

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)

Edition
(2004)

Auteur :

Alain ORIGER

CRP-SANTE / Centre d'Etudes en Santé
Point focal OEDT
Chargé de direction

Assistantes scientifiques :

- ▶ **Hélène DELLUCCI**
CRP-SANTE / Centre d'Etudes en Santé
Point focal OEDT
- ▶ **Pascale STRAUS**
CRP-SANTE / Centre d'Etudes en Santé
Point focal OEDT

Collaborateurs :

(par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**
Conseiller de Direction adjoint
Ministère de la Justice
- ▶ **Henri GRÜN**
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
- ▶ **Thérèse MICHAELIS**
Centre de Prévention des
Toxicomanies (CePT)
- ▶ **Romain PAULY**
CHNP-Centre Thérapeutique
pour Toxicomanes
"Syrdallschlass"
- ▶ **Dr JOS SCHLINK**
Centre Pénitentiaire de
Luxembourg
- ▶ **Tom SCHLECHTER**
ABRIGADO - CNDS a.s.b.l
- ▶ **Simone SCHRAM**
Direction de la Santé
- ▶ **Prof. Dr Robert WENNIG**
Laboratoire National de Santé

Consultant informatique :

- ▶ **Daniel SCHROEDER**
Ingénieur de développement

Avant - propos

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

L'édition 2004 comprend quatre parties 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 2003.

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 2004 consacre une attention particulière à l'étude du PF OEDT relative aux maladies infectieuses au sein de la population d'usagers problématiques de drogues, à l'évaluation du programme de substitution mis en place par le Ministère de la Santé en 1989 et aux résultats d'une étude récente menée par la Direction de la Santé et le CRP-Santé portant sur la mortalité des enfants adolescents et jeunes adultes de 1968 à 1997.

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 2003 en comparaison aux données des années 1994 à 2002.

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 2003 ainsi que les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2003 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 USAGE ET OFFRE ILLICITES DE DROGUES

I.1.1	Prévalence de l'usage illicite de drogues dans le monde	29
I.1.2	Prévalence de l'usage illicite de drogues au sein de l'UE	30
I.1.3	Prévalence de l'usage illicite de drogues en population générale au G.-D. de Luxembourg	32
I.1.4	Prévalence de l'usage de drogues dans les populations de jeunes et/ou en âge scolaire au G.-D. de Luxembourg	36
I.1.5	Prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg	40
I.1.6	Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au G.-D. de Luxembourg	41
I.1.7	Sources d'approvisionnement et trafic de substances psychoactives illicites	43

Chapitre I.2 POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE STUPEFIANTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES

I.2.1	Acteurs clefs - Rôles et relations	45
I.2.2	Aperçu historique des acquis légaux et structureaux	46
I.2.3	Plan d'action 2000 – 2004 et 2005 - 2009 en matière de drogues et de toxicomanies	50
I.2.4	Budgets et mécanismes de financement	56
I.2.5	Coopération internationale	57
I.2.5.1	<i>Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues</i>	57
I.2.5.2	<i>Coopération interrégionale</i>	69

Chapitre I.3 LEGISLATION NATIONALE EN VIGUEUR EN MATIERE DE STUPEFIANTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES

I.3.1	La législation nationale et les peines applicables	73
I.3.1.1	<i>Législation de base et procédures d'amendement</i>	73
I.3.1.2	<i>Relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1967 à 2003</i>	75
I.3.1.3	<i>Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 1997 à 2004</i>	76
I.3.2	Les conventions internationales	78

Partie II : RÉDUCTION DE LA DEMANDE ET ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Chapitre II.1 ACTIONS DANS LE DOMAINE DE LA REDUCTION DE LA DEMANDE ET DES RISQUES ASSOCIES A LA CONSOMMATION DE DROGUES

II.1.1	Actions préventives	83
II.1.2	Dispositif d'accueil téléphonique	91
II.1.3	Programmes communautaires	93
II.1.4	Réduction des risques	94
II.1.5	Prévention des maladies infectieuses pami les usagers de drogues	98
II.1.6	Traitements de substitution	104
II.1.7	Services résidentiels de désintoxication	109
II.1.8	Services extrahospitaliers	110
II.1.9	Suivis en postcure	114
II.1.10	Intervention de réintégration socioprofessionnelle	115
II.1.11	Demandes de traitement à l'étranger	115
II.1.12	Traitement en milieu carcéral	116
II.1.13	Groupes d'entraide	122
II.1.14	Evénements, programmes et publications en 2003/2004	122

Chapitre II.2 Travaux de recherche récents - Sommaire

II.2.1	Origer, A. & Removille N. (in press). Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages. Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.	123
II.2.2	Brünnet S., Dellucci H., Dumortier N. Grün H., Moysse A. (2003). Etude empirique sur l'évolution des participants au Programme de Substitution 2000-2001, Fondation Jugend-an Drogenhëllef, Luxembourg.	125

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

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

III.1.1	Historique	131
III.1.2	Evolutions récentes au point focal Luxembourg (PFN)	131

III.1.3	Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par l'OEDT et maintenus par les points focaux nationaux	132
---------	---	-----

Programme de travail annuel

III.1.3.1	REITOX – Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies	132
III.1.3.2	Indicateurs épidémiologiques en 2003	132
III.1.3.3	EDDRA – Système d'information sur les échanges en matière d'activités de réduction de la demande	133
III.1.3.4	Système d'alerte précoce sur les nouvelles drogues synthétiques	134

Projets connexes

III.1.3.5	EIB - Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation	135
III.1.3.6	QED – Système d'information européen en matière de recherche qualitative	135
III.1.3.7	Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues	136
III.1.3.8	Base de données européenne en matière d'épidémiologie	136
III.1.3.9	Ressources documentaires	136

III.1.4	Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par le PFN	137
III.1.4.1	RELIS – Réseau d'Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies	138
III.1.4.2	TRANSRELIS – Réseau Transfrontalier d'Information sur les Stupéfiants et les Toxicomanies	139
III.1.4.3	SAP – Système d'Alerte Précoce sur les drogues synthétiques	139
III.1.4.4	CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies	139

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

III.2.1	Remarques préliminaires	140
III.2.2	Base méthodologique	140
III.2.3	Description de la population toxicomane répertoriée par R.E.L.I.S en 2003	146
III.2.4	Traitement et représentativité des données	149
III.2.4.1	Description de la base 2003	
III.2.4.2	Taux et couverture de réponses	

III.2.5	Résultats et analyse	151
III.2.5.a.	Résultats de l'analyse détaillée des données fournies par la base R.E.L.I.S 2003	152

Partie IV : DONNEES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1984 À 2003

A.	Données statistiques relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1984 à 2003	214
B.	Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2003	228

References bibliographiques

Annexe

A.	Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2000)	238
B.	Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2000	242
C.	Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiants et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2003	245
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)	250
E.	Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance	264
F.	Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX	266
G.	Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie	272
H.	Organigramme des acteurs nationaux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie	278

Liste des acronymes

AST	Service d'action socio-thérapeutique - de la Direction de la Santé
CDS (CND)	Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
CePT	Centre de prévention des toxicomanies
CES	Centre d'Etudes en Santé
CHNP	Centre hospitalier neuro-psychiatrique
CICAD	Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues
CNDS	Comité national de défense sociale
CPG	Centre pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre pénitentiaire de Luxembourg
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
DEA	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
EMA	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 drogues (du Conseil de l'UE)
GID	Groupe interservices drogue (de la Commission européenne)
GIT	Groupe interministériel « toxicomanie »
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
OEA (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, les substances psychotropes 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
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
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 2004)

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, les Substances Psychotropes et les Toxicomanies (RELIS).

RELIS repose sur un réseau d'information multi-sectoriel incluant les centres nationaux de traitement spécialisé 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;
- 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 des actions de réduction de la demande et des risques associés à la drogue et aux toxicomanies au Ministère de la Santé. Les jalons stratégiques en la matière 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 multilatérale à la lumière des priorités retenues par la déclaration gouvernementale de 1999.

Le plan d'action 2000 – 2004 s'articulait 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. Dans le cadre de l'exécution de ladite loi le règlement grand-ducal déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution et le **règlement grand-ducal du 23 décembre 2003** réglementant les modalités de l'échange et de la distribution de seringues sont entrées en vigueur respectivement en février 2002 et en décembre 2003.

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. Cette croissance extraordinaire est en relation directe avec la mise en œuvre du plan d'action 2000 – 2004 du Ministère de la Santé.

Le programme gouvernemental présenté à la suite des élections législatives de juin 2004 n'introduit pas de changements en matière des compétences et attributions visées. La nouvelle **stratégie nationale et le plan d'action de lutte contre la drogue et les toxicomanies 2005 - 2009** ont été présentés au Ministre de la Santé en octobre 2004. **L'avant-projet de la stratégie** repose sur **deux piliers** à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur **quatre axes transversaux** : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination transversaux.

L'élaboration du plan d'action proprement dit repose sur l'évaluation du plan d'action 2000 – 2004, sur les orientations du programme gouvernemental 2004, sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et sur la concertation soutenue avec les acteurs de terrain aux fins de dégager un consensus opérationnel qui permettra de rencontrer les besoins constatés.

Indicateurs épidémiologiques

A l'échelle mondiale, la propagation de l'abus de drogues semble en perte de vitesse, à une grande exception toutefois: la consommation de cannabis, la drogue illicite la plus communément consommée dans le monde, s'accélérait rapidement. Au cours de la dernière décennie, les augmentations les plus importantes, après le cannabis, ont concerné les stimulants de type amphétamine (incluant l'ecstasy), suivis de la cocaïne et des opiacés. Une évolution similaire est observée au sein de l'**UE** et à l'échelle micro-géographique au **Grand-Duché de Luxembourg**, accompagnée toutefois de variations locales en matière de prévalence plus ou moins prononcées.

Prévalence en population générale au G.-D. de Luxembourg

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** et des stimulants de type amphétamine 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.**

Prévalence de l'usage problématique de drogues (UPD)¹

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

Le nombre d'UPDs indexés par les institutions nationales en 2003 équivalait à 3.790 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 2003 ces mêmes instances ont recensés respectivement 1.320 et 2.470 personnes ce qui équivalait à une croissance totale de 71%.

Pour 30% (32%) des usagers indexés (62% 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 22% (27%). En moyenne, un usager donné entre 1,8 (2,14) fois par année en contact avec une institution sanitaire spécialisée. 8% 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 2003.

74% (69%) des répondants ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2003.

¹ Le terme 'UPD' sera utilisé pour désigner des 'Usagers problématique de drogues à haut risque et d'acquisition illicite' tout au long du présent rapport.

Caractéristiques socio-démographiques de la population nationale d'UPDs

La population cible est composée d'environ 20% de femmes et 80% d'hommes. La proportion de **ressortissants étrangers** parmi les UPDs recensés est en baisse depuis 4 années variant entre 48% et 35%. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais dont la proportion est nettement supérieure à celle observée au niveau de la population générale. On observe par ailleurs un accroissement sensible des UPDs originaires des pays de l'Est, et en particulier de la Fédération de Russie.

L'âge moyen des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 29 ans et 7 mois en 2003. **L'écart entre les usagers les plus jeunes et les plus âgés continue à se creuser.** On observe un vieillissement moyen de la population d'injecteurs de longue date et une diminution sensible de l'âge des « nouveaux » usagers problématiques. On retiendra entre autres l'accroissement significatif **de l'âge moyen des victimes de surdoses mortelles** et l'augmentation de la **proportion de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP (14%) et la population totale d'usagers problématiques. Respectivement 75% et 42% 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 **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 (43%) et les cantons du centre (36%) figurent en première position. Les cantons du nord confirment leur progression des années précédentes (14%).

Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants n'a pas évolué favorablement** au cours des dernières années. Aussi, **le taux de chômage** affiche une certaine stabilité à niveau élevé (46-50%) 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 UPD et tendances de consommation

L'étude multi-méthodes de prévalence de l'usage problématique de drogues portant sur l'année 2000 (Origer 2001), fournit un taux de prévalence de 8,42 UPD par 1.000 habitants âgés entre 15 et 64 ans. En référence à l'évolution d'indicateurs indirects à partir de 2000 (Origer, 2004) on estime actuellement que le nombre de PDU se situe entre 2.500 et 2.800.

L'usage intraveineux d'opiacés associé à une **polyconsommation généralisée** constitue de loin le comportement le plus fréquent parmi les UPDs répertoriés par le réseau institutionnel. Le passage à l'usage intraveineux s'effectue de plus en plus précocement. Le ratio entre usagers intraveineux et non-intraveineux s'est stabilisé à 2 : 1.

Le nombre de personnes en contact avec le réseau institutionnel spécialisé pour usage (préférentiel) de **cannabis** a connu une hausse sensible durant les trois dernières années. 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 amphétamines et l'ecstasy** sont faiblement représentées ce qui ne renseigne nullement sur la prévalence de leur 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** (89%) 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 sept ans. De façon générale on retiendra que la proportion d'UPDs plus âgés que 35 ans et celle des usagers moins âgés que 19 ans augmente de façon continue tout comme l'écart qui sépare ces deux sous groupes.

Morbidité et mortalité liées à la consommation de drogues

En termes épidémiologiques les taux d'infection au HCB (hépatite B) et la prévalence des cas HIV et de SIDA déclarés au sein de la population UPD n'évoluent guère. Cependant **l'infection au HCV (hépatite C) est en nette progression** et tend à se rapprocher de la moyenne européenne. 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 2003 se situe à 15,4% et accuse une **tendance générale à la baisse** au cours des dernières années.

Entre 1997 et 2000, l'évolution du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg a suivi une tendance à la hausse atteignant un total de 26 personnes en 2000 pour ensuite redescendre de façon discontinue à 14 cas en 2003. Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 3,12 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2003. En 2000, ce même taux s'élevait à 5,9 cas par 100.000 habitants. **Les données médico-légales** de 2003 confirment que la quasi totalité des décès impliquaient la consommation d'héroïne s'inscrivant dans un contexte de polyconsommation. En termes de drogues associées détectées dans les analyses sanguines des victimes on retiendra avant tout la méthadone et la cocaïne étant entendu que des traces d'alcool et de médicaments de type benzodiazépines sont décelées chez la plupart des victimes. Des cas d'intoxication létale aux produits du type ecstasy n'ont pas été rapportés à ce jour.

En 2003, 14 **cas de décès indirects** liés à la consommation de drogues illicites ont été enregistrés. Les principales causes de décès indirects entre 1996 et 2003 ont été par ordre d'importance: suicide (31%), accident de la circulation (23%), intoxication non-définie (12%), complications cardiovasculaires ou pulmonaires (11%), pharmacodépendance (8%), maladies du foie (7%) et troubles immunitaires (5%).

La somme des décès directs et indirects enregistrés 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.

Indicateurs juridiques et pénaux ²

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 2003, à **l'exception du cannabis** (résine et feuilles) qui témoigne d'une hausse confirmée sur les quatre dernières années.

Indépendamment des quantités saisies, on retient une augmentation quasi continue du **nombre total de saisies** à partir de 1993. Le nombre de saisies de cocaïne et d'héroïne semble s'être stabilisé alors que celui des saisies de cannabis affiche une hausse considérable. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2003 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 788. **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 impliquées dans le trafic de cannabis et sont d'origine étrangère.

² Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2003. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2002.

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 une stabilisation à niveau bas.

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 2003 (1.660). En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une augmentation discontinue allant de 1.263 personnes en 1995 à 2.270 personnes en 2003 (comptages multiples inclus). En 2003, furent enregistrées 135 **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, la proportion des **prévenus d'origine étrangère** est passée de 50% à 60% . Il s'agissait dans 37% des cas de **premiers auteurs** en 2003 (tendance croissante discontinue); le pourcentage de **mineurs** parmi les prévenus étant passé de 5,4% en 1993 à 14,2% en 2003.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2003 font état de 1.072 (794) nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 137 (12,8%) 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 retiendra qu'entre 1995 et 2003 on a observé 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**.

Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national

La grande majorité des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg sont originaires des Pays-Bas suivis de la Belgique et du Maroc. Depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus structurés et à caractère purement commercial gérés par des associations criminelles organisées. On constate entre autres une recrudescence du nombre de ressortissants du Cap-Vert en ce qui concerne le trafic illégal de cannabis dans lequel sont également impliqué nombre de personnes d'Afrique du Nord. En ce qui concerne la vente de cocaïne on observe une prépondérance de demandeurs d'asile venant de l'Afrique de l'Ouest et du Kosovo.

L'indicateur de la source d'approvisionnement suggère également que la **disponibilité d'opiacés et de cocaïne 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 4% en 2003. 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.

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 8 dernières années. Les produits dérivés du cannabis sont les seuls à afficher une très légère hausse 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** (2003: 333.213 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2003: 271.091(94%) / 1996 : 28.646 (38%)). Une majorité d'injecteurs (32%) se procurent leurs seringues en pharmacie suivie des associations spécialisées et des distributeurs.

Le nombre de contacts enregistrés par les **structures d'accueil bas-seuil** a connu un accroissement remarquable lors des dernières 7 années (2003 : 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 131 en 2003 (tendance décroissante). 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**. En 2003, l'Union des Caisses de Maladie a recensé 913 (1999: 745) personnes différentes qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments avec

l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et 154 (1999: 125) médecins prescripteurs. On retiendra que les 913 patients enregistrés consultaient en moyenne 1,7 médecins prescripteurs au cours de l'année 2003.

Orientations en matière de recherche

Les priorités actuelles en matière de recherche portent essentiellement sur les domaines suivants:

- études de prévalence 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;
- 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;
- mineurs et drogues
- usage de drogues et conduite automobile
- 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 2004)

Since its creation in 1994, the Luxembourg National Focal Point (NFP) of the European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) is aiming to set up a national monitoring and information network on Drugs and Drug Addictions, known as Luxembourg Information Network on Drugs and Drug Addictions (RELIS).

RELIS relies on a multi-sectorial data network including specialised in- and outpatient treatment centres, counselling centres, certain general hospitals as well as law enforcement agencies and national prisons.

Efforts deployed since 1994 enabled to constitute a national database annually updated allowing to:

- assess the prevalence, the incidence and the evolution of problematic drug use at national level;
- follow profiles of institutional routes of treatment demanders;
- serve as scientific support and data base for research activities;
- evaluate recent trends and impacts of certain interventions on behavior and characteristics of problematic drug users and facilitate political decision processes in the framework of action plans and strategies to combat drug use and addiction.

Political, legal and budgetary orientations

In 1999 the government entrusted the Ministry of Health with the **overall coordination of drug-related demand and risk reduction actions**. The strategic framework was set up by the national drug coordinator mandated to elaborate the 2000-2004 **action plan on drugs and drug addiction**, that materializes the output of a multilateral concertation process in the light of priorities stated in the governmental declaration of 1999.

The 2000-2004 action plan has been based upon new achievements introduced by the **law of 27 April 2001**, modifying the basic drug law of 1973. In the framework of the execution of the 2001 drug law amendment the **grand ducal decree on substitution treatment** entered in force in February 2002 and the **grand ducal decree on syringes exchange modalities** was adopted in December 2003.

The **global budget of the Ministry of Health** granted to drug-related services and programmes went up from 1,270,169 EUR in 1999 to 4,861,841 EUR in 2003 indicating a **progression rate** of 283% since 1999. The budget 2004 retained 5,847,938 EUR representing a

supplementary raise of 20.28% in reference to the 2003 budget. This extraordinary raise stands in direct relation with the implementation of the 2000-2004 action plan of the Ministry of Health.

The governmental programme issued following the parliamentary elections of June 2004 has introduced no changes concerning competences and attributions in the drugs field. The elaboration of a **new national strategy and action plan on drugs and drug addiction 2005-2009** has been presented to the Minister of Health in October 2004. The strategy is based upon two pillars, that are demand reduction and supply reduction as well as upon 4 transversal axes: transversal coordination mechanisms, risk reduction, harm and nuisance reduction, research and information and finally international relations. The elaboration of the future drug action plan builds upon the evaluation outcome of the 2000-2004 action plan, the orientations of the 2004 governmental programme, the priorities fixed by the Ministry of Health and a sustained concertation with field actors aiming at an operational consensus reflecting current needs.

Epidemiological indicators

Worldwide the propagation of drug abuse tends to slow down. One major exception does, however, exist: the consumption of cannabis, the most commonly consumed illicit drug in the world, is spreading rapidly. In the last decade, the most important increase besides cannabis, applies to ATS (including ecstasy), followed by cocaine and opiates. A similar evolution is observed within the **EU** and the micro-geographical level of the **Grand Duchy of Luxembourg**, however accompanied by more or less sustained local variations with regard to prevalence.

National drug prevalence in the general 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. The disproportional increase of cannabis and ATS deserves particular attention. In relation to younger school populations (13-14 and 15-16 years), one observes a similar trend, particularly visible when it comes to lifetime prevalence of cannabis use. The use of opiates and cocaine by school-aged youngsters has been showing a low and fairly stable prevalence.

National prevalence of problem drug use (PDU)

Data on institutional contacts and drug treatment demands

The **number of problem PDUs** indexed by national institutions in 2003 figures 3,790 (1994: 2,213) (double counting included). 873 users have been indexed by national specialised drug demand reduction agencies and 1,340 persons by supply reduction agencies in **1994**. Referred to **2003** the same agencies have indexed 1,320 and 2,470 respectively, which equals to a total **progress rate of 71%**. **5%** of respondents are **first treatment demanders**, all treatment centres included.

30% (32%) of PDUs (62% of non-natives) reported their first institutional contact (intra-institution) in 2003. Solely applied to specialised drug treatment agencies, this rate, decreasing since 1997, subsequently ran up to 22% (27%). On average, a given user has 1.8 (2.14) contacts/year with a specialised agency. 8% of PDUs did report their **first lifetime drug treatment** in 2003. 74% (69%) of respondents have had at least one **substitution treatment** before being indexed in 2003.

Socio-demographic characteristics of national PDU population

The **male/female ratio** of the PDU population is 4:1. The proportion of indexed non-native PDUs has been decreasing over the last 4 years ranging between 48% and 35%. The **population of non-natives** drug users largely consists of Portuguese nationals (45%), a proportion which is consistently higher than the one observed in the general population. A sensitive increase of PDUs coming from eastern countries and particularly from the Federation of Russia is observed.

The **mean age** of indexed PDUs evolved from 28 years and 4 months in 1995 to 29 years and 7 months in 2003. The gap between the youngest and the oldest PDUs continues to grow. One observes an average aging of the population of long-term drug injectors and a sensitive decrease in age referred to "new" PDUs. Worth mentioning is the significant increase of the average age of overdose victims and an increase of the proportion of minors and total population of PDUs among drug law offenders STUP (14%).

Respectively 75% and 42% of current PDUs have tried cannabis or heroin (i.v.) while being minor of age. In 1995 the same proportions figured 71% et 23% .

The **residential status** of indexed PDUs has improved over the last years. The **geographical distribution** suggests that the southern region (43%) and the centre region (36%) are the most representative. As in previous years, the northern region confirms its progression (14%).

All indicators included, the **employment status** of respondents has known no significant improvement during the last years. Also the **unemployment rate** has stabilised at a high level (46- 50%) since 1998.

The decrease of financial autonomy of PDUs is associated to an **increasing social dependency**. Although a continuous decline at the level of revenues of illegal origin and a moderate decrease of the proportion of PDUs presenting **major depths** have to be underlined.

Problem drug use prevalence and consume trends

The multi-methods prevalence study on PDUs at the national level, published in 2001 (Origer 2001), provides a prevalence rate of 8.42 per thousand inhabitants aged 15-54 (absolute figure 2,450 PDUs). According to post 2000 indicators (Origer 2004), **prevalence figures** applied to the national population aged 15-64 currently situate between 2,500 and 2,800 PDUs.

Intravenous heroin use associated to **poly-drug use** has been reported as the most common consume pattern in PDUs. The switch to **intravenous drug use** occurs earlier compared to year 1995. More recently **low quality cocaine use** in combination with heroin seems to become more prevalent. The ratio of **intravenous opiates consume to the inhalation** mode has stabilised at 2:1. The recent provision of **'blowing paraphernalia'** (e.g. aluminium foils) by specialised drug agencies may have influenced consume patterns.

Ecstasy-like substances and **ATS** show an increasing demand even though seizure figures do suggest an inverse and currently stable trend.

All indicators on **cannabis use** (problematic and recreational) have been on the increase for several years. Cannabis showing **high THC concentrations** is increasingly found on the national market.

The **average age of first use of cannabis, ecstasy and i.v. heroin** tends to decrease. Also, the **average age**, applied to the total PDU population has markedly increased over the last 5 years. The proportion of **PDUs aged 35 and more and those younger than 19 years** has constantly increased as well as the **standard deviation** of the observed age distribution meaning that the gap between the youngest and oldest problem drug users tends to increase. Furthermore, increases have been noted with regard to the proportion of **minors** in drug offenders, in the total PDU population and to the percentage of students in problem drug users.

Drug-related morbidity and mortality

HBV (hepatitis B) and the HIV/AIDS prevalence have not been increasing in recent years while the infection of HCV (hepatitis C) is clearly increasing and tends to approach the European average. **The average proportion of IVDUs in newly diagnosed HIV cases** registered since 1984 figures 15.4% and shows a significant downward 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 and discontinuous decrease until 2003 (14 cases). The **overdose rate in the national general population** figured 3.12 overdose deaths per 100,000 inhabitants³ in 2003. In 2000, the same rate figured 5.9 cases per 100,000 inhabitants. Forensic data of 2003 confirms that nearly every drug-related death involved heroine use associated to multiple substance use. In terms of associated drugs detected in blood samples of victims, cocaine and methadone are most represented and traces of alcohol and medicaments including benzodiazepines have been detected in the vast majority of cases. Lethal intoxications of ecstasy-like substances have not been reported thus far.

In 2003, 14 **indirect drug death cases** have been indexed. Main causes of indirect deaths between 1996 to 2003 are, in order of importance: suicide (31%)⁴, traffic accidents (23%), undefined intoxication (12%), associated cardio-vascular or pulmonary complications (11%), pharmacodependance (8%), liver failure (7%) and immune deficiency diseases (5%).

The overall number of indexed direct and indirect drug death cases informs about **drug-related mortality**. Drug-related mortality prevalence has been showing small variations since 1996 figuring roughly 26 to 33 cases per year.

Law enforcement indicators ⁵

Seizures of illicit substances at the national level

Striking variations have been observed as to the **quantity of illicit substances seized** since 1984. The general trend of decrease in heroine and cocaine quantities seized since the beginning of the nineties has been confirmed by 2003 data, with the exception of cannabis (leafs and resin) showing an obvious increase for the last four years.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993. The number of cocaine and heroine seizures has stabilised whereas the **number of cannabis seizures** has markedly increased. For instance, the number of cannabis seizures has risen from 167 to 788 between 1994 and 2003. The total **number of persons** involved in traffic has followed a constant upward trend. A confirmed majority of offenders are involved in cannabis traffic and 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 and 1996. Most recent data indicate however a stabilization at low level.

³ All age groups included

⁴ Valid percentage

⁵ If not specified, data refer to 2002. Figures between brackets refer to 2001 if not specified.

Drug law offenders and prison sentences

The **number of police records** for presumed offences against the modified drug law of 1973 has more than doubled between 1995 (764) and 2003 (1,660). The **number of drug law offenders** has increased discontinuously figuring 1,263 persons in 1995 and 2,270 in 2003 (multiple counting included). In 2003, 135 arrests on the same charge have been reported (decreasing).

The percentage of drug law offenders has been varying between 79% and 89% during the last ten years. Since 1998, the proportion of **non-native drug law offenders** passed from 50% to 60%. 37% of the cases are **first drug law offenders** (increasing discontinuous tendency); the percentage of minors in drug law offenders has increased from 5.4% in 1993 to 14.2% in 2003.

National prison data of 2003 refer to 1,072 (794) new admissions of which 137 (12.8%) were related to drug law offences; a proportion representing 42.6% in 1996 and constantly decreasing since then.

RELIS data witness a sensitive increase of contacts to law enforcement agencies between 1995 and 2003 and a continuous deterioration regarding cumulated penal past of indexed PDUs compared to previous years.

Profile of the national drug market

A majority of **illicit drugs consumed in the Grand-Duchy of Luxembourg originate** from the Netherlands, followed by Belgium and Morocco. Recently, **more structured and purely commercial distribution networks** have been developed by organized criminal associations. Notable is also the increase of the number of Cabo-Verde nationals involved in cannabis traffic, which also involves North African offenders. As far as cocaine traffic is concerned a recent increase of asylum demanders from West Africa and Kosovo has to be stressed.

Drug supply indicators support **increased opiates and cocaine availability** on the national market. Since 1996 **average street prices of heroine and cocaine** have decreased.

At beginning of 2003 a **clandestine laboratory** of amphetamine production has been discovered in the south of the country. Local cultures of cannabis and magic mushrooms are rather insignificant in terms of quantity and quality.

Average street prices of heroin (brown), cocaine and ecstasy type substances have fallen during the last 8 years. Cannabis and derivatives have known a slight increase during the same period.

As far as **purity** is concerned, quality of cannabis (% THC) products and ecstasy has been increasing during recent years. Purity levels of heroin and cocaine tend to decrease.

Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes** (2003: 333,213/ 1996: 76,259) distributed in the framework of the **national needle exchange programme** has been rising from the start of the latter. The same trend is observed with regard to the number of **used syringes collected** (2003: 271,091 (94%)/ 1996: 28,646 (38%)). The majority of injectors (32%) procure their syringes in pharmacies followed by specialised agencies and automatic dispensers.

The **number of contacts** registered by low threshold structures has increased dramatically over the last 8 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, however, stabilised.

The national **methadone substitution programme** has been implemented in 1989 by the Ministry of Health and the JDH Foundation. The number of participants went from 30 in 1993 to 131 in 2003 (decreasing tendency). In addition to the methadone substitution programme financed by the Ministry of Health, an important number of PDU address substitution treatment demands to **independent general practitioners**. Data delivered by the Union of Health Insurance Funds refer to 913 patients (1999: 745) who did receive substitution treatment in 2003 by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ®, METHADICT ® and SUBUTEX ®) and 154 prescribing GPs. During 2003 the 913 registered patients consulted on average 1,7 GPs prescribing substitution drugs.

Drug research priorities

The main current national priorities 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,
- minors and drugs,
- drugs and driving,
- drug treatment impact evaluation.

Partie I

Tendances et Actions Politiques

Chapitre I.1

Usage et Offre illicites de Drogues

I.1.1 *Prévalence de l'usage illicite de drogues dans le monde*

(Source : UNODC (2004). Rapport mondial sur les drogues, Résumé analytique, Publication de Nations Unis, Vienne) (http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html)

[...] Le nombre total d'usagers de drogues dans le monde est estimé aujourd'hui à près de 185 millions, soit 3 % de la population mondiale ou 4,7 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Les nouvelles estimations confirment que le cannabis est la substance la plus largement utilisée (environ 150 millions de personnes), suivi des stimulants de type amphétamine, principalement les amphétamines (environ 30 millions de personnes pour la métamphétamine et l'amphétamine) et l'ecstasy (8 millions de personnes). Un peu plus de 13 millions de personnes consomment de la cocaïne et 15 millions des opiacés (héroïne, morphine, opium, opiacés synthétiques), dont 9 millions environ prennent de l'héroïne.

Tableau I.1.1 Ampleur de l'abus de drogues (prévalence annuelle*), estimations pour 2001-2003

	Drogues illicites	Cannabis	Stimulants de type amphétamine		Cocaïne	Opiacés	Héroïne
			Amphétamines	Excstasy			
(millions de personnes)	185	146,2	29,6	8,3	13,3	15,2	9,2
En pourcentage de la population mondiale	3,0%	2,3%	0,5%	0,1%	0,2%	0,2%	0,15%
En pourcentage de la population mondiale âgée de 15 ans à 64 ans	4,7%	3,7%	0,7%	0,2%	0,3%	0,4%	0,23%

* La prévalence annuelle est le nombre ou le pourcentage de personnes ayant consommé une drogue illicite au moins une fois dans la période de 12 mois précédant l'évaluation.

Sources: UNODC, données provenant des questionnaires destinés aux rapports annuels, divers rapports communiqués par les gouvernements, rapports des organismes régionaux, estimations de l'ONUDC. Remarque: compte tenu du fait que les usagers de drogues consomment souvent plus d'une substance (polytoxicomanie), le total mondial de l'ensemble des drogues illicites n'équivaut pas à la somme des estimations concernant chaque catégorie de drogue.

Pour ce qui est de l'impact sur la santé, tel que mesuré par la demande des services de traitement, les opiacés restent la drogue qui pose le plus problème dans le monde. Ils sont à l'origine de 67 % des traitements de la toxicomanie en Asie, de 61 % en Europe et de 47 % en Océanie. En Asie du Sud-Est toutefois, la méthamphétamine est devenue la drogue qui a posé le plus problème ces 10 dernières années. La cocaïne continue d'occuper la première place dans tout le continent américain, mais aux États-Unis, le nombre d'admissions dans les centres de traitement est aujourd'hui plus élevé pour l'héroïne que pour la cocaïne. En Afrique, le cannabis continue d'être à l'origine de la plus grande partie des demandes de traitement (65 %). [...]

[...] La propagation de l'abus de drogues est peut-être en perte de vitesse, à une grande exception toutefois: la consommation de l'herbe de cannabis, drogue illicite la plus communément consommée dans le monde, s'accélérait rapidement. Au cours de la dernière décennie, les augmentations les plus importantes, après le cannabis, ont concerné les stimulants de type amphétamine (principalement l'ecstasy), suivis de la cocaïne et des opiacés [...].

I.1.2 Prévalence de l'usage illicite de drogues au sein de l'UE

(Source : OEDT (2004), Rapport annuel 2003: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg)

[...] Le cannabis

Le cannabis demeure la drogue la plus fréquemment consommée dans l'UE, tandis qu'un grand nombre de pays signalent des taux de prévalence au cours de la vie dépassant 20 % de la population globale. Une estimation prudente indique qu'au moins un adulte sur cinq a essayé cette drogue.

Les indicateurs donnent à penser que la consommation de cannabis a augmenté dans l'ensemble de l'UE, même si cette augmentation semble s'être stabilisée dans certains pays, pour atteindre toutefois ce qui peut être considéré comme des niveaux sans précédent. On observe également des signes d'une convergence dans les modèles de consommation, même si les taux continuent à varier considérablement, l'Espagne, la France et le Royaume-Uni en particulier signalant des taux relativement élevés, le Portugal, la Finlande et la Suède des taux comparativement bas. Dans tous les pays, les estimations de la prévalence de la consommation récente (12 derniers mois) parmi les adultes demeurent inférieures à 10 %.

En ce qui concerne les jeunes adultes, les taux de consommation sont bien plus élevés. Dans tous les pays, la prévalence de la consommation récente (12 derniers mois) atteint son niveau maximal dans la tranche d'âge des 15 à 25 ans, tandis que l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni signalent que plus de 20 % des représentants de cette classe d'âge ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Les

estimations concernant la consommation au cours de la vie sont plus élevées, la plupart des pays estimant la prévalence au cours de la vie à des taux allant, chez les jeunes, de 20 à 35 %. Le nombre de personnes qui consomment du cannabis régulièrement est faible dans l'ensemble de la population (généralement moins de 1 %), bien que l'on observe des taux plus élevés de consommation régulière chez les jeunes, en particulier chez ceux de sexe masculin. [...]

Les amphétamines et l'ecstasy (MDMA)

L'Europe demeure un lieu important de production et de consommation d'amphétamines et d'ecstasy, mais pas de métamphétamines. Après le cannabis, la drogue la plus fréquemment consommée dans les pays de l'UE est en général soit l'ecstasy soit l'amphétamine, les taux d'expérience au cours de la vie parmi les adultes allant en général de 0,5 % à 5 %. Par le passé, la prévalence de la consommation d'amphétamines dépassait en général celles de la consommation d'ecstasy, mais cette différence est aujourd'hui moins apparente. Chez les jeunes d'âge scolaire, l'expérience au cours de la vie des inhalants se place seulement derrière celle de cannabis et elle est en général beaucoup plus répandue que l'expérience de l'ecstasy ou des amphétamines.

Comme pour le cannabis, les taux les plus élevés de consommation au cours de la vie et de consommation récente s'observent chez les jeunes adultes. Plusieurs indicateurs semblent indiquer que la consommation d'ecstasy a continué à se répandre dans certaines sections de la jeunesse des villes en Europe. Certaines études ont permis de constater des taux de prévalence extrêmement élevés parmi ces catégories, alors qu'on n'observe aucune augmentation prononcée de la consommation de cette drogue dans le reste de la population. [...]

La cocaïne et la cocaïne-crack

Les données recueillies à la suite des enquêtes indiquent que la consommation de cocaïne a augmenté au Royaume-Uni et, à un degré moindre, au Danemark, en Allemagne, en Espagne et aux Pays-Bas. La consommation de cocaïne comme l'augmentation de cette consommation semblent beaucoup plus répandues parmi les jeunes qui vivent dans les zones urbaines. Les chiffres nationaux ne reflètent donc peut-être qu'à un degré seulement limité les tendances locales qui se manifestent dans certaines grandes villes européennes.

Plusieurs indicateurs donnent à penser que les inquiétudes concernant l'importance de la consommation de cocaïne et les problèmes qui lui sont liés sont justifiées. Ces indicateurs couvrent la demande de traitement, les conclusions des examens toxicologiques pratiqués par les victimes de surdose, les saisies de drogue et les études sur les populations à risques. [...]

La prévalence de la consommation de cocaïne-crack en Europe semble relativement faible, bien que certains rapports locaux sporadiques semblent indiquer l'existence d'un problème chez les marginaux de

certaines villes. Comme la cocaïne crack s'associe souvent à des problèmes médicaux et sociaux, même si les taux de prévalence sont faibles, il convient d'accorder plus d'attention aux tendances qui se dessinent dans ce domaine, car une augmentation même modérée de la consommation pourrait avoir un impact considérable sur la santé publique.

L'héroïne et la consommation par injection

La consommation problématique de drogue est définie comme étant la «toxicomanie par voie d'injection ou l'usage longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Bien qu'ils soient globalement peu nombreux, les usagers à problèmes sont à l'origine d'une part disproportionnée des problèmes médicaux et sociaux causés par la consommation de drogues. Dans la plupart des pays de l'UE, à l'exception de la Finlande et de la Suède où les amphétamines sont plus répandues, la consommation problématique de drogues reste caractérisée par l'usage d'héroïne, souvent en combinaison avec d'autres drogues. Comme dans ce domaine les estimations sont difficiles et que la précision et la fiabilité de celles-ci varient considérablement, il convient de faire preuve de prudence aussi bien dans l'interprétation des tendances que dans l'établissement de comparaisons entre les pays.

Les estimations nationales de la consommation problématique de drogues varient de 2 à 10 cas pour 1 000 adultes (soit de 0,2 % à 1 %). On n'observe aucune tendance dans le nombre d'usagers à problèmes dans l'UE, bien que certaines études indiquent que dans au moins la moitié des pays de l'UE, une augmentation s'est produite à partir du milieu des années 90.

Probablement environ la moitié des «usagers problématiques de drogues» de l'UE pratiquent l'injection, c'est-à-dire environ 500 000-750 000 des 1-1,5 million d'usagers problématiques de l'UE. La proportion d'injecteurs varie considérablement selon les pays et a évolué dans le temps, leur nombre baissant dans presque tous les pays dans les années 90, même s'il semble que des augmentations se soient produites récemment. Les estimations nationales de la consommation de drogues par voie d'injection varient de 2 à 5 cas pour 1 000 adultes (soit 0,2-0,5 %). La diminution spectaculaire de la production d'opium en Afghanistan survenue en 2001 ne semble pas avoir eu d'impact direct sur la disponibilité d'héroïne sur le marché illicite européen. Cela s'explique sans doute par l'existence de stocks. [...]

1.1.3 Prévalence de l'usage illicite de drogues en population générale au Grand-Duché de Luxembourg

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.

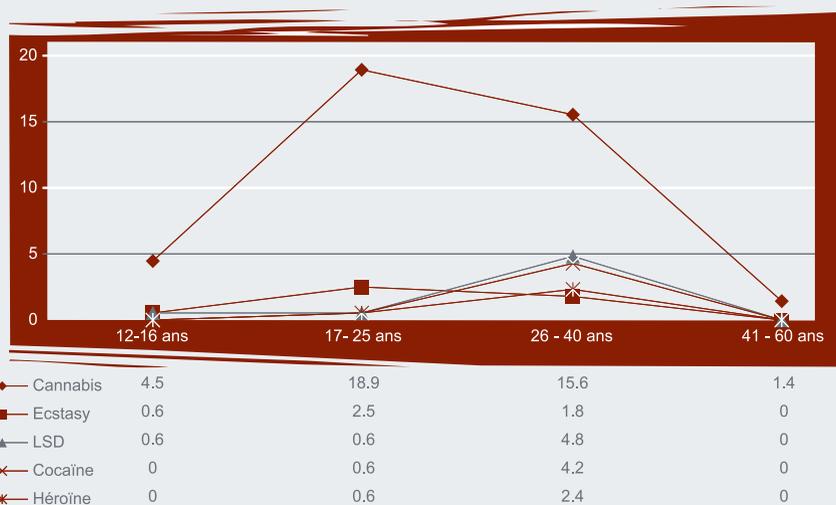
REFERENCE 1.1.3.a : Fischer U. CH. et Krieger W. (1999). Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, CePT, Luxembourg.
FR. Projet de prévention des addictions au niveau communal.

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

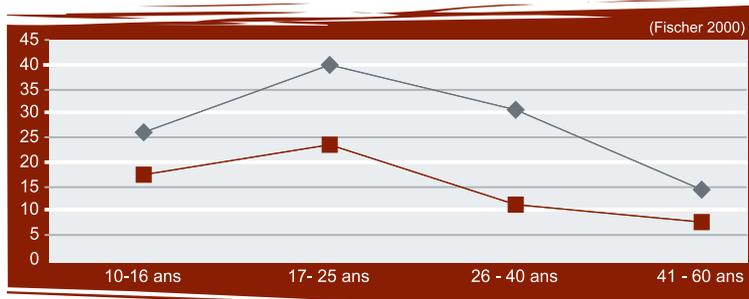
Echantillon d'étude 991 cas valides – échantillon aléatoire

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)*



◆ Cannabis - prévalence vie	26.3	40.1	30.9	14.3
■ Cannabis - prévalence actuelle	17.6	23.3	11.2	7.9

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

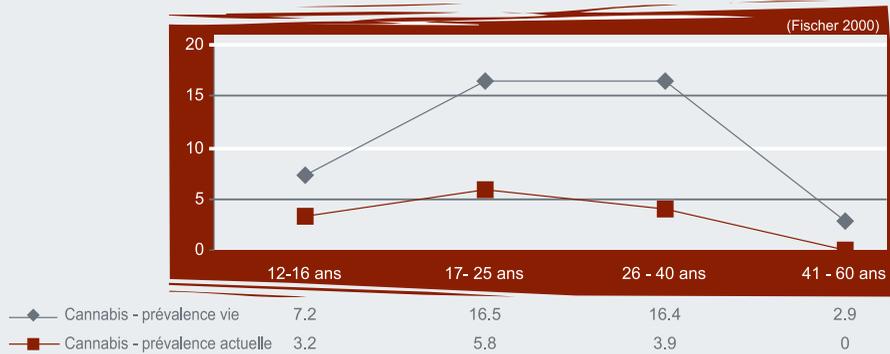
Type d'étude Enquête isolée

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)*



1.1.4 ***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.

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

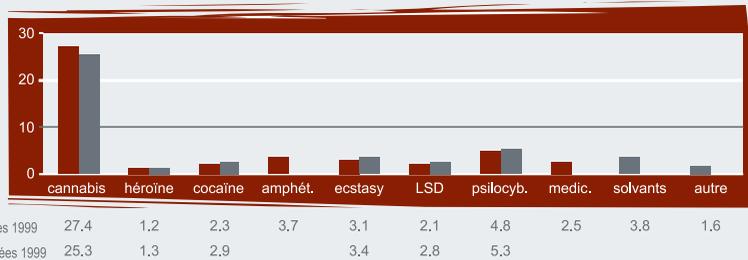


Fig 1.1.4.2 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans

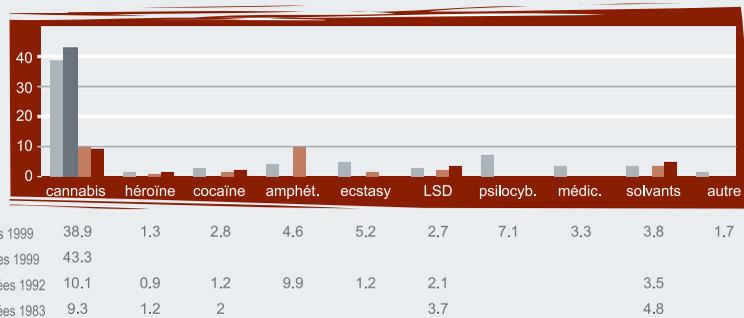


Fig 1.1.4.3 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 13 à 14 ans

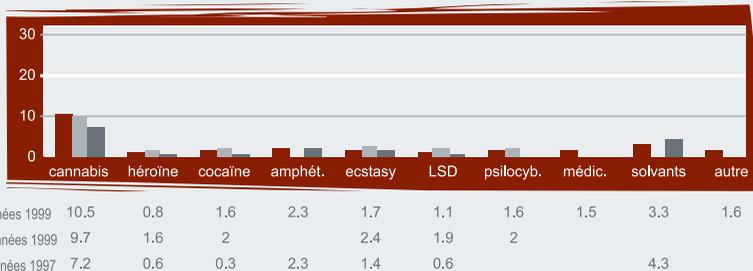
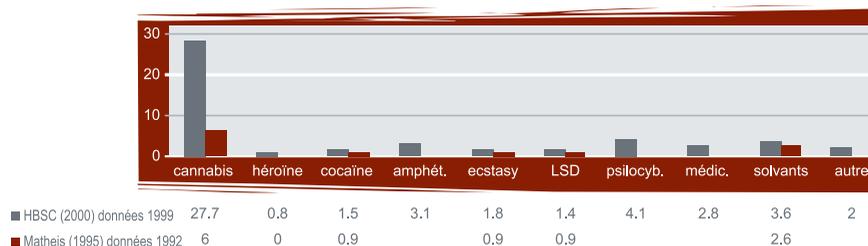


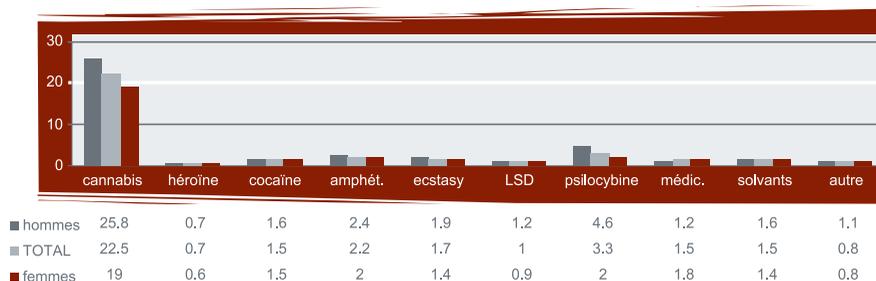
Fig 1.1.4.4 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans



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.

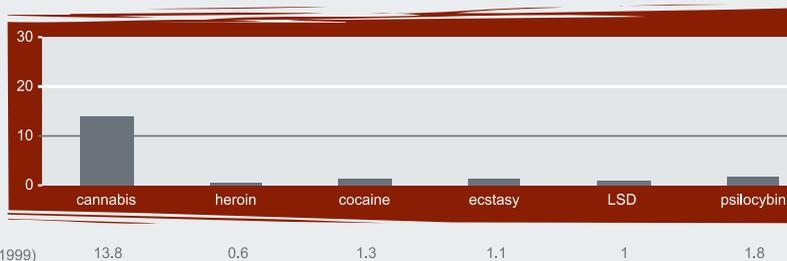
Fig 1.1.4.5 PRÉVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans(HBSC 2000)



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 (Fischer 2000)



1.1.5 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. 1.1.5.1 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.

1.1.6 Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au Grand-Duché de Luxembourg

Au Grand-Duché de Luxembourg le développement de l'usage de substances stupéfiantes, 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'alcaloïdes, 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	<p>Augmentation modérée de la consommation d'héroïne accompagnée d'une tendance à la hausse pour le mode d'administration non-i.v.</p> <p>Prévalence croissante en population générale des substances synthétiques de type ecstasy et des produits à base de cannabis. Entre 2002 et 2004 accroissement significatif de l'offre et de la consommation de cocaïne.</p>		

Tendances récentes

Lors des dernières cinq années, un accroissement important de l'usage d'héroïne a fait place à une certaine stabilisation de prévalence accompagnée néanmoins 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 depuis plusieurs années 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. Une augmentation toute récente de l'offre et de la consommation de cocaïne semble se confirmer.

L'évolution quasi exponentielle de la consommation de drogues de type synthétique observée entre 1994 et 1996 connaît, au vu de l'évolution des indicateurs indirects, une stabilisation depuis plusieurs années consécutives. 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-methyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine*), le 4-MTA (*4-Methylthioamphetamine*), la Ketamine (*2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone*), la PMA (*paramethoxyamphétamine* ou 4-Methoxyamphétamine) le 2-C-I, le 2-C-T-2, le 2-C-T-7 et le TMA-2.

1.1.7 Sources d'approvisionnement et trafic de substances psychoactives illicites au Grand-Duché de Luxembourg

Selon des données fournies par la SPJ (Police Judiciaire), la grande majorité des drogues illicites consommées au Grand-Duché de Luxembourg sont originaires des Pays-Bas suivis de la Belgique et du Maroc. L'héroïne consommée au Luxembourg est pour la plupart originaire de l'Afghanistan, du Laos et de Myanmar. La cocaïne distribuée sur le marché national trouve en majorité son origine au Brésil et les STA proviennent majoritairement des Pays-Bas suivis de la Pologne et de la République Tchèque. La voie routière demeure prépondérante au niveau de l'acheminement des drogues destinées au marché national ou en transit.

Depuis plusieurs années, on assiste à l'expansion de réseaux de distribution plus structurés gérés par des associations criminelles organisées. Le marché national attire de plus en plus de "professionnels de la drogue" œuvrant au déploiement d'un réseau de distribution à caractère purement commercial. On constate une recrudescence du nombre de ressortissants du Cap-Vert en ce qui concerne le trafic illégal de cannabis dans lequel sont également impliqué nombre de personnes d'Afrique du Nord. En ce qui concerne la vente de cocaïne on observe une prépondérance de demandeurs d'asile venant de l'Afrique de l'Ouest⁶ et du Kosovo. Pour ce qui est de la distribution d'héroïne, il semble qu'il n'y ait pas de profil de nationalité prédominant.

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

⁶ A ce propos on lira dans le rapport d'activités 2003 du Ministère de la Justice : « De plus en plus de personnes venant notamment d'Afrique, sans papiers d'identité, déclarent au bureau recevant les demandes d'asile être nés à une date leur conférant le statut légal d'un mineur ce qui dans bien des cas est loin de correspondre à la vérité. Ces personnes, si elles sont arrêtées pour soupçon de vente de drogues par la police, déclarent être mineurs. Le Parquet doit alors prouver dans le délai du flagrant délit que ces personnes sont majeures pour pouvoir appliquer les règles applicables aux majeurs, ce qui n'est pas facile à opérer et ceci d'autant plus que du point de vue scientifique la détermination de l'âge n'est pas toujours aisée ».

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 sont les Ministères de la Santé, de la Justice, de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, de la Famille et de l'Intégration, de la Solidarité Sociale, et des Affaires Etrangères et de l'Immigration. La coordination inter-compétences est assurée par le Groupe Interministériel « Drogues » (GID). Si les différents ministères restent compétents au niveau de la définition de leurs actions et de l'engagement des moyens budgétaires, la coordination politique est du ressort du GID actuellement sous présidence du Ministère de la Santé. S'ajoutent à la liste des ministères représentés au sein du GID, le coordinateur national drogues, des délégués du Parquet général, de la Direction de la Police Grand-Ducale, de la Direction des Douanes et Accises, du Service National de la Jeunesse et du Centre de Prévention des Toxicomanies.

Suite aux dernières élections législatives en 1999, le gouvernement a confié la coordination des actions de réduction de la demande et des risques associés à la drogue et au 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, 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. Le programme gouvernemental présenté à la suite des élections législatives de juin 2004 n'introduit pas de changements en matière des compétences visées.

La création en 1995 de la fondation *Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)* en tant qu'établissement public de droit privé ainsi que l'accroissement budgétaire substantiel alloué au cours de la législature 1999 à 2004 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 figure en premier lieu le *Service d'Action Socio-Thérapeutique* de la Direction de la Santé qui couvre les secteurs de la psychiatrie extrahospitalière, de la toxicomanie et du Sida.

Ensuite, il convient de citer le point focal OEDT Luxembourg intégré au sein du Centre de Recherche Public-Santé et la Fondation *Centre de Prévention des Toxicomanies* (CePT).

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 structuraux

Tableau récapitulatif sommaire de 1999 à 2004

► 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 : 1er 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'écarter 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 dépénalisation 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**

- 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 la députée Renée Wagener (Dei Greng) de la proposition de loi visant à réglementer la production, la distribution et la vente du cannabis.
- 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 la députée Renée Wagener (Dei Greng) de la proposition de loi instaurant un programme de délivrance de médicaments à base de cannabinoïdes.

► **2003**

- 13 mai 2003 : Entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 29 avril 2003 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.
- 20 mai 2003 : Dépôt par le député Niki Bettendorf de la proposition de loi n°5164 portant modification de l'article 12 de la loi du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques. Les modifications en question concernent notamment l'introduction d'un dispositif de dépistage de drogues illicites chez les conducteurs.

- 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).
- 22 août 2003 : Entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 12 août 2003 modifiant le 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. Les substances Pipradol et Zolpidem sont ajoutées à l'annexe B du règlement grand-ducal du 6 février 1997.
- octobre 2003 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 3 octobre 2003 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques, portant la substance « amineptine » à l'annexe du règlement.
- décembre 2003 : Ouverture du foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes (CNDS-NUETSEIL) tel que prévu au plan d'action 2000-2004 en matière de drogues et de toxicomanies par le Ministère de la Santé. Intégration du service CNDS-ABRIGADO au sein de la nouvelle structure.
- décembre 2003 : Entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 23 décembre 2003 portant exécution de l'article 8 sous 1d) sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. Le règlement en question définit les moyens agréés au sens de l'article 8 sous 1d) de la loi modifiée du 19 février 1973 autorisés à distribuer une seringue avec aiguille montée ainsi qu'à échanger une seringue nouvelle contre une seringue utilisée aux personnes toxicomanes.

► 2004

- 13 février 2004 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié 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. Modification des annexes I et II du règlement grand-ducal modifié du 2 février 1995.
- 4 août 2004 : déclaration gouvernementale / programme gouvernemental 2004.
Les élections législatives de 2004 ont débouché sur la formation d'un gouvernement de coalition entre les sociaux chrétiens (CSV) et les socialistes (LSAP). Si dans la déclaration gouvernementale du 4 août 2004 le domaine des drogues et des toxicomanies n'est pas expressément abordé, le programme gouvernemental/accords de coalition l'adresse dans les termes suivants :

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

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

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

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

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

- octobre 2004 : règlement grand ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 prévoyant des mesures de contrôle et des sanctions pénales : 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2 et GHB.

Les textes légaux repris dans ce chapitre peuvent être consultés sous: <http://www.etat.lu/memorial> ou http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_search.cfm.

I.2.3 Plan d'action en matière de drogues et de toxicomanies 2000-2004 et 2005-2009

Etat actuel de la situation (31/10/2004)

Le Ministère de la Santé, à qui incombe depuis les élections législatives de 1999 la coordination générale des activités de réduction de la demande et des risques 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 de coordination 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 adopté par le Ministère de la Santé en 2002 et budgétisé dans le cadre de l'exercice budgétaire 2003.

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 (01/11/2003)
---------------	------------------------	--------------------------------

A. Structures à bas seuil

A.1

Foyer d'accueil d'urgence pour personnes toxicomanes ¹ - NUETSEIL	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
--	-----------	--

En décembre 2003 un foyer transitoire pour personnes toxicomanes ouvre ses portes. Le foyer, qui abrite un accueil de jour et un foyer de nuit, fonctionnera jusqu'au moment de l'ouverture du foyer définitif. Cette décision s'est avérée nécessaire étant donné que les négociations avec la Ville de Luxembourg concernant le site initialement prévu par le Ministère de la Santé n'ont pas encore abouties. En novembre 2004 l'agrandissement de la structure existante fut entamée.

A.2

Structure d'accueil bas-seuil - KONTAKT 25 LUX -VILLE	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
---	-----------	--

Objectif : Compléter l'offre bas-seuil pour toxicomanes dont la capacité avait atteint le seuil de saturation

A.3

Locaux agréés d'injection de drogues sous contrôle médical	2002-2003	<u>Ouverture</u> : à définir <u>Site</u> : à définir <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
--	-----------	--

(Les locaux d'injection seront intégrés dans le foyer d'accueil provisoire)

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
Logement modulable pour toxicomanies
en voie de stabilisation

Opérationnel:
depuis octobre 2002
Site: Commune de Rosport
Financement: garanti
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-localisé 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 a été approuvé par la commission en début 2004. Par ailleurs la commission a approuvé l'introduction d'un carnet à souche spécial pour la prescription de stupéfiants dans le cadre du traitement de substitution de la toxicomanie.

B.4

Distribution contrôlée
de certains stupéfiants 2002-2004

Ouverture: à définir
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 18 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 chargé de l'échange d'information avec le point focal OEDT.

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 / CRP-Santé

Remarques:

Le Comité National d'Éthique de Recherche a approuvé le projet lors de sa séance du 11 septembre 2002. Un coordinateur de recherche a pris ses fonctions en août 2003. Le protocole de recherche est approuvé et une convention de collaboration entre le CRP-Santé et le CHL a été signée en mai 2004. Suite à l'entrée en vigueur de la loi sur la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel en août 2002, et les nouvelles contraintes qui en ont résultées, le projet connaîtra un retard d'exécution.

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.**

L'avant-projet de la stratégie nationale et du plan d'action de lutte contre la drogue et les toxicomanies 2005 - 2009 repose sur **deux piliers** à savoir la réduction de la demande et la réduction de l'offre ainsi que sur **quatre axes transversaux** : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination transversaux.

L'élaboration du plan d'action proprement dit repose sur l'évaluation du plan d'action 2000 - 2004, sur les orientations du programme gouvernemental 2004, sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et sur la concertation soutenue avec les acteurs de terrain aux fins de dégager un consensus opérationnel qui permettra de rencontrer les besoins constatés.

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 budget 2004 prévoyait 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 a publié 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 a été 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 a en majeure partie été 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 contre les drogues et le crime (UNODC). 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 des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC)⁷

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.

⁷ L'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (ODCCP) a été renommé en Office des Nations Unies contre la drogue avec effet au 1er octobre 2002.

Constatant qu'il était bien difficile de dissocier le trafic illicite des drogues de la criminalité organisée, le Centre pour la prévention internationale du crime (CPIC) et le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) ont été regroupés en 1997 pour donner naissance à l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (OCDPC). Cette initiative a été prise par le Secrétaire général pour permettre à l'Organisation de faire converger ses efforts et de renforcer les moyens dont elle dispose pour s'attaquer aux problèmes interdépendants de la lutte contre les drogues, de la prévention du crime et du terrorisme international sous toutes ses formes.

En mai 2002, l'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime a décidé de réexaminer la nature et les caractéristiques de ses opérations pour pouvoir s'acquitter de ses missions d'une manière plus active que réactive. L'idée est née de développer des priorités opérationnelles à moyen terme et la tâche a été immédiatement entreprise.

Symboliquement, le 1er octobre 2002, et cette décision n'a pas été prise uniquement pour accompagner le mouvement, l'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime est devenu l'Office contre la drogue et le crime. Ce nouveau nom est utilisé dans tout le document en lieu et place de sigles obscurs. Dorénavant, l'Office comportera donc un programme contre la drogue (par référence au PNUCID) et un programme contre le crime (par référence au CPIC), dont le financement sera dans les deux cas centralisé à Vienne.

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.

Le "Mémorandum d'accord concernant la coopération dans les domaines de la police, de la justice et de l'immigration entre les ministres de la Justice de Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg, les ministres de l'Intérieur de Belgique et des Pays-Bas et le ministre de la Force Publique du Luxembourg" a été signé le 4 juin 1996 à Senningen. De là son intitulé "mémorandum de Senningen". Le mémorandum initial de Senningen traite de la coopération dans les domaines de la police, de la justice et de l'immigration.

En marge du Conseil informel JAI du 12 septembre 2003, les ministres de la Justice et de l'Intérieur des pays du Benelux ont décidé de réactiver le mémorandum de Senningen et de chercher à intensifier la coopération Benelux dans les domaines JAI au moyen d'une restructuration de la concertation Senningen.

Le champ d'application s'est élargi : au départ, il s'agissait uniquement de la police, de la justice et de l'immigration. Trois nouveaux sujets se sont ajoutés : la sécurité, la politique en matière de drogues et la coopération transfrontalière en matière de catastrophes et d'accidents.

Les ministres déterminent les priorités et le calendrier. Le monitoring et l'orientation pratique incombent à un Groupe central de concertation réunissant les plus hauts fonctionnaires responsables des trois pays. Sous son égide opèrent un certain nombre de groupes de travail permanents et ad hoc. Certains sujets qui ont un rapport direct avec la concertation de Senningen sont traités dans d'autres groupes de concertation Benelux, le retour d'informations à la concertation Senningen s'effectuant par l'intermédiaire du Groupe central de concertation Senningen.

La structure de concertation de la coopération policière a été réorganisée en 2003. La coopération policière dans le cadre du Benelux se déroule désormais principalement à trois niveaux, à savoir la Concertation stratégique Benelux, la concertation pays du Benelux et la concertation dite entre voisins. La coopération policière est ancrée dans la structure de concertation Senningen.

La concertation Benelux relative à la politique des drogues fait partie des tâches officielles du Secrétariat général Benelux depuis le deuxième semestre de 2001. Souhaitée par les gouvernements des trois pays, cette concertation est conduite par un groupe central "drogue" qui est doté de larges compétences.

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.

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.

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 (2004), la Présidence du Groupe est assurée par la Rhénanie-Palatinat (D).

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 fut le premier 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 15.273.796 (14.096.569) EUR dont à la fin de l'exercice 2003, 15.036.756 (13.611.574) EUR ont été effectivement engagés et 8.574.831 (7.641.188) ont été déboursés. Au 31 décembre 2003, sur le total des engagements, 5.551.355 (5.054.787) EUR ont été engagés pour des projets nationaux. Le Fonds disposait alors d'un actif net de 19.442.279 (20.183.376) EUR . Le Fonds s'est engagé financièrement dans 40 projets nationaux, 9 projets dans des pays PECO, 11 projets en Amérique, 5 projets en Afrique et 15 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

1.3.1 La Législation Nationale et les Peines Applicables

1.3.1.1 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 2004, 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 publié au mémorial. Le tableau I.3.1 produit 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 original 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.

1.3.1.2 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 opèraient 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 G.-D. 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 (*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 2004*

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 dépiage, 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.

Règlement grand-ducal du 29 avril 2003 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques.

Règlement grand-ducal du 12 août 2003 modifiant le 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.

Règlement grand-ducal du 3 octobre 2003 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques.

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2003 portant exécution de l'article 8 sous 1d) sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

Règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié 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

Règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes ainsi que le règlement grand-ducal modifié 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.

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 mai 2004, 180 Etats étaient parties à la Convention de 1961, dont 4 Etats qui sont parties de la Convention dans sa version amendée de 1972.

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 mai 2004, 175 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 mai 2004, 169 Etats étaient parties à la Convention de 1988.



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 drogues d'un individu ou d'un groupe d'individus. On comprendra 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 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 2003:

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 2003 (avril 2003 :évaluation) 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 régionales 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 2002/2003, 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 "Abenteuerpädagogik" 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 « Abenteuerpädagogik » 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:

26, pl. de la Gare
L-1616 Luxembourg
Tél.: 26 29 32 00 / Fax.: 26 29 32 03
e-mail: cij@info.jeunes.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

28, rue du fort Wedell
L-2718 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 2003 :

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

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE D'APPELS	717	626	831	858	742	835
SEXE						
masculin	50%	36%	37,4%	61,8%	43,8%	42%
féminin	50%	64%	62,6%	38,2%	56,2%	58%
PERSONNE DEMANDEUSE						
personne concernée	83%	76%	84,6%	87,5%	86,7%	93%
famille et entourage	17%	24%	15,4%	12,5%	13,3%	7%
MOMENT D'APPEL						
week-end (+vendredi)	45%	38%	43,9%	43,6%	40,6%	46,4%
en semaine	55%	62%	56,1%	56,4%	59,4%	53,7%
PRODUITS IMPLIQUÉS						
alcool	50,5%	42,5%	46,8%	16,2%	15,4%	12,5%
médicaments	40,6%	29,3%	41,7%	19,5%	24,4%	27,7%
Combin. alc/méd						23,6%
héroïne/cocaïne	10,9%	13,3%	8,3%	6,4%	5,1%	6%
cannabis	6,5%	11%	7,5%	7,1%	8,1%	5,8%
nicotine	2,8%	2%	1,4%	1,5%	1,2%	1%
ecstasy type	d.m.	0,5%	1,2%	0,5%	0%	0%
autre	d.m.	1,4%	1,8%	12,6%	2,7%	1,3%
MOTIF DE LA DEMANDE						
conseils et soutien	d.m.	d.m.	90,2%	81,4%	80,1%	80,1%
orientation	32,2%	d.m.	27,2%	23,3%	22,4%	14%
info sur autres structures	d.m.	d.m.	3,1%	3,5%	2,3%	4,2%
info sur substances	d.m.	d.m.	3,5%	4,7%	2,2%	2,6%
info sur service téléphone	d.m.	d.m.	1,8%	1,3%	1,2%	1,2%
info juridiques	d.m.	d.m.	0,6%	0,5%	0,8%	0,5%
CLASSES D'ÂGE						
< 11			0%	0%	0%	0%
12-15 ans	0,8%	0,5%	0,5%	0,1%	0,4%	0,4%
16-19 ans	2%	2,6%	1,8%	1,7%	1,5%	1,8%
20-24 ans	2%	4%	2%	3,5%	2,6%	2,4%
25-30 ans	7,2%	9%	7,8%	7,6%	5%	6,82%
31-40 ans	40,6%	26,5%	14,2%	14,5%	23,5%	18,1%
41-50 ans	34,8%	42,6%	49%	51,3%	51,1%	44%
> 50 ans	12,6%	14,8%	9,7%	9,5%	8,8%	16,3%
inconnu	0%	0%	15%	11,8%	7,3%	10,2%

Source: CePT 2003

Réseaux européens :

Le CePT est membre de la Fondation Européenne 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 conventions 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 2003 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
- Compagne 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 bas seuil

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.

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

L'équipe, composée de cinq membres, est multidisciplinaire et propose les services suivants :

- ▶ 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 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE	248	251	232	250	249	241	
NOMBRE TOTAL DE CONTACTS	8.525	10.602	11.834	14.522	16.688	18.266	
NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR	34,4	42,2	51	58	66,9	76,3	
PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE	+/- 216	215	276	265	237	373	
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR	0,87	0,84	1,2	1,1	0,95	1,6	
NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES	42.621	55.436	42.924	62.777	80.396	88.527	
NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES	37.587	48.747	38.534	56.738	73.207	82.353	
TAUX DE RETOUR DE SERINGUES USÉES	82,2%	88%	89,77%	90,38%	91,05%	93,03%	
POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS	80,64%	86,59%	73,45%	71,56%	d.m.	d.m.	
POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT	48,82%	47,17%	42,7%	45,39%	d.m.	d.m.	
DISTRIBUTION SELON SEXE	MASCULIN	71,7%	70%	69,57%	69,37%	77,48%	79%
	FÉMININ	28,3%	30%	30,43%	30,63%	22,52%	21%
NATIONALITÉ	LUXEMBOURGEOISE	71,52%	68,84%	68,38%	68,38%	d.m.	64,44%
	ÉTRANGÈRE	29,48%	31,16%	31,62%	31,62%	d.m.	35,56%
MOTIFS DE DEMANDES LIÉES À LA CONSOMMATION DE DROGUES	87,43%	87,44%	85,5%	84,19%	d.m.	d.m.	
POURCENTAGE DE PROSTITUÉS PARMIS LA CLIENTÈLE FÉMININE	50%	50,63%	46,35%	46,31%	d.m.	d.m.	
SITUATION PÉNALE DES CLIENTS	JAMAIS EN PRISON	50,52%	50,52%	47,7%	47,21%	d.m.	d.m.
	1 SÉJOUR EN PRISON	22,69%	23,61%	22,03%	21,88%	d.m.	d.m.
	PLUSIEURS SÉJOURS EN PRISON	27,80%	25,87%	30,27%	30,91%	d.m.	d.m.

Source: CNDS 2003

En décembre 2003 fut inauguré le **foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes** (NUETSEIL - CNDS). Le foyer en question, qui fait partie des structures retenues par le plan d'action 2000-2004 du Ministère de la Santé, a comblé un besoin urgent en logements de crise pour la population concernée. Le foyer fonctionne 7/7 jours dans un cadre d'admissions et de sorties journalières. Au début 2004 les services d'Abrigado (offre bas seuil de jour) furent intégrés en majeure partie dans l'offre du foyer. Sous cette forme le foyer en question constitue la première structure intégrée en matière d'interventions à bas-seuil pour toxicomanes au niveau national.

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'indicateurs d'activités élevés et croissants.

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.

Statistiques de la structure Kontakt 25 (JDH) (2000-2003)

	2000(4 MOIS)	2001	2002	2003
Jours d'ouverture	69	249	259	d.m
Nombre total de contacts / visites	3.787	15.864	11.531	12.141
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56	64	44,5	64
Nombre de seringues distribuées	9.032	49.105	45.590	55.149 ↗
Nombre de seringues usées collectées	8.100	47.200	43.620	57.000 ↗
Taux de retour de seringues usées	90%	96%	96%	103% ↗
Nombre de préservatifs distribués	364	1991	1669	2.705 ↗
Nombre de feuilles d'aluminium distribuées	/	476	373	650 ↗
Distribution selon sexe				
masculin	77,5%	79,8%	80,1%	77,3%
féminin	22,5%	20,2%	19,9%	22,7%

Source: JDH 2003

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 vers le milieu de l'année 2005, 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 (1998-2003)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre total de contacts	1.818	1.676	1.249	1.175	1.317	929 ↓
Premières demandes d'aide	181	126	114	101	124	56 ↓
Nombre d'entretiens	436	318	377	366	576	335
Nombre de seringues distribuées	3.068	4.948	3.728	7.108	12.541	12.649
Nombre de seringues usées collectées		3.150	2.160	5.490	12.540	10.560 ↓
Taux de retour de seringues usées	46%	64%	58%	77%	100%	83% ↓

Source: Fondation JDH. 2003

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, a été mis en place pour offrir aux prostitué-e-s et surtout aux personnes plus fragilisées des services professionnels de soutien sanitaire, de consultation et d'assistance médico-psycho-sociale et de les aider à élaborer un projet de vie.

Dans le guichet d'échange de seringues le service a enregistré un doublement de la clientèle par rapport à 2002. Les autres indicateurs d'activités marquent également des croissances sensibles.

Statistiques d'admissions du centre Drop IN /Croix-Rouge (2000-2003)

	2000	2001	2002	2003
Nombre de contacts	5.567	4.531	7.670	14.524 ↑↑
Sexe				
Masculin	78%	84%	83,4%	82,8%
Féminin	22%	16%	16,6%	17,2%
Pays d'origine				
Luxembourg	62%	55%	58,1%	50,1%
Portugal	27%	31%	27%	29,5%
France	4,5%	8%	5,9%	5,5%
Pays de l'Est	2%	2,5%	4,5%	7,5% ↑
Autres	4,5%	3,5%	4,5%	7,4%
Seringues distribuées	36.961	39.122	61.569	99.520 ↑
Retour de seringues	36.046(97%)	37.831(97%)	59.776(97%)	97.147(97%)
Doses NaCL distribuées	36.522	38.611	57.421	92.309 ↑
Alco-Tips distribués	71.347	79.244	62.014	187.206 ↑
Doses d'ascorbine distribuées	32.925	38.651	49.258	57.873 ↑
Filtres distribués	23.457	25.846	39.997	69.416 ↑
Préservatifs et lubrifiants distribués	2.453	3.621	7.012	8.561 ↑

Source: Drop-In Croix Rouge 2003

En moyenne le guichet et l'échange de seringues sont ouverts deux heures par journée. La présence d'un médecin une demi-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 menée 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 1998 et 2003, 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 1998 à 2003:

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1998-2003

	SERINGUES DISTRIBUÉES						SERINGUES USÉES COLLECTÉES					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1998	1999	2000	2001	2002	2003
JDH, Esch s/ ALZETTE												
STREETWORK	58	159										
CONSULTATION	3.068	4.948	3.728	7.108	12.541	12.649	1.400 (46%)	3.150 (64%)	2.160 (58%)	5.490 (77%)	12.540 (100%)	10.560 (83%)
JDH LUXEMBOURG-VILLE-K25												
LUXEMBOURG-VILLE-K25	16.800	28.000	34.532	49.105	61.150	70.375	7.660 (46%)	17.700 (62,5%)	26.560 (77%)	47.200 (96%)	56.048 (92%)	70.231 (99%)
OPPEN DIR, Esch s/A. (Réseau PSY)												
OPPEN DIR, Esch s/A. (Réseau PSY)	3.849	8.722	8.157	6.527	12.059	14.700	2.439 (63%)	7.479 (88%)	7.225 (88,5%)	5.557 (85%)	8.150 (68%)	8600 (59%)
CNDS-ABRIGADO												
CNDS-ABRIGADO	42.621	55.436	42.924	62.777	80.396	88.527	37.587 (88%)	48.747 (88%)	38.534 (89,5%)	56.738 (90%)	73.207 (91%)	82.353 (93,1%)
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES												
DISTRIBUTEURS DE SERINGUES	43.347	55.671	63.111	59.790	36.881	44.442	1.800 (4%)	1.300 (2%)	2.100 (3,3%)	2.700 (4,5%)	1.900 (5%)	2.200 (5%)
DROP-IN (CROIX-ROUGE)												
DROP-IN (CROIX-ROUGE)		21.372	36.961	39.122	51.569	99.520		20.388 (95,4%)	36.046 (97,5%)	37.831 (97%)	59.776 (97%)	97.147 (97%)
TOTAL	109.743	174.558	189.413	224.609	254.596	330.213	58.886 (46%)	98.764 (57%)	112.625 (59%)	155.516 (69%)	211.621 (80%)	271.091 (82%)

Source: RELIS 2003

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 2003, 260 (276) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 156 (145) vivaient avec le HIV/sida. Parmi les personnes vivant avec le HIV/Sida, 39% (41%) ont rapporté être des hommes homosexuels, 42% (39%) des hétérosexuels, 17% (18%) des usagers de drogues. Le sex-ratio était de 73%/27% (72%/28%) en faveur des hommes. 19% (26%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 2003.

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 2003, 47 nouvelles infections ont été diagnostiquées. En total de 1985 à 2003, 589 personnes (455 hommes et 134 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
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	0
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
2003	3	6,4	1	2,13	2	4,27
TOTAL	91	15,4	70	15,2	21	18,1

Source: Laboratoire de Retrovirologie – CRP-Santé 2003

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

ANNEE	1984-96		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	165	48,4	15	58	10	34	10	34	17	39	11	27,5	14	42,5	6	12,7	248	42
UIDS	58	17	3	11	7	23	6	21	2	2	7	17,5	5	15	3	6,4	91	15,4
HÉTÉROSEXUEL(S)	77	22,6	8	31	7	23	9	31	21	43	19	47,5	14	42,5	35	74,5	190	32,3
TRANSFUSIONS SANGUINES	16	4,7											0				16	2,7
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1	0,3					1	3					0				2	0,3
INCONNU	27	7	0	0	5	17	4	14	4	16	3	7,5	0		3	6,4	43	7,3
TOTAL	341		26		30		29		44		40		33		47		590	

Source: Laboratoire de Retrovirologie - CRP-Santé 2003

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

ANNEE	1985-95		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	
	N	%	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	56		5	5	4	2	5	1	2	1	81	48,5
UIDS	16		3	2	3	1	1	2	0	0	28	16,8
HÉTÉROSEXUEL(S)	18		3	3		2	3	4	0	3	36	21,5
TRANSFUSIONS SANGUINES	6		2		1				0	0	9	5,4
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1								0	0	1	0,6
INCONNU	8				1		1	1	0	1	12	7,2
TOTAL	105		13	10	9	5	10	8	2	5	167	100
DECES DECLARES	66		4	4	5	5	4	4	6	4	102	

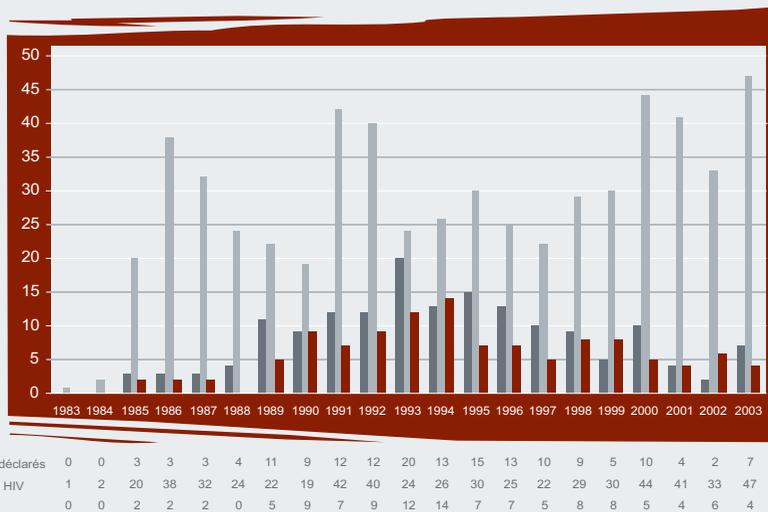
Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité. 2003

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 (UDV1)	Contacts hétérosexuels	Hommes homosexuels/bisexuels	De mère à enfant	Hommes homosexuels/bisexuels et UDV1	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

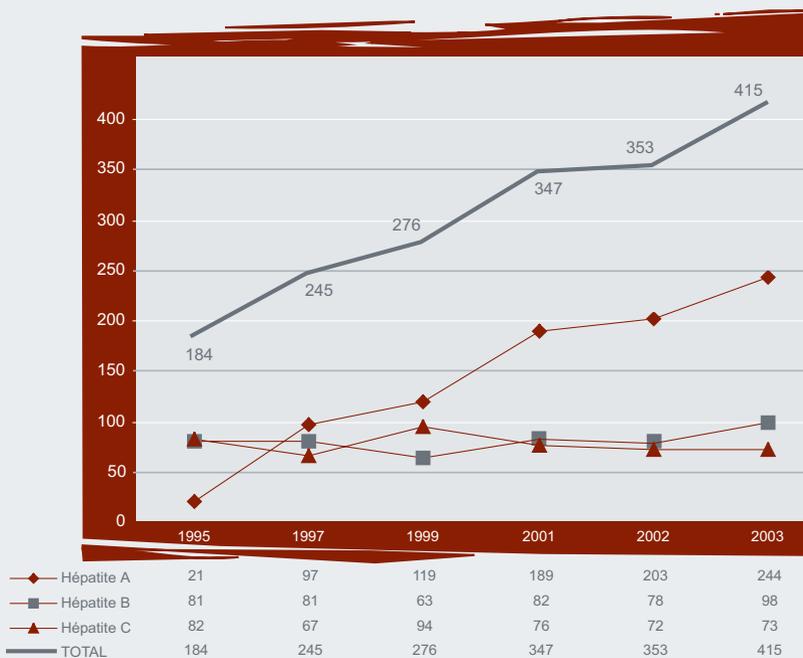
Source : EUROSTAT (2001) n.d. : Données non disponibles *Total non ajusté des délais de déclaration
 Certaines catégories de transmission peu fréquentes et les cas ne permettant pas d'identifier la catégorie ne sont pas présentés dans ce tableau. Ceci explique que le total des pourcentages par État membre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

Fig. II.1.5.5 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1983-2003)



Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité 2003

Fig. II.1.5.6 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand - Duché de Luxembourg (1995-2003)



Source: Division de l'Inspection Sanitaire. Direction de la Santé. 2003

Dans le cadre du plan d'action drogues 2000-2004 du Ministère de la Santé, **le point focal OEDT Luxembourg** a mis en œuvre un plan de recherche – action intitulé « Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages ».

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 A et B (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. Une description plus détaillée de ce projet figure sous le chapitre II.2.

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 131 en 2003 (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 buprénorphine est également pratiquée selon indication pour certains patients admis au programme. L'année 2003 a été marquée par la création d'une antenne de distribution de méthadone à Esch/Alzette et par le développement du travail avec les parents.

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) 1997-2003

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE DE PARTICIPANTS		158	186	164	158	158	151	131
DISTRIBUTION SELON SEXE								
	MASCULIN	68%	70,5%	64%	66%	68%	67,5%	63,4%
	FÉMININ	32%	29,5%	36%	34%	32%	32,5%	36,6%
NATIONALITÉ								
	LUXEMBOURG	73%	74%	76%	73%	75%	70,5%	71%
	PORTUGAL	13%	13%	13%	16%	15%	20,5%	26,6%
	ITALIE	6%	5%	5%	4%	3%	4%	2,3%
	FRANCE	4%	3%	2%	3%	2%	2%	2,3%
	BELGIQUE	1%	1,5%	1%		1%	1%	
	CAP-VERT	1%	1,5%	2%	1%	1%		0,8%
	ESPAGNE	1%	1%	0,5%				
	ALLEMAGNE		1%	0,5%	3%	2%	2%	2,3%
	EX-YOUGOSLAVIE	1%				1%	1%	0,8%
DISTRIBUTION D'ÂGE								
	< 20	d.m.	0,5%					
	20-24	d.m.	10,5%	11%	8%	3%	3%	3,2%
	25-29	d.m.	29%	25,5%	28%	22%	24%	16%
	30-34	d.m.	33%	32%	29%	32%	31%	30,5%
	35-39	d.m.	18%	20,5%	23%	27%	29%	30,5%
	≥ 40	d.m.	9%	11%	12%	16%	13%	19,8%
DURÉE DE TOXICODÉPENDANCE								
	< 3 ANS	1%	2%	2%	3%	3%	d.m.	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%	45%
	Luxembourg Ville (+alentours)	31%	29,5%	24%	32%	34%	35%	36,6%
	Nord	16%	22%	23%	20%	20%	20%	16,6%
	Est	6%	4%	5%	3%	3%	1%	1,5%
MOTIFS DE SORTIE								
	Abandons	d.m.	54%	62,5%	68%	49%	59%	60%
	Traitement à terme	d.m.	22%	16%	13%	16%	14%	6,66%
	Prison	d.m.	15%	9%	10%	5%	5%	10%
	Décès	d.m.						3,34%
	Exclusion	d.m.	3,5%	7%	3%	10%		3,34%
	Tranfert		3,5%		3%	5%		
	Convenance		2%	5,5%	3%	10%		10%
	Autres					5%		6,66%

Source: Fondation JDH 2003

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 2003 d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs.

Lorsque l'on confronte le nombre cardinal de patients en traitement de substitution au sein du réseau de médecine libérale au nombre cumulé de ces mêmes patients on retient que les 913 patients enregistrés en 2003 consultaient en moyenne 1,7 médecins prescripteurs par année.

ANNÉE	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de médecins prescripteurs	125	145	147	157	154
Nombre de cardinal ¹ de patients	745	844	849	889	913
Nombre cumulé ² de patients bénéficiaires	/	/	/	1.487	1.554
Distribution d'âge des patients (nombre cardinal)					
0-19 ans				13	30
20-24 ans				151	115
25-29 ans				227	187
30-34 ans				209	236
35-39 ans				177	202
40-44 ans				78	86
45-49 ans				22	34
50-54 ans				8	8
55-59 ans				2	5
60-64 ans					4
65-69 ans					1
70-74 ans					4
85-89 ans				1	1
90-94 ans				1	

Source : Union des Caisses de Maladie 2003

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 ».

¹ Nombre cardinal : nombre de patients différents

² Nombre cumulé : nombre total de patients comptages multiples inclus. Un patient peut en effet consulter plusieurs médecins au cours d'une année.

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 2005.

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 1997-2003

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE D'ADMISSIONS		226	251	272	247	242	249	223
NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS			70	62	66	47	57	46
NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)			158	155	161	153	158	146
DISTRIBUTION SELON SEXE								
	MASCULIN	72%	80,5%	70%	76%	77%	73,5%	68%
	FÉMININ	28%	19,5%	30%	24%	23%	26,5%	32%
DISTRIBUTION D'ÂGE								
	< 15	1%	0,20%	0%	1%	0%	0%	0%
	15-19	1%	4,80%	8%	4%	5%	8%	7,6%
	20-24	31%	24%	23%	22%	17,5%	22,7%	21%
	25-29	25%	32%	32%	31%	27,5%	29,7%	26,5%
	30-34	26%	21%	25%	24%	23,5%	20,8%	19%
	35-39	13%	16%	9%	13%	16,5%	13,9%	19%
	≥ 40	3%	2%	3%	5%	10%	4,4%	6,9%
ORIENTATION POST SEVRAGE								
	RETOUR AU DOMICILE	42%	23%	25%	12%	50,3%	35,4%	d.m.
	RETOUR À LA SCÈNE	29%	46%	31%	35%	19,7%	20,1%	
	RETOUR SC. / DOM. / INC.			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 2003

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 2002, dans le nord, à Ettelbrück. Le service de consultations à Ettelbrück fonctionne à partir de fin 2002 à raison de 2 journées par semaine en présence de 2 consultants, dans des localités mises à disposition par la commune.

Depuis 2000, JDH a conclu une convention unique avec le Ministère de la Santé.

Statistiques du centre de consultation JDH de Luxembourg -Ville 1998-2003

		1997	1998	1999	2000	2001	2002 ³	2003
NOMBRE DE CLIENTS/ FAMILLES		244	270	299	300	279	317	220
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS		120	130	180	196	174	216	118
DISTRIBUTION SELON SEXE								
	MASCULIN	68%	70%	70%	62%	55,5%	55,5%	59%
	FÉMININ	32%	30%	30%	38%	44,5%	42,5%	41%
	COUPLE						2%	
NOMBRE DE CONSULTATIONS								
	INDIVIDUELLES	534	654	628	655	756	709	687
	COUPLE/ FAMILLE	167	175	241	199	142	220	229
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)		72	77	92	70	52	39	71
DISTRIBUTION D'ÂGE								
	< 20 ANS	4%	10%	11%	12,5%	11%	9%	13,2%
	20-24 ANS	21%	20,5%	24,5%	18%	16%	21,5%	18,2%
	25-29 ANS	25%	23,5%	23%	23%	17%	17,5%	12,7%
	30-34 ANS	23%	22%	17,5%	15,5%	14,5%	13,5%	16,8%
	35-39 ANS	14%	9%	8,5%	9%	20%	18%	15,9%
	≥ 40 ANS	12%	13,5%	13%	19%	17,5%	18,5%	23,2%
	ÂGE INCONNU	1%	1,5%	2,5%	3%	4%	2%	
MOTIFS DE DEMANDE								
	ABUS D'OPIACÉS/ POLYTOXICOMANIE	72%	71%	69%	59%	52,5%	51%	43,2%
	TOXICOMANIE D'UN PROCHE	13%	12%	10,5%	20,5%	27,5%	22,5%	19%
	PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX/ PSYCHIATRIQUES	7%	9%	9%	3,5%	4,5%	4%	6,8%
	POST-CURES	2%	2%	1,5%	1%	1%	1%	5%
	ABUS D'ALCOOL	2%	0,5%	0,5%	2%	1,5%	5%	3,6%
	CANNABIS	1%	3,5%	3,5%	11%	9,5%	11,5%	16,4%
	AMPHÉTAMINES/ COCAÏNE/ LSD/ ECSTASY	1%		2,5%	1,5%	2,5%	4%	5%
	DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES	1%	0,5%	0,5%	1,5%	1%	1%	0,5%
	AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)							0,5%

Source: Fondation JDH. 2003

³Les données 2002 incluaient les admissions de l'antenne Ettelbrück qui sont listées séparément à partir de 2003

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE DE CLIENTS	166	183	169	165	199	206	159 ↓
NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS AUPRÈS DE JDHE	59(36%)	64(35%)	54(32%)	60(36%)	123(62%)	112(54%)	101(63%)
NOMBRE DE CLIENTS SANS CONTACT AVEC AUTRES SERVICES DE JDH		48(75%)	42(78%)	48(80%)	87(79%)	96(86%)	88(87%)
DISTRIBUTION SELON SEXE							
MASCULIN	62%	62%	57%	54,5%	58%	64%	61%
FÉMININ	38%	38%	43%	45,5%	42%	36%	39%
NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES ET FAMILIALES)	883	974	965	917	829	809	614
NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)	173	245	148	77	53	71	13 ↓
DISTRIBUTION D'ÂGE							
< 15 ANS				0,5%	1,5%		
15-19 ANS	6%	7%	5%	8%	3%	4,5%	9%
20-30 ANS	48%	43%	46%	32%	33%	33%	34,5%
>30 ANS	46%	50%	49%	59,5%	62,5%	62,5%	56,5%

Source: Fondation JDH 2003

Statistiques du centre de consultation JDH de Ettelbrück 2003

	2003
Nombre de clients/familles	55
Nombre de premiers demandeurs	36
Distribution selon sexe	
masculin	62%
féminin	38%
couples	
Nombre de consultations	
individuelles	257
couple/famille	51
Motifs de demande	
abus d'opiacés / polytoxicomanie	43.63%
toxicomanie d'un proche	14.55%
problèmes psychosociaux / psychiatriques	9.09%
post-cures	9.09%
cannabis	16.36%
amphétamines/cocaïne/LSD/ecstasy	3.64%
autres substances	1%
autres	1%

Source: Fondation JDH 2003

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 qu'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. Le CTM dispose néanmoins 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 en traitement de substitution.

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.

Statistiques du Centre Thérapeutique de Manternach - Syrdallschlass (1997-2003)

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)		55	55	59	56	52	52	56
NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)			39	47	43	34	57	44
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)		36	37	40	37	31	33	40
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	7.767
DISTRIBUTION SELON SEXE	MASCULIN	82%	87,5%	77,9%	75%	86,5%	74,9%	73%
	FÉMININ	18%	12,5%	22,1%	25%	13,5%	25,1%	27%
DISTRIBUTION D'ÂGE.								
	< 20	6,5%	7,2%	3,4%	8,9%	3,9%	6%	d.m.
	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%	d.m.
	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%					
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE	82,3%	85,7%	81,3%	87,5%	80,8%	85%	d.m.
	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. 2003

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.

Statistiques du projet MSF-SOLIDARITE JEUNES 1997 - 2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE DE CLIENTS	27	46	99	132	195	208	231 ↗
NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS	d.m	35	70	91	141	141	163 ↗
DISTRIBUTION SELON LE SEXE							
FÉMININ	26%	28%	26,3%	34,1%	32,3%	34,1%	31,6%
MASCULIN	74%	72%	73,7%	65,9%	67,7%	65,9%	68,4%
DISTRIBUTION SELON L'ÂGE							
< 15	7%	11%	16,1%	12,9%	13,8%	17,8%	23,8% ↗
15-18	82%	81%	73,8%	74,3%	80,9%	71,6%	63,6%
> 18	11%	8%	10,1%	12,9%	11,3%	10,6%	12,6%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE							
CANNABIS	45%	49%	65,7%	78%	72,3%	82,2%	83,1%
HÉROÏNE	33%	22%	21,2%	12,9%	7,2%	2,4%	3,5% ↗
SOLVANTS VOLATILES	7%	11%	5,1%	1,5%	0,5%	0,5%	
ECSTASY	4%	12%	3%	3,8%	3,6%	1%	0,9%
COCAÏNE		3%	1%		2,6%	1%	0,4% ↓
LSD	4%	3%	1%				
AUTRE	7%		3%	3,1%	13,8%	12,9%	12,1% ↓

Source: Solidarité Jeunes (MSF). 2003

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 2003, 7 (5) 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.

Actuellement, 18 appartements/studios sont en location. La durée de mise à disposition est longue en règle générale étant donné qu'une grande majorité de clients occupent toujours le premier logement fourni par la fondation JDH.

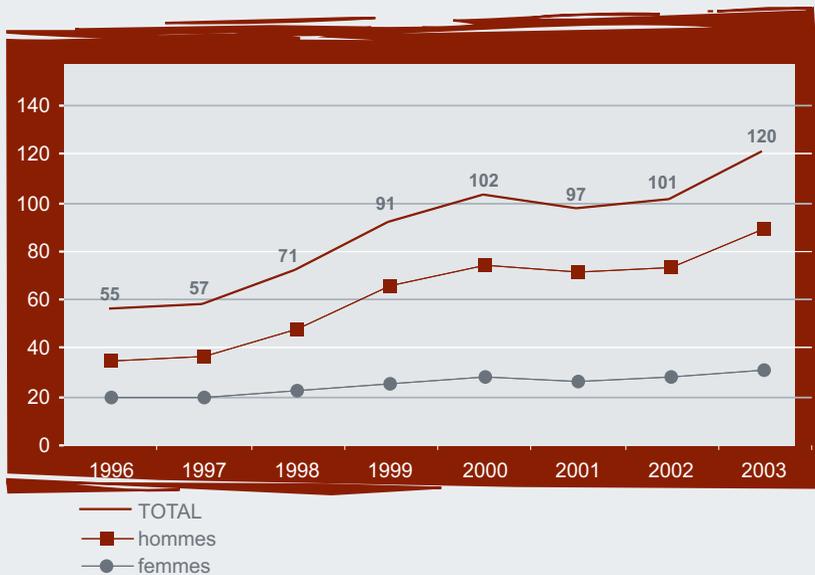
II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1996 à 2003:

GROUPE D'ÂGE	(96) (97) (98) (99) (00) (01) (02) (03)								HOMMES (03)		FEMMES (03)	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
< 20 ANS					3	3	5	3	1	1,1	0	0
20 À 25 ANS					33	26	33	23	24	27	11	35,5
> 25 ANS					66	68	63	47	64	71,9	20	64,5
TOTAL	55	57	71	91	102	97	101	120 ↑	89	74,2	31	25,8
AGE MOYEN					27,9	29,5	28	30,7	31		30	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2003.

Fig. II.1.11 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1996/2003.



Source : Administration du Contrôle Médical Exercices 1996/2003

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 1990 à 2003. Au 31 décembre 2003, la population carcérale totale s'élevait à 391 détenus. Au total on comptait 1.072 nouvelles entrées. On observait de 1996 à 2003, 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	03
NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)						713	685	858	796	859	767	641	794	1.072
NOUVELLES ENTRÉES "STUP"	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137
						41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	12,8%

Source: Administration pénitentiaire. 2003

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'un meilleur monitoring de la population cible en milieu pénitentiaire.

- Le projet global de prise en charge des personnes toxico-dépendantes en milieu pénitentiaire au Grand-Duché de Luxembourg avec le Ministère de la Justice

En 2003 le projet a connu une réorientation majeure. Dans un premier temps, le CHNP d'Ettelbrück a été chargé de la mission de redéfinir les priorités du projet global, tout en assurant la continuité des actions déjà lancées, et de proposer des actions complémentaires destinées à accroître l'impact et la visibilité du projet auprès des détenus et du personnel pénitentiaire et à mieux tenir compte des différences de situation et de besoin entre les deux centres pénitentiaires à Schrassig (CPL) et à Givenich (CPG).

Dès mars 2003 le projet s'est occupé de manière intensive des toxicomanes par la création de Groupes de paroles de détenus toxicomanes et d'un Pavillon Thérapeutique à Givenich. Ces Groupes de paroles hebdomadaires pour toxicomanes ont été constitués d'abord au CPL et ensuite au CPG. Ainsi tous les 15 jours, un service ou une institution s'occupant de toxicomanes sont invités, se présentent et répondent aux questions des détenus toxicomanes.

En 2003 il y a eu 25 groupes de paroles organisés au CPL.

Les buts de cette initiative sont multiples :

- ▶ informer les détenus des aides qu'ils peuvent trouver pendant leur détention et après celle-ci afin de prévenir les rechutes automatiques, l'aggravation de leur état (réduction des risques), et les informer sur les solutions à envisager (thérapie, aides sociales diverses) ;
- ▶ les connaître et ainsi poser les bases d'un travail de guidance individuel (case management) : préparation à la sortie, aide sociale et thérapeutique individuelle pour ceux qui en font la demande ;
- ▶ faciliter le repérage, motiver les candidats toxicomanes et les sélectionner pour le pavillon thérapeutique du CPG ;
- ▶ constituer une plate-forme d'échange avec les détenus toxicomanes ;
- ▶ afin de les faire participer autant que possible à toutes les orientations et réalisations futures du projet ;
- ▶ et afin de diffuser les informations à tous les autres détenus.

Quant au Pavillon Thérapeutique à Givenich, il a été décidé en juin 2003 que l'un des pavillons de la prison ouverte de Givenich sera destiné à une prise en charge thérapeutique de toxicomanes.

Un groupe de travail chargé de préparer ce volet du projet a été constitué avec divers représentants du personnel du CPG. Des visites de travail ont été organisées par le Projet en France et en Belgique. Le groupe de travail a opté alors pour le concept de programme thérapeutique de Ruiselede (Belgique) et s'est donné l'objectif de l'adapter au contexte de Givenich. Une procédure d'admission pour les candidats a été entamée au CPL comme au CPG.

Fin 2003, les préparatifs ont été achevés et la date d'ouverture du Pavillon thérapeutique du CPG a été fixée au 5 janvier 2004.

La capacité du Pavillon s'élève à 6 personnes. Le programme afférent dure 8 mois. Au total, en moyenne, 9 détenus toxicomanes peuvent bénéficier d'un encadrement thérapeutique. De multiples collaborations permettent une prise en charge variée : thérapies de groupe, individuelles, cours de comportement social, d'administration sociale, sport, etc.

Mettant l'accent sur une implication active des détenus au projet, ces initiatives ainsi que les centaines d'heures de réunions avec les professionnels des milieux pénitentiaires ont posé les bases solides pour réaliser le programme du projet à long terme concernant :

- ▶ l'échange de seringues ;
- ▶ les programmes thérapeutiques avec les détenus ;
- ▶ le travail de prévention (prévention des risques et de la rechute, prévention de la consommation) ;
- ▶ la prévention santé en général ;
- ▶ la formation et la sensibilisation du personnel à la toxicomanie.

La continuité de l'évaluation interne a également été assurée en 2003.

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

Les membres des équipes CNDS, 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 - 2003

		1998	1999	2000	2001	2002	2003
NOMBRE DE DÉTENUIS PRIS EN CHARGE		43	61	73	75	74	72
NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION		260	401	478	434	449	389
SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH		63%	36%	34%	32%	46%	64%
DISTRIBUTION SELON SEXE							
	FÉMININ	17%	8%	14%	16%	11%	11%
	MASCULIN	83%	92%	86%	84%	89%	89%
DISTRIBUTION SELON ÂGE							
	15-19		3%	0%	3%	3%	3%
	20-24	28%	14%	20%	17%	20%	12%
	25-29	35%	52%	36%	33%	37%	35%
	≥ 30	37%	31%	43%	47%	40%	50%
SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE							
	HÉROÏNE ET POLYTOXICOMANIE	86%	93%	93%	84,5%	86,5%	80%
	COCAÏNE				1%	2,5%	2,5%
	AUTRE	14%	7%	7%	14,5%	11%	17,5%

Source: Fondation JDH, 2003

- 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 2003, 191 (169) personnes ont suivi un traitement de substitution (Méthadone, Subutex, Burgondin) au sein du CPL. La dose moyenne pour la méthadone était de 35 mg par jour, se situant dans une marge de 2,5mg à 110mg. La durée moyenne de traitement à la méthadone en 2003 était de 99 (97) jours.

81 (94) patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés dans une autre institution. 81 (46) 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. 17 (24) patients substitués ont été réincarcérés durant l'année 2003. 5 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 2003, 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 personnes sont de sexe masculin et consommateurs de drogues dures dont l'une a également utilisé la voie intraveineuse.

493(458) 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	2003
HÉPATITE A:	90 cas	125	172	115	267	310	335
HÉPATITE B:	63 cas	70	74	43	104	102	128
ANTIGÈNE HBS:	7 cas	5	8	5	9	11	17
ANTICORPS HBS:	18 cas	34	29	44	91	129	112
HÉPATITE C:	69 cas	78	82	54	85	80	98
SYPHILIS:	2 cas	1	3	2	13	3	4
Nb. TOTAL D'EXAMENS SÉROLOGIQUES	221	252	282	185	432	458	493

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
HÉPATITE A:	46	71	79	51	125	164	152
HÉPATITE B:	7	7	6	4	3	5	9
HÉPATITE C:	19	17	28	23	30	27	33

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
HÉPATITE B ET C:	21	20	19	7	18	10	11
HÉPATITE A ET B ET C:	16	30	20	14	23	24	23
HÉPATITE A ET B:	17	13	29	18	62	63	85
HÉPATITE A ET C:	11	11	15	10	16	19	31

Source: Comité de surveillance du Sida 2003

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 2003/2004

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).

Octobre 2003 : Début de campagne contre la violence, l'alcool et les drogues illicites menés par le Police Grand-Ducale.

Février 2004 : Lancement par le Centre de prévention des toxicomanies, en collaboration avec la Division de la Médecine préventive du ministère de la Santé, d'une campagne de sensibilisation à l'abus des médicaments psychotropes.

Chapitre II.2

Sommaire des travaux de recherche récents

II.2.1 *Origer, A. & Removille N. (in press). **Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Dépistage, vaccination HAV et HBV, orientation et réduction des risques et dommages. Point focal OEDT Luxembourg - CRP-Santé, Luxembourg.***

OBJET

Déterminer la prévalence des anticorps anti-HIV, anti-HCV, anti-HAV, anti-HBc (core), anti-HBs et antigène HBs (surface) dans la population des usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Analyse transversale de la relation entre les infections étudiées et d'autres facteurs observables. Offre de vaccination contre les hépatites A et B. Orientation vers des centres de traitement appropriés.

BUT

- 1° Etablir un 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, et promouvoir la réduction des risques. Connaissance par l'utilisateur lui-même de sa sérologie HAV, HBV, HCV et HIV. Réduction des risques et dommages pour l'utilisateur et son entourage. Prévention, par vaccination d'un maximum de personnes, de la propagation de l'hépatite A et B.
- 2° Récolte des données de prévalence valides pour permettre de mesurer l'ampleur réelle et la progression du HBV, HCV et du HIV parmi la population cible.
- 3° Diagnostic précoce et réduction des complications pathologiques de ces maladies, orientation vers une prise en charge médicale, visant une augmentation de la qualité de la vie et, dans le meilleur des cas, une prolongation de la durée de vie des personnes concernées (réduction de la mortalité, morbidité).
- 4° Les données qualitatives pourront permettre de déterminer des facteurs de risques et des facteurs protecteurs face à ces maladies infectieuses pour la population cible. Ceci permettra la conceptualisation des stratégies de prévention et de réduction des risques.
- 5° Les données de prévalence constitueront une base valide à l'évaluation de l'impact des stratégies d'intervention passées et futures.
- 6° Recommandations pour la mise en place d'un réseau permanent d'observation et d'intervention en matière de maladies infectieuses en faveur de la population cible.

METHODOLOGIE

Le questionnaire de type quantitatif permettra l'analyse des facteurs associés. Le questionnaire se base sur des questions de type socio-démographiques, consommation de drogues d'acquisition illicite, modèles de consommation; comportements sexuels, passé judiciaire et pénal, etc. Une analyse biologique après prélèvement sanguin permettra d'identifier le nombre de cas contaminés par les hépatites A, B, C et le HIV. Les usagers de drogues répondant aux critères de sélection seront recrutés, dans les structures spécialisées bas seuil, les centres de traitement résidentiels et et le Centre Pénitentiaire de Luxembourg. Toute participation à l'étude est volontaire et anonyme et non rémunérée.

CALENDRIER DES ACQUIS:

12/2001	Accord de financement de la part du Fonds de lutte contre le Trafic des Stupéfiants.
17/09/2002	Avis favorable du Comité National d'Ethique de Recherche.
01/08/2003	Engagement de la coordinatrice de recherche et initialisation du projet.
08/2003-01/2004	Concertation bilatérale avec les sites d'intervention, les départements CRP-Santé et CHL.
02/2004	Elaboration d'une convention entre le CHL (Centre Hospitalier de Luxembourg)-Service National des Maladies Infectieuses et le CRP-Santé.
30/03/2004	Signature du protocole de recherche.
19/04/2004	Demande d'autorisation préalable à la Commission Nationale de Protection des Données (CNPD).
05-06/2004	Réunions de concertation avec les sites d'observation.
06/2004	Validation des outils méthodologiques.
24/06/04	Approbation de la version modifiée du « consentement libre et éclairé » et de la version définitive du questionnaire par la CNER.
01/07/04	Validation des traductions portugaise et allemande des outils de collecte de données.
/08/04	Signature de la convention entre le CHL (Centre Hospitalier de Luxembourg)-Service National des Maladies Infectieuses et le CRP-Santé.

CALENDRIER PREVISIONNEL

12/04	Accord de la CNPD pour le commencement officiel de la récolte des données.
01/05	Engagement d'un/e investigateur(rice) chargé(e) de la collecte de données.
01/05	Début de la collecte de données, prises de sang et programme de vaccination.
01/05-06/05	Récolte et analyse statistique des données.
07/05	Fin de l'analyse statistique des données.
10/05	Rapport final.

II.2.2 *Brünnet S., Dellucci H., Dumortier, N. Grün H., Moyses A. (2003). **Etude empirique sur l'évolution des participants au Programme de Substitution 2000-2001**, Fondation Jugend-an Drogenhëllef, Luxembourg.*

HISTORIQUE DE L'ÉVALUATION

Le Programme de Substitution s'inscrit dans le cadre d'une thérapie à long terme et vise, par une distribution contrôlée d'une substance de remplacement à l'héroïne, à améliorer l'état de santé physique et psychique et contribuer à une meilleure insertion socio-professionnelle de la personne toxicomane chronique. L'objectif principal est la diminution, voir l'arrêt de la consommation d'opiacés illicites.

Le but de l'étude est l'évaluation de l'impact du traitement de substitution chez les participants durant les années 2000 et 2001. L'observation longitudinale porte essentiellement sur 3 domaines principaux : l'insertion socio-professionnelle, l'état de santé et la consommation de substances psychoactives.

L'échantillon de l'étude est constitué de 189 personnes. Ces personnes ont été regroupées par durée de prise en charge (allant de 6 mois à 1, 2, 3 et 4 ans et plus). Les données analysées ont été recueillies par entretien d'anamnèse standardisé et par questionnaire auto-administré au moment de l'admission et, pour les différents groupes, à différents moments de la prise en charge.

L'analyse de la situation des participants à l'admission montre que parmi les 189 participants, 135 sont de nouveaux clients, deux tiers sont des hommes, 72% sont de nationalité luxembourgeoise et l'âge moyen est de 34,1 ans. La majorité des personnes dans l'échantillon sont célibataires, la proportion de personnes mariées ou vivant dans une relation stable est de 33,5 % et 43 % sont parents.

L'INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

La situation de logement

Autant à l'admission que par la suite, trois modes de vie semblent prépondérants : le mode de vie seul, avec les parents et en couple. A travers tous les groupes, la proportion des personnes vivant dans un logement stable augmente par rapport au moment de l'admission et la proportion des personnes vivant avec leurs parents semble diminuer, tandis que le mode de vie en couple augmente. Ces résultats descriptifs vont dans le sens d'une plus grande autonomie de la personne substituée.

La situation professionnelle

Au moment de l'admission, 23% des personnes présentent un emploi stable, 23,6% perçoivent le RMG et 20,2% de personnes ne travaillent pas. Au cours de la prise en charge la proportion des personnes avec un emploi stable augmente (26,9 – 45,5%). Les personnes prises en charge à long terme maintiennent un niveau d'activité nettement supérieur qu'au moment de l'admission. L'évaluation confirme une amélioration en terme d'activité professionnelle à moyen terme pour les personnes sous substitution.

La situation financière

Au moment de l'admission, la source de revenus pour la majorité des personnes est le RMG ou les allocations de chômage (59 personnes sur 180). 23,3% vivent de leur salaire, 14,4% reçoivent de l'argent de leurs parents et 7,8% de leur partenaire. L'aide sociale, la prostitution et les revenus illégaux sont mentionnées en faible proportion et disparaissent au cours de la prise en charge en tant que source de revenu primaire. Les sources de revenu les plus importantes, après l'admission et à travers les groupes aux différents moments de la prise en charge, sont le salaire (30,4 – 45,5%) et la catégorie RMG/chômage (38,5 – 56,5%).

A l'admission, 48,9% des participants déclarent se trouver en situation d'endettement. Au fil de la prise en charge, on peut noter que la situation pour un tiers des personnes endettées reste inchangée mais que deux tiers n'ont plus de dettes à assumer. Les proportions des personnes se soumettant à un remboursement régulier augmente et dépasse largement la moitié des personnes se disant endettées. Globalement, la situation financière semble s'améliorer grâce à une gestion financière plus régulière et une meilleure insertion au niveau socio-professionnelle.

La situation judiciaire

Sur 144 réponses, une majorité des personnes ont déjà fait objet au moins une fois d'une interpellation par les forces de l'ordre. Au cours de la prise en charge, même que dans chaque groupe se retrouvent des personnes une ou plusieurs fois interpellées par les forces de l'ordre, une large proportion ne connaît pas de nouvelle interpellation.

L'ETAT DE SANTE

L'état subjectif décrit par la personne lors de son admission

Sur 95 réponses obtenues, 65 personnes déclarent avoir développé une hépatite C, 24 une hépatite B et une personne une maladie du SIDA. Dès le début de la prise en charge, la majorité des personnes déclarent une amélioration de leur état de santé ressenti subjectivement (55,6%). Les groupes maintiennent un certain taux d'amélioration à travers les différents moments de la prise en charge.

Peu de personnes déclarent une détérioration (7,4%), sauf le groupe de personnes qui en sont à 3 ans de prise en charge déclare une détérioration plus importante.

Les comportements à risque : tentatives de suicide et surdoses

A l'admission, sur 182 réponses données, la majorité des personnes disent jamais avoir entrepris de tentative de suicide (56,6%). Au total, 43,4% des personnes déclarent avoir eu une ou plusieurs tentatives de suicide. Au cours de la prise en charge, on remarque que durant la première année, les tentatives de suicide augmentent (5 cas sur 26) et au fil du temps elles restent épisodiques.

A l'admission, sur 184 réponses, la majorité (52,4%) des personnes ont déjà eu au moins un ou plusieurs épisodes de surdosage. Au fil de la prise en charge, la proportion des personnes indiquant l'absence de tout surdosage reste très élevée. Cependant, une proportion non négligeable de personnes indiquent un ou plusieurs épisodes de surdosage, surtout au début de la prise en charge. Les comportements à risque restent bien présents.

LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (EVALUATION SUR UNE ANNEE)

Les analyses urinaires

Les analyses urinaires font partie d'un cadre strict et obligatoire pendant les premiers mois de la prise en charge et par la suite, elles se font sur demande du client ou de l'intervenant. Elles restent cependant obligatoires pour les personnes ayant à charge des enfants.

La période d'observation s'étend sur la seule année 2001 où 158 personnes ont été prises en charge par un traitement de substitution.

La consommation d'opiacés

Au moment de l'admission, la majorité des personnes qualifient l'héroïne de première drogue préférentielle. La cocaïne et le cannabis constituent les deux autres drogues les plus fréquemment évoquées.

On peut noter que dès les 6 premiers mois de la prise en charge près d'un tiers des personnes présentent des analyses sans aucune trace d'opiacés. Au fil du temps, cette proportion chute après un an et se stabilise autour d'un quart des personnes observées. Globalement, 48 personnes sur 101 (47,6%) présentent des résultats d'une consommation fortement réduite, c.-à-d. des analyses urinaires ne montrant aucune consommation dans au moins deux tiers des tests effectués. Néanmoins, près de la moitié de l'échantillon ont des résultats jamais ou quasiment jamais négatifs, cette proportion baissant à partir de deux ans de prise en charge. Une grande partie des personnes substituées continue, malgré la prise de méthadone, à consommer de l'héroïne.

L'évaluation montre toutefois que plus la durée de prise en charge augmente, plus la proportion des analyses négatives devient importante.

La consommation d'autres substances psychoactives

La consommation d'opiacés est souvent associée à d'autres substances psychoactives.

63,4 % des personnes (64 sur 101) n'ont pas eu de consommation de **cocaïne** pendant l'année 2001. Pour 29 personnes (28,7%) plus de deux tiers des analyses se sont révélées négatives à la cocaïne. Aucun des participants a montré des traces métaboliques de cocaïne dans toutes les analyses. La consommation de cocaïne, assez faible dans la majorité des cas, connaît une résurgence après six mois de prise en charge.

L'étude ne fait aucune distinction entre **benzodiazépines** prescrites et non-prescrites. La consommation de benzodiazépines montre une proportion accrue de consommation additionnelle après 6 mois à un an de prise en charge. Contrairement à la consommation de cocaïne, une faible proportion des personnes montre une consommation régulière de benzodiazépines.

La consommation additionnelle **d'amphétamines** reste tout à fait épisodique et a été détectée chez 3 personnes à différents moments de prise en charge.

En ce qui concerne le **cannabis**, cité lors de l'admission au traitement comme l'une des principales drogues secondaires ou préférentielle, il s'avère au total que 47 personnes sur 127 ne présentaient pas de traces dans les urines pendant toute la période d'observation. Quarante-vingt personnes étaient décelées positives, c.-à-d. que la consommation additionnelle de cannabis est répandue dans deux tiers des cas. Le cannabis reste à l'heure actuelle une des substances additionnelles les plus consommées.

Quant à l'abstention totale de toute substance psychoactive, l'observation sur 101 participants révèle que la très grande majorité des personnes montrent la présence, à un moment ou l'autre, de traces métaboliques de substances psychoactives. Cette proportion semble encore atténuée pour les personnes qui en sont à 6 mois ou un an de prise en charge. Une minorité de personnes présentent une abstinence totale.

CONCLUSION

En général, on peut dire qu'un quart des participants réussit à abandonner la consommation d'héroïne, un autre quart réussit à la réduire de manière significative. L'autre moitié continue à en consommer de manière plus ou moins régulière.

L'étude constate deux faits apparemment contradictoires, d'un côté une amélioration au niveau de l'insertion sociale et de l'autre, une continuation de consommation additionnelle de substances psychotropes.

Le traitement de substitution permet aux patients une structuration, voire une normalisation de la vie quotidienne. L'abstinence totale n'est pas nécessairement la condition pour une amélioration de la situation sociale du patient mais plutôt la possibilité de se libérer des contraintes de la consommation compulsive de l'héroïne illégale et de bénéficier d'un soutien professionnel.

En ce qui concerne la consommation additionnelle de substances psychotropes, il semble qu'elle constitue pour le patient une sorte d'automédication ayant pour fonction la recherche d'un équilibre psychique, surtout quand celui-ci est menacé ou fragile. L'étude montre notamment que le premier temps de la prise en charge reste le moment le plus critique.

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 extrahospitalière, de la toxicomanie 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). En 2000, le PFN a été intégré au CRP-Santé.

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 2003

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://eddra.emcdda.eu.int/>)

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 drogues 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 drogues, 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 11 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'information, 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 de 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 (paraméthoxyamphétamine ou 4-Méthoxyamphétamine).

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://eib.emcdda.eu.int/>)

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'un 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://qed.emcdda.eu.int>)

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.eu.int/> 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 45 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

Le centre d'information et de documentation (DIC) 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

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 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 d'usagers problématiques de drogues 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 psychoactifs HRC illicites ainsi que des produits psychoactifs 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 2003, 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 toxicodépendantes 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 retenues**¹

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.

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.

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 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.).

III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2003

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 interpellés 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.

Tableau III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2003

INSTITUTION	NOMBRE D'ADMISSIONS (A) ET/ OU CONSULTATIONS (C) ET/OU CONTACTS (CO) OU INTERPELLATIONS (I)				NOMBRE DE PERSONNES INDEXEES						
	94	96	98	2000	2002	2003	94	96	98	2000	2002

TYPE ANBULATOIRE

JDH LUXEMBOURG (C)	1662	1086	829	924	929	916	284	308	270	300	317	220
JDH CONSULT. PRISON (C)			260	478	431	389			43	73	73	72
JDH ESCH/ALZETTE (C)				576	614		130	175	209	165	206	159
PROGRAMME METHADONE					308		51	128	186	158	151	131
MSF-SOLIDARITE-JEUNES (A)			35	91	141		/	/	46	132	208	231
CENTRE EMMANUEL (C)	2	7	15	42	/		2	7	10	39	97	114

TYPE RÉSIDENTIEL

CT MANTERNACH (A)	48	58	39	43	57	44	48	55	56	56	52	56
-------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

TYPE BASE-SEUIL

ABRIGADO - SZENE	6.456	8.525	11.834	16.588								
------------------	-------	-------	--------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

KONTAKT (CO)

/ / 11.531

JDH ESCH/A. PORTE OUVERTE (C)

974 1.249 1.317

TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES SPECIALISEES (avec comptages multiples) ²

515 673 820 923 1.104 1.038

UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES ³

CHNP-BU-V (A)	249	251	251	247	249	225	148	157	158	161	158	146
CHL							≈ 70	≈ 70	50	56	47	45
CLINIQUE STE.THERESE							d.m.	d.m.	d.m.	32	40	43
HVEA							≈ 90	37	28	53	33	26
CLINIQUE ST. LOUITS							d.m.	13	15	14	11	22

SOUS-TOTAL : INSTITUTIONS HOSPITALIERES (avec comptages multiples)

≈ 308 ≈ 277 243 316 289 282

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

94 96 98 2000 2002 2003

INSTITUTIONS A L'ETRANGER 50 55 71 102 101 120

TOTAL : INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES)⁴
 ≈ 873 ≈ 1.005 1.134 1.341 1.494 1.440
 / / 757 / / /

INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES

CPL 210 259 167 161 101 137
 CPG 30 33
 POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES 1.100 1.368 1.170 1.758 2.217 2.270

TOTAL INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) 1.340 1.660 1.337 1.919 2.318 2.470

TOTAL CUMMULE DES INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE INSTIUTIONS RÉDUCTION DE L'OFFRE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES) 2.213 2.665 2.471 3.260 3.812 3.910
 d.m. d.m. d.m. 1.024 d.m. d.m.

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 2003 la base RELIS a recensé 794 (901) 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 4.364 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 que la **couverture moyenne de réponse** par rapport à 2002 est restée stable

CATEGORIE	QUESTIONS N°	ITEMS	% 1999	% 2000	% 2001	% 2002	% 2003
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	1-6	10	96,96	96,62	97,45	97,18	97,54
SCOLARITÉ	7	4	62,60	42,45	45,12	50,17	50,11
FAMILLE D'ORIGINE	8	9	34,52	36,30	38,01	43,82	44,12
SITUATION RÉSIDENTIELLE	9	4	55,02	53,12	57,06	52,33	54,03
SITUATION PROFESSIONNELLE	10	5	31,08	36,42	39,23	65,15	59,23
SITUATION FINANCIÈRE	11	2	39,61	46,38	46,32	52,27	54,70
SITUATION JUDICIAIRE	12	4	60,10	68,34	73,48	71,37	70,23
DONNÉES MÉDICALES	13	6	61,21	65,37	63,14	60,23	62,07
COMPORTEMENTS À RISQUE	14	3	30,00	32,87	29,13	42,05	41,08
CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES	15	8	90,05	92,77	92,45	93,01	94,01
FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	16	1	36,46	40,00	32,80	44,95	42,08
CONTEXTE DU PREMIER CONTACT							
AVEC DROGUES ILLICITES	17	2	24,04	27,45	28,02	29,52	28,64
LIEU D'ACHAT ET D'APPROVISIONNEMENT	18	3	53,75	57,86	57,23	60,38	59,23
RAISONS DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION	19	1	24,53	26,52	25,86	29,52	30,01
PREMIÈRE DEMANDE DE TRAITEMENT	20	4	31,50	31,35	29,15	32,40	28,54
TRAITEMENT ACTUEL	21	3	100	100	100	100	100
SÉJOURS PASSÉS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL	22	2	30,00	33,00	36,15	37,18	37,11
LIEU D'APPROVISIONNEMENT DU MATÉRIEL D'INJECTION	23	1	25,87	31,60	37,45	33,63	34,80

III.2.5 Résultats et analyses

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 2003 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 2003 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2003.

Les résultats suivis des signes (↑) et (↓) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2003. Sauf indication contraire, les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 2002.

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.

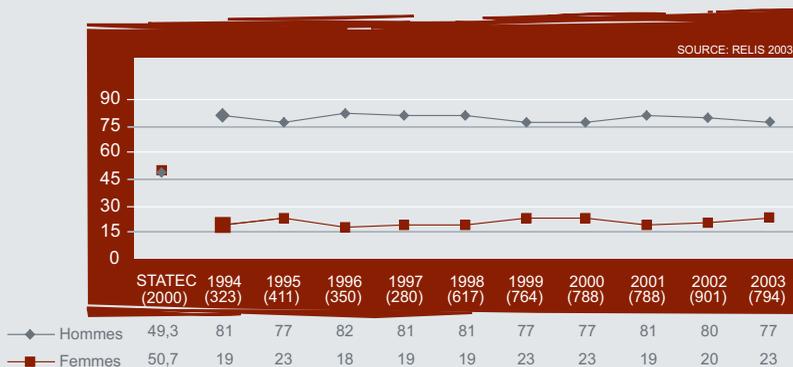
Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (*Source : Annuaire statistiques 1995-2004 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC)).*

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

III.2.5.a RELIS 2003 - SOMMAIRE DES DONNEES

3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

La distribution de 77%* d'hommes et de 23% de femmes (n**=794) 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

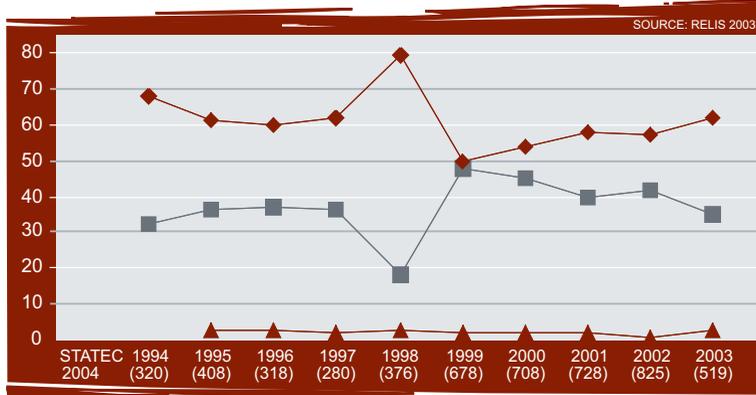
STABLE

METHODOLOGIE

- * Pourcentage valides / réponses connues
- ** Nombre de réponses connues (répondants retenus)

4. NATIONALITE

Fig 4. Nationalité. 1994-2003 (% valide)



◆ Luxembourgise	68	61	60	62	79	50	54	58	57	62
■ Etrangère	32	36	37	36	18	48	45	40	42	35
▲ Lux. naturalisée		3	3	2	3	2	2	2	1	3

COMMENTAIRES

62% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 519). Actuellement la distribution selon la nationalité affiche une proportion d'étrangers plus au moins égale à celle observée en population générale.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen des personnes de nationalité étrangère:** 29 ans et 7 mois (↓) (29 ans et 8 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: 20 années et 11 mois (↓) (22 années et 1 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 baisse à partir de 2000.

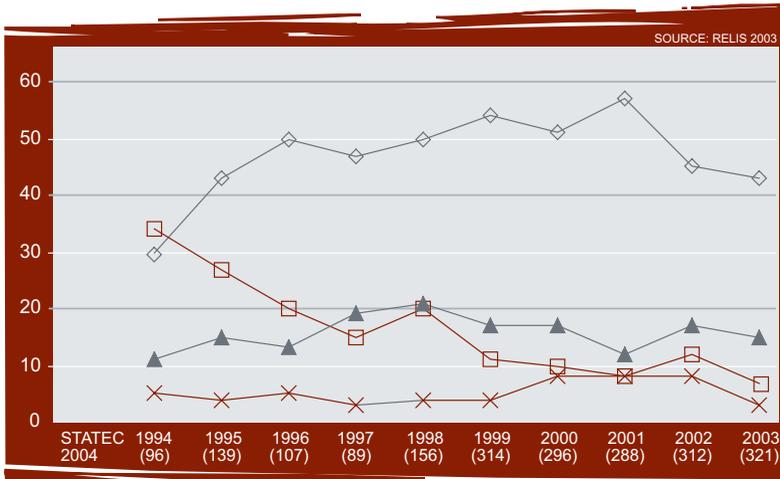
- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affiche une tendance continue à la hausse de 1994 à 2001. En 2002 et 2003 cependant on constate une diminution de la durée de séjour ce qui peut être dû à l'arrivée de nouveaux ressortissants étrangers plus jeunes avec des carrières toxicomanes plus courtes.

4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 2003 ¹	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
PORTUGAL	35,5	30	43	50	47	50	54	51	57	45	43
ITALIE	12,3	34	27	20	15	20	11	10	8	12	7
FRANCE	12,6	11	15	13	19	21	17	17	12	17	15
BELGIQUE	9,3	5	4	5	3	4	4	8	8	8	3
ALLEMAGNE	6	6	3	1	3	0	5	4	5	5	5
ROYAUME UNI	2,7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAYS BAS	2,1	2	1	2	0	0	1	0	0	1	0
ESPAGNE	1,7	0	0	0	0	5	4	3	1	1	2
GRÈCE	0,7	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL : AUTRES EU	3,3	0									
CAP VERT		2	4	3	2	0	2	1	2	2	2
AFRIQUE		2	1	3	3	0	1	1	2	3	3
EX-YOUGOSLAVIE		2	2	3	7	0	2	1	3	4	4
ETATS UNIS		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL : AUTRES NON-EU	13,8	8	7	9	12	0	5	4	1	2	10
N	164.700	96	139	107	89	156	314	296	288	312	321

¹ Les chiffres STATEC 2003 se rapportent au 01/01/2003. Population totale 448.300

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-2003 (% valide)



	STATEC 2004	1994 (96)	1995 (139)	1996 (107)	1997 (89)	1998 (156)	1999 (314)	2000 (296)	2001 (288)	2002 (312)	2003 (321)
—◇— Portugal		30	43	50	47	50	54	51	57	45	43
—□— Italie		34	27	20	15	20	11	10	8	12	7
—▲— France		11	15	13	19	21	17	17	12	17	15
—×— Belgique		5	4	5	3	4	4	8	8	8	3
Autre		18	11	12	16	5	14	15	15	18	32

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des pays limitrophes tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 23 % (28 %).

TENDANCES

- Nette prépondérance de citoyens portugais dans le groupe des personnes de nationalité étrangère, tout en insistant sur la baisse significative par rapport à l'année 2001 (57%). **L'Italie**, un autre pays d'origine très représenté, a connu une dégression discontinue depuis 1994. **La France**, bien représentée aussi, semble afficher une tendance stable. Les ressortissants portugais sont les seuls à être largement surreprésentés en référence à la distribution en population générale (cf. STATEC 2001).

- Stabilisation du nombre de **personnes originaires des pays limitrophes**.

- Le nombre total d'usagers problématiques de drogues **originaires de pays hors EU** affiche à nouveau une augmentation sensible en 2003 : 14% (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'AGE

Fig 5. Distribution selon l'âge 1994-2003 (% valide)

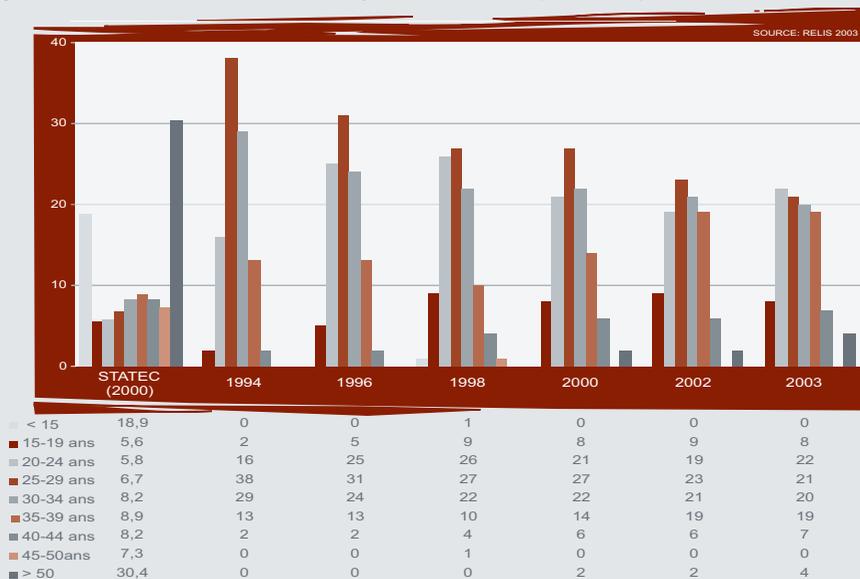
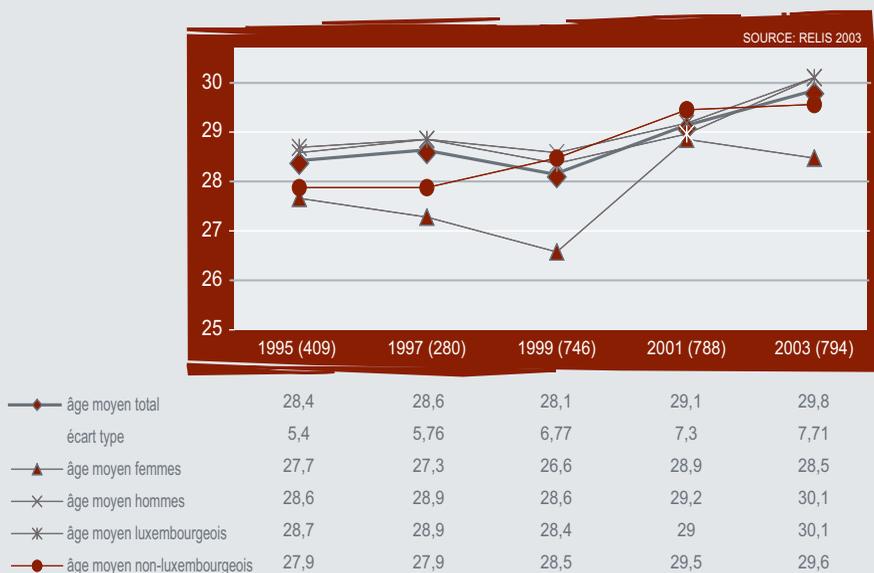


Fig 5.bis Age moyen/écart (années,mois). 1995-2003.



COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/03, **l'âge moyen** des 794 personnes recensées en 2003 était de **29 ans et 9 mois** 📈 présentant un **écart type de 7.71** 📈.
- Concentration des effectifs 62% (63%) entre 20 et 34 ans.
- 50 % 📈 (48%) des sujets affichent un âge supérieur à 29 ans.
- 3 % 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 150.

TENDANCES

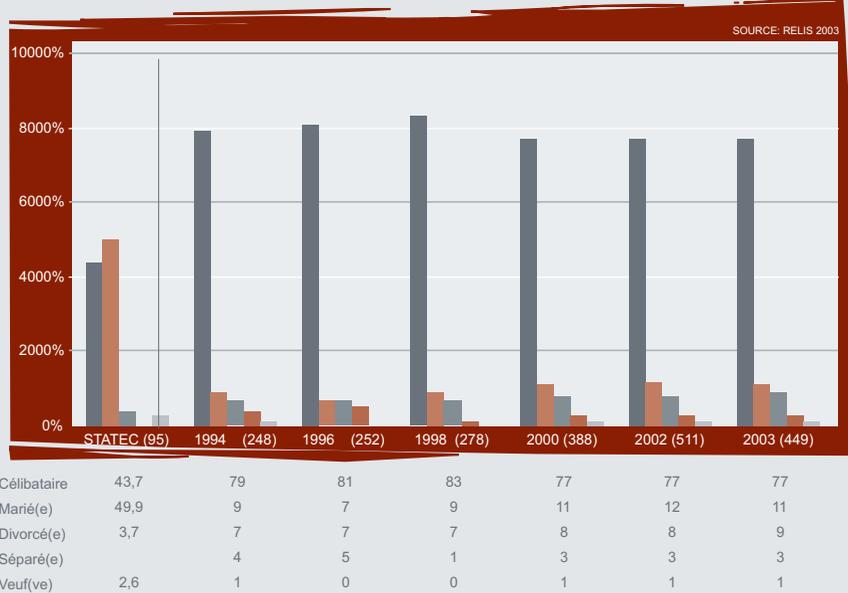
- L'âge moyen, toutes catégories confondues, témoigne d'une tendance générale à la hausse. Une analyse longitudinale des données révèle que la classe d'âge de 15 à 19 ans a connu une hausse depuis 1994 et que la classe d'âge de 20 à 34 ans affiche une tendance générale à la baisse. Il est important de noter que la proportion de **personnes âgées de plus de 34 ans** n'a cessée d'augmenter depuis 1996 (2003 : 30%, 2002 : 27%) 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 supérieur de quatre mois à celui des répondants d'origine étrangère.
 - La **différence d'âge selon le sexe** après avoir donné l'impression de s'estomper, est marquée à nouveau en 2002 par une hausse de l'âge des hommes et une baisse de celui des femmes, tendance qui reste stable en 2003. 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.
-

5.1 DISTRIBUTION D'AGE SELON LE SEXE ET LA NATIONALITE (2003)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	29 ans et 3 mois (1998: 26a10m)	FEMMES	28 ans et 6 mois (1998: 26a4m)
	MASCULIN	30 ans et 4 mois (1998: 28a2m)	HOMMES	30 ans et 1 mois (1998: 27a10m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	27 ans et 11 mois (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOIS	30 ans et 1 mois (27a10m)
	MASCULIN	29 ans et 11 mois (1998: 28a11m)	ÉTRANGERS	29 ans et 7 mois (28a9m)

6. ETAT CIVIL

Fig 6. Etat civil du répondant. 1994-2003 (% valide)



TENDANCES

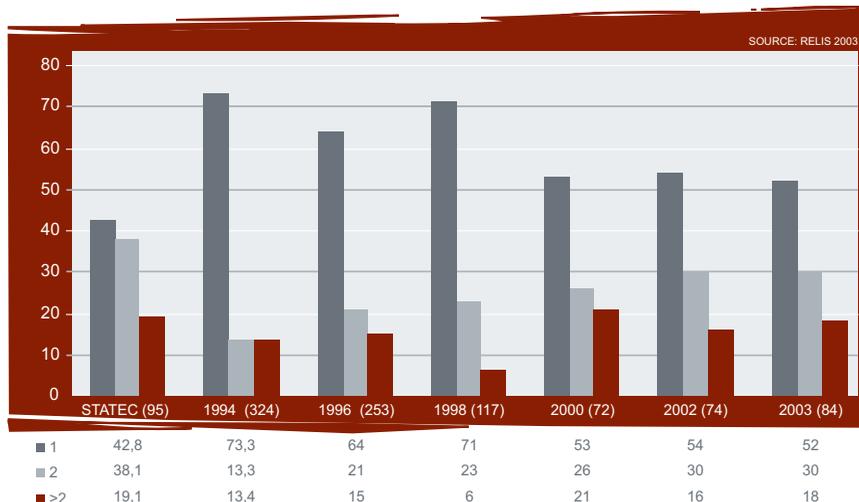
- Stable

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. 1994-2003 (% valide)



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 34% ↓ (45%) des personnes recensées n'ont pas d'enfants.
- 10% ↑ (7%) 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.

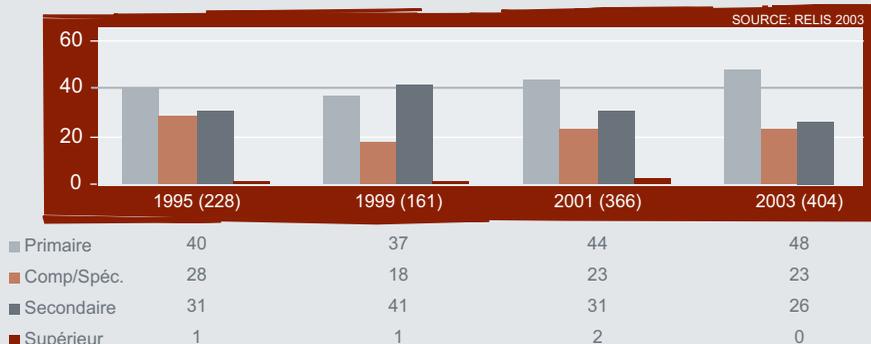
TERMINOLOGIE

- 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. 1995-2003 (% valide)



7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

Fig 7.2 Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-2003 (% valide)

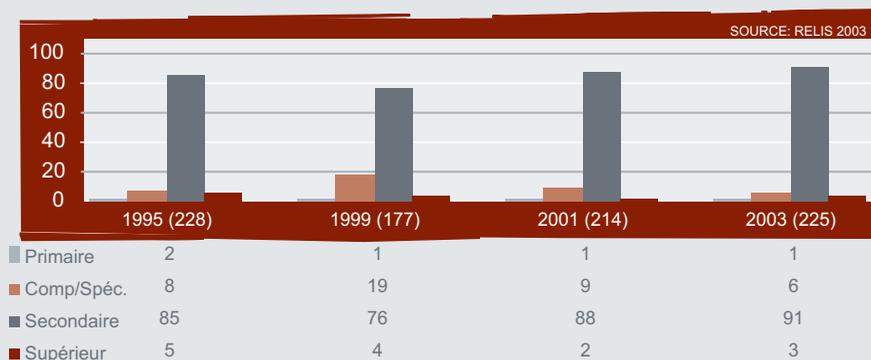


Fig 7.2 bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2003



COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 48% (↕) (47%) ont terminé uniquement un **cycle d'études primaires**; 23% (22%) 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% (stable) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 26% (30%) qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 16% de l'enseignement secondaire classique, pour 34% du technique, pour 40 % du professionnel et pour 9% de filières polyvalentes ou non spécifiées.
- 15% (↕) (n=301) des répondants étaient **en cours de scolarisation** en 2003.
- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité:** 16 ans et 11 mois (17 ans et 2 mois) (n=269). Ecart type : 2,82.

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.

MÉTHODOLOGIE

- Les 15% (12%) 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	1996	1998	2000	2002	2003
2 parents en vie	75	75	78	76	75	75
2 parents décédés	4	7	3	4	5	6
1 des parents décédé	21	18	19	19	20	19
Père décédé	15,2	15,9	15	14,6	17,2	13,8
Mère décédée	5,8	2,1	4	4,4	2,9	5
N	264	247	212	294	411	354

COMMENTAIRES

- Au moment du recueil des données, 19% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 6% des sujets avaient perdu les deux parents..

TENDANCES

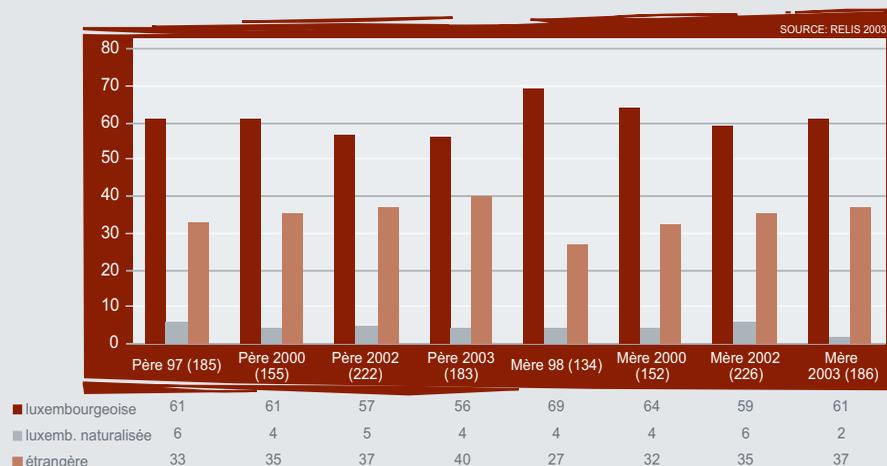
STABLE

MÉTHODOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1997-2003 (% valide)



TENDANCES

- La distribution selon la nationalité des parents témoigne d'une hausse progressive des parents de nationalité non luxembourgeoise.

TERMINOLOGIE

Les données se rapportent aux parents biologiques.

8.3 ETAT CIVIL DES PARENTS

Fig 8.3 Etat civil des parents. 1994-2003 (% valide)

**TENDANCES**

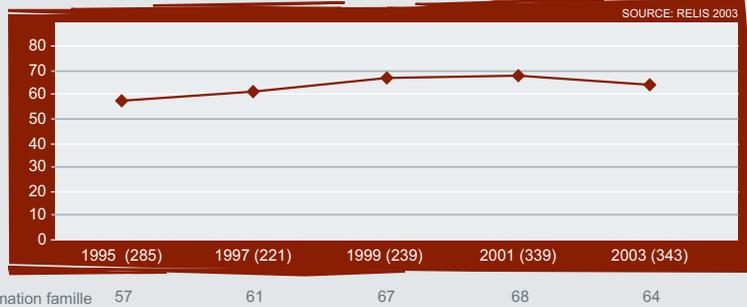
Sur 339 couples parentaux, on note 37% de divorces (augmentation depuis 1997) et 9% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant depuis 1995. Tendence actuellement stable.

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. 1995-2003



COMMENTAIRES

Dans 64% 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 30% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 26 % des cas, il s'agit du père et dans 14% 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	1996	1998	2000	2002	2003
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	59	58	56	58	55
CHEZ PÈRE	4	3	5	2	3	4
CHEZ MÈRE	12	16	17	17	15	18
ALTERNATIVEMENT						
CHEZ PÈRE ET MÈRE	0	1	1	0	0	0
CHEZ MEMBRE(S) DE LA FAMILLE	4	2	4	9	9	7
SEUL(E)	8	6	5	2	3	4
EN COUPLE	10	8	5	5	4	4
CHEZ AMI(E)(S)	5	3	1	1	1	1
EN INSTITUTION	5	2	4	5	5	6
AUTRE	0	0	0	1	0	2
N	255	268	219	285	390	313

COMMENTAIRES

Au moment du premier usage illicite de drogues, 77% (76%) des sujets habitaient toujours chez les parents ou chez un des parents. 7% 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 3 mois (n:351).

TENDANCES

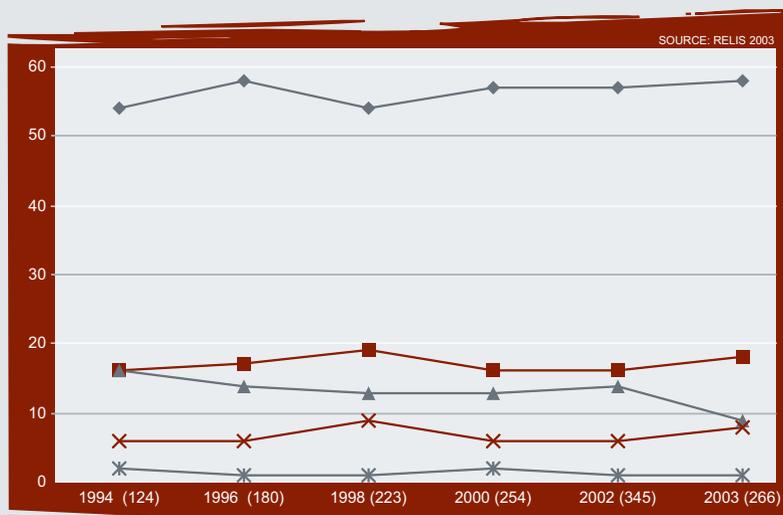
STABLE

8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR

	1994	1996	1998	2000	2002	2003
Ouvrier qualifié	34	32	32	35	34	35
Ouvrier non-qualifié	20	26	22	22	23	23
Employé	16	17	19	16	16	18
Libéral	16	14	13	13	14	9
Cadre supérieur	2	4	4	4	3	5
Cadre moyen	4	2	5	2	3	3
Travail au noir	1	0	0	0	0	0
Chômeur	2	1	1	2	1	1
Autre	5	4	4	5	5	5
N	124	180	223	254	345	266

Fig 8.6 Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-2003.
(% valide)



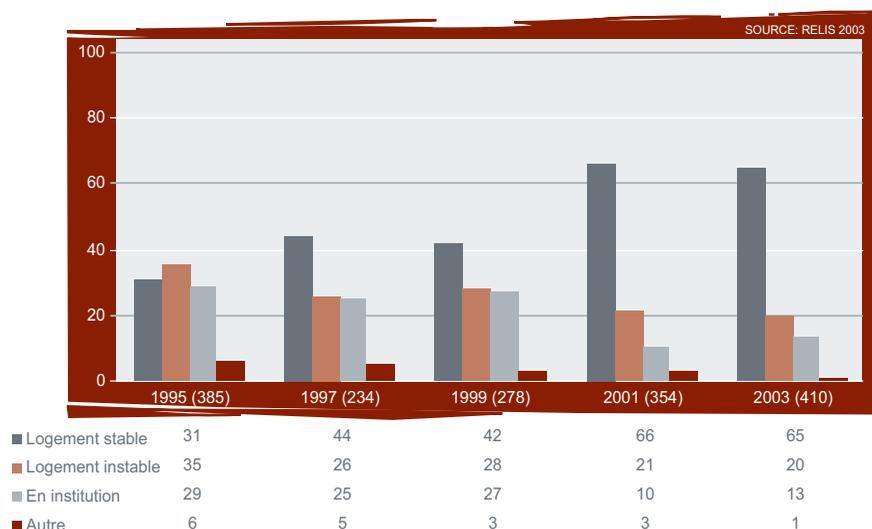
Occupation	1994 (124)	1996 (180)	1998 (223)	2000 (254)	2002 (345)	2003 (266)
Ouvrier	54	58	54	57	57	58
Employé	16	17	19	16	16	18
Libéral	16	14	13	13	14	9
Cadre	6	6	9	6	6	8
Chômeur	2	1	1	2	1	1
Autre	6	4	4	5	5	5

COMMENTAIRES	Dans 58% des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 18 % sont employés et 9 % exercent des professions libérales.
TENDANCES	STABLE ; bien qu'on observe une baisse pour les professions libérales
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 ?)

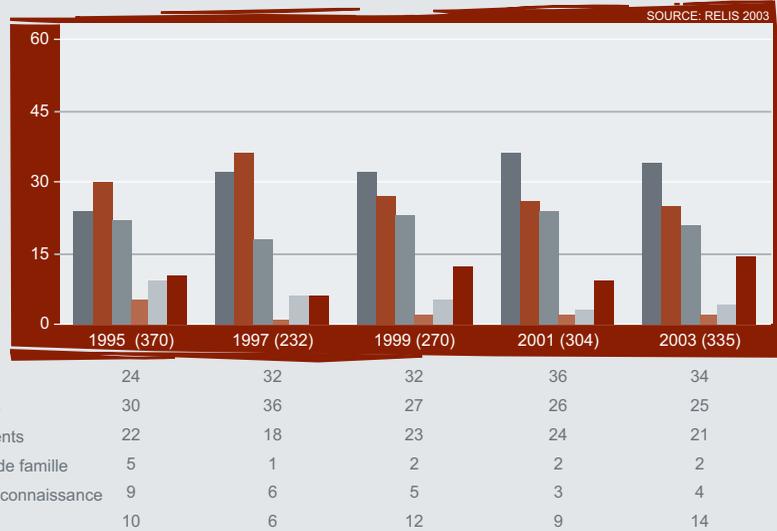
Fig 9.1 Dernier lieu de résidence connu. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES	65% des usagers déclarent disposer d'un logement stable au moment du recueil 2003, 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. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- 21 % ↓ (en légère diminution) 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 (34%) affiche une tendance modérément croissante entre 1995 et 2002.

A préciser que pour les répondants qui vivent avec une personne qui présente également un usage problématique de drogues il s'agit dans 70% du partenaire sexuel.

TERMINOLOGIE

U(s)D: Usager(s) de Drogues (Consommation régulière et soutenue ou abus de drogues illicites)

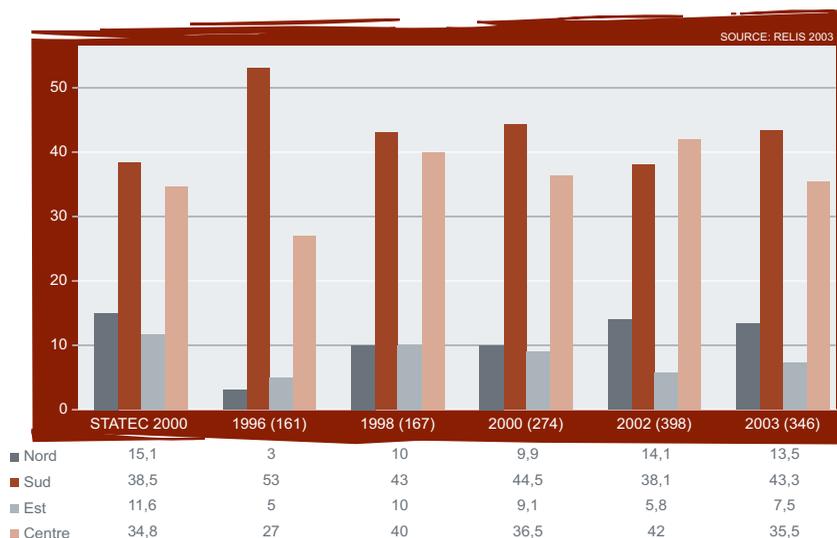
- La rubrique " seul(e) " comprend les personnes qui disposent d'un logement et qui y vivent seules ainsi que les "Sans Domicile Fixe".

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 2003 (%)	43,3%	35,5%	13,5%	7,5%
% 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 1996-2003. (% valide)**



COMMENTAIRES

- Le regroupement régional des données (circonscriptions électorales) fait apparaître que depuis 1996 la proportion d'utilisateurs problématiques de drogues résidant dans la région du centre est en baisse depuis 3 années alors que celle du nord affiche une hausse.
- Pour les circonscriptions du sud et de l'est, les effectifs observés (RELIS 2003) 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: 305
 - < 2.000 habitants : 12% (12%)
 - 2.000 – 10.000 habitants : 31% (29%)
 - 10.000 – 30.000 habitants : 19% (15%)
 - > 30.000 habitants : 33% (36%)
 - autre: 4% (8%)

TENDANCES

Les cantons du nord et du centre affichent les changements les plus significatifs.

10. SITUATION PROFESSIONNELLE

10.1 SITUATION DE CHOMAGE

Fig 10.1 *Situation de chômage. 1995-2003 (% valide)*

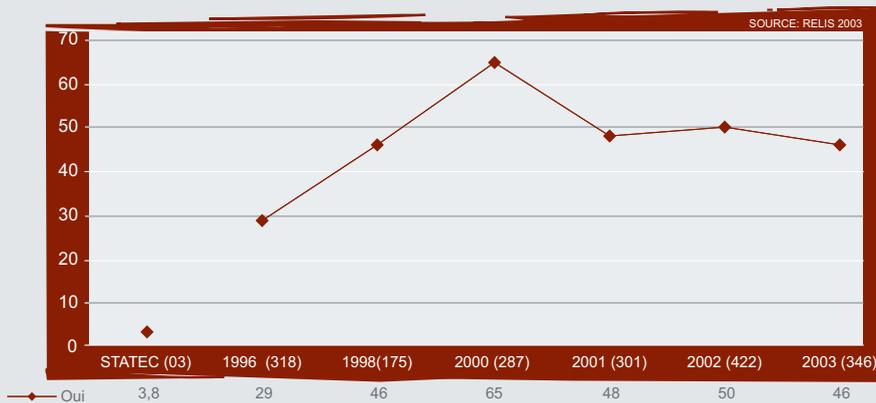
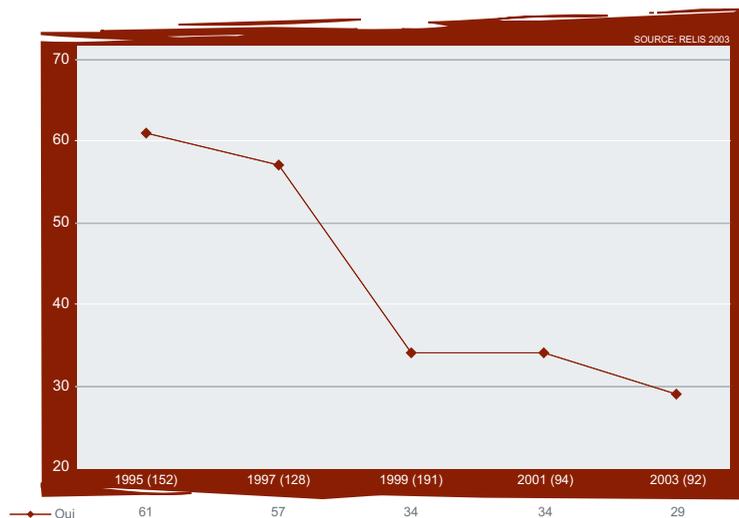


Fig 10.1bis *Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1995-2003*
(% valide)



COMMENTAIRES

- Le pourcentage de **chômeurs** parmi les répondants s'est stabilisé depuis 1999 et s'élève en 2003 à 46%.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 26% (24%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre **des démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.

- 71% (66%) 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 a diminué de façon significative au cours des dernières huit années.

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

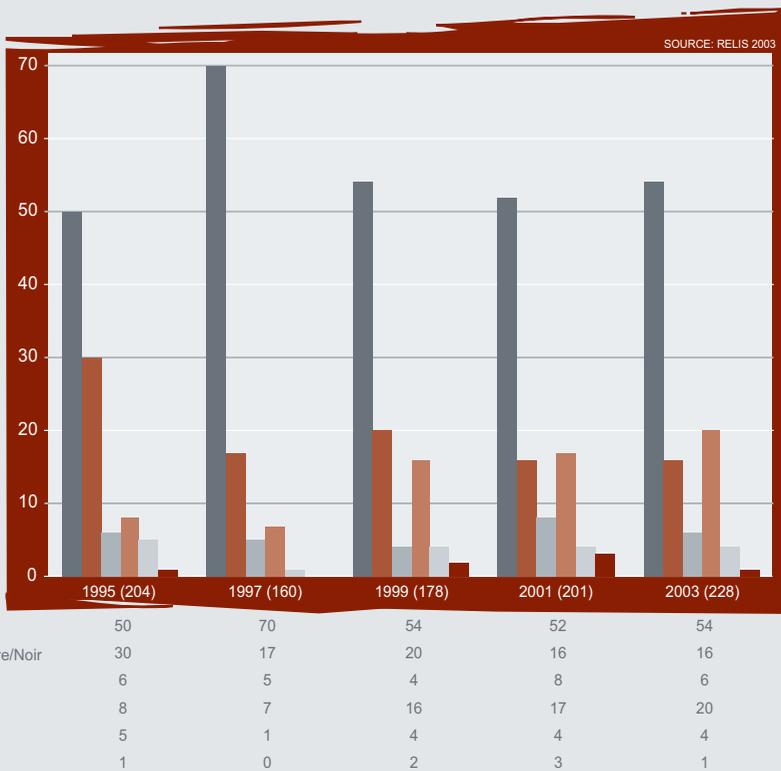
- Stagnation des indicateurs de chômage avec cependant des valeurs beaucoup plus élevées qu'en population générale.

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. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 54% (stable) présentent une **situation d'emploi stable**. Un pourcentage élevé mais stable depuis 2002 (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 d'étudiants (20%)** au sein de la population de toxicomanes répertoriés s'était stabilisé à un niveau élevé, pour encore augmenter en 2003.

TENDANCES

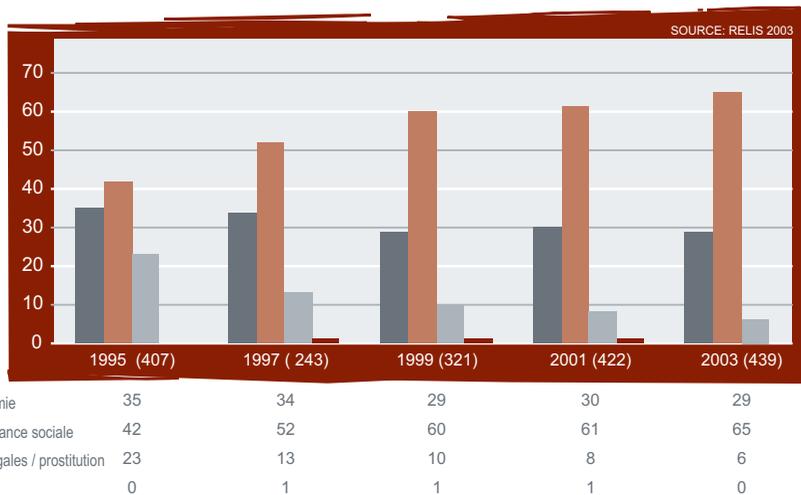
- Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants ne connaît pas d'évolution remarquable** au vu des données des quatre années précédentes. Bien que le taux de chômage a connu une baisse modérée, la proportion de personnes qui disposent d'un emploi stable n'a pas connue d'augmentation au cours de la même période.

11. SITUATION FINANCIERE

11.1 SOURCES DE REVENU (% valide)

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE					SECONDAIRE OCCASIONNEL				
	95	97	99	01	03	95	97	99	01	03
R.M.G.	15	16	25	33	34	1	1	2	2	2
RÉSERVES	4	4	0	1	1	9	6	4	3	4
PARENTS	17	18	21	14	13	20	16	14	25	20,5
SALAIRE	31	30	26	27	28	6	0	4	2	2
AIDE SOCIALE	3	3	2	2	3	2	0	3	14	12
PENSION	2	0	2	2	1	0	0	0	1	1,4
ALLOC. HANDICAP	0	1	1	0	2	1	1	0,5	0	0,6
PARTENAIRE	3	2	2	2	3	4	8	6,5	9	8
DÉLITS (N)	21	11	8	6	3	51	63	54	37	25,2
PROSTITUTION	2	2	3	1	0	5	4	6	2	8,8
AUCUN	2	12	9	9	11	0	0	2	2	1,3
AUTRE	0	1	1	3	1	1	1	4	3	13,6
TOTAL	407	243	321	422	439	259	180	183	171	147

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 34%(↑), le salaire propre 28%(↓) et les contributions financières des parents 13%(↑).

- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 25% des 147 cas connus ont recours à des actes délictueux, 9% à la prostitution et que 20,5 %(↑) 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. 29% des personnes répertoriées sont elles-

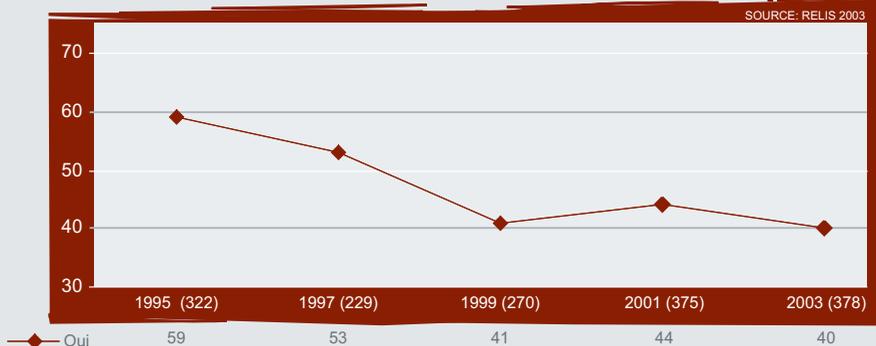
mêmes garantes de leur revenu légal (autonomie); 65% des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 6% ont recours à des activités illégales et/ou à la prostitution.

TENDANCES

- Les données relatives aux sources de revenus confirment les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage:
- on observe une **diminution de l'autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue depuis 1995**. Le RMG constitue la première source de revenu primaire des répondants. Ces derniers dépendent du support financier de leurs parents (revenu secondaire) dans 20,5% (⬆) 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) et qui reste stable en 2003.

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

Fig 11.2 Situation d'endettement. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

Une proportion importante mais stable (40%) 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

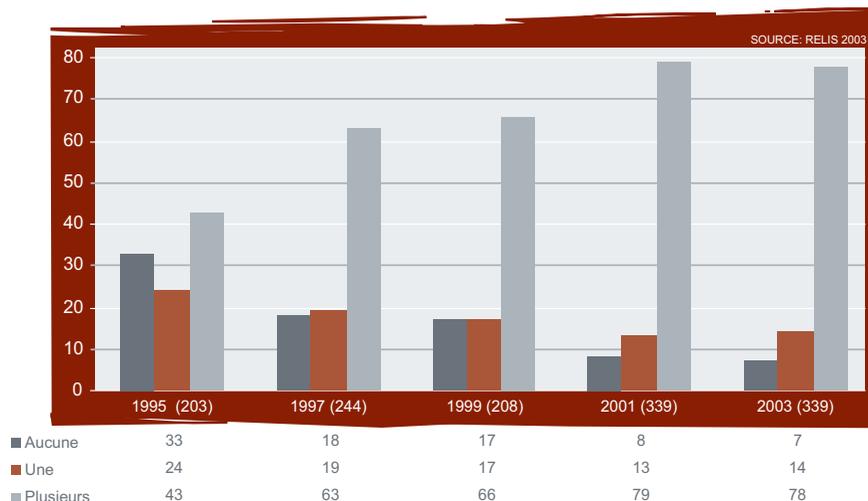
TERMINOLOGIE

Ont été retenues uniquement les personnes qui présentaient des dettes d'un montant supérieur à 2.500.- EURO 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. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

Au total 92% des répondants répertoriés par les **institutions sanitaires** ont déjà été interpellés par les forces de l'ordre au moins une fois au cours de leur vie. 78% 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: 15 ans et 7 mois (n :529) (16 ans 6 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 entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 9 ans et 0 mois (n :517) (13 ans et 1 mois)
- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 2 ans et 10 mois (n :1062) (3 ans et 6 mois).

TENDANCES

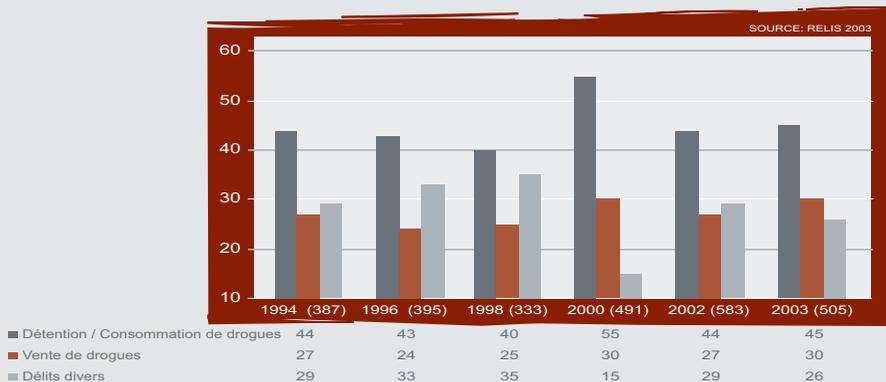
Entre 1995 et 2000 on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. Les années 2001, 2002 et 2003 semblent signer une certaine stabilisation à cet égard.

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. 1994-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention et la consommation de produits toxiques illicites** (45%). La revente ne compte que pour 30% des infractions.

TENDANCES

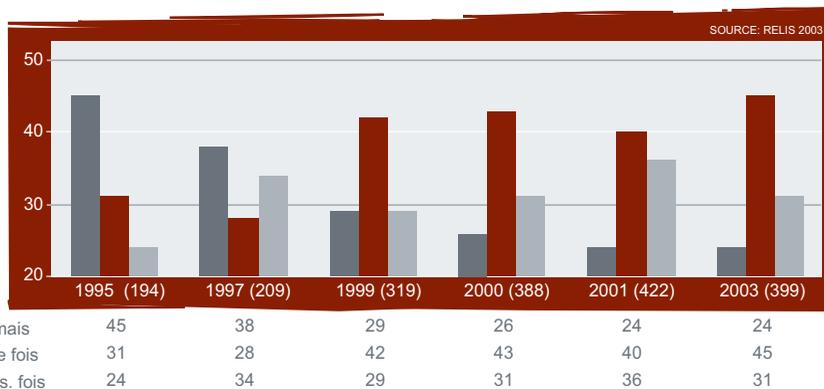
Le nombre de **motifs d'interpellation pour infractions diverses** (ex. criminalité liée à l'approvisionnement de drogues) a connu une régression significative depuis 1997 ce qui est en accord avec la diminution observé au niveau des sources illicites du revenu primaire des répondants. (à revoir)

TERMINOLOGIE

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 505 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 1.066.

12.3 SEJOURS EN PRISON

Fig 12.3 Fréquence des séjours en prison. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

• 76% (↓) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. 45% des répondants ont à leur actif un seul séjour en prison et 31% ont purgé plusieurs peines.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

• 62% (↑) (54%) (n:119) 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.

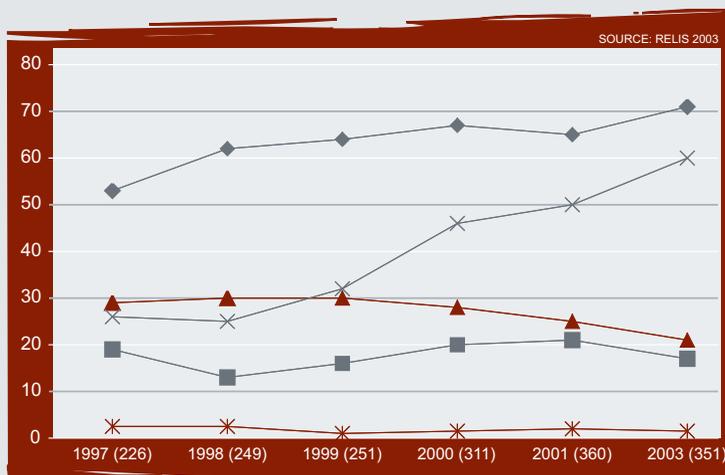
TERMINOLOGIE

Peine d'emprisonnement: privation de liberté, toutes infractions confondues.

13. DONNEES MEDICALES

13.1 ETAT DE SANTE ACTUEL

Fig 13.1 Etat de santé. 1997-2003 (% valide)



◆ "Normal"	53	62	64	67	65	71
■ Mauvais état général	19	13	16	20	21	17
▲ Hépatite B	29	30	30	28	25	21
× Hépatite C	26	25	32	46	50	60
* SIDA déclaré	2,5	2,5	1,25	1,35	2,03	1,71

COMMENTAIRES

Respectivement 21% et 60% des répondants ont contracté l'hépatite B et C. Les 6 cas (1.71%) de SIDA regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 48% (48%) 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 ont diminué légèrement. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) est en nette progression** et tend à s'ajuster sur la moyenne européenne.

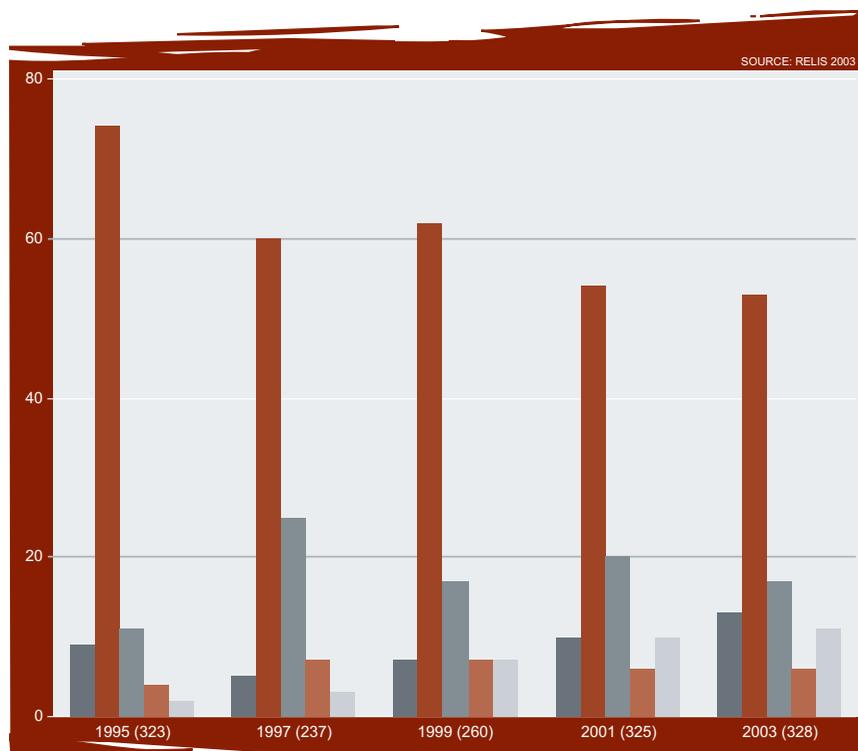
TERMINOLOGIE

- 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. 1994-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. 53% des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 17%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière d'usagers de drogues.

TENDANCES

Le taux moyen de sevrages est en hausse depuis 1994. 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. 1995-2003 (% valide)

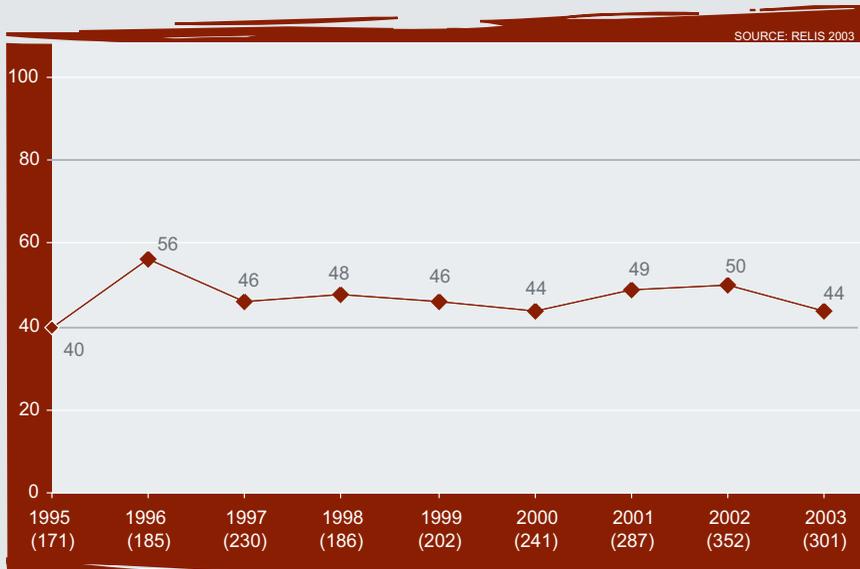
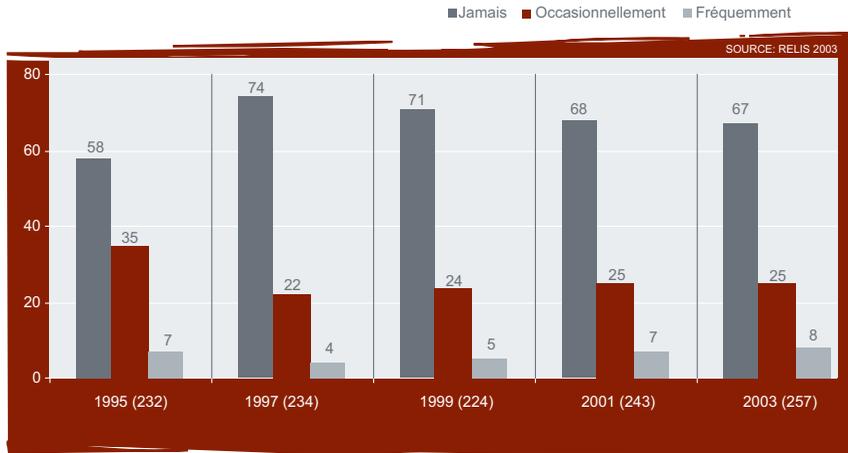


Fig 13.3bis *Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-2003 (% valide)*



COMMENTAIRES

- Plus de deux consommateurs i.v. sur trois (67%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé.

TENDANCES

- Le taux d'utilisation de préservatifs est en légère diminution par rapport aux années précédentes. (44%↓).
- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées entre 1996 et 2003 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) (nouveaux) 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. 1995-2003 (% valide)

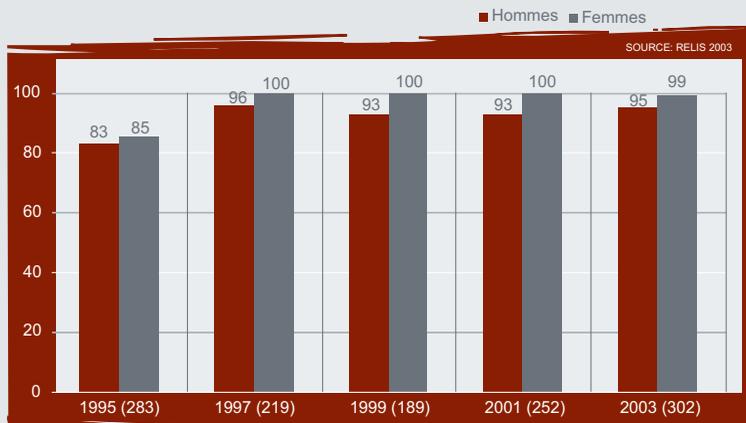


Fig 13.4bis Test HIV au cours des cinq derniers mois. 1997-2003 (% valide)

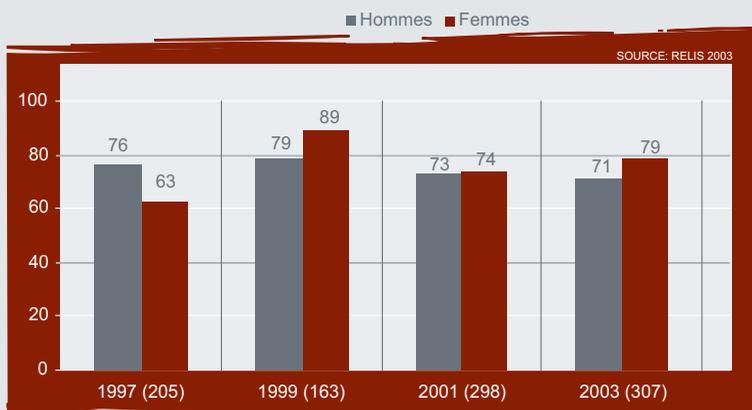


Fig 13.4ter Résultats du test HIV. 1994-2003 (% valide)

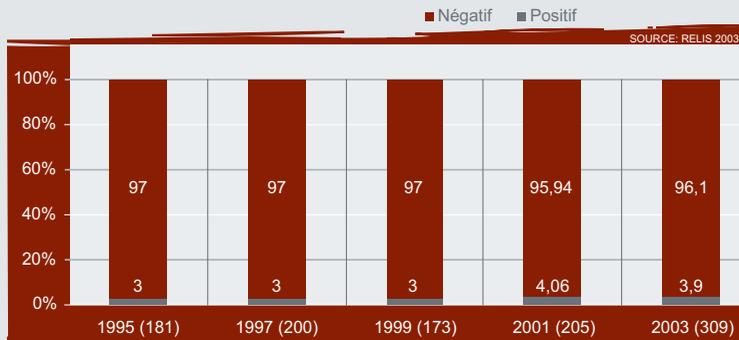


Fig 13.4 quater Maladie du SIDA déclarée. 1995-2003 (% valide)

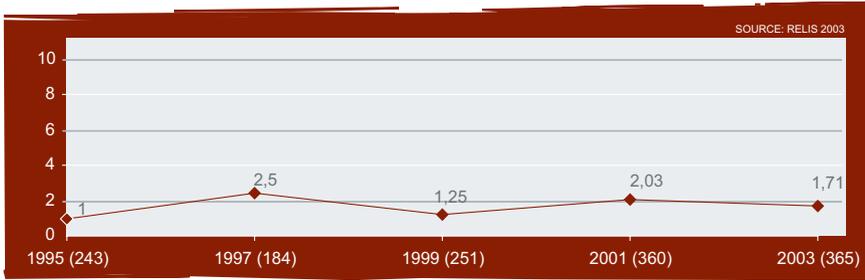
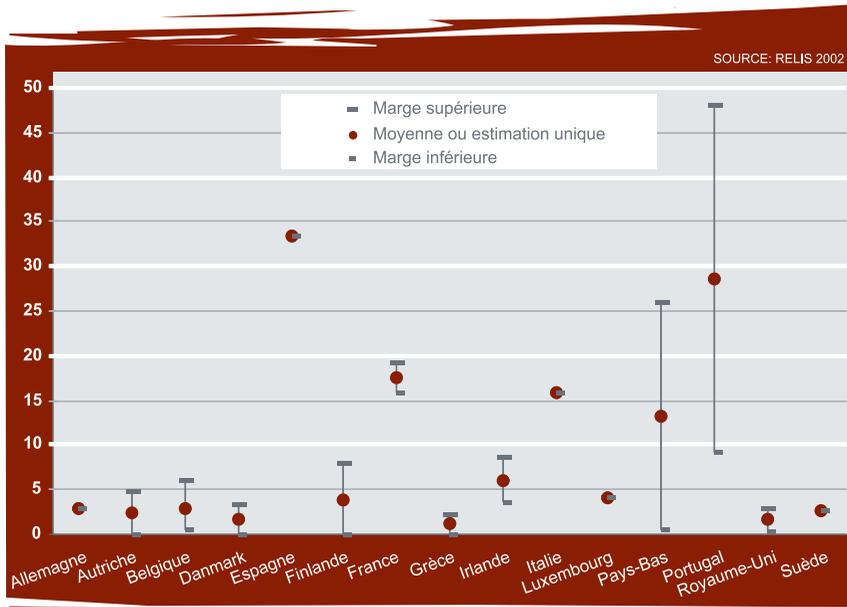


Fig 13.4 quinquies Prévalence d'infections au HIV parmi les usagers intraveineux dans l'UE. 1996-2001 (% valide)



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% stable) des usagers recensés ont déjà effectué au **moins un test de dépistage HIV au cours de leur existence** (Femmes: 99% / Hommes: 95%). 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 (79% ↑) est légèrement plus élevée que celle des hommes (71%, stable); une tendance que l'on observe aussi au niveau des tests HIV au cours de la vie.

SÉROLOGIE VIH:

- 3,9% de l'ensemble des répondants sont **HIV positifs**. Se référant exclusivement aux usagers de drogues par voie intraveineuse, on obtient un taux d'infection HIV de 5%.

- A rappeler que 1.71% 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 (2003). *Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 2003. 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 : 516)

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.

Aussi en 2003, **le taux d'infection HIV** affiche une légère hausse par rapport aux 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 2000-2003

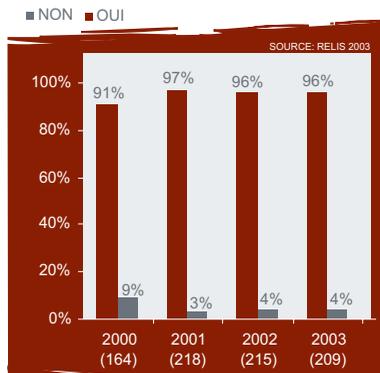


Fig 13.5 bis Test HCV au cours des 5 derniers mois 2000-2003

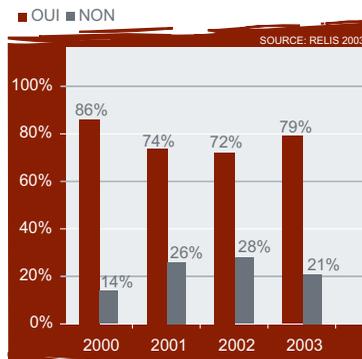
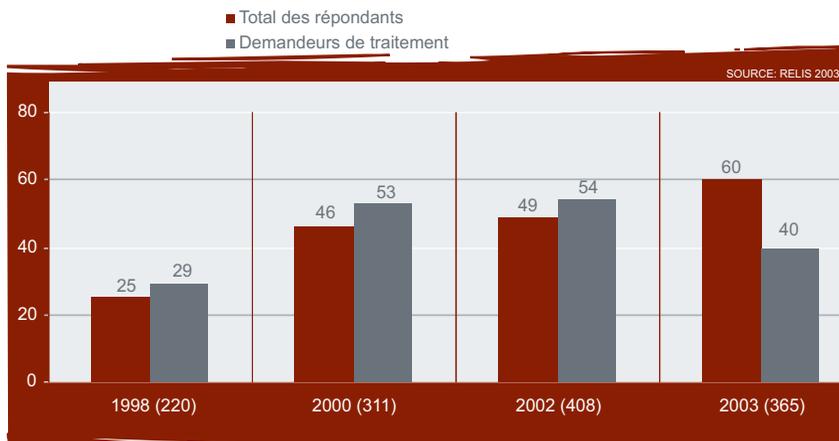


Fig 13.5 ter Statut sérologique HCV 1998-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

Tendance stable en 2002 par rapport à 2001 de la proportion de personnes qui ont déjà effectué au moins un test de dépistage 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

- On observe une **hausse continue du taux d'infection au HCV** au sein de la population d'UPDs

14. SANTE MENTALE

14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1995-2003 (% valide)

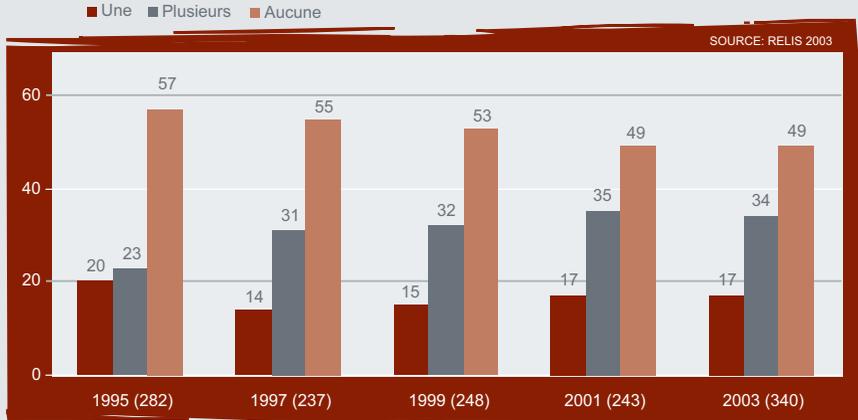
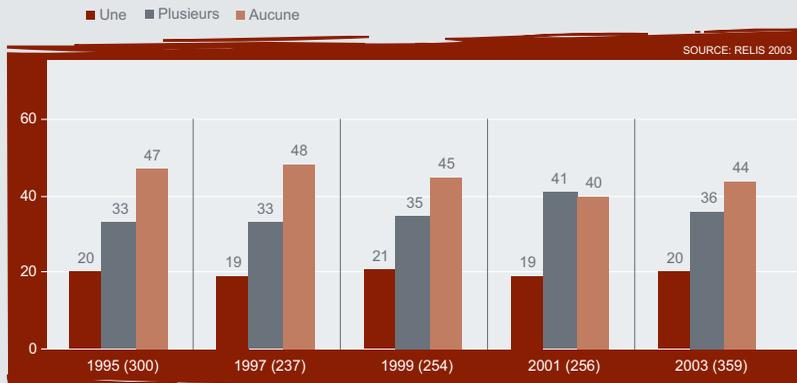


Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1994-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide (une et plusieurs): 51%
- Victimes de surdose(s) non fatales: 56%
- Agression(s) envers autrui: 63% ↓

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 26% ↑ des personnes concernées font état des trois comportements cités (35% : 2 et 39% : 1).

TENDANCES

STABLE

14.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Fig 14.2 Antécédents psychiatriques. 1996-2003 (% valide)

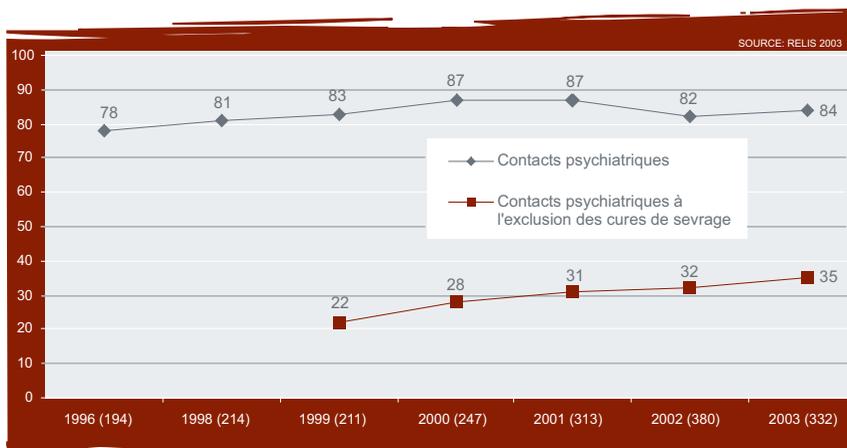
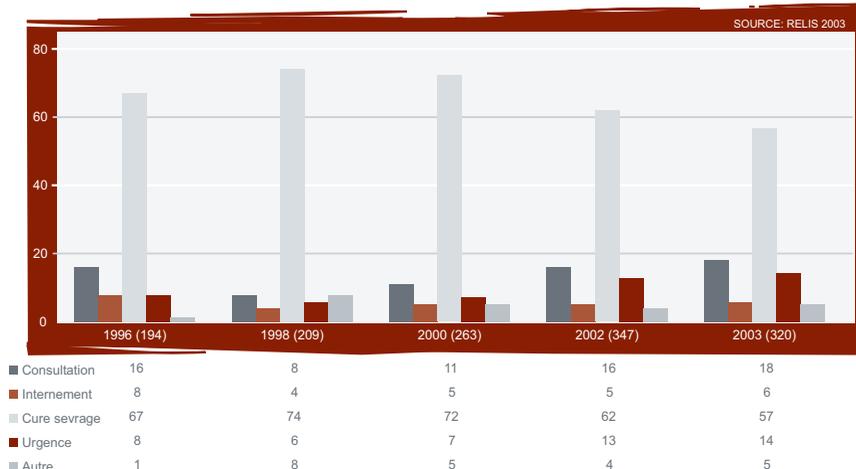


Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 57% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 43% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 35% (32%) 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

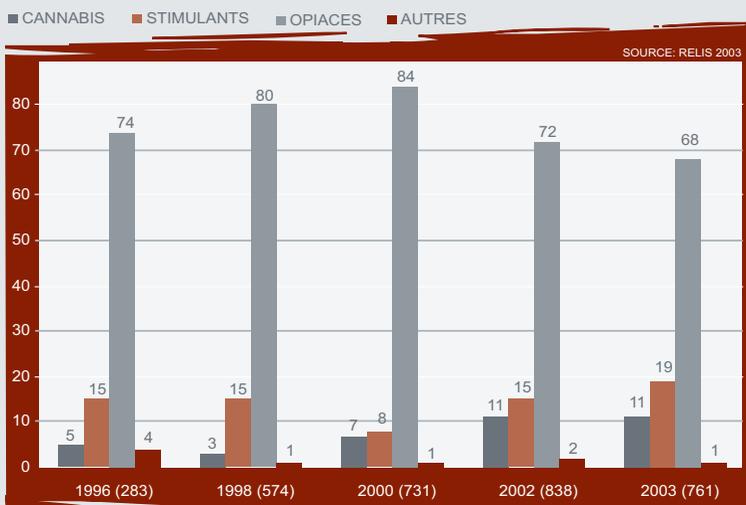
- Les cures de sevrages sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

15.1 PRODUITS PRÉFÉRENTIELS

PRODUIT PRÉFÉRENTIEL	PRÉFÉRENCE 1					PRÉFÉRENCE 2					PRÉFÉRENCE 3				
	96	98	00	02	03	96	98	00	02	03	96	98	00	02	03
ALCOOL			1	1		3	2	3	5	3	10		6	6	9
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	3	7	11	14	16	29	26	28	24	33	41	31	34	34
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILE											1			1	1
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)		1				3	4	1	2	1	8	5	3	2	4
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	1			1	6	4	9	9	9	13	12	17	16	10
STIMULANTS SNC						1	1				1				
MDMA (XTC)	2	6	1	3	3	6	7	4	5	5	8	10	6	8	7
AMPHÉTAMINES ¹		2		1	1	3	3	2	1	2	2	6	5	3	4
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						2		1	1	1	1	1	1		
COCAÏNE	5	4	4	8	11	12	18	15	14	17	3	7	7	7	8
COCAÏNE (I.V.)	8	3	3	3	4	24	15	17		14	6	7	7	6	4
OPIOIDES/OPIACÉS	2	2	5	4	4										1
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSUM. ILLÉGALE)								3	2	2	1	1	2	3	1
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)		1	1	2	3	2	3	5	7	4	4	3	4	4	5
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	36	24	20	14	10	4	5	6	6	5	3	3	2	2
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	58	41	53	45	34	11	7	6	7	8	5	3	5	4	3
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIVES							1								1
N	283	574	731	838	761	241	397	530	631	572	193	255	360	446	380

Fig 15.1 Produits préférentiels (groupes) (1995-2003)



COMMENTAIRES

- **Substance et mode d'administration préférentiels:** héroïne par voie intraveineuse (43%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 62% (↓)
- **Substances secondaires** dans l'ordre de préférence: cannabis / cocaïne / hypnotique (68%)

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 2 mois).
- Taux de **polytoxicomanie:** 89% (88%).

TENDANCES

- Bien que les **opiacés** continuent à constituer le produit préférentiel (68%) 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: 19% (20%), observée en 1998 a été suivie par une décroissance notable à partir de la même année. L'héroïne en mode i.v. (43%) 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%) témoignait d'une tendance générale à la hausse, actuellement stable. 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 préférences..
-

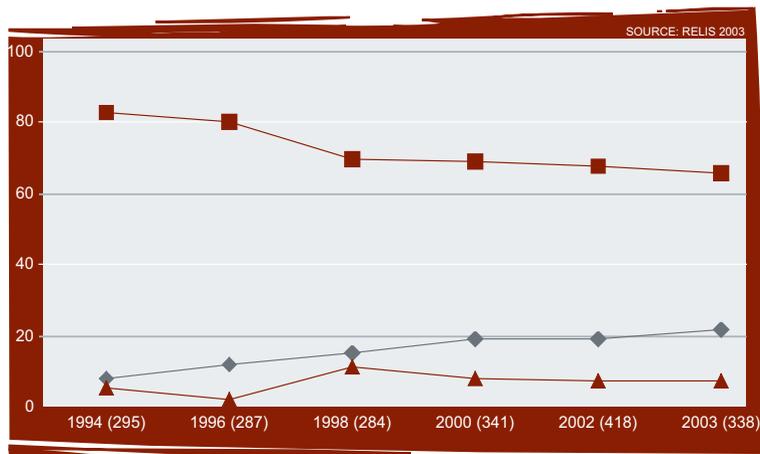
Terminologie

- 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	2002	2003
ALCOOL	8	12	15	19	19	22
CANNABIS ET DÉRIVÉS	83	80	70	68	68	66
INHALANTS, SUBST. VOLATILES		2	1	1	1	1
HALLUCINOGENÈS (LSD, PCP, ETC.)	2	1	1	1	0	0
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	1	1	1		1	0
STIMULANTS SNC						0
MDMA (XTC)						0
Amphétamines		1		1		1
Crack (ex. cocaïne freebase)						0
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	4	4
Héroïne et autres opiacés (i.v.)	1	1	6	4	3	3
AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES			1	1		
N	295	287	284	341	418	338

Fig. 15.2 Drogue de premier contact (groupe). 1994-2003 (% valide)



◆ ALCOOL	8	12	15	19	19	22
■ CANNABIS	83	80	70	69	68	66
▲ OPIACES	5	2	11	8	7	7
× Autre	4	6	4	4	4	4

COMMENTAIRES

- **Le premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 66% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivis d'une substance licite à savoir l'alcool (22%) qui affiche une nette progression les dernières huit années.

- **En termes chronologiques**, 37% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (19% i.v. / 18% 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 24% des répondants par la consommation de cocaïne (14% i.v. / 10% non-i.v.) et 38% par la consommation d'héroïne (28% i.v. / 10% 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. Cependant la disponibilité actuellement accrue de cocaïne au niveau national invite à observer cette tendance dans les années à venir.

**DONNÉES
COMPLÉMENTAIRES**

- Age moyen du premier contact (consommation) avec des drogues illicites: 13 ans et 3 mois (n=351) (13 ans 5 mois) (2003 – hommes : 12 ans et 5 mois / femmes: 15 ans et 4 mois).
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 14 ans et 6 mois (n: 265) (13 ans et 11 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 10 mois) que les femmes (13 ans et 9 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 2003 (2002)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
ALCOOL	41 (40)	31 (30)	18(14)	6 (11)	0 (3)	2(2)		
CANNABIS ET DÉRIVÉS	27(26)	35 (33)	23 (26)	11 (12)	3 (2)	1 (0)	0 (1)	
INHALANTS, SUBST. VOLATILES	57 (36)	14 (36)	14 (11)	14 (11)				
HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)	9 (10)	38 (37)	34 (29)	9 (15)	4 (3)	5 (6)	2 (0)	
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	6 (9)	14 (8)	24 (25)	14 (21)	13 (4)	13 (4)	13 (21)	3 (4)
STIMULANTS SNC				50 (0)	50 (50)			0 (50))
MDMA (XTC)	2 (0)	48 (45)	17 (20)	17 (13)	9 (13)	4 (9)	2 (0)	
Amphétamines	11 (13)	8 (11)	38 (40)	27 (22)	14 (9)	5 (4)	3 (0)	
Crack (ex. cocaïne freebase)		33 (12.5)	33 (12.5)	0 (12.5)	33 (25)	0 (25)	0 (12.5)	
Cocaïne	3 (0)	13 (9)	20 (22)	17 (23)	22 (14)	13(17)	10 (14)	1 (2)
Cocaïne (i.v.)	1 (1)	13(14)	14 (23)	23 (28)	14(14)	14 (9)	18(10)	1 (1)
OPIOIDES		25 (50)	25 (0)	50 (50)				
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)			14 (0)	0 (16.5)	14 (16.5)	57 (34)	14 (16.5)	0 (16.5)
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	0 (3)			0 (12.5)	41 (25)	18 (16)	36 (31)	5 (12.5)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	7 (6)	13 (13)	20 (19)	20 (23)	20 (16)	11 (11)	6 (11)	3 (1)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (i.v.)	3 (5)	18 (17)	21 (23)	22 (21)	13 (14)	16 (14)	8 (6)	1 (0)
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS	5 (6)	0 (3)	25 (12)	30 (30)	15 (22)	10 (22)	10 (3)	5 (3))

N = 1105

source: RELIS 2003

Fig. 15.3.1 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2003 (% valide)

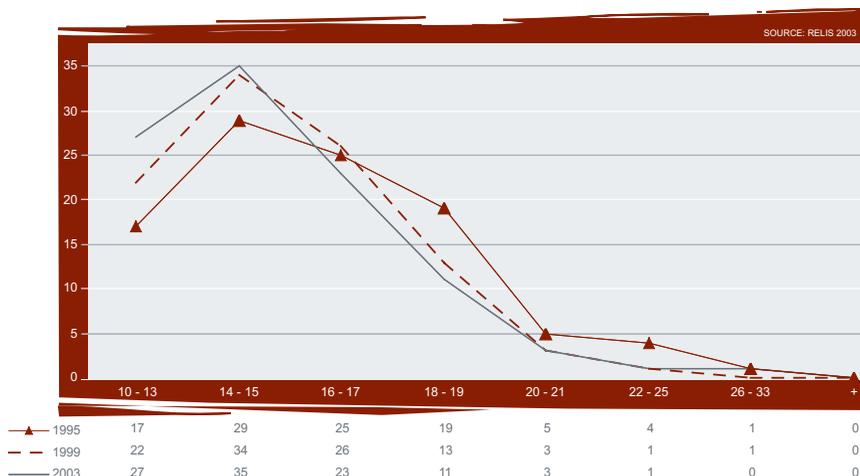


Fig. 15.3.2 Ages: première consommation de cocaïne non-i.v. 1995-2003 (% valide)



Fig. 15.3.3 Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2003 (% valide)



Fig. 15.3.4. Ages: première consommation d'héroïne non i.v. 1995-2003
(% valide)

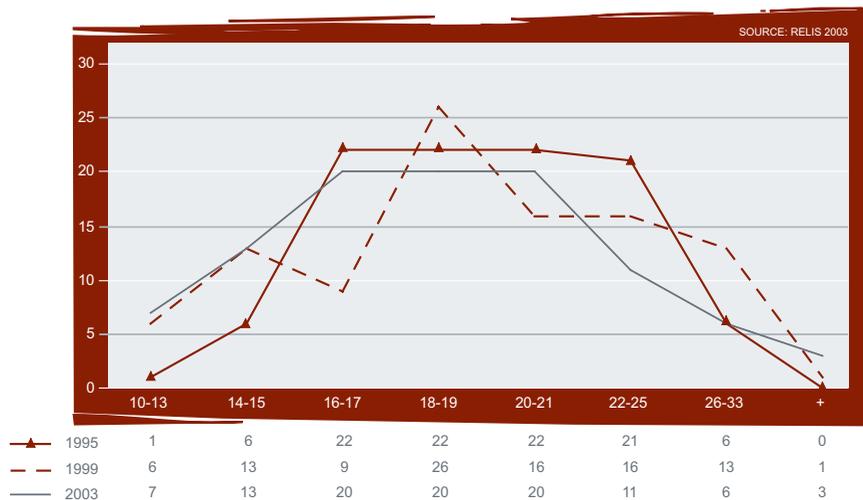
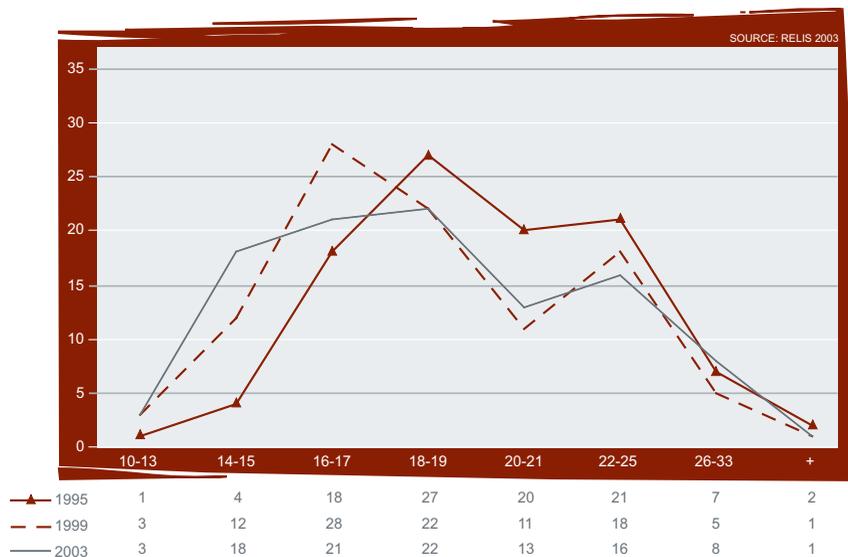


Fig. 15.3.5. Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2003
(% valide)



TENDANCES

DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE (CANNABIS)

- 27% (↑ 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 2003 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:

- ▶ pic des premières consommations de cocaïne en i.v. entre l'âge de 18 et 19 ans (23%).
- ▶ 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'usagers actuels (13%) ayant injecté de la cocaïne pour la première fois à l'âge précoce de 14 à 15 ans (8% en 1995)**. A souligner que 36% (38%) 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 (46%) 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. **42% ↑ (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 aussi en 2003 avec cependant un premier pic plus étiré entre 14 et 19 ans et un deuxième pic moins prononcé. En d'autres termes, on observe un début de consommation d'héroïne plus précoce et moins d'usagers actuels qui débutent leur consommation d'héroïne à un âge plus avancé.

Héroïne / autres voies d'administration:

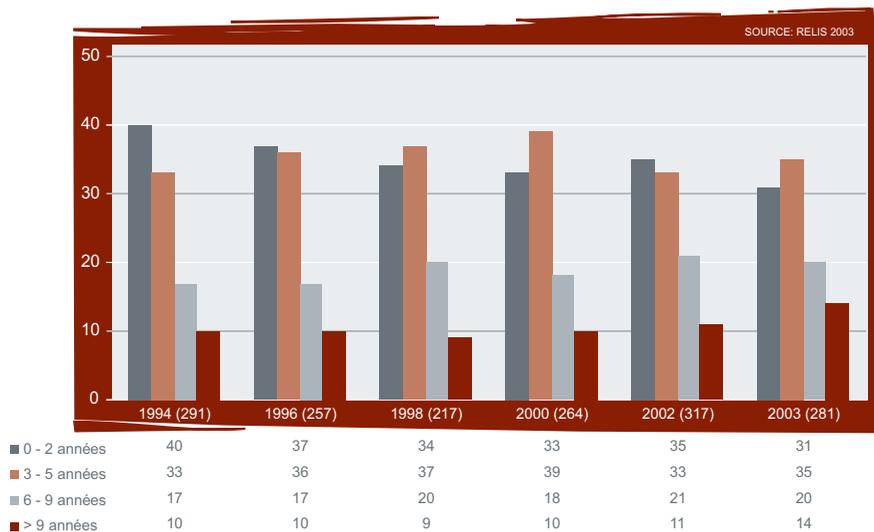
- ▶ en 2003 le pic des premières consommations qui jusqu'à présent se situait toujours entre 18 et 19 ans commence à se stabiliser entre 16 et 21 ans. Comparées aux années 1995, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

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.). 1994-2003 (% 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 10mois (n=283) (7 ans et 4 mois). Pour 31% 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 et 5 mois (♣) pour les hommes et 19 ans et 11 mois pour les femmes (♣) (moyenne globale : 20 ans et 3 mois) (♣) (n=293).

TENDANCES

En 2003, légère augmentation observée au niveau de l'âge moyen lors de la première prise de drogue par voie intraveineuse. Entre 2002 et 2003, la durée qui sépare la première consommation de drogues illicites et la première prise i.v. reste stable.

15.5 AGE LORS DU PREMIER CONTACT AVEC DES DROGUES D'ACQUISITION ILLICITE

AGE/PREMIER CONTACT (2003)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N = 351)	6	21	31	20	13	3	3	0	3

Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1995-2003



COMMENTAIRES

- 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 3 mois (n=351) (13 ans 5 mois). Cette même valeur atteint 12 ans et 5 mois pour les hommes (n=252) et 15 ans et 4 mois pour les femmes (n=99).

TENDANCES

- Depuis 1995 tendance à la baisse constatée au niveau de la moyenne d'âge. On constate une **diminution remarquable de l'âge moyen lors des premières consommations**, surtout chez les hommes. **De 1995 à 2003, l'âge moyen de la première consommation de drogues illicites a diminué de 3 ans et 3 mois.**

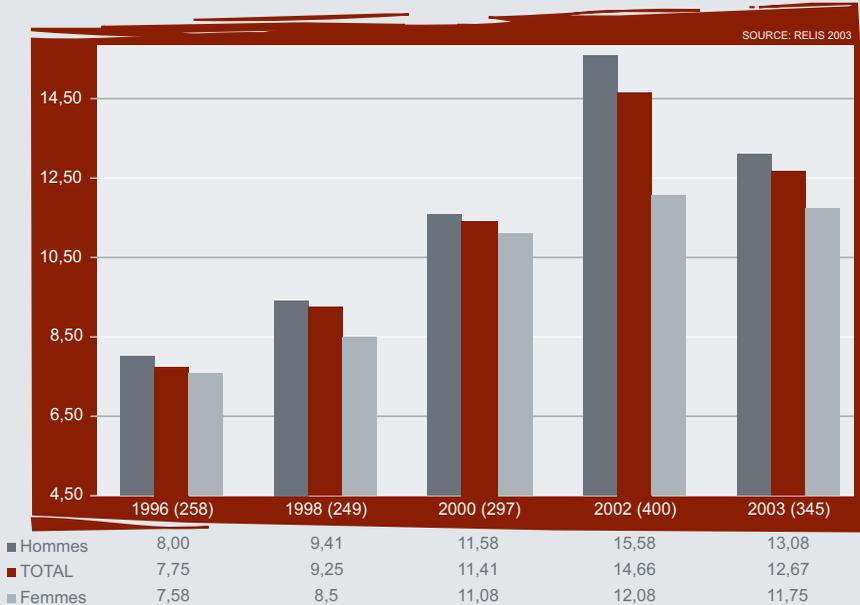
TERMINOLOGIE

- Les données se rapportent aux substances LRC et HRC d'acquisition illicite.

15.6 DUREE DE LA TOXICO-DEPENDANCE

DUREE DEPENDANCE (2003) (ANNÉES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
%	2	7	7	8	10	10	11	10	10	25

Fig. 15.6 Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois). 1994-2003



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de l'état de dépendance:** 19 ans et 5 mois (↑) (n:345) (17 a 2 m).(hommes : 19 ans et 8 mois / femmes : 19 ans). **De 1996 à 2002, l'âge moyen en question a diminué d'environ une année.**

- Durée moyenne qui sépare la première consommation de drogues illicites et le moment de la dépendance: 6 ans et 3 mois (n:340)↑↑ (3 ans et 9 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.

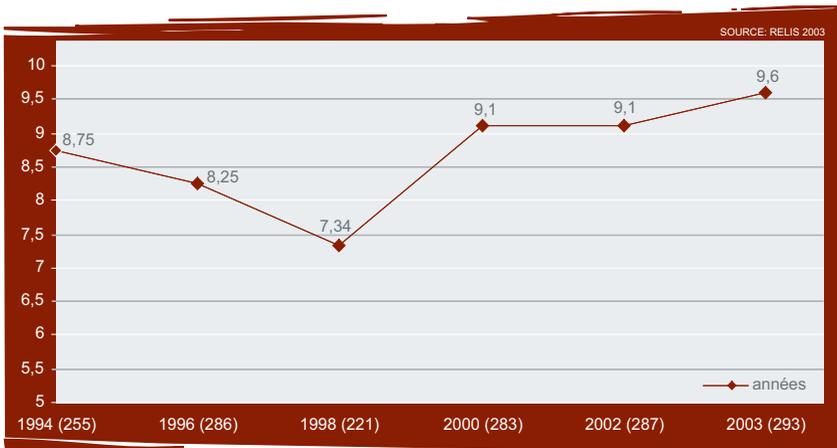
TERMINOLOGIE

- 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.(2003) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
% (n=293)	5	5	7	7	11	10	10	11	10	24

Fig. 15.7 Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-2003



DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Durée moyenne de la prise i.v.: 9 ans e 6 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 préféré. 1995-2003 (% valide)*



COMMENTAIRES

- 66% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférée qui est, dans 66% 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.

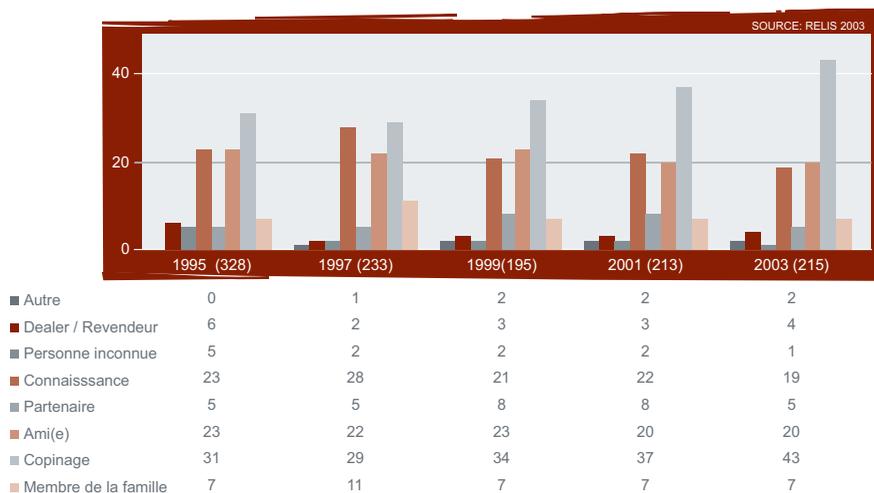
TERMINOLOGIE

- 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. 1995-2003 (% valide)



COMMENTAIRES

- Le premier contact avec des drogues d'acquisition illicite est avant tout occasionné par des connaissances / copinages (62%) ou des ami(e)(s) de longue date (20%).
- Le premier contact ne s'effectue que rarement par l'intermédiaire d'un "dealer " (4%). 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

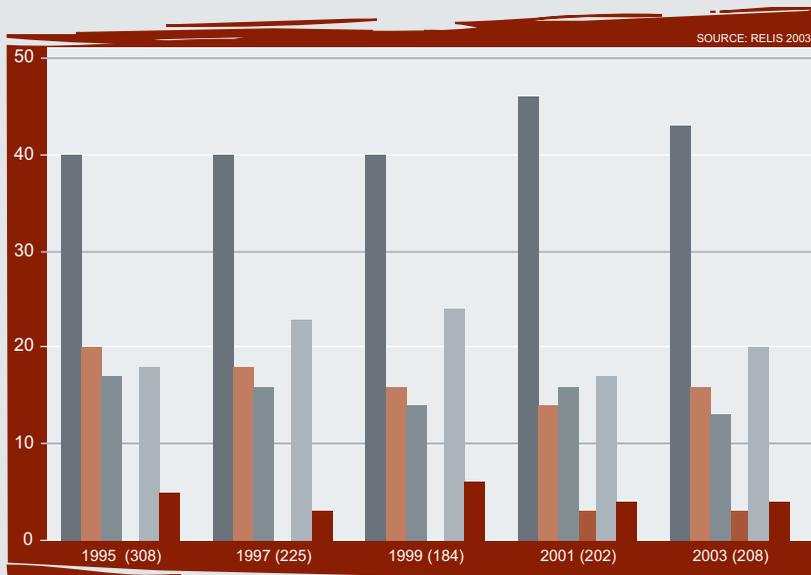
- STABLE

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. 1995-2003. (% valide)



■ Lieu public	40	40	40	46	43
■ Ecole	20	18	16	14	16
■ Café/Disco	17	16	14	16	13
■ Voyage				3	3
■ Domicile détenteur	18	23	24	17	20
■ Autre	5	3	6	4	4

COMMENTAIRES

- Les lieux publics continuent à présenter (43%) 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. 1996-2003. (% valide)*

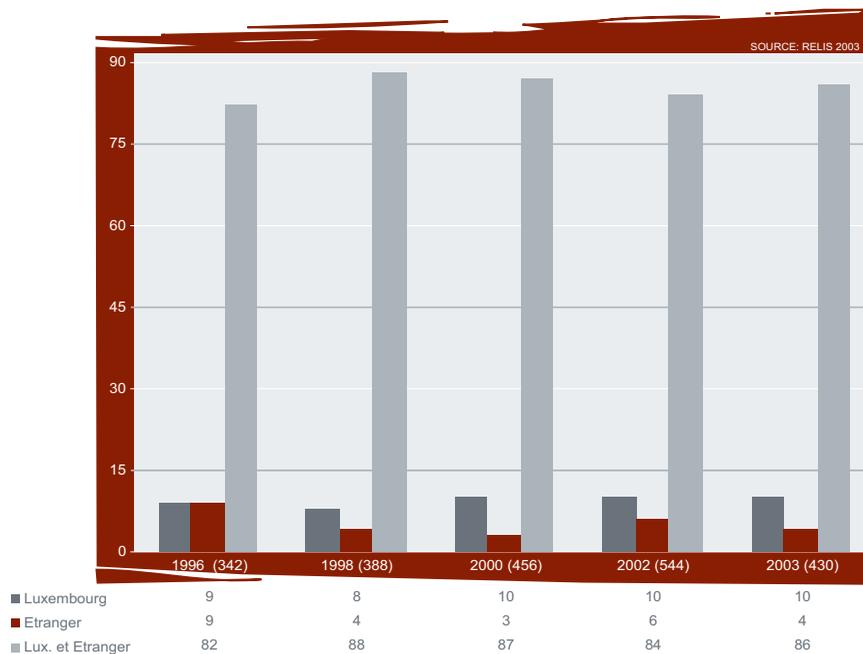
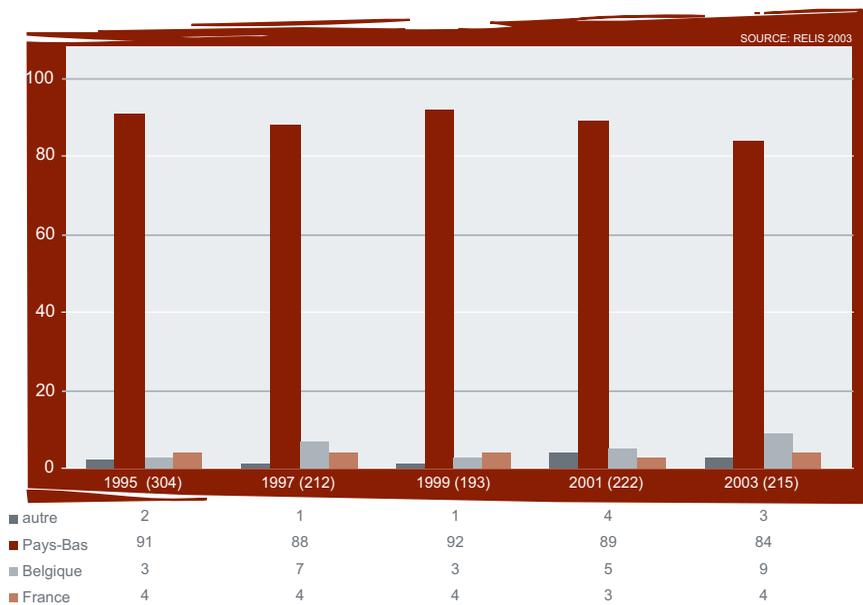


Fig.18 bis *Pays étrangers d'approvisionnement. 1995-2003. (% valide)*



COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (10% stable) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (4%) 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 (86%), il est difficile d'avancer une quelconque hypothèse.
- Au niveau du pays d'acquisition, les Pays-Bas demeurent la destination de préférence (84%).

TENDANCES

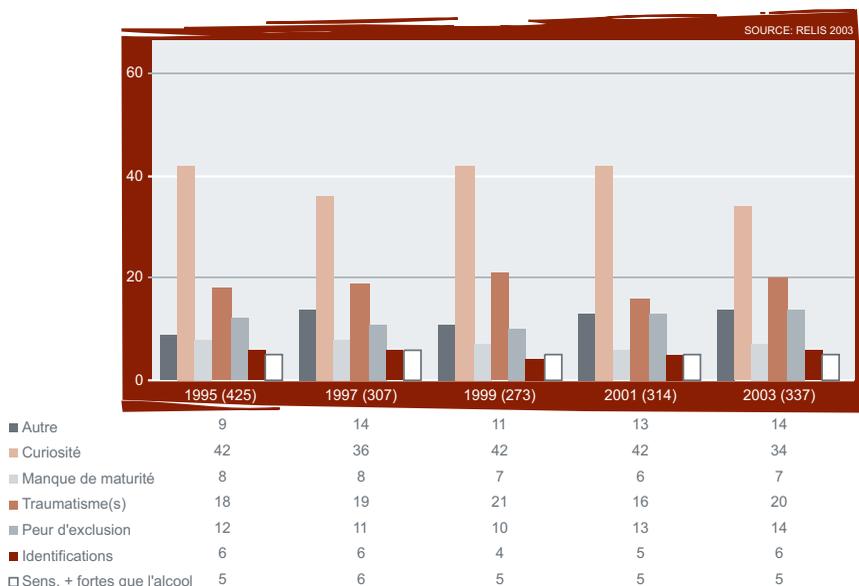
- STABLE. Cependant entre 1996 et 2001, on dénombrait moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger ce qui peut constituer un indicateur d'une disponibilité accrue de drogues HRC sur le marché national.

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. 1995-2003.*
(% valide)



COMMENTAIRES

- Conformément aux résultats fournis par d'autres études nationales, une majorité de personnes (34%) 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.) (20%) ou dans la peur d'être rejeté(e)s ou d'être exclu(e)s d'un groupe (14%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

TENDANCES

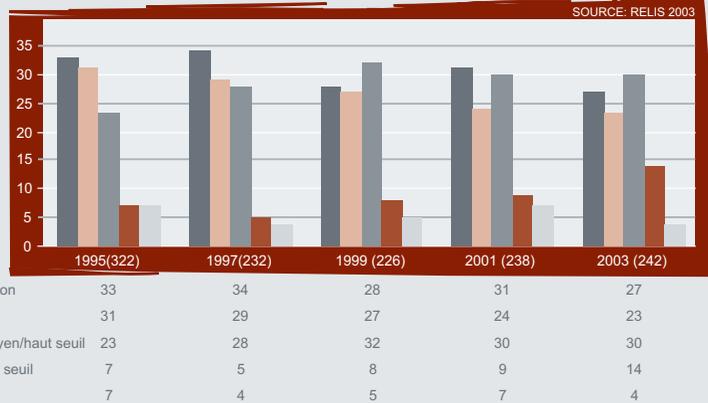
- STABLE

20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

20.1 PREMIER CONTACT AVEC UN INTERVENANT OU UNE INSTITUTION DE SOINS (% valide)

LIEU / PERSONNE	1995	1997	1999	2001	2003
TRAVAILLEUR DE RUE	5	3	4	4	5
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	26	23	20	19
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL/ CHNP / ETC.	33	34	28	31	27
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	20	22	21	21
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	2	2	3	2
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	4	5	9
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	1	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	4	4	4
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	4	3	4	2
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	5	8	6	7
AUTRE	6	0	2	2	4
N	322	232	226	238	242

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-2003. (% valide)



COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- Un pourcentage presque égal (30% / 27%) des sujets répertoriés en 2003 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

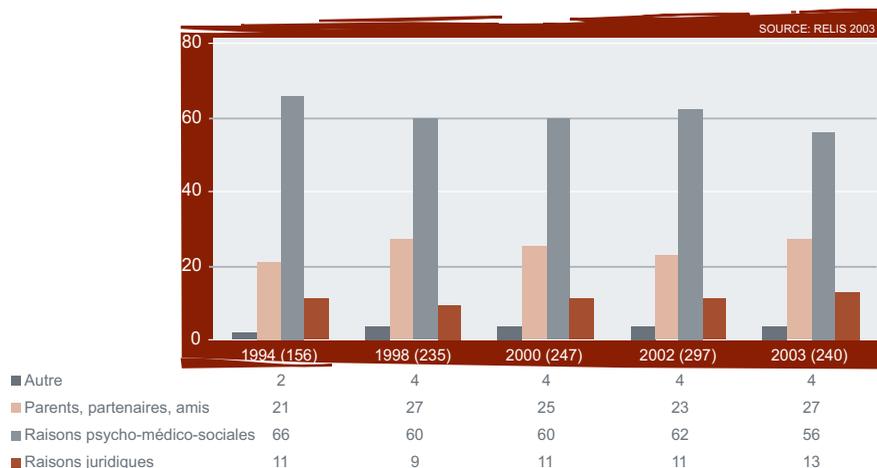
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisés (44%) au détriment des services psychomédicaux généraux (50%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours. Conformément 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 (14% ↗).

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 psycho-médico-social.

20.2 MOTIFS ASSOCIES A LA PREMIERE DEMANDE D'AIDE

Fig. 20.2 Motifs associés à la première demande d'aide. 1994-2003. (% valide)



COMMENTAIRES

- La première demande d'aide s'effectue dans 56% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales souvent par initiation personnelle. 45% (44%) 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 9 mois (n=251) (21 a 10 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 22 ans 7 mois (↓) (n=263) (22 a 10 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivaut à 3 ans et 2 mois (↓).

TENDANCES

- On observe une diminution de l'âge moyen lors de la première demande d'aide 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 (2003)	%
DÉSINTOXICATION À COURT TERME	29 (27)
SIMPLE SUIVI MÉDICAL	2 (8)
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION	14 (15)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	4 (5)
PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS	6 (7)
ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE	31 (26)
CONSEILS ET AIDES PONCTUELS	3 (3)
AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION	1 (1)
AUCUN TRAITEMENT	0 (1)
POSTCURE	5 (3)
AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	4 (4)
N	353

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ANTERIEUR (%)

	2000	2001	2002	2003
NON	14	20	31	26
OUI	86	80	69	74

SUBSTANCES PRESCRITES

MÉTHADONE LIQUIDE	41	44	43	44
MÉPHÉNON EN COMPRIME	57	55	53	54
AUTRES OPIACÉS	0	1	2	2
AUTRES SUBSTANCES	0	0	2	0

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 411 jours (376 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,89 (0,97) fois par an (↓).

- **Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 5% (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 64% d'hommes et 36% de femmes.

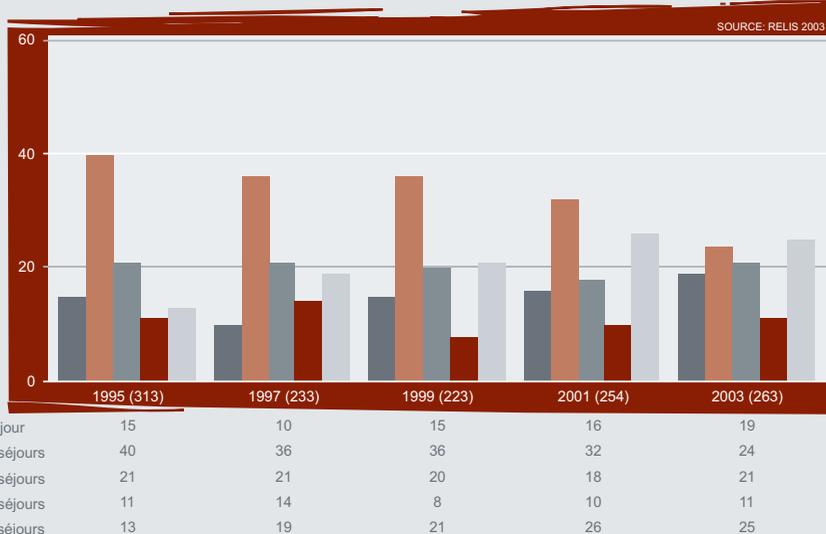
- 74% des répondants (n:204) (↑) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2003. Il s'agissait pour 44% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 56% d'un traitement dispensé par le réseau de médecine générale (Méphénon® et autres opiacés / opioïdes, et autres substances).

TENDANCES

- La proportion de premières demandes de traitement (5%) est stable pour 2003. 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. 1995-2003



COMMENTAIRES

- 19% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 25% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (45%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

DONNÉES

COMPLÉMENTAIRES

- 84,5% des 927 (1105) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 14% à l'étranger (inconnu: 1,5%).

TENDANCES

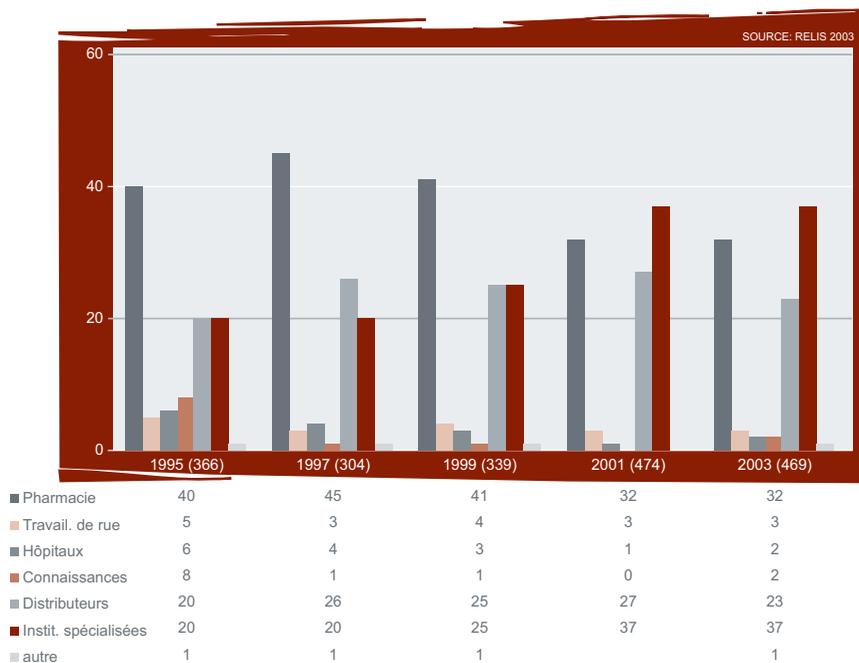
- En référence à l'année 1995, on retiendra une augmentation sensible au niveau de la fréquence de séjours stationnaires. Les usagers problématiques recensés par RELIS témoignent en majorité d'un passé thérapeutique étoffé. On doit constater une certaine chronification et un renouvellement plus lent au sein de la population visée. En référence à l'année 1995, on retiendra une augmentation sensible au niveau de la fréquence de séjours stationnaires.

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. 1995-2003 (% 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 et 2003.

- 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 les établissements hospitaliers.



Partie **IV**

Données
statistiques
officielles
de 1985 à 2003

édition
(2004)

A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 a 2003

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).

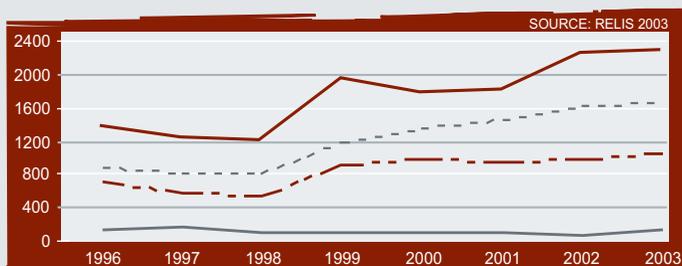
Années	PROCES VERBAUX							PREVENUS						
	96	98	99	00	01	02	03	96	98	99	00	01	02	03
S.P.J.	117	192	343	231	216	282	239	141	224	434	278	321	469	369
Gendarmerie	232	265	782	965	1.126	1.261	1.326	322	339	916	1.200	1.272	1.605	1.753
Police/SREC	179	243	189					344	386	283				
Douanes	336	125	173	144	113	89	95	561	221	306	280	182	143	148
Total	864	825	1.187	1.340	1.455	1.632	1.660	1.368	1.170	1.939	1.758	1.775	2.271	2.270

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Années	ARRESTATIONS							SAISIES						
	97	98	99	00	01	02	03	97	98	99	00	01	02	03
S.P.J.	25	19	27	22	7	14	25	78	124	216	154	155	163	186
Gendarmerie	15	7	15	47	45	44	82	125	98	375	650	684	745	770
Police	32	34	32					138	171	151				
Douanes	82	40	34	48	40	19	28	246	140	185	165	121	75	85
Total	154	100	108	117	92	77	135	587	533	927	969	960	983	1.045

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.1.1.1 Activités de lutte anti-drogues des forces de l'ordre (1996-2003)



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
----- PROCES VERBAUX	864	805	825	1187	1340	1455	1632	1660
———— PREVENUS	1368	1205	1170	1939	1758	1775	2217	2270
———— ARRESTATIONS	149	154	100	108	117	92	77	135
- - - - SAISIES	702	587	533	927	969	960	983	1045

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.

PRODUITS	1986		1990		1995		2000		2002		2003	
	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	3,611	155
1.6. MÉTHADONE ³			565 ml	1	5 doses	2	98 ml	2		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	11,153	69
3. STIMULANTS DU SNC												
3.1. AMPHÉTAMINES					0,03	9	0,157	9	5,7	7	28	8
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) ⁴					784	25	318	15	1139	26	132	8
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. ⁴					91	8	849	30		10		
4. HALLUCINOGENES												
4.1. LSD ⁵			2000	1	100	8	21	1	1	2		
4.2. PCP												
4.3. Champignons halluc.												
4.4. Mescaline							0,122	5	0,264	11	0,124	7
5. CANNABIS ET DERIVES												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	0,211	29	18,750	46	0,961	75	8,383	311	1,821	495	15,561	494
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	15,012	101	13,750	147	11,275	129	1,174	89	0,700	119	5,374	84
5.3. HUILE DE CANNABIS												
5.4. PLANTES DE CANNABIS ¹							133	6	2	2	34	12
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES												
SAISIES : HÉROÏNE	33		186		321		354		375		357	
Nb. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL	242		451		675		1.013		1.227		1.386	

¹Quantité saisies: kg (sauf indication contraire)

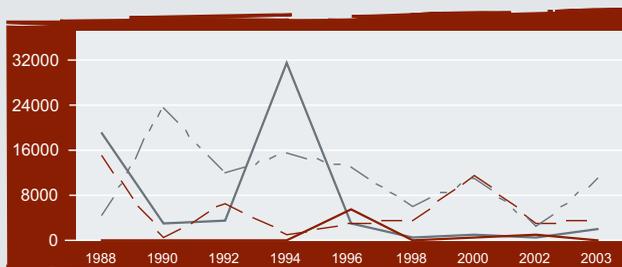
²Nombre saisies

³Unité : "doses"

⁴Unité : "comprimés"

⁵Unité : "trips"

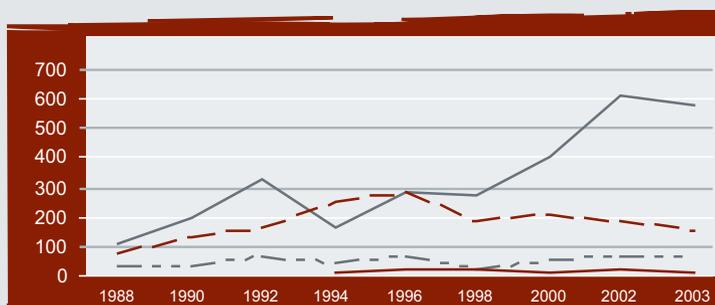
Fig. A.2.1 Quantités saisies : Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2003)



	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2003
— Cannabis (gr./10)	19003	3250	3448	31699	3087	693	955	252	2094
- - Héroïne (gr.)	14888	527	6682	906	2934	3592	11358	2957	3611
- - - Cocaïne (gr.)	4579	23260	12092	15459	12891	5995	10757	2486	11153
— MDMA (compr.)	0	0	0	172	5545	145	318	1139	132

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

Fig. A.2.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2003)

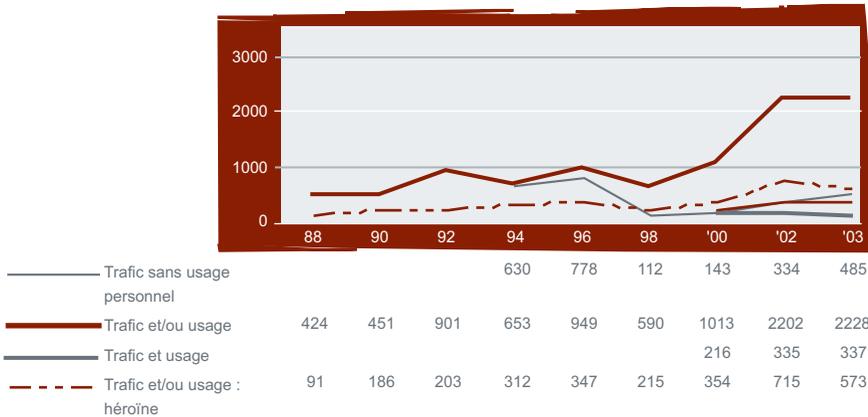


	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2003
— Cannabis	109	193	332	167	281	273	406	616	578
- - Héroïne	81	133	169	251	284	189	211	185	155
- - - Cocaïne	35	32	65	43	63	22	51	66	69
— MDMA (compr.)				8	26	22	15	26	8

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 (1988-2003)



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 2.228 en 2003. 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 (1988-2003) (%)



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	2003
CANNABIS								
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	7,4	7,4	9,2	7	8,3
MARJUANA		2,5-3	6,2	6,2	6,2	7,1		8,1
COCAÏNE	100-150	100-150	120-170	90	90	76,5	50	30-85
HÉROÏNE								
(BROWN)	65-150	65-150	90-150	90	74,4	70	50	40
AMPHÉTAMINES		15-26	25-30	?	?		25	
ECSTASY			9-13	12,4	10,7	9,2	7	10
LSD	11-13	11-13	11-13	?	?	10	n.a	n.a

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants 2004

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			2003		
	Pur. (%)	Pur. (%)			Pur. (%)			Pur. (%)						
						MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN	MIN.	MAX.	MOYEN
CANNABIS				3,46	8,03	2,3	12,8	7,2	0,7	19,3	7,96	0,60	11,45	7,18
COCAÏNE	60-90	60-85	60-90	70,66	60,25	24,95	92,9	56,09	14,6	90,4	62,99	0,30	91,30	58,50
HÉROÏNE														
(brown)	15-23	17-25	20-25	12,17	17,59	24,95	92,9	13,62	2,0	22,9	9,97	0,90	47,75	14,43
AMPHÉTAMINE						5,5	55,5	30,5	3,5	55,5	15,09	2,40	10,70	6,63
ECSTASY²														
(MDMA)					35,5	35,61	109,75	67,25	11	120	71,11	43,50	101,60	73,96
(MDEA)					6,8									
(MDEA)											24,6			
PSYLOCINE											0,15			

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants / Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie.

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.

² Ecstasy: dosage en mg/cpr

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 2001 ³

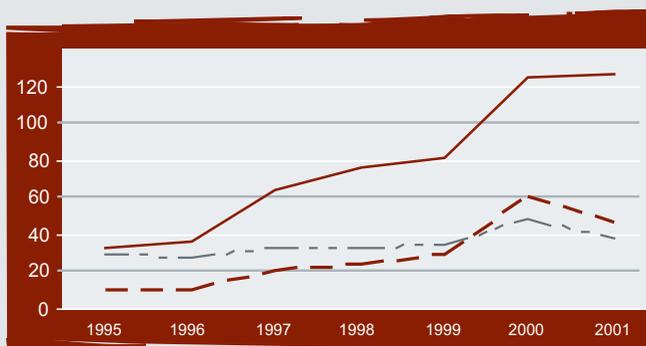
A.3.2.1. Résultats relatifs aux expertises portant exclusivement sur la détection de drogues et de médicaments

Substances ou groupes de substances détectés	2000		2001	
	N	% positifs (n :125)	N	% positifs (n :126)
Ethanol ⁴	53	42,4%	55	43,6%
Amphétamines ⁵	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

A.3.2.2. Résultats des expertises toxicologiques en matière de détection de cannabinoïdes chez les personnes impliquées dans un accident de la route

Fig. A.3.2.2 Détection de cannabinoïdes - Accidents de la route (1995-2001)



—	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

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Drogues de synthèse incluses (ecstasy, etc.)

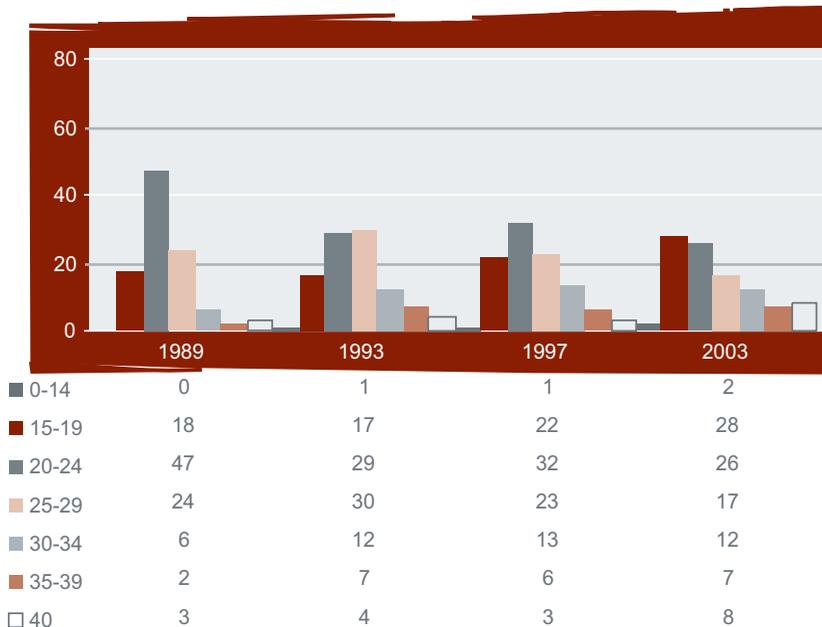
A.4. Prévenus: Données socio-démographiques / Types d'infraction

A.4.1 Evolution du nombre de prévenus pour le code " Delit-Stup" selon âge et sexe de 1985 - 2003

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
AGE												
0-14	5	5		2	12	12	6	27	21	11	15	41
15-19	121	179	173	293	146	205	257	415	413	399	647	602
20-24	234	262	461	520	242	456	369	519	497	566	650	557
25-29	100	110	232	275	255	256	269	448	354	299	388	375
30-34	65	71	58	98	104	167	151	269	208	194	219	254
35-39	10	22	21	34	49	98	73	131	113	139	177	162
> 40	11	28	30	35	29	33	45	84	108	113	82	174
INCONNU	9	11	25	19	53	36	35	46	44	55	40	106
TOTAL	555	688	1.000	1.276	890	1.263	1.205	1.939	1.758	1.776	2.218	2.271
HOMMES	431	574	887	1045	674	1035	1009	1658	1415	1.546	1.905	1.935
FEMMES	122	114	113	213	183	186	174	248	241	215	292	288
SEXE INCONNU	2	0	0	18	33	41	22	33	44	15	21	48

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus en %
(1989 - 2003)



Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

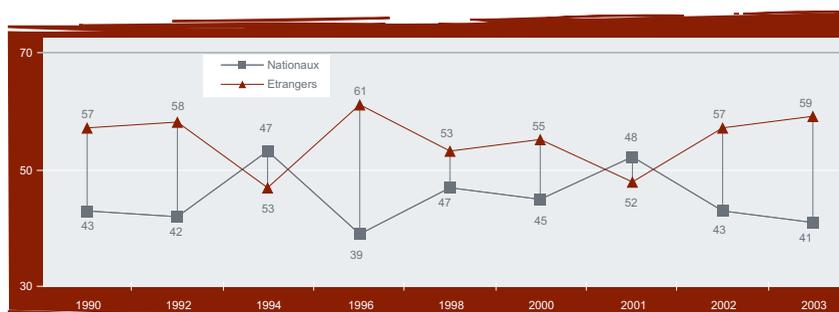
A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999-2003)

SUBSTANCE & DÉLIT	1999			2003		
	N	MODE	TOTAL	N	MODE	TOTAL
		I.V.			I.V.	
HÉROÏNE						
USAGE & TRAFIC	329	157		86	40	
TRAFIC	75		1.050	92		572
USAGE	646	361		394	294	
COCAÏNE						
USAGE & TRAFIC	85	34		63	13	
TRAFIC	31		204	158		350
USAGE	88	31		128	36	
CANNABIS						
USAGE & TRAFIC	326			227	11	
TRAFIC	43		995	142		1.240
USAGE	626			871	23	
AMPHÉTAMINES						
USAGE & TRAFIC	2			20	6	
TRAFIC	3		12	5		45
USAGE	7			20	0	
ECSTASY (MDMA, ETC.)						
USAGE & TRAFIC	10			14	0	
TRAFIC	2		25	23		59
USAGE	13			22	0	
LSD						
USAGE & TRAFIC	4			0	0	
TRAFIC	1		10	0		11
USAGE	5			0	0	
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES						
USAGE & TRAFIC				337	53	
TRAFIC SEUL				485		2.208
USAGE SEUL			1.386	338		
TOTAL					391	
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS						
			1.939			2.270

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- 2003)



Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1996-2003)

CATÉGORIE	1996		1998		2000		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OUVRIERS	323	24	246	21	418	24,2	477	21,5	407	18,1
FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS	187	14	112	10	47	2,7	61	2,8	87	3,8
INDÉPENDANTS	59	4	17	1	8	0,5	21	0,9	15	0,7
ETUDIANTS	29	2	151	13	262	15,2	342	15,4	385	17,1
SANS PROFESSION	679	50	527	45	898	52,1	916	41,3	1.045	46,4
RENTIERS	7	1	38	3	5	0,3	7	0,4	7	0,3
INCONNU	72	5	38	7	87	5	393	17,7	306	13,6

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1998-2003)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE											
	97			99			01			03		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Total	374	95	469	704	144	848	688	119	807	703	154	857
N. mineurs d'âge	42	7	49	61	21	82	89	19	108	109	46	155

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE											
	97			99			01			03		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Total	635	79	714	860	89	949	790	88	878	1.081	125	1.206
N. mineurs d'âge	35	63	98	63	9	72	1	54	55	135	15	150

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, 15 et 48.

A.4.6. Premiers auteurs (1992-2003)

A.4.6.1. Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1992-2003)

	1993	1995	1997	1999	2001	2003
PREMIERS AUTEURS	331	498	389	645	621	808
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	48	92	84	155	100	189
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	14,5%	18,5%	21,6%	24%	16,1%	23,4%
NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS	890	1.263	1.205	1.939	1.776	2.271
<i>(toutes catégories confondues)</i>						
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	5,4%	7,3%	7,0%	8%	9,2%	13,8%

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 (1992-2003)

TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA	1993	1995	1997	1999	2001	2003
HÉROÏNE	91	170	104	157	91	97
COCAÏNE	15	46	20	60	47	112
AMPHÉTAMINES	0	11	12	14	14	10
TYPE " ECSTASY "	3	47	26	6	16	23
MÉDICAMENTS D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	1	3
PRODUITS DE SUBSTITUTION D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	0	1
TOTAL (SUBSTANCES HRC)	109	274	162	237	169	246

A.5. Arrestations: type de délit, croisé par la substance impliquée

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1997	1999	2001	2003
HÉROÏNE	USAGE & TRAFIC	68	57	48	41	21
	TRAFIC/DEAL	21	53	18	8	22
	USAGE	24	7	27	8	4
	TOTAL	113	117	93	57	47
COCAÏNE	USAGE & TRAFIC	20	27	21	27	19
	TRAFIC/DEAL	7	23	9	9	30
	USAGE	10	6	12	4	3
	TOTAL	37	56	42	40	52
CANNABIS	USAGE & TRAFIC	25	18	32	23	52
	TRAFIC/DEAL	1	11	8	1	17
	USAGE	4	4	3	15	9
	TOTAL	30	33	43	39	78
AMPHÉTAMINES	USAGE & TRAFIC		2	1	2	2
	TRAFIC/DEAL				0	0
	USAGE	2			0	0
	TOTAL	2	2	1	2	2
ECSTASY (MDMA,ETC.)	USAGE & TRAFIC	3	3	3	1	1
	TRAFIC/DEAL	1	3		0	0
	USAGE	1			0	1
	TOTAL	5	6	3	1	2
LSD	USAGE & TRAFIC		1	1	0	0
	TRAFIC/DEAL				0	0
	USAGE				0	0
	TOTAL		1	1	0	0
NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES						
	USAGE & TRAFIC				59	57
	TRAFIC/DEAL				13	61
	USAGE				20	15
	TOTAL				92	133
NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF						
		128	154	108	92	135

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants. (Données formatées par le PFN.)

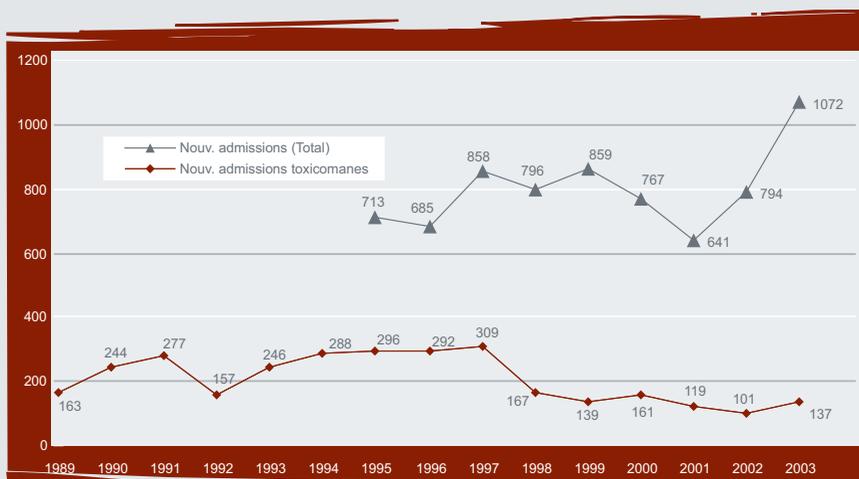
B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2003

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 2003.

ANNÉE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)						713	685	858	796	859	767	641	794	1.072
NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137
						41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	13%

Source : Administration pénitentiaire 2003

Fig B.1 Détention carcérale pour code "Délict-Stup". 1989-2003



Source : Administration pénitentiaire (CPL), 2003

C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2003)

C.1 Définition

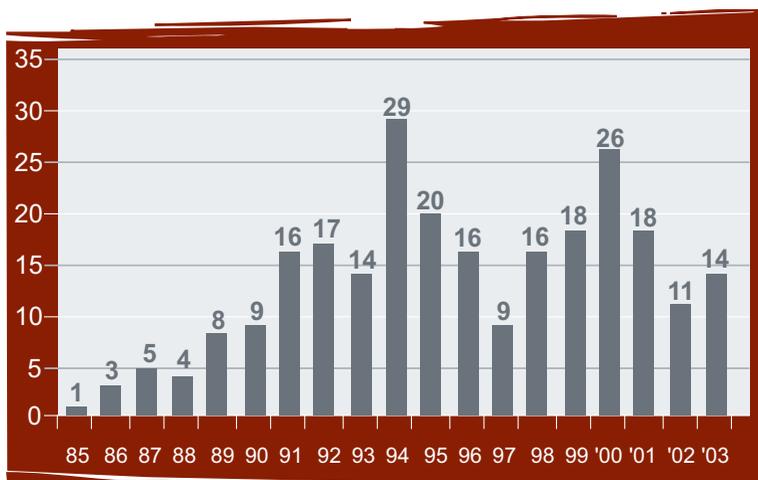
La CIM-10 fait référence à la notion d' " **intoxication aiguë** " : (F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une 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 (1985-2003)



Source : Police Judiciaire Section des Stupéfiants.

C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (1992-2003)

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
1993	45	11 dont 1x DHC + tilidine assoc. 1x cocaïne associée		3x DHC 2x DPX		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
1995	41	13 dont 3x DPX associée 1x MTD associée		3x DPX dont 1x héroïne associée 1x MTD	1x cocaïne	18
1996	40	13 dont 1x cocaïne associée 1x MTD associée				13
1997	42	8 dont 1x MTD associée		1x tilidine	1x cocaïne	10
1998	39	16 dont 2x cocaïne associée 1x MTD associée		1xMTD		17
1999	61	17 dont 5x cocaïne associée 1x MTD associée 1x tramadol associée		1x buprénorphine 1x morphine	Décès traumatiques indirects 1x cocaïne 1x cannabis 1x psilocybine	22
2000	75	14 dont 6x MTD associée 4x cocaïne associée		6x MTD 1x codéine	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	1x bupropion 1x chloral	24
2002	68	12 dont 5x MTD associée 7x cocaïne associée		1x MTD	1 traumatisme	14
2003		15 dont 5x MTD associée et 4x cocaïne associée		1x MTD	1x cocaïne	17

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2003

(*) Dans la plupart des cas : association d'alcool, de benzodiazépines et autres médicaments
DHC= dihydrocodéine, DPX=dextropropoxyphène, MTD=méthadone

C.3 Résultats des analyses toxicologiques effectuées par le LNS en 2000-2002 dans les cas d'intoxications aiguës (toutes substances confondues)

	2000	2001	2002
Nombre total de cas	252	259	268
Nombre total d'échantillons analysés	419	413	363
Substances recherchées/dosées	Nombre d'échantillons positifs (principe actif)		
Ethanol	113	95	119
Amphétamines	6	2	2
Antidépresseurs	32	45	53
Benzodiazépines	208	166	165
Cannabinoïdes	21	18	17
Cocaine	7	7	7
Lithium	6	12	1
Méthadone	21	21	25
Neuroleptiques	24	29	22
Opiacés	57	69	52
Paracétamol	57	67	65
Salicylés	10	9	6

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2002

Références bibliographiques

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, stupéfiants 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 (2004). Bilan d'activités 2003, CePT. Luxembourg,

Comité de surveillance du Sida (2004). Rapport d'activité 2003, 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 14/07/04.

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 (2003), Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2002, 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 (2004). Rapport d'activité 2003, 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 (2004). Rapport d'activité 2003. 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 (2004). Rapport d'activités 2003. 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 (2004), Annuaire Statistique du Luxembourg 2003. ISSN 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 2003
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2003
- 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'Éducation 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

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 2003

I) Substances psychoactives d'acquisition illicite

1. STIMULANTS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

▶ **Amphétamines et méthamphétamines stimulantes**

AMPHETAMINES (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. HALLUCINOGENÈS

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 2003

► **Règlement grand-ducal du 4 mars 1974 concernant certaines substances toxiques - Annexe** (Mém. 1974,465)

Substance	Date d'inclusion ou de modification
DEXTROPROPOXYPENE	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
PMMA (paraméthoxyméthamphétamine)	29/04/02
Amineptine	03/10/03

► **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-méthylènoxy)phénéthylazane	09/10/96
4-Allyloxy-3,5-diméthoxyphénéthylazane	09/10/96
4-MTA (4- Méthylthioamphétamine)	06/12/99
2C-I (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine)	07/11/04
2C-T-2 (2,5 diméthoxy-4-(n)-éthylthiophénéthylamine)	07/11/04
2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-prophylthiophénéthylamine)	07/11/04
TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine)	07/11/04

► **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:

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
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 dihydro-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-thiéno[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
GHB	acide gamma-hydroxybutyrique
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--(phénylcarbamoyl)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 oxazolo [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
PIPRADOL	
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
ZOLPIDEM	

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 collègue 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
Art. 1. à 2. (n.m.)²	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation			Emprisonnement et/ou amendes
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises			
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			
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) B.1. Usage et détention pour usage personnel B.2. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux) B.3. Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001) B.4. Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées 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	A. ³ A. A. A. B. ⁴ B. B. B. B. B.	3 mois à 3 ans ⁵ 5 ans à 10 ans 3 mois à 3 ans 3 mois à 3 ans 3 mois à 3 ans 3 mois à 3 ans 1 an à 5 ans 5 ans à 10 ans 3 mois à 3 ans 3 mois à 3 ans 5 ans à 10 ans 1 an à 5 ans 2 ans à 5 ans	10.000.- à 100.000.- 10.001.- à 500.000.- 10.001.- à 500.000.- 1 an à 5 ans 10.001.- à 100.000.- 10.001.- à 100.000.- 10.001.- à 1.000.000.- 8 jours à 6 mois 8 jours à 6 mois 8 jours à 6 mois 8 jours à 6 mois 6 mois à 2 ans 6 mois à 2 ans 1 an à 5 ans 20.000.- à 500.000.-

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.	<p>1.a. Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites</p> <p>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</p> <p>1.c. Usage <u>avec</u> mineur(s)</p> <p>1.d. Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)</p> <p>1.e. Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées</p> <p>1.f. Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances</p> <p>1.g. Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie</p> <p>1.h. Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées</p> <p>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</p>	A et B A et B A et/ou B A et/ou B A et B A et B A et B A et/ou B A et B	<p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.0000.000.- (art.9. avant modification du 17/04/2001) Substance A. et B.</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.- Substance A. et B.</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.0000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>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 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.- Si substance A. Exception : locaux et moyens agréés par le Ministre de la Santé</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.- Si substance A</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.0000.000.-</p>
-------------------	---	---	--	---

	<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	2 ans à 5 ans Non-prévue	2 ans à 5 ans 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.	40.000.- à 50.000.000.-
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>		1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans	1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans 1 an à 5 ans	50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.- 50.000.- à 50.000.000.-
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	5 ans à 10 ans si substance A. ou B.	5 ans à 10 ans si substance A.	50.000.- à 50.000.000.-



Art. 10. (n.m.)	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 absolu d'un organe, soit une mutilation grave		5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.000.000.-	5 ans à 10 ans	50.000.- à 50.000.000.-
Art. 10. (n.m.)	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	A et B.	15 ans à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-	15 ans à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-
Art. 10.1	Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort	A et B.	travaux forcés de 15 à 20 ans et amende de 50.000.- à 50.000.000.-, travaux forcés à perpétuité		15 à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-
	Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort d'un mineur	A et B.	non prévue		15 à 20 ans	50.000.- à 50.000.000.-
	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	A et B.	non prévue		exemption des peines	
Art. 11. (n.m.)	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	A et B.	non-prévue		réduction des peines	
Art. 11. (n.m.)	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	A et B.				
Art. 12. (n.m.)	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 (...)	A et B.				

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. 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 Le juge pourra interdire au condamné l'exploitation temporaire ou définitive soit par lui-même, soit par personne interposée, de tout établissement ou lieu quelconque ou les infractions ont été commise ; il pourra en outre ordonner la fermeture temporaire ou définitive de tels établissements.	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 cette profession Le juge pourra interdire au condamné l'exploitation temporaire ou définitive soit par lui-même, soit par personne interposée, de tout établissement ou lieu quelconque ou les infractions ont été commise ; il pourra en outre ordonner la fermeture temporaire ou définitive de tels établissements.	
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.-	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 soumise(s) 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>	A et B	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Non prévue</p> <p>Action publique non exercée</p>	<p>Possibilité du procureur d'Etat de proposer aux personnes visées 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	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	Non prévue	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 de peines	Exemption des peines

(n.m.)	<p>1.b. Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), f) 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> <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> <p>2.a. Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), f) 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> <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	Exemption des peines
Art. 32. (n.m.)	Modalités d'extradition des malfaiteurs étrangers (loi 13 mars 1870)	A et B	Non-prévu	Réduction des peines
Art. 33.	Abrogation de la loi du 28 avril 1922	A et B	Exemption des peines (terminologie diff.)	Exemption des peines

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 :

1 - 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 ou 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 Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX

▶ **Belgique/België**

Institut Scientifique de la Santé Publique/ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – 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)

Kari Grasaasen
Islands Brygge, 67
Postbox 1881
DK-2300 København
Tlf. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
e-mail: kag@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)

Manina Terzidou
Soranou tou Efesiou, 2
GR-15601 Athens
Tel. (30) 210 6536 902
Fax (30) 210 6537 273
e-mail: ektepn@ektepn.gr

▶ **España**

Plan Nacional sobre Drogas (National Plan on Drugs – PNSD)

Carmen Moya Garcia
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid

Tel. (34) 91 537 27 25

Fax (34) 91 537 26 95

e-mail: reinstipnd@msc.es

▶ **France**

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

(French Observatory for Drugs and Drug Addiction – OFDT)

Jean Michel Costes
3, avenue du Stade de France
F-93200 Saint Denis

Tél. (33) 1 4162 7716

Fax (33) 1 4162 7700

e-mail: jean-michel.costes@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 nazionale
per le politiche antidroga, Ufficio Monitoraggio**

Andrea Fantoma
Via Quintino Sella, 69
I-00187 Roma

Tel. (39-06) 42 880 176

Fax (39-06) 42 084 497

e-mail: politicheantidroga@palazzochigi.it

▶ **Luxembourg**

**CRP-Santé, Centre d'Etudes en Santé, Point Focal OEDT,
Luxembourg**

(EMCDDA Focal Point, Luxembourg)

Alain Origer
18, rue Dicks
L-1417 Luxembourg

Tél. (352) 45 32 13 39

Fax (352) 45 32 19

e-mail: pascale.straus@crp-sante.healthnet.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

Av. João Crisostomo, 14

1000-179 Lisboa

Tel. (351-21) 310 41 00

Fax (351-21) 310 41 90

e-mail: maria.moreira@idt.min-saude.pt

▶ **Suomi/Finland**

Sosiaali ja terveysalan 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 24 97

e-mail: ari.virtanen@stakes.fi

▶ **Sverige**

Folkhälsainstitutet (National Institute of Public Health)

Bertil Pettersson

olof Palmes gata, 17

S-103 52 Stockholm

Tfn (46-8) 56 61 35 13

Fax (46-8) 56 61 35 05

e-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

▶ **United Kingdom**

Sexual Health and Substance Misuse Policy

Department of Health

Alan Lodwick

Skipton House

80 London Road

UK-London SE1 6LM

Tel. (44-20) 797 25 12 1

Fax (44-20) 797 21 61 5

e-mail: alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

▶ **Ceská republika**

Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic

Dr. Viktor Mravcik

Nabr. Edvarda Benese 4

118 01 Praha 1 - Malá Strana

CZ-Prague

Tel: +420 2 9615 3222

Fax: +420 2 9615 3264

e-mail: mracvik.viktor@vlada.cz

▶ **Eesti**

National Institute for Health Development (NIHD)

Department of Epidemiology and Biostatistics

Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)

Ave Talu

Room 471

Hiiu 42

EE-11619 Tallinn

Tel: +372 6593 997

Fax: +372 6593 998

e-mail: ave.talu@tai.ee

- ▶ **National Council on Drugs -**
Cyprus National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
Neoklis Georgiades
Magnolia Center
Offices 11-12
32, Strovolos Avenue
CY - Nicosia 2018
Tel: +357 22442973
Fax: +357 22305022
e-mail: neoklis@ektepn.org.cy

- ▶ **Latvija**
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment
Ministry of Health
Ieva Matisone
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Tel: +371 7 37 4681
Fax: +371 7 372 337
e-mail: ieva.matisone@latnet.lv

- ▶ **Lietuva**
Ministry of Health-Drug Control Department under the
Government of the Republic of Lithuania
Ernestas Jasaitis
Vilniaus st. 33
LT-01119 Vilnius
Tel: +370 5 237 52 18
Fax: +370 5 237 52 17
e-mail: ernestas.jasaitis@nkd.lt

- ▶ **Magyarország**
Ministry of Health-National Center for Epidemiology
Adrienn Nyirady
Gyáli út 2-6.
(PO.Box 64)
HU-1097 Budapest
Tel: +36 1 476 11 00
Fax: +36 1 476 12 23
e-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

- ▶ **Malta**
Ministry of Family & Social Solidarity
Anna Girard
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
MT-Malta
Tel: +356 2590 3217/20
Fax: not yet available
e-mail: anna.girard@gov.mt

▶ **Polska**

National Bureau for Drug Prevention - Ministry of Health

Janusz Sieroslowski
Dereniowa 52/54
PL - 02-776 Warsaw
Tel: +48 22 641 15 01
Fax: +48 22 641 15 65
e-mail: sierosla@ipin.edu.pl

▶ **Slovenija**

Institute of Public Health

Mercedes Lovrecic
Trubarjeva 2
SI - 1000 Ljubljana
Tel: +386 1 244 1479
Fax: +386 1 244 1447
e-mail: Mercedes.Lovrecic@ivz-rs.si

▶ **Slovensko**

General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control

Alojz Nociar
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Tel: +421 2 5729 5554
Fax: +421 2 5729 5571
e-mail: alojz.nociar@government.gov.sk

▶ **Norge (Observer)**

Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research - SIRUS

Knut Brofoss
Ovre Slotts, gate 2B
NO-0157 Oslo
Tfn (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
e-mail: kb@sirus.no

▶ **European Commission**

**General Secretariat, Task Force Justice and Home Affairs –
Drugs Unit – SG/TF JHA/4**

Timo Jetsu
Rue de la Loi 200 (LX46 3/186)
B-1049 Bruxelles
Tél. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
e-mail: timo.jetsu@cec.eu.int

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	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	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

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 – Aidsberôdung	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 Public -
(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

Annexe 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 (CDS, UNODC, etc)
7. OMS
8. EUROPOL (UDE)
9. GAFI
10. Groupe de Dublin
11. Cadre Schengen
12. BENELUX
13. Groupe de Mondorf Sarre/Rhénanie-Palatinat/Lorraine/Communauté germanophone de Belgique/Grand-Duché de Luxembourg

COOPÉRATION INTERNATIONALE

GROUPE INTERMINISTÉRIEL "TOXICOMANIE"

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ (7 DIVISIONS)

(...)

Service d'Action Socio-Thérapeutique

(...)

Division de Médecine Préventive et sociale

Division de la Pharmacie et des Médicaments

(...)

composée de représentants des :

- ▶ PARQUET GÉNÉRAL
- ▶ POLICE JUDICIAIRE
- ▶ POLICE GRAND-DUCALE
- ▶ DIRECTION DES DOUANES ET ACCISES
- ▶ MINISTÈRE DE LA JUSTICE
- ▶ MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
- ▶ MINISTÈRE DE LA FORCE PUBLIQUE
- ▶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ
- ▶ DIRECTION DE LA SANTÉ
- ▶ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ (...)
- ▶ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (...)
- ▶ SERVICE NATIONAL DE LA JEUNESSE
- ▶ CENTRE DE PRÉVENTION DES TOXICOMANIES
- ▶ INSTITUT DE FORMATION POUR ÉDUCATEURS / MONITEURS

CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC -SANTÉ CENTRE ETUDES EN SANTE

(...)

POINT FOCAL OEDT LUXEMBOURG

(...)

Services conventionnés participant au réseau RELIS

**CNDS - ABRIGADO
- NUETSEIL**

3 centres JDH

**MSF
SOLIDARITE -JEUNES**

PRG. METHADONE

**AIDSBERODUNG
CROIX-ROUGE**

KONTAKT 25

Services non-conventionnés participant au réseau RELIS

**Centre Hospitalier du
Luxembourg (CHL)**

**Centres
pénitentiaires de
Schrassig / Givenich**

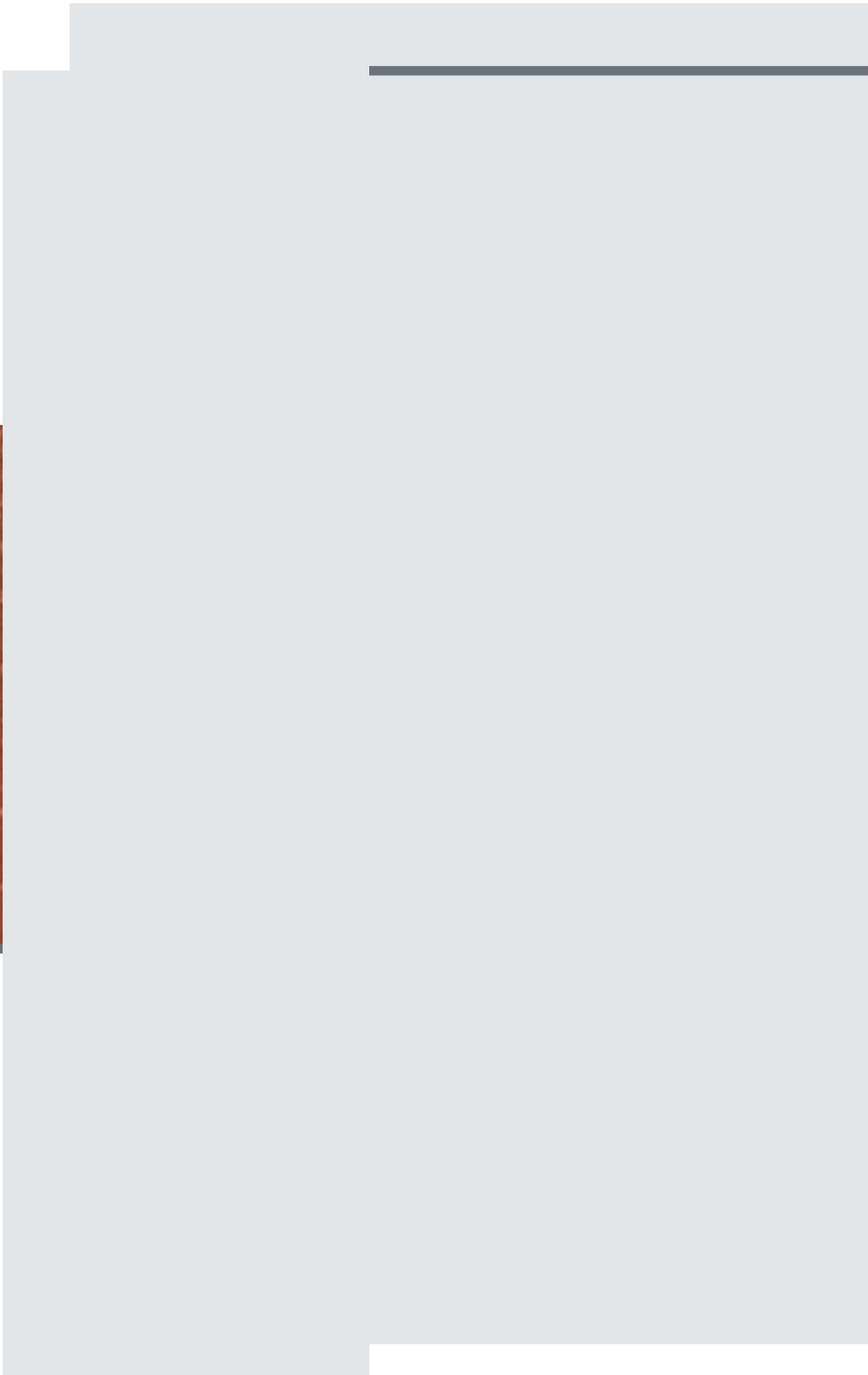
Centre Emmanuel

CTM

CHNP / BU V

**POLICE JUDICIAIRE
Section
des stupéfiants**

COOPÉRATION NATIONALE





CRP SANTE/CES

POINT FOCAL LUXEMBOURGEOIS de l'O.E.D.T.

18, rue Dicks

L-1417 LUXEMBOURG

Tél.: +352 45 32 13 39

Fax.: +352 45 32 19

E-mail:

E-mail: alain.origer@crp-sante.healthnet.lu

pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu