministère de la Famille et se voyait par ailleurs subventionné par le Ministère de la Santé.

Le 7 juin 1999 a eu lieu l'inauguration de la structure fixe d'accueil à bas seuil pour consommateurs de drogues et autres groupes marginalisés, nommée "ABRIGADO" située dans les environnements immédiats de la gare ferroviaire. ABRIGADO constitue en quelque sorte l'extension du Projet Camionnette et a remplacé ce dernier tout en le complétant au niveau des services proposés.

L'association ABRIGADO a conclu une convention de collaboration avec le Ministère de la Santé, en vigueur depuis le 1er janvier 2000.

- ▶ Information générale
- ▶ Consultations en matière de problèmes sociaux, psychologiques ou juridiques
- ▶ Orientation vers d'autres services ou institutions
- ▶ Assistance sociale
- ▶ Espace de repos et de protection
- ▶ Prévention du Sida, échange de seringues, distribution de préservatifs
- ▶ Distribution d'eau stérile, d'acide ascorbique et de tampons alcoolisés
- ▶ Soins médicaux élémentaires
- ▶ Vêtements, nourriture et boissons
- ▶ Visites en clinique ou en prison
- ▶ Entretiens personnels

Données statistiques sommaires :

Statistiques du Projet ABRIGADO – SZENE KONTAKT 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE	248	251	232	250	249
NOMBRE TOTAL DE CONTACTS	8.525	10.602	11.834	14.522	16.688 ▲
NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR	34,4	42,2	51	58	66,9 ▲
PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE	+/- 216	215	276	265	237
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR	0,87	0,84	1,2	1,1	0,95
NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES	42.621	55.436	42.924	62.777	80.396 ▲
NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES	37.587	48.747	38.534	56.738	73.207 ▲
TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES	82,2%	88%	89,77%	90,38%	91,05%
POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS	80,64%	86,59%	73,45%	71,56% ▼	d.m.
POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT	48,82%	47,17%	42,7%	45,39% ▲	d.m.
DISTRIBUTION SELON SEXE					
MASCULIN	71,7%	70%	69,57%	69,37%	77,48%
FÉMININ	28,3%	30%	30,43%	30,63%	22,52%
NATIONALITÉ					
LUXEMBOURGEOISE	71,52%	68,84%	68,38%	68,38%	d.m.
ÉTRANGÈRE	29,48%	31,16%	31,62%	31,62%	d.m.
MOTIFS DE DEMANDES LIÉES À LA CONSOMMATION DE DROGUES	87,43%	87,44%	85,5%	84,19%	d.m.
POURCENTAGE DE PROSTITUÉS PARMIS LA CLIENTÈLE FÉMININE	50%	50,63%	46,35%	46,31%	d.m.
SITUATION PÉNALE DES CLIENTS					
JAMAIS EN PRISON	49,49%	50,52%	47,7%	47,21%	d.m.
1 SÉJOUR EN PRISON	22,69%	23,61%	22,03%	21,88%	d.m.
PLUSIEURS SÉJOURS EN PRISON	27,80%	25,87%	30,27%	30,91%	d.m.

Source: CNDS 2002

2. La structure bas-seuil K25 de JDH fonctionne depuis septembre 2000, en tant que lieu d'accueil ouvert au rez-de-chaussée du centre de consultation JDH au 25, rue du Fort Wedell et témoigne d'un taux de contact élevé et croissant.

Missions et services offerts :

- ▶ Prévention de santé:
Echange de seringues, distribution de préservatifs et de lubrifiants, prévention hépatites et sida, orientation aux soins médicaux.
- ▶ Consultations:
Consultations pour problèmes de toxicomanie sans rendez-vous, consultations en cas de difficultés sociales, consultations spécifiques pour femmes, consultations médicales, informations et orientation;
- ▶ Divers:
Buanderie, vestiaire, hygiène corporelle.

Par l'ouverture du K25, une meilleure réponse aux demandes d'aide bas seuil est devenue possible ainsi qu'une meilleure gestion de différents sous-groupes de clients présentant des demandes et profils différents et parfois difficilement compatibles.

Statistiques de la structure Kontakt 25 (JDH) (2000-2002)

	2000	2001	2002
	(4 MOIS)		
Jours d'ouverture	69	249	259
Nombre total de contacts / visites	3.787	15.864	11.531
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56	64	44,5
Nombre de seringues distribuées	9.032	49.105	45.590
Nombre de seringues usées collectées	8.100	47.200	43.620
Taux de retour de seringues usées	90%	96%	96%
Nombre de préservatifs distribués	364	1991	1669
Nombre de feuilles d'aluminium distribuées	/	476	373
Distribution selon sexe	masculin 77,5%	79,8%	80,1%
	féminin 22,5%	20,2%	19,9%

Source: JDH 2002

Dans le cadre de la réduction des risques, le K25 distribue du papier aluminium, afin de favoriser une consommation par fumée de l'héroïne au lieu d'une consommation intra-veineuse, comportant d'avantage de risques de contamination par les hépatites et le Sida. Cette mesure a permis de toucher une clientèle moins avancée dans leur carrière de consommateurs de drogues dures.

Le service fait par ailleurs le relais entre clients et médecins afin de favoriser l'accès aux soins pour les personnes marginalisées.

A signaler que le siège de la Fondation JDH sera délocalisé de son site actuel au cours de l'année 2003, ce qui entraînera une réorganisation de l'offre bas seuil en concertation avec la Direction de la Santé.

3. La Fondation JDH gère le projet nommé "Drogen an AIDS" à Esch-sur-Alzette. Des personnes nécessiteuses, principalement des toxicomanes, ont la possibilité de s'adresser au centre de consultation et peuvent obtenir du matériel d'injection, des préservatifs, profiter des installations sanitaires, faire une lessive et recevoir de la nourriture sans les moindres contraintes administratives.

Statistiques d'admissions du projet "OPPEN DIR" JDH - ESCH/ALZETTE (1997-2002)

	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre total de contacts	1.818	1.676	1.249	1.175	1.317▲
Premières demandes d'aide	181	126	114	101	124▲
Nombre d'entretiens	436	318	377	366	576
Nombre de seringues distribuées	3.068	4.948	3.728	7.108	12.541▲
Nombre de seringues usées collectées	1.400	3.150	2.160	5.490	12.540▲
Taux de retour de seringues usées	46%	64%	58%	77% ▲	100%▲

Source: Fondation JDH. 2002

4. Le centre "Drop In" (Croix-Rouge) pour prostitué(e)s fonctionne depuis 1998. Le centre, qui est conventionné par le Ministère de la Promotion Féminine, offre une série de services à bas seuil dont notamment l'échange de seringues par un agent éducatif, la distribution de préservatifs, soins médicaux et soins personnels.

Statistiques d'admissions du centre Drop IN /Croix-Rouge (2000-2002)

	2000	2001	2002
Nombre de contacts	5.567	4.531	7.670▲
Sexe			
Masculin	78%	84%	83,4%
Féminin	22%	16%	16,6%
Pays d'origine			
Luxembourg	62%	55%	58,1%▲
Portugal	27%	31%	27%
France	4,5%	8%	5,9%
Allemagne	2,5%	1,5%	1%
Pays de l'Est	2%	2,5%	4,5%
Autres	2%	2%	3,5%
Seringues distribuées	36.961	39.122	61.569▲
Retour de seringues	36.046(97%)	37.831 (97%)	59.776 (97%)
Doses NaCL distribuées	36.522	38.611	57.421
Alco-Tips distribués	71.347	79.244	62.014
Doses d'ascorbine distribuées	32.925	38.651	49.258
Filtres distribués	23.457	25.846	39.997
Préservatifs et lubrifiants distribués	2.453	3.621	7.012

Source: Drop-In Croix Rouge 2002

En moyenne le guichet et l'échange de seringues sont ouverts deux heures par journée. La présence d'un médecin une demie-heure par semaine et d'une infirmière 7 (5) heures par semaine permet d'assurer les soins médicaux requis.

II.1.5 PREVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES PARMIS LES USAGERS DE DROGUES

Une des plus importantes actions menées en matière de prévention des maladies infectieuses au sein de la population d'usagers de drogues a débuté en 1993. Il s'agit de la mise en place du **programme national d'échange de seringues**. Actuellement, cinq services spécialisés participent au programme. Par ailleurs cinq distributeurs de seringues ont été placés aux endroits les plus appropriés des différentes villes du Grand-Duché de Luxembourg (Luxembourg Ville, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Differdange et Ettelbrück). Les taux d'utilisation des distributeurs affichent une tendance à la hausse. Entre 1996 et 2002, on retient une augmentation de 247% du nombre de seringues distribuées. Le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du programme est également en hausse. Le tableau ci-après donne un aperçu des quantités de seringues écoulees et re-collectées par les différents services impliqués de 1996 à 2002:

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1996-2002

	SERINGUES DISTRIBUÉES						SERINGUES USÉES COLLECTÉES					
	1996	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1998	1999	2000	2001	2002
JDH, ESCH s/ ALZETTE												
STREETWORK	122	58	159									
CONSULTATION	854	3.068	4.948	3.728	7.108	12.541 ▲	360 (42%)	1.400 (46%)	3.150 (64%)	2.160 (58%)	5.490 (77%)	12.540 ▲ (100%)
JDH LUXEMBOURG-VILLE-K25												
	6.801	16.800	28.000	34.532	49.105	61.150 ▲	5.000 (74%)	7.660 (46%)	17.700 (62,5%)	26.560 (77%)	47.200 (96%)	56.048 ▲ (92%)
OPPEN DIR, ESCH s/A. (Réseau PSY)												
	2.829	3.849	8.722	8.157	6.527	12.059 ▲	1.696 (60%)	2.439 (63%)	7.479 (88%)	7.225 (88,5%)	5.557 (85%)	8.150 ▲ (68%)
CNDS-ABRIGADO												
	22.729	42.621	55.436	42.924	62.777	80.396 ▲	20.090 (88%)	37.587 (88%)	48.747 (88%)	38.534 (89,5%)	56.738 (90%)	73.207 ▲ (91%)
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES												
	42.924	43.347	55.671	63.111	59.790	36.881 ▼	1.500 (3,5%)	1.800 (4%)	1.300 (2%)	2.100 (3,3%)	2.700 (4,5%)	1.900 ▼ (5%)
DROP-IN (CROIX-ROUGE)												
			21.372	36.961	39.122	61.569 ▲			20.388 (95,4%)	36.046 (97,5%)	37.831 (97%)	59.776 ▲ (97%)
TOTAL	76.259	109.743	174.558	189.413	224.609	264.596	28.646 (38%)	58.886 (46%)	98.764 (57%)	112.625 (59%)	155.516 (69%)	211.621 (80%) ▲

Source: RELIS 2002

A titre d'information, on peut citer les statistiques officielles de l'**AIDSBERÔDUNG (CROIX ROUGE)**, un des principaux lieux d'accueil et d'information en matière de HIV et de sida. Au courant de l'année 2002, 276 (270) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 145 (115) vivaient avec le HIV/sida. Parmi les personnes vivant avec le HIV/Sida, 41% (40%) ont rapporté être des hommes homosexuels, 39% (34%) des hétérosexuels, 18% (26%) des usagers de drogues. Le sex-ratio était de 72%/28% (74%/26%) en faveur des hommes. 26% (23%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 2002.

Le Comité de Surveillance du Sida ainsi que le Laboratoire de Retrovirologie du CRP-Santé et l'Inspection Sanitaire de la Direction de la Santé fournissent les données de prévalence sur les infections HIV et les infections par hépatites virales.

En 2002, 33 nouvelles infections ont été diagnostiquées. En total de 1985 à 2002, 542 personnes (427hommes et 115 femmes) ont été infectés par le virus HIV.

Tableau II.1.5.1 Nombre d'usagers intraveineux de drogues (UIDs) parmi les personnes infectées par le HIV

ANNEE	TOTAL		HOMMES		FEMMES	
	N	% UIDs/ HIV	N	% UIDs/ HIV	N	% UIDs/ HIV
1984	0	0	0	0	0	0
1985	7	30,4	6	28,6	1	50,0
1986	9	30,0	6	24,0	3	60,0
1987	7	21,2	5	17,2	2	50,0
1988	6	24,0	4	22,2	2	28,5
1989	2	8,3	2	10,0	0	0
1990	1	5,0	1	5,6	0	0
1991	4	12,5	4	18,2	0	0
1992	11	28,2	7	24,1	4	40,0
1993	5	15,6	3	14,2	2	18,2
1994	1	3,8	0	0,0	1	33,3
1995	3	10,1	3	13,0	0	0
1996	2	7,4	2	10,0	0	0
1997	3	11,5	3	13,0	0	33,3
1998	7	23,3	6	25,0	1	16,7
1999	6	20,6	4	17,4	2	33,3
2000	2	2,3	1	3	1	10
2001	7	17,5	7	26	0	0
2002	5	15,5	5	15,5	0	0
TOTAL	88	16,2	61	14,3	19	16,5

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé 2002

**Tableau II.1.5.2 Mode de transmission du HIV
(Nouveaux cas déclarés. Statut: vivant)**

ANNEE	1984-95	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	153 48,7	12 45	15 58	10 34	10 34	17 39	11 27,5	14 42,5	242 44,6
UIDs	56 17,8	2 7	3 11	7 23	6 21	2 2	7 17,5	5 15	88 16,2
HÉTÉROSEXUEL(S)	66 21	11 41	8 31	7 23	9 31	21 43	19 47,5	14 42,5	155 28,5
TRANSFUSIONS SANGUINES	16 5							0	16 2,9
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1 0,3			1 3				0	2 0,4
INCONNU	22 7	2 7	0 0	5 17	4 14	4 16	3 7,5	0	40 7,4
TOTAL	314	27	26	30	29	44	40	33	543

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé 2002

Tableau II.1.5.3 Mode de transmission du HIV (cas sida confirmés)

ANNEE	1985-94	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL	
										N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	46	10	5	5	4	2	5	1	2	80	49,4
UIDs	16		3	2	3	1	1	2	0	28	17,3
HÉTÉROSEXUEL(S)	13	5	3	3			2	3	4	0	33 20,4
TRANSFUSIONS SANGUINES	6		2		1					0	9 5,5
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1									0	1 0,6
INCONNU	8				1		1	1	0	11	6,8
TOTAL	90	15	13	10	9	5	10	8	2	162	100
DECES DECLARES	59	7	4	4	5	5	4	4	6	98	

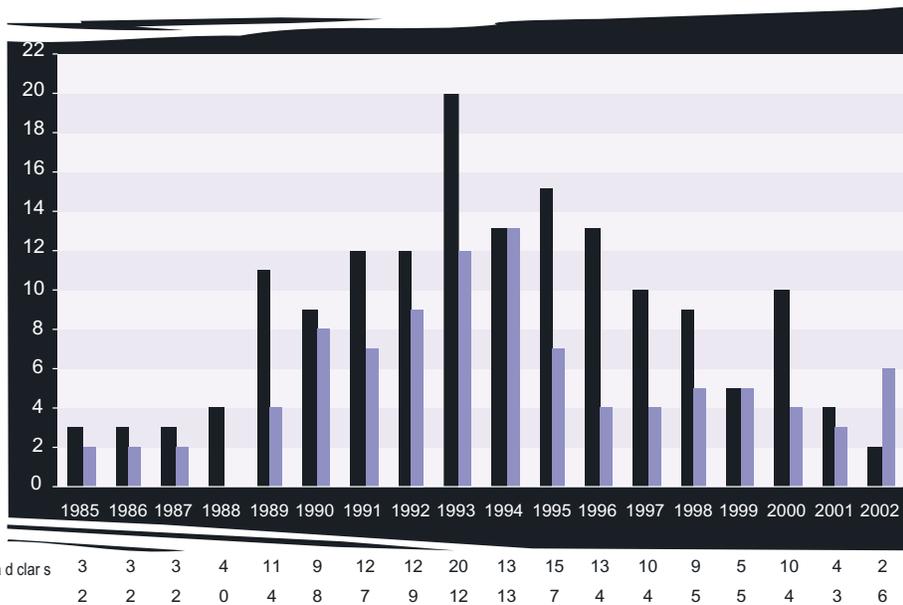
Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 2002

Tableau II.1.5.4 Pourcentage des cas de SIDA par catégorie de transmission sur le total cumulé des cas*, 1981-2001 (U.E.)

	Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)	Contacts hétérosexuels	Hommes homosexuels/bisexuels	De mère à enfant	Hommes homosexuels/bisexuels et UDVI	Hémophilie et trouble de la coagulation	Transfusés
UE15	39,4	17,6	32,6	1,3	1,4	1,5	1,6
BELGIQUE	6,5	45,4	36,3	3,8	0,5	0,5	4,4
DANEMARK	8,1	18,7	64,2	0,8	0,8	1,8	1,3
ALLEMAGNE	14,1	8,6	63,5	0,5	1,4	2,8	1,5
GRÈCE	3,8	18,1	56,5	0,9	0,8	5,2	2,7
ESPAGNE	63,4	13,3	13,7	1,4	1,5	1,2	0,6
FRANCE	22,6	21,8	42,9	1,2	1,1	1,1	3,4
IRLANDE	39,4	14,0	34,8	3,5	1,4	4,6	0,4
ITALIE	59,2	17,6	15,6	1,4	1,8	0,7	0,9
LUXEMBOURG	16,7	19,2	50,6	0,6	0,6	2,6	3,2
PAYS-BAS	10,8	16,1	67,4	0,7	0,8	1,3	1,0
AUTRICHE	24,6	15,3	37,2	1,2	0,9	3,8	2,1
PORTUGAL	49,9	27,8	15,6	0,8	1,0	0,7	1,4
FINLANDE	3,9	26,2	62,7	0,9	N.D.	0,3	2,4
SUÈDE	11,2	25,2	55,8	0,9	N.D.	2,3	3,0
ROYAUME-UNI	6,2	20,7	63,4	2,3	1,7	3,7	0,9

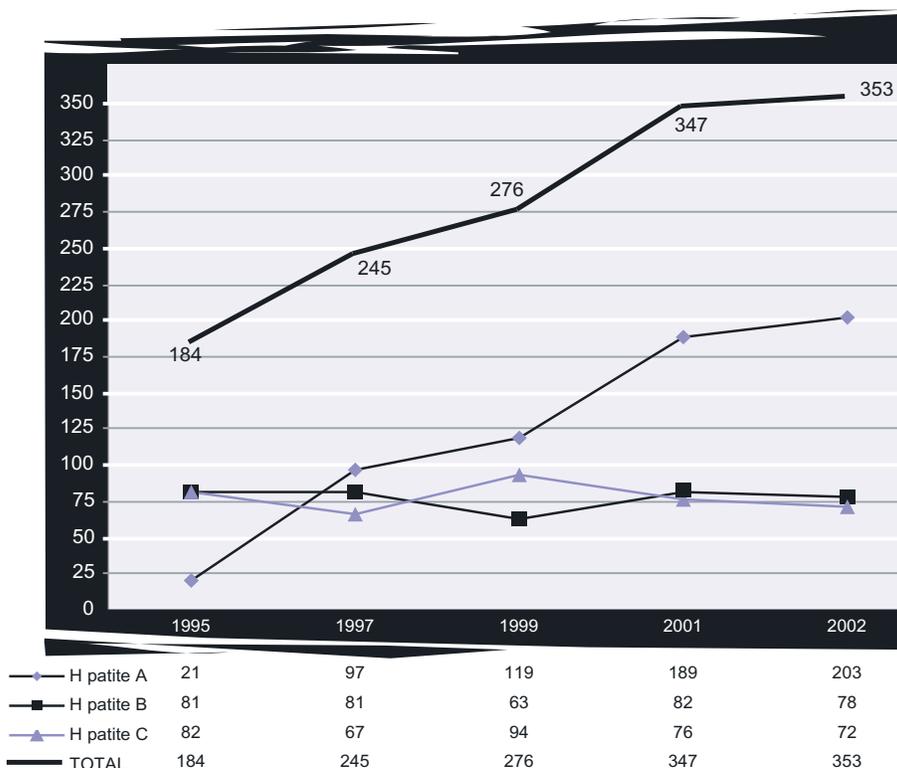
Source : EUROSTAT (2001) n.d. : Données non disponibles *Total non ajusté des délais de déclaration
 Certaines catégories de transmission peu fréquentes et les cas ne permettant pas d'identifier la catégorie ne sont pas présentés dans ce tableau. Ceci explique que le total des pourcentages par État membre n'atteint pas 100%.

Fig. II.1.5.5 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1985-2002)



D'autres actions de prévention, à caractère plus local, peuvent être citées telles que la prise de contact au sein du milieu des prostitué(e)s, dans le but de leur proposer des tests de dépistage du virus HIV et/ou de l'hépatite. Ces activités, plus spécifiques, sont dorénavant développées dans le cadre des activités du centre "Drop In" pour prostitué(e)s, mentionné plus en avant.

Fig. II.1.5.6 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand - Duché de Luxembourg (1995-2002)



Source: Division de l'Inspection Sanitaire. Direction de la Santé. 2002

Dans le cadre du plan d'action drogues 2000-2004 du Ministère de la Santé, **le point focal OEDT** a mis en œuvre un plan de Recherche – Action intitulé « Prévalence et propagation de l'hépatite virale C (HCV) et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite (UPD). Dépistage, prise en charge et réduction des risques et dommages ».

Le plan de recherche repose sur cinq axes prioritaires:

- 1° Dépistage individualisé du HCV et du HIV au sein de la population des UPD.
- 2° Estimation de la prévalence et de l'incidence du HCV et HIV parmi la population cible.
- 3° Orientation des personnes infectées vers des structures adéquates de prise en charge.
- 4° Analyse du lien entre comportements à risque et infection au HCV et HIV.
- 5° Analyse de l'efficacité des stratégies actuelles de prévention et de réduction de risques/dommages.

Les résultats escomptés sont :

- 1° Contact avec une population difficilement accessible par le biais d'une offre tangible et individualisée. Création d'un espace d'opportunité pour transmettre le message préventif, de promouvoir la réduction des risques et d'envisager avec le demandeur une prise en charge plus soutenue. Connaissance par l'utilisateur lui-même de sa sérologie HCV et HIV. Réduction des risques et dommages pour l'utilisateur et son entourage.
- 2° Données de prévalence valides qui permettent de mesurer l'ampleur réelle et la progression du HCV et du HIV parmi la population cible.
- 3° Diagnostic précoce et réduction des dommages causés par le développement des maladies respectives, suivi médical, augmentation de la qualité de la vie et, dans le meilleur des cas, prolongation de la durée de vie des personnes concernées.
- 4° Des données qualitatives devront permettre de déterminer des facteurs à risques et des facteurs protecteurs face à l'infection au HCV et au HIV, à intégrer dans la conceptualisation des stratégies de prévention et de réduction des risques.
- 5° Les données de prévalence et d'incidence constituent une base valide à l'évaluation de l'impact des stratégies d'intervention passées et futures.

6° Selon les ressources disponibles, les axes prioritaires seront complétés par des interventions de type vaccination contre l'hépatite B et A (VHB /VHA), permanences médicales, etc..

7° Recommandations pour la mise en place d'un réseau permanent d'observation et d'intervention en matière de maladies infectieuses au sein de la population cible.

Le financement du projet est assuré par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. En septembre 2002 le Comité National d'Éthique de la Recherche (CNER) a avisé le projet favorablement. Le projet a débuté le 1er août 2003 et impliquera tous les acteurs de terrain compétents.

II.1.6 TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le nombre de places d'encadrement offertes par le programme est passé de 30 en 1993, à 151 en 2002 (stable). Initialement, le programme se limitait à la ville de Luxembourg et aux environs immédiats. Depuis 1994, d'importants efforts ont été déployés afin de régionaliser le programme en question en collaboration avec des médecins prescripteurs agréés et de pharmaciens distributeurs.

La prescription de méthadone liquide s'inscrit dans le cadre d'un traitement à long terme dont l'objectif final demeure l'abstinence, bien que pour un certain nombre de patients, il y a lieu de parler d'un encadrement de maintenance ou de stabilisation. Depuis le début de l'année 2000, la prescription de buphrénorphine est également pratiquée selon indication pour certains patients admis au programme.

Les critères d'admission en vigueur depuis 1998 sont les suivantes:

- ▶ Age supérieur à 18 ans
- ▶ Résident du Grand-Duché de Luxembourg
- ▶ Toxicodépendance confirmée (DSM IV, analyses d'urine)
- ▶ Plusieurs tentatives de sevrage non concluantes
- ▶ Admission prioritaire pour femmes enceintes et personnes HIV séropositives

A retenir enfin que la fondation JDH, en collaboration avec le Centre de Recherche Henri-Tudor, a développé un logiciel d'évaluation, opérationnel depuis la fin de l'année 1998 et mis à jour en 2000. Le rapport d'évaluation le plus récent date de septembre 2003.

Statistiques du Programme Méthadone (JDH) 1997-2002

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE PARTICIPANTS		158	186	164	158	158	151
DISTRIBUTION SELON SEXE							
	MASCULIN	68%	70,5%	64%	66%	68%	67,5%
	FÉMININ	32%	29,5%	36%	34%	32%	32,5%
NATIONALITÉ							
	LUXEMBOURG	73%	74%	76%	73%	75%	70,5%
	PORTUGAL	13%	13%	13%	16%	15%	20,5%
	ITALIE	6%	5%	5%	4%	3%	4%
	FRANCE	4%	3%	2%	3%	2%	2%
	BELGIQUE	1%	1,5%	1%		1%	1%
	CAP-VERT	1%	1,5%	2%	1%	1%	
	ESPAGNE	1%	1%	0,5%			
	ALLEMAGNE		1%	0,5%	3%	2%	2%
	Ex-Yougoslavie	1%				1%	1%
DISTRIBUTION D'ÂGE							
	< 20	d.m.	0,5%				
	20-24	d.m.	10,5%	11%	8%	3%	3% ▼
	25-29	d.m.	29%	25,5%	28%	22%	24%
	30-34	d.m.	33%	32%	29%	32%	31%
	35-39	d.m.	18%	20,5%	23%	27%	29% ▲
	≥ 40	d.m.	9%	11%	12%	16%	13%
DURÉE DE TOXICODÉPENDANCE							
	< 3 ANS	1%	2%	2%	3%	3%	d.m.
	3-5 ANS	16%	16%	17%	6%	6%	
	6-10 ANS	42%	46%	45%	31%	31%	
	11-15 ANS	28%	24%	24%	27%	27%	
	>15 ANS	13%	12%	12%	32%	32%	
	Inconnu				1%	1%	
PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE							
	Sud	47%	44,5%	48%	45%	43%	44%
	Luxembourg Ville (+alentours)	30%	29%	24%	32%	34%	35%
	Nord	16%	22%	23%	20%	20%	20%
	Est	6%	4%	5%	3%	3%	1%
	Ouest	1%	0,5%				
MOTIFS DE SORTIE							
	Abandons	d.m.	54%	62,5%	68%	49%	59%
	Traitement à terme	d.m.	22%	16%	13%	16%	14%
	Cures résidentielles						
	Prison	d.m.	15%	9%	10%	5%	5%
	Décès	d.m.					
	Exclusion	d.m.	3,5%	7%	3%	10%	5%
	Tranfert		3,5%		3%	5%	4%
	Convenance		2%	5,5%	3%	10%	4%
	Autres					5%	9%

Source: Fondation JDH 2002

Une première évaluation du programme méthadone a été entreprise en 1995. En 1998, JDH, avec le support du PFN, a commandité la création d'un logiciel statistique de gestion des données d'admissions. En 2000 une deuxième évaluation à caractère scientifique et basée sur les données fournies par le logiciel en question fut entreprise par un consultant extérieur.

Les principaux résultats de l'évaluation qui porte sur les années 1993 à 2000 (Dellucci 2001) se résument comme suit :

- ▶ accroissement du nombre de patients féminins au cours de la période évaluée;
- ▶ la grande majorité des patients passent en moyenne entre 1 et 2 ans au programme. Depuis 1999, on observe une augmentation au niveau de la proportion d'anciens clients;
- ▶ les patients d'origine portugaise représentent le principal groupe de clients non-luxembourgeois;
- ▶ augmentation du nombre de patients originaires de la région du nord du pays ce qui a été confirmé par les données RELIS sur l'ensemble des usagers problématiques de drogues;
- ▶ amélioration de la situation de logement des patients en comparaison à la population totale d'usagers problématiques de drogues;
- ▶ augmentation de la proportion de patients en situation de dépendance sociale.

Parallèlement au programme méthadone conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important d'usagers se voient prescrits un **traitement de substitution par le réseau de médecine libérale** soit en attente de leur entrée au programme, soit dans le but d'une désintoxication ou d'une maintenance bas-seuil hors programme. Les données fournies par l'Union des Caisses de Maladie permettent d'esquisser l'envergure du nombre de personnes qui ont bénéficié de 1999 à 2002 d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs.

<u>ANNÉE</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>
Nombre de patients bénéficiaires	745	844	849	820
Nombre de médecins prescripteurs	125	145	147	157

Source : Union des Caisses de Maladie 2002

Etat de la législation :

La loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie institue légalement **le traitement de la toxicomanie par substitution**. Ladite loi stipule : « *Les modalités de ce programme sont précisées par un règlement grand-ducal, qui déterminera notamment les critères d'admission des toxicomanes audit programme ainsi que le suivi psychosocial des toxicomanes pris en charge. Ce règlement prévoira un agrément des médecins admis à prescrire dans le cadre du programme des substances, préparations ou médicaments à des fins de traitement par substitution de la toxicomanie. Ce règlement déterminera la liste des médicaments, ainsi que la liste des substances actives pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales, susceptibles d'être prescrites dans le cadre du programme en question* ».

Le 12 février 2002 est entré en vigueur le **règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution**. Outre l'introduction d'un agrément à demander par les médecins prescripteurs et la définition des conditions à remplir, le règlement liste les substances susceptibles d'être prescrites dans le cadre du traitement de substitution et prévoit la mise en place d'une commission de surveillance chargée de garantir le respect des dispositions dudit règlement. A préciser que l'augmentation des ressources humaines à affecter aux structures de traitement par substitution ont été entreprises dans le cadre de l'exécution du plan d'action 2000-2004. Actuellement la commission de surveillance œuvre à la mise en place d'un **registre national du traitement de substitution** qui devra être fonctionnel en début 2004.

II.1.7 SERVICES RESIDENTIELS DE DESINTOXICATION

Cinq hôpitaux régionaux offrent des services de désintoxication physique (sevrage) par le biais de leurs services psychiatriques respectifs. L'unité de désintoxication présentant la plus grande capacité d'accueil spécialisé se trouve au sein d'un département spécialisé (BU V) du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP). Les services psychiatriques hospitaliers cités sont situés à Luxembourg-Ville, Esch-sur-Alzette et à Ettelbrück. En ce qui concerne le BU V, les interventions médicales et psychothérapeutiques qui y sont assurées visent à surveiller et à faciliter les sevrages physiques dans le cadre d'un programme de désintoxication à court terme. La plupart des patients désintoxiqués sont ensuite orientés vers d'autres institutions thérapeutiques plus spécialisées. Les statistiques d'admission des autres services de désintoxication, implantés dans les services psychiatriques au sein de quatre hôpitaux généraux, sont à consulter au chapitre II.4.3.

Statistiques du BU-V du CHNP 1997-2002

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE D'ADMISSIONS		226	251	272	247	242	249
NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS			70	62	66	47	57 ▲
NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)			158	155	161	153	158
DISTRIBUTION							
SELON SEXE	MASCULIN	72%	80,5%	70%	76%	77%	73,5%
	FÉMININ	28%	19,5%	30%	24%	23%	26,5%
DISTRIBUTION D'ÂGE	< 15	1%	0,20%	0%	1%	0%	0%
	15-19	1%	4,80%	8%	4%	5%	8%
	20-24	31%	24%	23%	22%	17,5%	22,7%
	25-29	25%	32%	32%	31%	27,5%	29,7%
	30-34	26%	21%	25%	24%	23,5%	20,8%
	35-39	13%	16%	9%	13%	16,5%	13,9%
	≥ 40	3%	2%	3%	5%	10%	4,4%
ORIENTATION POST SEVRAGE							
	RETOUR AU DOMICILE	42%	23%	25%	12%	50,3%	35,4%
	RETOUR À LA SCÈNE	29%	46%	31%	35%	19,7%	20,1%
	RETOUR SCÈNE OU DOMICILE			20%	23%	2%	22,9%
	INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE LUX	11%	12%	9%	9%	5,2%	10,1%
	INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE À L'ÉTRANGER	10%	10%	6%	16%	13%	5%
	INSTITUTION / FOYER	5%	3%	4%	4%	5,8%	3,2%
	AUTRE	3%	6%	5%	1%	4%	2,8%

Source: CHNP - RELIS 2002

II.1.8 LES SERVICES EXTRAHOSPITALIERS

Structures de consultation et d'accueil

Le principal centre de consultation pour toxicomanes issu du secteur extrahospitalier a déjà été mentionné; il s'agit de la Fondation JDH. Son offre couvre des interventions thérapeutiques à court, à moyen et à long terme, des interventions de crise, une assistance sociale et des entretiens d'orientation et de conseil. JDH coordonne par ailleurs le programme national de substitution par la méthadone. Le siège central de JDH, qui se trouve à Luxembourg Ville, dispose également d'antennes dans le sud du pays à Esch-sur-Alzette et, depuis février 1998, dans le nord, à Ettelbrück. Depuis 2000, JDH a conclu une convention unique avec le Ministère de la Santé. A la date du 1er janvier 2002, JDH disposait de 15,5 postes plein temps pour couvrir la totalité des activités.

Statistiques du centre de consultation JDH de Luxembourg -Ville 1997-2001

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES		244	270	299	300	279	317
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS		120	130	180	196	174	216
DISTRIBUTION							
SELON SEXE	MASCULIN	68%	70%	70%	62%	55,5%	55,5%
	FÉMININ	32%	30%	30%	38%	44,5%	42,5%
NOMBRE							
DE CONSULTATIONS	INDIVIDUELLES	534	654	628	655	756	709
	COUPLE/FAMILLE	167	175	241	199	142	220
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)		72	77	92	70	52	39
DISTRIBUTION D'ÂGE							
	< 20 ANS	4%	10%	11%	12,5%	11%	9%
	20-24 ANS	21%	20,5%	24,5%	18%	16%	21,5%
	25-29 ANS	25%	23,5%	23%	23%	17%	17,5%
	30-34 ANS	23%	22%	17,5%	15,5%	14,5%	13,5%
	35-39 ANS	14%	9%	8,5%	9%	20%	18%
	≥ 40 ANS	12%	13,5%	13%	19%	17,5%	18,5%
	ÂGE INCONNU	1%	1,5%	2,5%	3%	4%	2%
MOTIFS DE DEMANDE							
ABUS D'OPIACÉS/POLYTOXICOMANIE		72%	71%	69%	59%	52,5%	51%
TOXICOMANIE D'UN PROCHE		13%	12%	10,5%	20,5%	27,5%	22,5%
PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX/PSYCHIATRIQUES		7%	9%	9%	3,5%	4,5%	4%
POST-CURES		2%	2%	1,5%	1%	1%	1%
ABUS D'ALCOOL		2%	0,5%	0,5%	2%	1,5%	5%
CANNABIS		1%	3,5%	3,5%	11%	9,5%	11,5%
AMPHÉTAMINES/COCAÏNE/LSD/ECSTASY		1%		2,5%	1,5%	2,5%	4%
DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES		1%	0,5%	0,5%	1,5%	1%	1%
AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)							

Source: Fondation JDH. 2002

Statistiques du centre de consultation JDH de Esch-sur-Alzette 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
NOMBRE DE CLIENTS	166	183	169	165	199	206	
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS AUPRÈS DE JDHE	59 (36%)	64 (35%)	54 (32%)	60 (36%)	123 (62%)	112 (54)	
NOMBRE DE CLIENTS SANS CONTACT AVEC AUTRES SERVICES DE JDH		48(75%)	42 (78%)	48 (80%)	87 (79%)	96 (86%)	
DISTRIBUTION							
SELON SEXE	MASCULIN	62%	62%	57%	54,5%	58%	64%
	FÉMININ	38%	38%	43%	45,5%	42%	36%
NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES ET FAMILIALES)							
	883	974	965	917	829	809	
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)							
	173	245	148	77	53	71 ▲	
DISTRIBUTION D'ÂGE							
	< 15 ANS			0,5%	1,5%		
	15-20 ANS	6%	7%	5%	8%	3%	4,5%
	20-30 ANS	48%	43%	46%	32%	33%	33%
	>30 ANS	46%	50%	49%	59,5%	62,5%	62,5%

Source: Fondation JDH 2002

Structures résidentielles, communautés thérapeutiques

Au niveau national, il existe un seul centre thérapeutique résidentiel pour personnes toxicomanes, situé à Manternach (Est). Le **Centre Thérapeutique de Manternach (CTM)**, en tant que annexe du CHNP, est conçu pour gérer de façon optimisée une capacité de 18 lits. Depuis le début 2003, le CTM affiche un taux d'occupation moyen de 17.9 lits. Il convient d'ajouter que le CTM dispose d'une série de lits supplémentaires pour gérer des situations de crise ou pour pouvoir réagir aux aléas des procédures d'admission.

Le concept thérapeutique se base sur l'entraide, la prise de responsabilité par étapes et le développement du contrôle de soi. Outre le travail orienté vers l'abstinence à moyen et long terme, le CTM admet également des client(e)s traité(e)s à la méthadone/méphenon.

Le programme thérapeutique du centre prévoit une évolution progressive en trois phases:

- 1. la phase "motivation"**
- 2. la phase "développement"**
- 3. la phase "réintégration"**

La mission du centre est de garantir aux pensionnaires toxicomanes un traitement psychothérapeutique. Les thérapies familiales, individuelles et de groupe sont garanties par une équipe pluridisciplinaire et se basent sur des aspects psychosociaux et ergothérapeutiques.

Outre les interventions strictement thérapeutiques, le centre offre la possibilité aux résidents de suivre des formations dans plusieurs domaines professionnels. La finalité du centre est d'encadrer psychologiquement les résidents et de promouvoir leur réintégration socioprofessionnelle à moyen terme. Un des piliers de cet effort de réintégration est la qualité des formations professionnelles proposées et la collaboration avec un réseau d'employeurs disposés à engager des ex-toxicomanes et enfin une assistance sociale de qualité dont un des buts est d'organiser avec le patient un logement adéquat lors de la dernière phase thérapeutique.

Un nombre de plus en plus élevé de toxicomanes admis au CTM présente des lacunes au niveau de la formation scolaire (orthographe et arithmétique). Pour remédier à cette situation, le CTM organise depuis 1998, sous la guidance d'une institutrice diplômée, des cours hebdomadaires d'enseignement primaire.

**Statistiques du Centre Thérapeutique de Manternach - Syrdallschlass
(1997-2002)**

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)		55	55	59	56	52	52
NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)			39	47	43	34	57
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)		36	37	40	37	31	33
OCCUPATION MOYENNE MENSUELLE				20,1	21,6	21,1	
JOURNÉES DE PRÉSENCE DES PATIENTS		6.580	8.101	7.348	7.910	7.709	6.543
DISTRIBUTION SELON SEXE							
	MASCULIN	82%	87,5%	77,9%	75%	86,5%	74,9%
	FÉMININ	18%	12,5%	22,1%	25%	13,5%	25,1%
DISTRIBUTION D'ÂGE.							
	< 20	6,5%	7,2%	3,4%	8,9%	3,9%	6%
	20-25	43,5%	35,7%	32,2%	26,8%	15,4%	22,4%
	26-30	25,8%	23,2%	25,4%	35,7%	44,2%	31,3%
	> 30	24,2%	33,9%	39%	28,6%	36,5%	40,3% ▲
NATIONALITÉ							
	LUXEMBOURG	69,4%	66%	64,4%	73,2%	69,8%	73,1%
	PORTUGAL	9,7%	12,4%	18,6%	8,9%	7,7%	11,9%
	ITALIE	6,5%	8,9%	6,8%	5,4%	15,4%	4,5%
	ESPAGNE		3,6%	3,4%	7,1%	3,9%	3%
	ALLEMAGNE	4,8%		1,7%	1,8%	1,9%	3%
	FRANCE	4,8%	1,8%	1,7%	1,8%		3%
	BELGIQUE	1,6%	1,8%	1,7%			
	EX-YOUGOSLAVIE	1,6%	1,8%		1,8%	1,9%	1,5%
	MAROC		1,8%				
	APATRIDE	1,6%	1,9%	1,7%			
ETAT CIVIL							
	CÉLIBATAIRE	82,3%	85,7%	81,3%	87,5%	80,8%	85%
	MARIÉ(E)	1,6%	3,6%	8,5%	3,5%	5,8%	7,5%
	SÉPARÉ(E)	3,2%	1,9%	3,4%	1,8%		4,5%
	DIVORCÉ(E)	12,9%	8,8%	6,8%	5,4%	9,6%	3%
	VEUF(VE)				1,8%	1,9%	

Source: CTM. 2002

Les structures d'accueil pour mineurs d'âge

Créé en 1996 et conventionné de 1997 à 1999 par le Ministère de la Famille, le projet "**MSF -SOLIDARITE JEUNES**" (Médecins Sans Frontières) se situe au point d'articulation des domaines sanitaire et judiciaire. Le projet s'adresse à tous les jeunes consommateurs de drogues licites et illicites de moins de 18 ans et à leurs familles ayant des difficultés avec les instances institutionnelles, et s'efforce de constituer un réseau de collaboration entre les institutions sanitaires et judiciaires afin de faciliter la réinsertion de jeunes en difficultés. Dans le cadre de la collaboration avec les institutions stationnaires, MSF-SOLIDARITE JEUNES offre des formations destinées aux intervenants socio-éducatifs travaillant dans les foyers et centres d'accueil.

En date du 1er janvier 2000 fut conclue une convention de collaboration unique entre MSF-SOLIDARITE JEUNES et le Ministère de la Santé qui porte sur trois postes de psychologues plein temps.

Statistiques du projet MSF-SOLIDARITE JEUNES 1997 - 2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE CLIENTS	27	46	99	132	195	208 ▲
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS	d.m	35	70	91	141	141
DISTRIBUTION SELON LE SEXE						
FÉMININ	26%	28%	26,3%	34,1%	32,3%	34,1%
MASCULIN	74%	72%	73,7%	65,9%	67,7%	65,9%
DISTRIBUTION SELON L'ÂGE						
< 15	7%	11%	16,1%	12,9%	13,8%	17,8% ▲
15-18	82%	81%	73,8%	74,3%	80,9%	71,6%
> 18	11%	8%	10,1%	12,9%	11,3%	10,6%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE						
CANNABIS	45%	49%	65,7%	78%	72,3%	82,2%
HÉROÏNE	33%	22%	21,2%	12,9%	7,2%	2,4% ▼
SOLVANTS VOLATILES	7%	11%	5,1%	1,5%	0,5%	0,5%
ECSTASY	4%	12%	3%	3,8%	3,6%	1% ▼
COCAÏNE		3%	1%		2,6%	1% ▼
LSD	4%	3%	1%			
AUTRE	7%		3%	3,1%	13,8% ▲	12,9%

Source: Solidarité Jeunes (MSF). 2002

II.1.9 LES SUIVIS EN POSTCURE

La gestion de **la maison de postcure** qui a ouvert ses portes en 1995, incombe à la Fondation JDH et au CTM, et se trouve sous la tutelle du Ministère de la Santé. La population se compose principalement de patients ayant suivi à terme le programme thérapeutique du CTM. Le centre en question dispose d'une capacité d'accueil de 7 personnes qui peuvent profiter d'un logement et d'un encadrement psychologique pour une durée de 6 à 12 mois. A ce stade, la plupart des résidents disposent d'une occupation professionnelle. Le centre de postcure représente en quelque sorte la dernière étape d'un processus de réhabilitation, qui dans beaucoup de cas, va de la désintoxication d'urgence à la réintégration socioprofessionnelle. En 2002, 5 (10) personnes ont séjourné dans la maison de post-cure pour un total de 900 (1.306) jours de présence.

II.1.10 INTERVENTIONS DE REINTEGRATION SOCIOPROFESSIONELLE

Outre les activités de formation et de réinsertion proposées par le CTM dans le cadre du programme thérapeutique, il convient de mentionner la création d'un service spécialisé au sein de la Fondation JDH, retenu par le plan d'action 2000-2004 et promu par le service AST de la Direction de la Santé.

A partir du septembre 2000, la JDH a en effet démarré un projet d'aide à la réinsertion par le logement, nommé « **le projet niches** ». Ce projet a pris son point de départ à partir de la constatation qu'un certain nombre de personnes en voie de rétablissement ne disposent pas des ressources nécessaires pour se procurer un logement convenable, facteur essentiel de stabilisation à un certain stade du processus de réintégration.

Le projet fonctionne de la manière suivante: la Fondation loue des studios ou appartements, se porte garant pour le loyer et sous-loue les biens immobiliers aux clients concernés. Un fonds de roulement d'un million Flux, servant aux avances de loyer a été mis à disposition par le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants. Les frais courants sont reportés sur les sous-locataires. Un suivi psychosocial est garanti, défini de manière individuelle selon les besoins constatés.

Le premier défi consistait à trouver des propriétaires ou agences disposés à louer à une clientèle généralement marginalisée. Une campagne d'information auprès de la presse et des agences immobilières a porté ses fruits; des relations de confiance ont pu être établies.

Ensuite, il s'agissait de trouver des objets convenables, mais abordables pour des personnes à revenu modeste. A noter que des formes de soutien tout à fait différentes peuvent s'avérer nécessaires selon le cas: aide pratique, aide financière ou aide psychosociale.

Durant l'année 2002, 11 appartements/studios ont été en location. La durée de mise à disposition est en longue en règle générale étant donné qu'une grande majorité de clients occupent toujours le premier logement fourni par la fondation JDH.

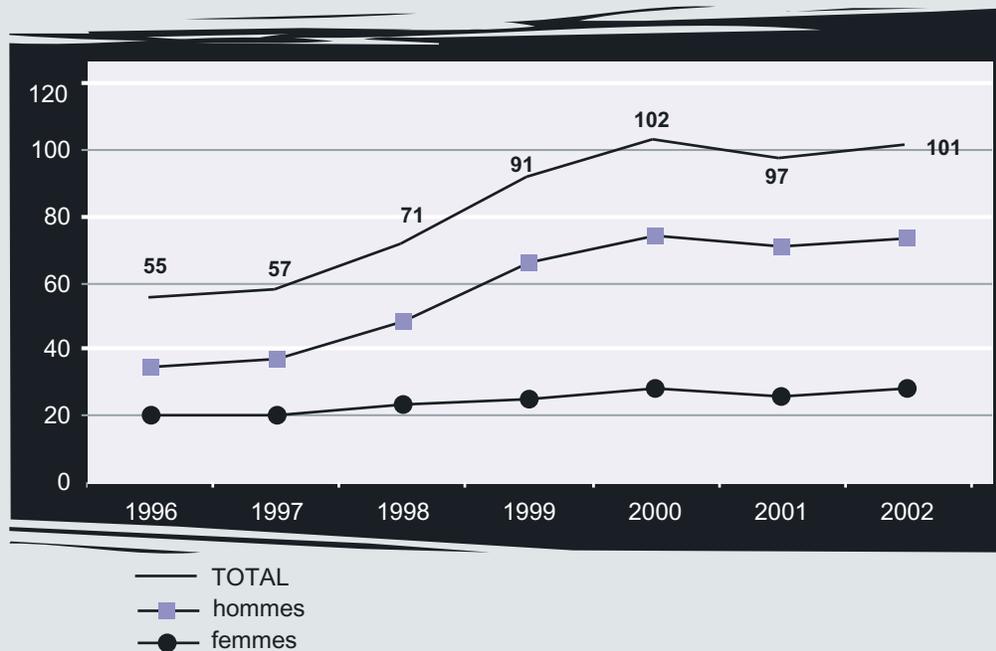
II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1996 à 2002:

GROUPE D'ÂGE	(96)	(97)	(98)	(99)	(00)	(01)	(02)	HOMMES (02)		FEMMES (02)	
	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
< 20 ANS					3	3	5	3	3	2	2
20 À 25 ANS					33	26	33	23	22,7	10	9,9
> 25 ANS					66	68	63	47	46,6	16	15,8
TOTAL	55	57	71	91	102	97	101	73	72,3	28	27,7
Age moyen					27,9	29,5	28		29		27

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2002.

Fig. II.1.11 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2002.



Source : Administration du Contrôle Médical Exercices 1996/2002

II.1.12 LE TRAITEMENT EN MILIEU CARCERAL

- Statistiques des entrées au CPL et CPG

Le tableau ci-après reprend le nombre de détenus nouvellement admis aux établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg pour infraction(s) au code "DELIT-STUP" couvrant la période de 1989 à 2002. Au 31 décembre 2002, la population carcérale totale s'élevait à 391 détenus. Au total on comptait 794 nouvelles entrées. On observait de 1996 à 2002, une diminution importante de la proportion de détenus admis aux centres pénitentiaires pour des motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

ANNEE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)						713	685	858	796	859	767	641	794
NOUVELLES ENTRÉES "STUP"	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101
						41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%

Source: Administration pénitentiaire. 2002

L'article 9 de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire, prévoit la création d'une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes (...). Un projet de concept élaboré par la direction du CPL a été soumis au ministre de la Justice fin 1999 et fut avisé par le ministre de la Santé.

Conjointement, un groupe d'experts mandaté par le ministre de la Justice a soumis une proposition de projet pilote s'étalant de 2000 à 2005 qui vise la prise en charge globale des détenus toxicomanes, couplé à un programme de prévention primaire et de prévention des maladies infectieuses et la création d'unités sans drogues au sein des prisons. Un avant-projet a été introduit par la direction du CPG et CPL auprès du délégué du procureur général d'Etat en juillet 1999. En octobre 2001 a eu lieu la présentation du concept final élaboré par un expert étranger. Un comité de direction suit actuellement l'implémentation du projet. A préciser enfin que depuis le début de l'année 2001, le protocole RELIS est appliqué à tout détenu pour infraction(s) à la loi sur les stupéfiants aux fins d'une meilleur monitoring de la population cible en milieu pénitentiaire.

- Offres de prise en charge par les structures spécialisées externes au sein des établissements pénitentiaires

Les membres des équipes CDNS, du CTM et de la Fondation JDH assurent des consultations au sein des deux établissements pénitentiaires établis sur le territoire national.

Depuis 1998, un membre détaché (mi-temps) du personnel de la Fondation JDH contribue à l'encadrement des détenus toxicomanes. Le projet s'articule sur la demande de la Direction des centres pénitentiaires et la concertation avec le Service d'Assistance Sociale et les éducateurs du CPG. C'est dans le cadre de cette coopération que les détenus qui étaient inscrits dans le programme méthadone avant leur incarcération peuvent continuer le traitement de substitution au sein de la prison. De même, les détenus demandeurs en phase de sortie peuvent initier le traitement de substitution par l'intermédiaire de JDH.

Offre de prise en charge en milieu carcéral par JDH 1998 - 2002

		1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE DÉTENUIS PRIS EN CHARGE		43	61	73	75	74
NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION		260	401	478	434	449
SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH		63%	36%	34%	32%	46%
DISTRIBUTION SELON SEXE						
	FÉMININ	17%	8%	14%	16%	11%
	MASCULIN	83%	92%	86%	84%	89%
DISTRIBUTION SELON ÂGE						
	15-19		3%	0%	3%	3%
	20-24	28%	14%	20%	17%	20%
	25-29	35%	52%	36%	33%	37%
	≥ 30	37%	31%	43%	47%	40%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE						
	HÉROÏNE ET POLYTOXICOMANIE	86%	93%	93%	84,5%	86,5%
	COCAÏNE				1%	2,5%
	AUTRE	14%	7%	7%	14,5%	11%

Source: Fondation JDH. 2002

- Traitement de substitution en milieu carcéral

Actuellement, le service médical du centre pénitentiaire offre trois types d'intervention aux détenus toxicomanes :

1. Traitement de sevrage
2. Traitement de substitution
3. Mesures de réduction de risques et dommages

A titre indicatif on retiendra qu'en 2002, 169 (134) personnes ont suivi un traitement de substitution (Méthadone, Subutex, Burgondin) au sein du CPL. La dose moyenne pour la méthadone était de 50 mg par jour, se situant dans une marge de 5mg à 120mg. La durée moyenne de traitement à la méthadone en 2002 était de 97 (106)jours.

94 (78) patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés dans une autre institution. 46 (30) patients ont souhaité arrêter le traitement à la méthadone pendant leur incarcération de leur propre gré. Personne n'a été exclu du programme de traitement pour des raisons de trafic de substance de substitution. 24 (15) patients substitués ont été réincarcérés durant l'année 2002. 7 personnes ont recommencé un traitement de substitution en prison, qu'ils avaient arrêté auparavant.

- Prévention HIV/SIDA et hépatites en milieu carcéral

Les vaccinations contre l'hépatite B et contre l'hépatite A sont proposées à tous les détenus qui présentent une sérologie négative. Les détenus qui ont présenté un taux d'anticorps HBS isolé, inférieur à 100 UI/1, ont pu profiter d'une injection de rappel.

Le test de dépistage du HIV est proposé à tout détenu par le médecin des établissements pénitentiaires, dès son admission. Un dépistage systématique de la syphilis, des hépatites A, B et C est effectué en même temps.

En 2002, plus de 500 (500) tests de dépistage de l'infection HIV ont été effectués aux centres pénitentiaires du Luxembourg. Deux tests ont été positifs. Les deux sont de sexe masculin et consommateurs de drogues dures dont l'un a également utilisé la voie intraveineuse.

458(432) examens sérologiques ont été effectués pour dépister les hépatites virales (A, B et C) et la syphilis et le HIV. Parmi les détenus examinés il y avait 47 femmes.

Nombre d'examens sérologiques positifs

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HÉPATITE A:	90 cas	125	172	115	267	310
HÉPATITE B:	63 cas	70	74	43	104	102
ANTIGÈNE HBS:	7 cas	5	8	5	9	11
ANTICORPS HBS:	18 cas	34	29	44	91	129
HÉPATITE C:	69 cas	78	82	54	85	80
SYPHILIS:	2 cas	1	3	2	13	3
NB. TOTAL D'EXAMEN SÉROLOGIQUES	221	252	282	185	432	458

Le nombre de personnes présentant un seul type d'hépatite:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HÉPATITE A:	46	71	79	51	125	164
HÉPATITE B:	7	7	6	4	3	5
HÉPATITE C:	19	17	28	23	30	27

Le nombre de personnes présentant au moins deux types d'hépatite:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HÉPATITES B ET C:	21	20	19	7	18	63
HÉPATITES A ET B ET C:	16	30	20	14	23	24
HÉPATITES A ET B:	17	13	29	18	62	10
HÉPATITES A ET C:	11	11	15	10	16	19

Réseaux européens : Le Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG) est membre du Réseau Toxicomanies et Interventions en Milieu Carcéral (TIMC - PRAXIS - 33, rue du Palais - B-4800 VERVIERS). JDH est membre du Réseau Européen de Services pour les Consommateurs de Drogues en Prison (ENSDUP - c/o PRS - PO Box Eu London NW 8QP - U.K.)

II.1.13 LES GROUPES D'ENTRAIDE

Le groupe "Elternkreis Drogenabhängiger Kinder" (EDK) fonctionne à Luxembourg Ville et à Esch-sur-Alzette de façon hebdomadaire. L'EDK se compose de parents d'anciens et d'actuels toxicomanes, et se donne les missions suivantes:

- ▶ Apporter aux familles de toxicomanes compréhension et soutien moral;
- ▶ Informer les parents sur les services offerts au niveau national;
- ▶ Affirmer le rôle capital de la famille dans l'accompagnement affectif et le soutien au toxicomane;
- ▶ Dispenser toute information requise par les parents.

Le "Centre Emmanuel a.s.b.l." s'adresse aux toxicomanes eux-mêmes ainsi qu'à leurs parents. Il organise des groupes d'entraide de parents, le cas échéant, accompagnés de leurs enfants toxicomanes ainsi que des journées de rencontre des toxicomanes ayant terminé une thérapie.

A signaler enfin l'existence de l'association "Narcotiques Anonymes", filiale de l'organisation internationale du même nom, qui s'adresse spécifiquement aux personnes concernées directement par une dépendance.

II.1.14 EVENEMENTS, PROGRAMMES ET PUBLICATIONS EN 2002/2003

Février 2002 (7) : Séminaire : Cannabis, Marihuana, Haschisch, Gras, Shit...Haschen, kiffen, dämpfen, femmen. CePT en collaboration avec MEN-SCRIPT.

Février/Mars 2002 : Séminaire : Suchtprävention in der Schule. CePT en collaboration avec l'ISERP.

Avril 2002 : Séminaire : Kamellen statt kuscheln !? Sensibilisierung für Erzieher/Innen für ihre Rolle in der primären Suchtprävention.... CePT en collaboration avec l'Entente des Foyers de jour.

Avril / novembre 2002 : Einführung in die Suchtprävention – eine Basisausbildung. CePT en collaboration avec la Police Judiciaire-section stupéfiants.

Juin 2002 : Iwer Droge schwätzen – een Owend fir Elteren. CePT

Mars 2003 : Projet Extra-Tour-Sucht - La prévention des toxicomanies à l'école , un projet par le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et des Sports.

Mars 2003 : Suchtprävention in der Gemeinde (Esch-sur-Alzette). Ville d'Esch/Alzette en collaboration avec le CePT.

Mai 2003 : Inauguration d'un nouveau centre de consultation de la Fondation JDH à Esch/Alzette.

Juillet 2003 : Ouverture d'un centre de consultation alternatif pour toxicomanes à Luxembourg-Gare par le Centre Thérapeutique de Manternach (Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique).

Chapitre II.2

Sommaire des travaux de recherche récents

II.2.1 Origer, A. & Dellucci, H. (2002). **Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives – analyse comparative 1992 - 2000** Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.

RESUME

Les conséquences de l'abus de drogues alimentent un large spectre de détresse individuelle et sociale. Le décès d'un usager de drogues vient la plupart du temps signer l'issue d'un enchevêtrement dont les éléments constitutifs sont difficilement repérables a posteriori. La notion de mortalité liée à l'usage de drogues inclut tant les suites fatales d'une intoxication aiguë (surdose) que les décès pour lesquels l'usage de drogue(s) a pu constituer une cause associée. Il s'agit là néanmoins de deux réalités distinctes en termes de repérage épidémiologique. Le présent travail de recherche vise d'une part à cerner les facteurs qui mènent un individu de l'usage expérimental de drogues à une issue fatale (Partie I) et de l'autre, de proposer des repères méthodologiques permettant de disposer de données de prévalence et d'incidence fiables (Partie II).

Partie I

Depuis 1985, l'évolution du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg a suivi une tendance générale à la hausse, atteignant un total de 29 personnes en 1994 pour ensuite redescendre graduellement à 10 cas en 1997. Depuis lors, on a observé une tendance continue à la hausse atteignant 26 cas en 2000 suivis de 18 cas en 2001. Ces cas de décès ne constituent qu'une partie des victimes dont la mort peut être associée à l'usage de drogues. En termes de **mortalité totale liée à l'usage de drogues** (décès directs et indirects), on dénombrait 23 cas en 1992 alors que cette même prévalence s'est stabilisée autour de 40 cas par année depuis 1995.

Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 6,43 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2000 (3,95 décès par surdose pour 99 et 2,09 pour 97). Une comparaison sommaire au niveau européen fait apparaître que le taux observé au Luxembourg est supérieur à ceux observés dans la majorité des autres états membres de l'UE, même si en 2001, le taux de surdose témoignait à nouveau d'une baisse sensible (18 cas).

Comparé à l'estimation du nombre total d'usagers problématiques de drogues illicites au G.-D. de Luxembourg en 2000 (N = 2.450), en 1999 (N = 2.350) et en 1997 (N = 2.100) (Origer 2001), le nombre de décès par **surdose** représente une proportion se situant entre 0,48% en 97 et 1,1% en 2000 (0,77% en 99). En référence au nombre total de décès, **toutes causes confondues**, enregistrés par les forces de l'ordre, cette proportion affiche des variations plus faibles: 1,346% en 2000, 1,361% en 1999 et 1,333% en 1997.

Deux stratégies d'action émanent des constats épidémiologiques de cette première partie de l'étude. En premier lieu la nécessité de mettre en place un **dispositif d'encadrement qui permette de cibler de façon précoce et active les usagers** à haut risque et ensuite le **développement de programmes de ré-insertion** fonctionnant comme "espace de transition" à même de combler le vide psychosocial qui s'observe fréquemment suite à l'arrêt d'un épisode institutionnel (e.g. prison, hôpital, centre thérapeutique). Il va sans dire que ces programmes doivent être intégratifs en prenant les bénéficiaires en charge avant leur sortie institutionnelle. Une approche active en termes de prévention des risques, le travail en réseau multidisciplinaire et une reconnaissance précoce d'éléments à haut risque semblent à l'heure actuelle les moyens les plus adéquats afin de réduire la morbidité et la mortalité au sein de la population d'usagers de drogues.

Partie II

La deuxième partie de l'étude aborde principalement les trois questions suivantes:

Quelle est la concordance entre les données fournies par les différents registres nationaux en matière de décès et d'usagers de drogues ?

Une comparaison sommaire des données du Registre Spécial de la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire (RSPJ) et du Registre National des Causes de Décès (RCD) a permis de constater que l'extraction des cas de décès liés à l'usage de drogues à partir du RCD par l'application d'un standard prédéfini tel que le standard DRD recommandé par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), mène systématiquement à une prévalence supérieure à celle fournie par le RSPJ. Toutefois, les données, quantitativement différentes, s'accordent sur une même tendance (courbe évolutive) au cours des années 90. Cette observation s'applique particulièrement aux décès par surdose et à la mortalité en général, alors que l'évolution du nombre de décès associés n'affiche pas de tendance dominante.

Est-ce que les données incluses dans le RCD et l'application d'un standard donné (DRD) permettent une estimation fiable et valide de la prévalence de la mortalité liée à l'usage illicite de drogues ?

Le standard DRD constitue un outil de référence valide pour estimer la prévalence de la mortalité liée à l'usage de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. Sa pertinence est toutefois tributaire des procédures nationales en matière de collecte et d'encodage des données au niveau des registres des causes de décès. Une analyse comparative des données fournies par toutes les sources disponibles permet de détecter les discordances éventuelles, d'ajuster le standard aux réalités nationales et d'affiner les paramètres de prévalence notamment au regard de la distinction entre les cas de surdoses et les décès associés. En tout état de cause, l'application indifférenciée des différents standards recommandés par l'OEDT ne permet pas de disposer de données de prévalence valides en raison des spécificités du recensement des cas de décès au niveau national. L'étude a ainsi permis aux chercheurs de se prononcer sur une méthode adaptée au contexte national, combinant à la fois les avantages du standard DRD (CIM-9 et CIM-10) et les données complémentaires de nature plus qualitative fournies par les registres portant exclusivement sur la mortalité en rapport à l'usage illicite de drogues. De façon générale, on note une meilleure concordance des causes de décès indexées par RSPJ et le RCD (CIM-9 : 70% / CIM-10 : 87%) depuis l'application de la CIM-10 par le RCD.

Quels moyens peuvent être mis en œuvre afin d'améliorer la qualité des données nationales de prévalence et d'incidence en matière de mortalité liée à l'usage de drogues ?

En vue d'expliquer la discordance entre les différentes sources de données (RSPJ, RCD-DRD), il convient d'insister sur les procédures de recensement des décès au niveau national. On retient en effet deux facteurs de variabilité au niveau de la dernière; le premier étant la qualité des données inscrites par le médecin complétant le certificat de décès et le second, l'interprétation (application des critères diagnostiques de la CIM-9/10) par les agents du RCD des données figurant sur le certificat de décès. Ces deux moments dans la production des données primaires font intervenir des facteurs individuels difficilement quantifiables. D'autre part, il est d'une importance cruciale que les responsables du RCD disposent, le cas échéant, de tous les rapports médico-légaux (autopsies, analyses toxicologiques) sur les victimes de surdose et ce, dans des délais raisonnables, afin d'accroître la concordance entre le RSPJ et les données incluses au RCD. L'élaboration d'un protocole réglementant la transmission des données médico-légales aux registres généraux et spéciaux de décès ainsi que le croisement des sources selon les critères retenus par une analyse comparative des mêmes registres constituent des créneaux de développement intéressants et nécessaires.

II.2.2 Origer, A. (2002). **Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg**, *Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg.*

RESUME

Le travail de recherche porte sur l'estimation du coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. Le cadre temporel retenu par les auteurs est l'année budgétaire 1999.

Il s'agit d'une estimation qui concerne exclusivement les dépenses publiques directes excluant dès lors le « coût des conséquences indirectes » et le « coût des conséquences intangibles » ainsi que les dépenses de consommation à porter par l'utilisateur de drogues lui-même. En termes méthodologiques, les chercheurs se sont appuyés sur les concepts de la méthode "Cost of Illness".

Pour l'année 1999, le coût économique direct à supporter par la collectivité est estimé à 23,345 millions d'euros ce qui équivaut à 941,7 millions d'anciens francs luxembourgeois. On peut ainsi retenir une dépense annuelle par tête d'habitant de 54.- €. En référence aux estimations les plus récentes du nombre d'utilisateurs problématiques de drogues illicites (UPD) au niveau national (Origer 2000), on retient un coût moyen annuel par UPD de 9.934.- €.

39% des dépenses estimées sont consacrées à des activités de réduction de l'offre contre 59% qui sont attribuées aux mesures de réduction de la demande et des risques associés à l'usage illicite de drogues. 1 % des ressources sont consacrées respectivement aux activités de recherche et aux contributions internationales directes.

La dépense totale à supporter par la collectivité représente 0.013% du P.I.B. national et 0,05% du budget de l'Etat en 1999.

II.2.3 **Les salles de consommation de drogues d'acquisition illicites: Evaluations de projets en cours**

Acceptant des dénominations diverses telles que: lieux de consommation, salles d'injection, Gesundheitsräume, Fixerstuben, shooting galleries, injection rooms, medically supervised injection centre, ces derniers présentent tous une finalité commune qui pour la première fois en 1999 a été définie lors d'une conférence internationale en ces termes¹: **«Structures qui permettent aux usagers de drogues de consommer des drogues acquises par leur propre initiative dans un environnement sécurisé et sous des conditions hygiéniques orientées vers la réduction des risques».**

(Schneider W + Stöver H. 2000)

¹ Traduction française non officielle du texte original en langue anglaise.

Elles poursuivent dès lors un double but à savoir la réduction des problèmes de santé individuels et des problèmes d'ordre public associés à l'usage de drogues illicites. L'ensemble des bénéfices attendus de ces structures inclut : l'amélioration de l'accès aux soins et aux offres d'aides psychosociales, la réduction de la mortalité associée à l'usage drogues, la réduction des risques associées aux maladies transmissibles, la réduction des nuisances publiques et une amélioration de l'état de la sécurité publique.

Actuellement ces types de structures fonctionnent dans des grandes villes d'Allemagne, des Pays-Bas, d'Espagne, de la Suisse et en Australie.

En septembre 2001, il y avait dix-neuf salles de consommation en Allemagne (Stöver, 2002); plus de vingt structures de consommation de drogues fonctionnaient en 2002 dans plusieurs villes néerlandaises. L'Espagne a ouvert une salle d'injection en mai 2000, à Las Barranquillas, près de Madrid, et une structure mobile d'injection est opérationnelle à Barcelone depuis 2001. Au Portugal, les structures destinées à l'usage de drogues supervisé font partie du cadre politique de réduction des risques et sont prévues dans le plan d'action national contre la drogue «Horizon 2004».

Au Luxembourg, les obstacles juridiques ont été levés afin que les salles d'injection soient considérées comme des services de soins, et il est prévu d'intégrer une salle d'injection dans les services étendus d'un «centre de soins d'urgence». En Norvège, le gouvernement sortant a suggéré (en automne 2001) qu'un jugement soit rendu, précédé d'une audience publique. Le gouvernement actuel a décidé en mai 2002 de ne pas recourir à un procès et s'est vu conforté en cela par la majorité des réponses reçues lors de l'audience. Au Danemark, une initiative concernant une salle d'injection a été mise en suspens par le ministre de la Santé en 2000, à la suite des conventions internationales traitant de ce sujet. En Autriche, où la mise en place d'une structure de consommation de drogues («salle santé») a été discutée pendant plusieurs années, une enquête (Feistritzer, 2001) a indiqué que le public en général avait un avis plus favorable sur les salles d'injection en 2001 (28 %) qu'en 1997 (20 %). Les objectifs, les services fournis et l'utilisation de salles de consommation ont été décrits par plusieurs études et «apportent certains témoignages quant aux quatre principaux bénéfices attendus de telles structures: des nuisances réduites pour le public; une amélioration de l'accès aux services sanitaires et à d'autres services sociaux et de leur utilisation; la réduction des risques de surdoses liés aux opioïdes; la réduction des risques de transmission de virus par le sang» (Dolan, e.a., 2000).

Evaluation sommaire des expériences menées au Pays-Bas

L'OEDT prépare actuellement une synthèse des expériences, des déficits et des enseignements tirés des structures de consommation de drogues (EMCDDA, in press). Les conclusions préliminaires suivantes de dégagent de cette analyse:

Les salles de consommation de drogues peuvent avoir un impact bénéfique sur la réduction des nuisances publiques, et en particulier sur la prévalence de l'usage de drogues en public. Les forces de l'Ordre s'accordent à dire que les salles d'injection contribuent à diminuer et à prévenir les scènes ouvertes de drogues.

L'atteinte de ces objectifs est fonction de la disponibilité et de la capacité de structures adaptées à la consommation de drogue qui autrement aurait lieu en public, et aux activités des forces de l'ordre qui visent à prévenir les scènes ouvertes de drogues mais qui en même temps permettent aux personnes toxicomanes de faire usage des services fournis.

L'impact des salles d'injection est d'autant plus grand qu'il existe un consensus politique faisant partie d'une stratégie locale de réduction de la demande admettant des objectifs de santé tant individuels que publics ainsi que le besoin à maintenir une situation acceptable en matière d'ordre et de sécurité publics.

Les emplacements des salles d'injection doivent être compatibles avec les besoins des usagers de drogues mais aussi satisfaire les résidents locaux. Les salles d'injection proches des marchés de drogues illicites ne sont pas en mesure de résoudre les problèmes plus vastes des nuisances résultant de ces marchés.

Il n'a pas été prouvé que le fonctionnement de salles d'injection a des effets sur la diminution ou l'augmentation du nombre de seringues ou aiguilles jetées sur la voie publique. Par ailleurs, il n'est pas clair si le nombre des seringues distribuées peut être considéré comme un indicateur fiable du degré de l'usage de drogue par injection en public.

Il n'existe pas de preuves que le fonctionnement de salles d'injection occasionne une augmentation de la criminalité d'acquisition.

On ne dispose pas encore de données systématiques sur les infractions aux règles interdisant le trafic de drogues au sein des salles d'injection. Des marchés de trafic de drogues de petite envergure existent aux environs de la majorité des salles d'injection, ce qui n'est pas surprenant vu l'emplacement des services.

Actuellement il n'existe pas d'arguments en faveur d'une prolifération de nouvelles scènes de trafic de drogues dans les environs immédiats de salles d'injection éloignées du marché illicite de drogues (bien que cela semble être d'une certaine façon une conséquence logique d'une « approche décentralisée »). Il semble cependant que la distance par rapport à un marché illicite de drogues établi a une influence directe sur l'utilisation de ces salles au sens où les salles « décentralisées » sont moins utilisées. La question de l'installation et de la prolifération de nouveaux marchés illicites dans les environs immédiats des salles d'injection, semble d'avantage être fonction des stratégies des forces de l'Ordre que de la gestion proprement dite des salles de consommation.

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU CADRE OPÉRATIONNEL DES LOCAUX DE CONSOMMATION EN RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE

*Ministère Fédéral de la Santé et de la Sécurité Sociale
Berlin, République Fédérale d'Allemagne*

Avril 2003

I. Historique

En Allemagne la première salle d'injection pour personnes dépendantes aux opiacés a été ouverte à Francfort/Main en décembre 1994. En mars 2003, on comptait 19 salles d'injection au sein de la République fédérale d'Allemagne¹ : ces institutions mettent à disposition quelques centaines de places d'injection ; chaque jour des milliers de toxicomanes les utilisent plusieurs fois par jour.

L'initiative de créer des salles d'injection se conçoit comme une réponse à la dégradation sanitaire et sociale apparente des toxicomanes chroniques des scènes ouvertes des grandes villes. La conception des salles d'injection a été développée en collaboration étroite avec les représentants des autorités municipales, les forces de l'ordre, l'administration de la justice et des organisations oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Leur objectif consistait à réduire, par une assistance sur place, les risques et problèmes résultants de l'usage illicite de drogues pour les toxicomanes eux-mêmes mais également pour leur environnement social.

La plupart des décès liés aux drogues surviennent à la suite d'intoxications à l'héroïne et d'intoxications mixtes dues à une consommation de substances multiples. Par conséquent l'objectif principal ne consiste pas uniquement à faciliter la réhabilitation sanitaire et psycho-sociale par des offres d'aide orientées vers l'abstinence, mais aussi à assurer la survie et la stabilisation de l'état de santé de la personne toxico-dépendante.

II. Situation légale

Au départ le cadre légal des salles d'injection était incertain et controversé. Par conséquent, le Parlement allemand a adopté un amendement de la loi sur les stupéfiants afin de disposer d'une base légale pour l'établissement des salles d'injection. Cet amendement entra en vigueur en avril 2000.

¹ 7 à Hambourg, 4 à Francfort/Main, 1 à Hanovre, 1 à Sarrebruck, 1 en Cologne, 1 en Aix-la-Chapelle, 1 à Dortmund, 1 à Essen, 1 à Münster, 1 à Wuppertal

L'objectif principal de la nouvelle législation était :

- ▶ de garantir, par l'octroi d'un agrément par l'autorité étatique compétente, que les salles d'injection soient conformes aux exigences requises pour les programmes de réduction de la demande, et en particulier pour les mesures de réduction des risques pour toxicomanes chroniques,
- ▶ de disposer d'une base légale valide et harmonisée réglementant l'activité professionnelle au sein des salles d'injection.

En référence à la nouvelle législation, les objectifs, conditions et mesures suivants sont d'application au sein de toute salle de consommation de drogues :

Les **objectifs** suivants pour toxicomanes sont poursuivis :

- ▶ mise à distance des facteurs à risque et stabilisation de l'état de santé
- ▶ amélioration de l'assistance en cas d'urgence (premiers secours, soins médicaux par des médecins d'urgence)
- ▶ amélioration de l'accessibilité des toxicomanes chroniques qui jusqu'alors n'ont pas pu être joints
- ▶ mise en réseau des offres d'assistance spécialisées existantes et motiver les clients à abandonner leurs activités illicites
- ▶ prévention des maladies infectieuses en créant des conditions hygiéniques et un environnement protégé pour l'injection des drogues et en particulier la prévention des infections dues au HIV.

Les **exigences** suivantes doivent être rencontrées :

- ▶ Les salles de consommation de drogues exigent que la ville en question dispose d'entrée de jeux d'une vaste gamme d'offres et de programmes d'assistance et de support aux personnes toxico-dépendantes. Les salles de consommation doivent être intégrées aux offres d'assistance déjà mises en place (consultations, traitement ambulatoire médical, thérapie etc.). Elles sont appelées à compléter les services à bas seuil (contact-café, table de repas, échange de seringues, foyer de nuit d'urgence, intervention de crise etc.).
- ▶ Le groupe cible est composé d'usagers intraveineux de drogues, l'âge minimum d'admission est, en règle générale, 18 ans. Les patients en traitement de substitution sont exclus.
- ▶ Les usagers occasionnels de drogues et ceux qui en font usage pour la première fois ne sont pas admis.
- ▶ Premiers secours et soins médicaux doivent être garantis.
- ▶ Les usagers de drogues doivent être motivés à faire usage des offres d'assistance suivantes visant une vie sans drogues :
 - consultations et prise en charge,
 - offres de désintoxication et de cure et/ou des programmes de traitement de substitution
 - soins médicaux

- ▶ Le trafic et l'approvisionnement de drogues au sein du local de consommation sont entravés ; les forces de l'ordre assurent l'exécution de ces conditions dans les environs immédiats des locaux de consommation
- ▶ Les usagers de drogues sont autorisés à apporter uniquement une unité de consommation dans la salle d'injection.
- ▶ Seulement l'équipement d'injection mis à disposition dans la salle d'injection ne doit être utilisé.
- ▶ L'activité au sein de la salle d'injection doit être documentée et évaluée.

Les **mesures organisationnelles** suivantes sont applicables pour la pratique quotidienne dans les salles d'injection :

Une équipe multi-professionnelle (travailleurs sociaux et infirmiers/ières à plein-temps, soutenus par du personnel auxiliaire qualifié) assure le fonctionnement régulier et supervisé de la salle de consommation. Les heures d'ouverture (jusqu'à un maximum de 16 heures/jour) sont adaptées aux besoins de la demande locale. Il convient de déterminer si les usagers appartiennent au groupe cible. Il existe un règlement interne qui doit être respecté. Toute infraction est sanctionnée par l'interdiction d'entrer la salle de consommation. Des revendeurs professionnels de drogues doivent être signalés à la police. Dans chaque salle d'injection un nombre limité de 12 places est mis à disposition et sous supervision permanente du personnel. Les locaux fournissent aux usagers le matériel nécessaire pour l'injection. Une ou plusieurs chambres servent comme salle d'attente. Les salles d'injection sont strictement séparées des locaux d'autres offres d'assistance bien qu'ils soient implantés souvent sous un même toit. Les salles d'injection sont situées généralement dans les environs immédiats de la scène de consommation.

A ce jour, les directives sont appliquées à Hambourg, en Hesse, en Basse-Saxe, en Westphalie- Nordrhin, en Sarre et à Berlin.

III. Les salles d'injection et les Conventions Internationales sur les stupéfiants

L'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) et plusieurs gouvernements ont analysé la compatibilité des salles d'injection avec les Conventions Internationales sur les stupéfiants. L'OICS conclut que les salles d'injection sont contraires aux traités internationaux de contrôle des stupéfiants, parce que *«... l'existence de ces salles risque de faciliter ou d'encourager la commission d'infractions telles que la détention et la consommation illégales de drogues ainsi que d'autres infractions pénales, notamment le trafic de drogues ».*

Bien que la critique de l'OICS soit justifiée à l'égard des prémisses servant uniquement comme juridiction à l'injection de drogues illicites ne rencontrant aucune condition minimale de sécurité, ceci ne s'applique pas aux salles d'injection allemandes.

(a) Les salles d'injections établies en accord à la loi sur les stupéfiants ne violent pas les dispositions des Conventions qui exigent des Etats parties aux Conventions de définir le trafic illicite et la possession de drogues comme étant infraction pénale. (voir Article 4 lettre c, Article 36 de la Convention de 1961 et Article 3 de la Convention de 1988).

Selon la législation allemande, la répression du trafic illicite et de la possession de drogues au sein des salles d'injection est d'application. La section 10 a subs. 2 nos. 5 et 6 de la loi sur les stupéfiants stipule que des mesures concrètes doivent être prises pour prévenir, dans la mesure du possible, les délits commis au sein ou aux environs immédiats des salles d'injection. Pour cette raison, la coopération étroite avec les autorités locales responsables d'ordre et de sécurité publics a été explicitement ajoutée à la loi.

Toutefois, la loi prévoit arrêt des poursuites pénales en cas de possession de quantités minimales de drogues pour consommation personnelle. Ceci est acceptable, parfois même nécessaire, d'après la loi constitutionnelle allemande en raison du principe de proportionnalité. À l'intérieur d'une salle d'injection, en principe, la possession d'une petite quantité de drogues ne doit être poursuivie. Cette position est conforme aux Conventions internationales. En effet, ces dernières rendent les obligations des parties signataires tributaires de la législation et des principes constitutionnels nationaux (voir Article 36 paragraphe 1a de la Convention de 1961 et Article 3 paragraphe 2 de la Convention de 1988). Aussi, les poursuites pénales relèvent spécifiquement de la législation nationale (voir Article 36 paragraphe 4 de la Convention de 1961 et Article 3 paragraphe 11 de la Convention de 1988).

De façon générale, les salles d'injection en Allemagne constituent des infrastructures particulièrement protégées et sûres à l'égard du trafic de drogues illicites. D'aucune manière elles violent l'obligation à prévenir et à poursuivre le trafic illicite de drogues, mais, au contraire, elles jouent un rôle primordial dans l'application de ces obligations.

(b) Aussi, les salles d'injection sont des institutions servant à appliquer l'Article 38 de la Convention de 1961, suivant lequel « Les parties envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; elles coordonneront leurs efforts à ces fins. ».

Ceci constitue précisément l'objectif à atteindre par les salles d'injection, notamment à mettre à disposition aux personnes toxicomanes une aide à la survie, réduire les dommages sanitaires, donner accès aux soins médicaux, les motiver à changer leurs styles de vie et habitudes de consommation, et, éventuellement, les sortir de leur cercle vicieux de toxicomanie et de criminalité afin de les réintégrer dans la société. Ces formes d'assistance doivent être mises à disposition au sein des salles d'injection conformes aux dispositions stipulées dans la loi sur les stupéfiants, comme suit :

- ▶ modalités de fonctionnement garantissant l'accès immédiat aux soins médicaux d'urgence,
- ▶ consultations médicales et assistance dans le but de la réduction des risques liée à l'usage de stupéfiants
- ▶ présence permanente d'un nombre suffisant de professionnels dont les qualifications correspondent aux exigences mentionnées.

Le contrôle de ces dispositions légales revient aux autorités de la santé du Land ; toute infraction à ces dispositions sera poursuivie.

(c) En Allemagne, les salles d'injections ne remplacent en aucun cas les offres de prise en charge thérapeutique, mais n'en constitue qu'un complément. La République fédérale d'Allemagne dispose d'un réseau fort développé de traitements pour personnes toxico-dépendantes offrant d'un côté des thérapies orientées vers l'abstinence et de l'autre des traitements de substitution afin d'assurer que toute personne toxicomane a une perspective thérapeutique. Les salles d'injection ne remplacent pas la prise en charge thérapeutique mais offrent des services à bas seuil pour des individus, qui, pour des raisons diverses, n'acceptent pas un traitement proprement thérapeutique.

Aucun système de soin donne accès à la totalité de la population toxicomane. Cependant, il faut s'efforcer à offrir une forme d'assistance à ceux qui échappent au système, et ce en accord avec l'article 38 de la Convention de 1961. Pour ces derniers, l'Etat doit fournir des options d'assistance appropriées en sus du système de traitement médical ; un service qui a été garanti en Allemagne par l'intermédiaire des salles d'injection. Les Etats qui interdisent la mise en place de telles structures doivent se questionner quant au respect dudit article 38.

Dans leur rapport 2002, l'OICS engage les gouvernements « à mettre en place plus de structures de traitement de la toxicomanie qui soient conformes aux bonnes pratiques médicales et aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues plutôt que de faciliter et d'encourager l'abus de drogues, voire le trafic, en ouvrant des salles d'injection et des lieux analogues ». Il est permis de penser que ces approches ne s'excluent pas mutuellement, mais sont plutôt complémentaires : les salles d'injection constituent un élément constitutif d'un continuum intégré de méthodes de traitement et d'assistance qui doit garantir à chaque personne toxicomane l'accès aux soins médicaux.

(d) Les salles d'injections ne violent pas l'esprit et la valeur des Conventions Internationales. Elles sont aussi conformes aux résolutions de la 20^{ième} session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS 98), notamment au Plan d'Action visant l'application de la Déclaration sur les Principes de la Réduction de la Demande adoptée par l'Assemblée Générale dans sa résolution 54/132 en 1999. En référence aux personnes toxico-dépendantes qui ne reçoivent aucun traitement médical, les salles d'injection constituent une approche pour arriver à atteindre les objectifs contenus dans ces principes. En conséquence, elles sont absolument conformes à la résolution CND 43/3 du 15 mars 2000 qui

- ▶ invite les Etats Membres à développer des services de diagnostic précoce, de consultation, de traitement, de prévention, de post-traitement et de réintégration sociale et d'assurer que de tels services sont largement disponibles et ont une capacité suffisante pour ceux qui en ont besoin.
- ▶ demande aux Etats Membres à trouver des stratégies et à augmenter l'accès à la disponibilité de services mis en place pour joindre les usagers de drogues qui ne sont pas intégrés ou qui n'ont pas pu être joints par les services et programmes existants et qui risquent des dommages sanitaires sévères, des maladies infectieuses liées à l'abus de drogues et des incidences fatals, dans le but de les assister à réduire les risques de santé tant individuelle que publique.

IV. Expériences

Les salles d'injection constituent une composante importante de l'approche de la réduction des risques. Ceci est clairement démontré par :

- ▶ l'amélioration de l'accessibilité d'usagers chroniques de drogues qui restaient jusqu'alors inconnus,
- ▶ réduction des scènes ouvertes de consommation de drogues,
- ▶ une amélioration des aspects de sécurité publique dans la ville
- ▶ une diminution des cas de décès liés aux drogues.

Il y a eu des indications que la mise en place et le fonctionnement des salles d'injection contribuent à diminuer le nombre de cas de décès liés aux drogues. Afin d'être en mesure de fournir des preuves scientifiques valides de cette hypothèse et d'étudier l'impact de la nouvelle législation, l'activité au sein des salles d'injection était soumise à une évaluation qui a eu lieu entre novembre 2001 et juillet 2002.

L'étude «**Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland**» (Evaluation du travail des salles d'injection dans la République fédérale d'Allemagne), a été réalisée par le *Zentrum für angewandte Psychologie-, Umwelt-, und Sozialforschung* (ZEUS) à Bochum sur demande du Ministère fédéral de la Santé et le représentant du Gouvernement fédéral. L'étude portait sur 19 salles d'injection.

Les objectifs de l'étude étaient :

- ▶ comparer les décrets légaux des Länder et évaluer leurs effets ;
- ▶ recueillir des données précises sur le recours aux services (utilisation de l'assistance offerte, urgences dues aux drogues, autres types d'assistance);
- ▶ évaluer le fonctionnement des salles d'injection par rapport aux standards légaux exigés et à suggérer des améliorations pratiques ;
- ▶ identifier, au moyen d'analyses de séries temporelles, quelle contribution spécifique les salles d'injection apportent à l'égard de la diminution des cas de décès liés à l'usage de drogues et du crime et d'atténuer la charge pour l'environnement impliqué.

Pour cette raison, les réglementations spécifiques de chaque Land concernant le fonctionnement des salles d'injection ont été comparées, des données valides sur l'usage des salles d'injection et des utilisations des offres ont été collectées, des enquêtes auprès du personnel et des personnes dépendantes aux opiacés au sein de chaque salle d'injection ont été conduites, l'exécution des standards législatifs minimum a été contrôlée afin d'identifier les points faibles et d'émettre des suggestions d'amélioration. Les analyses de séries temporelles ont servi à vérifier si les salles d'injection avaient une influence sur le nombre des cas de décès liés aux drogues.

Les **conclusions principales** de l'étude sont :

- ▶ le but de diriger des personnes héroïnomanes chroniques utilisant des salles d'injection vers d'autres services d'assistance (orientés vers l'abstinence), a été atteint ; plus de la moitié des personnes interviewées ont déclaré que la prise de contact avec d'autres services, en particulier des institutions de désintoxication, des institutions administratives et thérapeutiques, a été facilitée.
- ▶ des soins d'urgence immédiats assurent la survie des personnes dépendantes aux opiacés dans toutes les salles d'injection ; entre 1995 et 2001, un total de 2,1 million d'épisodes de consommation ont eu lieu ; pendant cette même période un total de 5.426 urgences ont été enregistrées qui auraient pu avoir des conséquences fatales sans l'intervention de l'équipe ad-hoc.
- ▶ les analyses de séries temporelles effectuées par l'institut de recherche en question, observant les conséquences fatales liées à l'usage de drogues dans les villes participantes - Hambourg, Hanovre, Frankfort/Main et Sarrebruck- pendant une période de plus de 10 ans, ont révélé une réduction de la mortalité liée aux drogues statistiquement significative après la mise en place des salles d'injection dans ces villes. Pour cette raison, les salles d'injection, en complément à d'autres facteurs, constituent une contribution non-aléatoire à la diminution des cas de décès liés aux drogues.

En plus, l'étude a révélé que :

- ▶ les réglementations adoptées par les différents Länder fédéraux spécifient d'une manière concrète les standards minimum exigés par la loi fédérale ; il n'existe pas de différences matérielles dans ces réglementations, les usagers de drogues occasionnels et ceux qui en font usage pour la première fois ne sont pas admis dans l'ensemble des locaux évalués ;
- ▶ les exigences minimales incluses aux réglementations sont en accord avec la législation fédérale; des soins d'urgence médicaux sont assurés ; le personnel travaillant à plein-temps a acquis l'expérience nécessaire pour le travail à bas-seuil ; des interviews réguliers ont pris place avec les nouveaux venus au sein du local pour discuter d'autres options d'assistance ; existence d'un réseau de qualité des services d'assistance;
- ▶ plus de trois quarts des usagers ont approuvé les heures d'ouvertures ; des contacts ont lieu avec la majorité d'entre eux pour discuter de développements futurs ; le contact avec le personnel est estimé par la plupart comme bon ; la mise à disposition de services de base (soins médicaux, échange de seringues etc.) est jugée d'une manière très positive.

L'évaluation des données montre que

- ▶ le groupe cible identifié par le législateur a été atteint (en particulier des personnes héroïnomanes chroniques- d'une moyenne d'usage de 12,5 ans et un usage concomitant soutenu de cocaïne),
- ▶ les enquêteurs n'ont jamais rencontré des mineurs dans la salle d'injection,
- ▶ plus de 90 % des répondants avaient une histoire de plusieurs années de dépendance aux opiacés,
- ▶ les répondants ont rapporté que les salles d'injection ont significativement amélioré l'offre de soins sanitaires,
- ▶ les salles d'injection améliorent généralement l'accès au système médical d'assistance,
- ▶ une bonne coopération avec les forces de l'ordre et les autorités compétentes dans les villes participantes.

Il est toutefois possible d'améliorer le fonctionnement de tels services à bas-seuil. Il faut, entre autres, attacher une plus grande attention aux problèmes de l'infection aux hépatites virales, et aux moyens pour accroître la proportion de femmes au sein des locaux d'injection, qui est moins importante au sein des derniers si on la compare à d'autres services d'assistance. Un autre problème renvoie au sous-groupe d'individus qui suivent un traitement de substitution et qui demandent accès aux locaux de consommation.

V. Conclusion

En référence aux scènes ouvertes des grandes villes allemandes, les salles d'injection constituent une mesure efficace d'aide à la survie, de stabilisation de l'état de santé de l'utilisateur de drogues et contribuent à sortir une certaine proportion de clients de la toxico-dépendance. Ce succès a pu être obtenu grâce à l'intégration de l'offre des salles d'injection des grandes villes dans un réseau étendu de mesures offrant des consultations, des traitements et une réintégration sociale. Des précautions ont été prises afin de ne pas désavantager les autres offres existantes au profit de l'établissement des salles d'injection. Au contraire, elles renforcent actuellement ces mesures et donnent la possibilité aux usagers de drogues à abandonner leur usage illicite de drogues et leur toxicomanie.

Lors des 3 dernières années, le nombre des cas de décès liés aux drogues a diminué considérablement en Allemagne (2000 : **2.030** ; 2001 : **1.835** ; 2002 : **1.513**). Ceci est dû à une multitude de facteurs, mais il semble évident que parmi ces facteurs, les éléments de la politique allemande de réduction des risques, notamment les offres à bas-seuils et les salles d'injection contribuent à ce développement positif.

Les attentes du Gouvernement fédéral en ce qui concerne les salles d'injection ont été rencontrées. Les salles d'injection facilitent le contact avec ce groupe difficilement accessible. L'offre à bas-seuil des salles d'injection s'est révélée être une mesure de stabilisation de l'état de santé pour les personnes toxico-dépendantes, une approche orientée vers l'assistance à la survie et une impulsion pour beaucoup d'envisager une vie sans drogues. Enfin, elles contribuent à diminuer les scènes ouvertes de consommation de drogues.



Partie III

Réseau National d'Information et de Monitoring Epidémiologique

Chapitre III.1

L'OEDT et les Points Focaux Nationaux

III.1.1 Historique

Le règlement CEE n° 302/93 du 8 février 1993 porte création de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) dont le siège se trouve à Lisbonne.

L'objectif de l'Observatoire consiste à fournir à la Communauté et à ses Etats membres, par le biais de son réseau de collaboration dont font notamment partie les points focaux nationaux, des informations objectives, fiables et comparables sur les phénomènes des drogues et des toxicomanies ainsi que sur leurs conséquences. Les informations traitées ou produites de nature statistique, documentaire et technique ont pour but de contribuer à donner aux Etats membres de l'Union européenne une vue globale du problème de la toxicomanie.

Chaque Etat membre s'est engagé à procéder à la mise en place d'un point focal national assurant le rôle de coordination et d'exécution des projets et des programmes d'action proposés par l'OEDT. Les activités du Point Focal Luxembourgeois s'inscrivent en droite ligne dans le programme d'action de l'OEDT tout en s'alignant sur les besoins et exigences propres en matière d'information dans le domaine de la toxicomanie.

III.1.2 Evolutions récentes au Point Focal Luxembourg (PFN)

L'organigramme du PFN ainsi que le contexte institutionnel dans lequel il s'inscrit, peuvent être consultés en annexe G.

En 1994, le point focal du Grand-Duché de Luxembourg a établi son siège au Service d'Action Socio-Thérapeutique (AST) du Ministère de la Santé. L'AST, en passe de muter vers une division au sein de la Direction de la Santé, est chargé de la coordination nationale des activités s'inscrivant dans les domaines de la psychiatrie, de la toxicomanie, de l'handicap et des infrastructures socio-thérapeutiques. Actuellement, le PFN est cofinancé par l'OEDT et par le Ministère de la Santé par l'intermédiaire d'une convention gouvernementale.

Les attributions du PFN sont multiples, incluant des activités telles que la gestion du système d'information national sur les drogues et les toxicomanies (RELIS), la coordination du Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques, la gestion de la base de données nationale sur les projets en matière de réduction de la demande (EDDRA), la contribution nationale à la création et la mise à jour de la base de données européenne en matière de législation sur les drogues (ELDD), l'appui de décisions politiques et l'exécution et la coordination des activités nationales de recherche dans le domaine de la toxicomanie.

Les statuts et fonctions des membres du point focal ainsi que la constitution du réseau de collaborateurs scientifiques et administratifs sur lequel s'appuie le PFN sont décrits en annexe (G). Depuis 2000, le Centre de Recherche Public-Santé assure la gestion administrative et logistique du PFN.

III.1.3 Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par l'OEDT et maintenus par les points focaux nationaux

III.1.3.1 REITOX – Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies

L'OEDT n'est pas une instance isolée ; il coordonne un réseau de points focaux nationaux institués dans les 15 Etats membres et la Commission européenne. Ce réseau de nature humaine et informatique constitue l'infrastructure de collecte et d'échange d'information et de documentation, dénommée "Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies" (REITOX). REITOX s'appuie entre autres, sur un système informatique propre et sécurisé, reliant les réseaux nationaux d'information, les centres spécialisés existant dans les Etats membres et les systèmes d'information des organisations et organismes internationaux ou européens coopérant avec l'Observatoire.

REITOX joue un rôle crucial dans l'exécution du programme de travail de l'OEDT. Aussi, REITOX a activement été impliqué dans la coopération avec des pays candidats à l'Union européenne pour intégrer 10 nouveaux états en 2003.

III.1.3.2 Les indicateurs épidémiologiques en 2002

Les principales tâches de l'Observatoire et des points focaux nationaux comprennent, dans le domaine de l'épidémiologie, la mise en œuvre de cinq **indicateurs clés harmonisés** (demande de traitement par les usagers de drogues; décès liés à la drogue, mortalité et causes de décès chez les usagers de drogues; incidence des maladies infectieuses liées à la drogue; comparabilité des enquêtes sur l'usage de drogues, les comportements et les attitudes dans la population en général; comparabilité des estimations de la prévalence de la consommation problématique de drogues).

Chaque point focal s'engage à exécuter des plans de travail annuels relatifs à chacun des indicateurs clés tels que arrêtés contractuellement sur une base annuelle. D'autres indicateurs s'étant ajoutés au cours du temps sont développés sur base volontaire, n'étant pas repris au niveau des contrats standards. Les efforts ainsi déployés contribuent d'une part à développer ou, le cas échéant, à améliorer les sources d'information et les réseaux de collaboration nationaux et de l'autre, à fournir à

l'OEDT des données valides et comparables sur l'état du phénomène de la drogue au sein de l'espace européen.

III.1.3.3 EDDRA – Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande

(<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra/>)

La base de données européenne sur les activités de réduction de la demande (EDDRA) est le principal projet relatif à l'identification, l'estimation et la promotion de l'évaluation à caractère scientifique dans le domaine de la réduction de la demande.

EDDRA est une base de données multilingue accessible par Internet visant à fournir des informations sur les activités de réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne. Le système ne répond pas seulement aux besoins des praticiens, des scientifiques, des décideurs et des politiques impliqués dans la planification et la mise en œuvre des actions de réduction de la demande de drogue, mais est également accessible à l'utilisateur non spécialiste.

EDDRA fournit:

- ▶ des informations fiables et comparables sur des interventions évaluées s'inscrivant dans le domaine de la réduction de la demande au sein de l'Union européenne;
- ▶ des informations mises à jour sur les innovations, les méthodes appliquées, la mise en place et les résultats de différentes approches dans le domaine de la réduction de la demande;
- ▶ un cadre de collaboration aux praticiens et groupes d'intervenants qui peuvent ainsi profiter de leurs expertises respectives;
- ▶ un espace de promotion pour l'échange d'information en matière de pratiques d'évaluation interne ou externe et pour la coordination d'activités européennes et internationales afin de développer des réseaux de compétence et d'éviter toute multiplication des efforts.

En date la base EDDRA fait état de 10 projets luxembourgeois qui rencontrent les critères d'inclusion.

III.1.3.4 *Système d'alerte précoce sur les nouvelles drogues synthétiques*

L'OEDT, assisté des points focaux nationaux, assure une mission importante au niveau de la détection et l'évaluation de nouvelles drogues synthétiques au sein de l'Union européenne en accord avec l'Action commune du 16 juin 1997, fondée sur l'article K.3 du traité sur l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse.

L'action en question porte sur les substances qui actuellement ne sont pas répertoriées dans les tableaux I et II la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971, et qui présentent des indications thérapeutiques limitées.

L'Action commune prévoit:

- ▶ la mise en place d'un « Système d'Alerte Précoce (SAP) » sur les nouvelles drogues synthétiques détectées au sein de l'U.E;
- ▶ des mécanismes d'évaluation des substances en question ainsi qu'un processus de décision portant sur les mesures de contrôle et des dispositions pénales à appliquer par les Etats membres.

En date du 31.12.2002, l'Action commune avait permis d'évaluer les risques et mesures à entreprendre pour les substances suivantes : 4-MTA (4-Méthylthioamphétamine) et MBDB (N-méthyl-1-(3,4-méthylènedioxyphényl)-2-butanamine), GHB (Gamma-hydroxybutyricacid), Kétamine (2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone) et PMMA (paramethoxyamphétamine ou 4-Methoxyamphétamine).

Au cours de l'année 2003, le comité scientifique de l'OEDT a procédé dans le cadre de l'Action commune à l'évaluation des substances suivantes :

- ▶ 2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-propylthiophénéthylamine)
- ▶ 2C-T-2 (2,5-diméthoxy-4-ethylthiophénéthylamine)
- ▶ 2C-1 (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine)
- ▶ TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine)

III.1.3.5 EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation

(http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/eib.shtml)

La banque de données EIB recense l'ensemble des outils et dispositifs consacrés à l'évaluation scientifique des programmes de prévention et de traitement en matière de toxicomanies ainsi qu'à la standardisation des techniques utilisées.

Par le biais d'un grand nombre de critères de sélection, l'utilisateur a accès aux instruments lui permettant de réaliser ses objectifs d'évaluation ainsi que des lignes directrices quant à leur utilisation et d'un catalogue de références portant sur des études antérieures.

L'EIB a été conçue pour une utilisation flexible et modulable selon les besoins par le biais d'une interface multilingue et une mise à jour permanente des instruments recensés.

II.1.3.6 QED - Système d'information européen en matière de recherche qualitative

(http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/qualitative_research.shtml)

L'objectif prioritaire du système QED est de compiler un inventaire étendu en matière d'activités de recherche de type qualitatif des domaines des drogues et des toxicomanies au sein de l'UE.

Une attention particulière est consacrée aux publications des dix dernières années, des projets actuellement en cours et au recensement des chercheurs impliqués dans la recherche qualitative au sein des différents pays de l'UE.

Un deuxième objectif de QED est la détermination, par la mise à jour de profils nationaux, des lacunes actuelles dans le domaine de la recherche qualitative au sein de chaque Etat membre et par conséquent à l'échelle européenne.

Dans son ensemble, le système QED devra contribuer à éviter la multiplication des efforts et à faciliter une collaboration plus étroite entre les Etats membres par l'identification des domaines de recherche qualitative jugés prioritaires par toutes les parties impliquées.

Actuellement, QED recense 6 projets de recherche luxembourgeois qui appliquent des méthodologies de type qualitatif.

II.1.3.7 Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues (ELDD)

En juin 2001, fut lancée la base de données en matière de législation sur les drogues, accessible au grand public sous l'adresse URL : <http://eldd.emcdda.org/home.shtml>. ELDD permet d'avoir accès via Internet aux textes de loi en matière de drogues en vigueur dans les différents Etats membres. Les principaux atouts de la nouvelle base de données sont l'accès aisé, la représentativité européenne, la mise à jour permanente ainsi que l'historique des modifications législatives récentes. En date ELDD recense 42 textes légaux luxembourgeois dans leur version originale ou traduit en langue anglaise accompagnés de résumés de l'objet des lois ou règlements produits.

II.1.3.8 Base de données européenne en matière d'épidémiologie

Il s'agit d'une base de données qui recense les travaux de recherche en matière d'épidémiologie menés par l'OEDT ou ses partenaires du réseau REITOX ainsi qu'une large sélection de publications internationales en la matière.

II.1.3.9 Ressources documentaires
(<http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>)

Le centre d'information et de documentation (DIC) (<http://oxford.emcdda.org/winlib/index.html>) de l'OEDT offre les services suivants :

- ▶ salle de lecture proposant une sélection de documents écrits ou audiovisuels, de CD-rom et l'accès à la base de données en ligne;
- ▶ accès à la base documentaire de la bibliothèque locale, incluant notamment les rapports nationaux des points focaux REITOX, des documents en matière de drogues publiés par la Commission européenne et par d'autres institutions européennes;
- ▶ un système électronique de commande de documents;
- ▶ recherches bibliographiques sur demande externe ;
- ▶ recherches bibliographiques en ligne et consultation de quelques 45.000 textes intégraux par le biais de BIBLIODATABASE
(<http://oxford.emcdda.org/winlib/gbs.htm>)

Le DIC est relié aux centres de documentation sur les drogues et les toxicomanies des points focaux nationaux REITOX ainsi qu'à une série de centres de documentation et de bibliothèques nationales ou gérés par diverses organisations internationales. Le DIC ne dispose pas d'une collection exhaustive de documents en matière de drogues, mais se définit davantage comme un centre de ressources promouvant le partage d'information entre les divers centres de documentation à l'échelle européenne. Les documents qui ne sont pas physiquement répertoriés au DIC peuvent être accédés par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle REITOX.

La bibliothèque virtuelle REITOX (<http://virtlib.emcdda.org>) est la première base de données pan-européenne sur les drogues et les toxicomanies donnant accès à des données bibliographiques fournies par un grand nombre de centres de documentation spécialisés sur base d'un standard commun. La base de données permet une recherche bibliographique sur des sources physiques diverses réunies dans un seul interface informatique, permettant ainsi d'éviter toute multiplication des efforts par une recherche centralisée.

III.1.4 Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par le PFN

Pour la grande majorité de leurs activités, les points focaux nationaux poursuivent un objectif double. D'une part, ils sont tenus d'honorer les engagements contractuels envers l'OEDT et de l'autre, de rencontrer les besoins nationaux en matière d'information et de recherche. Ces deux objectifs, de nature différente ne sont pas opposés pour autant. Le développement d'activités nationales peut être catalysé par les exigences de l'OEDT et à l'inverse, des projets innovateurs sur le plan national influencent l'évolution du programme de travail de l'OEDT.

III.1.4.1 RELIS – Réseau d’Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies

(<http://www.relis.lu>)

Depuis sa création en 1993, le PFN développe et maintient un dispositif de monitoring épidémiologique de la population toxicomane répertoriée par le réseau institutionnel au niveau national (RELIS). Opérationnel depuis début 1994, RELIS repose sur un réseau d’information multi-sectoriel incluant centres de traitement spécialisés, hôpitaux généraux, centres de consultation, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes.

La collecte de données s’effectue sur base d’un protocole standardisé et anonymisé qui sera décrit en détail lors de la présentation du cadre méthodologique. Les efforts déployés depuis 1994 ont permis de constituer une base de données nationale annuellement mise à jour, permettant notamment :

- ▶ de situer la prévalence, l’incidence et l’évolution de l’usage problématique de drogues illicites au niveau national;
- ▶ de suivre les profils des personnes recensées sans pour autant révéler leur identité;
- ▶ de servir de support scientifique et de pool de données aux activités de recherche;
- ▶ à long terme, d’évaluer les tendances nouvelles et l’impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population toxicomane.

Les données recueillies ainsi que les résultats de recherches coordonnées par le PFN, de par leur caractère scientifique, participent au processus décisionnel au niveau politique lors de la mise en place de nouveaux plans d’action en matière de lutte contre la toxicomanie.

Entre 2000 et 2002, le dispositif RELIS a connu un certain nombre d’améliorations, surtout au niveau de la routine de collecte de données auprès de la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire, de la collaboration avec les institutions pénitentiaires nationales et de la couverture nationale des institutions de traitement spécialisées.

Les rapports annuels sur l’état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg ainsi que d’autres publications du PFN peuvent être consultés et téléchargés du site: <http://www.relis.lu>

III.1.4.2 TRANSRELIS - Réseau Transfrontalier d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies

Depuis 1996, le point focal OEDT œuvre à la mise en place du système de monitoring épidémiologique TRANSRELIS qui résulte de la transposition du modèle luxembourgeois RELIS aux régions constituant le Groupe de Mondorf (Länder de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat (Allemagne), le Grand-Duché de Luxembourg, la Communauté germanophone de Belgique ainsi que la Région Moselle-EST (France)). Les régions participantes fournissent, sur base d'un protocole standardisé, les données nécessaires à l'évaluation de la situation du problème au niveau interrégional, ce qui permet de développer des synergies entre les structures de traitement, de prévention et de formation. RELIS et TRANSRELIS ont été développés par le Point focal Luxembourgeois de l'OEDT en collaboration avec le Ministère de la Santé. Suite à la présentation officielle des résultats du projet TRANSRELIS en 2000, le Groupe de Mondorf a pris la décision de continuer la collecte de données interrégionales sur base d'un protocole commun réduit.

III.1.4.3 SAP - Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques

Les points focaux nationaux se sont engagés contractuellement à déployer tous les efforts nécessaires à la mise en place de structures nationales permettant de satisfaire aux requis de l'Action commune. Le Grand-Duché de Luxembourg a notamment créé un réseau d'alerte précoce incluant les forces de l'ordre, les instances judiciaires et sanitaires compétentes ainsi que l'ensemble des médecins généralistes à l'échelle nationale.

Des discussions au sein du Groupe Interministériel « Drogues » sont actuellement en cours en vue d'accroître la performance du SAP par le biais d'un accroissement sensible du nombre des analyses toxicologiques et une intensification de la collaboration entre les administrations compétentes.

III.1.4.4 CLDDT - Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies

Le CLDDT recense actuellement plus de 2.100 références bibliographiques en matière d'addiction au sens large du terme. Outre le service de consultation sur place, le CLDDT assure la distribution des publications nationales et internationales en matière de drogues.

Chapitre III.2

Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies

III.2.1 Remarques préliminaires

Il n'est pas aisé d'obtenir des informations fiables et valides sur la nature et l'étendue de l'abus de drogues et sur ses conséquences. Les données quantitatives, bien que nécessaires, ne suffisent pas pour comprendre la consommation ou l'abus de drogues. Il paraît nécessaire de préciser la portée de ces données dans le contexte où elles ont été recueillies. En d'autres termes, il s'agit d'intégrer dans l'effort d'interprétation toute la spécificité du terrain d'observation.

Il convient alors d'explicitier les définitions des termes et des notions utilisés dans la présentation méthodologique et dans la communication des données. Il faudra notamment préciser quelles sont les drogues considérées, quelle est la population ciblée par le dispositif de recherche, si les données se réfèrent à des personnes ou à des événements, etc. Cependant, même si cet objectif n'est pas entièrement réalisable, les interprétations et les comparaisons demeurent possibles tant que les critères utilisés sont univoques et compris par tous.

Un dernier principe qu'il convient de ne pas perdre de vue est que toute source d'information, méthode ou indicateur ne reflète que certains aspects choisis du phénomène et qu'une analyse même rigoureuse se doit de reconnaître les limites et inconvénients de la méthodologie appliquée.

III.2.2 Base méthodologique

• A. Réseau de collecte de données

L'objectif visé par le dispositif d'observation est le développement et le maintien d'un réseau d'information systématisé en mesure de garantir une collecte harmonisée de données épidémiologiques sur les drogues et les toxicomanies.

Sont retenues toutes personnes :

- a. - qui présentent une consommation problématique de produits toxiques HRC illicites ainsi que des produits toxiques licites, détournés de leur usage thérapeutique tel que prescrit médicalement;
- b. - présentant les caractéristiques sub-mentionnées et qui sont entrées en contact pendant l'année en cours avec une des institutions faisant partie du réseau RELIS.

- **B. Indicateurs de prévalence**

Par le terme indicateur, il faut comprendre toute variable qui autorise, sur base d'un certain nombre de critères de calcul logiques et empiriques, une démarche d'extrapolation sur une population totale. En 2002, le réseau d'information tenait compte des indicateurs suivants:

- 1. Demande de traitement et première demande de traitement**

- 2. Morbidité/Mortalité liée à la consommation de drogues**

- (a) admission dans les structures sanitaires
- (b) affections virales (VIH, hépatites, etc.)
- (c) surdosages non mortels avec assistance médicalisée
- (d) surdosages mortels
- (e) comportements à risque

- 3. Données judiciaires et pénales**

- (a) interpellations et condamnations pour délits liés à la drogue
- (b) détentions

- 4. Saisies de drogues illicites**

- **C. Le biais des comptages multiples**

Le nombre d'admissions ou de dossiers pour une institution donnée ne représente pas a fortiori le nombre d'individus en traitement ou en consultation pendant une année en cours. Les comptages multiples se rencontrent principalement à deux niveaux.

D'abord, à l'intérieur d'une **même institution** (un client qui entre en contact plusieurs fois avec une même institution au cours d'une année), ensuite les comptages multiples au niveau du **réseau de prise en charge en général**. Il n'est pas rare en effet qu'une même personne ait, par exemple, contacté un centre de consultation, pour ensuite être orientée vers un service hospitalier ou un centre thérapeutique et qu'avant ou après sa sortie, elle ait été interpellée par les forces de l'ordre.

Afin d'éviter ces redondances qui constituent en fait un des principaux facteurs de surestimation de la population toxicomane en général, il convient de recourir à un système de codage anonymisé. Le code d'identification propre à chaque personne répertoriée est constitué par une séquence numérique de 9 chiffres présentant une probabilité de redondance d'environ 1/15.000.

Le système, qui prévoit un certain nombre de mécanismes de contrôles, permet, entre autres, de distinguer, le cas échéant, les vrais des faux doubles comptages par comparaison d'un paquet de données socio-démographiques directement au moment de l'encodage des données. C'est le même code qui permettra de différencier les individus impliqués à un niveau **intra-institutionnel** et **inter-institutionnel**, et de disposer de données relatives aux personnes et non pas aux épisodes (événements, contacts, etc.) sans pour autant révéler l'identité de la personne concernée.

- **D. Elaboration du protocole de base**

Le protocole de base (RELIS), utilisé dans le cadre du dispositif national d'observation, constitue un outil intégré pour la collecte de données épidémiologiques relatives aux personnes toxicodépendantes telles que définies au point A du présent chapitre. Les données proviennent d'une part de sources sanitaires et sociales et de l'autre, de sources judiciaires et pénales.

En ce qui concerne le contenu, il faut préciser que les items qui figurent dans le protocole "**POMPIDOU (P)**", élaboré à l'occasion des travaux de recherche sur l'indicateur de demande de traitement par le "Groupe Pompidou" (Conseil de l'Europe), ont été retenus et intégrés dans la structure existante. Par ailleurs, le protocole RELIS 2000 a été modifié sur base des exigences du standard **TDI** (Treatment Demand Indicator), soutenu par l'OEDT.

Le protocole RELIS est pourvu d'un certain nombre d'items de consistance interne (épreuves contradictoires) qui renseignent sur la validité des réponses fournies. Les protocoles complétés qui ne remplissent pas les conditions de consistance n'ont pas été considérés lors de l'exploitation statistique.

Le dispositif s'appuie sur trois protocoles complémentaires. Mis à part le **protocole standard** dont il vient d'être question, les enquêteurs disposent d'une **fiche d'actualisation** garantissant la mise à jour des données des personnes qui ont déjà complété le protocole standard au cours des années précédentes. Enfin, une fiche signalétique à compléter pour les personnes qui se sont recensées plusieurs fois au sein d'une même institution au cours d'une même année. Cette approche permet d'une part la rationalisation de la collecte des données et de l'autre, elle rend possible une exploitation horizontale et verticale des données.

A signaler que face à la spécificité de chaque institution participant au réseau RELIS, le protocole standard a dû être adapté au cadre organisationnel respectif. Ces protocoles "sur mesure" sont entrés en vigueur au 1er janvier 1998.

Un fascicule explicatif servant de référence aux enquêteurs, chargés de la collecte de données au sein des institutions participantes a été conçu et présenté en détail lors de différentes séances de formation.

• **E. Spécificité du protocole**

Le dispositif national vise principalement trois niveaux d'information :

Comme tout dispositif de collecte de données, il rapporte un certain nombre de données quantitatives qui devront fournir une vue d'ensemble de la **prévalence** et de **l'évolution** de l'usage problématique de drogues illicites. D'autre part, le nombre élevé des domaines d'information (axes thématiques) couverts par le protocole permet de disposer de **données qualitatives** détaillées sur les comportements des usagers. Le point focal dispose ainsi d'un pool de données annuellement mises à jour qui servent à des travaux de recherche divers.

Il reste à préciser que le réseau ne pourra fonctionner et se développer dans les années à venir qu'à condition que les institutions accordent la priorité à un seul protocole de collecte en l'intégrant dans le cadre général de l'accueil et des programmes de prise en charge.

Un troisième niveau d'information qui résulte également de la diversité des axes thématiques, concerne plus particulièrement le domaine de l'évaluation. S'il s'agit de prévention, de réduction de la demande, de prise en charge ou de réduction des dommages causés par l'abus de consommation, les informations recueillies contribueront dans une large mesure à évaluer les degrés d'acceptance et les changements de comportements face aux structures et programmes existants (ex. programme méthadone, échange de seringues, distributeurs de seringues, streetwork, etc.).

Ce niveau se révèle particulièrement important dans une optique à long terme. La base de données nationale réunit en effet des informations recueillies depuis l'année 1994 ce qui permettra une étude longitudinale des comportements toxicomaniaques ainsi que de la dynamique du réseau de prise en charge et du dispositif répressif. A noter enfin que les données RELIS furent exploitées au niveau de la conceptualisation du plan d'action 2000 - 2004 en matière de drogues et des toxicomanies du Ministère de la Santé

• **F. Modalités de la collecte de données et critères d'échantillonnage**

Conformément à la législation nationale et à la directive 95/46/EEC de l'Union européenne relative à la protection des données personnelles, la passation du protocole requiert en premier lieu le consentement de la personne interrogée. Cette dernière devra être préalablement informée de la destination et de la plus stricte confidentialité des données fournies.

Trois approches sont indiquées et peuvent, le cas échéant, être combinées selon les caractéristiques et contraintes spécifiques à chaque institution :

- Entretien lors duquel l'intervenant note les réponses fournies par la personne questionnée;
- Personne questionnée complète le protocole en présence de l'intervenant qui, après en avoir vérifié sommairement le contenu, complètera les données manquantes par un entretien en face à face;

- Complément d'information à caractère spécifique par consultation du dossier médical et/ou personnel et concertation avec les intervenants institutionnels.

Ont été retenues uniquement les données relatives aux personnes toxico-dépendantes de substances qui, indépendamment de leur classification (cf. définitions), sont marquées "**(HRC)**" (**Higher Risk Consume**). Les personnes qui consomment exclusivement des produits marqués "(LRC)" (**Lower Risk Consume**), n'ont pas été retenues ainsi que les dossiers des personnes interpellées uniquement pour détention et/ou vente de produits illicites.

- **G. Définitions**

- ▶ **Population cible** (cf. point A)
- ▶ **Substances retenues¹**

Etant donné que le réseau d'information vise prioritairement les personnes présentant une consommation problématique ou une dépendance aux produits psycho-actifs illicites et/ou de certains produits licites qui sont détournés de leur usage proprement thérapeutique, il paraissait essentiel d'établir une classification qui tienne compte et de la nature du produit et de son origine. Pour cette raison, il a été opté pour une classification en deux groupes :

- I. SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES D'ACQUISITION ILLICITE
- II. SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES D'ACQUISITION LICITE

Une substance telle que l'héroïne par exemple appartient au groupe I; les substances médicamenteuses, par contre, appartiennent de façon générale au groupe II, peuvent néanmoins être acquises de manière illégale à des fins de consommation non thérapeutique et générer des comportements addictifs.

Au-delà de l'origine légale ou illégale des produits consommés, il a fallu concevoir un cadre de sélection au niveau de la classification qui permette de définir la nature même du produit.

Pour ces raisons, il a été opté pour le marquage de certains produits par le qualificatif **LRC (Lower Risk Consume)**. Ces substances présentent ou bien un pouvoir toxicomanogène moindre ou bien, indépendamment de leur nature, sont consommées dans un contexte contrôlé (p. ex. prescription médicale). C'est donc le contexte de consommation qui est retenu comme critère de classification plutôt que la nature du produit. A titre d'exemple on citera la méthadone qui peut être consommée dans le cadre d'un programme de substitution ou bien être acquise par une autre

¹ La définition des termes HRC/LRC ainsi que la classification détaillée des produits retenus dans le cadre de RELIS peut être consultée en annexe B.

filière et consommée à des fins non thérapeutiques. Dans le premier cas, les risques inhérents à la consommation sont limités, dans le deuxième ils sont non contrôlables.

- **Traitement / demande de traitement**

Dans le présent cas, la notion de traitement est définie de la façon suivante: "Toute activité qui vise directement ou indirectement l'amélioration de l'état psychologique, de santé et/ou de la situation sociale d'une personne qui présente un état de dépendance à une ou plusieurs drogues précitées". Cette activité peut être assurée par une institution spécialisée mais également par tout organisme qui intervient dans le champ psycho-médico-social.

Nous comprenons par demande de traitement ou demande d'intervention au sens plus large du terme:

- ▶ toute demande d'intervention médicale et/ou non médicale, de crise, consultations sporadiques, demande de soutien ainsi que toute démarche à plus long terme qui vise la réduction des risques liés à la consommation abusive de produits toxiques.

Cette définition exclut néanmoins :

- ▶ tout contact où la consommation de drogues n'est pas le motif premier de consultation;
- ▶ tout contact avec des services généraux avec l'objectif exclusif d'assistance sociale;
- ▶ toute demande qui, pour des raisons propres à la personne concernée, n'a pas aboutie;
- ▶ tout contact par téléphone ou par lettre qui est resté sans suite;
- ▶ toute demande qui vise exclusivement à obtenir des informations pratiques;
- ▶ toute demande adressée à un membre de la famille, à l'entourage ou à toute institution ne faisant pas partie du réseau de prise en charge (p. ex. curé, enseignant, etc.).

II.2.3 Description de la population toxicomane répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2002

Le tableau ci-après présente le nombre de personnes enregistrées par les institutions de soins, les établissements pénitentiaires et la Section des Stupéfiants de la Police Judiciaire des années 1994 à 2002, ainsi que le nombre d'admissions, de consultations ou d'interpellations en relation avec la consommation et/ou la détention de drogues. Les tendances suivantes peuvent être relevées :

- ▶ augmentation discontinue du nombre de personnes en contact avec des institutions sanitaires spécialisées. On compte un nombre plus élevé de demandeurs de soins qui par ailleurs consultent un plus grand nombre d'institutions spécialisées,
- ▶ hausse continue du nombre de personnes (double comptages inclus) en contact avec l'ensemble du réseau institutionnel national pour motif d'usage illicite de drogues. Cette hausse est avant tout tributaire de l'augmentation significative du nombre de personnes interpellées par les forces de l'ordre pour infraction à la loi sur les stupéfiants.
- ▶ stabilisation du nombre de contacts avec les unités hospitalières nationales (comptages multiples inclus et exclus) entre 1999 et 2002.
- ▶ diminution continue du nombre de détenus et de personnes interpellées pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

**INSTITUTION NOMBRE D'ADMISSIONS (A) ET/ OU CONSULTATIONS (C)
ET/OU CONTACTS (CO) OU INTERPELLATIONS (I)**

NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES

94 96 97 98 99 2000 2001 2002 94 96 97 98 99 2000 2001 2002

TYPE ANBULATOIRE

JDH LUXEMBOURG (C) 1662 1086 773 829 993 924 950 929 284 308 244 270 323 300 279 317
 JDH CONSULT. PRISON (C) 434 431 478 260 401 478 434 431 43 61 73 75 73
 JDH ESCH/ALZETTE (C) 366 576 366 576 130 175 166 209 213 165 199 206
 PROGRAMME METHADONE 51 128 158 186 164 158 158 151

MSF-SOLIDARITE-
 JEUNES (A) d.m. 35 70 91 141 141 / /

CENTRE EMMANUEL (C) 2 7 17 15 34 42 / / 2 7 15 10 21 39 31 51

TYPE RÉSIDENTIEL

CT MANTERNACH (A) 48 58 62 39 47 43 34 57 48 55 55 56 59 56 52 52

TYPE BASE-SEUIL

ABRIGADO - SZENE 6.456 8.734 8.525 10.602 11.834 14.452 16.588

KONTAKT (CO) / / / / 15.864 11.531

JDH ESCH/A. PORTE OUVERTE (C) 949 974 1.676 1.249 1.175 1.317

TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES SPECIALISEES (avec comptages multiples) 2 515 673 665 820 940 923 989 1.058

UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES 4

CHNP-BU-V (A) 249 251 226 251 272 247 242 249 148 157 150 158 179 161 153 158

CHL ≈ 70 ≈ 70 50 50 54 56 51 47

CLINIQUE STE THERESE d.m. d.m. d.m. 17 32 41 40

HVEA ≈ 90 37 37 28 50 53 40 33

CLINIQUE ST. LOUIS d.m. 13 15 15 7 14 10 11

SOUS-TOTAL : INSTITUTIONS HOSPITALIERES (avec comptages multiples) ≈ 308 ≈ 277 252 243 307 316 295 289

INSTITUTION NOMBRE D'ADMISSIONS (A) ET/ OU CONSULTATIONS (C) ET/OU CONTACTS (CO) OU INTERPELLATIONS (I) NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES

	94	96	97	98	99	2000	2001	2002	94	96	97	98	99	2000	2001	2002
INSTITUTIONS A L'ETRANGER									≈ 50	55	57	71	91	102	97	101

TOTAL : INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES)⁴	≈ 879	≈ 1.005	974	1.134	1.338	1.341	1.381	1.448								
---	-------	---------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES

CPL	210	259	309	167	139	161	150	101								
CPC	30	33	37													
POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES	1.100	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758	1.775	2.217								

TOTAL INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES)

	1.340	1.660	1551	1.337	2.078	1.919	1.925	2.318								
TOTAL CUMMULE DES INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES)	2.213	2.665	2.525	2.471	3.416	3.260	3.306	3.766	<i>d.m.</i>	<i>d.m.</i>	<i>d.m.</i>	<i>d.m.</i>	<i>1.198</i>	<i>1.024</i>	<i>d.m.</i>	<i>d.m.</i>

² Comptages multiples inter- et intra-institutionnels

³ Admissions pour diagnostics ICD-10: F11, F14, F16, F18, F19.

⁴ Le total sans comptage multiples inter- et intra-institutionnels a été établi à partir des taux de recoupement observés au niveau des personnes recensées par RELIS (cf. Origer, A. (2001), Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite - Etude comparative multi-méthodes 1997 - 2000, Séries de recherche n°2, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.

III.2.4 Traitement et représentativité des données

III.2.4.1 Description de l'échantillon

En 2002 la base RELIS a recensé 901 (788) individus qui ont été répertoriés par différentes institutions de soins ou bien interpellés par les forces de l'ordre pour infraction(s) présumée(s) à la loi sur les stupéfiants durant l'année en cours. Au total, la base RELIS a recensé 4.085 usagers depuis sa création.

III.2.4.2 Taux et couverture de réponses

Le taux de réponses se situe autour de 99% étant donné qu'il s'agit d'une procédure de recueil individualisé et que le nombre de sujets ayant refusé l'entretien individuel est tout à fait minime.

La couverture de réponses au niveau des institutions spécialisées renseigne sur la quantité et la représentativité de l'information collectée sur base du protocole de données. Elle permet d'évaluer la qualité du recueil et la représentativité des données au cours des années. Le tableau suivant qui présente les pourcentages de réponses par catégories de questions indique une augmentation de la **couverture moyenne de réponse** par rapport à 2001 de **3,68** %.

CATEGORIE	QUESTIONS N°	ITEMS	% 1999	% 2000	% 2001	% 2002
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	1-6	10	96,96	96,62	97,45	97,18
SCOLARITÉ	7	4	62,60	42,45	45,12	50,17 +
FAMILLE D'ORIGINE	8	9	34,52	36,30	38,01	43,82 +
SITUATION RÉSIDENTIELLE	9	4	55,02	53,12	57,06	52,33 -
SITUATION PROFESSIONNELLE	10	5	31,08	36,42	39,23	65,15 +
SITUATION FINANCIÈRE	11	2	39,61	46,38	46,32	52,27 +
SITUATION JUDICIAIRE	12	4	60,10	68,34	73,48	71,37
DONNÉES MÉDICALES	13	6	61,21	65,37	63,14	60,23
COMPORTEMENTS À RISQUE	14	3	30,00	32,87	29,13	42,05 +
CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES	15	8	90,05	92,77	92,45	93,01
FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	16	1	36,46	40,00	32,80	44,95 +
CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DROGUES ILLICITES	17	2	24,04	27,45	28,02	29,52 +
LIEU D'ACHAT ET D'APPROVISIONNEMENT	18	3	53,75	57,86	57,23	60,38 +
RAISONS DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION	19	1	24,53	26,52	25,86	29,52 +
PREMIÈRE DEMANDE DE TRAITEMENT	20	4	31,50	31,35	29,15	32,40
TRAITEMENT ACTUEL	21	3	100	100	100	100
SÉJOURS PASSÉS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL	22	2	30,00	33,00	36,15	37,18 +
LIEU D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION	23	1	25,87	31,60	37,45	33,63 +

Il y a lieu de constater une augmentation sensible du taux de couverture des réponses en comparaison à l'année 2001. Les couvertures les plus faibles s'observent par ordre croissant au niveau des axes 19,17, 20, et 23. Les accroissements les plus sensibles se notent au niveau des données relatives aux situations professionnelle, financière, à la famille d'origine et à la scolarité.

III.2.5 Résultats et analyses

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 2002 selon les critères appliqués par le dispositif RELIS. Le point focal luxembourgeois de l'OEDT fournit annuellement aux institutions participantes les données se rapportant à leurs propres clients. Par ailleurs, le point focal peut également fournir des données agrégées se rapportant exclusivement aux institutions spécialisées de type sanitaire.

Les présents résultats ne sont pas exprimés en valeurs absolues mais en nombre de réponses (x) par le nombre de réponses connues (exemple : *Nationalité : luxembourgeoise 54% (n=708) signifie qu'au niveau du recueil des données, on compte 708 réponses (cas connus) et que parmi ces 708 sujets il y en a 54% qui sont de nationalité luxembourgeoise; la nationalité de 80 cas est donc inconnue.* Les pourcentages (valides) se rapportent par conséquent au nombre de réponses connues (n = 708) et non pas à l'effectif total de l'échantillon (N=788). Les valeurs reprises dans les tableaux sont exprimées en pourcentages. La valeur " N " correspond au nombre total de répondants pour lesquels des données valides ont été disponibles.

Selon les items (*p. ex. approvisionnement en matériel d'injection*), les personnes questionnées ont la possibilité de fournir plusieurs réponses (non exclusives). Dans ce cas, les pourcentages se rapportent au nombre total de réponses et non pas au nombre total de répondants. Le nombre de personnes (N) ayant répondu à ces mêmes items sera néanmoins indiqué entre parenthèses dans les tableaux.

Dans la mesure où une analyse comparative s'avère pertinente, les données de 1994 à 2002 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2002.

Les résultats suivis des signes (▲) et (▼) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2002. Sauf indication contraire, les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 2001.

La comparaison des données permet de mesurer la fidélité des résultats au regard de la variabilité **intra-facteurs** (distributions à écart type élevé) et de la variabilité **inter-facteurs**; à savoir les effets structures et les **effets volumes**. Les premiers décrivent l'influence due au changement des critères d'échantillonnage (participation de nouvelles institutions au réseau / proportions d'individus par institution), les seconds concernent l'augmentation numérique des répondants répertoriés par la base RELIS.

Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (*Source : Annales statistiques 1995-2002 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC)).*

Les numéros qui précèdent les catégories thématiques correspondent aux numéros des items retenus par le protocole RELIS 2002.

Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (*Source : Annales statistiques 1995-2001 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC)).*

Les numéros qui précèdent les catégories thématiques correspondent aux numéros des items retenus par le protocole RELIS 2002.

PRESENTATION DES RESULTATS

Une batterie de données (III.2.5.A) concerne les **fréquences de contacts institutionnels**. Elle regroupe toutes les personnes entrées en contact avec une des institutions participant au réseau RELIS pendant l'année en cours en différenciant les recours aux institutions sanitaires spécialisées (indicateur de demande de traitement) et les contacts avec toutes les institutions RELIS (institutions sanitaires et répressives).

Un deuxième ensemble de données (III.2.5.B) fournit les résultats de **l'analyse systématique, comparative et annuellement mise à jour des données** recueillies sur base du protocole RELIS pour l'année en cours, relatifs aux contacts institutionnels des personnes recensées.

III.2.5.A DONNEES SELON LES FREQUENCES DE RECOURS ET/OU DE CONTACTS

- A.1. *Ancienneté des clients, pour une institution donnée (type sanitaire et répressif)*

▶ **Toutes institutions RELIS (sanitaires et répressives) :**

Il est question des premiers contacts avec une institution donnée. Il ne s'agit pas a fortiori de la première demande de traitement toutes institutions confondues. En 2002, 32 % des personnes qui ont consulté une institution donnée, n'avaient pas encore été admises auparavant dans cette même institution. La proportion de nouveaux clients est stable depuis 1999.

Le tableau A.1. fournit une série de données clefs selon le statut d'ancienneté des clients. On constate que la proportion de personnes de **nationalité luxembourgeoise** a tendance à augmenter avec la fréquence d'admission (70% anciens). Aussi, observe-t-on que la **majorité des nouveaux clients sont d'origine étrangère**. La **différence de l'âge moyen et de la durée de dépendance** entre anciens et nouveaux clients est plus prononcée que les années précédentes tout en retenant que les durées moyennes de dépendance se sont stabilisées pour les nouveaux clients.

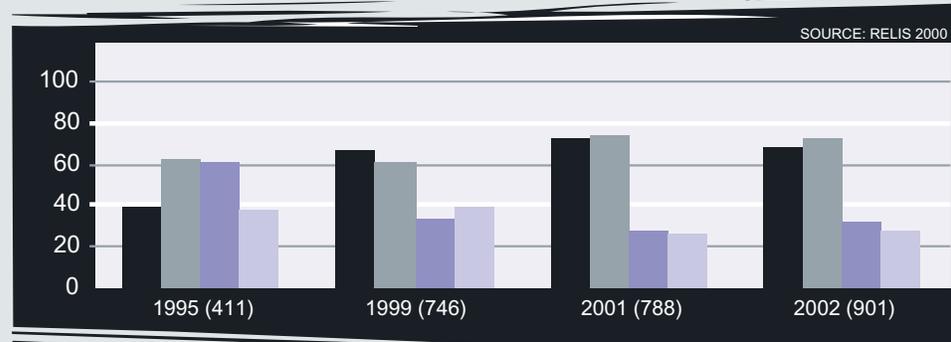
► ***Institutions spécialisées de type sanitaire***

Appliqués au recours aux institutions sanitaires spécialisées, les résultats témoignent de moins de variations au niveau de la proportion d'anciens et de nouveaux clients au cours du temps. Depuis 1995, **le taux de nouveaux patients** se situe entre 26% et 42 %. Avec 27% en 2002, on atteint le niveau de l'année précédente.

En ce qui concerne les nouveaux patients, la proportion de personnes d'origine luxembourgeoise est en augmentation depuis les quatre dernières années. Actuellement 62% **des nouveaux patients demandeurs de soins sont de nationalité luxembourgeoise**. **L'âge moyen** des nouveaux clients est en baisse alors qu'il affiche une hausse continue pour les anciens clients recensés par le réseau sanitaire. La durée moyenne de dépendance est en régression chez les nouveaux clients.

En résumé on retiendra que l'âge des nouveaux patients est fortement en baisse et celui des anciens patients en hausse. En référence à la totalité de la population toxicomanes, on constate que la majorité des nouveaux cas recensés par les forces de l'ordre sont de nationalité étrangère alors que c'est le contraire pour les nouveaux demandeurs de soins, en majorité d'origine luxembourgeoise.

Fig.A.1. Statut d'admission des clients pour une institution donnée (type: sanitaire et répressif) 1995-2002



■ Anciens total	39	67	73	68
■ Anciens sanitaire	62	61	74	73
■ Nouveaux total	61	33	27	32
■ Nouveaux sanitaire	38	39	26	27

TABLEAU A.1. Données clefs sur les anciens et les nouveaux cas répertoriés selon le type d'institution impliquée

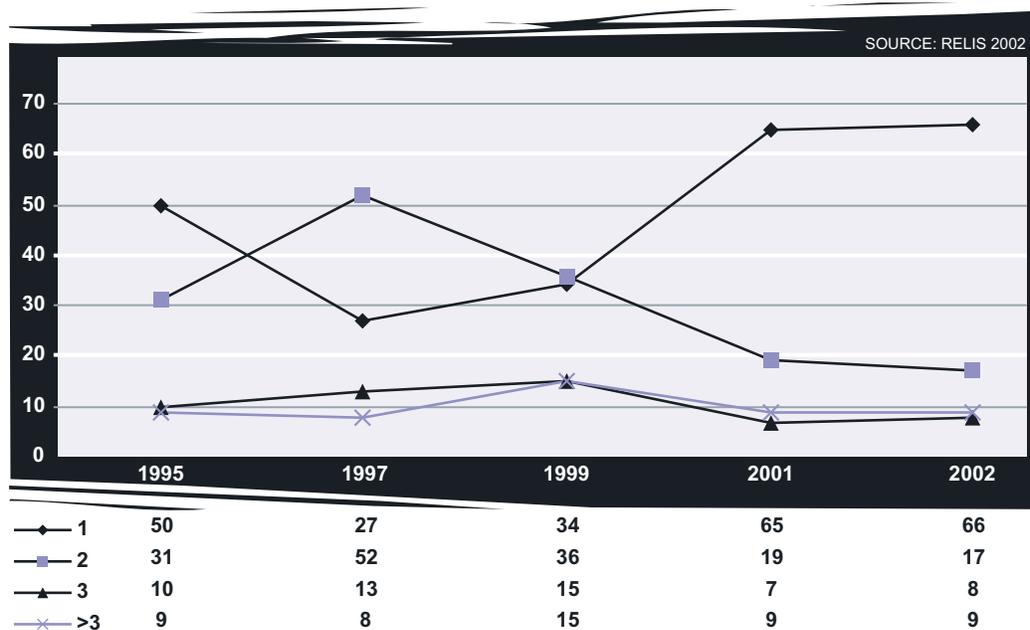
	NOUVEAUX TOTAL	NOUVEAUX (SANITAIRE)	ANCIENS TOTAL	ANCIENS (SANITAIRE)
2002 (2000)	%	%	%	%
NATIONALITÉ				
LUXEMBOURGEOISE	45 (38)	62 (51)	62 (60)	70 (70)
NATURALISATION	0 (0)	5 (1)	2 (2)	3 (3)
ÉTRANGÈRE	55 (62)	38 (48)	36 (38)	28 (27)
AGE MOYEN				
	26 ans et 8 mois (28 a et 1 m)	26 ans et 10 mois (28 a et 8 m)	30 ans et 9 mois (29 a et 1 m)	32 ans et 5 mois (29 a et 4 m)
DURÉE MOYENNE DEPUIS LE 1ER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES				
	12 ans et 8 mois (14 a et 3 m)	12 ans (14 a et 5 m)	20 ans (15 a et 4 m)	21 ans (14 a et 9 m)
DURÉE MOYENNE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE PHYSIQUE				
	8 ans et 7 mois (10 a et 7 m)	7 ans et 11 mois (10 a et 9 m)	16 ans et 4 mois (11 a et 7 m)	17 ans et 8 mois (11 a et 6 m)

• A.2. *Distribution des fréquences de recours, toutes institutions spécialisées confondues*

On note au cours de l'année 2002 (Fig. A.2.), une nette majorité des demandeurs de traitement (66%) répertoriés par le réseau institutionnel, qui ne font état que d'un seul contact avec à une institution RELIS.

Une décroissance marquée des effectifs s'observe entre les fréquences 1 et 2; décroissance qui se poursuit de façon plus au moins homogène jusqu'à un maximum absolu de 9 recours de traitement pour l'année 2002. En moyenne, une personne consulte ou entre en contact avec une institution donnée 1.68 (1.64) fois par année.

Fig A.2. Fréquences de recours par années, toutes institutions confondues. 1995-2002



• A.3. *A.3. Nombre d'institutions spécialisées différentes (type : sanitaire) contactées au cours d'une année donnée*

Contrairement au graphique A.2, les données présentées sous cette rubrique indiquent le nombre de recours de traitement auprès d'institutions sanitaires différentes. On retiendra que pour les demandeurs de traitement répertoriés par la base de données RELIS, le nombre maximum d'institutions sanitaires différentes contactées au cours de l'année 2002 s'élève à cinq et qu'en moyenne une personne répertoriée a consulté 2,14 (1,21) institutions sanitaires différentes au cours de l'année 2002.

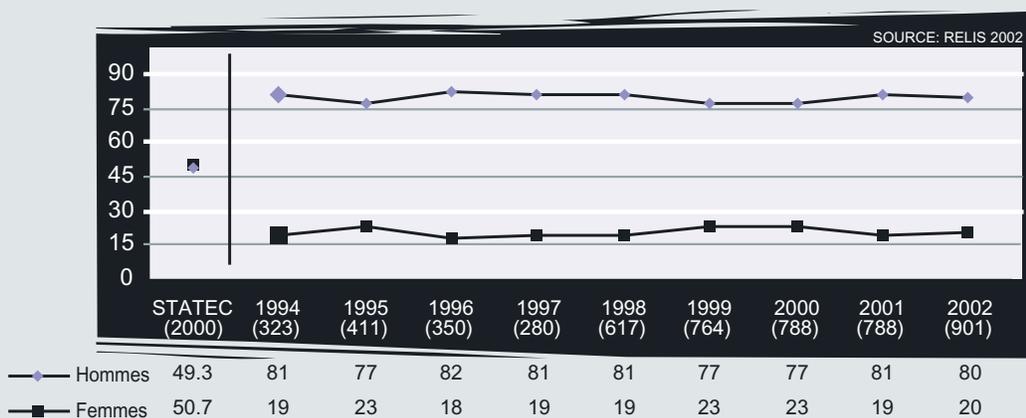
• A.4. *Indicateur de première demande de traitement :*

Pour l'année 2002, on compte 5% (1998 : 4%) de premières demandes de traitement pour problèmes liés à l'usage illicite de drogues, à savoir des personnes qui auparavant n'ont jamais été en contact avec une quelconque institution de soins pour des problèmes liés à la consommation de drogues. Ce taux est sensiblement inférieur aux taux moyens observés dans d'autres Etats membres de l'UE.

III.2.5.B RELIS 2002 - SOMMAIRE DES DONNEES

3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

La distribution de 80%* d'hommes et de 20% de femmes (n**=901) reflète le sex ratio observé au sein des différentes structures d'accueil pour toxicomanes du Grand-Duché de Luxembourg et, à plus grande échelle, les résultats d'études menées dans d'autres pays européens.

TENDANCES

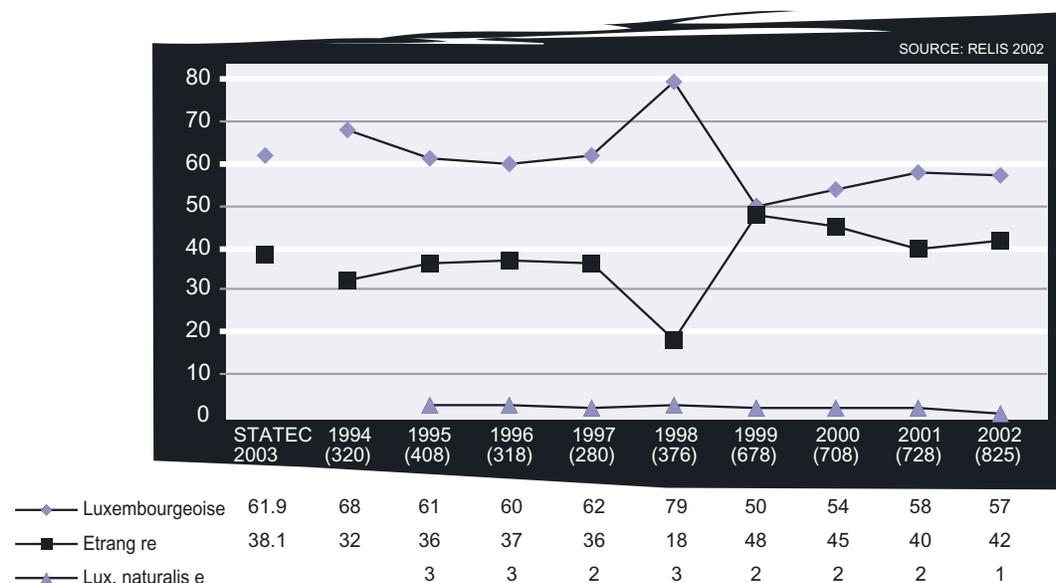
STABLE

METHODOLOGIE

- * Pourcentage valides / réponses connues
- ** Nombre de réponses connues (répondants retenus)

4. NATIONALITE

Fig 4. Nationalité. 1994-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

57% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 825). Actuellement la distribution selon la nationalité affiche une proportion légèrement plus importante d'étrangers que celle observée en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen des personnes de nationalité étrangère:** 29 ans et 8 mois (♣) (29 ans et 5 mois) (1997: 28 ans et 9 mois).
- **Durée moyenne de séjour au Grand-Duché de Luxembourg** des personnes de nationalité étrangère et qui sont nées à l'étranger: 22 années et 1 mois (♣) (23 années et 5 mois).

TENDANCES

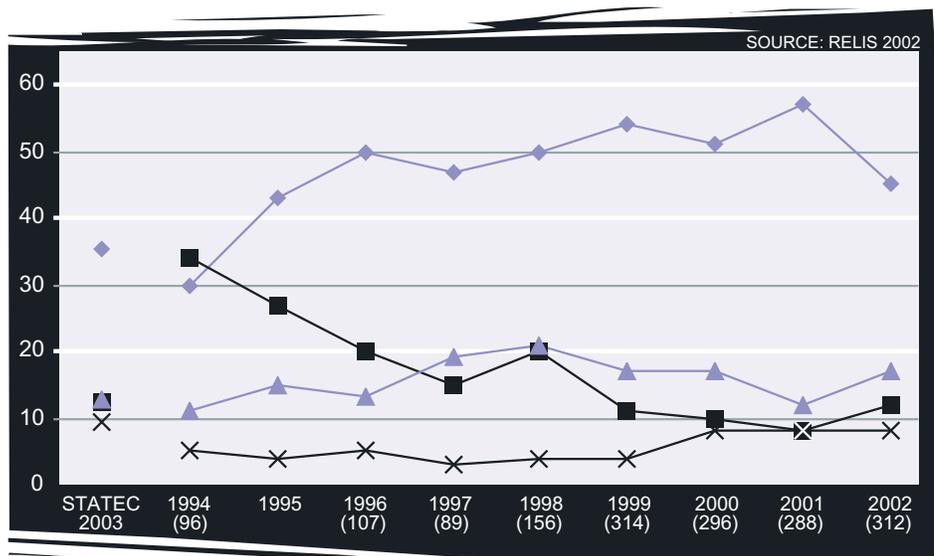
- Une proportion stable de ressortissants étrangers au sein de la population toxicomane nationale observée jusqu'en 1998 est suivie par une hausse remarquable en 1999 et une faible baisse à partir de 2000.
- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affiche une tendance continue à la hausse de 1994 à 2001. En 2002 cependant on constate une diminution de la durée de séjour ce qui peut être dû à l'arrivée de nouveaux ressortissants étrangers plus jeunes avec des carrières toxicomanes plus courtes.

4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 2003 ¹	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)
PORTUGAL	35,5	30	43	50	47	50	54	51	57	45
ITALIE	12,3	34	27	20	15	20	11	10	8	12
FRANCE	12,6	11	15	13	19	21	17	17	12	17
BELGIQUE	9,3	5	4	5	3	4	4	8	8	8
ALLEMAGNE	6	6	3	1	3	0	5	4	5	5
ROYAUME UNI	2,7	2	0	0	0	0	0	0	0	0
PAYS BAS	2,1	2	1	2	0	0	1	0	0	1
ESPAGNE	1,7	0	0	0	0	5	4	3	1	1
GRÈCE	0,7	2	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL : AUTRES EU	3,43	0								
CAP VERT		2	4	3	2	0	2	1	2	2
AFRIQUE		2	1	3	3	0	1	1	2	3
EX-YOUGOSLAVIE		2	2	3	7	0	2	1	3	4
ETATS UNIS		2	0							
TOTAL : AUTRES NON-EU	13,8	8	7	9	12	0	5	4	1	2
N	164.700	96	139	107	89	156	314	296	288	312

¹ Les chiffres STATEC 2003 se rapportent au 01/01/2003. Population totale 448.300

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-2002 (% valide)



◆ Portugal	35.5	30	43	50	47	50	54	51	57	45
■ Italie	12.3	34	27	20	15	20	11	10	8	12
▲ France	12.6	11	15	13	19	21	17	17	12	17
× Belgique	9.3	5	4	5	3	4	4	8	8	8
Autre	30.3	18	11	12	16	5	14	15	15	18

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des **pays limitrophes** tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 28 % (25 %).

TENDANCES

- Nette prépondérance de citoyens portugais (45 % en baisse pour l'année 2002) dans le groupe des personnes de nationalité étrangère, tout en insistant sur la baisse significative par rapport à l'année précédente (57%). **L'Italie**, un autre pays d'origine très représenté a connu une dégression continue depuis 1994. La **France**, bien représentée aussi, semble à tendance stable. Les ressortissants portugais sont les seuls à être largement surreprésentés en référence à la distribution observée en population générale (cf. STATEC 2001).

- Augmentation lente mais continue du nombre de **personnes originaires des pays limitrophes**.

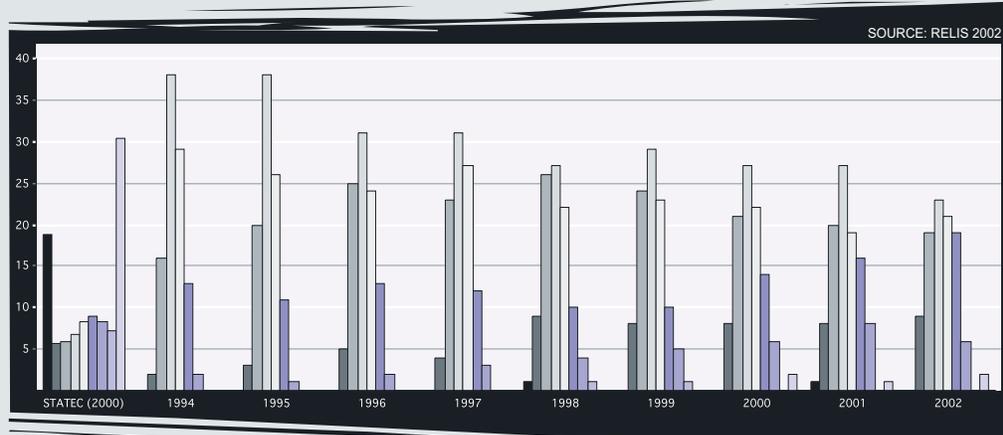
- Le nombre total d'utilisateurs problématiques de drogues **originaires de pays hors EU** affiche à nouveau une augmentation sensible (2002 : 11%).

MÉTHODOLOGIE

- Pour des raisons de lisibilité graphique, les valeurs relatives à la rubrique "autre" n'y ont pas été reproduites.

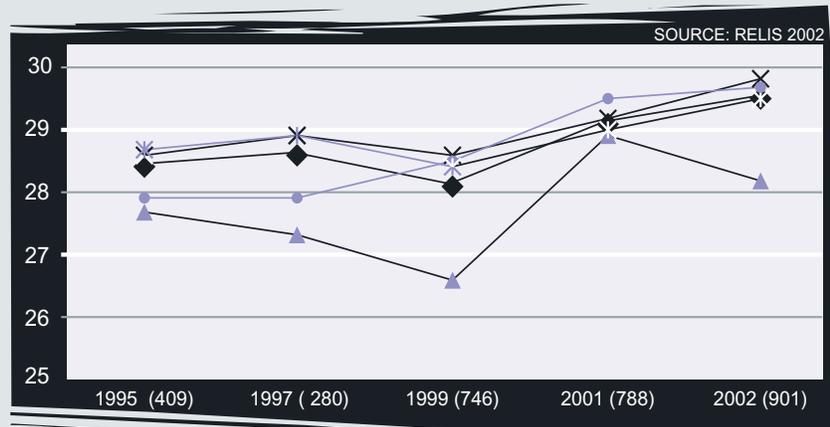
5. DISTRIBUTION SELON L'ÂGE

Fig 5. Distribution selon l'âge 1994-2002 (% valide)



■ < 15	18.9	0	0	0	0	1	0	0	1	0
■ 15-19 ans	5.6	2	3	5	4	9	8	8	8	9
□ 20-24 ans	5.8	16	20	25	23	26	24	21	20	19
□ 25-29 ans	6.7	38	38	31	31	27	29	27	27	23
□ 30-34 ans	8.2	29	26	24	27	22	23	22	19	21
■ 35-39 ans	8.9	13	11	13	12	10	10	14	16	19
■ 40-44 ans	8.2	2	1	2	3	4	5	6	8	6
□ 45-50ans	7.3	0	0	0	0	1	1	0	0	0
□ > 50	30.4	0	0	0	0	0	0	2	1	2

Fig 5.bis Age moyen/écart (années,mois). 1995-2002.



◆ ge moyen total	28.4	28.6	28.1	29.1	29.5
cart type	5.4	5.76	6.77	7.3	7.42
▲ ge moyen femmes	27.7	27.3	26.6	28.9	28.2
✕ ge moyen hommes	28.6	28.9	28.6	29.2	29.8
✱ ge moyen luxembourgeois	28.7	28.9	28.4	29	29.5
● ge moyen non-luxembourgeois	27.9	27.9	28.5	29.5	29.7

COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/02, **l'âge moyen** des 901 personnes recensées en 2002 était de 29 ans et 6 mois ▲ présentant un écart type de 7.42 ▲.
- Concentration des effectifs 63% (66%) entre 20 et 34 ans (▼).
- 48 % ▲ (44%) des sujets affichent un âge supérieur à 29 ans.
- 5,1% (3,2%) des usagers problématiques recensés sont **mineurs d'âge**. Par extrapolation aux données de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC, obtenus en 2000, on peut estimer leur nombre absolu au niveau national se situant entre 100 et 130.

TENDANCES

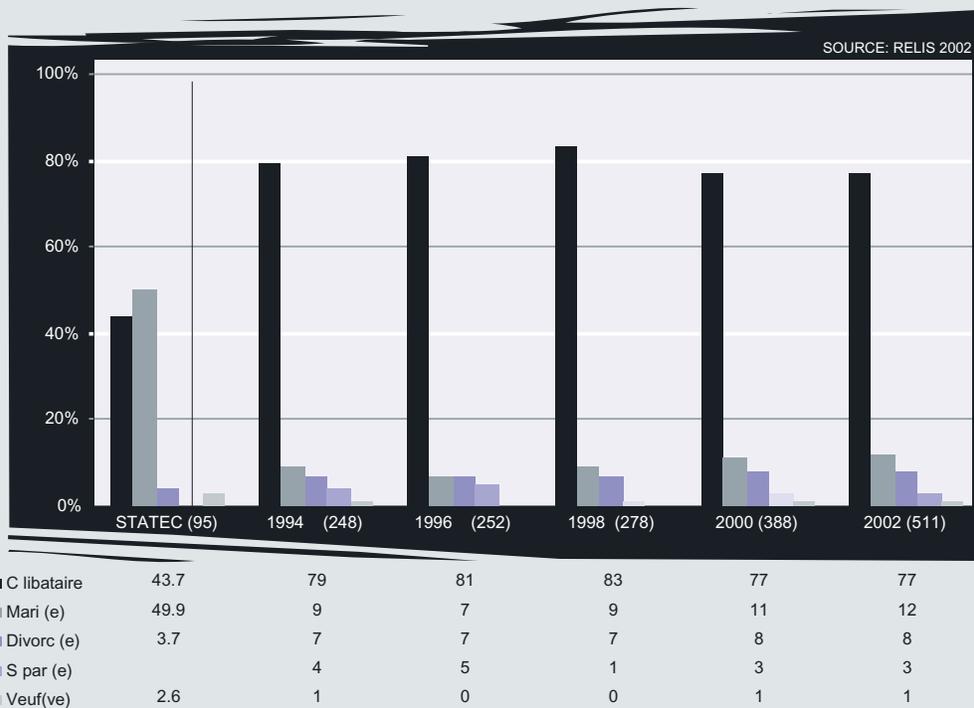
- L'âge moyen, toutes catégories confondues, témoigne d'une tendance générale à la hausse. Une analyse longitudinale des données révèle que la classe d'âge de 15 à 19 ans a connu une hausse depuis 1994 et que la classe d'âge de 20 à 34 ans affiche une tendance générale à la baisse. Il est important de noter que la **proportion de personnes âgées de plus de 34 ans** n'a cessée d'augmenter depuis 1996 (2002 : 25%) et que l'écart type de la distribution d'âge augmente. En d'autres termes, **l'écart entre les répondants les plus jeunes et les plus âgés s'accroît**.
- **L'âge moyen des usagers luxembourgeois** est inférieur de deux mois à celui des répondants d'origine étrangère.
- La **différence d'âge selon le sexe** a tendance à s'estomper. Les hommes affichent une moyenne d'âge de plus en plus élevée. Cette tendance est davantage prononcée pour la sous-population de personnes d'origine étrangère comparée aux répondants luxembourgeois. Pour la première fois l'âge de répondants féminins de nationalité luxembourgeoise est supérieur à celle des hommes.

5.1 DISTRIBUTION D'ÂGE SELON LE SEXE ET LA NATIONALITE (2002)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	28 ans et 7 mois (1998: 26a10m)	FEMMES	28 ans et 2 mois (1998: 26a4m)
	MASCULIN	29 ans et 10 mois (1998: 28a2m)	HOMMES	29 ans et 10 mois (1998: 27a10m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	28 ans (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOIS	29 ans et 5 mois (27a10m)
	MASCULIN	29 ans et 11 mois (1998: 28a11m)	ETRANGERS	29 ans et 8 mois (28a9m)

6. ETAT CIVIL

Fig 6. Etat civil du répondant. 1994-2002 (% valide)



TENDANCES

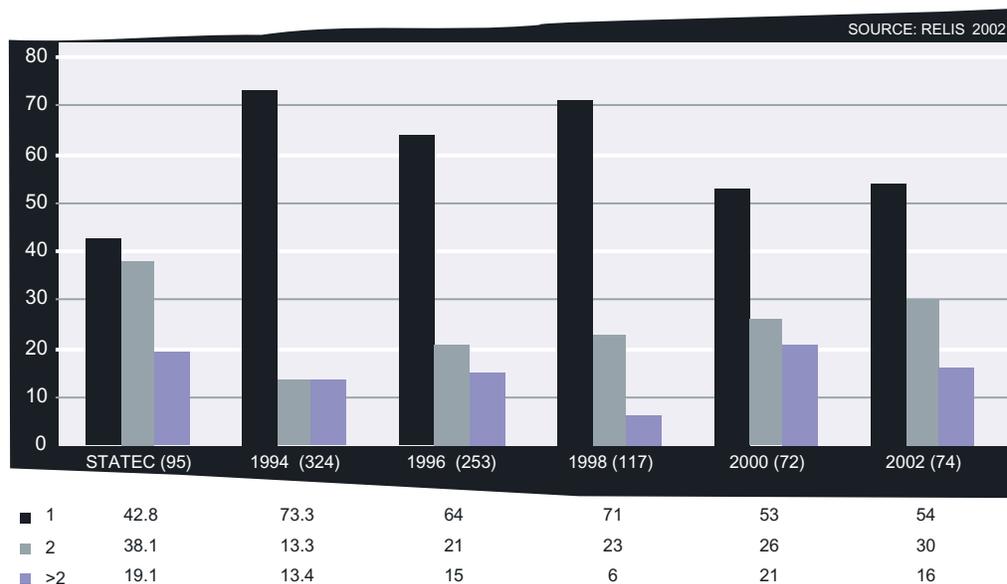
- Faible augmentation de la proportion de personnes mariées

MÉTHODOLOGIE

- Ont été retenues uniquement les personnes majeures au niveau du calcul statistique.

6.1 NOMBRE D'ENFANTS DES REpondANTS

Fig 6.1 Nombre d'enfants des répondants parents. 1994-2002 (% valide)



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 45% (46%) des personnes recensées **n'ont pas d'enfants.**
- 7 % (10%) des femmes déclarent être **enceintes.**

COMMENTAIRES

- Le pourcentage élevé de personnes n'ayant pas d'enfant(s) est avant tout le reflet de l'importante proportion de célibataires mise en évidence plus haut (77%). Parmi les personnes qui ont des enfants, on observe la distribution présentée dans le graphique 6.1.

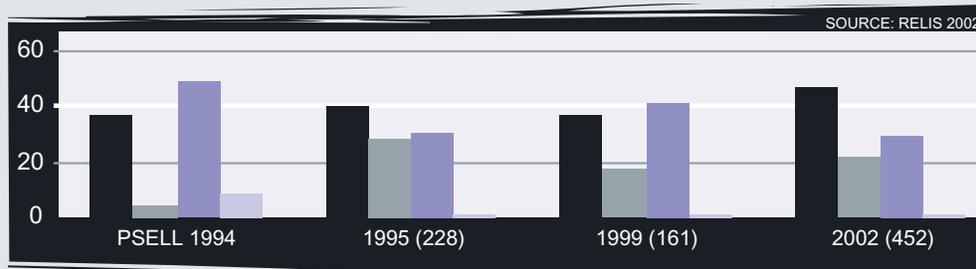
TERMINOLOGIE

- Les données se rapportent au nombre d'enfants conjugaux et/ou extra-conjugaux à condition que le répondant en soit la mère ou le père biologique.

7. SCOLARITE

7.1 SCOLARITE TERMINEE

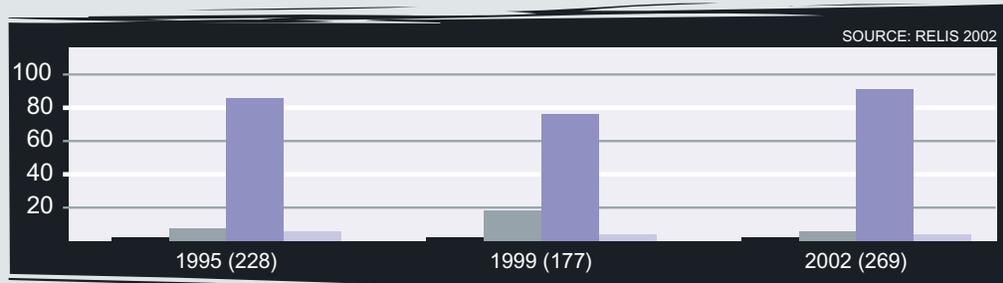
Fig 7.1. Niveau scolaire acquis. 1995-2002 (% valide)



■ Primaire	36.9	40	37	47
■ Comp/Sp c.	4.1	28	18	22
■ Secondaire	48.8	31	41	30
■ Sup rieur	9	1	1	1

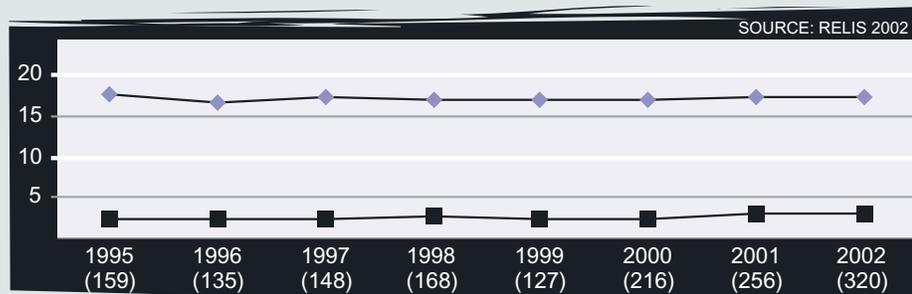
7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

Fig 7.2 Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-2002 (% valide)



■ Primaire	2	1	1
■ Comp/Sp c.	8	19	6
■ Secondaire	85	76	91
■ Sup rieur	5	4	3

Fig 7.2 bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2002



—◆— ge moyen	17.6	16.7	17.3	17.1	17.1	17.1	17.3	17.2
—■— cart type	2.3	2.5	2.23	2.71	2.53	2.54	3.18	3

COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 47% (▲) (44%) ont terminé uniquement un **cycle d'études primaires**; 22% (23%) ont terminé **l'enseignement complémentaire** ou spécial.
- Le graphique 7.2 indique que parmi les répondants qui ont terminé leurs études primaires, respectivement 91% et 3 % sont entrés **en enseignement secondaire et supérieur** et l'ont abandonné par la suite. 6% (▼) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 30% qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 17% de l'enseignement secondaire classique, pour 27% du technique, pour 44 % du professionnel et pour 12% de filières polyvalentes ou non spécifiées.
- 12% (▲) (n=344) des répondants étaient **en cours de scolarisation** en 2002.
- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité:** 17 ans et 2 mois (17 ans et 3 mois) (n=320). Ecart type : 3,0.

TENDANCES

- Depuis 1999, légère baisse du niveau d'études atteint par les répondants. Cependant un nombre croissant de répondants entament des études secondaires sans pour autant les terminer.
- L'âge moyen à la fin de la scolarité demeure stable.(2002 : 17a2m)

MÉTHODOLOGIE

- Les 12% (10%) des personnes recensées qui se trouvaient toujours en cours de scolarisation n'ont pas été retenues au niveau du calcul statistique.

8. CARACTERISTIQUES DE LA FAMILLE D'ORIGINE DES REpondANTS

8.1 SITUATION ACTUELLE DES PARENTS

PAYS	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
2 parents en vie	75	82	75	73	78	77	76	77	75
2 parents décédés	4	2	7	6	3	3	4	3	5
1 des parents décédé	21	16	18	21	19	20	19	20	20
Père décédé	15,2	11,4	15,9	16,2	15	15,3	14,6	17,7	17,2
Mère décédée	5,8	4,6	2,1	4,8	4	4,7	4,4	2,3	2,9
N	264	368	247	236	212	255	294	348	411

COMMENTAIRES

- Au moment du recueil des données, 20% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 5% des sujets avaient perdu les deux parents.

TENDANCES

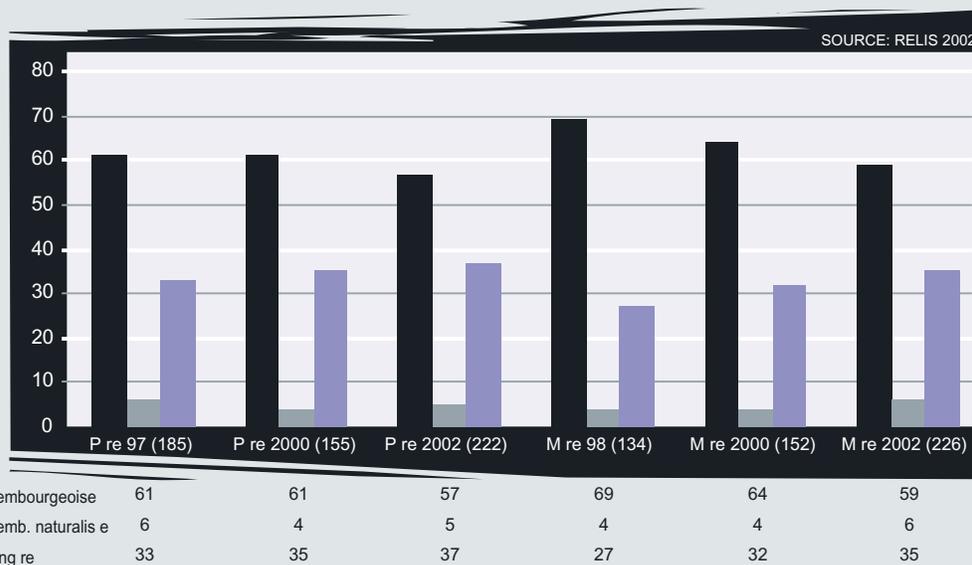
STABLE

MÉTHODOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1997-2002 (% valide)



TENDANCES

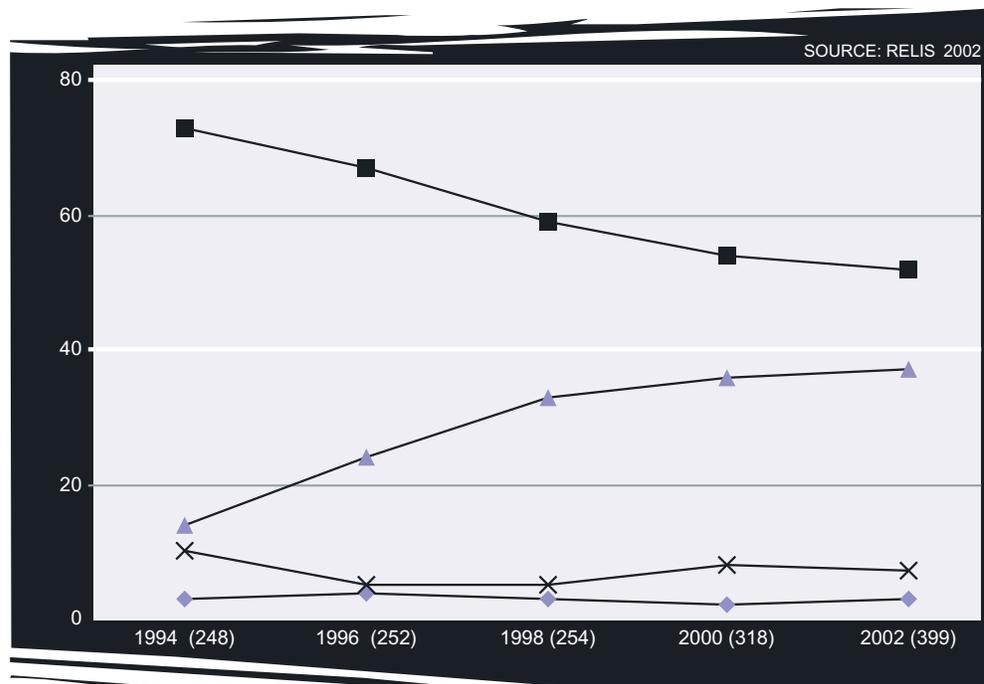
- La distribution selon la nationalité des parents témoigne d'une hausse progressive des parents de nationalité non luxembourgeoise.
- La tendance observée est plus prononcée chez les pères.

TERMINOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques.

8.3 ETAT CIVIL DES PARENTS

Fig 8.3 Etat civil des parents. 1994-2002 (% valide)



—◆— c libataire	3	4	3	2	3
—■— mari (e)	73	67	59	54	52
—▲— divorc (e)	14	24	33	36	37
—×— s par (e)	10	5	5	8	7

TENDANCES

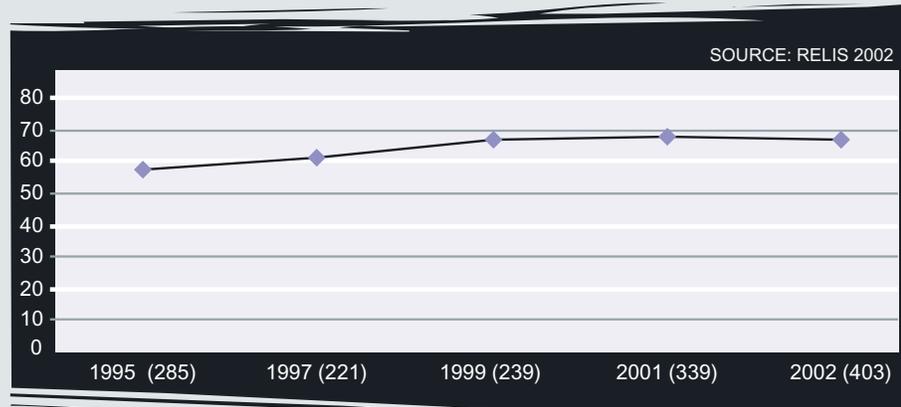
Sur 399 couples parentaux, on note 37% de divorces (augmentation depuis 1997) et 7% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant depuis 1995.

TERMINOLOGIE

Les données se réfèrent à l'état civil des parents, actuellement ou avant le décès d'un des deux.

8.4 CONSOMMATION DE DROGUES AU SEIN DE LA FAMILLE D'ORIGINE

Fig 8.4 Consommation de drogues au sein de la famille d'origine. 1995-2002



—◆— consommation dans famille 57 61 67 68 67

COMMENTAIRES Dans 67% des cas, il y a au moins un des membres de la famille d'origine qui consomme ou a consommé régulièrement un ou plusieurs des produits définis ci après.

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES Dans 31% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 27 % des cas, il s'agit du père et dans 15% des cas de la mère des sujets. Cette distribution reflète les observations des années précédentes.

TENDANCES Stable

TERMINOLOGIE On comprend par "consommation de drogues", dans ce cas particulier, toute consommation régulière et soutenue et/ou problématique de produits toxiques d'acquisition illicite, tout comme l'abus de substances médicamenteuses et d'alcool. Le présent item permet d'approcher le contexte familial ainsi que la place que la drogue occupe ou occupait au sein de la famille d'origine.

8.5 MODE DE VIE LORS DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES ILLICITES

MODE/LIEU	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	60	59	55	58	57	56	60	58
CHEZ PÈRE	4	3	3	3	5	3	2	3	3
CHEZ MÈRE	12	15	16	16	17	18	17	18	15
ALTERNATIVEMENT									
CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	0	1	1	1	0	0	0	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	4	5	2	7	4	10	9	8	9
SEUL(E)	8	6	6	6	5	4	2	2	3
EN COUPLE	10	6	8	6	5	4	5	3	4
CHEZ AMI(E)(S)	5	2	3	2	1	1	1	1	1
EN INSTITUTION	5	3	2	4	4	3	5	5	0
AUTRE	0	0	0	0	0	0	1	0	0
N	255	395	268	240	219	245	285	331	390

COMMENTAIRES

Au moment du premier usage illicite de drogues, 76% (81%) des sujets habitaient toujours chez les parents ou chez un des parents. 9% des répondants habitaient chez un des membres de la famille autres que les parents. La situation observée s'explique en partie par le fait que la moyenne d'âge des sujets lors du premier contact s'élève à 13 ans et 5 mois (n:407).

TENDANCES

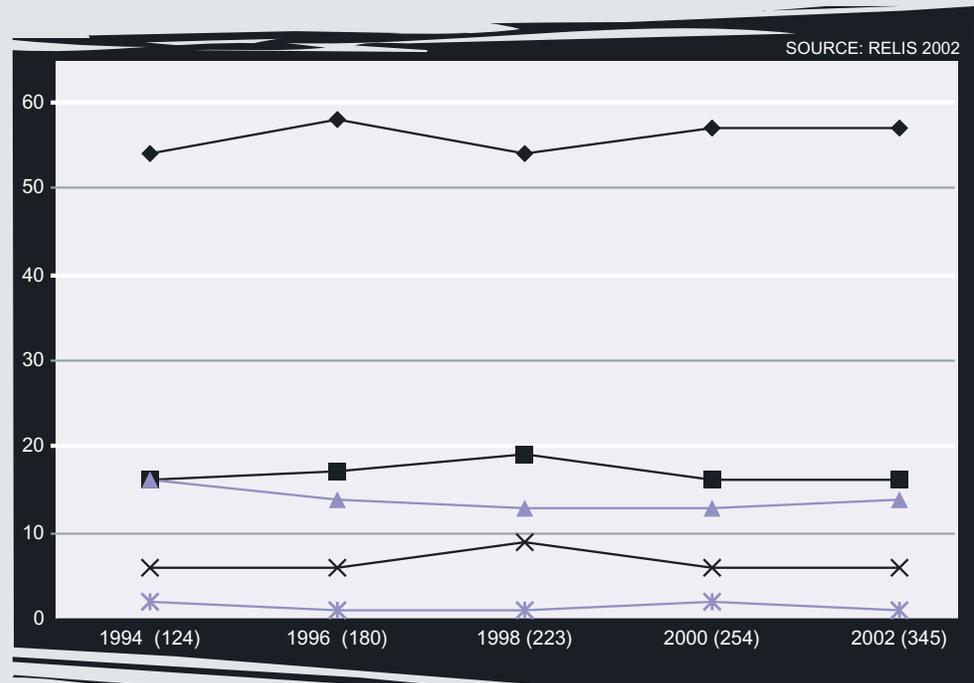
STABLE

8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ouvrier qualifié	34	38	32	36	32	34	35	39	34
Ouvrier non-qualifié	20	22	26	18	22	27	22	21	23
Employé	16	16	17	9	19	16	16	14	16
Libéral	16	12	14	18	13	13	13	13	14
Cadre supérieur	2	5	4	4	4	3	4	4	3
Cadre moyen	4	3	2	4	5	3	2	2	3
Travail au noir	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Chômeur	2	3	1	2	1	1	2	1	1
Autre	5	1	4	9	4	3	5	6	5
N	124	239	180	222	223	232	254	282	345

Fig 8.6 Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-2002.
(% valide)



◆	Ouvrier	54	58	54	57	57
■	Employé	16	17	19	16	16
▲	Libéral	16	14	13	13	14
×	Cadre	6	6	9	6	6
*	Chômeur	2	1	1	2	1
.	Autre	6	4	4	5	5

COMMENTAIRES Dans 57% des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 16 % sont employés et 14 % exercent des professions libérales.

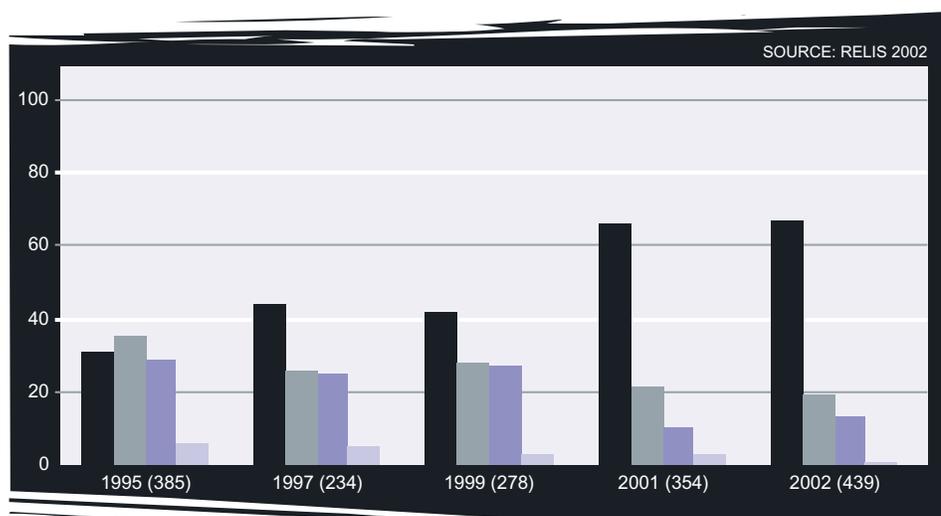
TENDANCES STABLE

TERMINOLOGIE Les données se rapportent au père biologique ou, le cas échéant, au tuteur ou à l'autorité parentale.

9. DOMICILE

9.1 MODE DE VIE (OU ?)

Fig 9.1 *Dernier lieu de résidence connu. 1995-2002 (% valide)*



Logement stable	31	44	42	66	67
Logement instable	35	26	28	21	19
En institution	29	25	27	10	13
Autre	6	5	3	3	1

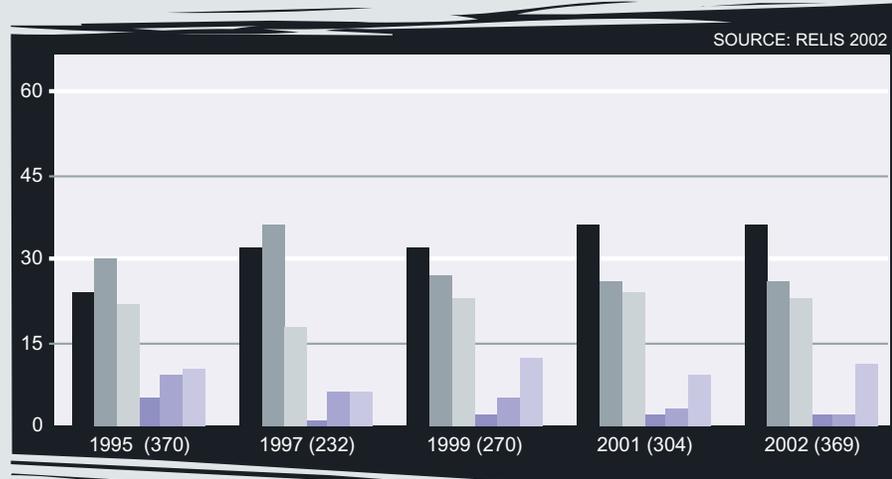
COMMENTAIRES 67% des usagers déclarent disposer d'un logement stable au moment du recueil 2002, ce qui constitue une proportion double de celle observée en 1995.

TENDANCES **Amélioration continue de la qualité de la situation résidentielle** depuis 1995 au regard de la proportion de personnes qui disposent d'un logement stable.

TERMINOLOGIE L'item concerne le dernier lieu de résidence connu (le cas échéant différent du domicile officiel) des répondants.

9.2 MODE DE VIE ACTUEL (AVEC QUI)

Fig 9.2 Mode de vie actuel. 1995-2002 (% valide)



■ seul(e)	24	32	32	36	36
■ en couple	30	36	27	26	26
■ avec parents	22	18	23	24	23
■ avec mb de famille	5	1	2	2	2
■ avec ami/connaissance	9	6	5	3	2
■ autre	10	6	12	9	11

COMMENTAIRES

- 23 % (stable) des répondants vivent au domicile de leurs parents

TENDANCES

La distribution selon le mode de vie donne lieu à des fluctuations importantes au cours des années. On retiendra cependant que la proportion de personnes vivant seules (36%) affiche une tendance modérément croissante depuis 1995.

A préciser que pour les répondants qui vivent avec une personne qui présente également un usage problématique de drogues il s'agit dans 77% du partenaire sexuel.

TERMINOLOGIE

U(s)D: Usager(s) de Drogues (Consommation régulière et soutenue ou abus de drogues illicites)

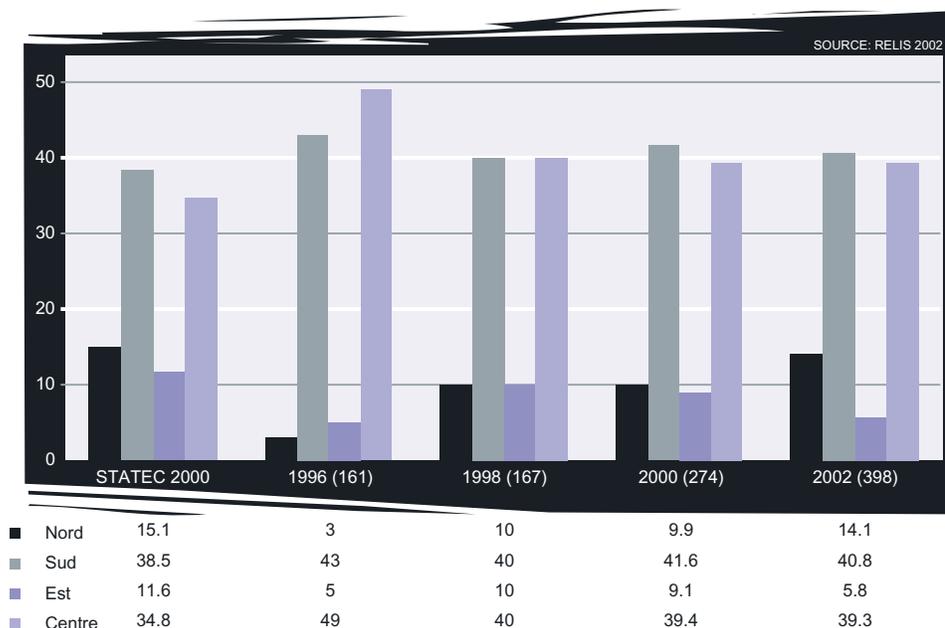
- La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".

9.3 SITUATION GEOGRAPHIQUE DU DERNIER LIEU DE RESIDENCE PRINCIPAL

	SUD	CENTRE	NORD	EST
RELIS 95	53%	27%	13%	7%
RELIS 97	43%	40%	10%	7%
RELIS 99	44,5%	36%	8%	11,5%
RELIS 2001 (%)	38,3%	42,2%	13,8%	5,7%
RELIS 2002 (%)	40,8%	39,3%	14,1%	5,8%
% STATEC 2000 (%)	38,5%	34,8%	15,1%	11,6%
N. STATEC 2000	204.183	151.481	65.776	50.726
% STATEC 1996 (%)	37%	36%	16%	11%
N. STATEC 1996	58.094	57.854	23.570	17.574

Tableau 9.3 : Distribution des lieux de résidence principaux selon les circonscriptions électorales .

Fig 9.3 **Situation géographique du dernier lieu de résidence principal 1996-2002. (% valide)**



COMMENTAIRES

- Le regroupement des données selon les régions (circonscriptions électorales) fait apparaître que depuis 1996 la région du centre et du sud sont représenté de façon équilibrée depuis 1998 suite à une hausse initiale de la proportion des répondants originaires de la région du centre.
- Pour les circonscriptions du centre et de l'est, les effectifs observés (RELIS 2002) diffèrent sensiblement des effectifs recensés par le STATEC en 2000 (population des résidents âgés entre 15 et 40 ans) et en 2000 (STATEC) (population totale).

**DONNÉES
COMPLÉMENTAIRES**

- Distribution selon le nombre d'habitants de la commune d'origine: N: 375
 - < 2.000 habitants : 12% (17%)
 - 2.000 – 10.000 habitants : 29% (30%)
 - 10.000 – 30.000 habitants : 15% (13%)
 - > 30.000 habitants : 36% (38%)
 - autre: 8 %

TENDANCES

On remarquera que depuis 1995 la **prépondérance des personnes originaires de la région du sud s'est estompée en faveur principalement de la région du centre pour aboutir à un équilibre récent**. Les **cantons du nord** confirment par contre une progression assez soutenue.

10. SITUATION PROFESSIONNELLE

10.1 SITUATION DE CHOMAGE

Fig 10.1 *Situation de chômage. 1995-2002 (% valide)*

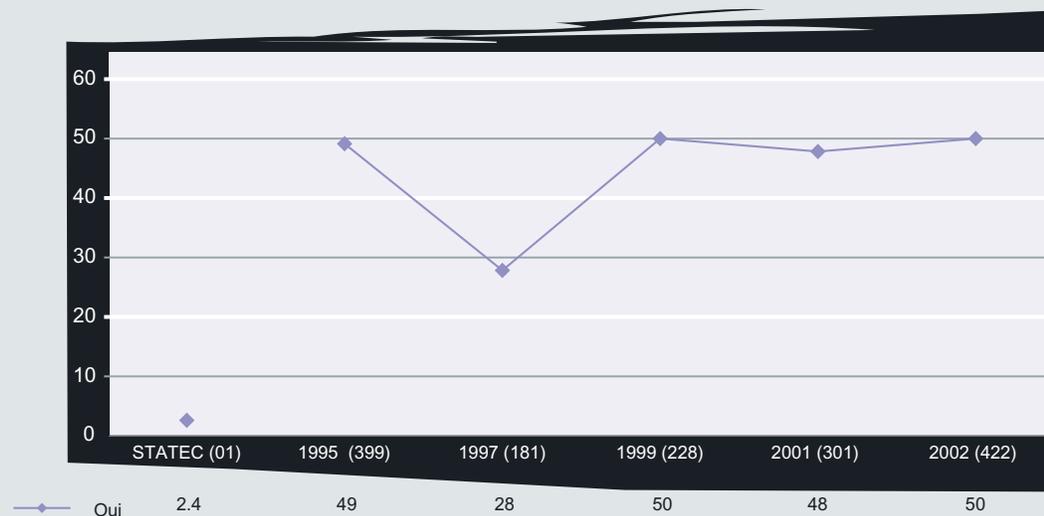
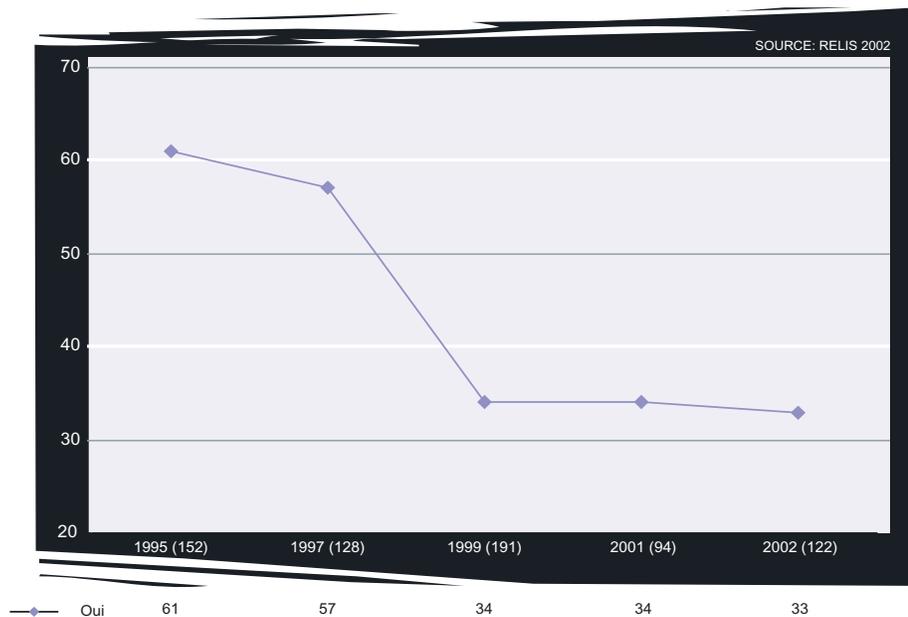


Fig 10.1bis Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1995-2002
(% valide)



COMMENTAIRES

- Le pourcentage de **chômeurs** parmi les répondants s'est stabilisé depuis 1999 et s'élève en 2002 à 50%.
- Bien qu'ayant connu une régression en comparaison aux données de 1997, le taux de chômage est toujours significativement plus élevé que le taux moyen en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 24% (20%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des **démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.
- 33% (34%) des personnes en situation de chômage ne sont pas inscrites auprès de l'administration de l'emploi et ne touchent par conséquent pas d'allocations de chômage. Cette proportion s'est stabilisée à un niveau bas.
L'inscription de la personne en tant que demandeuse d'emploi ne constitue pas nécessairement un indicateur de la motivation à trouver du travail; par contre, elle indique dans quelle mesure le sujet recourt aux mesures d'aide sociale existantes.

TENDANCES

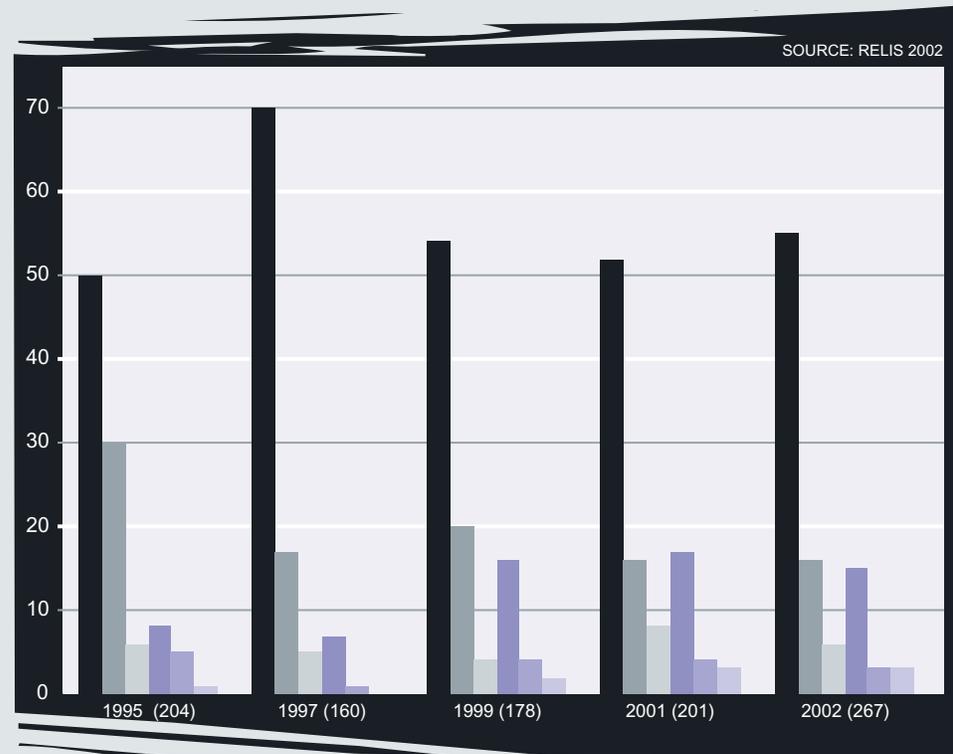
- Stagnation des indicateurs de chômage avec cependant des valeurs beaucoup plus élevées qu'en population générale.

TERMINOLOGIE

- Les étudiants, les femmes au foyer et les personnes sous contrat d'apprentissage n'ont pas été considérés comme chômeurs lors de l'exploitation statistique étant donné qu'ils ne font pas partie de la population active au sens d'une occupation professionnelle rémunérée et/ou stable.

10.2 SITUATION D'EMPLOI

Fig 10.2 Situation d'emploi. 1995-2002 (% valide)



■ Stable	50	70	54	52	55
■ Temporaire/Noir	30	17	20	16	16
■ Invalidit	6	5	4	8	6
■ Etudiant	8	7	16	17	15
■ Foyer	5	1	4	4	3
■ Autre	1	0	2	3	3

COMMENTAIRES

- Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 55% (stable) présentent une **situation d'emploi stable**. Un pourcentage élevé mais décroissant (16%) de ces mêmes personnes ne travaillent qu'occasionnellement, au noir ou bien sous contrat à durée déterminée. A relever également qu'entre 1998 et 2002 **le pourcentage (15%) d'étudiants** au sein de la population de toxicomanes répertoriés s'est stabilisé à un niveau élevé.

TENDANCES

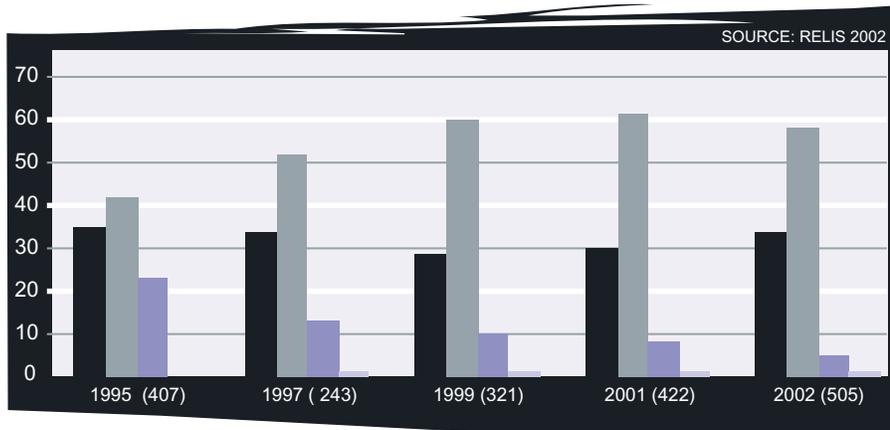
- Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants ne connaît pas d'évolution remarquable** au vu des données des quatre années précédentes. Bien que le taux de chômage a connu une baisse notable en 1998, la proportion de personnes qui disposent d'un emploi stable n'a pas connue d'augmentation au cours de la même période.

11. SITUATION FINANCIERE

11.1 SOURCES DE REVENU (% valide)

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE							SECONDAIRE OCCASIONNEL						
	96	97	98	99	00	01	02	96	97	98	99	00	01	02
R.M.G.	19	16	19	25	32	33	32	1	1	1	2	0,5	2	5
RÉSERVES	4	4	2	0	2	1	2	6	6	2	4	2,5	3	3
PARENTS								18	16	11	14	15	25	18
SALAIRE	32	30	32	26	25	27	30	2	0	2,5	4	2	2	3
AIDE SOCIALE	2	3	0	2	2	2	2	2	0	1	3	12	14	10
PENSION	0	0	1	2	1	2	2	0	0	0	0	1	1	0
ALLOC. HANDICAP	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,5	1,5	0	1
PARTENAIRE	1	2	2	2	3	2	3	7	8	4,5	6,5	6	9	10
DÉLITS (N)	12	11	9	8	6	6	4	58	63	60,5	54	49	37	40
PROSTITUTION	3	2	1	3	3	1	1	5	4	7,5	6	5	2	4
AUCUN	5	12	12	9	10	9	10	0	0	1	2	0,5	2	1
AUTRE	0	1	2	1	1	3	2	0	1	8	4	2	3	5
TOTAL	269	243	276	321	386	422	505	192	180	138	183	205	171	211

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2002 (% valide)



■ Autonomie	35	34	29	30	34
■ D pendance sociale	42	52	60	61	58
■ Act. ill gales / prostitution	23	13	10	8	5
■ Autre	0	1	1	1	1

COMMENTAIRES

- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 32%(▼), le salaire propre 30%(▲) et les contributions financières des parents 10%(▼).
- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 40% des 211 cas connus ont recours à des actes délictueux et que 18 %(▼) sont toujours entretenus en partie par leurs parents.
- Le graphique 11.1 présente les données relatives au **revenu primaire** regroupées en fonction de leur

origine. 34% des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu légal (autonomie); 58% des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 5% (▼) ont recours à des activités illégales et/ou à la prostitution.

TENDANCES

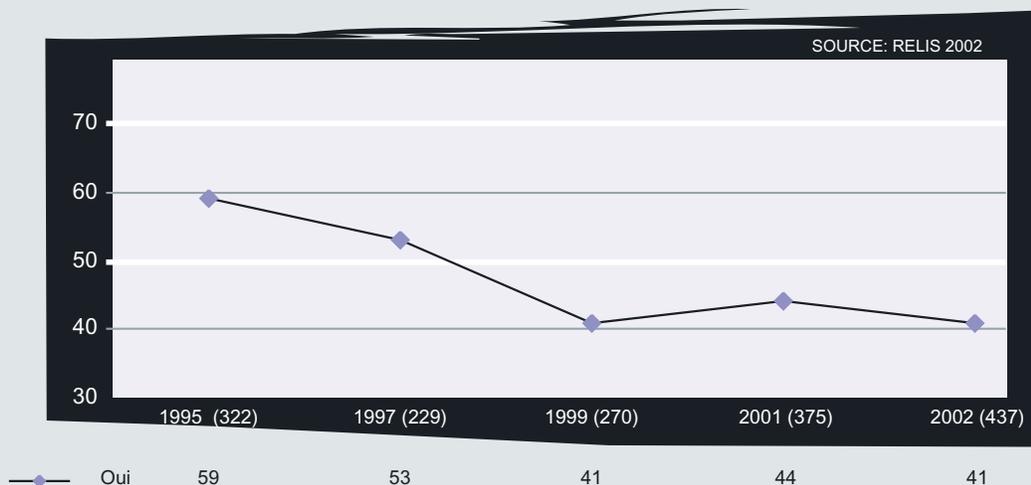
- Les données relatives aux sources de revenus confirment les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage:

- **la diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue qui s'est observée jusqu'en 2000 à fait place à une stabilisation au cours des deux dernières années.** Le RMG constitue la première source de revenu primaire des répondants. Ces derniers dépendent du support financier de leurs parents (revenu secondaire) dans 18% (▼) des cas.

- **La décroissance continue observée au niveau des revenus d'origine illégale** (primaires et secondaires) depuis 1995 se poursuit pour atteindre le niveau le plus bas de 5% en 2002 (revenus primaires).

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

Fig 11.2 Situation d'endettement. 1995-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

Une proportion importante mais stable (41%) de toxicomanes présentent une situation d'endettement. La précarité de la situation financière d'un grand nombre d'utilisateurs semble être contrebalancée par l'augmentation des contributions financières provenant du réseau social.

TENDANCES

STABLE

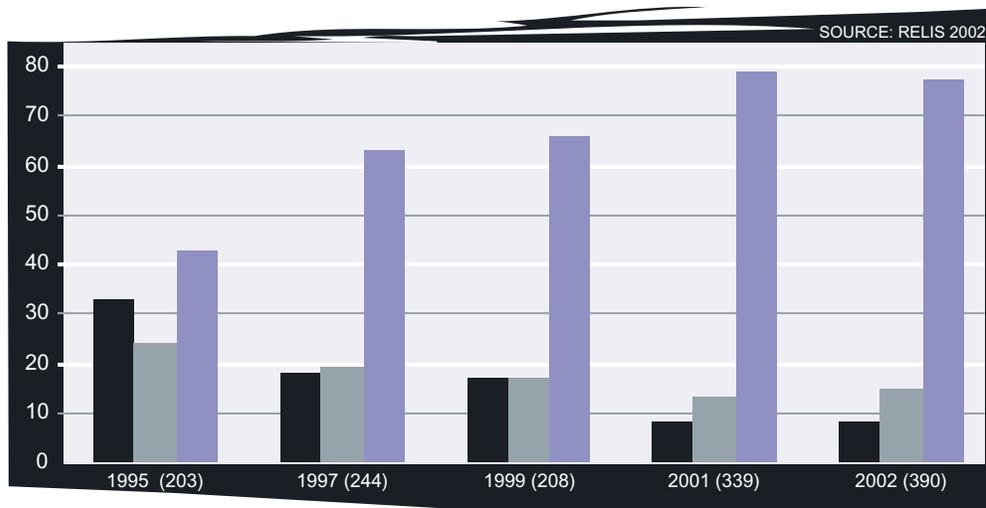
TERMINOLOGIE

Ont été retenues uniquement les personnes qui présentaient des dettes d'un montant supérieur à 2.500.- € ou bien celles qui se trouvaient en incapacité de rembourser les mensualités d'un prêt bancaire au moment du recueil des données.

12. SITUATION JUDICIAIRE

12.1 ANTECEDENTS JUDICIAIRES

Fig 12.1 Fréquence des affaires judiciaires. 1995-2002 (% valide)



■ Aucune	33	18	17	8	8
■ Une	24	19	17	13	15
■ Plusieurs	43	63	66	79	77

COMMENTAIRES

Au total 92% des répondants répertoriés **par les institutions sanitaires** ont déjà été interpellés au moins une fois au cours de leur vie par les forces de l'ordre. 77% des cas connus ont été interpellés ou condamnés à plusieurs reprises, ce qui souligne le caractère hautement récidiviste des actes délictueux.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite et le moment de la première interpellation: 16 ans et 6 mois (n :615) (13 ans 10 mois)

- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 13 ans et 1 mois (n :600) (10 ans et 6 mois)
- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 3 ans et 6 mois (n :1166) (3 ans et 1 mois).

TENDANCES

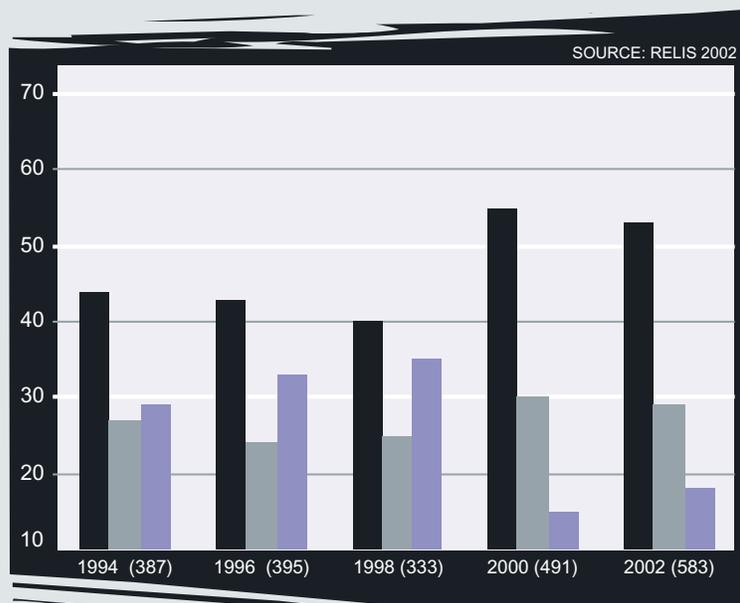
Entre 1995 et 2000 on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. Les années 2001 et 2002 semblent signer une certaine stabilisation à cet égard.

TERMINOLOGIE

Interpellation: infraction présumée à la loi sur les stupéfiants et autres infractions liées à l'usage de drogues.

12.2 RAISONS DE L'INTERPELLATION OU DE LA CONDAMNATION

Fig 12.2 Raisons de l'interpellation. 1994-2002 (% valide)



■ D tention / Consommation de drogues	44	43	40	55	53
■ Vente de drogues	27	24	25	30	29
■ D lits divers	29	33	35	15	18

COMMENTAIRES

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention et la consommation de produits toxiques illicites (53%)**. La revente ne compte que pour 29% des infractions.

TENDANCES

Le nombre de **motifs d'interpellation pour infractions diverses** (ex. criminalité liée à

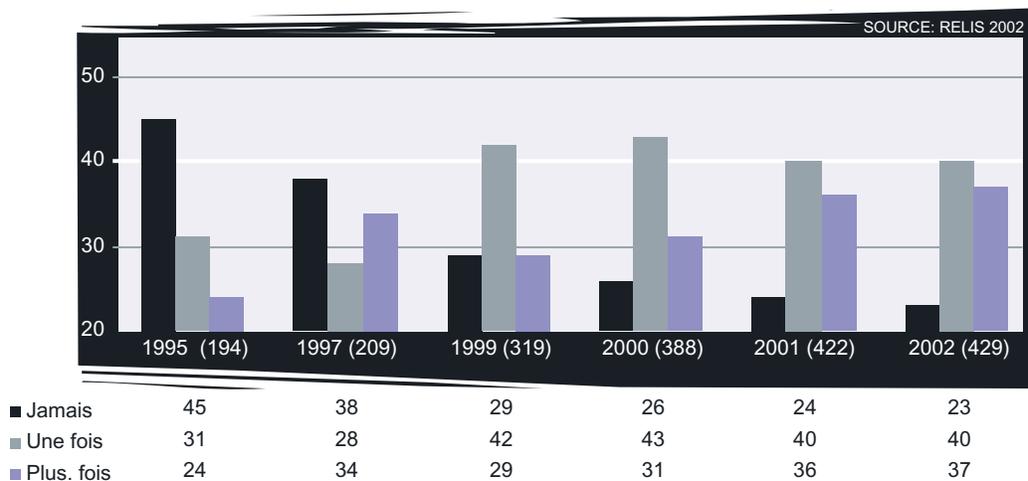
l'approvisionnement de drogues) a connu une régression significative depuis 1997 ce qui est en accord avec la diminution observé au niveau des sources illicites du revenu primaire des répondants.

TERMINOLOGIE

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 583 personnes pour lesquelles des précisions sur la situation judiciaire étaient connues, sachant qu'un même individu a pu être interpellé ou condamné pour plusieurs délits à la fois. Le nombre de **motifs d'interpellation** équivaut à 1.216.

12.3 SEJOURS EN PRISON

Fig 12.3 *Fréquence des séjours en prison. 1995-2002 (% valide)*



COMMENTAIRES

- 77% (▲) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. 40% des répondants ont à leur actif un seul séjour en prison et 37 % ont purgé plusieurs peines.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 54% (58%)(n:163) des répondants déclarent avoir fait connaissance en prison d'autres détenus consommateurs de drogues auxquelles ils ont acheté, vendu ou cédé des drogues d'acquisition illicite et qu'ils ont continué à fréquenter après leur libération.

TENDANCES

Détérioration continue en matière du passé pénal cumulé par les répondants par rapport aux années précédentes. Cette tendance est en accord avec le nombre élevé de contacts judiciaires signalés plus haut. Ainsi qu'avec l'augmentation de l'âge moyen des répondants.

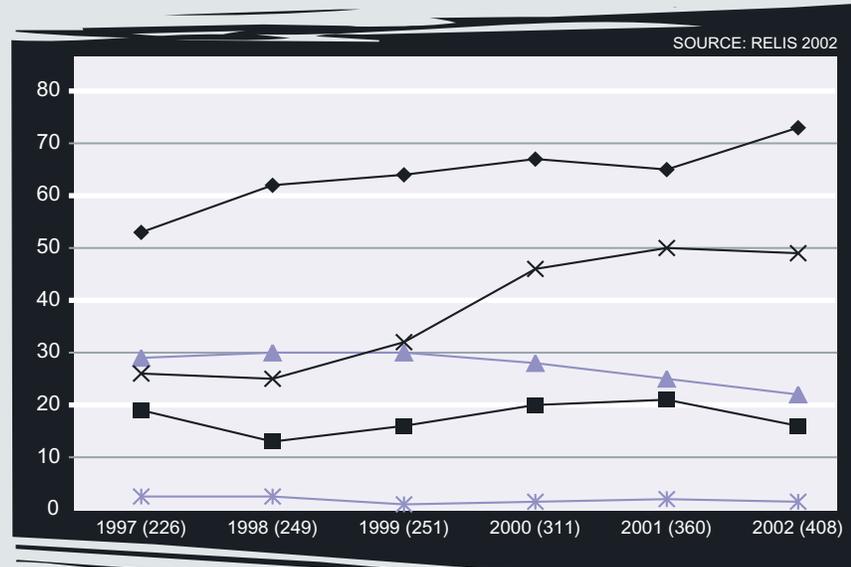
TERMINOLOGIE

Peine d'emprisonnement: privation de liberté, toutes infractions confondues.

13. DONNEES MEDICALES

13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

Fig 13.1 Etat de santé. 1997-2002 (% valide)



◆ "Normal"	53	62	64	67	65	73
■ Mauvais état général	19	13	16	20	21	16
▲ Hépatite B	29	30	30	28	25	22
✕ Hépatite C	26	25	32	46	50	49
* SIDA déclaré	2.5	2.5	1.25	1.35	2.03	1.72

COMMENTAIRES

Respectivement 22% et 49% des répondants ont contracté l'hépatite B et C. Les 7 cas (1.72%) de SIDA regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 48% (48%) (n : 408) souffraient simultanément d'au moins deux affections différentes.

TENDANCES

Au cours des dernières années, il y a lieu de parler d'une **amélioration de l'état de santé générale** des répondants. En termes épidémiologiques les taux d'infection au VHB et la prévalence des cas de SIDA déclarés n'ont guère évolué. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) est en nette progression** et tend à s'ajuster sur la moyenne européenne.

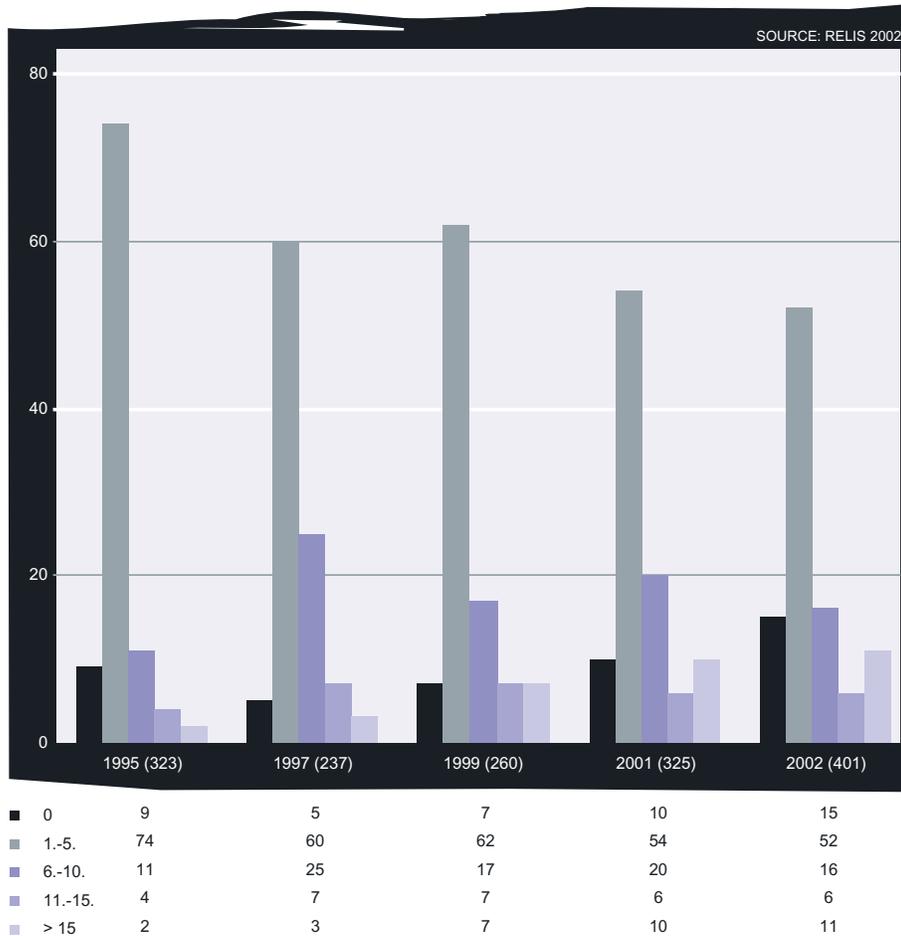
TERMINOLOGIE

- Dans le cadre du protocole RELIS 2002, l'état de santé " normal " est défini par l'absence d'affections spécifiques ou d'un état d'épuisement général tel que toute activité physique est rendue difficile.

- Le total des pourcentages « colonnes » est supérieur à la valeur 100 étant donné qu'un même individu peut présenter plusieurs affections à la fois.

13.2 NOMBRE DE SEVRAGES

Fig 13.2 Nombre de sevrages institutionnels. 1994-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. 52% des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 16%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière d'usagers de drogues.

TENDANCES

Le taux moyen de sevrages est en hausse depuis 1994 avec une exception notable en 1998. Il s'agit de tenir compte de la diminution de l'âge au début de la consommation, de la durée de la dépendance et de l'accroissement de la moyenne d'âge en général en vue d'expliquer la tendance observée. L'augmentation graduelle du nombre de personnes âgées de plus de 35 ans peut constituer un des facteurs explicatifs de la tendance observée.

TERMINOLOGIE

Les données se rapportent aux cures de désintoxication institutionnelles ou aux tentatives de sevrage en privé lors desquels le sujet a arrêté la consommation de sa drogue préférentielle pendant au moins une semaine.

13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

Fig 13.3 Utilisation de préservatifs. 1995-2002 (% valide)

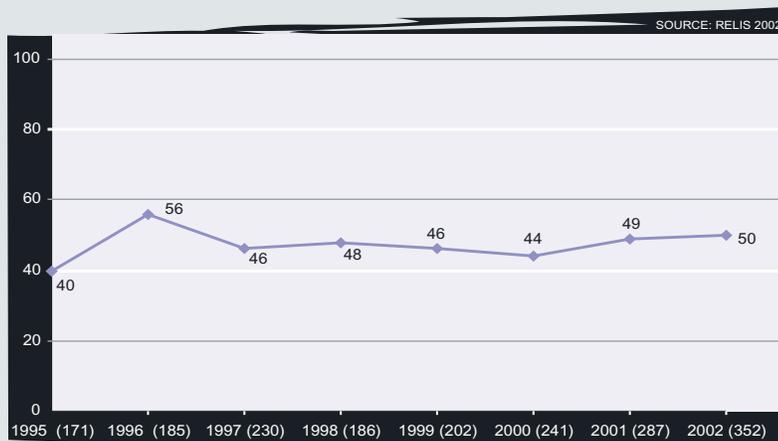
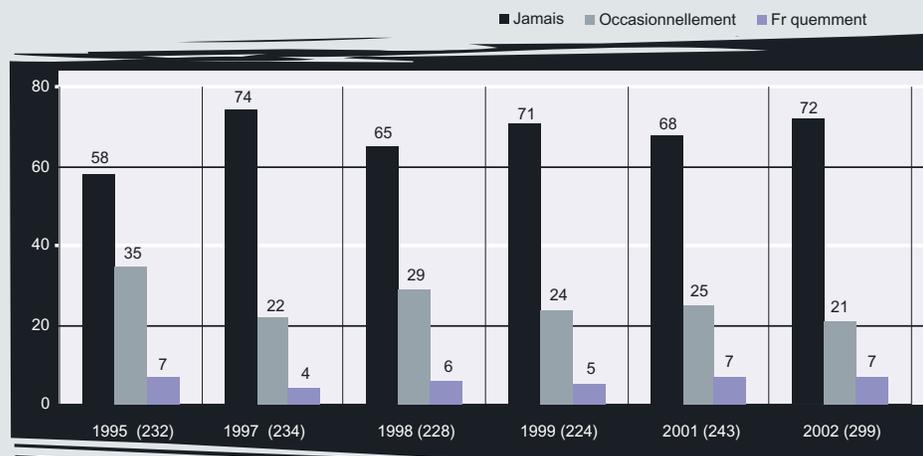


Fig 13.3bis Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

- Plus de deux consommateurs i.v. sur trois (72%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé.

TENDANCES

- Le taux d'utilisation de préservatifs s'accorde sur celui des années précédentes. (50%).
- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées entre 1996 et 2002 en matière d'échanges de seringues.

TERMINOLOGIE

- Utilisation de préservatifs : une réponse affirmative chez les femmes signifie que les dernières demandent en général à leur(s) (nouveau) partenaire(s) d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels.
- Echange de seringues: partage de matériel d'injection usé avec d'autres consommateurs.

13.4 TEST SIDA (VIH)

Fig 13.4 Test HIV au cours de la vie. 1995-2002 (% valide)

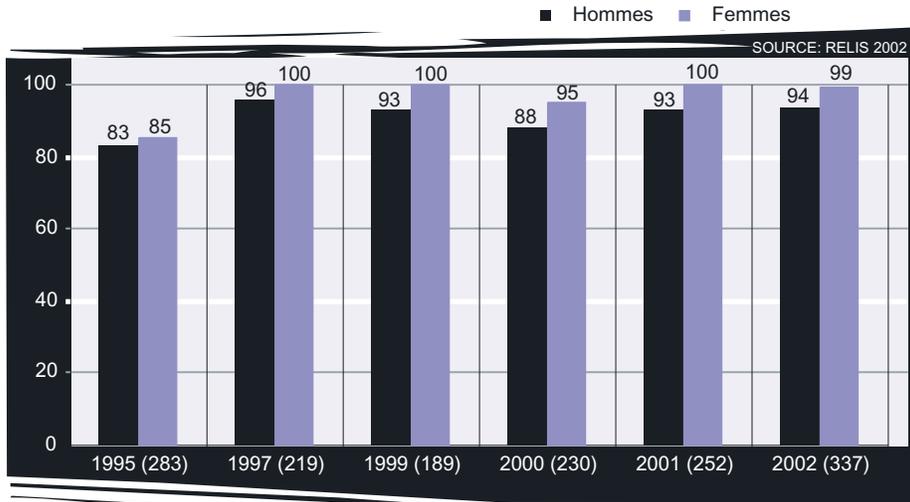


Fig 13.4bis Test HIV au cours des cinq derniers mois. 1997-2002 (% valide)

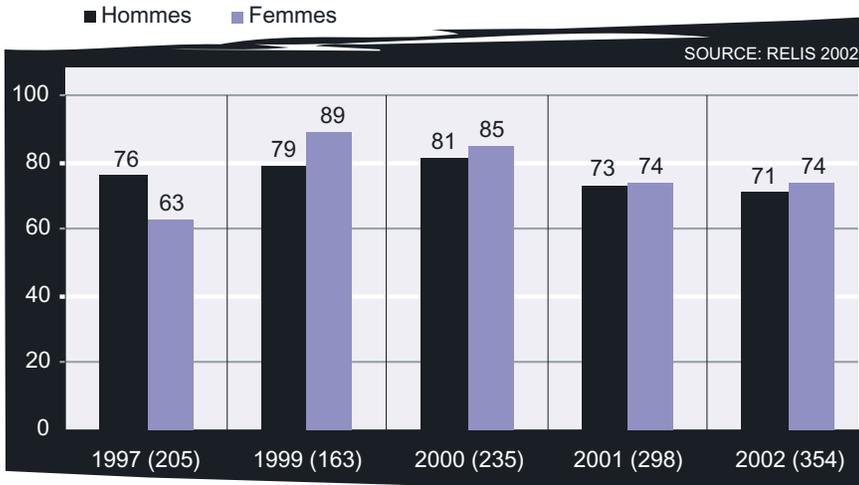


Fig 13.4ter Résultats du test HIV. 1994-2002 (% valide)

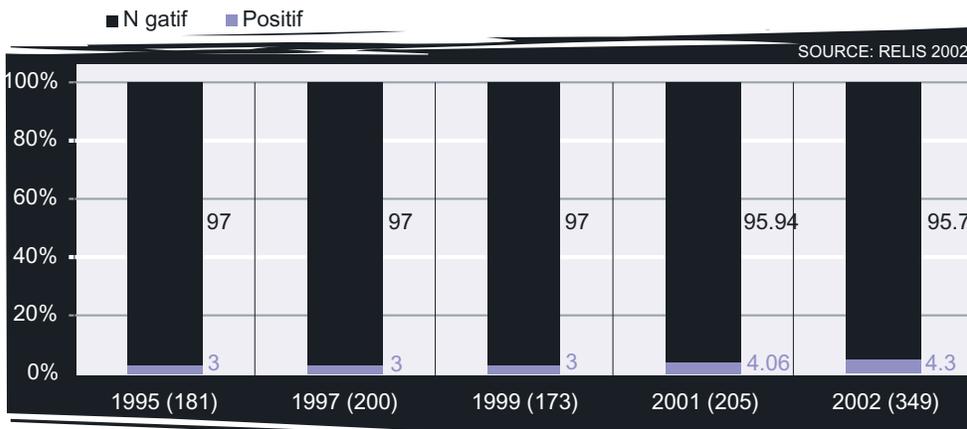


Fig 13.4 quater Maladie du SIDA déclarée. 1995-2002 (% valide)

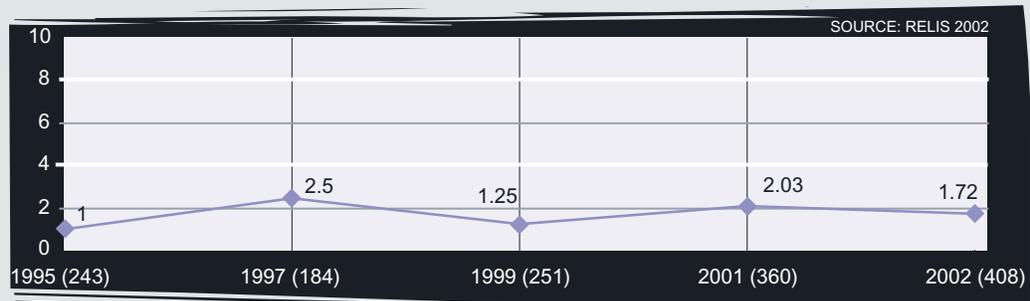
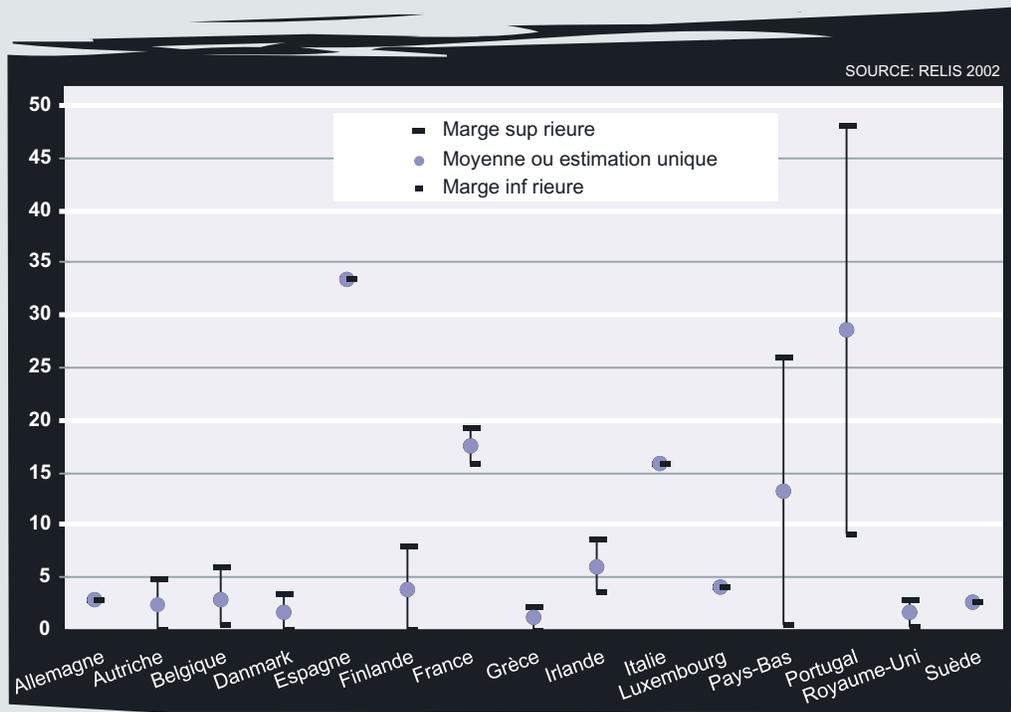


Fig 13.4 quinquies Prévalence d'infections au HIV parmi les usagers intraveineux dans l'UE. 1996-2001 (% valide)



Remarque : Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales.

COMMENTAIRES

- Une majorité (Total: 96% ▲) des usagers recensés ont déjà effectué **au moins un test de dépistage HIV au cours de leur existence** (Femmes: 99% / Hommes: 94%). Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'un grand nombre des personnes ont déjà suivi des traitements en institution au cours desquelles elles ont subi des prises de sang ou autres examens médicaux.

- En ce qui concerne les **tests effectués au cours des cinq derniers mois** avant le recueil des données, on constate que la proportion de femmes qui se sont soumises à un test HIV (74 %, STABLE) équivaut pour ainsi dire à celle des hommes (71%); une tendance que l'on observe pas au niveau des tests HIV au cours de la vie.

SÉROLOGIE VIH:

- 4.3% de l'ensemble des répondants sont **HIV positifs**. Se référant exclusivement aux usagers de drogues par voie intraveineuse, on obtient le même taux d'infection HIV (4%).

- A rappeler que 1.72% des personnes qui ont effectué un test HIV, avaient effectivement développé la maladie au moment du recueil des données.

- Le taux observé au Grand-Duché de Luxembourg est inférieur à la majorité de taux maximum observés au sein de l'UE. (Source: OEDT (2002). *Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 2002. Lisbonne*).

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen des personnes qui ont subi un test HIV au moins une fois au cours de leur existence: 31 ans et 5 mois (n : 577)

TENDANCES

- Test HIV au cours de la vie: fluctuations dans les limites des valeurs des années précédentes.

- Test HIV au cours des derniers 5 mois: plus forte diminution depuis 1998 pour les deux sexes.

Le taux d'infection HIV affiche une légère hausse par rapport aux trois années antérieures ce qui doit être interprété à la lumière de l'accroissement concomitante de la prévalence HIV au sein de la population générale.

Depuis 1995, le taux de **cas de maladie du sida déclarée** varie entre 1 et 2,5 %, sans afficher de tendance dominante.

13.5 TEST HEPATITE C (HCV)

Fig 13.5 Test HCV au cours de la vie 2000-2002

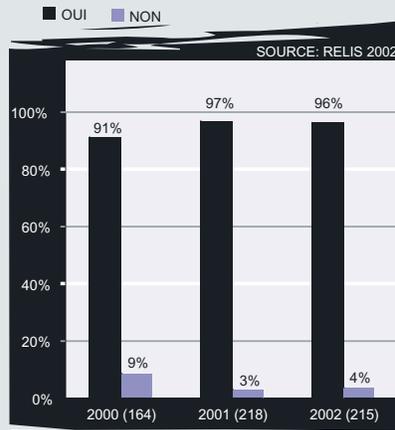


Fig 13.5 bis Test HCV au cours des 5 derniers mois 2000-2002

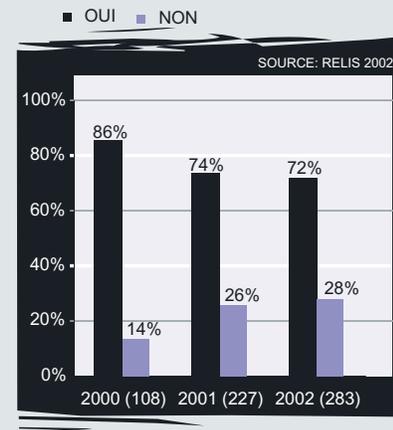
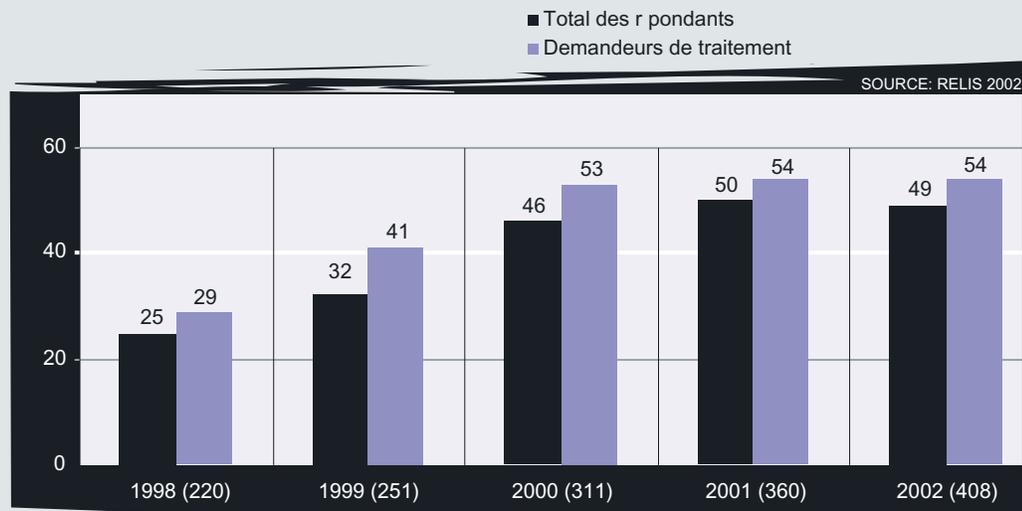


Fig 13.5 ter Statut sérologique HCV 1998-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

Tendance stable en 2002 par rapport à 2001 de la proportion de personnes qui ont déjà effectué au moins un test de dépistage du HCV au cours de leur vie. En ce qui concerne les tests de dépistage au cours des cinq derniers mois, on constate, à l'instar des tests de dépistage HIV une diminution assez marquée de la proportion de répondants testés.

TENDANCES

- Depuis l'inclusion de l'indicateur HCV au sein du protocole RELIS, on observe une **hausse continue du taux d'infection au HCV** (stable entre 2001 et 2002).

14. SANTE MENTALE

14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1995-2002 (% valide)

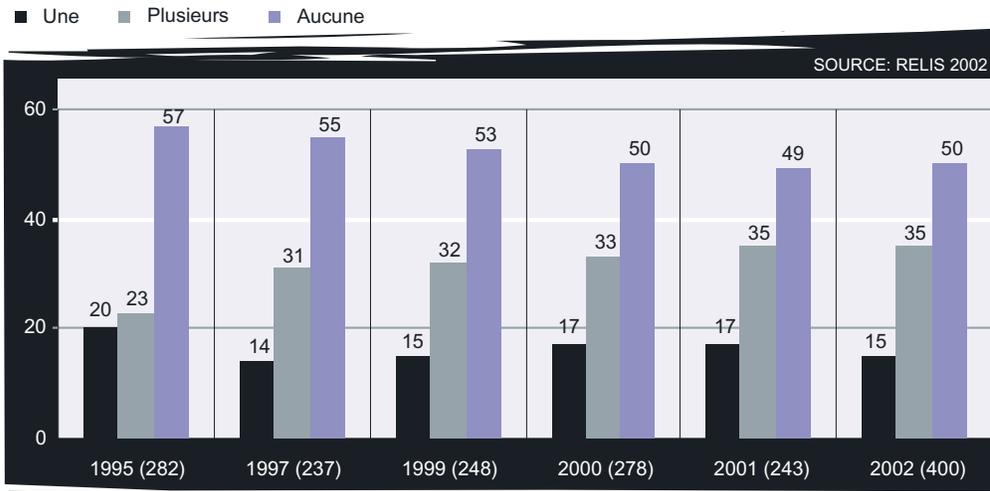
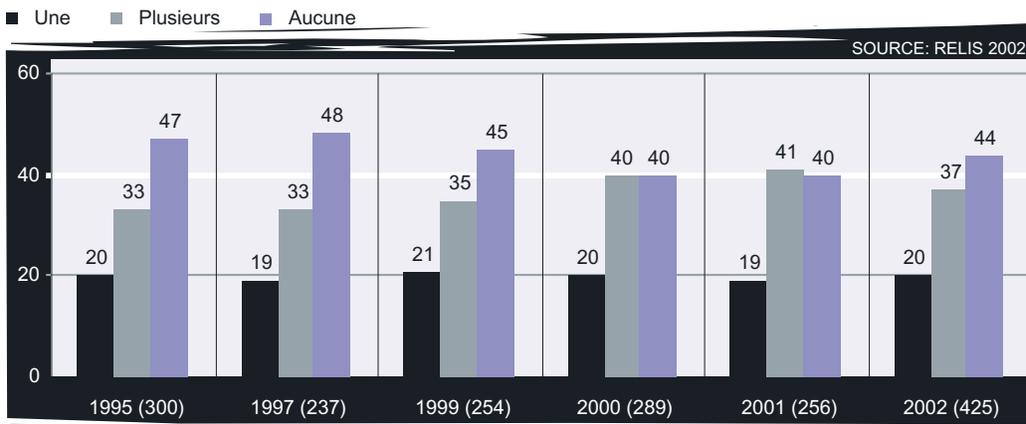


Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1994-2002 (% valide)



COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide (une et plusieurs): 50%
- Victimes de surdose(s) non fatales: 57%
- Agression(s) envers autrui: 68% stable

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 24% des personnes concernées font état des trois comportements cités (35% : 2 et 41% : 1).

TENDANCES

STABLE

14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-2002 (% valide)

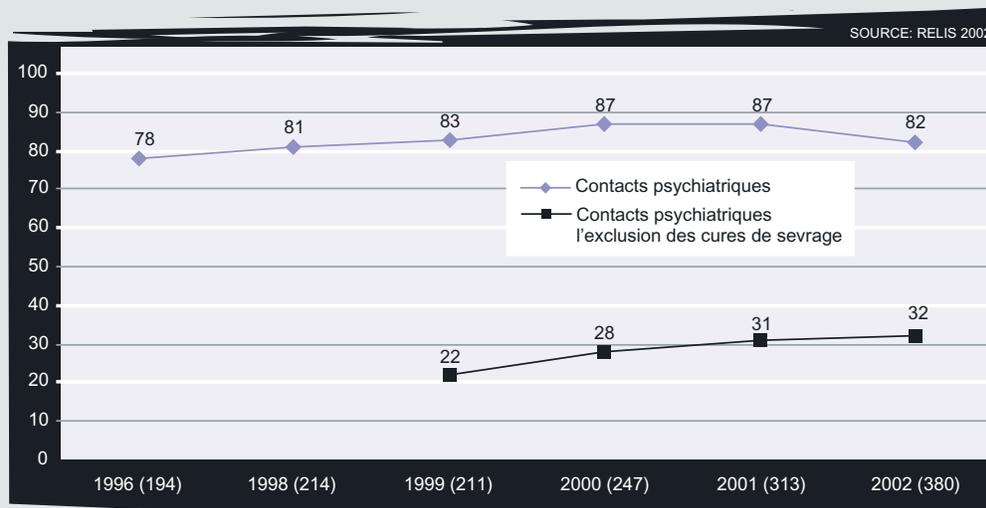
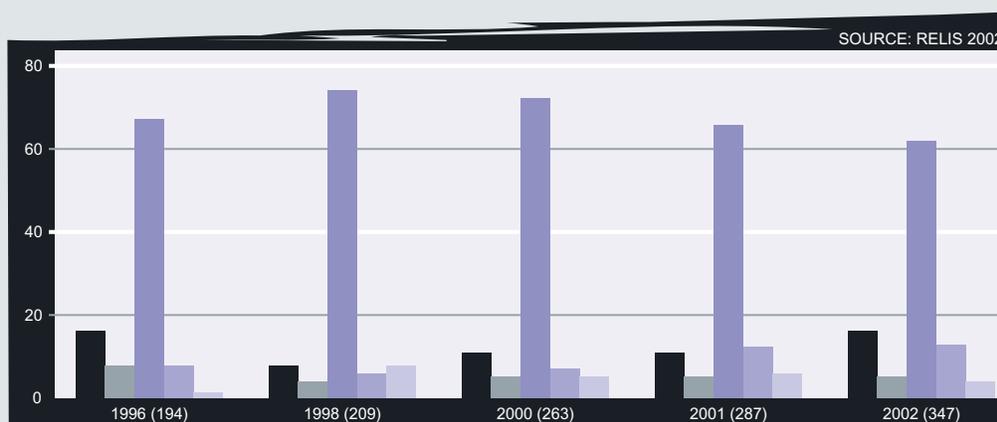


Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2002 (% valide)



■ Consultation	16	8	11	11	16
■ Internement	8	4	5	5	5
■ Cure sevrage	67	74	72	66	62
■ Urgence	8	6	7	12	13
■ Autre	1	8	5	6	4

COMMENTAIRES

- Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 62% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 38% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 32% (31%) de l'ensemble des répondants RELIS ont déjà eu recours à des services psychiatriques pour des motifs autres que le sevrage physique.

TENDANCES

Augmentation lente mais continue du taux de contacts psychiatriques pour d'autres motifs que le sevrage physique.

MÉTHODOLOGIE

- Les cures de sevrages sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

15.1 PRODUITS PRÉFÉRENTIELS

PRODUIT

PRÉFÉRENTIEL

	PRÉFÉRENCE 1				PRÉFÉRENCE 2				PRÉFÉRENCE 3			
	96	98	00	02	96	98	00	02	96	98	00	02
ALCOOL			1	1	3	2	3	5	10		6	6
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	3	7	11	16	29	26	28	33	41	31	34
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILE									1			
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)		1			3	4	1	2	8	5	3	1
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	1			6	4	9	9	13	12	17	2
STIMULANTS SNC					1	1			1			
MDMA (XTC) ²	2	6	1	3	6	7	4	5	8	10	6	16
AMPHÉTAMINES ¹		2		1	3	3	2	1	2	6	5	3
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)					2		1	1	1	1	1	
COCAÏNE	5	4	4	8	12	18	15	19	3	7	7	7
COCAÏNE (I.V.)	8	3	3	3	24	15	17	12	6	7	7	6
OPIOIDES/OPIACÉS	2	2	5	4								
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSUM. ILLÉGALE)							3	2	1	1	2	3
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	1	1	2	3	3	5	7	4	3	4	4	5
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	36	24	20	10	4	5	6	5	3	3	2
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	58	41	53	45	11	7	6	7	5	3	5	4
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES						1					2	
N	283	574	731	838	241	397	530	631	193	255	360	446

Fig 15.1 Produits préférentiels (groupes) (1995-2002)



COMMENTAIRES

- Substance et mode d'administration préférentiels: héroïne par voie intraveineuse (45%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 65% (▼)
- Substances secondaires dans l'ordre de préférence: cannabis / cocaïne / hypnotique (72%)

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen** des répondants au moment de la première consommation de la drogue préférentielle actuelle: 15 ans et 2 mois (15 ans et 4 mois).
- Taux de **polytoxicomanie**: 88% (83%).

TENDANCES

- Bien que les **opiacés** continuent à constituer le produit préférentiel (72%) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel, ils affichent une **tendance à la baisse** depuis plusieurs années. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés par inhalation: 20% (22%), observée en 1998 a été suivie par une décroissance notable à partir de la même année. L'héroïne en mode i.v. (45%) en tant que produit préférentiel affiche une tendance à la baisse.
- Stabilisation à niveau bas de la prévalence de substances de **type ecstasy** (MDMA, etc.) en première (3%) et deuxième préférence (5%) et des stimulants de type amphétamine (**STA**) en premier niveau de préférence.
- La proportion de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** (11%) témoigne d'une tendance générale à la hausse. L'augmentation des contacts institutionnels pour usage problématique de cannabis est en accord avec les tendances observées au sein d'autres Etats membres de l'UE.
- **Prévalence accrue de la consommation problématique de cocaïne** surtout en mode non-iv.
- Absence complète de **substances volatiles et de crack** en tant que produit préférentiel. Très faible prévalence de l'usage de crack en deuxième et troisième préférence.

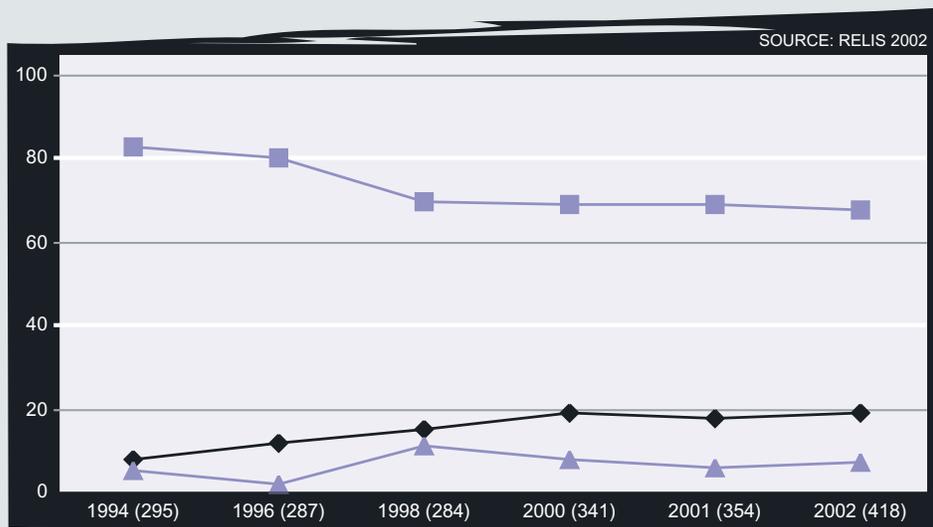
Terminologie

- Le présent item porte sur les produits de consommation préférentiels (main drug) et leurs modes d'administration respectifs; c'est-à-dire, les produits que le sujet consomme régulièrement de façon soutenue (PREF. 1) et ceux qu'il ne consomme qu'occasionnellement (PREF. 2 et 3).
- Polytoxicomanie: consommation régulière et soutenue, ou abus simultanés et/ou consécutifs d'au moins deux substances classées HRC.

15.2 SEQUENCES DE CONSOMMATION

DROGUE DE PREMIER CONTACT (%)	1994	1996	1998	2000	2001	2002
ALCOOL	8	12	15	19	18	19
CANNABIS ET DÉRIVÉS	83	80	70	68	69	68
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		2	1	1	1	1
HALLUCINOGENÈS (LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	1	1	0
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1			1
STIMULANTS SNC						
MDMA (XTC)					1	
AMPHÉTAMINES		1		1	1	
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						
COCAÏNE	1	1			1	1
COCAÏNE (I.V.)					1	1
OPIOIDES/OPIACÉS						
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)						
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)						
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	4	1	5	4	3	4
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	1	1	6	4	3	3
AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES			1	1	1	
N	295	287	284	341	354	418

Fig. 15.2 Drogue de premier contact (groupe). 1994-2002 (% valide)



◆	ALCOOL	8	12	15	19	18	19
■	CANNABIS	83	80	70	69	69	68
▲	OPIACES	5	2	11	8	6	7
	Autre	4	6	4	4	7	4

COMMENTAIRES

- **Le premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 68% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivi d'une substance licite à savoir l'alcool (19%) qui a affiché une nette progression les dernières sept années.

- **En termes chronologiques**, 34% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (17% i.v. / 17% non-i.v.) suite à leur premier contact avec une/des drogue(s) illicite(s). Un troisième moment de l'évolution de la consommation est marquée pour 21% des répondants par la consommation de cocaïne (10% i.v. / 11% non-i.v.) et 41% par la consommation d'héroïne (29% i.v. / 12% non-i.v.).

- A remarquer que la cocaïne est très rarement citée (2%) en tant que drogue de premier contact. Une majorité de personnes ont déjà consommé au moins 2 à 4 autres substances avant de déboucher sur l'usage de cocaïne. La disponibilité, le prix et la spécificité de la scène de consommation pourraient intervenir en tant que facteurs explicatifs de la situation observée.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen du premier contact (consommation) avec des drogues illicites: 13 ans et 5 mois (n=407) (15 ans 8 mois) (2002 – hommes : 13 ans et 2 mois / femmes: 14 ans et 2 mois).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 13 ans et 11 mois (n: 321) (14 ans et 3 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 1 mois) que les femmes (13 ans et 5 mois).

TENDANCES

- En moyenne, contact plus précoce avec des drogues d'acquisition illicite (depuis 3 ans) et stabilisation de l'âge lors de la première consommation de cigarettes après une diminution durant plusieurs années. Ces deux tendances, avant tout prégnantes chez les femmes, sont rapportées par un grand nombre d'autres pays au sein de l'UE.

TERMINOLOGIE

- Drogue de premier contact (usage régulier et soutenu): ce terme est préféré à l'appellation plus commune de "drogue d'initiation" dans la mesure où cette dernière suppose d'emblée que la première consommation coïncide avec le début du processus menant le consommateur vers l'usage d'autres drogues ou vers un usage problématique voire une dépendance. Appliqués à la population générale, les résultats issus de la grande majorité des études scientifiques menées jusqu'à ce jour ne permettent nullement de confirmer cette hypothèse.

15.3 AGES LORS DES DIFFERENTES ETAPES DE CONSOMMATION (% valide)

AGE 2002 (2001)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
ALCOOL	40 (36)	30 (35)	14 (16)	11 (10)	3 (2)	2 (1)		
CANNABIS ET DÉRIVÉS	26 (23)	33 (32)	26 (26)	12 (14)	2 (3)	0 (1)	1 (1)	
INHALANTS, SUBST. VOLATILES	36 (45)	36 (33)	9 (11)	19 (11)				
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	10 (13)	37 (31)	29 (31)	15 (13)	3 (6)	6 (6)		
HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	9 (6)	8 (11)	25 (28)	21 (17)	4 (0)	4 (5)	21 (28)	4 (5)
STIMULANTS SNC					50 (50)			50 (50)
MDMA (XTC)	0 (2)	45 (37)	20 (21)	13 (11)	13 (19)	9 (10)		
Amphétamines	13 (6)	11 (12)	40 (34)	22 (22)	9 (16)	4 (10)		
Crack (ex. cocaïne freebase)		12.5 (20)	12.5 (20)	12.5 (20)	25 (20)	25 (0)	12.5 (20)	
Cocaïne	0 (1)	9 (10)	21.5 (23)	23 (12)	14 (21)	17 (18)	14 (13)	1.5 (2)
Cocaïne (i.v.)	0 (1)	14 (15.5)	23 (20)	28 (23.5)	14 (15.5)	9 (9)	10 (15.5)	1 (0)
OPIOIDES		50 (50)		50 (50)				
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)				16.5 (0)	16.5 (0)	34 (0)	16.5 (50)	16.5 (50)
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	3 (4)			12.5 (0)	25 (27)	16 (27)	31 (31)	12.5 (11)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	6 (2)	13 (11)	19 (23)	23 (23)	16 (15)	11 (12)	11 (12)	1 (2)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (i.v.)	5 (3)	17 (15.5)	23 (23)	21 (18)	14 (17)	14 (14)	6 (9)	0 (0.5)
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS	6 (6)	3 (3)	12 (14)	30 (26)	21.5 (31)	21.5 (14)	3 (3)	3 (3)

N = 1334

source: RELIS 2002

Fig. 15.3 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2002 (% valide)

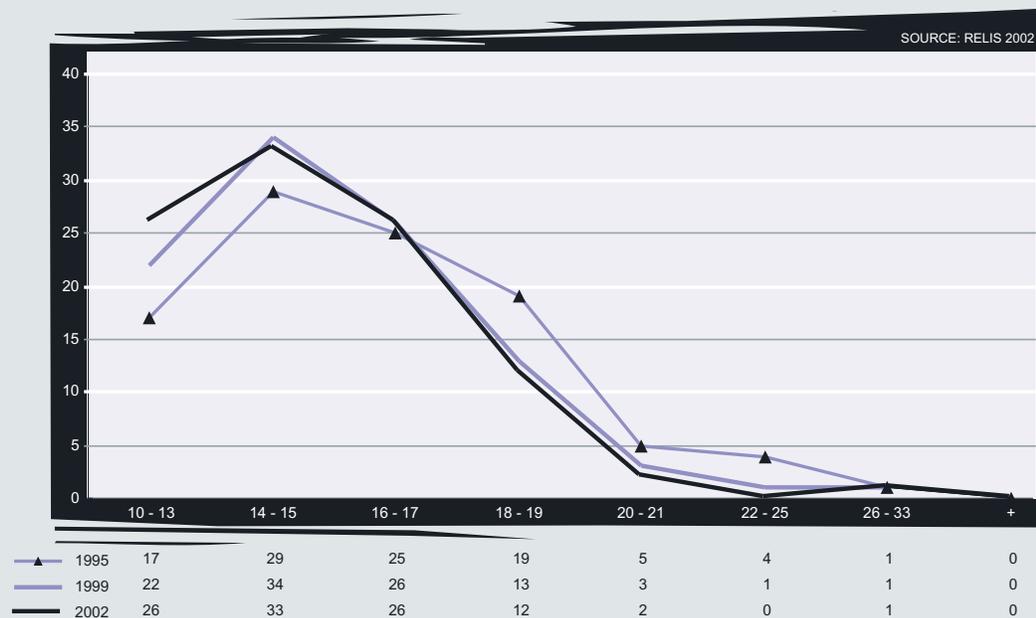


Fig. 15.3bis Ages: première consommation de cocaïne non-i.v. 1995-2002 (% valide)



Fig. 15.3ter Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2002 (% valide)

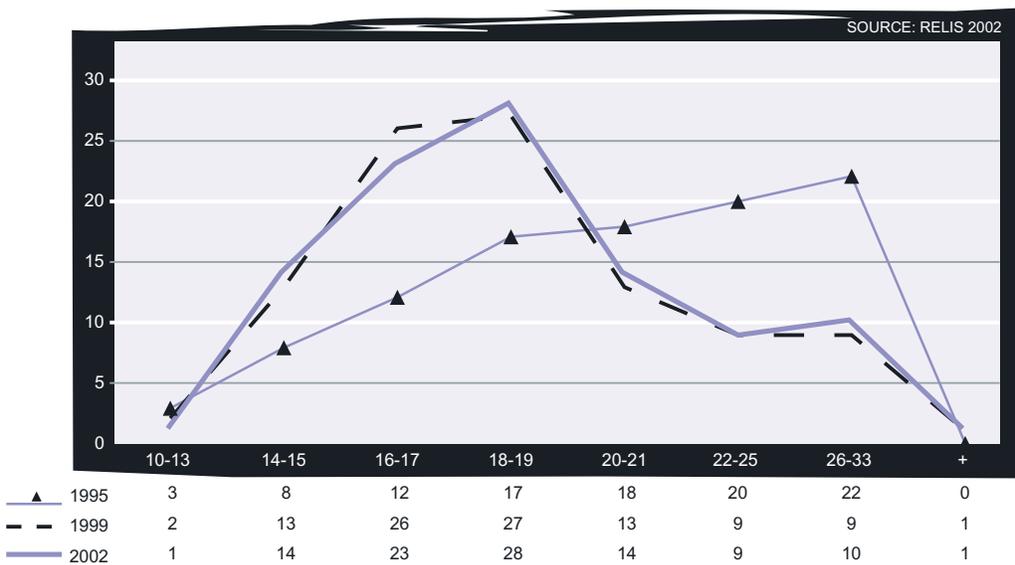


Fig. 15.3 quater Ages: première consommation d'héroïne non i.v. 1995-2002
(% valide)

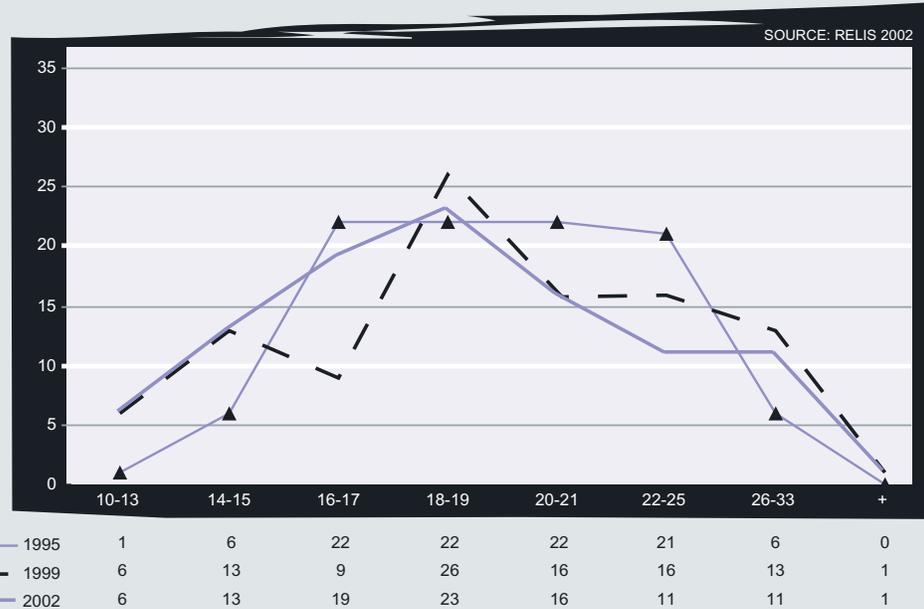
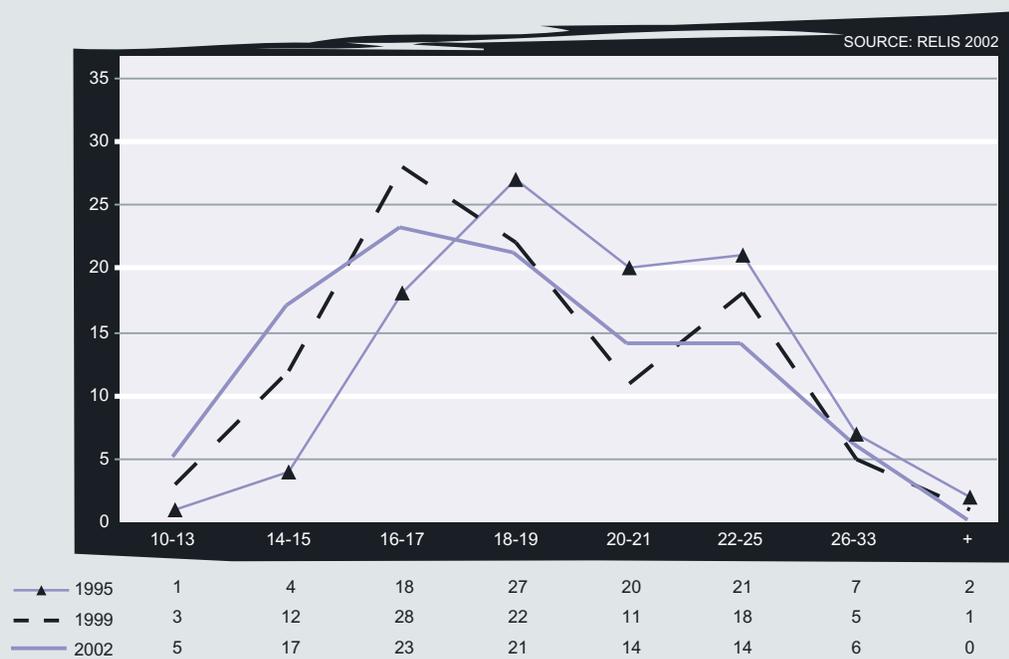


Fig. 15.3 quinquies Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2002
(% valide)



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE (CANNABIS)

- 26% (▲ depuis 1995) des répondants n'avaient pas encore atteint l'âge de 14 ans au moment de la première consommation de drogues LRC tel que le cannabis. Outre une amplitude plus prononcée pour le groupe d'âge 10-13, la courbe de consommation indique, comme les années précédentes, un pic entre 14 et 15 ans et descend progressivement jusqu'à l'âge de 21 ans pour atteindre son minimum vers l'âge de 33 ans.

- Les courbes de 1995 à 2002 présentent des décours fort semblables mais se distinguent par un **début de consommation de plus en plus précoce**.

DROGUES HRC D'ACQUISITION ILLICITE

• **Cocaïne**

Cocaïne par voie intraveineuse:

- ▶ concentration des premières consommations de cocaïne en i.v. entre l'âge de 16 et 19 ans (51%).
- ▶ courbes à variations d'amplitude moins homogène (comparées aux drogues LCR) avec un premier pic commun à partir de 1996 qui se situait entre 18 et 19 ans (plus tard que pour l'héroïne i.v.). Aussi, on observe une **plus grande proportion d'utilisateurs actuels (16%) ayant injecté de la cocaïne pour la première fois à l'âge précoce de 14 à 15 ans (14%) (8% en 1995)**. A souligner que 38% (37%) des usagers problématiques actuels n'étaient pas encore majeurs au moment de la première consommation de cocaïne.

Cocaïne / autres voies d'administration:

- ▶ l'évolution des premières consommations de cocaïne non-i.v. comparée au mode i.v. se distingue par un premier pic plus précoce situé dans la classe d'âge de 16 à 17 ans. Comparé aux données de 1995 les usagers problématiques actuels ont tendance à s'initier plus tardivement à l'usage non-i.v. de cocaïne. Une majorité (54%) commence en effet après avoir atteint 20 ans (45% en 1995). L'usage non-iv. de cocaïne intervient dès lors en règle générale avant la prise i.v..

● **Héroïne**

Héroïne par voie intraveineuse:

- ▶ depuis 1995, début plus précoce pour la consommation d'héroïne par voie intraveineuse. **45% (1995: 23%) des répondants n'avait pas encore atteint l'âge de 18 ans lors de la première injection d'héroïne.**
- ▶ la courbe typique à double pic entre 16 et 17 ans et entre 22 et 25 ans s'observe à nouveau en 2002 avec cependant un deuxième pic moins prononcé. En d'autres termes, on observe un début de consommation d'héroïne plus précoce et moins d'utilisateurs actuels qui débutent leur consommation d'héroïne à un âge plus avancé.

Héroïne / autres voies d'administration:

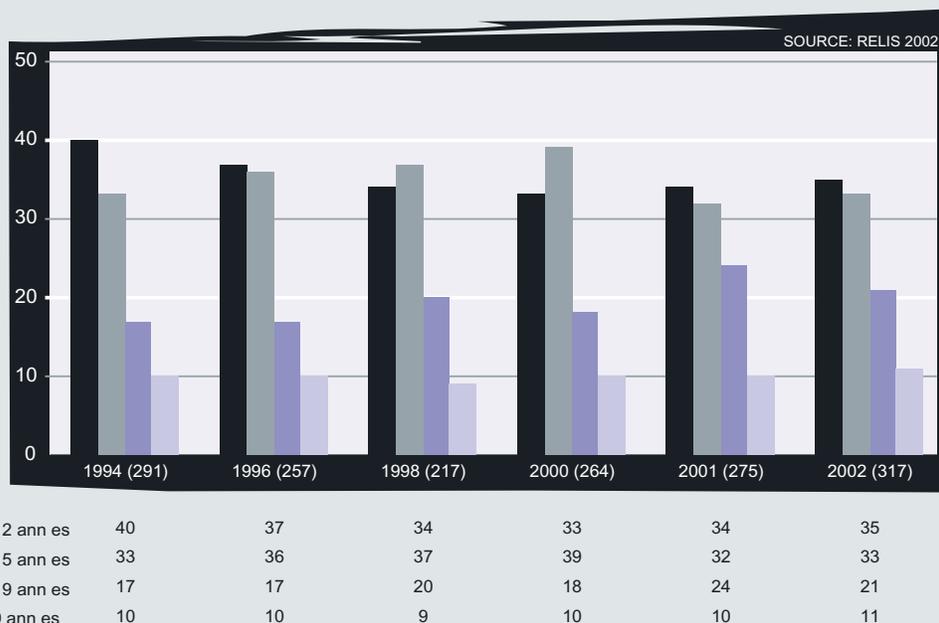
- ▶ en 2002 le pic des premières consommations se situe entre 18 et 19 ans. Comparées aux années 1995, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

MÉTHODOLOGIE

Les produits à base de nicotine n'ont pas été retenus dans le tableau des données.

15.4 DUREE: CONSOMMATION DE DROGUES LRC / PRISE I.V. D'OPIOIDES ET/OU DE COCAINE

Fig. 15.4 *Durée (Drogues illicites - Mode i.v.). 1994-2002 (% valide)*



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues LRC et le moment de la première prise par voie i.v.: 7 ans et 4 mois (n=321) (4 ans et 7 mois). Pour 35% des répondants, cette durée ne dépasse cependant pas les 2 années.

- **Age moyen lors de la première prise i.v.** toutes substances injectables confondues: 20 ans (♣) pour les hommes et 19 ans et 1 mois pour les femmes (♣) (moyenne globale : 19 ans et 9 mois) (♣) (n=333).

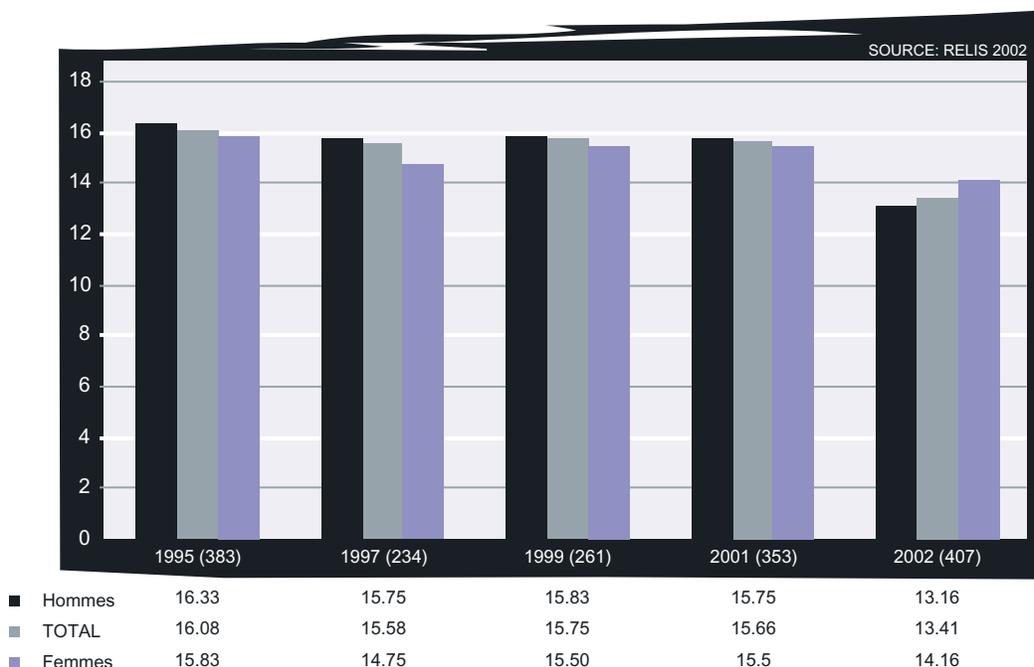
TENDANCES

- Légère diminution observée au niveau de l'âge moyen lors de la première prise de drogue par voie intraveineuse. Par contre, forte augmentation de la durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v..

15.5 AGE LORS DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES D'ACQUISITION ILLICITE

AGE/PREMIER CONTACT (2002)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N= 407)	6	21	29	23	12	4	2	0	3

Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1995-2002



COMMENTAIRES

- **Premier contact avec des produits illicites:** 68% (69%) (n=418) des premiers contacts ont impliqué des drogues LRC telles que le cannabis et ses produits dérivés.

- Concentration massive des effectifs dans la classe d'âge de 14 à 17 ans et accroissement des personnes issues de la classe d'âge 12 à 13 ans.

- **Age moyen de la première consommation de drogues illicites:** 13 ans et 5 mois (n=407) (15 ans 8 mois). Cette même valeur atteint 13 ans et 2 mois pour les hommes (n=309) et 14 ans et 2 mois (▼) pour les femmes (n=98).

TENDANCES

- Depuis 1995 tendance à la baisse constatée au niveau de la moyenne d'âge. Conformément à d'autres indicateurs **les femmes témoignent d'un début plus précoce** de la consommation de drogues tous types confondus. **De 1995 à 2002, l'âge moyen de la première consommation de drogues illicites a diminué de 3 ans et 3 mois.**

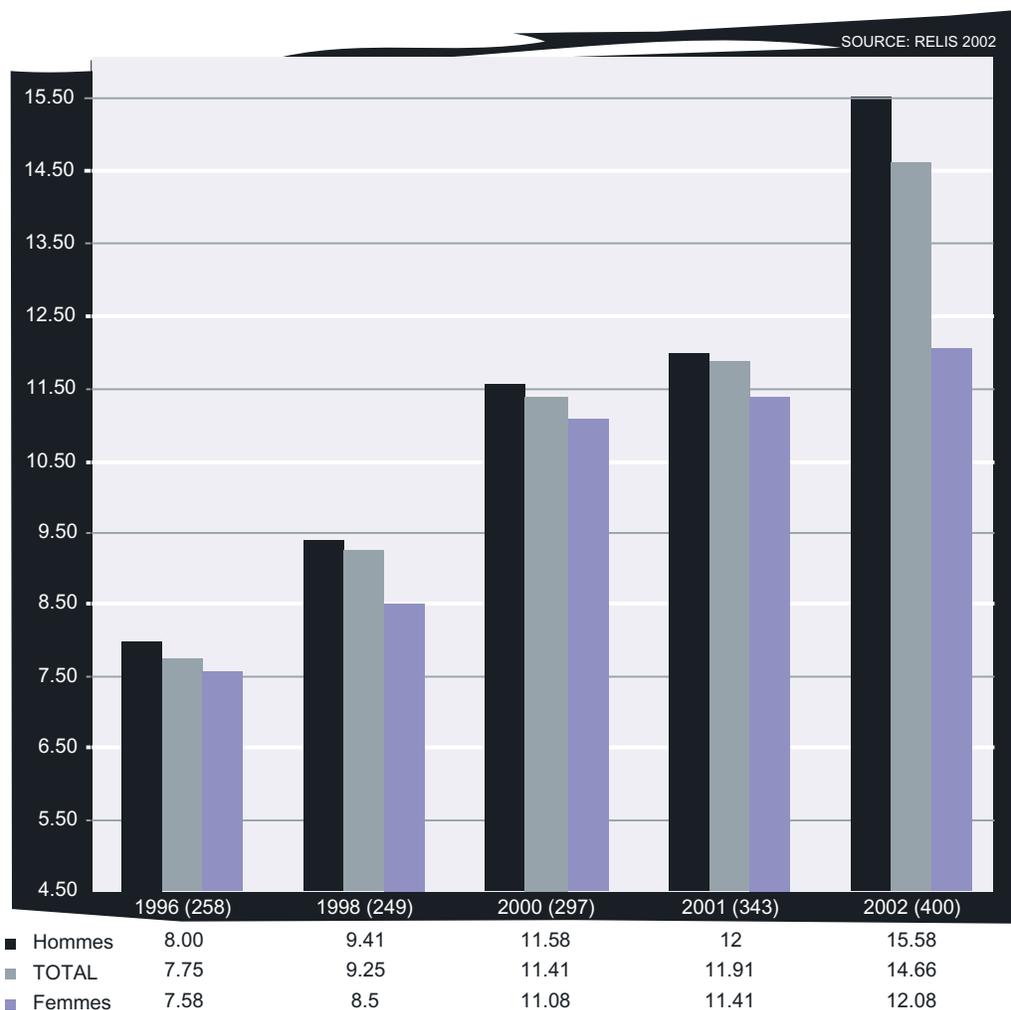
TERMINOLOGIE

- Les données se rapportent aux substances LRC et HRC d'acquisition illicite.

15.6 DUREE DE LA TOXICO-DEPENDANCE

DUREE DEPENDANCE (2002) (ANNÉES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	2	6	6	7	12	13	11	10	11	23

Fig. 15.6 Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois).
1994-2002



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de l'état de dépendance:** 17 ans et 2 mois (▼) (n:400) (19 a 8 m).(hommes : 16 ans et 9 mois / femmes : 18 ans et 6 mois(▼)). **De 1996 à 2002, l'âge moyen en question a diminué d'environ deux années.**

- Durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la dépendance: 3 ans et 9 mois (n:395) (3 ans et 11 mois).

TENDANCES

- Conformément à la durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la première prise par voie intraveineuse, la durée de dépendance s'est accrue au cours des dernières années.

- La différence notable entre les hommes et les femmes observée entre 1997 et 1998 a tendance à s'estomper.

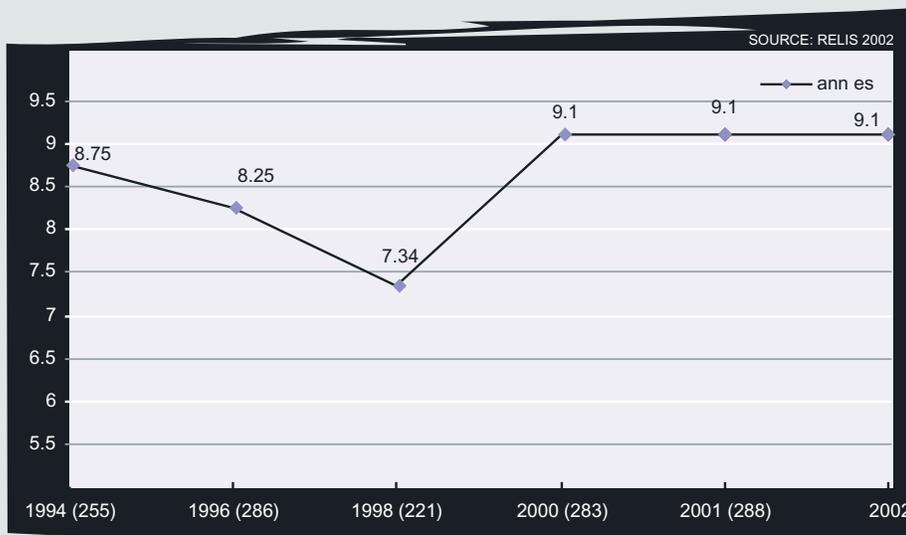
TERMINOLOGIE

- La notion de dépendance est subjective. Même si elle renvoie à des déterminants d'ordre physiologique, elle reflète avant tout l'appréciation du sujet lui-même. L'item en question est formulé de la façon suivante: " A quel moment aviez-vous remarqué que vous étiez physiquement dépendant(e) d'une drogue donnée ? " (demande de précisions lorsqu'il s'agissait d'une drogue classée LRC).

15.7 DUREE MOYENNE DE LA PRISE PAR VOIE INTRAVEINEUSE

DUREE PRISE I.V.(2002) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	6	5	6	8	9	11	11	11	12	21

Fig. 15.7 *Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-2002*



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne de la prise i.v.: 9 ans et 1 mois (9 ans et 1 mois).

TENDANCES

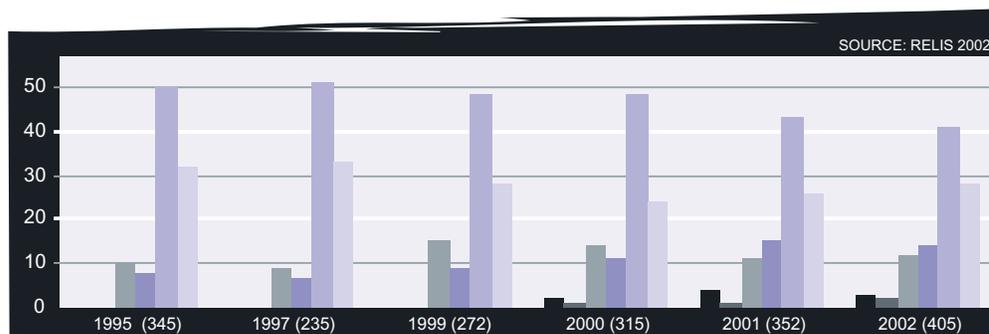
- A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance générale à la hausse, stabilisée depuis 2000.

TERMINOLOGIE

- Prise intraveineuse, toutes drogues injectables confondues.

16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

Fig. 16 *Fréquence de consommation du produit préférentiel. 1995-2002 (% valide)*



■ Plus./mois	0	0	0	2	4	3
■ 1/sem.	0	0	0	1	1	2
■ 2-6/semaine	10	9	15	14	11	12
■ 1/jour	8	7	9	11	15	14
■ 2-4/jour	50	51	48	48	43	41
■ > 4/jour	32	33	28	24	26	28

COMMENTAIRES

- 69% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférentielle qui est, dans 68% des cas un produit de la famille des opiacés.

TENDANCES

- Baisse au niveau de la fréquence moyenne de consommation. Tendance vers une consommation quotidienne plus modérée constatée à partir de 1997.

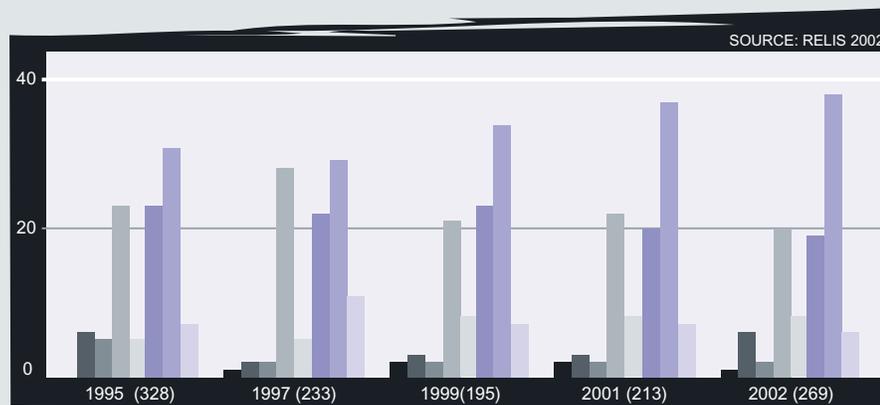
TERMINOLOGIE

- La fréquence de consommation constitue un indicateur de l'état et du degré de dépendance physique.

17. CONTEXTE DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES LRC/HRC

17.1 PERSONNE QUI A OCCASIONNE LE PREMIER CONTACT

Fig. 17.1 **Personne ayant occasionné le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1995-2002 (% valide)**



■ Autre	0	1	2	2	1
■ Dealer / Revendeur	6	2	3	3	6
■ Personne inconnue	5	2	2	2	2
■ Connaissance	23	28	21	22	20
■ Partenaire	5	5	8	8	8
■ Ami(e)	23	22	23	20	19
■ Copinage	31	29	34	37	38
■ Membre de la famille	7	11	7	7	6

COMMENTAIRES

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (58%) ou des ami(e)(s) de longue date (19%).

- Le premier contact ne s'effectue que rarement par l'intermédiaire d'un "dealer " (6%). L'initiation aux drogues illicites semble en effet davantage profiter d'un contexte de confiance qui est garanti par un entourage connu (ami(e)(s), copains, e.a.).

TENDANCES

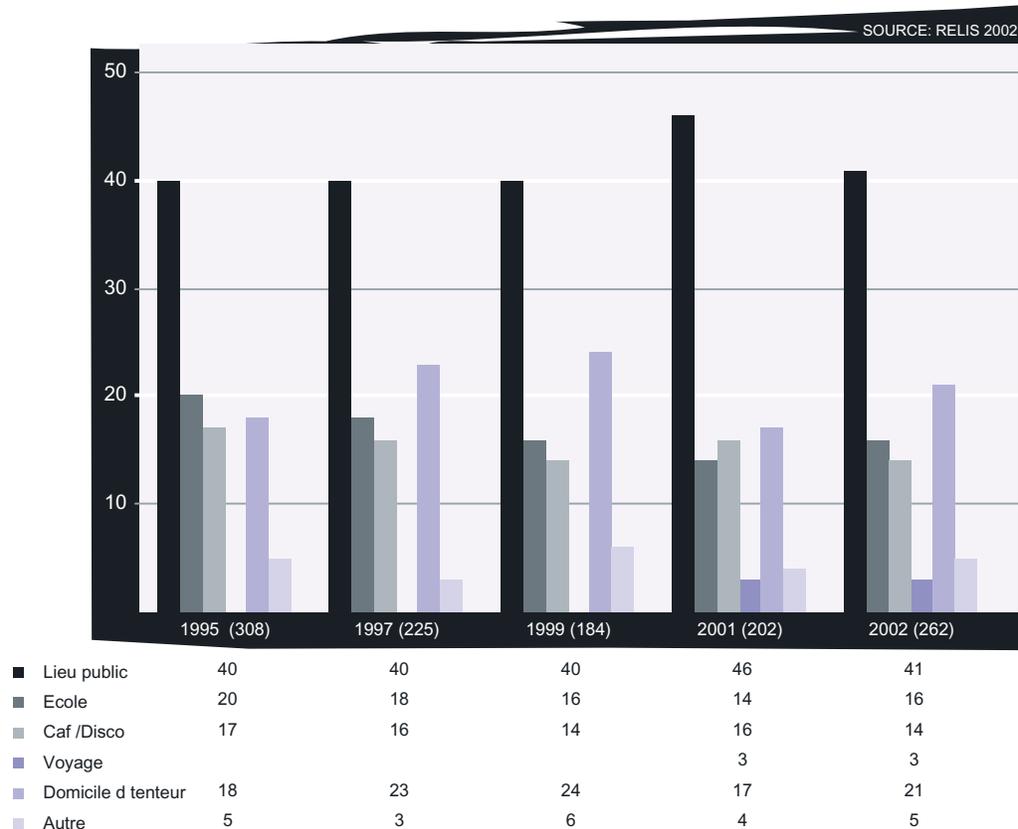
- STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux personnes qui ont proposé, vendu ou cédé pour la première fois des drogues illicites au répondant ou avec laquelle le dernier en a consommées pour la première fois.

17.2 LIEU DU PREMIER CONTACT

Fig. 17.2 Lieu du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite. 1995-2002. (% valide)



COMMENTAIRES

- Les lieux publics continuent à présenter (41%) le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites. Les enceintes d'écoles comptent pour 16% des premiers contacts.

TENDANCES

- STABLE

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte aux lieux où les répondants se sont vus proposés, ont acquis ou ont consommé pour la première fois des drogues illicites.

18. LIEU D'ACHAT OU D'APPROVISIONNEMENT DES SUBSTANCES ILLICITES

Fig. 18 *Lieu d'approvisionnement des drogues d'acquisition illicite. 1996-2002. (% valide)*

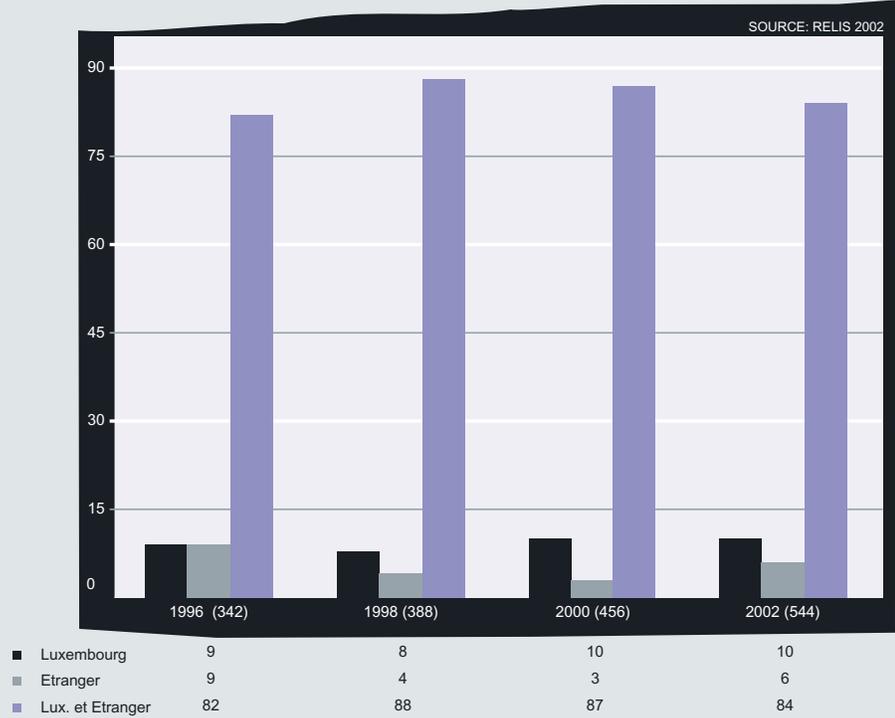


Fig.18 bis *Pays étrangers d'approvisionnement. 1995-2002. (% valide)*



COMMENTAIRES

• Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (10% ▲) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (6%) le font ou bien pour des raisons de moindre coût ou bien afin de pouvoir acheter des quantités plus importantes qui, dans la majorité des cas, sont en partie destinées à la vente. Pour les personnes qui s'approvisionnent aussi bien au Luxembourg qu'à l'étranger, et c'est la majorité (84%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.

• Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence (80%).

TENDANCES

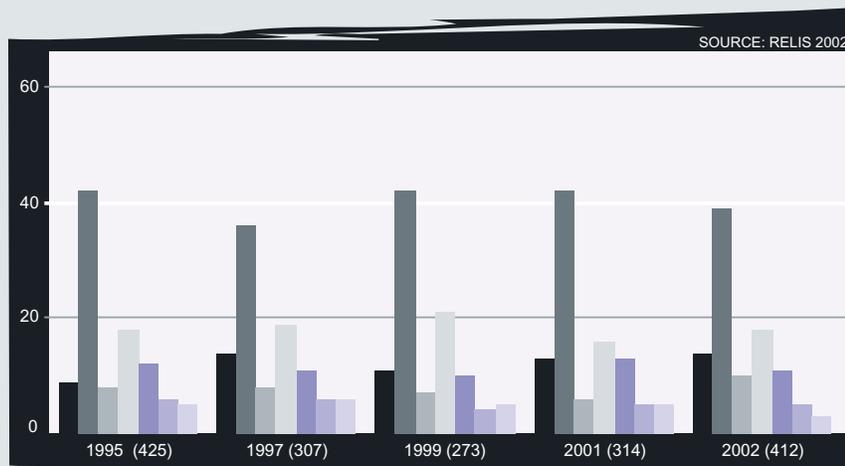
• STABLE. Cependant entre 1996 et 2001, on dénombrait moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger ce qui peut constituer un indicateur d'une disponibilité accrue de drogues HRC sur le marché national.

MÉTHODOLOGIE

L'item des lieux d'approvisionnement permet d'estimer le nombre de personnes qui se procurent des drogues illicites en vue de couvrir leurs besoins individuels et, de l'autre, le nombre de celles pour qui on peut raisonnablement supposer qu'elles sont impliquées, d'une façon ou d'une autre, dans la vente à petite ou à grande échelle, de produits illicites (ce qui n'exclut bien entendu pas l'usage personnel).

19. RAISONS DE LA PREMIERE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

Fig. 19 Raisons de la première consommation de drogues illicites. 1995-2002. (% valide)



■ Autre	9	14	11	13	14
■ Curiosit	42	36	42	42	39
■ Manque de maturit	8	8	7	6	10
■ Traumatisme(s)	18	19	21	16	18
■ Peur d'exclusion	12	11	10	13	11
■ Identifications	6	6	4	5	5
■ Sens. + fortes que l'alcool	5	6	5	5	3

COMMENTAIRES

- Conformément aux résultats fournis par d'autres études nationales, une majorité de personnes (38%) évoquent la curiosité comme motivation première, a priori non réactionnelle au sens strict du terme, telle qu'elle apparaît par exemple dans la consommation suite à un événement traumatique (accident, mort d'un proche, séparation, etc.) (18%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (11%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

TENDANCES

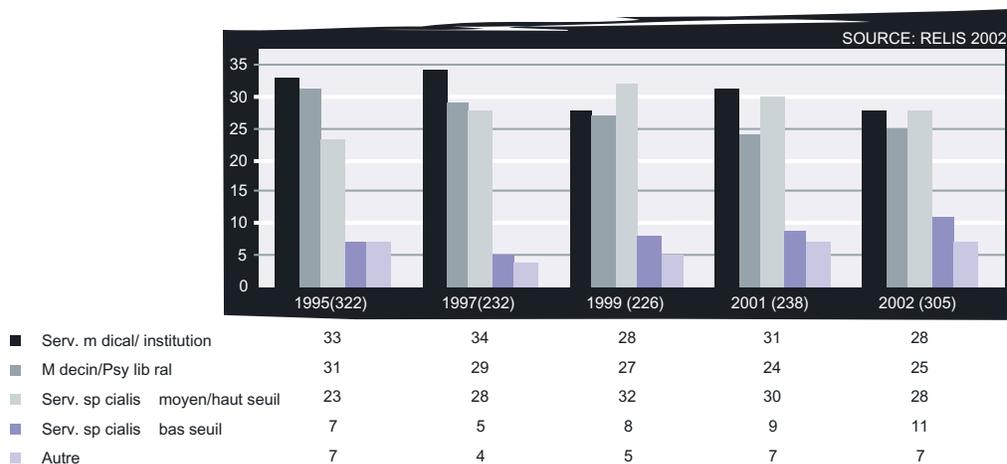
- STABLE

20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

20.1 PREMIER CONTACT AVEC UN INTERVENANT OU UNE INSTITUTION DE SOINS (% valide)

LIEU / PERSONNE	1997	1998	1999	2000	2001	2002
TRAVAILLEUR DE RUE	3	5	4	6	4	6
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	26	26	23	21	20	21
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL/ CHNP / ETC.	34	27	28	28	31	28
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	19	22	20	21	16
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	2	3	2	3	3	4
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	3	4	5	5	5
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	1	0	0	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	4	4	3	4	5
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	4	4	3	4	4	4
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	5	5	8	6	6	8
AUTRE	0	4	2	4	2	5
N	232	237	226	249	238	305

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-2002. (% valide)



COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- Un pourcentage égal (28%) des sujets répertoriés en 2002 ont été respectivement pris en charge pour la première fois par un service spécialisé à moyen ou haut seuil et par un service hospitalier (malaise, accident de surdosage, demande de sevrage).

- En comparaison à la situation observée en 1995, on observe une baisse au niveau de la consultation de médecins généralistes lors de la première demande d'aide.

TENDANCES

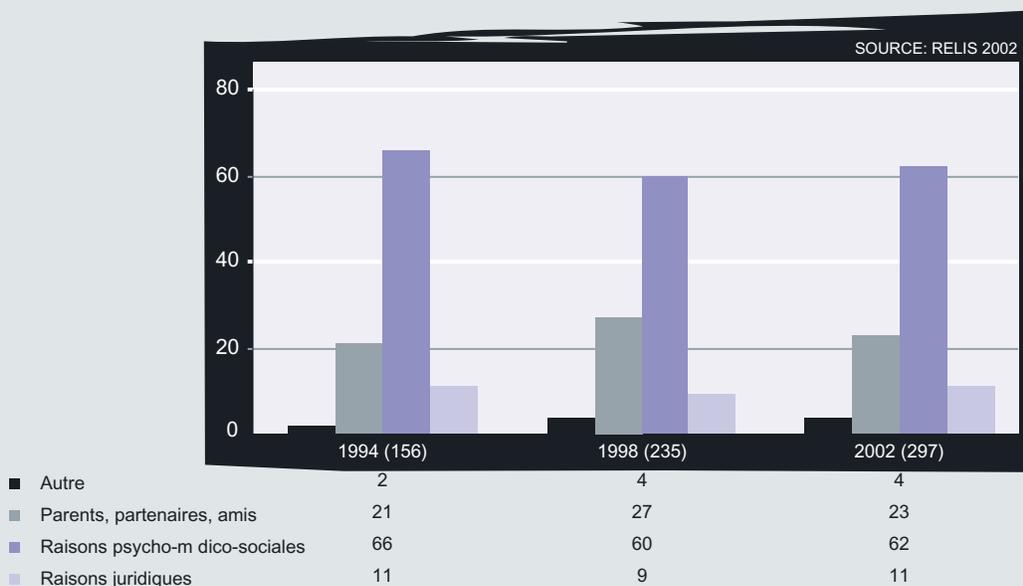
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisées (39%) au détriment des services psychomédicaux généraux (54%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours. Conformément à l'augmentation des contacts au niveau des structures à bas seuil (cf. statistiques d'admission CNDS-ABRIGADO), on observe un accroissement des premières demandes d'aide adressées spécifiquement aux structures bas-seuil (11% ▲).

TERMINOLOGIE

L'item se rapporte au moment et au contexte dans lequel le toxicomane consulte pour la première fois une institution de soins ou un intervenant psychomédico-social.

20.2 MOTIFS ASSOCIES A LA PREMIERE DEMANDE D'AIDE

Fig. 20.2 Motifs associés à la première demande d'aide. 1994-2002.
(% valide)



COMMENTAIRES • La première demande d'aide s'effectue dans 62% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales. 44% (45%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 21 ans 10 mois (n=312) (20 a 0 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 22 ans 10 mois (▼) (n=263) (23 a 0 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivaut à 5 ans et 8 mois (▲).

TENDANCES • On observe une diminution de l'âge moyen du début de l'état de dépendance physique: 17 ans et 2 mois (19 a 4 m) (▲) et de l'âge lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques. La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique a augmenté de façon sensible. Ceci peut être lié à la diversification des services bas seuil et l'augmentation des personnes qui se font prescrire des produits de substitution de façon ambulatoire par le réseau des médecins généralistes.

TERMINOLOGIE • Traitement endémique: traitements ou prises en charge plus soutenus tels que l'engagement thérapeutique, les consultations régulières, l'admission au programme méthadone, etc.

21. DERNIER TRAITEMENT DU REpondant

DERNIER TRAITEMENT (2002)	%
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	27 (33)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	8 (1)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	15 (14)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	5 (9)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	57 (5)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	26 (27)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	3 (3)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	1 (1)
AUCUN TRAITEMENT	1 (1)
POSTCURE	3 (3)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	4 (4)
N	451

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ANTERIEUR (%)

	2000 (180)	2001 (246)	2002
NON	14	20	31
OUI	86	80	69
SUBSTANCES PRESCRITES			
MÉTHADONE LIQUIDE	41	44	43
MÉPHÉNON EN COMPRIME	57	55	53
AUTRES OPIACÉS	0	1	2
AUTRES SUBSTANCES	0	0	2

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 376 jours (471 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,97 (0,77) fois par an (▲).

- **Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 5% (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 80% d'hommes et 20% de femmes.

- 69% des répondants (n:219) (▼) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2002. Il s'agissait pour 43% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 57% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon® et autres opiacés / opioïdes, et autres substances).

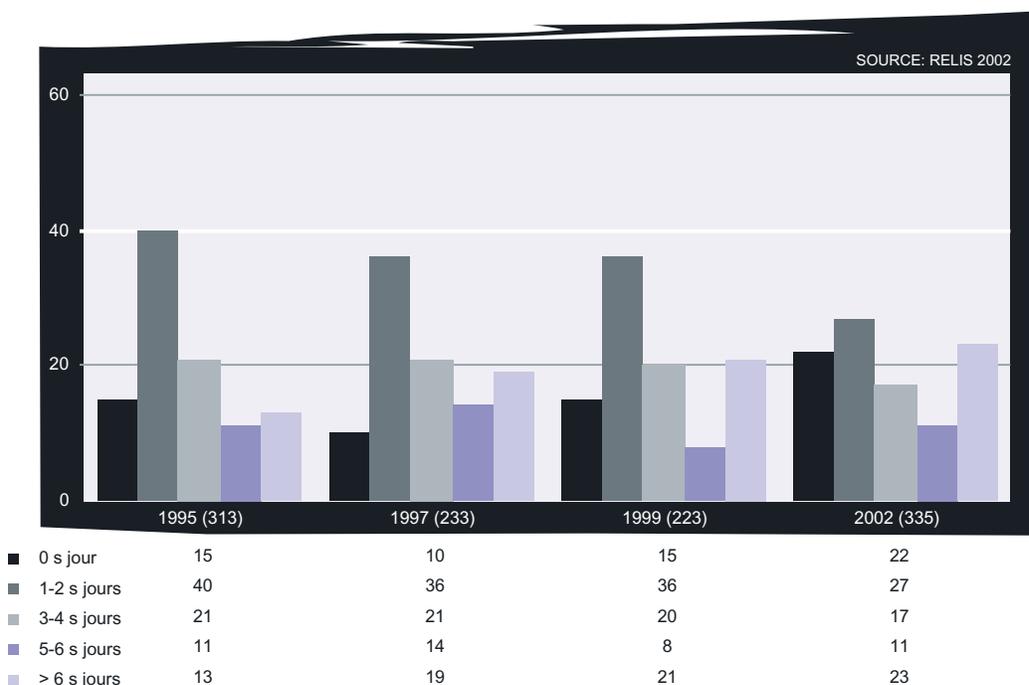
TENDANCES

- Le temps écoulé entre les deux consultations consécutives les plus récentes a tendance à diminuer ce qui au vue du nombre total de demandeurs de soin équivaut à une augmentation des épisodes de traitement.

- La proportion de premières demandes de traitement (5%) est à nouveau en augmentation. Le taux observé est significativement inférieur à celui observé dans la grande majorité des Etats membres de l'UE.

22. NOMBRE DE SEJOURS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL RESIDENTIELLES

Fig. 22 Nombre de séjours effectués dans des structures d'accueil résidentielles. 1995-2002



COMMENTAIRES

- 22% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 23% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (44%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 84% des 1105 (899) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 14% à l'étranger (inconnu: 2%).

TENDANCES

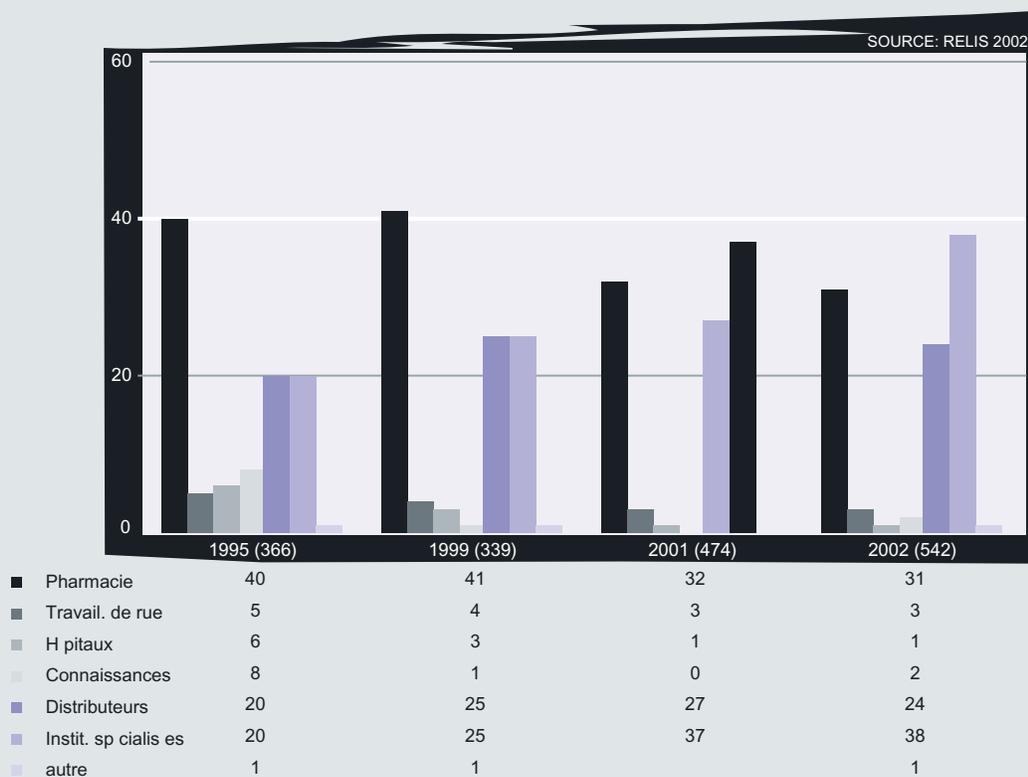
- En référence à l'année 1995, on retiendra une augmentation sensible au niveau de la fréquence de séjours stationnaires. Les usagers problématiques recensés par RELIS témoignent en majorité d'un passé thérapeutique étoffé. On doit constater une certaine chronification et un renouvellement plus lent au sein de la population visée.

Hausse au niveau du nombre moyen de séjours résidentiels.

Pas de changement observé au niveau de la proportion de séjours thérapeutiques nationaux et à l'étranger.

23. LIEU PREFERENTIEL D'APPROVISIONNEMENT DU MATERIEL D'INJECTION

Fig. 23 *Lieu préférentiel d'approvisionnement du matériel d'injection. 1995-2002 (% valide)*



TENDANCES

- En 2001, les institutions spécialisées (37) ont relayées les pharmacies (32%) en tant que lieu préféré d'approvisionnement de seringues. Ceci est confirmé par les données 2002.

- Tendance stable au niveau du taux d'utilisation des distributeurs automatiques mais nette diminution du nombre d'usagers qui se procurent de préférence leur matériel d'injection dans établissements hospitaliers.



Partie IV

Données
statistiques
officielles
de 1985 à 2002

A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 a 2002

A.1. Activités judiciaires et pénales

Terminologie :

- ▶ *Interpellation* : intervention des forces de l'ordre basée sur une suspicion. Le prévenu est entendu et l'audition donne lieu à une trace écrite (procès verbal). Il n'y a pas de saisie du procureur à ce stade, ni de mention dans le casier judiciaire. Dans le contexte présent, le terme " *prévenu* " s'applique à toute personne interpellée pour infraction alléguée à la loi modifiée du 19 février 1973 portant sur la vente de médicaments et la lutte contre la toxicomanie.
- ▶ *Arrestation* : *interpellation suivie d'une privation de liberté et d'une saisie du procureur.*
- ▶ *Instruction*: procédure judiciaire qui est dirigée, voire effectuée, par le juge d'instruction. A la fin d'une instruction a lieu la fixation d'une audience publique donnant lieu à un jugement.
- ▶ *Condamnation* : jugement par lequel la personne inculpée est reconnue coupable.
- ▶ *Détention* : privation de liberté. Elle peut être préventive (en phase d'instruction, avant le jugement) ou simple (suite à un jugement).

Années	PROCES VERBAUX						PREVENUS					
	97	98	99	00	01	02	97	98	99	00	01	02
S.P.J.	137	192	343	231	216	282	182	224	434	278	321	469
Gendarmerie	255	265	782				335	339	916			
Police¹	177	243	189	965	1.126	1.261	280	386	283	1.200	1.272	1.605
Douanes	236	125	173	144	113	89	408	221	306	280	182	143
Total	805	825	1.187	1.340	1.455	1.632	1.205	1.170	1.939	1.758	1.775	2.271

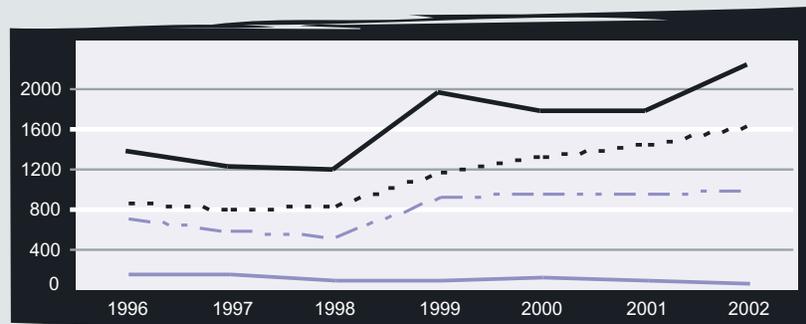
Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

¹ Le rapport d'activités de la Police Grand-Ducale peut être consulté sous:
<http://www.gouvernement.lu/gouv/fr/doss/rapact2001/index.html>

Années	ARRESTATIONS						SAISIES					
	97	98	99	00	01	95	97	98	99	00	01	02
S.P.J.	25	19	27	22	7	14	78	124	216	154	155	163
Gendarmerie	15	7	15	47	45	44	125	98	375	47	45	44
Police	32	34	32	47	45	44	138	171	151	47	45	44
Douanes	82	40	34	48	40	19	246	140	185	165	121	75
Total	154	100	108	117	92	77	587	533	927	969	960	983

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.2.1.1 Activités de lutte anti-drogues des forces de l'ordre (1996-2002)



..... PROCES VERBAUX	864	805	825	1187	1340	1455	1632
———— PREVENUS	1368	1205	1170	1939	1758	1775	2217
———— ARRESTATIONS	149	154	100	108	117	92	77
- - - - SAISIES	702	587	533	927	969	960	983

Remarque: les données sont ventilées sur les différents corps impliqués. A noter que suite à la fusion de la Police et de la Gendarmerie en un corps unique, à savoir la Police Grand-Ducale, les données ont été regroupées pour ces deux corps à partir de 2000.

A.2. Saisies nationales et internationales

A.2.1. Nombre et quantités des saisies de substances contrôlées

Les saisies de produits illicites regroupent d'une part les saisies nationales lors de perquisitions et d'interpellations sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg et d'autre part, les saisies internationales, à savoir les quantités qui ont transitées par le Luxembourg et qui ont été saisies aux douanes luxembourgeoises, à l'aéroport, etc. Les chiffres produits regroupent les saisies de tous les corps répressifs au niveau national. Pour l'année 2001, les données sur les saisies nationales ont été produites à titre comparatif.

PRODUITS	1986		1990		1995		2000		2002		NATIONAL 2002	
	Q ¹	N ²	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
1. OPIACES ET DERIVES												
1.1. PAVOTS À OPIUM												
1.2. OPIUM												
1.3. OPIUM LIQUIDE												
1.4. MORPHINE	0,068	3	0,460	1								
1.5. HÉROÏNE	7,832	23	0,527	133	13,248	255	11,358	256	2,956	185	2,956	185
1.6. MÉTHADONE ³			565 ml	1	5 doses	2	98 ml	2		3		3
2. COCA ET DERIVES												
2.1. FEUILLES DE COCA	2,045	10	0,090	4								
2.2. PÂTE DE COCA	0,690	2	1,000	1								
2.3. COCAÏNE	6,475	11	23,260	32	0,525	48	10,757	51	2,485	66	2,485	66
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES					0,03	9	0,157	9	5,7	7	5,7	7
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) ⁴					784	25	318	15	1139	26	1139	26
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. ⁴					91	8	849	30		10		10
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD ⁵			2000	1	100	8	21	1	1	2	1	2
4.2. PCP												
4.3. Champignons halluc.												
4.4. Mescaline							0,122	5	264	11	264	11
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	0,211	29	18,750	46	0,961	75	8,383	311	1,821	495	1,821	495
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	15,012	101	13,750	147	11,275	129	1,174	89	0,700	119	0,700	119
5.3. HUILE DE CANNABIS												
5.4. PLANTES DE CANNABIS ²							133	6	2	2	2	2
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE	33		186		321		354		375			
NB. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	242		451		675		1.013		1.227			

¹Quantité saisies: kg (sauf indication contraire)

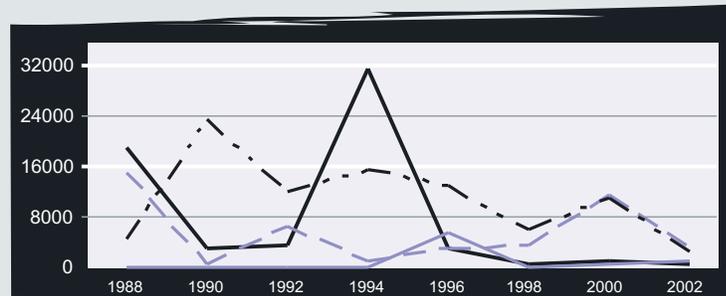
²Nombre saisies

³Unité : "doses"

⁴Unité : "comprimés"

⁵Unité : "trips"

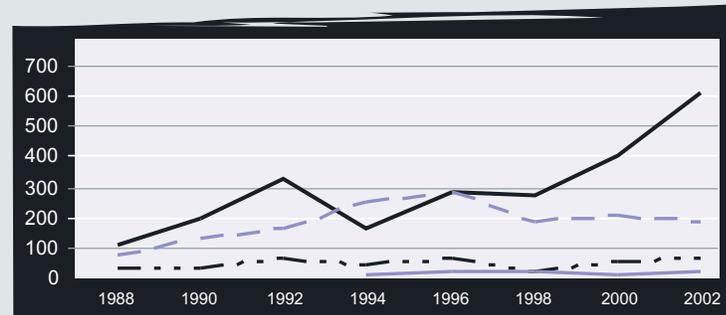
Fig. A.2.1 Quantités saisies : Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2002)



—	Cannabis (gr./10)	19003	3250	3448	31699	3087	693	955	252
- - -	Hé ro ñe (gr.)	14888	527	6682	906	2934	3592	11358	2957
- . - .	Coca ñe (gr.)	4579	23260	12092	15459	12891	5995	10757	2486
—	MDMA (compr.)	0	0	0	172	5545	145	318	1139

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

Fig. A.2.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2002)

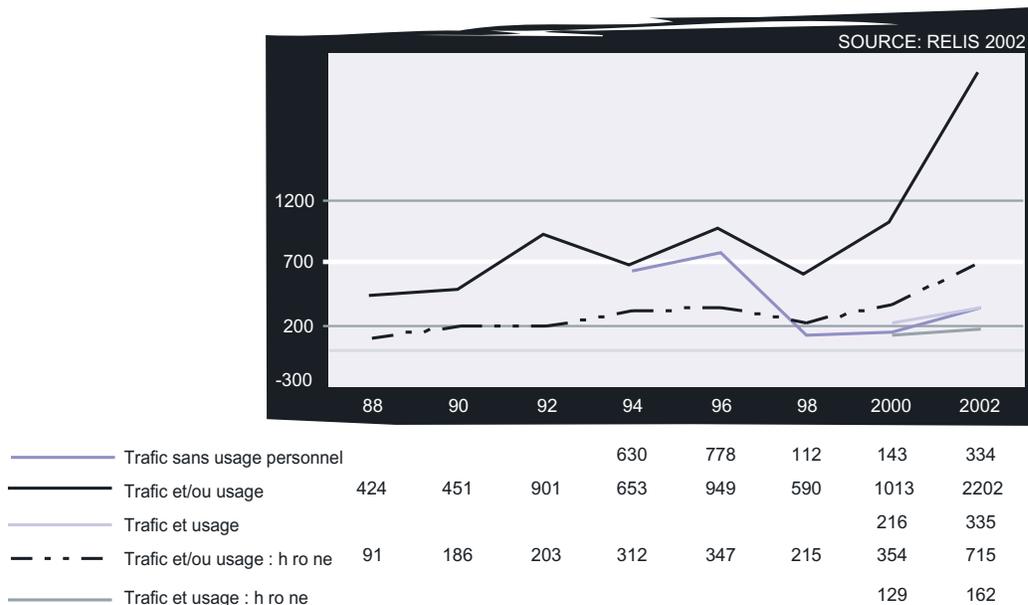


—	Cannabis	109	193	332	167	281	273	406	616
- - -	Hé ro ñe	81	133	169	251	284	189	211	185
- . - .	Coca ñe	35	32	65	43	63	22	51	66
—	MDMA (compr.)				8	26	22	15	26

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.2.2. Evolution du nombre de personnes impliquées dans les affaires de saisies selon les infractions constatées

Fig. A.2.2.1 Saisies: Nombre de personnes impliquées (1988-2002)



Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN)

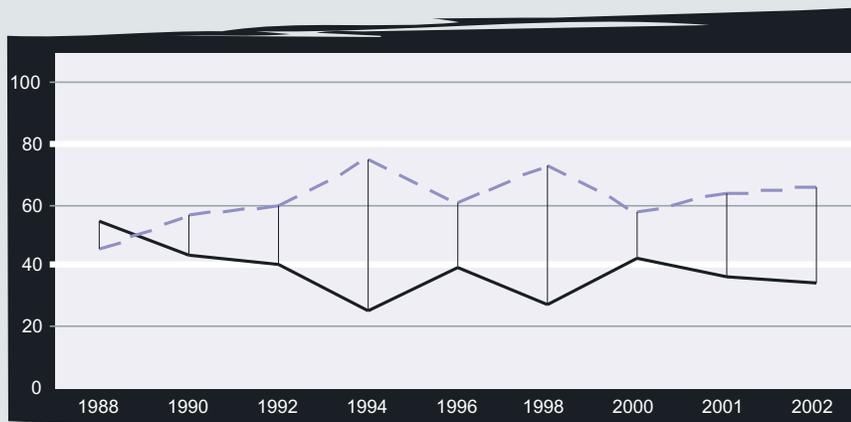
Tendances :

- ▶ D'importantes variations au niveau de l'évolution des quantités saisies s'observent depuis le début des années 90 et ceci pour presque tous les types de produits. Une analyse longitudinale indique une tendance générale à la baisse des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis au cours de la même période. L'héroïne, la cocaïne, les feuilles et la résine de cannabis sont les seuls produits qui depuis 1980 ont été saisis sur base annuelle.
- ▶ Indépendamment des quantités saisies, qui constituent des indicateurs de disponibilités peu fiables, on retient une augmentation discontinue du nombre total de saisies à partir de 1993. Une hausse marquée est observée au niveau du nombre de saisies de cannabis et d'héroïne. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2002 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 616. Le nombre de saisies de cocaïne, et d'ecstasy affichent une certaine stabilité. Même si le nombre total de personnes impliquées dans le commerce de la drogue affiche des variations annuelles importantes, le nombre de personnes impliquées spécifiquement dans les affaires de saisies d'héroïne suit une évolution croissante, confirmée par les données les plus récentes.

Cette même constatation vaut pour le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichant 451 personnes en 1990 et 1.227 en 2002. Globalement, les quantités saisies ont régressé à partir de 1990 alors que le nombre de personnes impliquées dans le trafic affichait une hausse remarquable. Le développement de micro-réseaux de distribution contribuait probablement à cette situation. A souligner également que le nombre de personnes interpellées pour trafic sans usage personnel affiche une tendance stable alors que celui des personnes interpellées pour trafic et usage suit une croissance sensible.

- ▶ Aucune saisie de PCP et de Crack n'a été rapportée jusqu'à ce jour au Grand-Duché de Luxembourg. En 1994 furent enregistrées les premières saisies nationales de MDMA, MDA... (type : ecstasy) dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée depuis les dernières six années.

Fig. A.2.2.2 Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-2002) (%).



— Nationaux	55	43	40	25	39	27	42	36	34
- - - Etrangers	45	57	60	75	61	73	58	64	66

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.2.3. Prix des produits vendus au détail (unités d'achat usuelles)

	1996 PRIX	1997 PRIX	1998 PRIX	1999 PRIX	2000 PRIX	2001 PRIX	2002 PRIX
CANNABIS							
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	7,4	7,4	9,2	7
MARIJUANA		2,5-3	6,2	6,2	6,2	7,1	
COCAÏNE	100-150	100-150	120-170	90	90	76,5	50
HÉROÏNE							
(BROWN)	65-150	65-150	90-150	90	74,4	70	50
AMPHÉTAMINES		15-26	25-30	?	?		25
ECSTASY³			9-13	12,4	10,7	9,2	7
LSD	11-13	11-13	11-13	?	?	10	n.a

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants

Remarques :

Prix : Les prix sont indiqués en EURO et par extrapolation sur les quantités d'achat usuelles. Pour l'héroïne et la cocaïne, les prix minimaux se rapportent à des unités d'achats exceptionnelles. Les prix maximaux et moyens se réfèrent aux unités usuelles. Pour le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les prix par gramme sont indiqués. Pour les substances de type ecstasy et le LSD, les prix par comprimé, pilule ou unité sont indiqués.

A.3 Analyses toxicologiques sur matières suspectes

A.3.1. Puretés des produits vendus au détail

	1996	1997	1998	1999	2000			2001			2002		
	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	PUR. (%)	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS				3,46	2,65	11,7	8,03	2,3	12,8	7,2	0,7	19,3	7,96
COCAÏNE	60-90	60-85	60-90	70,66	28,3	92,2	60,25	24,95	92,9	56,09	14,6	90,4	62,99
HÉROÏNE (brown)	15-23	17-25	20-25	12,17	2,8	54,9	17,59	24,95	92,9	13,62	2,0	22,9	9,97
ECSTASY³ (MDMA)					18,7	52,3	35,5	35,61	109,75	67,25	11	120	71,11
(MDEA)							6,8						-
(MDEA)													24,6
PSYLOCINE													0,15

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants / Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie.

³ Ecstasy: dosage en mg/cpr

PURETÉ :

Pour la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, les puretés respectives sont exprimées en % de substance active pure de vente "en rue". Pour le cannabis, la pureté se réfère au pourcentage de THC. Pour les substances de type "ecstasy" la pureté indique le pourcentage de MDMA et de MDEA par rapport à la masse totale.

A.3.2. Résultats des expertises toxicologiques ordonnées par les parquets en matière de circulation routière après un accident de la route et effectuées par le LNS en 2001⁴

A.3.3.1. Résultats relatifs aux expertises portant exclusivement sur la détection de drogues et de médicaments

Substances ou groupes de substances détectés	2000		2001	
	N	% positifs (n :125)	N	% positifs (n :126)
Ethanol ⁵	53	42,4%	55	43,6%
Amphétamines ⁶	5	4,0%	1	0,8%
Benzodiazépines	42	33,6%	32	25,4%
Cannabinoïdes	60	48,0%	47	37,3%
Cocaïne	13	10,4%	17	13,5%
Opiacés /héroïne	37	29,6%	31	24,6%
Méthadone	25	20,9%	21	16,7%

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2002

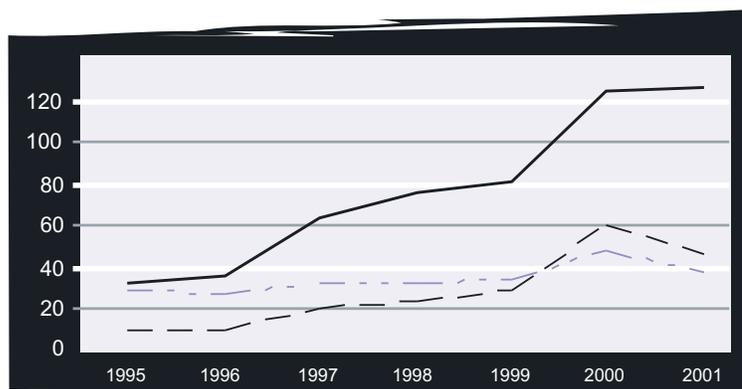
⁴ Des résultats positifs ne constituent pas une preuve que la consommation des substances impliquées a été à l'origine ou exclusivement à l'origine des accidents.

⁵ Résultats relatifs aux demandes d'expertise portant sur les drogues et les médicaments et non sur la détermination du taux d'alcoolémie des personnes impliquées dans un accident de la route.

⁶ Drogues de synthèse incluses (ecstasy, etc.)

A.3.3.2. Résultats des expertises toxicologiques en matière de détection de cannabinoïdes chez les personnes impliquées dans un accident de la route

Fig. A.3.3.2 Détection de cannabinoïdes - Accidents de la route (1995-2001)



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
— Nombre d'expertises	33	36	65	76	82	125	126
- - - Nombre de cas positifs	10	10	21	25	29	60	47
- . - % positifs	30.3	27.8	32.3	32.9	35.4	48	37.3

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2002

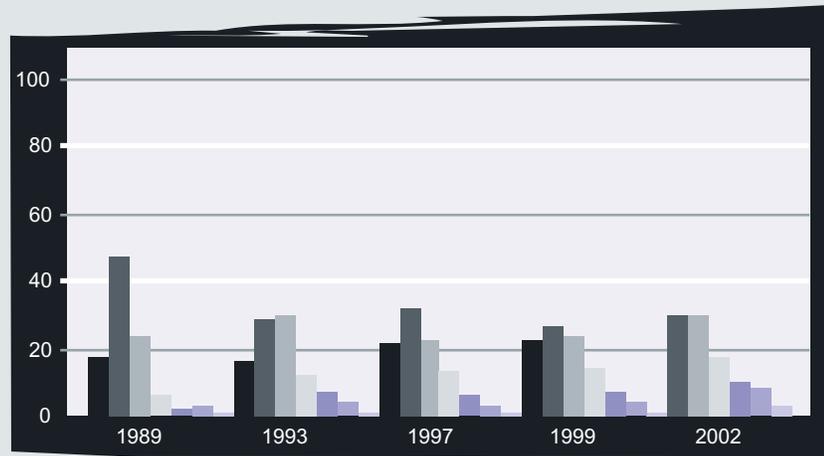
A.4. Prévenus: Données socio-démographiques / Types d'infraction

A.4.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon âge et sexe de 1985 - 2002

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002
AGE											
0-14	5	5		2	12	12	6	27	21	11	15
15-19	121	179	173	293	146	205	257	415	413	399	647
20-24	234	262	461	520	242	456	369	519	497	566	650
25-29	100	110	232	275	255	256	269	448	354	299	388
30-34	65	71	58	98	104	167	151	269	208	194	219
35-39	10	22	21	34	49	98	73	131	113	139	177
> 40	11	28	30	35	29	33	45	84	108	113	82
INCONNU	9	11	25	19	53	36	35	46	44	55	40
TOTAL	555	688	1.000	1.276	890	1.263	1.205	1.939	1.758	1.776	2.218
HOMMES	431	574	887	1045	674	1035	1009	1658	1415	1.546	1905
FEMMES	122	114	113	213	183	186	174	248	241	215	292
SEXE INCONNU	2	0	0	18	33	41	22	33	44	15	21

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus en % (1989 - 2002)



■ 0-14	0	1	1	1	1
■ 15-19	18	17	22	23	30
■ 20-24	47	29	32	27	30
■ 25-29	24	30	23	24	18
■ 30-34	6	12	13	14	10
■ 35-39	2	7	6	7	8
■ 40	3	4	3	4	3

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999-2002)

SUBSTANCE & DÉLIT	1999			2000		
	N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL
HÉROÏNE						
USAGE & TRAFIC	329	157		193	113	
TRAFIC	75		1.050	57		849
USAGE	646	361		599	370	
COCAÏNE						
USAGE & TRAFIC	85	34		45	19	
TRAFIC	31		204	25		87
USAGE	88	31		17	61	
CANNABIS						
USAGE & TRAFIC	326			195		
TRAFIC	43		995	23		901
USAGE	626			683		
AMPHÉTAMINES						
USAGE & TRAFIC	2			9		
TRAFIC	3		12	5		29
USAGE	7			15		
ECSTASY (MDMA, ETC.)						
USAGE & TRAFIC	10			14		
TRAFIC	2		25	4		30
USAGE	13			12		
LSD						
USAGE & TRAFIC	4			8		
TRAFIC	1		10			11
USAGE	5			3		
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS			1.939			1.758

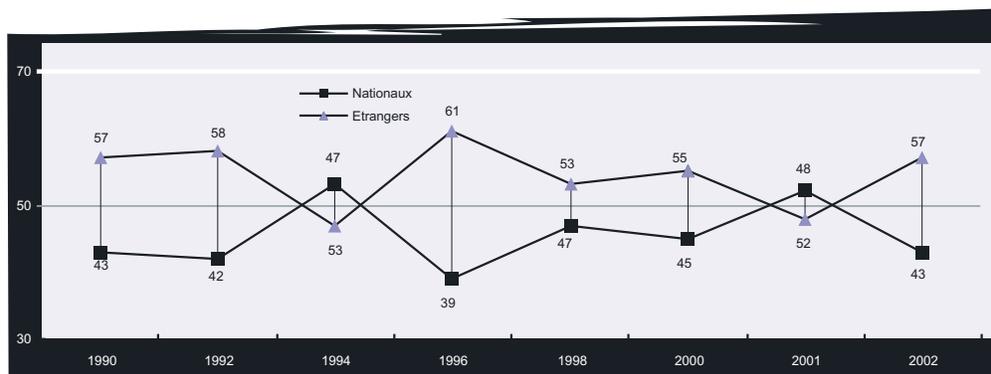
Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

SUBSTANCE & DÉLIT	2001			2002		
	N	MODE	TOTAL	N	MODE	TOTAL
	I.V.			I.V.		
HÉROÏNE						
USAGE & TRAFIC	139	82		162	88	
TRAFIC	43		674	90		715
USAGE	492	346		625	392	
COCAÏNE						
USAGE & TRAFIC	56	21		55	7	
TRAFIC	23		133	50		188
USAGE	54	6		83	30	
CANNABIS						
USAGE & TRAFIC	171	12		311	11	
TRAFIC	26		973	71		1390
USAGE	673	38		1.008	23	
AMPHÉTAMINES						
USAGE & TRAFIC	5	2		10		
TRAFIC	2		18	14		24
USAGE	11	-		0		
ÉCSTASY (MDMA, ETC.)						
USAGE & TRAFIC	9	-		33	0	
TRAFIC	2		40	21		92
USAGE	29	1		38	0	
LSD						
USAGE & TRAFIC	-	-		5	0	
TRAFIC	-		4	0		8
USAGE	4	-		3	1	
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDEPENDAMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES						
USAGE & TRAFIC		90	295		92	435
TRAFIC			209			334
USAGE		382	1.258		327	1.433
TOTAL		462	1.770			2.202
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS						
			1.776			2.217

Source: Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

Remarque: le nombre de prévenus par catégorie de substance est supérieur au nombre annuel de prévenus étant donné qu'un prévenu donné peut détenir plusieurs substances lors de son interpellation.

A.4.3. Distribution selon la nationalité des prévenus, tous délits confondus (1990- 2002)



Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1996-2002)

CATÉGORIE	1996		1998		2000		2002	
	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	246	21	418	24,2	477	21,5
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	112	10	47	2,7	61	2,8
INDÉPENDANTS	59	4	17	1	8	0,5	21	0,9
ETUDIANTS	29	2	151	13	262	15,2	342	15,4
SANS PROFESSION	679	50	527	45	898	52,1	916	41,3
RENTIERS	7	1	38	3	5	0,3	7	0,4
INCONNU	72	5	38	7	87	5	393	17,7

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1998-2002)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE																	
	97			98			99			00			01			02		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Total	374	95	469	464	114	578	704	144	848	599	145	744	688	119	807	807	147	954
N. mineurs d'âge	42	7	49	41	5	46	61	21	82	66	28	94	89	19	108	112	29	141

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE																	
	97			98			99			00			01			02		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Total	635	79	714	494	79	573	860	89	949	816	96	912	790	88	878	1.094	144	1.238
N. mineurs d'âge	35		35	33		33	63	9	72	46	11	57	54	1	55	64	10	74

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN)

Remarque : De 1997 à 2002 le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 22, 19, 33, 44 et 15.

A.4.6. Premiers auteurs (1994-2002)

A.4.6.1. Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1994-2002)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PREMIERS AUTEURS	382	498	508	389	422	645	608	621	828
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	57	92	102	84	79	155	154	100	145
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	14,9%	18,5%	20%	21,6%	18,7%	24%	25,3%	16,1%	17,6%
NOMBRE TOTAL DE PREVENUS (toutes catégories confondues)	1.174	1.263	1.368	1.205	1.170	1.939	1.758	1.776	2.218
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	4,9%	7,3%	7,5%	7,0%	6,8%	8%	8,8%	9,2%	9,7%

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.6.2. Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1994-2002)

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HÉROÏNE	154	170	121	104	109	157	133	91	114
COCAÏNE	39	46	34	20	30	60	37	47	64
AMPHÉTAMINES	15	11	11	12	18	14	9	14	12
TYPE " ECSTASY "	9	47	20	26	26	6	11	16	34
MÉDICAMENTS D'ACQUISITION ILLICITE	3	0	0	0	1	0	7	1	0
PRODUITS DE SUBSTITUTION D'ACQUISITION ILLICITE	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	221	274	186	162	184	237	197	169	225

A.5. Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	57	59	48	44	41	29
	TRAFIC/DEAL	21	53	9	18	10	8	18
	USAGE	24	7	17	27	29	8	16
	TOTAL	113	117	85	93	83	57	63
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	27	16	21	14	27	9
	TRAFIC/DEAL	7	23	7	9	7	9	13
	USAGE	10	6	6	12	5	4	4
	TOTAL	37	56	29	42	26	40	26
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	18	19	32	19	23	19
	TRAFIC/DEAL	1	11	3	8	2	1	7
	USAGE	4	4	8	3	11	15	9
	TOTAL	30	33	30	43	32	39	35
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	4	1	2	2	0
	TRAFIC/DEAL					1	0	0
	USAGE	2		4		1	0	0
	TOTAL	2	2	8	1	4	2	0
ECSTASY (MDMA,ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	1	3	3	1	0
	TRAFIC/DEAL	1	3			1	0	0
	USAGE	1				1	0	0
	TOTAL	5	6	1	3	5	1	0
LSD	USAGE & TRAFIC		1		1	1	0	0
	TRAFIC/DEAL						0	0
	USAGE						0	0
	TOTAL		1		1	1	0	0
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES								
	USAGE & TRAFIC						59	44
	TRAFIC/DEAL						13	40
	USAGE						20	16
	TOTAL						92	100
NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF								
		128	154	100	108	117	92	102

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

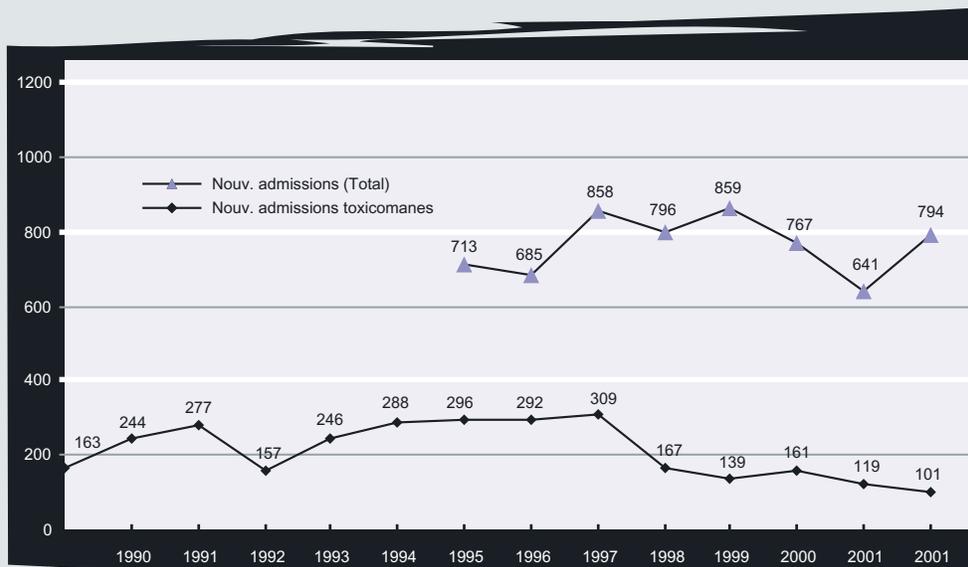
B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2002

Le tableau suivant reprend le nombre de détenus nouvellement admis (au cours d'une année donnée) pour infraction(s) au code DELIT-STUP au sein des établissements pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg de 1989 à 2002. A noter qu'au 31 décembre 2002, la population carcérale totale s'élevait à 341 (341) détenus (CPL: 286 / CPG: 55).

ANNÉE	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	
NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)								713	685	858	796	859	767	641	794
NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"	163	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	
							41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	

Source : Administration pénitentiaire 2003

Fig B.1 Détention carcérale pour code "Délit-Stup". 1989-2002



Source : Administration pénitentiaire (CPL), 2002

C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2002)

C.1 Définition

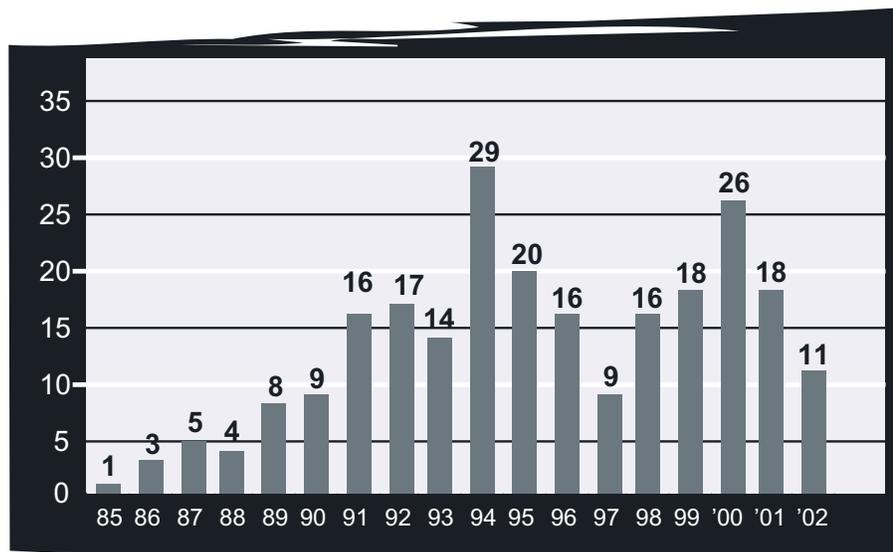
La CIM-10 fait référence à la notion d' " **intoxication aiguë** " : (F1x.O)
- G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une surdose est définie de la façon suivante :

Décès par surdose (directs):

" Intoxication létale, volontaire accidentelle ou d'intention non déterminée, causée de façon directe par a) l'usage de drogues illicites ou b) par toute autre drogue dans le cas où la victime est considérée comme ayant été un consommateur ou une consommatrice régulier(e) de drogues illicites. Le décès est dû aux effets pharmacologiques aigus de la (des) substance(s) consommée(s). Le cas entraîne une enquête policière et est documenté par une autopsie légale. La dose létale varie d'un individu à l'autre et dépend autant des caractéristiques du produit ou des mélanges des produits consommés que de l'état de l'individu".

Cette formulation exclue toute personne non-toxicomane ayant commis un acte suicidaire en consommant une dose létale de produits pharmaceutiques. Le graphique ci-après reprend l'évolution des cas de décès par surdosage survenus sur le territoire luxembourgeois suite à la consommation de drogues d'acquisition illicite.

Fig C.1 Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2002)



Source : Police Judiciaire Section des Stupéfiants.

C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (1992-2002)

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DÉCÈS HÉROÏNE*	DÉCÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉS*	DÉCÈS AUTRES DROGUES*	TOTAL DÉCÈS DUS AUX DROGUES
1992	38	11 dont 4x cocaïne associée	2x DHC	13	-	13
1993	45	11 dont 1x DHC + tilidine assoc. 1x cocaïne associée	3x DHC 2x DPX	16	-	16
1994	49	22 dont 8x DPX assoc. 1x DHC associée 1x DHC + tilidine	1x DHC, 6x DPX dont 1x DHC associée 3x héroïne associée	29	-	29
1995	41	13 dont 3x DPX associée 1x MTD associée	3x DPX dont 1x héroïne associée 1x MTD	17	1x cocaïne	18
1996	40	13 dont 1x cocaïne associée 1x MTD associée		13	-	13
1997	42	8 dont 1x MTD associée	1x tilidine	9	1x cocaïne	10
1998	39	16 dont 2x cocaïne associée 1x MTD associée	1x MTD	17	-	17
1999	61	17 dont 5x cocaïne associée 1x MTD associée 1x tramadol associée	1x buprénorphine 1x morphine	19	Décès traumatiques indirects 1x cocaïne 1x cannabis 1x psilocybine	22
2000	75	14 dont 6x MTD associée 4x cocaïne associée	6x MTD 1x codéine	21	1x solvant 1x butane 2x décès indirects	25
2001	72	17 dont 6x MTD associée 3x cocaïne associée 2x tamadol associée	2x MTD 1x buprénorphine 1x tilidine 1x remifentanil	22	1x bupropion 1x chloral	24
2002	68	12 dont 5x MTD associée 7x cocaïne associée	1x MTD	13	Traumatisme	14

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2002

(*) Dans la plupart des cas : association d'alcool, de benzodiazépines et autres médicaments
DHC= dihydrocodéine, DPX=dextropropoxyphène, MTD=méthadone

Références bibliographiques

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (1999), Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies - RELIS / LINDDA Rapport National 1998, Ministère de la Santé. Luxembourg,.

AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg (2000). Récapitulatif des lois, des règlements grand-ducaux et des conventions des Nations Unies réglementant la détention, l'usage, la production et le commerce de certaines substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Direction de la Santé. Luxembourg.

Caballero, F. (1989). Droit de la Drogue. Dalloz. Paris.

Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (1996). Atlas des communes - La population du Luxembourg, ISBN 2-87987-121-2, Luxembourg,.

Centre de Prévention des Toxicomanies (2003). Bilan d'activités 2002, CePT. Luxembourg,

Comité de surveillance du Sida (2003). Rapport d'activité 2002, Luxembourg.

Conseil de l'Europe (1999). Rapport du séminaire sur la circulation routière et drogues, Strasbourg, 19-21 avril 1999, ISBN 92-871-4144-4

D.E.A., Drug Enforcement Agency – Agence américaine de lutte contre les drogues, <http://www.usdoj.gov/dea/deahome.html>, accès le 20/09/2002.

Decourrière A. (1996). Les drogues dans l'Union européenne - Le Droit en question. Bruylant. Bruxelles.

Dekker S. (1994). Estimation du nombre des " usagers de drogues à problèmes " - Inventaire des techniques utilisées dans quelques pays d'Europe. Groupe Pompidou, Strasbourg.

Dickes P., Houssemand Cl., Martin R. (1996). La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6èmes de l'enseignement secondaire et des 8èmes de l'enseignement professionnel et technique, CEPS/INSTEAD Division F.E.E. Luxembourg.

EDDRA, Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande, <http://www.reitox.emcdda.org:8000/eddra/>, accès le 12/08/03.

EIB, Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation http://www.emcdda.org/activities/demand_eval_eib.shtml, accès le 10/07/02.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002), Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2001, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.

EUROSTAT (2002). Le SIDA dans l'UE. Communiqué de presse n° 108/2002. URL : <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop>. Accès le 10/09/2002.

Fischer U. Ch., Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.

Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (2003). Rapport d'activité 2002, Ministère des Finances. Luxembourg.

Goerens R. Dr. (1998). Alcohol and Drugs at the workplace – Attitudes, policies and programmes in Luxembourg. Ministry of Health, Luxembourg.

Hartnoll R. (1994). Drug treatment systems and first treatment demand indicator - Definitive protocol, Groupe Pompidou, Council of Europe, Strasbourg.

Institut d'Etudes Educatives et Sociales (1995). Eine Repräsentative Untersuchung bei den Schüler der 5. Klasse des Sekundarunterrichts in Luxemburg. IEES. Luxembourg,

ISTRA, Système d'information sur les activités de formation, http://www.emcdda.org/activities/demand_info_istra.shtml , Accès le 10/06/02.

Jugend an Drogenhëllef (1993). Zweiter Bericht zur Evaluation des Methadonprogramms. Luxembourg.

Jugend an Drogenhëllef (2003). Rapport d'activité 2002. Luxembourg.

Korf D., Reijneveld S., Toet J. (1995). Estimating the Number of Heroine Users : A review of Methods and Empirical Findings from the Netherlands. The international Journal of the Addictions, 29 (11), 1393-1413.

Lejealle B. (1996). Niveau de formation de la population résidante en 1994, Recueil des Etudes Sociales (PSELL n° 100), CEPS/INSTEAD, Luxembourg.

Matheis J. et al. (1995). 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg,.

Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports / Direction de la Santé (2000). Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie, Luxembourg,.

Ministère de la Santé (2003). Rapport d'activités 2002. Luxembourg.

Meisch P. (1998). Les drogues synthétiques de type " Ecstasy " au Grand - Duché de Luxembourg - Analyse de la situation, CePT, Luxembourg.

Nurco D.N. (1995). A discussion of validity, in Self-report methods of estimating drug use : Meeting challenges to validity, ed. Rouse, Kozel, Richards NIDA research monograph n°57. Washington D.C.

O.M.S. (1997). CIM-10 / ICD-10 - Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, ISBN: 2-225-84609-X, Masson, Paris.

O.N.U. (2002). Rapport annuel de l'Organe de contrôle des stupéfiants, <http://www.undcp.or.at/unlinks.html> , accès le 20/08/2002.

Origer A. (1995). Etude épidémiologique de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg. In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies. AST - Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1995). Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1993 à 1994, In rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Luxembourg. AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1996). Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting systems. Luxembourg. AST - Point Focal O.E.D.T Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1997). Etude comparative des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg 1993/ 1994 et 1995/1996, in rapport du Réseau National d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies , Luxembourg. AST - Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1998). Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres sur la prise en charge des patients toxicomanes, in Rapport RELIS/LINDDA 1997. Luxembourg. Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer A. (1999). Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg, Luxembourg. Séries de recherche n°1, Point Focal OEDT Luxembourg - Ministère de la Santé. Luxembourg.

Origer, A. (2001). Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite - Etude comparative multi-méthodes 1997 - 2000, Séries de recherche n°2, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.

Origer, A. , Dellucci, H. (2002a) Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000), Séries de recherche n°3, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.

Origer, A. (2002b). Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publique en matière de drogues et de toxicomanies. Séries de recherche n°4, Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.

Padieu R. (1990). Sur un calcul évaluatif du nombre de toxicomanes - Information statistique sur les drogues et les toxicomanes, rapport établi à la demande de la DGLDT. Paris.

QED Système d'information européen en matière de recherche qualitative, <http://www.qed.org.uk/> , accès le 14/04/2002

REITOX Virtual Library, <http://external.emcdda.org/virtlib/index.html> , Accès le 7/03/2002.

Schlinck, J. Dr (1999), Etude épidémiologique des infections à l'HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, CPL, Luxembourg.

Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (2002), Annuaire Statistique du Luxembourg 2001. ISNN 1019-6471. STATEC. Luxembourg.

Van der Vaeren, Ch. (1993). Le Comité européen de lutte anti-drogue (CELAD). Essai d'analyse institutionnelle, *Revue du Marché Commun de l'Union européenne*, n°366.

Annexes

- A. Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985 -2000)
- B. Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2002
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2002
- D. Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)
- E. Définitions (CIM-10, DSM IV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance
- F. Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX
- G. Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie
- H. Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie

Annexe A

Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2000)

► Enquêtes: catégorie 1

REFERENCE

	Matheis J. et al. (1995) 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg. FR.: Etudiants et Drogues
ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1992
TYPE D'ÉTUDE	Etude répétée portant respectivement sur des données de 1983 et de 1992
OBJET PRIMAIRE	Etude de prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire
POPULATION ÉTUDIÉE	5 ^{ème} année d'études des enseignements secondaire et secondaire technique. Total : 3.122 élèves
COUVERTURE	Représentative de la population étudiée au niveau national
ECHANTILLON D'ÉTUDE	Echantillonnage aléatoire : 1.341 cas valides (40%)
TAUX DE RÉPONSE	96%
AGE MOYEN DES RÉPONDANTS	17 ans et 6 mois
INSTRUMENTS D'INVESTIGATION	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe (113 items). Participation volontaire
REMARQUES	A signaler l'existence d'une étude basée sur des repères méthodologiques comparables menée par Matheis et Prussen (1995) sur des données de 1983. Il sera question de cette étude lors de l'analyse comparative des résultats.

REFERENCE

	Dickes P. et al. (1996), La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6 ^{ème} de l'enseignement secondaire et des 8 ^{ème} de l'enseignement secondaire technique, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES	1994
TYPE D'ÉTUDE	Etude isolée
CONTEXTE	Prévention des drogues. Commandité par le CePT

POPULATION ÉTUDIÉE

Classes de 6^{ème} de l'enseignement secondaire et classes de 8^{ème} de l'enseignement secondaire technique.
Total : 3,172 élèves

ECHANTILLON D'ÉTUDE

650 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

100%

COUVERTURE

Luxembourg Ville. Non représentative de la population étudiée au niveau national

DISTRIBUTION D'ÂGE

13 à 16 ans

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe.

REFERENCE

Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie (2000). Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports / Direction de la Santé. Luxembourg.
FR.: Santé et bien être de la jeunesse (HBSC 2000)

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES

1999

TYPE D'ÉTUDE

Etude répétée

CONTEXTE

Etude internationale menée tous les 4 années sous l'impulsion de l'OMS. Etat de santé de la jeunesse et notamment analyse de la prévalence de l'usage de drogues

POPULATION ÉTUDIÉE

1^{ère} et 6^{ème} années des classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique : Total : 27.860

METHODE D'ECHANTILLONNAGE

Aléatoire avec pondération selon type d'enseignement et de l'implantation géographique

ECHANTILLON D'ÉTUDE

7.347 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

approx. 90%

COUVERTURE

Représentative de la population étudiée au niveau nationale

DISTRIBUTION D'ÂGE

12 à 21 ans

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe

3 parties du questionnaire :

- a) partie internationale générale (analyse pseudo-longitudinale)
- b) partie internationale spécifique (SIDA, toxicomanie, accidents, etc.)
- c) partie nationale modulable

► Enquêtes: catégorie 2

REFERENCE

Meisch, P. (1998). Les drogues de type ecstasy au Grand-Duché de Luxembourg, CePT. Luxembourg.

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES

1997

TYPE D'ÉTUDE

Etude isolée

OBJET PRIMAIRE

Etude de prévalence de l'usage d'ecstasy dans différents milieux de jeunes.
Prévention primaire

POPULATION ÉTUDIÉE

Les 2^{ème} et 6^{ème} années de l'enseignement secondaire classique (N :311) et technique (N :355) issues d'établissements faisant partie du réseau européen " Ecoles Santé ".
Total : 666 élèves

METHODE D'ECHANTILLONNAGE

exhaustive

ECHANTILLON D'ÉTUDE

666 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

100%

COUVERTURE

Non représentative de toutes les classes de 2^{ème} et 6^{ème} au niveau national

DISTRIBUTION D'ÂGE

13 à 22 ans (13-14 : N347; 15-17: N193; 18-22: N118)

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe. Participation volontaire

REFERENCE

Fischer U. CH. (2000). Cannabis - Eine Analyse der aktuellen Situation, CePT, Luxembourg.

FR.: Cannabis – Une analyse de la situation actuelle.

ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES

1999

TYPE D'ÉTUDE

Etude isolée

OBJET PRIMAIRE

Etude de prévalence de l'usage de cannabis

POPULATION ÉTUDIÉE

Les classes des 2^{èmes} et 6^{èmes} années d'enseignement secondaire et secondaire technique
Total : 666 élèves

METHODE D'ECHANTILLONNAGE

5 écoles issues du centre, du nord et du sud du pays. Echantillonnage exhaustif dans les 5 écoles

ECHANTILLON D'ÉTUDE

562 cas valides

TAUX DE RÉPONSE

100%

DISTRIBUTION D'ÂGE

13-20 ans

INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Questionnaire anonyme auto-administré.
Participation volontaire



Annexe B

Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2002

I) Substances psychoactives d'acquisition illicite

1. STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

▶ **Amphétamines et méthamphétamines stimulantes**

AMPHÉTAMINES (non spécifiées)

METHYLE PHENIATE

PHENMETRAZINE

EPHEDRINE, NOREPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE

AUTRES FORMES

▶ **Cocaïne**

COCAINE HYDROCHLORIDE

COCAINE BASE (ex. : " CRACK ")

AUTRES FORMES

▶ **Plantes**

KHAT (CATHINONE, CATHINE)

▶ **Stéroïdes androgènes anabolisants**

2. SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

(usage non thérapeutique/absence de prescription médicale)

▶ **Anxiolytiques - hypnotiques**

BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)

BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES (ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)

DIVERS (ex. méthaqualone)

▶ **Substances volatiles**

COLLE

BUTANE

SOLVANTS

PETROLE

NITRITES

AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS

3. OPIACÉS ET OPIOIDES

HEROINE DIAMORPHINE
MORPHINE, Chlorhydrate
MORPHINE, Sulfate
OPIUM

PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE,
BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...) (usage non
thérapeutique / absence de prescription médicale)

AUTRES PRODUITS DE TYPE OPIACE

4. HALLUCINOGENES

ANTICHOLINERGIQUES

BELLADONE
DATURA
JUSQUIAME
MANDRAGORE

(LRC) **CANNABINOLS ET CANNABINOIDES**

CANNABIS
MARIHUANA
HASCHISH

INDOLES

(LRC) CHAMPIGNONS (Psilocine, Psilocybine)
(LRC) DMT
(LRC) LSD / lysergide
(LRC) autres

PHENYLALCOYLAMINES

MDA ténamfétamine (ecstasy, XTC, E, Eve...)
MDMA
MMDA
N-ETYL MDA (MDE, MDEA)
METHYL-4-AMINOREX (ice)
(LRC) PEYOTL (mescaline)

AUTRES

PHENCYCLIDINE (PCP)

II) SUBSTANCES PSYCHOACTIVES D'ACQUISITION LEGALE

1. SEDATIFS ET HYPNOTIQUES (usage thérapeutique / prescription médicale)

ANXIOLYTIQUES - HYPNOTIQUES

- (LRC) BARBITURIQUES (ex. amobarital, sécobarital, etc.)
- (LRC) BENZODIAZEPINES ET ANALOGUES (ex. diazépam, estazolam, flunitrazépam, midazolam, témazépam, etc.)
- (LRC) DIVERS (ex. méthaqualone)

SUBSTANCES VOLATILES

COLLE
BUTANE
SOLVANTS
PETROLE
NITRITES
AUTRES INHALANTS VOLATILES PSYCHOACTIFS

2. OPIACES

- (LRC) PRODUITS DE SUBSTITUTION (METHADONE, CODEINE, BUPRENORPHINE, PALFIUM, LAAM...)
(usage thérapeutique / sous prescription médicale.)

REMARQUES :

LRC : Low Risk Consume
HRC : High Risk Consume

Les mélanges qui incluent plusieurs des substances citées sont à classer dans la catégorie du produit le plus dangereux contenu dans ces derniers.

Annexe C

Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2002

► **Règlement grand-ducal du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques - Annexe** (Mém. 1974,465)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
DEXTROPPOXYPENE	31/07/95
Delta-9-tétrahydrocannabinol et ses variantes stéréochimiques	09/10/96
ZIPEROL	09/10/96
Flunitrazépam (DCI). La période maximale de couverture d'une prescription pour un médicament contenant la prédite substance est de sept jours	14/01/00

► **Règlement grand-ducal du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes - Annexe** (Mém. 1974,468)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
ETRYPTAMINE	09/10/96
MBDB (N-Méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine	09/10/96
MDE (3,4-Méthylendioxy-N-éthylamphétamine)	09/10/96
METHCATHINONE	09/10/96
2,5-Dimethoxy-4-(prophylsulfanyl)phénéthylazane	09/10/96
3,5-Dimethoxy-4-(2-méthyléthoxy)phénéthylazane	09/10/96
4-Allyloxy-3,5-diméthoxyphénéthylazane	09/10/96
4-MTA (4- Méthylthioamphétamine)	06/12/99

► **Règlement grand-ducal du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants - Annexe** (Mém. 1974,470)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
Variétés de chanvre qui ne sont pas considérées comme stupéfiants:	08/01/98
Carmagnola	Felina 34
Cs	Ferimon
Delta-Llosa	Fibranova
Delta-405	Fibrimon 24
Epsilon 68	Fibrimon 56
Fedora 19	Futura
Fedrina 74	Santhica 23
DIHYDROETORPHINE (7,8-dihydro-7-alpha-[1 -(R)-hydroxy-1 -méthylbutyl]-6,14-endo-éthanothétrahydrooripavine)	06/12/99
REMIFENTANIL (méthyl ester de l'acide carboxylique 1-(2-méthoxycarbonyléthyl)-4-(phénylpropionylamino)-pipéridine-4)	06/12/99

► **Règlement grand-ducal du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes - Annexe** (Mém. 1995,581)

CATEGORIE 1

Noréphédrine	23/02/2001
--------------	------------

- **Règlement grand-ducal du 6 février 1997 relatif aux substances visées aux tableaux III et IV de la Convention sur les substances psychotropes, faite à Vienne, le 21 février 1971 (Mém. 1997,585)**

ANNEXE:

Partie A

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
AMOBARBITAL		acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
BUTALBITAL		acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
CATHINE	(+)-norpseudo-éphédrine	(+)-(R)-[(R)-aminoéthyl-1] alcool benzyllique
CYCLOBARBITAL		acide éthyl-5 (cyclohexényl)-5 barbiturique
FLUNITRAZEPAM		(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
GLUTETHIMIDE		éthyl-2 phényl-2 glutarimide
PENTOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

Partie B

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
ALLOBARBITAL		acide diallyl-5,5 barbiturique
ALPRAZOLAM		chloro-8 méthyl-1 phényl-6 4H--s-triazolo(4,3--a) benzodiazépine(1,4)
AMINOREX		2-amino-5-phényl-2-oxazoline
BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
BENZFETAMINE	benzphétamine	N-benzyl-N,a-- diméthylphénéthylamine
BROMAZEPAM		bromo-7 didhydro-1,3(pyridyl-2)-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
	butobarbital	acide butyl-5 éthyl-5 barbiturique
BROTIZOLAM		2-bromo-4-(o-chlorophényl)-9-méthyl-6H-thiényl [3,2-f]-s--triazolo [4,3-a] [1,4] diazépine
CAMAZEPAM		diméthylcarbamate(ester) de chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
CHLORDIAZEPOXIDE		chloro-7 méthylamino-2 phényl-5 3H-benzodiazépine-1,4 oxyde-4
CLOBAZAM		chloro-7méthyl-1 phényl-5 1 Hbenzodiazépine-1,5 (3H,5H)dione-2,4
CLONAZEPAM		(o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 nitro-7 2H-benzodiazépine-1,4 one-2

CLORAZEPATE	acide chloro-7 dihyddro-2,3 oxo-2 phényl-5 1H--benzodiazépine-1,4 carboxylique-3
CLOTIAZEPAM	(o-chlorophényl)-5 éthyl-7dihydro-1,3 méthyl-1 2H-thiéno [2,3-e]-diazépine-1,4 one-2
CLOXAZOLAM	chloro-10 (o-chlorophényl)-1 1b tétrahydro-2,3,7,11b 5H-oxazolo [3,2-d]benzodiazépine [1,4]one-6
DELORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl) -5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine--14 one-2
DIAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 méthyl-1 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
ESTAZOLAM	chloro-8 phényl-6 4H-s--triazolo [4,3--a]benzodiazépine[1,4]
ETHCHLORVYNOL	chloro-1 éthyl-3 pentène-1 yne-4ol-3
ETHINAMATE	carbamate d'éthynyl-1 cyclohexyle
FENCAMFAMINE	N-éthyl phényl-3 amino-2 narbornane
FLUDIAZEPAM	chloro-7 (o-fluorophényl)- dihydro-1,3 méthyl-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
FLUNITRAZEPAM	(o-fluorophényl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
FLURAZEPAM	chloro-7 [(diéthylamino)-2 éthyl]-1 (o-fluorophényl)-5dihydro-1,3 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
HALAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5(trifluoroéthyl-2,2,2)-1 2H--benzodiazépine- 1,4 one-2
HALOXAZOLAM	bromo-10 (o-fluorophényl)-1 1b tétrahydrooxazolo-2,3,7,11 b[3,2--d](5H)-benzodiazépine[1,4] one-6
KETAZOLAM	chloro-11 dihydro-8,12b diméthyl-2,8 phényl-12b 4H--oxazyno[1,3][3,2--d]benzodiazépine[1,4](6H) dione-4,7
LEFETAMINE SPA	(-)-N,N-diméthyl diphényl-1,2 éthylamine
LOFLAZEPATE D'ETHYLE	carboxylate-3 d'éthyl chloro-7 (o-fluorophényl)-5 dihydro-2,3 oxo-2 1H-benzodiazépine-1,4
LOPRAZOLAM	(o-chlorophényl)-6 dihydro-2,4 [(méthyl-4 pipérazinyl-1 méthylène]-2 nitro-8 1H--imidazo[1,2-a benzodiazépine [1,4] one-1
LORAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 hydroxy-3 2H--benzodiazépine-1,4 one-2
LORMETAZEPAM	chloro-7 (o-chlorophényl)-5 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl -1 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
MAZINDOL	(p-chlorophényl)-5 dihydro-2,5 3H-imidazo (2,1-a) isoindolol-5

MEDAZEPAM	chloro-7 dihydro-2,3 méthyl-1 phényl-5 1H-benzodiazépine-1,4
MEPROBAMATE	dicarbamate de méthyl-2 propyl--2 propanediol-1,3
MÉSOCARBE	3-(a-méthylphénéthyl)-N--(phénylcarbamoyle)sydnone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-6méthyl-1 4H-imidazo[1,5-a] benzodiazépine-1,4 dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7
NIMETAZEPAM	phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NITRAZEPAM	dihydro-1,3 méthyl-1 nitro-7 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
NORDAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 phényl-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
OXAZOLAM	chloro-10 tétrahydro-2,3,7,1 1b méthyl-2 phényl-1 1b oxazo [3,2-d] (5H)-benzodiazépine [1,4] one-6
PEMOLINE	amino-2 phényl-oxazolidinone-4
PHENDIMETRAZINE	(+)-(2S,3S)-diméthyl-3,4 phényl--2 morpholine
PHENOBARBITAL	acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique
PHENTERMINE	a,a-diméthylphénéthylamine
PINAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 phényl-5 (propinyl-2)-1 2H- benzodiazépine-1,4 one-2
PRAZEPAM	chloro-7(cyclopropylméthyl)-1 dihydro-1,3 phényl-5 2H- benzodiazépine-M one-2
PYROVALERONE	méthyl-4' (pyrrolidinyl-1)-2 valérophénone
SECBUTARBITAL	acide sec-butyl-5 éthyl-5 barbiturique
TEMAZEPAM	chloro-7 dihydro-1,3 hydroxy-3 méthyl-1 phényl-5 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TETRAZEPAM	chloro-7 (cyclohexène-1yl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 2H-- benzodiazépine-1,4 one-2
TRIAZOLAM	chloro-8 (o-chlorophényl)-6 méthyl-1 4H-s-triazolo[4,3-a] benzodiazépine[1,4]
VINYLBITAL	acide (méthyl-1 butyl)-5 vinyl-5 barbiturique

Note: : La liste exhaustive des substances placées sous contrôle national avant 1995 est disponible au point focal OEDT.

Annexe D

S o m m a i r e

**Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973
concernant la vente de substances
médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie**
(Mém. A - 61 du 17 mai 2001, p. 1179)

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Notre Conseil d 'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 15 mars 2001 et celle du Conseil d 'Etat du 5 avril 2001 portant qu 'il n 'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Art.1^{er} .1.L'alinéa 5 de l'article 3 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

"Dans le cas du flagrant délit prévu à l'alinéa 3 du présent article,10 agents de l'administration des douanes et accises, dont 2 appartenant à la carrière moyenne du rédacteur et les autres appartenant à la carrière inférieure à partir de la fonction de "brigadier principal ",désignés par le Ministre de la Justice à ces fins, sont autorisés à constater les infractions des articles 7,8,9 et 10 alinéa 2.Ils rédigeront des procès-verbaux faisant foi jusqu 'à preuve du contraire, entendront les personnes suspectes et recevront les déclarations qui leur sont faites par toute personne susceptible de fournir des indices, preuves et renseignements sur les auteurs et les complices de ces infractions. Si les nécessités de l'enquête l'exigent, ils pourront, avec l'autorisation du Procureur d 'Etat dans les formes et suivant les modalités de l'article 39 du Code d 'Instruction Criminelle, retenir les personnes contre lesquelles il existe des indices graves et concordants de nature à motiver leur inculpation. De même, ils pourront, avec l'autorisation du Procureur d 'Etat ou du juge d 'instruction, effectuer des perquisitions domiciliaires et saisir tous objets utiles à la manifestation de la vérité ainsi que tous objets qui ont servi ou qui ont été destinés à commettre l'infraction."

2. L'article 3 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est complété par un alinéa 6 rédigé comme suit:

"Même en dehors du cas de flagrant délit, ils pourront être chargés par le Procureur d'Etat ou le juge d'instruction de tous devoirs utiles pour compléter les enquêtes par eux commencées dans le cadre de l'alinéa précédent".

Art.2. L'article 7 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«Article 7.

A.1. Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés par le Ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs stupéfiants ou d'une ou de plusieurs substances toxiques, soporifiques ou psychotropes déterminées par règlement grand-ducal ou qui les auront, pour leur usage personnel, transportés, détenus ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit.

2. Seront punis d'un emprisonnement de un mois à un an et d'une amende de 10.001,- à 500.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage des substances visées à l'alinéa A.1. du présent article, devant un ou des mineurs ou sur les lieux de travail.

3. Seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100.000,- à 10.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, les membres du personnel employé à titre d'enseignant ou à tout autre titre dans un établissement scolaire, qui auront, de manière illicite, fait usage des substances visées à l'alinéa A.1. du présent article dans un tel établissement.

B.1. Seront punis d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de chanvre (cannabis) ou des produits dérivés de la même plante, tels qu'extraits, teintures ou résines, ou qui les auront, pour leur seul usage personnel, transportés, détenus ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit.

2. Seront punis d'une amende de 10.001,- à 1.000.000,- francs, ceux qui auront facilité à autrui l'usage, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen.

3. Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 10.001,- à 100.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage devant un ou des mineurs ou dans les établissements scolaires et lieux de travail des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article.

4. Seront punis d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20.000,- à 1.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage avec un ou des

mineurs des substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, ainsi que le médecin ou médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir ces substances, qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même.

5. Sera puni d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 20.000,- à 5.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement, le médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir les substances visées à l'alinéa B.1. du présent article, qui aura, de manière illicite, fait usage de ces substances pour lui-même dans un établissement pénitentiaire, dans un établissement d'enseignement, dans un centre de services sociaux ou dans leur voisinage immédiat ou en un autre lieu où des écoliers ou des étudiants se livrent à des activités éducatives, sportives ou sociales."

Art.3. L'article 8 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«**Art.8.** Seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20.000,- à 50.000.000,- francs, ou de l'une de ces peines seulement:

1. a) ceux qui auront, de manière illicite, cultivé, produit, fabriqué, extrait, préparé, expédié, importé, exporté, vendu ou offert en vente ou de quelque autre façon offert ou mis en circulation l'une ou l'autre des substances visées à l'article 7;

b) ceux qui auront, en vue de l'usage par autrui, de manière illicite, transporté, expédié, détenu ou acquis à titre onéreux ou à titre gratuit l'une ou plusieurs de ces substances, ou qui auront agi, ne fût-ce qu'à titre occasionnel, comme courtier ou comme intermédiaire en vue de l'acquisition de ces substances;

c) ceux qui auront de manière illicite fait usage avec un ou des mineurs des substances visées à l'article 7 A.1.;

d) ceux qui auront facilité à autrui l'usage, à titre onéreux ou à titre gratuit, de l'une ou l'autre substance visée à l'article 7 A.1., soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, à l'exception des locaux et des moyens agréés par le Ministre de la Santé;

e) ceux qui auront fait une propagande ou publicité en faveur des dites substances ou qui auront, par un moyen quelconque, provoqué à l'une des infractions prévues aux articles 7 à 10 alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effets;

f) sans préjudice de peines plus graves prévues par d'autres lois répressives ou de peines disciplinaires éventuelles, ceux qui, au moyen d'ordonnances fausses ou fictives, ou d'ordonnances de complaisance, ou encore au moyen d'une fausse signature, ou par quelque autre moyen frauduleux se seront fait délivrer l'une ou l'autre de ces substances, et ceux qui connaissant le caractère fictif, frauduleux ou de complaisance de ces ordonnances ou demandes, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré l'une ou l'autre de ces substances;

g) le médecin ou médecin-dentiste qui aura, sans nécessité prescrit ou administré l'une ou l'autre de ces substances, de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie;

h) le médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre dépositaire légalement autorisé à détenir les substances visées à l'article 7 A.1. qui en aura, de manière illicite, fait usage pour lui-même;

i) ceux qui auront fabriqué, transporté, distribué ou détenu des équipements, des matériels ou des substances visées à l'article 7, sachant qu'ils devraient être ou étaient utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicite de ces substances.

Le minimum de l'emprisonnement est de deux ans et le minimum de l'amende de 40.000,- francs, si l'infraction a été commise dans un établissement pénitentiaire, dans un établissement d'enseignement, dans un centre de services sociaux ou dans leur voisinage immédiat ou en un autre lieu où des écoliers ou des étudiants se livrent à des activités éducatives, sportives ou sociales.

2. Ne sont pas visés par la disposition sous g) de l'article qui précède le médecin qui aura prescrit ou administré des substances y visées ou des médicaments ou préparations en contenant, dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution, agréé par le Ministre de la Santé, ni le pharmacien qui aura exécuté une ordonnance médicale établie dans le cadre de ce programme.

Il est institué un programme de traitement de la toxicomanie par substitution.

Les modalités de ce programme sont précisées par un règlement grand-ducal, qui déterminera notamment les critères d'admission des toxicomanes audit programme ainsi que le suivi psychosocial des toxicomanes pris en charge. Ce règlement prévoira un agrément des médecins admis à prescrire dans le cadre du programme des substances, préparations ou médicaments à des fins de traitement par substitution de la toxicomanie. Ce règlement déterminera la liste des médicaments, ainsi que la liste des substances actives pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales, susceptibles d'être prescrits dans le cadre du programme en question."

Art.4. La première phrase de l'alinéa 2 de l'article 10 est modifié comme suit:

"Les infractions visées à l'article 8 seront punies d'un emprisonnement de quinze à vingt ans et d'une amende de 50.000,-à 50.000.000,-francs si l'usage qui a été fait des substances a causé la mort."

Art.5. Entre les articles 10 et 11 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est inséré un article 10-1 nouveau qui a la teneur suivante:

«**Art.10-1.** Si l'usage qui a été fait des substances visées à l'article 7 a causé un trouble grave de la santé, les coupables d'une infraction visée aux articles 7 ou 8 c)seront exemptés des peines d'emprisonnement et d'amende s'ils ont immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés.

Dans ces mêmes conditions, les peines d'emprisonnement et d'amende seront réduites dans la mesure déterminée par l'article 414 du code pénal à l'égard du coupable d'une infraction visée aux articles 9 ou 10 alinéa 2,s'il a immédiatement fait toutes les diligences pour procurer à la personne en danger le secours par des services spécialisés."

Art.6. Entre les articles 30 et 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 précitée il est intercalé un article 30-1 nouveau, rédigé comme suit:

«**Art.30-1.** Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public les substances visées à l'article 7 ainsi que les médicaments et préparations en contenant que sur prescription médicale, rédigée sur une feuille extraite d'un carnet à souches, dont le modèle est déterminé par règlement grand-ducal, le collège médical demandé en son avis.

La délivrance du carnet ainsi que son renouvellement se font par les soins du directeur de la Santé pour les médecins et médecins-dentistes et du directeur de l'Administration des services vétérinaires pour les médecins vétérinaires. La délivrance d'un nouveau carnet ne se fera que sur remise du carnet précédent.

Le directeur de la Santé et le directeur de l'Administration des services vétérinaires sont habilités à contrôler, à l'occasion d'une demande de renouvellement du carnet, le respect par les médecins-prescripteurs des dispositions de la présente loi et notamment de son article 8 sous g). En cas de suspicion d'une contravention à la loi ils demandent des justifications au médecin-prescripteur. S'il apparaît que le médecin a contrevenu à l'une des dispositions précitées, ils en réfèrent au procureur d'Etat conformément à l'article 23(2) du code d'instruction criminelle, ainsi qu'au Ministre de la Santé qui, sans préjudice d'éventuelles poursuites

pénales, peut refuser au médecin le renouvellement du carnet pour une période ne pouvant pas dépasser un an ou, en cas de récidive, deux ans. Un recours contre la décision du Ministre de la Santé est ouvert devant le tribunal administratif, qui statue au fond."

Art.7. L'article 31 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

«**Art.31-1.** Seront exemptés des peines d'emprisonnement et d'amende

- a) ceux des coupables d'infractions aux articles 7,8 c) et 8 h) qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;
- b) ceux des coupables d'infractions aux articles 8,a),b),d),e),i), et 10 alinéa 1er qui, avant toute poursuite judiciaire, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux articles 8 a),b),d),f),g),i),9,10 et 11, ou, si ces auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions;
- c) ceux des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, avant toutes poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'existence de cette bande et fourni des renseignements utiles relatifs au fonctionnement et à la hiérarchie de la bande.

2. Les peines de réclusion, d'emprisonnement et d'amende seront réduites dans la mesure déterminée par l'article 414 du code pénal:

- a) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 8 a), b), d) e),i) et 10 alinéa 1er ou des coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui, après le commencement des poursuites judiciaires, auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9,10 et 11;
- b) à l'égard des coupables d'infractions aux articles 9 ou 10 alinéa 2 qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux articles 8 a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11."

Art.8. 1.L'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 est complété par un alinéa 3 nouveau de la teneur suivante:

"Le procureur d'Etat pourra également proposer aux personnes contre lesquelles procès-verbal a été dressé pour infraction aux articles 8 a) et b) de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication, s'il appert des éléments de la cause que l'activité dominante de ces personnes est celle d'un consommateur."

2. L'alinéa 3 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 4 et est modifié comme suit:

"L'action publique pour infraction aux articles 7, 8 a), b), c) ou h) ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées à la cure de désintoxication proposée par le procureur d'Etat et l'auront suivie jusqu'à son terme."

3. L'alinéa 4 actuel de l'article 23 de la loi modifiée du 19 février 1973 devient l'alinéa 5.

Art.9. L'alinéa a) de l'article 9 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie est modifié comme suit:

"a) si elles ont été commises à l'égard d'un mineur, à l'exception des infractions visées à l'article 8 c);"

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Ministre de la Justice, Palais de Luxembourg, le 27 avril 2001.
Luc Frieden **Henri**

Le Ministre de la Santé,
Carlo Wagner

Doc.parl.No.4349, sess.ord.1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001.

Editeur: Service Central de Législation, 43, boulevard F.-D. Roosevelt, L-2450 Luxembourg
Imprimeur: Imprimerie de la Cour Victor Buck, s.à r.l. Luxembourg

Tableau 1.3.1 Sommaire des modifications introduites à la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie par la loi du 27 avril 2001

Art. Loi 1973	Infraction(s) / actions / réglementation	Substance impliquée ¹	Catalogue des peines avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001	Catalogue actuel des peines
		Emprisonnement et/ou amendes		Emprisonnement et/ou amendes
Art. 1. à 2. (n.m. ²)	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation	A. ³	3 mois à 3 ans ⁵ 1.000.- à 100.000.- 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.-	8 jours à 6 mois 10.000.- à 100.000.- 1 mois à 1 an 10.000.- à 500.000.- 1 mois à 1 an 10.000.- à 500.000.-
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises	A.	3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	1 an à 5 ans 100.000.- à 10.000.000.-
Art. 4. à 6. (n.m.)	Conditions et modalités d'examen médical en cas de présomption d'infraction à la loi visée. Sanctions en cas de refus d'examen médical	A.	3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	1 an à 5 ans 100.000.- à 10.000.000.-
Art. 7.	A.1. Usage et détention pour usage personnel A.2. Usage devant mineur(s) ou aux lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001) A.3. Usage par enseignant et/ou dans établissements scolaires (idem)	A. ³ A. A.	3 mois à 3 ans ⁵ 1.000.- à 100.000.- 5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.000.- à 100.000.- 1 mois à 1 an 10.000.- à 500.000.- 1 mois à 1 an 10.000.- à 500.000.-
B.1. Usage et détention pour usage personnel	B.1. Usage et détention pour usage personnel	B. ⁴	3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	10.000.- à 100.000.-
B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	10.000.- à 1.000.000.-
B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001)	B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001)	B. B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.000.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.000.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.000.- à 100.000.-
B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 500.000.000.- 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.- 6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-
B.5. Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales	B.5. Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales	B.	2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 5.000.000.-

¹ Substances toxiques, soporifiques ou psychotropes contrôlées au niveau national par règlements grand-ducaux
² n.m.: article, alinéa ou paragraphe non-modifiés par la loi du 17/04/2001
³ Substances A.: substances contrôlées au niveau national autres que le chanvre (cannabis)
⁴ Substances B.: chanvre (cannabis) et dérivés
⁵ Les peines soulignées indiquent les peines supérieures en référence aux textes de loi existants avant la modification du 27 avril 2001. Il peut s'agir de l'ensemble des peines ou seulement des peines minimales ou maximales.
⁶ Unité : FLUX



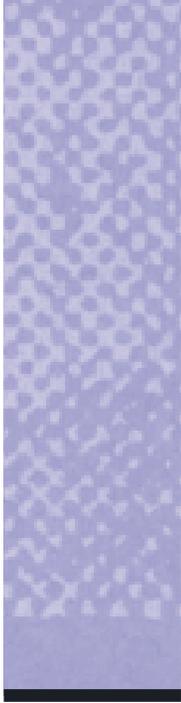
Article 8.	1.a. Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-
	1.b. Transport, expédition, détention ou acquisition ou fonction d'intermédiaire (ex. courtier) à titre onéreux ou gratuit en vue de l'usage par autrui	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-
	1.c. Usage avec mineur(s)	A et/ou B	5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.0000.000.- (art.9. avant modification du 17/04/2001) Substance A. et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.- Si substance A. « mineurs » annule et remplace le terme d' « usage en groupe ou devant des tiers »
	1.d. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	A et/ou B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.- Substance A. et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.- Si substance A. Exception : locaux et moyens agréés par le Ministre de la Santé
	1.e. Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-
	1.f. Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-
	1.g. Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-
	1.h. Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	A et/ou B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.- Substance A. et B.	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.- Si substance A
	1.i. Fabrication, transport, distribution et détention de matériel ou de substances visées à l'art. 7, sachant qu'ils devraient être utilisés dans ou pour la culture, la production ou la fabrication illicites de ces substances	A et B	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-	1 an à 5 ans	20.000.- à 50.0000.000.-

	<p>Infractions visées sous art. 8 commises dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux ou , voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales</p> <p>2. Institution d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution</p>	A et B.	<p>2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-</p> <p>Non-prévue</p>	<p>2 ans à 5 ans 40.000.- à 50.000.000.-</p> <p>Ne sont pas visés par la disposition sous 1.g. les médecins admis à prescrire les substances visées sous l'article 7 dans le cadre du programme de traitement de la toxicomanie par substitution, institué par la loi du 27/04/2001 et dont les modalités sont à préciser par règlement grand-ducal.</p>
Art. 8.1 (n.m.)	<p>1. Facilitation (en connaissance de cause) de la justification mensongère de l'origine des biens ou revenus tirés de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>2. Concours (en connaissance de cause) à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b)</p> <p>3. Acquisition, détention ou utilisation de l'objet ou du produit de l'une des infractions sous art. 8a) et 8b), en connaissance de leur provenance illicite</p> <p>4. les infractions visées aux points 1) à 3) sont également punissables lorsque l'infraction primaire a été commise à l'étranger ou/et lorsque l'auteur est aussi l'auteur ou le complice de l'infraction primaire</p>		<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans 50.000.- à 50.000.000.-</p>
Art. 9. (n.m.)	a) Infractions visées à l'art. 8 si elles ont été commises à l'égard d'un mineur	A et/ou B	<p>5 ans à 10 ans si substance A. ou B.</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>5 ans à 10 ans si substance A. 50.000.- à 50.000.000.-</p>



	<p>b) si l'usage des substances qui a été fait à la suite des infractions a causé, à autrui soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolue d'un organe, soit une mutilation grave</p>		<p>5 ans à 10 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>	<p>5 ans à 10 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>
<p>Art. 10. (n.m.)</p>	<p>Infraction visées aux art. 8 et 8.1 si elles constituent des actes de participation à l'activité principale ou accessoire d'une association ou organisation</p>	<p>A et B.</p>	<p>15 ans à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>	<p>15 ans à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>
<p>Art. 10.1</p>	<p>Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort</p> <p>Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort d'un mineur</p> <p>Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 7 ou 8c et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés</p> <p>Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 9 ou 10 alinéa 2 et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés d'aide</p>	<p>A et B.</p> <p>A et B.</p> <p>A et B.</p> <p>A et B.</p>	<p>travaux forcés de 15 à 20 ans et amende de 50.000.- à 50.000.000.-.</p> <p><u>travaux forcés à perpétuité</u></p> <p>non prévue</p> <p>non-prévue</p>	<p>15 à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>50.000.- à 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>15 à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>exemption des peines</p> <p>réduction des peines</p>
<p>Art. 11. (n.m.)</p>	<p>L'association ou l'entente en vue de commettre les délits prévus é l'art. 8a) et b) est punissable de la même peine que l'infraction consommée. Il en est de même de la tentative des crimes ou délits prévus aux art. 8 à 10</p>	<p>A et B.</p>		
<p>Art. 12. (n.m.)</p>	<p>En cas de récidive dans le délai de cinq ans après une condamnation au chef d'une infraction prévue aux art. 8 à 11, les peines correctionnelles pourront être portées au double (...)</p>	<p>A et B.</p>		

Art. 13				Abrogé par la loi du 11 août 1998	
Art. 14 (n.m.)	Alinéa 2. Infractions visées aux art. 7 à 11 par une personne (auteur ou complice) exerçant une branche de l'art de guérir, la profession de pharmacien ou une profession paramédical Alinéa 3. Mêmes infractions par personnes (auteurs ou complices) exerçant autres profession si l'infraction a été commise à l'occasion de l'exercice de cette profession	A et B	Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cet art ou de cette profession	Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cette profession	Possibilité du juge d'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de cet art ou de cette profession
Art. 15.		A et B		Abrogé par la loi du 7 juillet 1989	
Art. 16 (n.m.)	Infractions visées aux art. 7 à 11	A et B		Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automoteur ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automoteur ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans
Art. 17 (n.m.)	Infractions aux interdictions prononcées en vertu des alinéas 2 et 3 de l'art. 14	A et B		3 mois à 1 ans	2.501.- à 50.000.-
Art. 18.-22 (n.m.)	Réglementation des modalités de confiscation Réglementation des modalités de fermetures d'établissements ou lieu quelconque ouvert au public	A et B			
Art. 23. (n.m.)	Alinéa 1. Coupable(s) d'infraction aux art. 7, 8c) ou 8h) qui avant la découverte des faits d'usage illicite se seront soumises à une cure de désintoxication.	A et B		Arrêt de l'action publique	Arrêt de l'action publique



(n.m.)	<p>Alinéa 2. Procès verbal dressé pour usage illicite d'une des substances visées à l'art. 7.</p> <p>Nouvel alinéa 3. Procès verbal a été dressé pour infraction aux articles 8 a) et b) et s'il appert des éléments de la cause que l'activité dominante de la personne concernée est celle de consommateur</p> <p>Nouvel alinéa 4. Infractions aux articles 7, 8c) ou 8h) et personne concernée s'est conformée à la cure de désintoxication proposée par le procureur d'Etat et l'a suivi jusqu'à son terme</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>A et B</p> <p>Non prévue</p> <p>Action publique non exercée</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes contre lesquelles un procès verbal a été dressé de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Possibilité du procureur de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Action publique non-exercée également pour les infractions aux art. 8a), b)</p>
Art. 24. (n.m.)	Inculpation d'avoir, de manière illicite, fait usage d'une substance visée à l'article 7. et lorsqu'il aura été établi que cette personne relève d'un traitement médical	A et B	Le juge d'instruction pourra ordonner, sur requête du procureur d'Etat ou de l'inculpé, une cure de désintoxication
Art.25. -29	Réglementation des modalités de l'ordonnance de cure de désintoxication Réglementation des modalités du déroulement de la cure de désintoxication proposée ou ordonnée	A et B	
Art. 30. (n.m.)	Création et modalités de fonctionnement d'un service multidisciplinaire au près du Ministère de la Santé Publique	A et B	
Art.30.1	Réglementation de la prescription et de la délivrance de substances visées à l'art.7. sur base du carnet à souches. Modalités de contrôles et de renouvellement du carnet à souche	A et B	Nouvel article 30.1
Art. 31. (n.m.)	1.a. Coupables d'infraction(s) aux articles 7, 8c) et 8h) ayant révélé à l'autorité l'identité d'auteurs d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11 ou si les auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions	A et B	Exemption des peines

(n.m.)	<p>1.b. Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), I) et 10 alinéa 1er ayant révélé à l'autorité, avant toutes poursuites judiciaires, l'identité d'auteurs d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11 ou si les auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions</p>	A et B	Non-prévu	Exemption des peines
(n.m.)	<p>1.c. Coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 ayant révélé à l'autorité l'existence de cette bande et fourni des renseignements utiles relatifs à son fonctionnement et à sa hiérarchie</p>	A et B	Exemption des peines (terminologie diff.)	Exemption des peines
(n.m.)	<p>2.a. Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), I) et 10 alinéa 1er ou coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui après le commencement des poursuites judiciaires auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11</p>	A et B	Réduction des peines	Réduction des peines
(n.m.)	<p>2.b. Coupables d'infraction(s) aux articles 9 ou 10 alinéa 2 qui auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), i), 9, 10 et 11</p>	A et B	Non-prévu	Réduction des peines
Art. 32. (n.m.)	Modalités d'extradition des malfaiteurs étrangers (loi 13 mars 1870)			
Art. 33.	Abrogation de la loi du 28 avril 1922			

Annexe E

Abus, usage nocif et dépendance, définitions (CIM10, DSM IV)

Abus de substance psychoactive [DSM IV]

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

Utilisation nocive pour la santé (CIM10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques et/ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic

quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance DSMIV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois:

- 1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes: a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré; b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2- Sevrage, comme en témoignent l'une au l'autre des manifestations suivantes: a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance; b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3- Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- 4- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5- Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Précision:

Avec dépendance physique: signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent).

Sans dépendance physique: pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents).

Annexe F

Points focaux nationaux du Réseau Europeen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX

▶ **Belgique/België**

Institut Scientifique de la Santé Publique/ Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid – Louis Pasteur

(Scientific Institute of Public Health – Louis Pasteur)

Denise Walckiers
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
e-mail: birn@iph.fgov.be

▶ **Danmark**

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)

Vibeke Graff
Amaliegade 13
PO Box 2020
DK-1012 København
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
e-mail: vig@sst.dkkag@sst.dk

▶ **Deutschland**

**Institut für Therapieforschung
(Institute for Therapy Research – IFT)**

Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
e-mail: simon@ift.de

▶ **Greece**

University Mental Health Research Institute (UMHRI)

Anna Kokkevi
74 Vassilisis Sophias Avenue
GR-11528 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
e-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr

- ▶ **Ελλάδα**
Ερευνητικό Μορφοεπιστημολογικό
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Μ.Ι.Ψ.Υ.)
Anna Kokkevi [In EL]
Βασ. Σοφιάδ 72
GR-11528 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
e-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
-
- ▶ **España**
Plan Nacional sobre Drogas (National Plan on Drugs – PNSD)
Camilo Vazquez
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 24/25
Fax (34) 915 37 27 08
e-mail: cvazquez@pnd.mir.es
-
- ▶ **France**
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
(French Observatory for Drugs and Drug Addiction – OFDT)
Jean Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
e-mail: jecos@ofdt.fr
-
- ▶ **Ireland**
Health Research Board
Dr. Hamish Sinclair
73 Lower Baggot Street
Dublin 2 Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76
Fax (353-1) 661 18 56
e-mail: hsinclair@hrb.ie
-
- ▶ **Italia**
Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, Ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39-06) 48 16 14 95
Fax (39-06) 48 24 934
e-mail: puntofocale@affarisociali.it
-

▶ **Luxembourg**

Direction de la Santé, Point Focal OEDT, Luxembourg

(Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)

Alain Origer

Allée Marconi-Villa Louvigny

L-2120 Luxembourg

Tél. (352) 47 85 622

Fax (352) 478 50563

e-mail: alain.origer@ms.etat.lu

▶ **Nederland**

Trimbos-instituut

(Netherlands Institute of Public Health and Addiction)

Franz Trautmann

Da Costakade 45 PO Box 725

3500 AS Utrecht Nederland

Tel. (31-30) 297 11 86

Fax (31-30) 297 11 87

e-mail: ftrautmann@trimbos.nl

▶ **Österreich**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

(Austrian Health Institute – ÖBIG)

Sabine Haas

Stubenring 6

A-1010 Wien

Tlf. (43-1) 515 61 60

Fax (43-1) 513 84 72

e-mail: haas@oebig.at

▶ **Portugal**

Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências

(Portuguese Institute for Drugs and Drug Addictions)

Maria Moreira

Rua de Alcolena, 1

Apartado 94

P-1400-004 Lisboa

Tel. (351-21) 301 59 53

Fax (351-21) 301 09 88

e-mail: maria@ipdt.pt

▶ **Suomi/Finland**

Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health – STAKES)

Ari Virtanen

PO Box 220

FIN-00531 Helsinki

P./tfn (358-9) 39 67 23 78

F./fax (358-9) 39 67 23 24

e-mail: ari.virtanen@stakes.fi

▶ **Sverige**

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)

Ylva Arnhof

S-103 52 Stockholm

Tfn (46-8) 56 61 35 00

Fax (46-8) 56 61 35 05

e-mail: ylva.arnhof@fhinst.se

▶ **United Kingdom**

DrugScope

Nicholas Dorn

Waterbridge House 32–36 Loman Street

London SE1 OEE UK

Tel. (44-20) 7928 12 11

Fax (44-20) 7928 17 71

e-mail: nicholas@isdd.co.uk

▶ **European Commission**

**General Secretariat, Task Force Justice and Home Affairs –
Drugs Unit – SG/TF JHA/4**

Timo Jetsu

Rue de la Loi 200 (N-9 7/26)

B-1049 Bruxelles

Tél. (32-2) 299 57 84

Fax (32-2) 295 32 05

e-mail: timo.jetsu@cec.eu.int

▶ **Norge (Observer)**

**Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug
Problems**

Stein Berg

PO Box 8152 Dep.

NO-0033 Oslo

Tfn (47-22) 24 65 00

Fax (47-22) 24 65 25

e-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Annexe G

PARTICIPATION DES ORGANISMES NATIONAUX A DES PROJETS DE RECHERCHE EUROPEENS OU NATIONAUX DANS LES DOMAINES DES DROGUES ILLICITES ET DE LA TOXICOMANIE

INSTITUTION	PROGRAMME	DATE	DESCRIPTION	SOURCE DE FINANCEMENT
Point Focal O.E.D.T Luxembourg	RELIS - PFN	1993-96	Mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur les drogues illicites et les toxicomanies	OEDT Ministère de la Santé - A.S.T
		1993-94	Etude épidémiologique de la population toxicomane au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1993/94	Analyse de la population toxicomane en milieu carcéral au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1993 / 94	Etude des cas de décès par overdose au Grand-Duché de Luxembourg	Idem
		1994 / 95	Etude épidémiologique comparative sur les tendances de l'abus de drogues illicites (Guadeloupe - Le Havre - Luxembourg)	PFN
		1996 - 98	Analyse comparative des systèmes de collecte de données sur les drogues illicites et des procédures permettant d'éviter le biais des comptages multiples	OEDT
		1997/98/ 99	Analyse comparative transfrontalière des toxicomanes en traitement dans la région Saar-Lor-Lux (Allemagne - France - Luxembourg) - Mise en place d'un réseau d'information interrégional	OEDT Ministères et Préfectures compétents des pays et régions concernés. (Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants)

	1997/98/99	Enquête auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres concernant la prise en charge de patients toxicomanes	PFN
	1996	Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts living in the Grand Duchy of Luxembourg	PFN
	1999/2002 (en cours)	Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992-2000)	PFN
	1999/2001	Etude comparative multi-méthodes: Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite	PFN
	2000/2002	Etude du coût économique direct des interventions et de la politique publiques en matière de drogue et de la toxicomanie au Grand-Duché de Luxembourg	PFN Direction de la Santé - Ministère de l'Education Nationale,
	2003/2005	Recherche-action sur la prévalence du HIV et HCV au sein de la population toxicomane	fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Programme de travail Epidémiologie O.E.D.T	1997-2000	Improving the comparability of general population surveys on drug use in the EU	OEDT
	1997	Synthetic Drugs in the EU	OEDT
	1997	Demand reduction activities related to new synthetic drugs in the EU	OEDT
	1997	EMCDDA study on demand reduction activities of the criminal justice system	OEDT
	1997-2000	Inventory, bibliography and synthesis of qualitative research in the EU	OEDT

1997-2000	Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers (CIT 1.0)	OEDT
1998	The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the EU	OEDT
1998-2000	Early warning system on new synthetic drugs and the national focal points of the EU	OEDT
1998-2000	Technical development and maintenance of the EDDRA system	OEDT
1998-2000	Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU Member states	OEDT
1998-2000	Implementing standards for collecting data on drug-related deaths in the EU Member States	OEDT
1999	Linguistic equivalences in the field of drug terminology	OEDT
1999-2000	Technical development and maintenance of Evaluation Instrument Bank (EIB)	OEDT
1999-2000	Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on minorities across 15 EU Member states.	OEDT
1999-2000	Set-up of the EMCDDA's legal database on drugs	OEDT

Consultations Auteur : Laboratoire de Recherche CRISIS-ITRS		1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
CePT		1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V
CePT/ PFN		1996-98	Etude exploratoire sur la prévalence de la consommation d'MDMA (XTC) parmi une population de jeunes	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
		1999-2000	Etude exploratoire sur la consommation et les attitudes en matière du cannabis et de ses dérivés	CePT, PFN
		2002	Civic engagement in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
Laboratoire National de Santé		1981	Contribution à la recherche de drogues toxicomanogènes dans les milieux biologiques	
		1989	Analyses de différents produits en vue de la comparaison de résultats avec d'autres laboratoires européens	Commission européenne - DG V
		1990	The Drugs of Abuse/Scene 90	
		1995	Analyse des causes médicales de la mort des victimes par overdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1984 - 1995	Ressources ad-hoc
JDH. et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion prof. et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	C.E. + 40% Fonds Social Européen
	REITOX - O.E.D.T	1993- ...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg

C.T.M	Horizon	1993 - 94	Formation - réinsertion professionnelle et sociale de populations défavorisées (Toxicomanes)	CE - + 40% Fonds Social Européen	
	REITOX - O.E.D.T	1993-...	Participation de la mise en place d'un réseau d'information et de recherche sur la toxicomanie	O.E.D.T Ministère de la Santé Luxembourg	
		1990	Projet pilote sur la toxicomanie au sein des établissements pénitentiaires 1) Information des détenus 2) Formation du personnel 3) Etude des connaissances 4) Etude en double aveugle concernant le sevrage 5) Analyse statistique	CE - DG V	
Ministère de la Santé					
	Service d'Action Socio-Thérapeutique	Europe contre la Toxicomanie	1992	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé
	Direction de la Santé	Europe contre la Toxicomanie	1994	Organisation de la semaine de prévention	CE - DG V Ministère de la Santé
	Division de la Santé au travail		1998	Alcohol and drug use at the workplace	Ministère de la Santé
I.E.E.S			1985 1992	Etude longitudinale de la consommation de stupéfiants en milieu scolaire	Ministère de l'Education Nationale
Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants	Groupe d'Aide Financière G.A.F.I VI...		1994 - ...	Evaluation de l'efficacité des dispositifs de lutte contre la drogue	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
Croix Rouge - Aidsberödung	Careful Communication		1995-...	Analyse du processus de communication entre les médecins, personnel de soins et leurs patients (séropositifs, toxicomanes). Publication d'un manuel de formation	CE - DG V

**Centre de
Recherche
Publique -
(CRP-Santé)**

(88/05) Etude des résistances cellulaires aux drogues. Ressources ad hoc

(94/01) Biodisponibilité et détection de drogues illicites et de certains médicaments dans les cheveux. Mémoire de fin de stage

(96/06) Impulsive behaviour and genes implicated in serotonin neurotransmission. An association study

(96/08) Evaluation structurée des handicaps (déficiences, incapacités, désavantages) résultant des troubles mentaux et des troubles liés à l'alcool et aux drogues

**Gendarmerie
Grand-Ducale**

1991 Etude criminologique des cas de victimes d'overdose Ressources ad hoc

**Médecins
sans
Frontières**

1996-... Projet de recherche sur les mineurs toxicomanes vis-à-vis de la loi et mise en place d'un réseau de prise en charge Ressources ad hoc

**CEPS/
INSTEAD**

1996 Etude de la consommation de drogues légales et illégales dans l'enseignement secondaire C.E. - DG V Ressources ad hoc

1982 Analyse critique de la situation actuelle de la toxicomanie et de la consommation de drogues illicites dans les pays de la CE

**Administration
pénitentiaire**

1998/99 Etude épidémiologique des infections HIV et hépatites virales B et C dans les prisons luxembourgeoises Administration pénitentiaire Commission européenne - DG V Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants

**Institut
grand-ducal
de
Luxembourg**

1976 Recherches sur la série de molécules analogues au principe actif du hashish

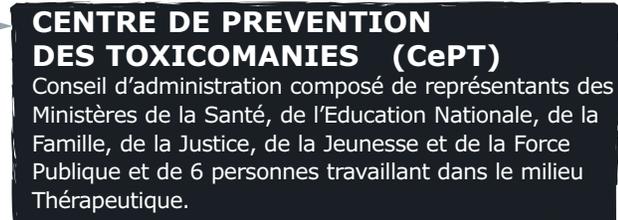
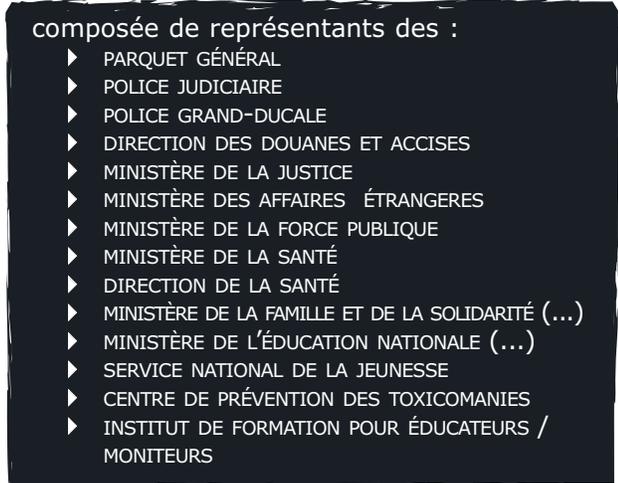
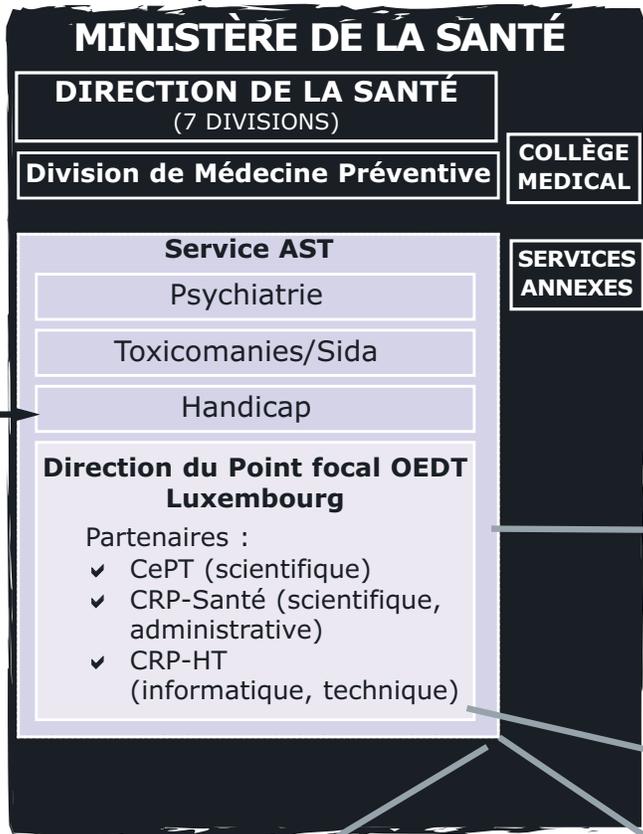
Annex H

Organigramme du réseau de collaboration du point focal Luxembourg (what is what / what is who)

1. Union européenne
2. Conseil de l'Union européenne
3. Conseil de l'Europe
4. Comité de Contact sur le blanchiment des capitaux
5. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)
6. ONU (PNUCID, OICS, etc.)
7. OMS
8. EUROPOL (UDE)
9. GAFI
10. Groupe de Dublin
11. Fonds de Lutte (stupéfiants)
12. Cadre Schengen
13. BENELUX
14. Groupe de Mondorf Sarre/Rhénanie-Palatinat/Lorraine/Communauté germanophone de Belgique/ Grand-Duché de Luxembourg
15. EURO – AST

Coopération Internationale

Groupe Interministériel Drogues



Coopération Nationale



DIRECTION :

**DIRECTION DE LA SANTE
SERVICE AST**

POINT FOCAL LUXEMBOURGEOIS de l'O.E.D.T.

Villa Louvigny - Allée Marconi L-2120 LUXEMBOURG

Tél.: +352 478 56 22

Fax.: +352 46 79 65

E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

ADMINISTRATION :

CRP-SANTE

18, rue Dicks L-1417 LUXEMBOURG

Tél.: +352 45 32 13 32

Fax.: +352 45 32 19

E-mail: pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu