



CRPI

POINT FOCAL OEDT  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

# *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  
**(2005)**

## Auteur :

**Alain ORIGER**  
CRP-SANTE  
Point focal OEDT  
Chargé de direction

## Assistantes scientifiques :

- ▶ **Hélène DELLUCCI**  
CRP-SANTE  
Point focal OEDT
- ▶ **Pascale STRAUS**  
CRP-SANTE  
Point focal OEDT

## Collaborateurs :

(par ordre alphabétique)

- ▶ **Andrée CLEMANG**  
Conseiller de Direction adjoint  
Ministère de la Justice
- ▶ **Monika Graser**  
CNDS a.s.b.l
- ▶ **Henri GRÜN**  
Fondation Jugend- an Drogenhëllef
- ▶ **Dr Robert HEMMER**  
Centre Hospitalier de Luxembourg
- ▶ **Dr Ferd KASEL**  
Centre Hospitalier  
Neuro-Psychiatrique - BU-V
- ▶ **Thérèse MICHAELIS**  
Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)
- ▶ **Georges NEU**  
POLICE GRAND-DUCALE  
Service de Police Judiciaire -  
Section Stupéfiants
- ▶ **Romain PAULY**  
CHNP-Centre Thérapeutique  
pour Toxicomanes  
"Syrdallschlass" - CTM
- ▶ **Dr JOS SCHLINK**  
Centre Pénitentiaire de  
Luxembourg
- ▶ **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 2005 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 2004.

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 2005 consacre une attention particulière à l'étude du PF OEDT relative aux maladies infectieuses au sein de la population d'usagers problématiques de drogues.

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 2004 en comparaison aux données des années 1994 à 2003.

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 2004, les données relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1989 à 2004 ainsi que les données relatives à la mortalité liée à l'usage de drogues illicites.

# SOMMAIRE GENERAL

Avant-propos	4
Sommaire	5
Résumé en langue française	12
Summary in English	21

## 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	31
I.1.2	Prévalence de l'usage illicite de drogues au sein de l'UE	32
I.1.3	Prévalence de l'usage illicite de drogues en population générale au G.-D. de Luxembourg	34
I.1.4	Prévalence de l'usage de drogues dans les populations de jeunes et/ou en âge scolaire au G.-D. de Luxembourg	38
I.1.5	Prévalence de l'usage problématique de drogues d'acquisition illicite au G.-D. de Luxembourg	42
I.1.6	Aperçu historique de la consommation de drogues illicites au G.-D. de Luxembourg	43
I.1.7	Sources d'approvisionnement et trafic de substances psychoactives illicites au G.-D. de Luxembourg	46

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

I.2.1	Acteurs clefs - Rôles et relations	47
I.2.2	Aperçu historique des acquis légaux et structureaux	48
I.2.3	Plans d'action en matière de drogues et de toxicomanies 2000 - 2004 et 2005 - 2009	53
I.2.4	Budgets et mécanismes de financement	55
I.2.5	Coopération internationale	56
I.2.6	La Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne	57

### 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	59
I.3.1.1	<i>Législation de base et procédures d'amendement</i>	59
I.3.1.2	<i>Propositions de loi en matière de drogues et de toxicomanies</i>	61
I.3.1.3	<i>Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substance toxiques de 2000 à 2005</i>	62
I.3.2	Les conventions internationales	64

## 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	Les actions préventives	67
II.1.2	Dispositif d'accueil téléphonique	76
II.1.3	Les programmes communautaires	77
II.1.4	Réduction des risques et dommages	78
II.1.5	Prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue	82
II.1.6	Traitements de substitution	88
II.1.7	Services résidentiels de désintoxication	91
II.1.8	Les services extrahospitaliers	92
II.1.9	Les suivis en postcure	96
II.1.10	Interventions de réintégration socioprofessionnelle	97
II.1.11	Les demandes de traitement à l'étranger	98
II.1.12	Le traitement en milieu carcéral	99
II.1.13	Les Groupes d'entraide	104
II.1.14	Evènements, programmes et publications en 2003/2004	105

### Chapitre II.2 TRAVAUX DE RECHERCHE RÉCENTS - SOMMAIRE

II.2.1	Origer, A.; Removille, N. & Couffinal, S. (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.	106
--------	--	-----

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

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

III.1.1	Historique	114
III.1.2	Evolutions récentes au Point Focal Luxembourg (PFN)	114
III.1.3	Les dispositifs de monitoring et d'information coordonnés par l'OEDT et maintenus par les points focaux nationaux	115

### **Programme de travail annuel**

III.1.3.1	<i>REITOX – Réseau Européen d’Information sur les Toxicomanies</i>	115
III.1.3.2	<i>Les indicateurs épidémiologiques en 2004</i>	115
III.1.3.3	<i>EDDRA – Système d’information sur les échanges en matière d’activités de réduction de la demande</i>	116
III.1.3.4	<i>Système d’alerte précoce sur les nouvelles drogues synthétiques</i>	117

### **Projets connexes**

III.1.3.5	<i>EIB - Banque de données européenne sur les instruments d’évaluation</i>	118
III.1.3.6	<i>QED – Système d’information européen en matière de recherche qualitative</i>	118
III.1.3.7	<i>Base de données européenne sur les textes de loi en matière de drogues (ELDD)</i>	119
III.1.3.8	<i>Base de données européenne en matière d’épidémiologie</i>	119
III.1.3.9	<i>Ressources documentaires</i>	119
III.1.4	<b>Les dispositifs de monitoring et d’information coordonnés par le PFN</b>	120
III.1.4.1	<i>RELIS – Réseau d’Information National sur les Stupéfiants et les Toxicomanies</i>	120
III.1.4.2	<i>SAP – Système d’Alerte Précoce sur les drogues synthétiques</i>	121
III.1.4.3	<i>CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies</i>	122

## **Chapitre III.2 Réseau national d’information sur les stupéfiants et les toxicomanies (R.E.L.I.S)**

III.2.1	Remarques préliminaires	123
III.2.2	Base méthodologique	123
III.2.3	Description de la population toxicomane répertoriée par le réseau institutionnel de 1994-2004	128
III.2.4	Traitement et représentativité des données	131
III.2.4.1	<i>Description de l’échantillon</i>	131
III.2.4.2	<i>Taux et couverture de réponses</i>	131
III.2.5	Résultats et analyses	132
III.2.5.a.	<i>RELIS 2004 - Sommaire des données</i>	132

## Partie IV : DONNEES STATISTIQUES OFFICIELLES DE 1985 À 2004

A.	Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 à 2004	196
B.	Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1990 à 2004	208
C.	Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg de 1985 à 2004	209

## Références bibliographiques 212

### Annexes

A.	Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2000)	218
B.	Classification sommaire des substances psychoactives retenues au niveau du protocole RELIS 2004	222
C.	Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2004	225
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)	230
E.	Définitions (CIM-10, DSMIV) de l'abus, l'usage nocif et de la dépendance	244
F.	Points focaux nationaux du Réseau Européen des Drogues et des Toxicomanies - REITOX	246
G.	Participation des organismes nationaux à des projets de recherche européens ou nationaux dans les domaines des drogues illicites et de la toxicomanie	254
H.	Organigramme du réseau de collaboration du point focal Luxembourg	260
I.	Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues	262

## Liste des acronymes

<b>AST</b>	Service d'action socio-thérapeutique de la Direction de la Santé
<b>CDS (CND)</b>	Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drug)
<b>CePT</b>	Centre de prévention des toxicomanies
<b>CES</b>	Centre d'Études en Santé
<b>CHNP</b>	Centre hospitalier neuro-psychiatrique
<b>CICAD</b>	Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus des drogues
<b>CNDS</b>	Comité national de défense sociale
<b>CNER</b>	Comité National d'Éthique de Recherche
<b>CNPD</b>	Commission Nationale de la Protection des Données
<b>CPG</b>	Centre pénitentiaire de Givenich
<b>CPL</b>	Centre pénitentiaire de Luxembourg
<b>CPOS</b>	Centre de psychologie et d'orientation scolaire
<b>CRP-HT</b>	Centre de recherche public - Henri Tudor
<b>CRP-Santé</b>	Centre de recherche public - Santé
<b>CTM</b>	Centre thérapeutique de Manternach - CHNP
<b>DEA</b>	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
<b>EMA</b>	Agence européenne pour l'évaluation des médicaments
<b>EUROPOL</b>	Office européen de police
<b>FBI</b>	Federal Bureau of Investigation (États-Unis)
<b>FED</b>	Fond européen de développement
<b>FEDER</b>	Fond européen de développement régional
<b>FLTS</b>	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants
<b>GAFI (FATF)</b>	Groupe d'action financière internationale (Financial Action Task Force on money laundering)
<b>GAPC (CATF)</b>	Groupe d'action sur les produits chimiques (Chemical Action Task Force)
<b>GHD</b>	Groupe horizontal drogue (du Conseil de l'UE)
<b>GID</b>	Groupe interministériel « drogues »
<b>GID</b>	Groupe interservices drogue (de la Commission européenne)

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

<b>SADC</b>	Southern African Development Community
<b>SAP</b>	Système d'alerte précoce en matière de nouvelles drogues synthétiques
<b>SEPT</b>	Semaine européenne de prévention des toxicomanies
<b>SID</b>	Système d'information douanier
<b>SIS</b>	Système d'information Schengen
<b>SMC</b>	Schéma multidisciplinaire complet (NU)
<b>SNJ</b>	Service national de la Jeunesse
<b>SPG</b>	Système de préférences généralisées
<b>SPJ</b>	Service des stupéfiants de la police judiciaire
<b>UE</b>	Union européenne
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session on Drugs
<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>ZePF</b>	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 2005)

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

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

Les efforts déployés depuis maintenant 10 ans 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 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 anti-drogues 2000 – 2004** par le bureau du coordinateur national « Drogues » mandaté par le Ministre 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 visées et sert de cadre à l'élaboration de la **stratégie et du plan d'action 2005 – 2009 en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies**.

**La stratégie nationale et le plan d'action 2005 - 2009** s'appuient par ailleurs sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et sur une concertation soutenue avec les acteurs de terrain.

Afin d'optimiser son impact, le nouveau plan d'action a tenu compte des éléments pertinents issus des **traités UE et CE, de la stratégie anti-drogues 2005-2012** et du **plan d'action drogues 2005-2008 de l'UE** qui a été approuvé sous présidence luxembourgeoise.

**L'objectif général** de la stratégie et du plan d'action nationaux est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de Santé publique, de Sécurité publique et de cohésion sociale.

Une stratégie anti-drogues qui veut faire face aux défis actuels repose prioritairement 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.

**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 4.861.841 EUR en 2003 ce qui équivaut à un **taux de progression de 283%**. Le budget 2004 s'élevait à 5.770.643 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 18,7% en référence à l'exercice 2003. En ce qui concerne le budget 2005, 6.195.518 EUR ont été alloués aux services concernés, ce qui représente une croissance de 7,4% par rapport à l'année budgétaire 2004.

## Indicateurs épidémiologiques

**A l'échelle mondiale** quelques 200 millions de personnes, représentant 5% de la population mondiale âgée entre 15 à 64 ans, ont consommé des drogues au moins une fois pendant les 12 derniers mois. Ce nombre, représentant une augmentation de 15 millions de personnes comparé à l'estimation de l'année dernière, reste toutefois significativement inférieur au nombre de personnes ayant consommé des substances psychoactives licites. La propagation de la consommation de cannabis, la drogue illicite la plus communément consommée dans le monde, affiche le taux de croissance le plus élevé. 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 2000, 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 (UPDs)<sup>1</sup>

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

Le nombre d'UPDs indexés par les institutions nationales en 2004 équivaut à 3.597 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 2004 ces mêmes instances ont recensés respectivement 1.700 et 1.897 personnes ce qui équivaut à une croissance totale de 62,5%. On note depuis deux années une **stabilisation des demandes de prise en charge au niveau des structures ambulatoires** et une augmentation du nombre de demandes adressées aux structures thérapeutiques résidentielles et aux services de bas-seuil.

Pour 38% (30%) des usagers indexés (59% 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 croissance par rapport à l'année 2003, s'élève à 36% (22%). En moyenne, un usager donné entre 1,6 (1,8) fois par année en contact avec une institution sanitaire spécialisée. 10% (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 2004.

72% (74%) des répondants ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2004.

<sup>1</sup> Le terme 'UPDs' sera utilisé pour désigner des 'Usagers problématiques 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. Sur les dix dernières années on constate que la proportion de **ressortissants étrangers** parmi les UPDs recensés affiche une tendance à la hausse. La population des non-luxembourgeois(es) est principalement composée de ressortissants portugais dont la proportion est toujours croissante et nettement supérieure à celle observée au niveau de la population générale. On observe par ailleurs une évolution non uniforme des UPDs originaires des pays de l'Est.

**L'âge moyen** des usagers recensés est passé de 28 ans et 4 mois en 1995 à 30 ans et 6 mois en 2004. **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 une **proportion élevée mais stable de mineurs** parmi les prévenus pour infraction(s) STUP. Respectivement 86% et 41% 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 (34%) figurent en première position. Les cantons du nord confirment leur progression des années précédentes (17%).

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 UPDS 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 d'UPDs 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** avait connu une hausse sensible durant les trois dernières années pour redescendre en 2004. 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** (93%) a atteint une valeur record en 2004. 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 huit 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 d'UPDs n'évoluent guère. Cependant **l'infection au HCV (hépatite C) a témoigné d'une nette progression** et tend actuellement à se stabiliser autour de la moyenne européenne. Selon les données fournies par le Laboratoire de Rétrovirologie, **la proportion moyenne d'usagers intraveineux de drogues parmi les personnes infectées par le HIV, accuse une tendance générale à la baisse** au cours des dernières années. **Le taux d'infection HIV parmi les usagers intraveineux** se situe actuellement autour de 5 %, accusant une fois de plus une faible baisse par rapport à l'année 2003.

La concrétisation du plan d'action 2000-2004 a été accompagnée d'une baisse significative du nombre de **décès par surdosage** au Grand-Duché de Luxembourg pour ensuite se stabiliser en 2003 et 2004 (13 cas). Exprimée en nombre de **cas de surdose par rapport à la population générale** du Grand-Duché de Luxembourg, cette proportion s'élevait à 2,88 décès par surdose pour 100.000 habitants en 2004. En 2000, ce même taux s'élevait à 5,9 cas par 100.000 habitants. Les **données médico-légales** de 2004 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 2004, 17 **cas de décès indirects** liés à la consommation de drogues illicites ont été enregistrés. Les principales causes de décès indirects entre 1996 et 2004 ont été par ordre d'importance: suicide, accident de la circulation, intoxication non-définie, complications cardio-vasculaires ou pulmonaires, pharmacodépendance, maladies du foie et troubles immunitaires.

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

## Indicateurs juridiques et pénaux <sup>2</sup>

### *Saisies de substances illicites*

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 jusqu'en 2002 des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. A partir de 2002 on observe une hausse significative des quantités de drogues saisies, surtout prégnante pour l'héroïne.

Indépendamment des quantités saisies, 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 à partir de 2000 et d'héroïne et de cocaïne à partir de l'année 2003. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2004 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 623. Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichait 451 personnes en 1990 et 1.988 en 2004. Globalement le nombre de personnes impliquées dans le

<sup>2</sup> Sauf indication contraire, les données présentées se rapportent à l'année 2004. Par défaut d'autres indications, les données entre parenthèses se rapportent à l'année 2003.

trafic de drogues affiche une hausse remarquable jusqu'en 2002 et semble avoir atteint un seuil de stabilité depuis lors. Une majorité confirmée des personnes en question sont impliquées dans le trafic de cannabis et sont d'origine étrangère.

En 1994 furent enregistrées les premières **saisies nationales de MDMA, MDA... (type : ecstasy)** dont la disponibilité semblait amorcer une évolution quasi exponentielle de 1994 à 1996 qui s'est cependant stabilisée depuis les dernières six années.

#### *Mesures judiciaires et pénales*

Le nombre de **procès verbaux** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973 a doublé entre 1995 (764) et 2004 (1.468) bien qu'il a diminué par rapport à l'année 2003. En ce qui concerne le nombre respectif de **prévenus**, on note une évolution semblable. En 2004, furent enregistrées 178 **arrestations** pour motifs d'infraction à la loi modifiée de 1973. En d'autres termes, le nombre de procès verbaux et le nombre de prévenus a diminué sensiblement alors que le nombre d'arrestations pour le même motif a augmenté par rapport aux années précédentes.

La population des prévenus est composée de 90% d'hommes, proportion qui variait entre 79% et 90% durant les dix dernières années. Depuis 1998, la proportion des **prévenus d'origine étrangère** est passée de 50% à 68% (tendance toujours croissante). Il s'agissait dans 32% des cas de **premiers auteurs** en 2004 (niveau le plus bas depuis 1998); le pourcentage de mineurs parmi les prévenus étant passé de 5,4% en 1993 à 13,8% en 2003 et est descendu à 8,7% en 2004.

Les données statistiques fournies par **l'administration pénitentiaire** pour l'année 2004 font état de 1.033 (1.072) nouvelles entrées au CPL et au CPG dont 89 (9%) pour infraction(s) à la loi du 19 février 1973 (Code : DELIT-STUP); une proportion qui représentait 42,6% en 1996 et qui n'a cessé de diminuer depuis.

#### **Disponibilité et qualité des drogues illicites au niveau national**

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. 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. La proportion d'étrangers impliqués dans le trafic des drogues est croissante. Les demandeurs d'asile impliqués dans le trafic illicite de cocaïne sont originaires de l'Afrique de l'Ouest, surtout des régions de la côte d'Ivoire et on retient un nombre constant d'Albanais du Kosovo impliqués. Pour ce qui est de la distribution d'héroïne, il semble qu'il n'y ait pas de profil de nationalité prédominant. Un grand nombre de revendeurs proviennent de l'Afrique du Nord et transitent par la Belgique. Beaucoup de trafiquants ont basculé de la vente d'héroïne vers celle de la cocaïne et ont actuellement aussi tendance à s'impliquer dans la vente du cannabis. La vente de toutes les drogues se fait d'une manière de plus en plus agressive.

A signaler qu'en début 2003 un laboratoire clandestin servant à 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 de 1996 à 2003 alors qu'on observe des marges de prix plus étendues et des maxima plus élevés pour l'héroïne et la cocaïne en 2004. Les produits dérivés du cannabis présentent une certaine stabilité depuis les dernières 4 années.

En termes de **pureté**, les échantillons de substances suspectes, analysés par le Laboratoire National de Santé, permettent de constater une augmentation du taux de THC dans les produits dérivés du cannabis, une augmentation de la pureté de l'héroïne et une qualité assez stable pour la cocaïne. Pour les autres substances analysées, les tendances sont peu claires, sauf que l'on observe une pureté très faible d'MDMA dans les produits de type ecstasy.

### 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** (2004: 435.078 / 1996 : 76.259). Cette même tendance s'observe pour le nombre de **seringues usées collectées** (2004: 376.491 (taux de retour croissant : 87% / 1996 : 28.646 (38%)). Une majorité d'injecteurs (35%) 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 8 années (2004: 39.526 / 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 120 en 2004 (tendance décroissante depuis 1998). 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 2004, l'Union des Caisses de Maladie a recensé 158 (1999: 125) médecins ayant prescrits à 1.553 (2003: 1.554) personnes (double comptages inclus) des médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®).

### 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 2005)

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 the last 10 years have allowed 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

Following the parliamentary elections of June 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's office, mandated to elaborate the **2000-2004 action plan on drugs and drug addiction**.

The governmental programme presented following the **parliamentary elections of June 2004** has introduced no changes concerning competences and attributions in the drugs field and constitutes the framework for the elaboration of the **strategy and action plan 2005-2009 for the fight against drugs and drug addiction**.

**The national strategy and action plan 2005-2009** relies upon the priorities of the Ministry of Health and a sustained concertation with field actors. In order to optimize its impact, the new action plan has taken into account pertinent elements from **EU and EC treaties, the EU anti drugs strategy 2005-2012** and the **EU drugs action plan 2005-2008** having been endorsed under the Luxembourg presidency.

The **general aim** of the national strategy and action plan is to contribute to a high level of protection in terms of public health, public security and social cohesion.

An effective drugs strategy should rely on **two pillars**, namely on demand reduction and supply reduction as also on **four transversal axes**: risk, damage, nuisance reduction, research and information, international relations and finally coordination mechanisms.

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 2004 budget went up to 5,770,643.- EUR representing a supplementary raise of 18.7% in reference to the 2003 budget. In regard to the 2005 budget, 6,195,518.- EUR have been allocated to concerned services representing an increase of 7.4% compared to 2004.

### Epidemiological indicators

**Worldwide** some 200 million people, representing 5% of the world population aged between 15 to 64 years, have consumed drugs at least once the last 12 months. This number, representing an increase of 15 million persons compared to the last years estimation, still remains significantly lower than the number of persons having used licit psychoactive substances. The spread of cannabis consumption, the most commonly consumed illicit drug in the world, shows the most important increase. 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. According to the most representative studies, 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 by school-aged youngsters shows a low prevalence having progressed weakly within the considered period.**

## 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 2004 figures 3,597 (1994: 2,213) (double counting included). For comparison, 873 users have been indexed by national specialised drug demand reduction agencies and 1,340 persons by supply reduction agencies in **1994**. In 2004 the same agencies have indexed 1,700 and 1,897 persons respectively, which equals to a total **progress rate of 62,5%**. More recently, however, one has observed **a stabilisation of treatment demands in outpatient drug agencies** and an increasing demand for inpatient therapies and for low threshold offers. **5%** of respondents are **first treatment demanders**, all treatment centres included.

38% (30%) of PDUs (59% of non-natives) reported their first institutional contact (intra-institution) in 2004. Solely applied to specialised drug treatment agencies, this rate, increasing compared to 2003, subsequently ran up to 36% (22%). On average, a given user has 1.6 (1.8) contacts/year with a specialised agency. 10% (8%) of PDUs did report their **first lifetime drug treatment** in 2004. 72% (74%) of respondents have had at least one **substitution treatment** before being indexed in 2004.

### *Socio-demographic characteristics of national PDU population*

The target population is composed of approximately 20% of women and 80% of men. During the last ten years the proportion of indexed non-native PDUs has shown an increasing tendency. The **population of non-natives** drug users largely consists of Portuguese nationals, a proportion constantly increasing and consistently higher than the one observed in general population. Moreover, one observes a non uniform evolution of UPDs coming from Eastern countries.

The **mean age** of indexed PDUs has evolved from 28 years and 4 months in 1995 to 30 years and 6 months in 2004. **The gap between youngest and 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 a **significant but currently stable proportion of minors** among drug law offenders STUP. Respectively 86% and 41% of current PDUs have tried cannabis and heroin (i.v.) while being minor of age. In 1995 the same proportions figured 71% and 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 (34%) are the most representative. As in previous years, the northern region confirms its progression (17%).

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 15-64 (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. The ratio of **intravenous opiates consume** to the **inhalation** mode has stabilised at 2:1.

The number of persons in contact with the national specialised network for (preferential) **cannabis** use had known a sensitive increase the last three years but decreased again in 2004. **Amphetamine like substances and ecstasy** are only weakly represented, which however does not inform about prevalence in general population as RELIS data refer to PDUs and not to the overall population of **recreational drug users**.

The proportion of **poly drug use** (93%) has reached a record level in 2004. The average ages at **first time consumption of a preferred drug** and **illicit drugs in general**, show a slow but continuous decrease for the last 8 years. In general, the proportion of PDUs aged more than 35 years and of users under 19 years is increasing continuously as also the gap between these two groups.

*Drug-related morbidity and mortality*

HBV (hepatitis B) and the HIV/AIDS prevalence among PDUs have not been increasing in recent years while the **infection of HCV (hepatitis C)** showed a **clear progression** and currently tends to stabilise around the European average. Data from the Laboratory of Retrovirology suggest a **general decreasing tendency of average proportion of IVDUs in newly diagnosed HIV cases** over the last years. **HIV infection rates in IVDUs** situates around 5 percent (decreasing trend)

The implementation of the 2000-2004 action plan has been accompanied by a significant decrease of **overdose cases** in the Grand-Duchy of Luxembourg, stabilised in 2003 and 2004 (13 cases). Expressed in the number of overdose cases in relation to general population of the Grand-Duchy of Luxembourg, this proportion figured 2.88 overdose death per 100,000 inhabitants in 2004 (2000: 5.9 / 100,000 inhabitants). **Forensic data** of 2004 confirms that nearly every drug-related death involved heroine use associated to multiple substance use. Detected associated drugs in blood samples of overdose victims showed primarily methadone and cocaine as also the involvement in a majority of cases of alcohol and benzodiazepine type medicaments. To date no lethal intoxication related to ecstasy type substances has been reported.

In 2004, **17 indirect drug death cases** have been indexed. Main causes of indirect deaths between 1996 to 2004 are, in order of importance: suicide, traffic accidents, undefined intoxication, associated cardio-vascular or pulmonary complications, pharmaco-dependance, liver failure and immune deficiency diseases.

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 <sup>3</sup>

#### *Seizures of illicit substances at the national level*

Striking variations have been observed as to the **quantity of illicit substances seized** since the beginning of the nineties for nearly all type of substances. A longitudinal data analyses indicates a general decreasing tendency of heroine, cocaine and cannabis seizures until 2002. Since 2002 however one observes a significant increase of the quantity of drug seizures mainly concerning heroine.

Notwithstanding the quantities seized, the **number of seizures** has grown discontinuously since 1993. Since 2000 the number of cannabis seizures showed a significant increase and the number of heroine and cocaine seizures markedly increased since 2003. For instance, the number of cannabis seizures has risen from 167 to 623 between 1994 and 2004. In 1990 the total **number of persons** involved in traffic ran up to 451 persons and in 2004 1,988 persons were involved. Globally the number of persons involved in drug trafficking showed a remarkable increase until 2002 and seems to have stabilised since then. 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 however a stabilization at low level occurred the last six years.

<sup>3</sup> If not specified, data refer to 2004. Figures between brackets refer to 2003 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 2004 (1,468) even it has diminished related to year 2003. The same evolution has been observed with regard to the **number of drug law offenders**. In 2004, 178 **arrests** for presumed offences against the modified 1973 drug law have been reported. In other words, the number of police records and the number of drug law offenders has slightly decreased whereas the number of people arrested on the same charge has increased compared to previous years.

90% of drug law offenders are male, a proportion which has been varying between 79% and 90% during the last ten years. Since 1998, the proportion of **non-native drug law offenders** passed from 50% to 68% (increasing tendency). In 2004, 32% of the cases are **first drug law offenders** (lowest level since 1998); the percentage of **minors** in drug law offenders has increased from 5.4% in 1993 to 13.8% in 2003 and decreased to 8.7% in 2004.

National prison data of 2004 refer to 1,033 (1,072) new admissions of which 89 (9%) were related to drug law offences; a proportion having represented 42.6% in 1996 and constantly decreasing since then.

### **Profile of the national drug market**

According to data provided by the Special Drug Unit of the Judicial Police, a majority of **illicit drugs consumed in the Grand-Duchy of Luxembourg originate** from the Netherlands, followed by Belgium and Morocco. Heroin consumed in Luxembourg originate primarily from Afghanistan, Laos and Myanmar. Cocaine distributed on the national illegal market originate mainly from Brazil and ATS like substances mostly come from the Netherlands followed by Poland and the Czech Republic. The road network is still the main transport and transit route of drugs destined to the national market.

For several years, the expansion of **more structured distribution networks** by organized criminal associations have been reported. The national market increasingly attracts "drug professionals" aiming to set up a purely commercial distribution network. The proportion of non-natives implicated in drug trafficking is increasing. Asylum demanders implicated in illicit cocaine trafficking come from West Africa, particularly the Ivory Coast, as also from Albania and Kosovo. In regard to heroin trafficking no predominant profile of nationality has been reported. A large number of drug traffickers come from North Africa by transiting through Belgium. A large number of traffickers have changed from heroin to cocaine traffic and currently are also implicated in cannabis traffic. Regardless the type of

drugs, selling and distribution techniques have become more aggressive in the course of 2004.

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 1996 to 2003 but a broader price range and also more pronounced maximum prices for cocaine and heroine have been observed in 2004. Cannabis and derivates however have known a certain stability during the last 4 years.

As far as **purity** is concerned, samples of suspected substances analysed by the National Laboratory of Health announced a constant increase of THC rate in cannabis derivates, an increase of heroine purity and a constant cocaine quality. In regard to other substances, tendencies are not clear, however a very low MDMA purity was observed in ecstasy like substances.

### Harm reduction activities

The number of **sterilised syringes** (2004: 435,078/ 1996: 76,259) distributed in the framework of the **national needle exchange programme** has been constantly rising from the start of the latter. The same trend is observed with regard to the number of **used syringes collected** (2004: 376,491 (87%)/ 1996: 28,646 (38%)). The majority of injectors (35%) 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 (2004: 39,526/ 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 120 in 2004 (decreasing tendency since 1998). In addition to the methadone substitution programme financed by the Ministry of Health, an important number of PDUs address substitution treatment demands to independent general practitioners. Data delivered by the Union of Health Insurance Funds refer to 1,553 patients (2003: 1,554 patients/ double counting included) who did receive substitution treatment in 2004 by means of the prescription of methadone or buprenorphine containing medicaments (MEPHENON ®, METHADICT ® and SUBUTEX ®) and 158 prescribing GPs (1999: 125).

## Drug research priorities

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

- studies of drug prevalence in a population not indexed by the institutional network; treatment demands addressed to the network of general practitioners; drug consumption in prison,
- monitoring of trends in consume and chemical composition of synthetic drugs,
- prevalence of HIV and HCV infection in injecting drug users,
- 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

#### 1.1.1 Prévalence de l'usage illicite de drogues dans le monde

(Source : UNODC (2005). Rapport mondial sur les drogues, Résumé analytique, Publication de Nations Unies, Vienne) ([http://www.unodc.org/unodc/en/world\\_drug\\_report.html](http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html))

[...] Quelques 200 millions de personnes représentant 5 % de la population mondiale âgée entre 15 à 64 ans, ont consommé des drogues au moins une fois pendant les 12 derniers mois. Ce nombre, représentant une augmentation de 15 millions de personnes comparé à l'estimation de l'année dernière, reste toutefois significativement inférieur au nombre de personnes ayant consommé des substances psychoactives licites (à peu près 30% de la population adulte consomment du tabac et environ la moitié de l'alcool). A l'échelle mondiale, le nombre de consommateurs de cannabis atteint presque 160 millions de personnes ou 4% de la population âgée entre 15 et 64 ans. Les estimations concernant les consommateurs des stimulants de type amphétamines – 26 millions de personnes consomment des amphétamines et 8 millions de l'ecstasy – sont légèrement inférieures aux estimations reportées dans le Rapport Mondial sur les Drogues (RMD) de l'année passée, faisant preuve d'une diminution de la consommation de méthamphétamines en Asie du Sud-Est (surtout en Thaïlande) et de la consommation d'ecstasy en Amérique du Nord (surtout aux Etats-Unis). On estime que le nombre des consommateurs d'opiacés a augmenté légèrement pour atteindre 16 millions de personnes (dont 11 millions de consommateurs d'héroïne), dû notamment à la consommation accrue d'opiacés en Asie. Dans la plupart des autres pays du monde, il n'y a pas eu de changements significatifs. Le nombre de consommateurs de cocaïne – près de 14 millions de personnes – a augmenté légèrement.

**Tableau I.1.1** Ampleur de l'abus de drogues (prévalence annuelle\*), estimations pour 2003-2004

	Drogues illicites	Cannabis	Stimulants de type amphétamine		Cocaïne	Opiacés	Héroïne (incl. Opiacés)
			Amphétamines	Excstasy			
(millions de personnes)	<b>200</b> (185)**	<b>160,9</b> (146,2)	<b>26,2</b> (29,6)	<b>7,4</b> (8,3)	<b>13,7</b> (13,3)	<b>15,9</b> (15,9)	<b>10,6</b> (9,2)
En pourcentage de la population mondiale âgée de 15 ans à 64 ans	5,0% (4,7%)**	4,0% (3,7%)	0,6% (0,7%)	0,2% (0,2%)	0,3% (0,3%)	0,4% (0,4%)	0,23% (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.

\*\* Les chiffres entre parenthèses se rapportent aux estimations des années 2001-2003

Sources: UNODC, données provenant des questionnaires destinés aux rapports annuels, rapports nationaux, estimations de l'ONUDC.

Les opiacés continuent à représenter les drogues les plus problématiques au niveau mondial (surtout l'héroïne), suivis de la cocaïne. Pour la plupart de l'Europe et de l'Asie, les opiacés sont en première position et ont été à l'origine de 62% de toutes les demandes de traitement en 2003. En Amérique du Sud, les demandes de traitement concernant la consommation de drogues sont le plus souvent liées à la cocaïne (59% de toutes les demandes de traitement). En Afrique, la majorité des demandes de traitement – comme par le passé – sont liées au cannabis (64%). [...]

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

(Source : OEDT, Rapport annuel 2004: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg) (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

#### **[...] Le cannabis**

Le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée dans l'Union européenne, bien qu'il y ait de grandes variations d'un pays à l'autre. D'après des enquêtes récentes auprès des lycéens de 15 ans, la prévalence au cours de la vie s'échelonne entre moins de 10% et plus de 30%, les taux les plus élevés étant signalés par les garçons au Royaume-Uni (42,5%). Une proportion réduite mais constante (environ 15%) des lycéens de 15 ans qui ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente déclare en avoir consommé au moins à 40 reprises. Cette consommation intensive de cannabis est préoccupante, en particulier l'éventualité que ce groupe soit exposé au risque de subir des conséquences négatives. [...] La prévalence de la consommation récente (au cours de l'année précédente) de cannabis atteint son plus haut niveau chez les jeunes adultes (15-34 ans), s'échelonnant dans la plupart des pays entre 5 et 20%. Il semble que la consommation de cannabis ait considérablement augmenté dans la plupart des pays au cours des années 90, mais qu'elle se soit désormais stabilisée, du moins dans certains pays.

#### **Les amphétamines et l'ecstasy (MDMA)**

Traditionnellement, en Europe, les amphétamines constituent la drogue la plus consommée après le cannabis. Toutefois, une évolution semble apparaître dans un certain nombre de pays, notamment l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, la Finlande et le Royaume-Uni, dans lesquels les résultats d'enquêtes récentes indiquent que la consommation d'ecstasy a maintenant atteint, voire dépassé, l'usage des amphétamines. [...] Les taux de prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy s'échelonnent entre 0,5 et 7% de la population adulte, bien que les taux soient plus élevés chez les jeunes hommes. [...] Globalement, l'augmentation de la consommation d'ecstasy survenue au cours des années 90 semble aujourd'hui s'être stabilisée, seuls quelques pays signalent encore une tendance à la hausse. Des études auprès de populations particulières montrent systématiquement que la

consommation d'ecstasy est beaucoup plus courante chez les jeunes qui fréquentent ce qu'il est désormais convenu d'appeler des « manifestations et soirées dansantes », bien que des signes récents témoignent d'un affaiblissement de cette relation. [...]

### **La cocaïne et la cocaïne-crack**

D'après de récentes enquêtes, entre 0,5 et 6% des adultes ont déjà consommé de la cocaïne (prévalence au cours de la vie). Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les taux de prévalence au cours de la vie s'échelonnent généralement entre 1 et 10%. Habituellement, environ la moitié de ceux qui ont déjà consommé de la cocaïne déclarent l'avoir fait au cours de l'année précédente. Les taux de consommation sont plus élevés en Espagne et au Royaume-Uni – dans ces deux pays, la prévalence de la consommation récente (au cours de l'année précédente) chez les adultes est supérieure à 2%, contre moins de 1% dans la plupart des autres pays. [...] Si les tendances concernant la cocaïne sont difficiles à identifier au niveau national, les données existantes indiquent toutefois que la consommation récente de cocaïne chez les jeunes a augmenté dans une certaine mesure au Danemark, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. La Grèce, l'Irlande, l'Italie et l'Autriche ont également signalé une augmentation de la consommation en se fondant sur des sources locales et qualitatives.

La consommation du crack (base de cocaïne) sous forme fumée reste limitée à quelques grandes villes d'Europe, où cet usage semble plus fréquent chez les groupes marginalisés. [...]

### **L'héroïne et la consommation par injection**

L'usage d'héroïne et la consommation de drogue par voie d'injection forment la principale composante de l'indicateur de consommation problématique de drogue de l'OEDT. Cet indicateur est une mesure composite conçue pour aider à estimer l'ampleur d'un problème de toxicomanie chronique largement dissimulé. Les estimations de la consommation problématique de drogue s'échelonnent entre 2 et 10 cas pour 1000 habitants adultes. Les estimations de la taille de la population des usagers de drogue à problème varient considérablement entre les pays et au sein d'un même pays, avec des chiffres relativement élevés signalés par le Danemark, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni.

En Europe, les usagers de drogue à problème semblent devenir un groupe plus hétérogène. Dans de nombreux pays, la plupart de ces usagers se caractérisaient traditionnellement par leur consommation d'héroïne, mais la polytoxicomanie et l'usage de stimulants deviennent plus fréquents. Bien que les estimations soient difficiles, il semble que l'usage de l'héroïne soit relativement stable dans de nombreux pays, et les niveaux de nouveaux recrutements dans ce comportement (incidence) ont chuté par rapport aux années 90. Cette analyse peut ne pas être vraie pour les nouveaux pays de l'UE. [...]

Des études portant sur les héroïnomanes en traitement indiquent de nettes différences entre les pays en ce qui concerne le mode d'administration de la drogue par voie d'injection ou par inhalation. Parmi les nouvelles demandes de traitement chez les héroïnomanes, moins de la moitié déclarent actuellement une consommation par voie d'injection et, dans certains pays, ce mode d'administration semble devenir de moins en moins courant. Ailleurs, et en particulier, sans s'y limiter, dans les nouveaux Etats membres, la consommation de drogue par voie d'injection reste la norme chez les héroïnomanes. Les estimations globales de la prévalence de la consommation de drogue par voie d'injection s'échelonnent entre deux et six cas pour 1000 adultes. [...]

### ***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.

<b>Année de collecte des données</b>	1998
<b>Type d'étude</b>	Enquête isolée
<b>Objet primaire</b>	Prévention des comportements addictifs. Etude de la prévalence de l'usage de drogues au niveau communal
<b>Population cible</b>	Population issue de 7 communes luxembourgeoises
<b>Méthode d'échantillonnage</b>	aléatoire
<b>Echantillon d'étude</b>	667 cas valides
<b>Taux de réponse</b>	33,9%
<b>Couverture</b>	7 communes du Grand-Duché de Luxembourg – non représentative de la population nationale
<b>Distribution d'âge</b>	12 à 60 ans
<b>Instruments d'investigation</b>	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
<b>Cannabis:</b>	15.8%	5.6%
<b>Ecstasy:</b>	1.2%	0%
<b>Héroïne:</b>	1.9%	0.3%
<b>Cocaïne:</b>	0.3%	0.3%
<b>LSD:</b>	1.3%	0.0%
<b>Champignons (psilocybine)</b>	2.6%	1.3%

Fig 1.1.3.2: Prévalence vie de l'usage de drogues illicites selon l'âge (% valides) (Fischer 1999)



- 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) (Fischer 2000)*



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

<b>Méthode d'échantillonnage</b>	aléatoire
<b>Echantillon d'étude</b>	486 cas valides
<b>Taux de réponse</b>	27,7%
<b>Couverture</b>	6 communes du Grand-Duché de Luxembourg – non représentative de la population nationale
<b>Distribution d'âge</b>	12 à 60 ans
<b>Instruments d'investigation</b>	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) (Fischer 2000)*



#### ***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.

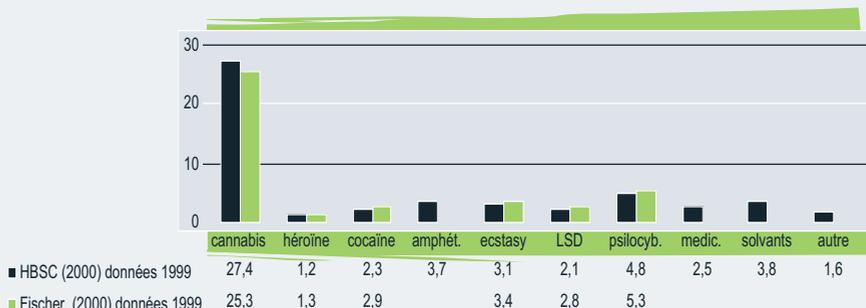
## Prévalence vie: Population scolaire

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.

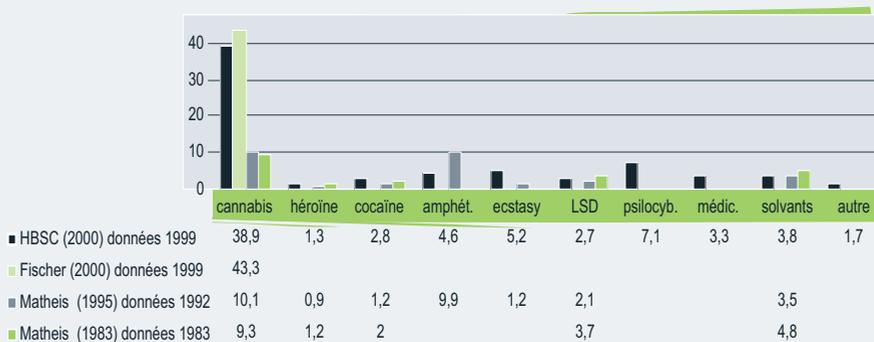
L'étude HBSC (2000), l'étude Fischer (2000) et les études répétées de Matheis (1985/95) permettent de suivre l'évolution des tendances observées entre 1983 et 1999 pour le groupe d'âge 16 à 20 ans. La prévalence de l'usage de cannabis témoigne de la hausse la plus significative au cours de la période 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.

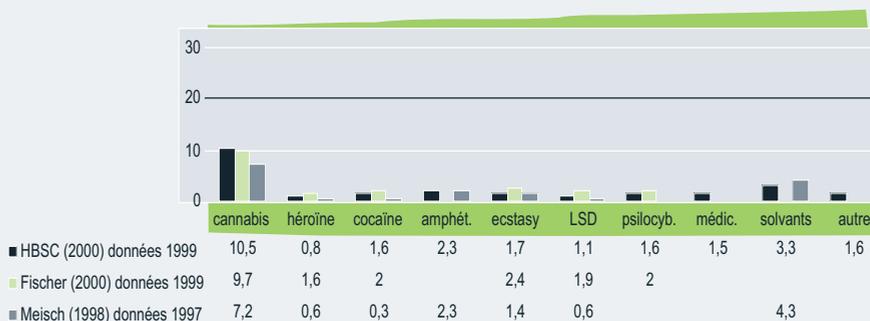
**Fig 1.1.4.1 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 12 à 20 ans**



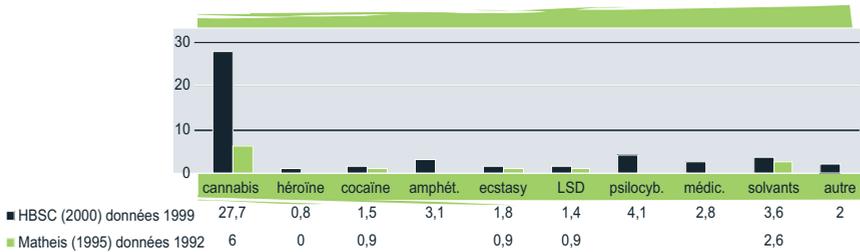
**Fig 1.1.4.2 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 16 à 20 ans**



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



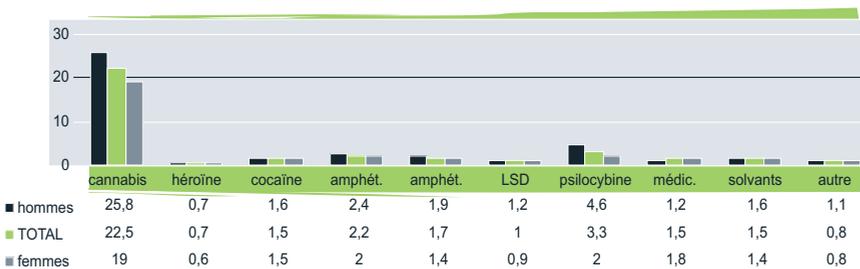
**Fig 1.1.4.4 PRÉVALENCE VIE: Population scolaire - 15 à 16 ans**



**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.

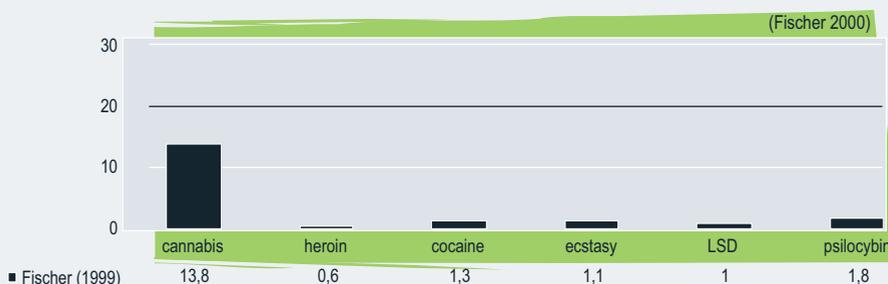
**Fig 1.1.4.5 PRÉVALENCE DERNIERS 12 MOIS: Population scolaire - 12 à 20 ans(HBSC 2000)**



**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 20 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)**



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

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

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

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

**Tab. 1.1.5.1** Prévalence et taux de prévalence moyens selon différents groupes cibles (1997 – 2000)

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

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
<b>FIN DES ANNÉES 60</b>	Consommation de cannabis, d'opiacés et d'hallucinogènes à faible prévalence épidémiologique.		
<b>DÉBUT DES ANNÉES 70</b>	Accroissement significatif des mêmes substances et surtout des substances hallucinogènes.		
<b>FIN DES ANNÉES 70</b>	Disponibilité accrue de cocaïne.		
<b>VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 80</b>	Diminution notable de la consommation d'hallucinogènes. Prévalence accrue d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Population essentiellement mono-toxicomane.		
<b>APRÈS 1988</b>	Poly-usage (héroïne-cocaïne). La consommation d'alcaloïdes, de médicaments (benzodiazépines, barbituriques) et d'amphétamines devient plus courante.		
<b>VERS LA MOITIÉ DES ANNÉES 90</b>	1994: première saisie de MDMA (ecstasy). La consommation d'LSD devient quasi insignifiante en termes épidémiologiques.		
<b>DE 1996 À AUJOURD'HUI</b>	Prévalence croissante en population générale des substances synthétiques de type ecstasy et des produits à base de cannabis. Entre 2002 et 2005 accroissement significatif de l'offre et de la consommation de cocaïne. Polyconsommation généralisée.		

## Tendances récentes

Lors des dernières six 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 années.

Une augmentation de l'offre et de la consommation de cocaïne et de crack a été observée durant l'année 2004. Ces substances ont été offertes à un prix réduit et en quantité accrue pendant que l'offre en héroïne a diminué. Les consommateurs de cocaïne, issus de scènes marginalisées de drogues, sont le plus souvent des polyconsommateurs. L'augmentation du nombre de seringues distribuées et collectées dans le cadre du programme d'échange de seringues ne s'explique pas par l'augmentation du nombre de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, mais plutôt par un changement au niveau du mode de consommation. Les consommateurs de cocaïne et de crack par voie intraveineuse répètent les injections de manière plus fréquente.

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*) et MDEA (*Metylenedioxyethamphetamine*), (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.

### **I.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. 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. Un grand nombre de demandeurs d'asile sont impliqués dans le trafic illicite de drogues. En ce qui concerne le trafic illicite de cannabis on constate une proportion augmentée de personnes provenant du Cap-Vert et, actuellement, de plus en plus de demandeurs d'asile provenant de l'Afrique de l'Ouest. Les demandeurs d'asile impliqués dans le trafic illicite de cocaïne sont originaires de l'Afrique de l'Ouest, surtout des régions de la côte d'Ivoire, et on remarque un nombre constant d'Albanais du Kosovo impliqués. Pour ce qui est de la distribution d'héroïne, il semble qu'il n'y ait pas de profil de nationalité prédominant. Un grand nombre de revendeurs proviennent de l'Afrique du Nord et viennent par la Belgique. Beaucoup de trafiquants ont basculé de la vente d'héroïne vers celle de la cocaïne et ont actuellement aussi tendance à s'impliquer dans la vente du cannabis. La vente de toutes les drogues se fait d'une manière de plus en plus agressive. Ce n'est plus le client qui doit approcher le « dealer », mais c'est le « dealer » qui harcèle le client pour vendre des drogues.

A signaler qu'en début 2003 un laboratoire clandestin servant à 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.

## Chapitre I.2

### Politique Nationale en Matière de Stupéfiants et 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'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, de la Famille et de l'Intégration, de la Solidarité Sociale et des Affaires Étrangères et de l'Immigration. Étant entendu que la lutte anti-drogue est une compétence partagée entre différents portefeuilles ministériels, il est d'une importance cruciale de disposer de mécanismes de coordination qui tiennent compte de cette diversité des compétences tout en facilitant la collaboration et la concertation entre les parties impliquées.

Depuis 1999, la coordination des actions à mener dans le domaine de la réduction de la demande de drogues et de la réduction des risques et dommages associés est une compétence du Ministère de la Santé au sein duquel a été mise en place une cellule de coordination sous la responsabilité d'un coordinateur national.

La réduction de l'offre et les affaires internationales sont des compétences respectivement du Ministère de la Justice et du Ministère des Affaires Étrangères et de l'Immigration. À souligner qu'actuellement le coordinateur national drogues n'a pas de compétence dans les deux domaines cités. 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.

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 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.

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 OEDT. 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 2005**

##### **► 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 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 : 1<sup>er</sup> la prévention, 2<sup>e</sup> la thérapie, 3<sup>e</sup> la prévention des risques et 4<sup>e</sup> 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'enlissait. 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.

- 17 mai 2004 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 3 mai 2004 portant exécution de l'article 8 sous 1d) de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
- 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 [...] ».*

- 21 octobre 2004 : entrée en vigueur du 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. Le règlement prévoit des mesures de contrôle et des sanctions pénales relatives aux substances 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2 et GHB.

## ► 2005

- 1 janvier au 30 juin 2005 : dans le cadre de la présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne le plan d'action drogues de l'Union européenne pour la période 2005-2008 a été approuvé par le Conseil le 27 juin 2005.
- 14 février 2005 : entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 18 janvier 2005 déterminant le modèle du carnet à souche prévu à l'article 30-1 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de

substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

- 29 juin 2005 : Le Ministre de la Santé et le coordinateur national « drogues » présentent le plan d'action national en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies pour la période de 2005 à 2009.
- 4 juillet 2005 : Ouverture de la salle de consommation pour personnes toxicomanes prévue dans le plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005-2009. La SCT est intégrée au foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes.

Les textes légaux repris dans ce chapitre peuvent être consultés sous :  
<http://www.etat.lu/memorial>  
[http://eldd.emcdda.org/databases/eldd\\_search.cfm](http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_search.cfm).

### **1.2.3 Plans d'action en matière de drogues et de toxicomanies 2000-2004 et 2005-2009**

#### **Les acquis du plan d'action drogues 2000-2004**

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 prévention, de traitement, de réduction des risques et de recherche dans le domaine des drogues** couvrait la période 2000 à 2004 et portait prioritairement sur les besoins en infrastructures spécialisées, en ressources financières et humaines, en réseaux de collaboration et de coordination et sur le développement des activités de recherche. Il reposait sur cinq piliers regroupant au total 10 projets à court et moyen terme.

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'agissait-il d'un cadre ouvert qui permet l'inclusion de projets complémentaires en cas de besoin. La plupart des projets retenus supposaient la mise à disposition de ressources humaines supplémentaires et l'acquisition de biens immobiliers. En ce qui concerne les premiers, la majorité des postes requis ont été prévus pour l'exercice budgétaire 2002 par le biais d'une convention ou d'un élargissement des conventions entre le Ministère de la Santé et les gestionnaires désignés. Pour ce qui est des besoins infrastructureux, des négociations soutenues entre le Service AST (Direction de la Santé), le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants, la Commission des Loyers et la Ville de Luxembourg ont permis de dégager un certain nombre de solutions durables.

On notera que dans le cadre de l'exécution du plan d'action 2000-2004 le budget global du Ministère de la Santé alloué aux services et programmes du domaine des drogues et des toxicomanies est passé de 1.270.169 EUR en 1999 à 5.770.643 EUR en 2004 ce qui représente une croissance totale de 354% en référence à la situation de départ en 1999.

La presque totalité des projets retenus dans le premier plan d'action en la matière ont pu être réalisés. Les moyens budgétaires investis ont notamment permis d'accroître les ressources en terme de prévention primaire, les capacités d'accueil des structures bas-seuil, d'augmenter le nombre d'offres post-thérapeutiques, de régionaliser l'offre de consultation ambulatoire, d'améliorer les outils de contrôle en matière de traitement de substitution, d'œuvrer de façon générale à la réduction des risques et dommages, notamment en matière de drogues synthétiques et de transmission de certaines maladies infectieuses, endémiques à la population toxicomaniaque, de réduire sensiblement le nombre de cas de surdoses liées aux drogues et finalement de promouvoir les activités de recherche en la matière.

L'expérience a montrée que la stratégie adoptée pour le plan d'action 2000-2004 était adaptée aux spécificités de la situation nationale. Les enseignements tirés du dispositif de monitoring épidémiologique de l'usage problématique de drogues (RELIS) ainsi que les résultats d'une série de travaux de recherche conduits par le Point Focal Luxembourgeois de l'OEDT ont permis de dégager les champs d'intervention prioritaires pour le futur.

### ***Plan d'action drogues 2005-2009***

**La stratégie nationale et le plan d'action en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2005-2009** s'appuie sur le cadre général posé par le **programme gouvernemental** de 2004, sur les priorités fixées par le Ministère de la Santé et sur une concertation soutenue avec les acteurs de terrain.

Afin d'optimiser son impact, le nouveau plan d'action a tenu compte des éléments pertinents issus des **traités UE et CE, de la stratégie anti-drogues 2005-2012** et du plan d'action drogue 2005-2008 de l'UE qui a été approuvé sous présidence luxembourgeoise.

**L'objectif général** de la stratégie et du plan d'action nationaux est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de Santé publique, de Sécurité publique et de cohésion sociale.

Une stratégie anti-drogues qui veut faire face aux défis actuels repose prioritairement 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.

Les actions retenues au niveau du plan d'action drogues 2005-2009 sont sensés apporter **une plus value mesurable** basée sur des objectifs réalistes dont l'implantation est soumise à un suivi soutenu et à une **évaluation finale en 2009**. Le plan d'action situe clairement le cadre temporel dans lequel les interventions retenues s'inscrivent, les moyens budgétaires à mobiliser et les acteurs impliqués dans l'implantation et le suivi des actions. La **supervision du processus d'exécution** du plan d'action est assurée par le coordinateur national drogues dûment mandaté par le ministre compétent.

Le nouveau plan d'action est **multidisciplinaire** au sens où il englobe tous les domaines d'intervention et **équilibré** dans la mesure où il définit les priorités en fonction des besoins constatés. Au total, le plan d'action compte 43 actions concrètes à réaliser entre 2005-2009 : prévention primaire (4), prise en charge et traitement (6), ré-intégration socioprofessionnelle (5), réduction des risques et dommages (5), recherche, évaluation et information (8), réduction de l'offre (7), coordination et relations internationales (8). Au-delà de la prévention primaire, jugée cruciale, une attention particulière a été accordée aux offres d'hébergement et de logement, aux mesures de ré-insertion socioprofessionnelle et à l'offre proprement thérapeutique.

#### **1.2.4 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 s'élevait à 5.770.643 EUR ce qui représente une croissance supplémentaire de 18,7% en référence à l'exercice 2003. En ce qui concerne le budget 2005, 6.195.518 EUR ont été alloués aux services concernés, ce qui représente une croissance de 7,4% par rapport à l'année budgétaire 2004.

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'utilisateurs problématiques de drogues illicites (UPDs) 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 0,13% du P.I.B. national et 0,5% 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 en 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.

En ce qui concerne le financement des actions retenues au niveau du plan d'action drogues 2005-2009, les contraintes budgétaires qui s'en dégageront définiront en fin de processus les contours réels de la mise en oeuvre du plan d'action.

### ***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. L'annexe I 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) et présente les structures avec lesquelles le G.-D. de Luxembourg collabore au niveau interrégional.

## **1.2.6 La présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne**

- Les travaux en matière de lutte antidrogue dans le cadre de la Présidence luxembourgeoise de l'UE furent marqués en premier lieu par l'élaboration du Plan d'action drogues de l'UE 2005-2008 basée sur la stratégie antidrogue 2005-2012 approuvée sous Présidence Néerlandaise en 2004. Les débats menés au sein du Groupe Horizontal Drogues du Conseil de l'UE ont duré plus de 5 mois et ont finalement débouché, en date du 27 juin 2005, sur l'adoption par le Conseil du texte final (2005/C 168/01).

Le Plan comprend 46 objectifs issus des domaines de la coordination, de la réduction de la demande, de la réduction de l'offre et de deux axes transversaux à savoir la coopération internationale et l'information, recherche, évaluation. Pour chaque objectif le Plan fixe une date-cible, désigne la ou les instances responsables de sa réalisation et indique un « outil d'évaluation/indicateur » à l'aune duquel doit être mesuré le résultat obtenu. Sur la base de celui-ci la Commission doit publier un rapport annuel et proposer le cas échéant les ajustements nécessaires.

Enfin, le Plan d'action drogues de l'UE 2005-2008 sera soumis à une évaluation finale en 2008 dont l'issue définira les contours réels du Plan de l'UE 2009-2012.

- La présidence a également mis en chantier l'élaboration d'un tableau d'ensemble (matrix) de toutes les actions menées ou financées par les Etats membres dans les pays tiers. Ce tableau doit permettre d'identifier d'éventuels doubles emplois et de déceler des lacunes à combler.
- La présidence a assuré l'élaboration de positions communes des Etats Membres en vue de la 48<sup>me</sup> session de la Commission des Stupéfiants des Nations Unies (Commission on Narcotic Drugs) qui s'est tenue à Vienne du 7 au 11 mars 2005. De telles positions communes ont été présentées à propos de tous les points à l'ordre du jour et notamment dans le cadre des deux grands débats thématiques qui ont porté respectivement sur le « renforcement des capacités au niveau communautaire (c.à.d. local) » et sur la « prévention du VIH/SIDA et des autres infections hématogènes dans le contexte de la prévention et de l'abus des drogues ».

Lors de cette conférence des réunions de concertation ont eu lieu tous les jours et après d'intenses négociations des résolutions communes ont pu être présentées avec les pays d'Amérique et des Caraïbes sur le « développement alternatif » et les « précurseurs chimiques ».

- Le 5 avril 2005 a eu lieu, sous la présidence du coordinateur drogues luxembourgeois, une réunion des coordinateurs nationaux drogues de l'UE. Les débats thématiques ont été consacrés, d'une part au plan d'action drogues de l'UE, et d'autre part aux fonds alimentés par des avoirs et des capitaux confisqués dans le cadre d'infractions à la législation sur les drogues.

- Les 31 mai et 1er juin 2005 s'est déroulée à Lima la « VIII<sup>ème</sup> Réunion du Dialogue spécialisé à Haut Niveau entre l'Union européenne et la Communauté andine » et les 2 et 3 juin , s'est tenue dans la même ville, la « VII<sup>ème</sup> Réunion à haut Niveau du Mécanisme de Coordination et de Coopération entre l'Union Européenne et l'Amérique latine et les Caraïbes sur les Drogues». Ces conférences, qui ont été préparées par plusieurs réunions avec les ambassadeurs des pays en question à Bruxelles, ont permis des échanges de vues fructueux et elles ont donné lieu , chacune, à l'adoption de conclusions communes comportant des programmes de travail pour l'avenir.
- Enfin, les 27 et 28 juin 2005, une réunion du dialogue transatlantique sur les drogues a eu lieu à Washington. Au cours de celle-ci les positions respectives de l'Union et des Etats-Unis sur le problème de la « réduction des risques (harm reduction) » et sur le « développement alternatif » ont été discutées.

## 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 "douce") 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.

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 2003

(téléchargeable du site :

<http://www.legilux.public.lu> ou <http://eldd.emcdda.eu.int/>)

- ▶ **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 dépenalisées 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 dépenalisée.

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 opéraient 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 psycho-médico-social et pharmaceutique, de gestionnaires d'officines, ainsi que de délégué-e-s du gouvernement et du parlement. Elle est chargée notamment d'accompagner la mise en oeuvre de la loi et d'en évaluer l'incidence socio-sanitaire et judiciaire, en vue d'améliorations éventuelles de la réglementation et des stratégies de prévention.

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

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

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

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

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

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

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

### ***1.3.1.3*** *Sommaire du relevé général de la législation en matière de médicaments et de substances toxiques de 2000 à 2005*

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

Loi du 8 août 2000, modifiant

- a) certaines dispositions de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
- b) la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté.

(Mém. A - 97 du 12 septembre 2000, p. 2189).

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

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

Loi du 14 juin 2001 portant

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

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

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

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

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

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

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

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) de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de 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 3 mai 2004 modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 2003 portant exécution de l'article 8 sous 1 d) de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

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.

Règlement grand-ducal du 18 janvier 2005 déterminant le modèle du carnet à souches prévu à l'article 30-1 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

Règlement grand-ducal du 14 juillet 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 2003 portant exécution de l'article 8 sous 1 d) de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

### **I.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 juillet 2005, 177 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 juillet 2005, 173 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 2004:

#### 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, "Suchtprävention an der Gemeng", le CePT, en collaboration avec les groupes prévention locaux, organise des séances d'information et de discussion pour parents. En 2004, 13 communes participantes ont pu profiter de différentes offres telles des conférences, soirées de discussion « Iwwer Drogen schwätzen », initiation au jeu « Ecstasy », etc.

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 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 en 2000 le projet pilote « d'Schoul op der Sich » au sein d'une série d'écoles secondaires. 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, un rapport sur la mise en œuvre du projet pilote pendant la période de septembre 2000 au juillet 2002 a été publié. En 2004, le CePT a élaboré un modèle de prévention primaire adaptable aux différents établissements secondaires. Chaque école intéressée crée des groupes de prévention avec les différents partenaires scolaires afin d'établir un projet d'établissement de prévention sous formes d'activités, formations, soirées d'informations.

Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports, par le biais du SCRIPT, coordonne un projet de prévention des toxicomanies et de la violence « **Waat soll daat ?** »

s'adressant aux élèves de VIe, aux enseignants et parents. Par la méthode du théâtre interactif, le projet vise à apprendre aux élèves de mieux gérer les conflits, dévoiler les propres tendances de dépendance et à améliorer les compétences sociales voire l'autonomie.

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. Ce projet européen d'une durée de quatre ans (2000 à 2004) a permis de réaliser une série de publications sur la prévention en milieu scolaire, une liste de critères de qualité de prévention en milieu scolaire, d'organiser une conférence européenne et de mettre à disposition un site internet 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 « **d'Schoul um Wee...zesumme staark gin** » 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. Un manuel a été édité comprenant 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. En 2004, quatre écoles ont participé au projet.

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).

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 SCRIPT (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.

Le 13 mars 2003, le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports a présenté le parcours interactif "**Extra-Tour 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. Pendant l'année scolaire 2003-2004, ce parcours interactif a été présenté dans trois établissements scolaires (Lycée technique du Centre, Lycée technique d'Esch et l'Ecole Européenne de Luxembourg). En tout 800 élèves de 40 classes ont participé. 35 membres du personnel enseignant et socio-éducatif ont eu une formation afin d'animer le parcours interactif dans leur établissement scolaire respectif.

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.

"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.

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.

En outre, MSF – Solidarité Jeunes propose des 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 le projet « **Out-time** » 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.

Durant l'année scolaire 2003-2004, 13 classes de 6ième année primaire ont participé au projet « Out-time ».

## **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 de 12.00 à 24.00h.

**Contact: Thérèse MICHAELIS** 8-10, rue de la Fonderie  
L-1531 Luxembourg  
Tél.: 49 77 77-1 / 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>  
<http://www.snj.lu>

### ▶ **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](mailto: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 01/02 / Fax.: 26 29 32 03  
e-mail: [cij@info.jeunes.lu](mailto:cij@info.jeunes.lu)  
URL : <http://www.cij.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 / Fax.: 42 25 90  
e-mail: [capel@vdl.lu](mailto:capel@vdl.lu)

► **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](mailto:msf-solidaritejeunes@luxembourg.msf.org)  
URL: <http://www.msf.lu/projets/luxembourg.php>

### ► **La prévention par le sport**

L'Ecole Nationale de l'Education 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. Des réunions, concertations et actions communes sont organisées régulièrement.

### ► **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.

En janvier 2004, la Police grand-ducale a lancé une campagne anti-drogues en mettant l'accent sur la dangerosité de la conduite sous l'influence de drogues, sur l'information et la prévention des toxicomanies.

En février 2004, le CePT en collaboration avec la Division de la Médecine Préventive et Sociale du Ministère de la Santé a lancé une campagne de sensibilisation contre l'abus de médicaments psychotropes. Au moyen de dépliants, affiches, séminaires et soirées d'information un grand public a pu être sensibilisé.

En décembre 2004, le CePT et l'a.s.b.l. Anonym Glécksspiller a lancé une action de sensibilisation à la problématique des jeux compulsifs.

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>, recensant nombre d'informations sur l'organisation interne du service et des activités courantes.

## II.1.2 DISPOSITIF D'ACCUEIL TELEPHONIQUE

Le 1<sup>er</sup> 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 de 12.00 à 24.00h et 7 j/7. L'équipe d'accueil est exclusivement constituée de bénévoles et les appels ne sont pas gratuits jusqu'à ce jour. Un cycle de formation s'est déroulé au cours de l'année 2004, ayant débouché sur l'adhésion de 7 nouveaux bénévoles au groupe déjà existant.

Ci-après figure une présentation sommaire des statistiques d'appels pour les années 1999 à 2004 :

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE D'APPELS</b>	626	831	858	742	835	724
<b>SEXE</b>						
masculin	36%	37,4%	61,8%	43,8%	42%	46%
féminin	64%	62,6%	38,2%	56,2%	58%	54%
<b>PERSONNE DEMANDEUSE</b>						
Personne concernée	76%	84,6%	87,5%	86,7%	93%	94%
famille et entourage	24%	15,4%	12,5%	13,3%	7%	6%
<b>MOMENT D'APPEL</b>						
week-end (+vendredi)	38%	43,9%	43,6%	40,6%	46,4%	48,5%
en semaine	62%	56,1%	56,4%	59,4%	53,7%	51,5%
<b>PRODUITS IMPLIQUÉS</b>						
alcool	42,5%	46,8%	16,2%	15,4%	12,5%	14,3%
médicaments	29,3%	41,7%	19,5%	24,4%	27,7%	38,4%
Combin. alc/méd					23,6%	30,6%
héroïne/cocaïne	13,3%	8,3%	6,4%	5,1%	6%	4%
cannabis	11%	7,5%	7,1%	8,1%	5,8%	7%
nicotine	2%	1,4%	1,5%	1,2%	1%	0,8%
ecstasy type	0,5%	1,2%	0,5%	0%	0%	0%
autre	1,4%	1,8%	12,6%	2,7%	1,3%	2,6%
<b>MOTIF DE LA DEMANDE</b>						
conseils et soutien	d.m.	90,2%	81,4%	80,1%	80,1%	89%
orientation	d.m.	27,2%	23,3%	22,4%	14%	11%
info sur autres structures	d.m.	3,1%	3,5%	2,3%	4,2%	3%
info sur substances	d.m.	3,5%	4,7%	2,2%	2,6%	2%
info sur service téléphone	d.m.	1,8%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%
info juridiques	d.m.	0,6%	0,5%	0,8%	0,5%	0,1%
<b>CLASSES D'ÂGE</b>						
< 11		0%	0%	0%	0%	0%
12-15 ans	0,5%	0,5%	0,1%	0,4%	0,4%	0,1%
16-19 ans	2,6%	1,8%	1,7%	1,5%	1,8%	1,1%
20-24 an	4%	2%	3,5%	2,6%	2,4%	1,3%
25-30 ans	9%	7,8%	7,6%	5%	6,82%	3,2%
31-40 ans	26,5%	14,2%	14,5%	23,5%	18,1%	28,8%
41-50 ans	42,6%	49%	51,3%	51,1%	44%	34,2%
> 50 ans	14,8%	9,7%	9,5%	8,8%	16,3%	18%
inconnu	0%	15%	11,8%	7,3%	10,2%	13,3%

Source: CePT 2004

### 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. 13 communes sont 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 2004 les communes participantes ont pu bénéficier de l'offre suivante :

- Conférences
- Activités au sein des établissements scolaires
- Activités de loisir et centrées autour du thème de la nature
- Soirées de discussion
- Initiation au jeu « Ecstasy »
- Formations

## 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 multidisciplinaire 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 1998-2004*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>JOURS DE PRÉSENCE AU SEIN DE LA SCÈNE</b>	248	251	232	250	249	241	255
<b>NOMBRE TOTAL DE CONTACTS</b>	8.525	10.602	11.834	14.522	16.688	18.266	9.746
<b>NOMBRE MOYEN DE PERSONNES REÇUES PAR JOUR</b>	34,4	42,2	51	58	66,9	76,3	38,5↓
<b>PREMIÈRES DEMANDES D'AIDE</b>	+/- 216	215	276	265	237	373	177↓
<b>NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS PAR JOUR</b>	<b>0,87</b>	<b>0,84</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>0,95</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b> ↓
<b>NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES</b>	42.621	55.436	42.924	62.777	80.396	88.527	38.342↓
<b>NOMBRE DE SERINGUES USÉES COLLECTÉES</b>	37.587	48.747	38.534	56.738	73.207	82.353	36.899↓
<b>Taux de retour de seringues usées</b>	82,2%	88%	89,77%	90,38%	91,05%	93,03%	96,23↑
<b>POURCENTAGE DE CLIENTS ÂGÉS ENTRE 18 ET 35 ANS</b>	80,64%	86,59%	73,45%	71,56%	d.m.	d.m.	d.m.
<b>POURCENTAGE DE FEMMES AVEC AU MOINS 1 ENFANT</b>	48,82%	47,17%	42,7%	45,39%	d.m.	d.m.	d.m.
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>							
MASCULIN	71,7%	70%	69,57%	69,37%	77,48%	79%	79,9%↑
FÉMININ	28,3%	30%	30,43%	30,63%	22,52%	21%	20,1%↓
<b>NATIONALITÉ</b>							
LUXEMBOURGEOISE	71,52%	68,84%	68,38%	68,38%	d.m.	64,44%	71%↑
ÉTRANGÈRE	29,48%	31,16%	31,62%	31,62%	d.m.	35,56%	29%↓

Source: CNDS 2004

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. La capacité d'hébergement du foyer Nuetseil s'élève à 42 lits. 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. En juillet 2005, la première **salle de consommation pour personnes toxicomanes** ouvrit ses portes. Intégrée au sein du foyer d'accueil, elle permet aux personnes toxicomanes de s'injecter des drogues apportées dans un environnement hygiénique et contrôlé. Sous cette forme le foyer en question constitue la première structure intégrée en matière d'interventions à bas-seuil pour toxicomanes au niveau national.

Statistiques de la structure d'hébergement spécialisée « Nueteuil » 2004

2004

Jours d'ouverture		366
Nombre total de clients différents		685
Nombre moyen de personnes reçues par jour		35
Premières demandes d'aide		
Age des clients	mineurs	0,1%
	18-25 ans	20,2%
	25-35 ans	37,8%
	35-45 ans	29,8%
	45 ans et plus	12,3%
Distribution selon sexe	masculin	87%
	féminin	13%
Appel Samu		60
Appel Police		49

Source: CNDS 2004

**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:  
Travail de proximité (surtout visites et interventions en milieu carcéral), buanderie, vestiaire, hygiène corporelle.

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

### Statistiques de la structure Kontakt 25 (JDH) (2000-2004)

	2000 ( 4 MOIS)	2001	2002	2003	2004
Jours d'ouverture	69	249	259	d.m	d.m
Nombre total de contacts / visites	3.787	15.864	11.531	12.141	15.420 ↑
Nombre moyen de contacts / visites par jour	56	64	44,5	64	d.m
Nombre de seringues distribuées	9.032	49.105	45.590	55.149	127.427 ↑
Nombre de seringues usées collectées	8.100	47.200	43.620	57.000	129.000 ↑
Taux de retour de seringues usées	90%	96%	96%	103%	101%
Nombre de préservatifs distribués	364	1991	1669	2.705	5.600 ↑
Nombre de feuilles d'aluminium distribuées	/	476	373	650	3.075 ↑
Distribution selon sexe					
masculin	77,5%	79,8%	80,1%	77,3%	74% ↓
féminin	22,5%	20,2%	19,9%	22,7%	26% ↑

Source: JDH 2004

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 davantage 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 début de l'année 2006, 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 (1998-2004)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre total de contacts	1.818	1.676	1.249	1.175	1.317	929	1.482 ↑
Premières demandes d'aide	181	126	114	101	124	56	309 ↑
Nombre d'entretiens	436	318	377	366	576	335	228 ↓
Nombre de seringues distribuées	3.068	4.948	3.728	7.108	12.541	12.649	17.653 ↑
Nombre de seringues usées collectées		3.150	2.160	5.490	12.540	10.560	16.836 ↑
Taux de retour de seringues usées	46%	64%	58%	77%	100%	83%	95% ↑

Source: Fondation JDH. 2004

4. Le centre "**Drop In**" (Croix-Rouge) pour prostitué(e)s fonctionne depuis 1998. Le centre, qui est conventionné par le Ministère de l'Égalité des Chances, 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 (2000-2004)**

	2000	2001	2002	2003	2004	
<b>Nombre de contacts</b>	5.567	4.531	7.670	14.524	15.724	↑
<b>Sexe</b>						
Masculin	78%	84%	83,4%	82.8%	79%	
Féminin	22%	16%	16,6%	17,2%	21%	
<b>Pays d'origine</b>						
Luxembourg	62%	55%	58,1%	50,1%	54%	
Portugal	27%	31%	27%	29,5%	24%	
France	4,5%	8%	5,9%	5,5%	7%	
Pays de l'Est	2%	2,5%	4,5%	7,5%	7%	
Autres	4,5%	3,5%	4,5%	7,4%	8%	
<b>Seringues distribuées</b>	36.961	39.122	61.569	99.520	150.943	↑
<b>Retour de seringues</b>	36.046(97%)	37.831(97%)	59.776(97%)	97.147(97%)	148.609 (98%)	↑
<b>Doses NaCL distribuées</b>	36.522	38.611	57.421	92.309	136.154	↑
<b>Alco-Tips distribués</b>	71.347	79.244	62.014	187.206	253.144	↑
<b>Doses d'ascorbine distribuées</b>	32.925	38.651	49.258	57.873	71.311	↑
<b>Filtres distribués</b>	23.457	25.846	39.997	69.416	87.410	↑
<b>Préservatifs et lubrifiants distribués</b>	2.453	3.621	7.012	8.561	31.236	↑

Source: Drop-In Croix Rouge 2004

En moyenne le guichet et l'échange de seringues sont ouverts quatre heures par journée. La présence d'un médecin une heure par semaine et d'une infirmière 16 (7) heures par semaine permet d'assurer les soins médicaux requis.

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

Une des plus importantes actions menées en matière de prévention des maladies infectieuses au sein de la population d'usagers de drogues a débuté en 1993. Il s'agit de la mise en place du **programme national d'échange de seringues**. Actuellement, cinq services spécialisés participent au programme en tant que points de distribution et de collecte. Le consommateur demandeur a droit à deux seringues stériles en plus des seringues usagées qu'il ramène. Comme les drogues sont souvent consommées à deux, la remise de deux seringues stériles est considérée comme mesure préventive pour éviter qu'une seringue soit partagée. Ces centres d'échange offrent également aux consommateurs la possibilité de

bénéficiaire des services offerts par les centres, tels que informations, consultations, substitution, sevrages, thérapies ambulatoires ou orientation vers des thérapies résidentielles.

D'autre part, 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). Depuis le début de la vente de seringues par les distributeurs, le taux de retour des seringues usagées a été très bas. La vente de seringues stériles aux distributeurs de seringues a diminué dans la même mesure que l'échange aux centres a augmenté. Ceci est principalement dû au non-fonctionnement de certains distributeurs. Bien que les nouveaux distributeurs de seringues électroniques soient pourvus d'une protection contre le vol et le vandalisme, ce problème n'a pas pu être maîtrisé. L'offre de seringues stériles 24h/24 n'est ainsi pas toujours garantie.

Les **pharmacies** constituent également une source importante d'approvisionnement de seringues. Il est cependant impossible à l'heure actuelle de connaître le nombre de seringues vendues à des personnes toxicomanes et de disposer ainsi d'une image fidèle de la quantité totale de seringues utilisées à des fins d'injection de drogues illicites.

Entre 1999 et 2004, on retient une augmentation totale de 250% du nombre de seringues<sup>1</sup> 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 écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 1999 à 2004:

---

<sup>1</sup> Selon les données RELIS, plus d'un tiers des toxicomanes répertoriés par le réseau institutionnel déclarent s'approvisionner de façon préférentielle en seringues dans les pharmacies. Origer A., (2005) L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg, CRP-Santé, CES, Point focal OEDT, Luxembourg

Statistiques des activités d'échange de seringues au niveau national 1998-2004

	SERINGUES DISTRIBUÉES						SERINGUES USÉES COLLECTÉES					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>JDH, ESCH s/ ALZETTE</b>												
STREETWORK	159											
CONSULTATION	4.948	3.728	7.108	12.541	12.649	17.653 ↑	3.150 (64%)	2.160 (58%)	5.490 (77%)	12.540 (100%)	10.560 (83%)	16.836 ↑ (95%)
<b>JDH LUXEMBOURG-VILLE-K25</b>												
	28.000	34.532	49.105	61.150	70.375	168.682 ↑	17.700 (62,5%)	26.560 (77%)	47.200 (96%)	56.048 (92%)	70.231 (99%)	164.277 ↑ (97%) ↓
<b>OPPEN DIR, ESCH s/A. (Réseau PSY)</b>												
	8.722	8.157	6.527	12.059	14.700	22.714 ↑	7.479 (88%)	7.225 (88,5%)	5.557 (85%)	8.150 (68%)	8.600 (59%)	8.870 ↓ (39%) ↓
<b>CNDS-ABRIGADO</b>												
	55.436	42.924	62.777	80.396	88.527	38.342 ↓	48.747 (88%)	38.534 (89,5%)	56.738 (90%)	73.207 (91%)	82.353 (93,1%)	36.899 ↓ (96%) ↑
<b>DISTRIBUTEURS DE SERINGUES</b>												
	55.671	63.111	59.790	36.881	44.442	36.744 ↓	1.300 (2%)	2.100 (3,3%)	2.700 (4,5%)	1.900 (5%)	2.200 (5%)	1.000 ↓ (2,7%) ↓
<b>DROP-IN (CROIX-ROUGE)</b>												
	21.372	36.961	39.122	51.569	99.520	150.943 ↑	20.388 (95,5%)	36.046 (97,5%)	37.831 (97%)	59.776 (97%)	97.147 (97%)	148.609 ↑ (98%)
<b>TOTAL</b>	<b>174.558</b>	<b>189.413</b>	<b>224.609</b>	<b>254.596</b>	<b>330.213</b>	<b>435.078 ↑</b>	<b>98.764 (57%)</b>	<b>112.625 (59%)</b>	<b>155.516 (69%)</b>	<b>211.621 (80%)</b>	<b>271.091 (82%)</b>	<b>376.491 ↑ (87%) ↑</b>

Source: RELIS 2004

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 2004, 316 (260) personnes ont consulté les services de l'Aidsberôdung, dont 148 (156) vivaient avec le HIV/Sida. Parmi les personnes vivant avec le HIV/Sida, 37% (39%) ont rapporté être des hommes homosexuels, 50% (42%) des hétérosexuels, 13% (17%) des usagers de drogues. Le sex-ratio était de 70%/30% (73%/27%) en faveur des hommes. 25% (19%) ont consulté pour la première fois les services de l'Aidsberôdung en 2004.

**Le Comité de Surveillance du Sida ainsi que le Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg 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.

Le mode de transmission observé au niveau des nouvelles infections HIV au Luxembourg a connu des changements importants depuis le début de l'épidémie. Actuellement les rapports hétérosexuels sont à l'origine de la majorité des nouvelles infections, suivi des rapports homo-et bisexuels. L'usage intraveineux de drogues ne constitue plus que 5% des infections enregistrées en 2004.

**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
1983	1	100	1	100	0	0
1984	0	0	0	0	0	0
1985	6	30	5	26,3	1	100
1986	9	23,7	6	18,2	3	60
1987	7	21,9	5	17,9	2	50
1988	5	20,8	3	17,6	2	28,6
1989	2	9,1	2	11,8	0	0
1990	1	5	1	6,25	0	0
1991	4	9,5	4	12,5	0	0
1992	10	25	7	25,9	3	23,1
1993	5	20,8	4	25	1	12,5
1994	1	3,8	0	0,0	1	33,3
1995	2	6,7	2	8	0	0
1996	2	8	2	10,5	0	0
1997	3	13,6	3	15	0	0
1998	8	27,6	7	31,8	1	14,3
1999	6	20	5	20,8	1	16,7
2000	2	4,5	2	5,9	0	0
2001	7	17,1	7	25	0	0
2002	5	15,1	5	18,5	0	0
2003	3	6,4	1	3,2	2	12,5
2004	3	5	2	4,9	1	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>14,2</b>	<b>75</b>	<b>14,9</b>	<b>17</b>	<b>11,3</b>

Source: Service national des Maladies infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg

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

ANNEE	1984-97		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL								
	N	%								N	%	N	%					
HOMOSEXUEL(S)/ BISEXUEL(S)	155	42,2	8	27,6	10	33,3	17	38,6	11	26,8	14	42,4	6	12,7	21	35	242	37,1
UIDs	58	15,8	8	27,6	6	20	2	4,6	7	17,1	5	15,2	3	6,4	3	5	92	14,2
HÉTÉROSEXUEL(S)	84	22,9	9	31	9	30	21	47,7	20	48,8	14	42,4	3	74,5	35	58,3	227	34,8
TRANSFUSIONS SANGUINES	12	3,3			1	2,3			0				5				13	2
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	1	0,3	1	3,4					0								2	0,3
INCONNU	58	15,8	3	10,4	5	16,6	3	6,8	3	7,3	0		3	6,4	1	1,7	76	11,6
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>		<b>29</b>		<b>30</b>		<b>44</b>		<b>41</b>		<b>33</b>		<b>47</b>		<b>60</b>		<b>652</b>	

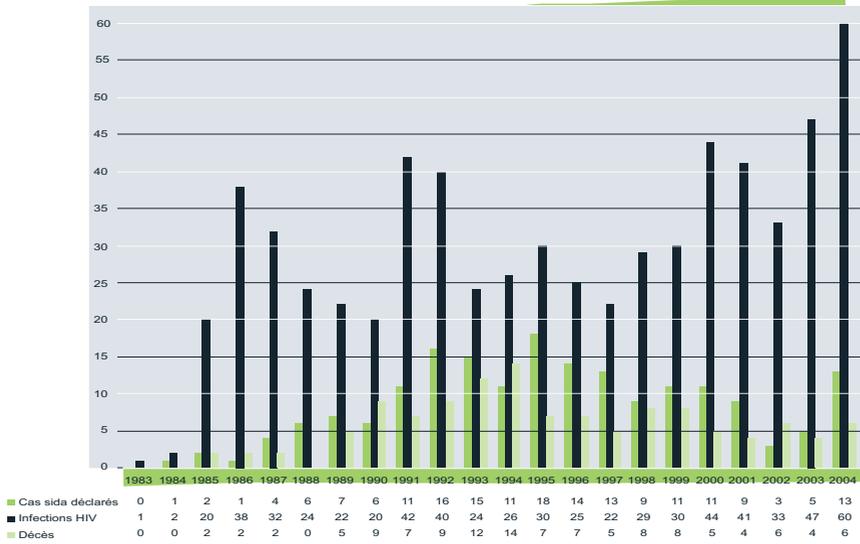
Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg

**Tableau II.1.5.3 Pourcentage des cas de SIDA par catégorie de transmission sur le total cumulé des cas\*, 1981-2001 (U.E.)**

	Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)	Contactés hétérosexuels	Hommes homosexuels/ bisexuels	De mère à enfant	Hommes homosexuels/ bisexuels et UDVI	Hémophilie et trouble de la coagulation	Transfusés
UE15	39,4	17,6	32,6	1,3	1,4	1,5	1,6
BELGIQUE	6,5	45,4	36,3	3,8	0,5	0,5	4,4
DANEMARK	8,1	18,7	64,2	0,8	0,8	1,8	1,3
ALLEMAGNE	14,1	8,6	63,5	0,5	1,4	2,8	1,5
GRÈCE	3,8	18,1	56,5	0,9	0,8	5,2	2,7
ESPAGNE	63,4	13,3	13,7	1,4	1,5	1,2	0,6
FRANCE	22,6	21,8	42,9	1,2	1,1	1,1	3,4
IRLANDE	39,4	14,0	34,8	3,5	1,4	4,6	0,4
ITALIE	59,2	17,6	15,6	1,4	1,8	0,7	0,9
<b>LUXEMBOURG</b>	<b>16,7</b>	<b>19,2</b>	<b>50,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,2</b>
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.1.5.4 Evolution du nombre de cas sida et du nombre de décès associés (1983-2004)**



Source: Comité de surveillance du sida. Rapport d'activité 2004

**Fig. II.1.5.5 Hépatites virales déclarées en population générale au Grand-Duché de Luxembourg (1995-2005)**



Source: Division de l'Inspection Sanitaire, Direction de la Santé. 2004

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 UPDs.
- 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.

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 implique 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 120 en 2004 (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 des 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

### Statistiques du Programme Méthadone (JDH) 1997-2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE DE PARTICIPANTS</b>	158	186	164	158	158	151	131	120
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>								
MASCULIN	68%	70,5%	64%	66%	68%	67,5%	63,4%	61,7%
FÉMININ	32%	29,5%	36%	34%	32%	32,5%	36,6%	38,3%
<b>NATIONALITÉ</b>								
LUXEMBOURG	73%	74%	76%	73%	75%	70,5%	71%	70%
PORTUGAL	13%	13%	13%	16%	15%	20,5%	26,6%	19,2%
ITALIE	6%	5%	5%	4%	3%	4%	2,3%	3,3%
FRANCE	4%	3%	2%	3%	2%	2%	2,3%	2,5%
BELGIQUE	1%	1,5%	1%	1%	1%	1%		
CAP-VERT	1%	1,5%	2%	1%	1%		0,8%	0,8%
ESPAGNE	1%	1%	0,5%					
ALLEMAGNE		1%	0,5%	3%	2%	2%	2,3%	3,3%
Ex-YOUGOSLAVIE	1%				1%	1%	0,8%	0,8%
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>								
< 20	d.m.	0,5%						
20-24	d.m.	10,5%	11%	8%	3%	3%	3,2%	4,2%
25-29	d.m.	29%	25,5%	28%	22%	24%	16%	14,2%
30-34	d.m.	33%	32%	29%	32%	31%	30,5%	26,7%
35-39	d.m.	18%	20,5%	23%	27%	29%	30,5%	29,2%
≥ 40	d.m.	9%	11%	12%	16%	13%	19,8%	25,8%
<b>PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE</b>								
Sud	47%	44,5%	48%	45%	43%	44%	45%	48,3%
Luxembourg Ville (+alentours)	31%	29,5%	24%	32%	34%	35%	36,6%	32,5%
Nord	16%	22%	23%	20%	20%	20%	16,6%	18,3%
Est	6%	4%	5%	3%	3%	1%	1,5%	0,8%
<b>MOTIFS DE SORTIE</b>								
Abandons	d.m.	54%	62,5%	68%	49%	59%	60%	50%
Traitement à terme	d.m.	22%	16%	13%	16%	14%	6,66%	20%
Prison	d.m.	15%	9%	10%	5%	5%	10%	3,3%
Décès	d.m.						3,34%	10%
Exclusion	d.m.	3,5%	7%	3%	10%		3,34%	6,7%
Tranfert		3,5%		3%	5%			
Convenance		2%	5,5%	3%	10%		10%	6,7%
Autres					5%		6,66%	3,3%

Source: Fondation JDH 2004

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 2004 d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs.

ANNÉE	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de médecins prescripteurs	125	145	147	157	154	158
Nombre de cardinal <sup>1</sup> de patients	745	844	849	889	913	/
Nombre cumulé <sup>2</sup> de patients bénéficiaires	/	/	/	1.487	1.554	1.553

Source : Union des Caisses de Maladie 2004

#### Etat de la législation :

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

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

<sup>1</sup> Nombre cardinal : nombre de patients différents

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

Le dossier à introduire à la Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPD) a été approuvé par la Commission de surveillance et a été déposé en décembre 2004. Au moment de la rédaction du présent rapport le dossier était toujours en examen auprès de la CNPD.

Le règlement grand-ducal du 18 janvier 2005 détermine le modèle du carnet à souches prévu à l'article 30-1 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. Cette nouvelle réglementation permettra de mieux suivre et contrôler les prescriptions effectuées dans le cadre des traitements de substitution.

### 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 III.2.3.

#### Statistiques du BU-V du CHNP 1998-2004

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE D'ADMISSIONS</b>		251	272	247	242	249	223	196
<b>NOMBRE DE PREMIÈRES ADMISSIONS</b>		70	62	66	47	57	46	37
<b>NOMBRE DE PATIENTS (COMPTAGES MULTIPLES EXCLUS)</b>		158	155	161	153	158	146	138
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>								
	<b>MASCULIN</b>	80,5%	70%	76%	77%	73,5%	68%	71%
	<b>FÉMININ</b>	19,5%	30%	24%	23%	26,5%	32%	29%
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>								
	< 15	0,20%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
	15-19	4,80%	8%	4%	5%	8%	7,6%	5,0%
	20-24	24%	23%	22%	17,5%	22,7%	21%	23,2%
	25-29	32%	32%	31%	27,5%	29,7%	26,5%	19,6%
	30-34	21%	25%	24%	23,5%	20,8%	19%	21,7%
	35-39	16%	9%	13%	16,5%	13,9%	19%	22,5%
	≥ 40	2%	3%	5%	10%	4,4%	6,9%	8,0%

Source: CHNP - RELIS 2004

## 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 consultation 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 1998-2004

		1998	1999	2000	2001	2002 <sup>3</sup>	2003	2004
<b>NOMBRE DE CLIENTS/FAMILLES</b>		270	299	300	279	317	220	234
<b>NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS</b>		130	180	196	174	216	118	d.m.
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>								
	MASCULIN	70%	70%	62%	55,5%	55,5%	59%	59%
	FÉMININ	30%	30%	38%	44,5%	42,5%	41%	38%
	COUPLE					2%		3%
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS</b>								
	INDIVIDUELLES	654	628	655	756	709	687	690
	COUPLE/FAMILLE	175	241	199	142	220	229	175
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)</b>								
		77	92	70	52	39	71	78
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>								
	< 20 ANS	10%	11%	12,5%	11%	9%	13,2%	6%
	20-24 ANS	20,5%	24,5%	18%	16%	21,5%	18,2%	16%
	25-29 ANS	23,5%	23%	23%	17%	17,5%	12,7%	18%
	30-34 ANS	22%	17,5%	15,5%	14,5%	13,5%	16,8%	19%
	35-39 ANS	9%	8,5%	9%	20%	18%	15,9%	17%
	≥ 40 ANS	13,5%	13%	19%	17,5%	18,5%	23,2%	22%
	ÂGE INCONNU	1,5%	2,5%	3%	4%	2%		2%
<b>MOTIFS DE DEMANDE</b>								
	ABUS D'OPTIACÉS/POLYTOXICOMANIE	71%	69%	59%	52,5%	51%	43,2%	49%
	TOXICOMANIE D'UN PROCHE	12%	10,5%	20,5%	27,5%	22,5%	19%	18,5%
	PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX/PSYCHIATRIQUES	9%	9%	3,5%	4,5%	4%	6,8%	6%
	POST-CURES	2%	1,5%	1%	1%	1%	5%	7,5%
	ABUS D'ALCOOL	0,5%	0,5%	2%	1,5%	5%	3,6%	5%
	CANNABIS	3,5%	3,5%	11%	9,5%	11,5%	16,4%	10%
	AMPHÉTAMINES/COCAÏNE/LSD/ECSTASY		2,5%	1,5%	2,5%	4%	5%	2%
	DEMANDES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES	0,5%	0,5%	1,5%	1%	1%	0,5%	
	AUTRES (MÉDICAMENTS, BOULIMIE, ETC.)						0,5%	2%

Source: Fondation JDH. 2004

<sup>3</sup>Les 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 1997-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE DE CLIENTS</b>	183	169	165	199	206	159	196 ↗
<b>NOMBRE DE PREMIERS DEMANDEURS AUPRÈS DE JDHE</b>	64(35%)	54(32%)	60(36%)	123(62%)	112(54%)	101(63%)	118(60%)
<b>NOMBRE DE CLIENTS SANS CONTACT AVEC AUTRES SERVICES DE JDH</b>	48(75%)	42(78%)	48(80%)	87(79%)	96(86%)	88(87%)	d.m.
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>							
MASCULIN	62%	57%	54,5%	58%	64%	61%	58%
FÉMININ	38%	43%	45,5%	42%	36%	39%	42%
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS (INDIVIDUELLES ET FAMILIALES)</b>	974	965	917	829	809	614	733
<b>NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES (PRISON / HÔPITAUX)</b>	245	148	77	53	71	13	53 ↗
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>							
< 15 ANS			0,5%	1,5%			
15-19 ANS	7%	5%	8%	3%	4,5%	9%	10%
20-30 ANS	43%	46%	32%	33%	33%	34,5%	33%
>30 ANS	50%	49%	59,5%	62,5%	62,5%	56,5%	57%

Source: Fondation JDH 2004

## Statistiques du centre de consultation JDH de Ettelbrück 2003-2004

	2003	2004
<b>Nombre de clients/familles</b>	55	47
<b>Nombre de premiers demandeurs</b>	36	d.m.
<b>Distribution selon sexe</b>		
masculin	62%	66%
féminin	38%	32%
couples		2%
<b>Nombre de consultations</b>		
individuelles	257	239
couple/famille	51	42
<b>Motifs de demande</b>		
abus d'opiacés / polytoxicomanie	43.63%	34%
toxicomanie d'un proche	14.55%	19%
problèmes psychosociaux / psychiatriques	9.09%	2%
post-cures	9.09%	
cannabis	16.36%	21%
amphétamines/cocaïne/LSD/ecstasy	3.64%	9%
autres substances	1%	4%
autres	1%	11%

Source: Fondation JDH 2004

### 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

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 (1998-2004)

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE TOTAL DE PATIENTS HÉBERGÉS</b> (nouveaux patients et patients de l'année précédente encore présents, enfants exclus)		55	59	56	52	52	56	70
<b>NOMBRE D'ADMISSIONS (ANNÉE EN COURS)</b>		39	47	43	34	57	44	53
<b>NOMBRE DE PATIENTS ADMIS (ANNÉE EN COURS)</b>		37	40	37	31	33	40	52
<b>OCCUPATION MOYENNE MENSUELLE</b>			20,1	21,6	21,1			21,6
<b>JOURNÉES DE PRÉSENCE DES PATIENTS</b>		8.101	7.348	7.910	7.709	6.543	7.767	7.905
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>								
<b>MASCULIN</b>		87,5%	77,9%	75%	86,5%	74,9%	73%	76%
<b>FÉMININ</b>		12,5%	22,1%	25%	13,5%	25,1%	27%	24%
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE.</b>								
< 20		7,2%	3,4%	8,9%	3,9%	6%	d.m.	1,4%
20-25		35,7%	32,2%	26,8%	15,4%	22,4%		34,3%
26-30		23,2%	25,4%	35,7%	44,2%	31,3%		18,6%
> 30		33,9%	39%	28,6%	36,5%	40,3%		45,7%
<b>NATIONALITÉ</b>								
<b>LUXEMBOURG</b>		66%	64,4%	73,2%	69,8%	73,1%	d.m.	68,6%
<b>PORTUGAL</b>		12,4%	18,6%	8,9%	7,7%	11,9%		11,4%
<b>ITALIE</b>		8,9%	6,8%	5,4%	15,4%	4,5%		4,4%
<b>ESPAGNE</b>		3,6%	3,4%	7,1%	3,9%	3%		1,4%
<b>ALLEMAGNE</b>			1,7%	1,8%	1,9%	3%		7,2%
<b>FRANCE</b>		1,8%	1,7%	1,8%		3%		
<b>BELGIQUE</b>		1,8%	1,7%					
<b>EX-YOUGOSLAVIE</b>		1,8%		1,8%	1,9%	1,5%		1,4%
<b>MAROC</b>		1,8%						1,4%
<b>APATRIDE</b>		1,9%	1,7%					
<b>ETAT CIVIL</b>								
<b>CÉLIBATAIRE</b>		85,7%	81,3%	87,5%	80,8%	85%	d.m.	81%
<b>MARIÉ(E)</b>		3,6%	8,5%	3,5%	5,8%	7,5%		4,3%
<b>SÉPARÉ(E)</b>		1,9%	3,4%	1,8%		4,5%		4,3%
<b>DIVORCÉ(E)</b>		8,8%	6,8%	5,4%	9,6%	3%		10%
<b>VEUF(VE)</b>					1,8%	1,9%		

Source: CTM 2004

En 2004, 48,6% (59%) des patients admis au CTM étaient sous traitement de substitution de méthadone. 45,7% des patients admis avaient au moins un enfant. 38,6 % des clients ont été orientés au CTM par le CHNP et 61,4 % ont été orientés par d'autres hôpitaux. En 2004, un total de 140 demandes d'admission ont été adressées au CTM dont 109 hommes et 31 femmes parmi les personnes demandeuses. En 2004, 322 séances d'informations ou de thérapies ambulatoires ont eu lieu soit dans les locaux du CTM soit à l'extérieur.

### 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 1<sup>er</sup> 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 1998 - 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE DE CLIENTS</b>	46	99	132	195	208	231	267
<b>NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS</b>	35	70	91	141	141	163	179
<b>DISTRIBUTION SELON LE SEXE</b>							
FÉMININ	28%	26,3%	34,1%	32,3%	34,1%	31,6%	31,9%
MASCULIN	72%	73,7%	65,9%	67,7%	65,9%	68,4%	68,1%
<b>DISTRIBUTION SELON L'ÂGE</b>							
< 15	11%	16,1%	12,9%	13,8%	17,8%	23,8%	17,7
15-18	81%	73,8%	74,3%	80,9%	71,6%	63,6%	64,1%
> 18	8%	10,1%	12,9%	11,3%	10,6%	12,6%	18,6%
<b>SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE</b>							
CANNABIS	49%	65,7%	78%	72,3%	82,2%	83,1%	72,4%
HÉROÏNE	22%	21,2%	12,9%	7,2%	2,4%	3,5%	4,5%
SOLVANTS VOLATILES	11%	5,1%	1,5%	0,5%	0,5%		0,4%
ECSTASY	12%	3%	3,8%	3,6%	1%	0,9%	1,1%
COCAÏNE	3%	1%		2,6%	1%	0,4%	1,1%
LSD		3%	1%				
AUTRE		3%	3,1%	13,8%	12,9%	12,1%	20,5%

Source: Solidarité Jeunes (MSF) 2004

### 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 2004, 5 (7) personnes, quatre hommes et une femme, ont pu profiter de cette offre pour des séjours allant d'une semaine à 7 mois. Le Ministère de la Santé en collaboration avec la Fondation JDH prévoient dans le cadre du nouveau plan d'action la transformation du foyer de post-cure Neudorf en une structure résidentielle de stabilisation et d'orientation. Ce projet, appelé « transitions », cible une population plus spécifique en leur offrant un hébergement et un suivi en vue d'une insertion sociale.

Le **Foyer Rosport**, affecté au CHNP et conventionné avec le Ministère de la Santé depuis sa création en 2003, vise la prise en charge de toxicomanes en voie de stabilisation. En 2004, un éducateur gradué en collaboration étroite avec le CTM, s'est chargé de l'encadrement psychosocial de 11 personnes, neuf hommes et deux femmes, ayant terminé leur thérapie au CTM.

### **II.1.10 INTERVENTIONS DE REINTEGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE**

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 d'aide au logement au sein de la Fondation JDH, prévu et réalisé dans le cadre de l'ancien plan d'action 2000-2004 et reconsidéré par le nouveau plan d'action 2005-2009 en vue de son expansion, voire sa décentralisation.

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 dans 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.

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 une vingtaine d'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.

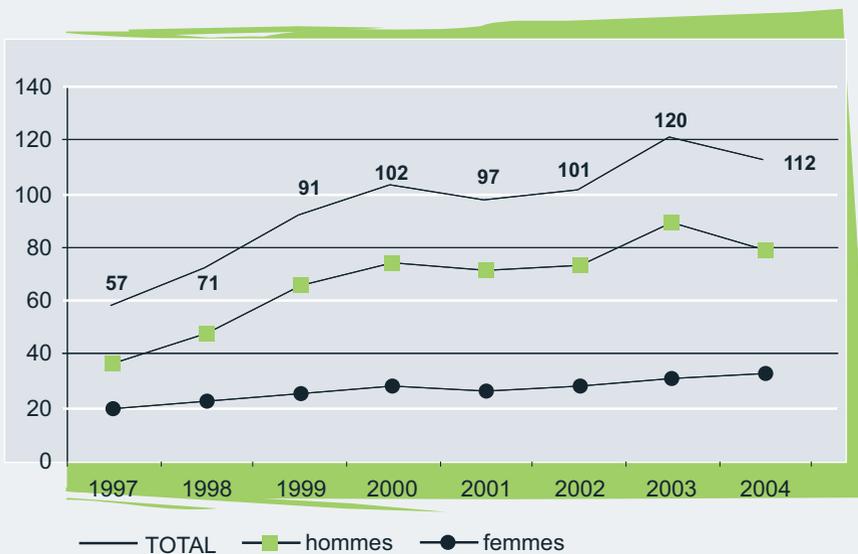
### II.1.11 LES DEMANDES DE TRAITEMENT A L'ETRANGER

Ci-après figurent les données statistiques relatives aux demandes de traitement résidentiel (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger de 1997 à 2004:

GROUPE D'AGE									HOMMES		FEMMES	
	(97)	(98)	(99)	(00)	(01)	(02)	(03)	(04)	N	%	N	%
< 20 ANS				3	3	5	1	3	2	2,5	1	3
20 À 25 ANS				33	26	33	35	37	21	26,6	16	48,5
> 25 ANS				66	68	63	84	72	56	70,9	16	48,5
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>91</b>	<b>102</b>	<b>97</b>	<b>101</b>	<b>120</b>	<b>112</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>AGE MOYEN</b>				<b>27,9</b>	<b>29,5</b>	<b>28</b>	<b>30,7</b>	<b>28,5</b>	<b>30</b>		<b>27</b>	

Source : Administration du Contrôle Médical : Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1997/2004.

Fig. II.1.11 Cures de désintoxication (drogues dures et polytoxicomanie) à l'étranger - Exercices 1997/2004.



Source : Administration du Contrôle Médical Exercices 1997/2004

## 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 1991 à 2004. Au 31 décembre 2004, la population carcérale totale s'élevait à 395 détenus. Au total on comptait 1.033 nouvelles entrées. On observait de 1997 à 2004, une diminution importante de la proportion de détenus admis aux centres pénitentiaires pour des motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

ANNEE	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04
<b>NOUVELLES ENTRÉES (TOTAL)</b>					713	685	858	796	859	767	641	794	1.072	1.033
<b>NOUVELLES ENTRÉES "STUP"</b>	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137	89
					41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	12,8%	9%

Source: Administration pénitentiaire 2004

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.

### - Le projet global de prise en charge des personnes toxico-dépendantes en milieu pénitentiaire « PROJET TOX » 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.

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.

Le projet « tox » avait prévu pour 2003-2004 les actions suivantes :

- ▶ réalisation d'une brochure de santé reprenant les informations préventives et médicales en matière de toxicomanie,
- ▶ ouverture d'un pavillon au CPG intitulé « Programme de prévention pré-thérapeutique », il s'agit d'un programme de prise en charge intensive par le travail (à mi-temps), le sport, les discussions de groupe, les cours d'administration sociale, l'entraînement au comportement social, le travail de groupe à orientation bio-énergétique – prise de conscience du corps, les entretiens individuels, l'encadrement des activités,
- ▶ échange de seringues en prison,
- ▶ élaboration d'une banque de données et collaboration avec les centres thérapeutiques pour toxicomanes,
- ▶ formations du personnel – banque de cas basée sur des situations professionnelles vécues par le personnel,
- ▶ « Tox-contact » : groupe de consultation, d'échange et d'entraide pour détenus toxicomanes au CPL.

### **- 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. En 2004, en raison d'une augmentation des offres de prise en charge en milieu carcéral (service psychosocial et éducatif SPSE, unité de psychiatrie, « projet tox »...), la Fondation JDH a réorienté son intervention auprès des détenus vers un travail axé plutôt sur le volet social et effectué par les membres de l'équipe du Kontakt 25. Dans le cadre de ce travail social, 159 visites ont eu lieu au CPL auprès de 60 clients (90% d'hommes/10% de femmes) avec un total de 610 entretiens. C'est pour cette raison que le nombre des consultations psychologiques a diminué en 2004.

### Offre de prise en charge en milieu carcéral par JDH 1999 - 2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>NOMBRE DE DÉTENUIS PRIS EN CHARGE</b>	61	73	75	74	72	40↓
<b>NOMBRE DE SÉANCES DE CONSULTATION</b>	401	478	434	449	389	203
<b>SANS CONTACTS ANTÉRIEURS AVEC LES SERVICES DE JDH</b>	36%	34%	32%	46%	64%	d.m.
<b>DISTRIBUTION SELON SEXE</b>						
FÉMININ	8%	14%	16%	11%	11%	5%
MASCULIN	92%	86%	84%	89%	89%	95%
<b>DISTRIBUTION SELON ÂGE</b>						
15-19	3%	0%	3%	3%	3%	5%
20-24	14%	20%	17%	20%	12%	15%
25-29	52%	36%	33%	37%	35%	8%
≥ 30	31%	43%	47%	40%	50%	72%
<b>SUBSTANCE PRÉFÉRENTIELLE IMPLIQUÉE</b>						
HÉROÏNE ET POLYTOXICOMANIE	93%	93%	84,5%	86,5%	80%	d.m.
COCAÏNE			1%	2,5%	2,5%	d.m.
AUTRE	7%	7%	14,5%	11%	17,5%	d.m.

Source: Fondation JDH 2004

#### - 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 2004, 225 (191) personnes ont suivi un traitement de substitution (Méthadone, Subutex, Burgondin) au sein du CPL. La dose moyenne pour la méthadone était de 40 mg par jour, se situant dans une marge de 5 mg à 120mg. La durée moyenne de traitement à la méthadone en 2004 était de 98 (99) jours.

106 (81) patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés dans une autre institution. 76 (81) 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. 13 (17) patients substitués ont été réincarcérés durant l'année 2004. 13 (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 2004, plus de 500 (500) tests de dépistage de l'infection HIV ont été effectués aux centres pénitentiaires du Luxembourg. Cinq tests ont été positifs. Les cinq personnes sont de sexe masculin et quatre personnes sont des consommateurs de drogues dures par voie intraveineuse souffrant également de l'hépatite C. La voie de transmission est sexuelle chez l'autre personne qui ne présente pas d'hépatite C.

562 (493) examens sérologiques ont été effectués pour dépister les hépatites virales (A, B et C), la syphilis et le HIV. Parmi les détenus examinés il y avait 41 femmes.

*Nombre d'examens sérologiques positifs*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>HÉPATITE A:</b>	90	125	172	115	267	310	335	401
<b>HÉPATITE B:</b>	63	70	74	43	104	102	128	160
<b>ANTIGÈNE HBS:</b>	7	5	8	5	9	11	17	23
<b>ANTICORPS HBS:</b>	18	34	29	44	91	129	112	144
<b>HÉPATITE C:</b>	69	78	82	54	85	80	98	100
<b>SYPHILIS:</b>	2	1	3	2	13	3	4	3
<b>Nb. TOTAL D'EXAMENS SÉROLOGIQUES</b>	<b>221</b>	<b>252</b>	<b>282</b>	<b>185</b>	<b>432</b>	<b>458</b>	<b>493</b>	<b>562</b>

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>HÉPATITE A:</b>	46	71	79	51	125	164	152	185
<b>HÉPATITE B:</b>	7	7	6	4	3	5	9	10
<b>HÉPATITE C:</b>	19	17	28	23	30	27	33	34

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>HÉPATITE B ET C:</b>	21	20	19	7	18	10	11	21
<b>HÉPATITE A ET B ET C:</b>	16	30	20	14	23	24	23	20
<b>HÉPATITE A ET B:</b>	17	13	29	18	62	63	85	109
<b>HÉPATITE A ET C:</b>	11	11	15	10	16	19	31	24

Source: Comité de surveillance du Sida 2004

*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 2004/2005**

**Janvier 2004:** La Police grand-ducale a lancé une campagne anti-drogues en mettant l'accent sur la dangerosité de la conduite sous l'influence de drogues, sur l'information et la prévention des toxicomanies.

**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.

**Octobre 2004:** Congrès MOQUAVO (motivation et qualification des bénévoles dans la prévention primaire des toxicomanies) organisé par le Centre de Prévention des Toxicomanies en collaboration avec huit associations internationales. Présentation du manuel MoQuaVo.

**Décembre 2004:** Le CePT en collaboration avec l'a.s.b.l. Anonym Glécksspiller lance une action de sensibilisation au jeu compulsif.

**Juillet 2005:** Ouverture de la salle de consommation pour toxicomanes au sein du foyer d'urgence pour toxicomanes.

## Chapitre II.2

### Sommaire des travaux de recherche récents

**II.2.1** Origer, A. ; Removille, N. & Couffignal, S (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, CES, 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. Orientations 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, séjour et modèle de consommation en milieu carcéral, tatouages/piercing. 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 ambulatoires et les centres pénitentiaires. Toute participation à l'étude est volontaire, anonyme et non rémunérée.

## **CALENDRIER DES ACQUIS:**

12/2001	Accord de financement de la part du Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants (FLTS).
17/09/2002	Avis favorable du Comité National d'Ethique de Recherche (CNER).
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 le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL).
30/03/2004	Signature du protocole de recherche.
19/04/2004	Demande d'autorisation préalable à la Commission Nationale de la 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 le 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.

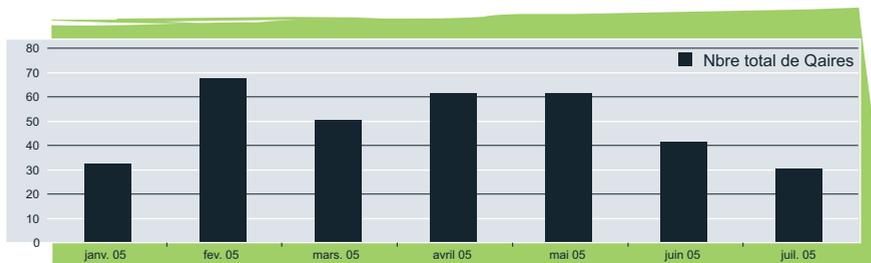
20/12/04	-Signature du contrat de collaboration avec la Fondation Steftung Hëllef Doheem : mise à disposition de l'infirmière investigatrice pour la collecte des données (8 mois). -Avis favorable de la Commission Nationale de Protection des Données.
12/04-01/05	-Présentation du projet aux médecins intervenants dans les structures. -Mise à disposition des vaccins (Twinrix®, Havrix® et Engerix®) par la Division de la Pharmacie et des Médicaments.
17/01/05-31/08/05	-Récolte des données, prises de sang et programme de vaccination.
01/05	-Demande d'inclusion de participation pour les mineurs à la CNPD et au CNER.
03-04/05	Evaluation à la baisse du nombre de participants; prises de mesures en conséquences : -Re-motivation du personnel des structures afin de fournir à l'investigatrice de nouvelles recrues volontaires à participer à l'étude -Texte de presse: journal Correio et Contacto -Radio Latina: spot publicitaire diffusé plusieurs fois par semaine pour inciter les usagers de drogues à participer. -Distribution de prospectus : Gare de Luxembourg, "Stemm vun der Strooss", Médecins Sans Frontières Solidarité Jeunes, Planning Familial, pharmacies ouvertes au public..... -Demande de participation à : l'Hôpital du Kirchberg, Centre Hospitalier de Luxembourg, Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Centre pénitentiaire de Givenich.
14/03/05	Autorisation de participation de l'Hôpital du Kirchberg.
14/04/05	Autorisation d'accès de l'investigatrice au Centre Pénitentiaire de Givenich.
21/04/05	Autorisation de participation du Centre Hospitalier de Luxembourg.
26/05/05	Autorisation de participation de la Clinique Sainte Thérèse.
07-08/05	Encodage des données sur le logiciel SPSS.
25.07.05	Parution du résumé du projet sur la base de données EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) de l'OEDT : <a href="http://www.eddra.emcdda.eu.int/">http://www.eddra.emcdda.eu.int/</a>

## STRUCTURES PARTICIPANTES

CTA & bas-seuil	Centre de Traitement Ambulatoire	Jugend-an Drogen Hëllef de Esch/Alzette	<b>JDH Esch</b>
		Programme Méthadone de la Jugend-an Drogen Hëllef Luxembourg	<b>PM</b>
		Centre Emmanuel	<b>CE</b>
	Structure bas-seuil	Abrigado/Nuetseil-CNDS (Comité National de Défense Sociale)	<b>Abrigado/Nuetseil</b>
		Drop-in (Croix-Rouge Luxembourgeoise)	<b>Drop-in</b>
		K25 de la Jugend-an Drogen Hëllef Luxembourg	<b>K25</b>
CTR & Prisons	Centre de Traitement Résidentiel	Service de psychiatrie <b>BuV</b> du Centre Hospitalier Neuropsychiatrique d'Ettelbrück (CHNP).	<b>BuV</b>
		Services de psychiatrie de l'Hôpital du <b>Kirchberg</b>	<b>Kirchberg</b>
		Service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Luxembourg	<b>CHL</b>
		Service de psychiatrie de la Clinique Ste Thérèse ( <b>Zitha</b> )	<b>Zitha</b>
		Centre Thérapeutique de <b>Manternach-CHNP</b> (Centre Hospitalier Neuropsychiatrique d'Ettelbrück)	<b>CTM</b>
	Prison	Centre Pénitentiaire de Luxembourg	<b>CPL</b>
		Centre Pénitentiaire de <b>Givenich</b>	<b>Givenich</b>

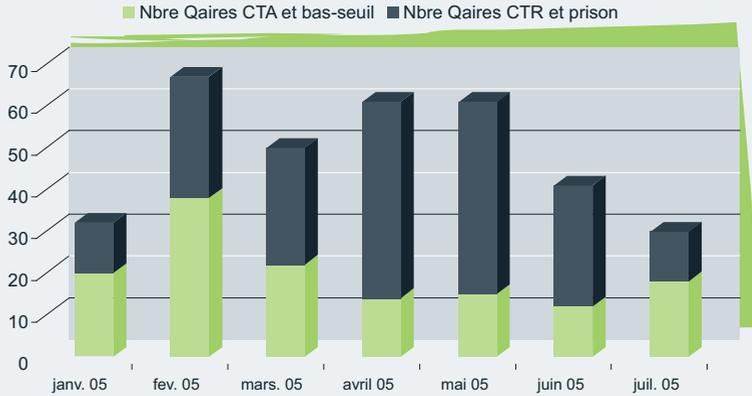
## QUESTIONNAIRES

**Fig. 1: Nombre total de questionnaires récoltés de janvier à juillet 2005. La moyenne mensuelle est de 49 questionnaires.**

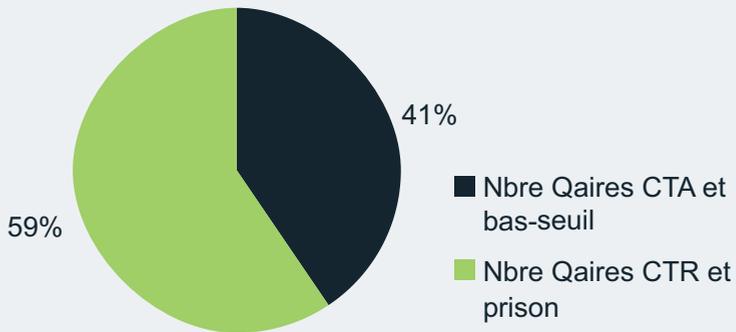


Un total de 342 questionnaires ont été récoltés jusqu'en juillet 2005. L'histogramme montre une baisse en mars qui a conduit à prendre les mesures nécessaires. On note également une baisse en juin et juillet.

**Fig. 2: Comparaison entre le nombre de questionnaires récoltés dans les CTA et les centres bas-seuil d'une part et ceux récoltés dans les CTR et les Centres pénitentiaires d'autre part de janvier à juillet 2005.**

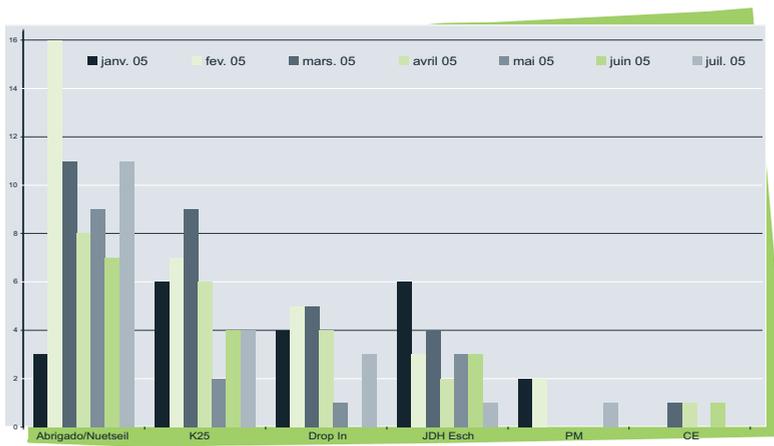


**Fig. 3: Pourcentage respectif de questionnaires récoltés dans les CTA et les centres de bas seuil d'une part et ceux récoltés dans les CTR et les Centres pénitentiaires d'autre part de janvier à juillet 2005**



## PRISES DE SANG ET CTA/BAS-SEUIL

**Fig. 4: Nombre de prises de sang effectuées dans chaque institution des CTA et Centre de bas seuil de janvier à juillet 2005**



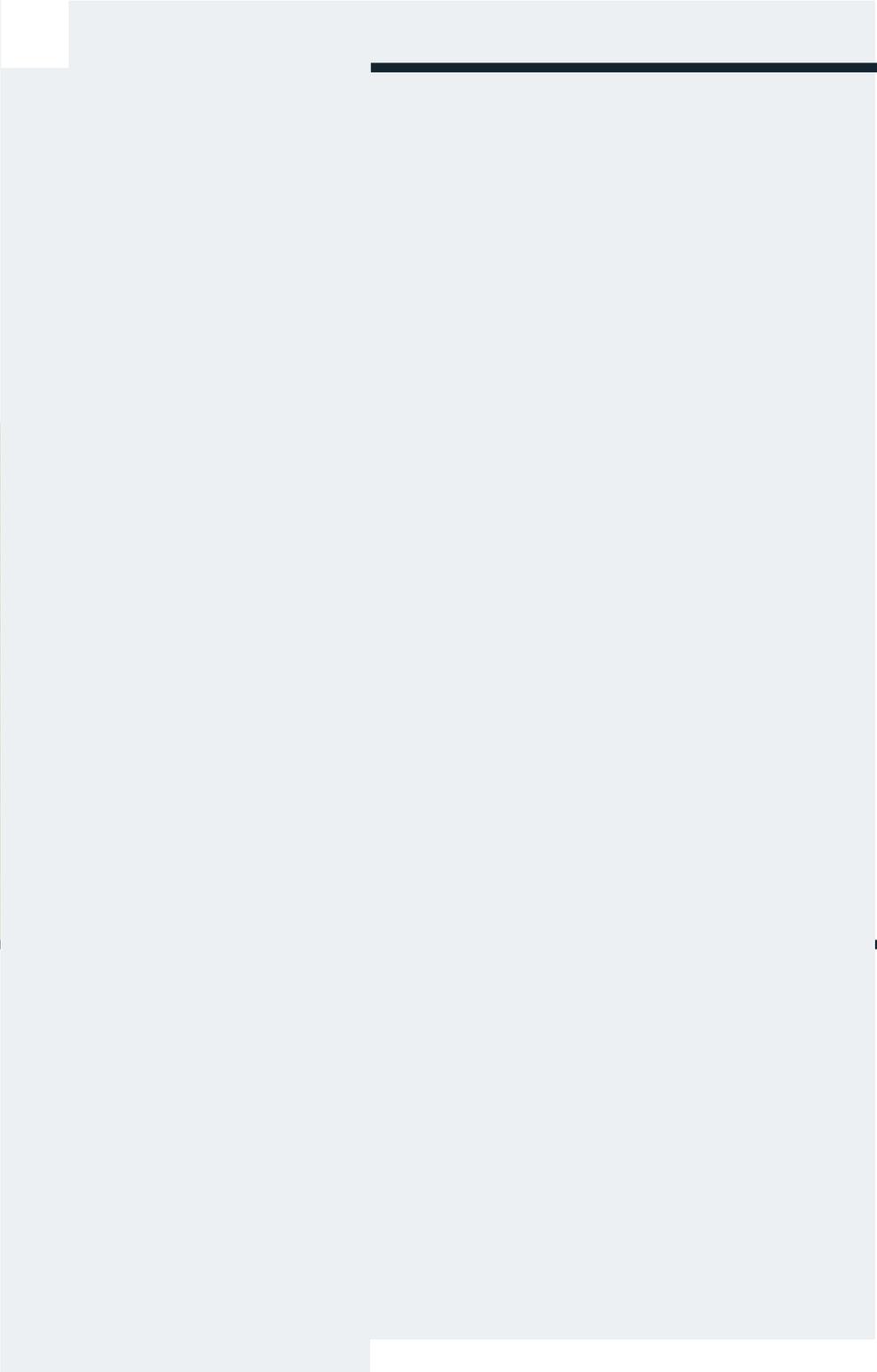
Parmi les 155 prises de sang des CTA, c'est chez Abridado puis au K25 que le plus grand nombre de prélèvements ont été réalisés. Il ressort par rapport au graphe précédent, que le Drop In compte plus de prélèvements que de questionnaires, ce qui est l'inverse de la JDH Esch. Pour le PM il est compréhensible que durant 4 mois il n'y ait pas eu de volontaires puisque dès mars, tous les UPDs inscrits au programme avaient participé.

## CONSULTATIONS MEDICALES

Consultations médicales (1 heure par semaine dans chacune des structures afin d'annoncer les résultats, de vacciner et d'orienter médicalement) à la Jugend- an Drogen Hëllef Esch/Alzette et chez Abridado. A la Jugend- an Drogen Hëllef de Esch/Alzette 15 consultations ont été faites sur 17 déplacements, chez Abridado 36 consultations sur 20 déplacements. A la JDH de Esch/Alzette, la moyenne du nombre de consultations par déplacement du médecin est de 0.88, ce qui signifie que moins d'une consultation par déplacement a été faite. Pour Abridado/Nuetseil cette moyenne est de 1.8. D'autre part, à la JDH Esch/Alzette, 68% des UPDs sont venus consulter leurs résultats et/ou se faire vacciner; chez Abridado 55% ont fait cette démarche.

## CALENDRIER PREVISIONNEL

09-12/2005	Récolte des données de vaccination. Début d'analyse des données.
01/2006	Encodage des données de vaccination. Fin d'analyse statistique des données.
02/2006	Rapport final.



## 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 25 Etats membres et au sein de 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.

REITOX a été activement impliqué dans la coopération avec des pays candidats à l'Union européenne pour intégrer 10 nouveaux états en 2003. Cette coopération se poursuit actuellement avec les 3 pays candidats en attente, la Bulgarie, la Roumanie et la Turquie.

#### **III.1.3.2 Les indicateurs épidémiologiques en 2004**

Les principales tâches de l'OEDT 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 12 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 la Décision du conseil 2005/387/JAI du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives (*ancienne 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*).

La décision vise à créer un système d'échange rapide d'informations sur les nouvelles substances psychoactives. Elle prend acte des informations relatives aux effets indésirables présumés à notifier dans le cadre du système de pharmacovigilance établi par le titre IX de la directive 2001/83/CE.

La décision prévoit, en outre, une évaluation des risques que comportent ces nouvelles substances psychoactives, afin que les mesures de contrôle qui sont applicables aux stupéfiants et aux substances psychotropes dans les États membres puissent également l'être aux nouvelles substances psychoactives.

La décision s'applique aux substances qui ne sont pas actuellement répertoriées dans les tableaux de:

- a) la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961, et qui peuvent constituer une menace pour la santé publique comparable à celle que comportent les substances mentionnées dans les tableaux I, II ou IV; et
- b) la Convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971, et qui peuvent constituer une menace pour la santé publique comparable à celle que comportent les substances mentionnées dans les tableaux I, II, III ou IV.

La décision vise les produits finaux, indépendamment des précurseurs pour lesquels le règlement (CEE) n° 3677/90 du Conseil du 13 décembre 1990 relatif aux mesures à prendre afin d'empêcher le détournement de certaines substances pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes et le règlement (CE) n° 273/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004 relatif aux précurseurs de drogues prévoient un régime communautaire.

En date du 31.12.2004, 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-(méthylamino)-cyclohexanone), PMMA

(paraméthoxyamphétamine ou 4-Méthoxyamphétamine), 2C-T-7 (2,5-diméthoxy-4-(n)-propylthiophénéthylamine), 2C-T-2 (2,5-diméthoxy-4-éthylthiophénéthylamine), 2C-1 (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine) et 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'une interface multilingue et une mise à jour permanente des instruments recensés.

**III.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.

### **III.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 traduits en langue anglaise accompagnés de résumés de l'objet des lois ou règlements produits.

### **III.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.

### **III.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 2002 et 2004, 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 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 la Décision du conseil 2005/387/JAI du 10 mai 2005 (ancienne 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.1.4.3 CLDDT – Centre Logistique de Documentation sur les Drogues et les Toxicomanies**

Le CLDDT recense actuellement plus de 2.300 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 2004, 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.

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

## ● **G. Définitions**

▶ **Population cible** (cf. point A)

▶ **Substances retenues**<sup>1</sup>

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 de la nature du produit et de son origine. Pour cette raison, il a été opté pour une classification en deux groupes :

I. SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES D'ACQUISITION ILLICITE

II. SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES D'ACQUISITION LICITE

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

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

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

<sup>1</sup> La définition des termes HRC/LRC ainsi que la classification détaillée des produits retenus dans le cadre de RELIS peuvent être consultées en annexe B.

- toute demande d'intervention médicale et/ou non médicale, de crise, consultations sporadiques,
- toute 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 2004**

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 2004, 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.
- ▶ stabilisation du nombre de contacts avec les unités hospitalières nationales (comptages multiples inclus et exclus) entre 1999 et 2003 et accroissement en 2004.
- ▶ diminution continue du nombre de détenus pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants.
- ▶ le nombre de personnes interpellées pour motifs d'infraction à la loi sur les stupéfiants a connu une baisse très sensible par rapport à l'année 2003.

**Tableau III.2.3 Description de la population toxicomaniaque répertoriée par le réseau institutionnel de 1994 à 2004**

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	2004	94	96	98	2000	2002	2003	2004
<b>TYPE AMBULATOIRE</b>														
JDH LUXEMBOURG (C)	1662	1086	829	924	929	916	865	284	308	270	300	317	220	234
JDH CONSULT. PRISON (C)*			260	478	431	389	813			43	73	73	72	100
JDH ESCH/ALZETTE (C)					576	614	733	130	175	209	165	206	159	196
PROGRAMME METHADONE						308	281	51	128	186	158	151	131	47
MSF-SOLIDARITE-JEUNES (A)				783	931	934	783	/	/	46	132	208	231	267
CENTRE EMMANUEL (C)	2	7	15	42	/	/	/	2	7	10	39	97	114	172
<b>TYPE RÉSIDENTIEL</b>														
CT MANTERNACH (A)	48	58	39	43	57	44		48	55	56	56	52	56	70
<b>TYPE BAS-SEUIL</b>														
ABRIGADO		6.456	8.525	11.834	16.688	18.266	9.746							
NUETSEIL							12.878							
KONTAKT (CO)		/	/		11.531	12.141	15.420							
JDH ESCH/A. PORTE OUVERTE (C)			974	1.249	1.317	929	1.482							
<b>TOTAL : INSTITUTIONS SANITAIRES SPECIALISEES (avec comptages multiples) <sup>2</sup></b>								<b>515</b>	<b>673</b>	<b>820</b>	<b>923</b>	<b>1.104</b>	<b>1.038</b>	<b>1.206</b>
<b>UNIT. PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERES <sup>3</sup></b>														
CHNP-BU-V (A)	249	251	251	247	249	225		148	157	158	161	158	146	138
CHL								≈ 70	≈ 70	50	56	47	45	122
CLINIQUE STE THERESE								d.m.	d.m.	d.m.	32	40	43	50
HVEA / Centre Hospitalier Emile Mayrisch								≈ 90	37	28	53	33	26	35
Hopital ST. LOUIS								d.m.	13	15	14	11	22	37
<b>SOUS-TOTAL : INSTITUTIONS HOSPITALIERES (avec comptages multiples)</b>								≈ <b>308</b>	≈ <b>277</b>	<b>243</b>	<b>316</b>	<b>289</b>	<b>282</b>	<b>382</b>



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	2004		
<b>INSTITUTIONS A L'ETRANGER</b>	≈ 50	55	71	102	101	120	112		
TOTAL : INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE (AVEC COMPTAGES MULTIPLES) (SANS COMPTAGES MULTIPLES) <sup>4</sup>	≈ 873	≈ 1.005	1.134	1.341	1.494	1.440	1.700	/	
<b>INSTITUTIONS JUDICIAIRES ET PENALES</b>									
CPL	210	259	167	161	101	137	89		
CPG	30	33							
POLICE GRAND-DUCALE - SPJ - DOUANES	1.100	1.368	1.170	1.758	2.217	2.270	1.808		
<b>TOTAL INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE</b> (AVEC COMPTAGES MULTIPLES)	<b>1.340</b>	<b>1.660</b>	<b>1.337</b>	<b>1.919</b>	<b>2.318</b>	<b>2.407</b>	<b>1.897</b>		
<b>TOTAL CUMMULE DES INSTITUTIONS REDUCTION DE LA DEMANDE</b> <b>INSTITUTIONS REDUCTION DE L'OFFRE</b> (AVEC COMPTAGES MULTIPLES)	<b>2.213</b>	<b>2.665</b>	<b>2.471</b>	<b>3.260</b>	<b>3.812</b>	<b>3.847</b>	<b>3.597</b>	<b>d.m. d.m. 1.024 d.m. d.m. d.m.</b>	

<sup>2</sup> Comptages multiples inter- et intra-institutionnels

<sup>3</sup> Admissions pour diagnostics ICD-10: F11, F14, F16, F18, F19.

<sup>4</sup> 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. Onger, 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 2004 la base RELIS a recensé 727 (794) 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 4.611 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. Les pourcentages de réponses par catégories de questions indique que **la couverture moyenne de réponse** par rapport à 2003 est restée stable.

### III.2.5 Résultats et analyse

Les données reproduites ci-après se rapportent à l'intégralité des personnes recensées au cours de l'année 2004 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=691) signifie qu'au niveau du recueil des données, on compte 691 réponses (cas connus) et que parmi ces 691 sujets il y en a 54% qui sont de nationalité luxembourgeoise; la nationalité de 36 cas est donc inconnue*). Les pourcentages (valides) se rapportent par conséquent au nombre de réponses connues (n = 691) et non pas à l'effectif total de l'échantillon (N=727). 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 2004 ont été confrontées, permettant une validation longitudinale des résultats observés. Les graphiques respectifs se rapportent, sauf indication contraire, aux résultats des années 1994 à 2004.

Les résultats suivis des signes (↑) et (↓) reflètent les tendances les plus marquantes pour l'année 2004. Sauf indication contraire, les données entre parenthèses se réfèrent à l'année 2003.

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.

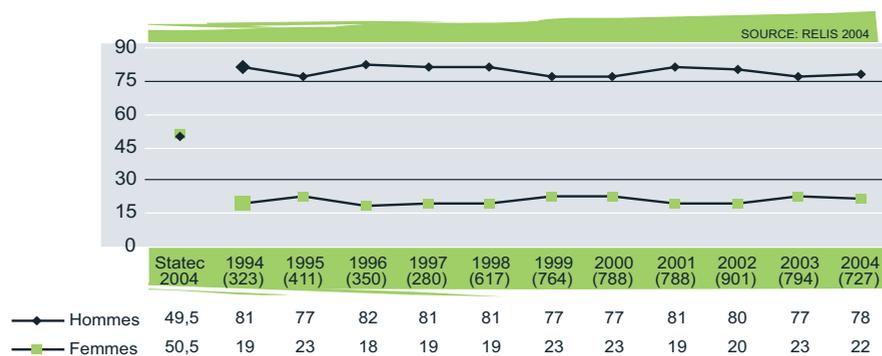
Les données socio-démographiques ont été confrontées, dans la mesure du possible, aux distributions observées au niveau de la population totale du Grand-Duché de Luxembourg. (Source : Annuaire statistiques 1995-2004 du Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC)).

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

### III.2.5.a RELIS 2004 - SOMMAIRE DES DONNEES

#### 3. SEXE

Fig 3. Distribution selon le sexe. 1994-2004 (% valide)



#### COMMENTAIRES

- La distribution de 78%\* d'hommes et de 22% de femmes (n\*\*=727) 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. 1994-2004 (% valide)



#### COMMENTAIRES

54% des répondants sont de nationalité luxembourgeoise (n: 691). Actuellement la distribution selon la nationalité affiche une proportion d'étrangers plus élevée que celle observée en population générale.

#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- **Age moyen des personnes de nationalité étrangère:** 31 ans et 1 mois (▲) (29 ans et 7 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: 24 années et 5 mois (▲) (20 années et 11 mois).

#### TENDANCES

- Depuis 1994 la proportion de ressortissants étrangers au sein de la population toxicomane nationale affiche une tendance discontinue à la hausse.

- La durée de séjour au G.-D. de Luxembourg des répondants étrangers affiche une tendance générale à la hausse de 1994 à 2004. En 2002 et 2003 cependant on constatait une diminution de la durée de séjour ce qui a pu être due à l'arrivée de nouveaux ressortissants étrangers plus jeunes avec des carrières toxicomanes plus courtes.

#### 4.1. PAYS D'ORIGINE

PAYS	STATEC 2003 <sup>1</sup>	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)
PORTUGAL	35,5	30	43	50	47	50	54	51	57	45	46	58
ITALIE	12,3	34	27	20	15	20	11	10	8	12	7	9
FRANCE	12,6	11	15	13	19	21	17	17	12	17	16	11
BELGIQUE	9,3	5	4	5	3	4	4	8	8	8	3	4
ALLEMAGNE	6	6	3	1	3	0	5	4	5	5	5	3
ROYAUME UNI	2,7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PAYS BAS	2,1	2	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0
ESPAGNE	1,7	0	0	0	0	5	4	3	1	1	2	1
GRÈCE	0,7	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL : AUTRES EU	3,43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CAP VERT		2	4	3	2	0	2	1	2	2	2	4
AFRIQUE		2	1	3	3	0	1	1	2	3	2	2
EX-YOUGOSLAVIE		2	2	3	7	0	2	1	3	4	4	2
ÉTATS UNIS		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL :		8	7	9	12	0	5	4	1	2	11	5
AUTRES NON-EU	13,8	96	139	107	89	156	314	296	288	312	300	172
N	164.700											

<sup>1</sup> Les données STATEC 2003 se rapportent au 01/01/2003. Population totale 448.300. Les données STATEC 2003 font référence à la nationalité et non pas au pays d'origine comme les données RELIS.

Fig 4.1. Principaux pays d'origine. 1994-2004 (% valide)



#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- Pourcentage de personnes originaires des **pays limitrophes** tels que la France, la Belgique et l'Allemagne: 18 % (23 %).

##### TENDANCES

- Prépondérance confirmée de citoyens portugais dans le groupe des personnes de nationalité étrangère. L'**Italie**, un autre pays d'origine très représenté, a connu une dégression discontinue depuis 1994. Les ressortissants portugais sont les seuls à être largement surreprésentés en référence à la distribution en population générale (cf. STATEC 2003).
- Diminution du nombre de **personnes originaires des pays limitrophes**.

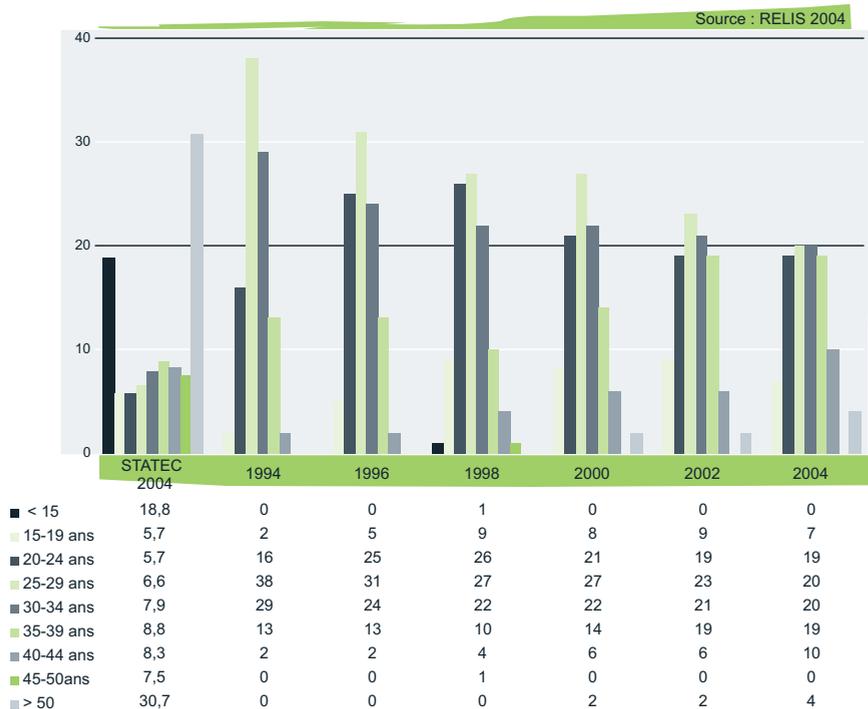
- Le nombre total d'utilisateurs problématiques de drogues **originaires de pays hors UE** varie fortement depuis 2002.

##### MÉTHODOLOGIE

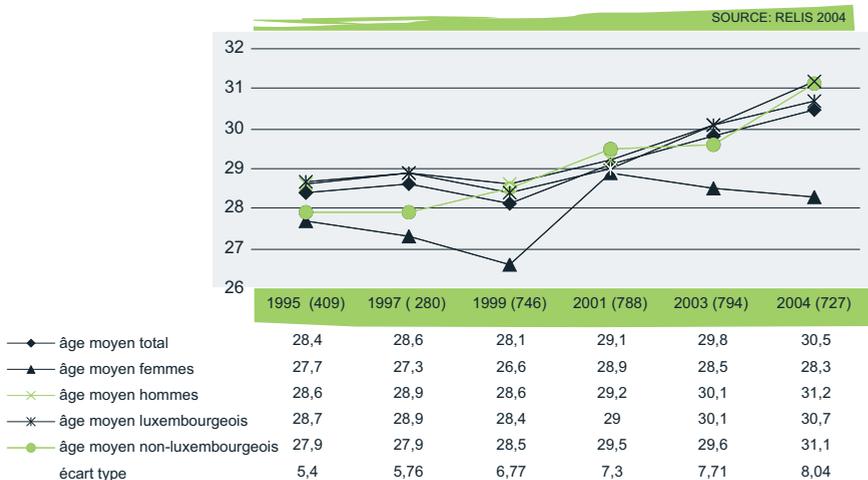
- Pour des raisons de lisibilité graphique, les valeurs relatives à la rubrique "autre" n'y ont pas été reproduites.

## 5. DISTRIBUTION SELON L'AGE

**Fig 5.** Distribution selon l'âge 1994-2004 (% valide)



**Fig 5.bis** Age moyen/écart (années,mois) 1995-2004.



#### COMMENTAIRES

- A la date du 31/12/04, **l'âge moyen** des 727 personnes recensées en 2004 était de **30 ans et 6 mois** 📈 présentant un **écart type de 8.04** 📈.
- Concentration des effectifs 59% (63%) entre 20 et 34 ans.
- 53 % 📈 (50%) des sujets affichent un âge supérieur à 29 ans.
- 4,4% (3%) des usagers problématiques recensés sont mineurs d'âge. Par extrapolation aux données de prévalence de l'usage problématique de drogues HRC obtenues en 2000, on peut estimer leur nombre absolu au niveau national se situant entre 100 et 150.

#### TENDANCES

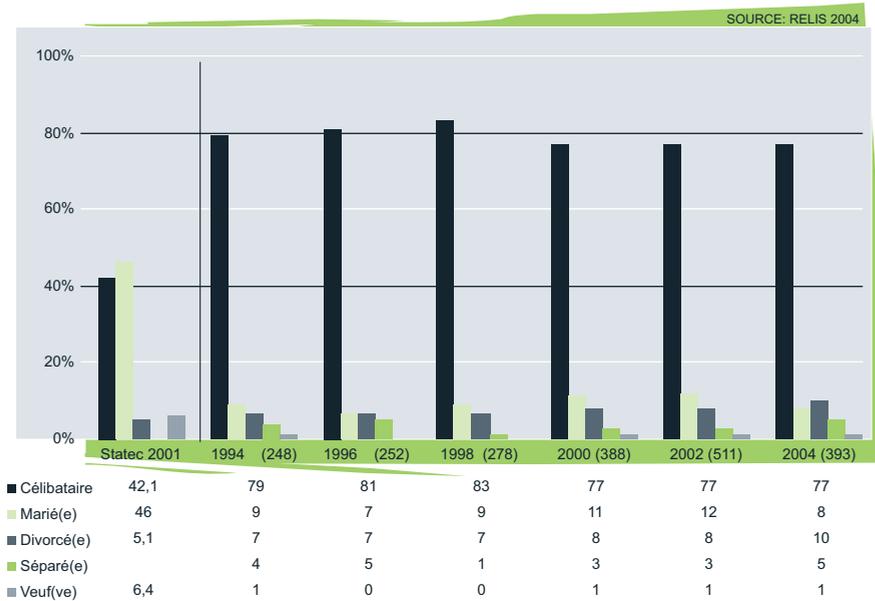
- L'âge moyen, toutes catégories confondues, témoigne d'une tendance générale à la hausse. Une analyse longitudinale des données révèle que la classe d'âge de 15 à 19 ans a connu une hausse depuis 1994 et que la classe d'âge de 20 à 34 ans affiche une tendance générale à la baisse. Il est important de noter que la proportion de **personnes âgées de plus de 34 ans** n'a cessé d'augmenter depuis 1996 (2004 : 33%) et que l'écart type de la distribution d'âge augmente. En d'autres termes, **l'écart entre les répondants les plus jeunes et les plus âgés s'accroît.**
- **L'âge moyen des usagers luxembourgeois** est inférieur de trois mois à celui des répondants d'origine étrangère.
- **La différence d'âge selon le sexe** montre que l'âge moyen des hommes continue de s'accroître alors que celui des femmes est stable depuis 3 années. 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 LES VARIABLES SEXE ET NATIONALITE (2004)

NATIONALITÉ	SEXE	AGES MOYENS INDIVIDUELS	GROUPES	AGES MOYENS GROUPES
LUXEMBOURGEOISE	FÉMININ	28 ans et 5 mois (1998: 26a10m)	FEMMES	28 ans et 3 mois (1998: 26a4m)
	MASCULIN	31 ans et 5 mois (1998: 28a2m)	HOMMES	31 ans et 2 mois (1998: 27a10m)
ÉTRANGÈRE	FÉMININ	29 ans et 7 mois (1998: 26a4m)	LUXEMBOURGEOIS	30 ans et 18 mois (1998: 27a10m)
	MASCULIN	31 ans et 5 mois (1998: 28a11m)	ÉTRANGERS	31 ans et 1 mois (1998: 28a9m)

## 6. ETAT CIVIL

Fig 6. Etat civil du répondant. 1994-2004 (% valide)



**TENDANCES**

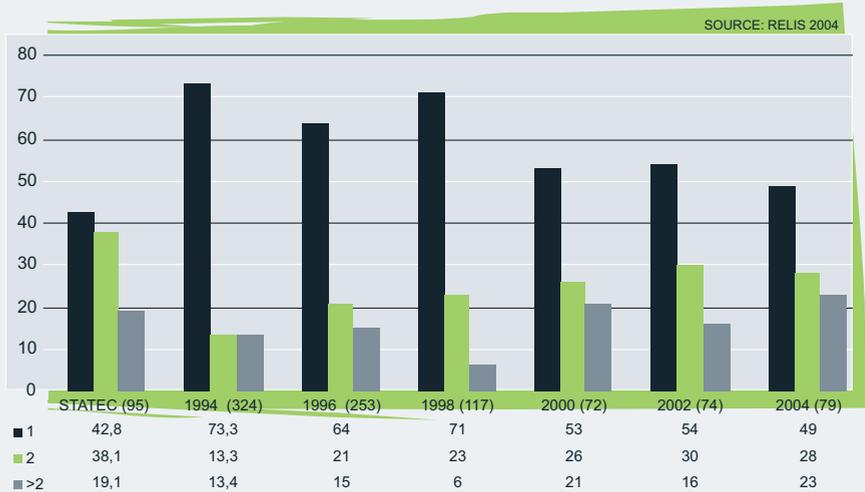
- Augmentation continue des personnes divorcées

**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. 1994-2004 (% valide)



**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- 38% ↑ (34%) des personnes recensées n'ont pas d'enfants
- 11 % ↑ (10%) des femmes déclarent être enceintes.

**COMMENTAIRES**

- Le pourcentage élevé de personnes n'ayant pas d'enfant(s) est avant tout le reflet de l'importante proportion de célibataires mise en évidence plus haut (77%).
- Parmi les personnes qui ont des enfants, on observe la distribution présentée dans le graphique 6.1.

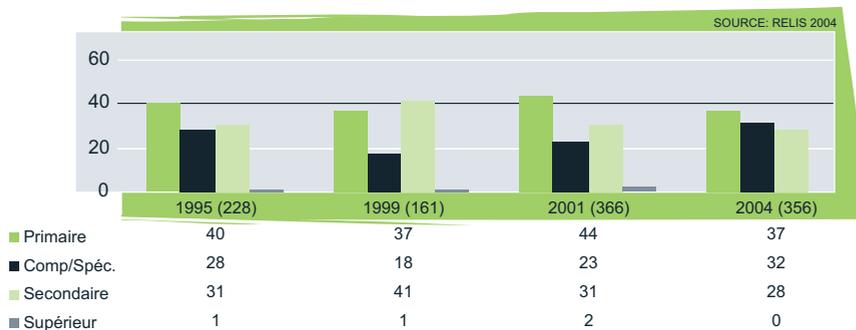
**TERMINOLOGIE**

- Les données se rapportent au nombre d'enfants conjugaux et/ou extra-conjugaux à condition que le répondant en soit la mère ou le père biologique.

## 7. SCOLARITE

### 7.1 SCOLARITE TERMINEE

**Fig 7.1. Niveau scolaire acquis. 1995-2004 (% valide)**

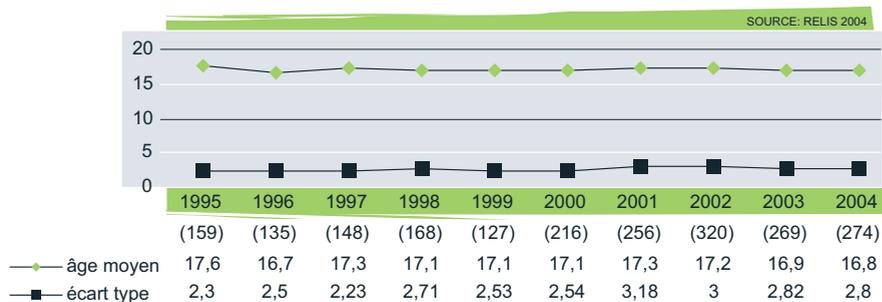


### 7.2 SCOLARITE NON TERMINEE

**Fig 7.2 Niveau scolaire commencé mais non terminé. 1995-2004 (% valide)**



**Fig 7.2 bis Age moyen à la fin de la scolarité/écart type. 1995-2004**



#### COMMENTAIRES

- Le graphique 7.1 indique qu'au niveau des cycles de "scolarité terminée" (acquise), 37% (↓) (48%) ont terminé uniquement un cycle d'études primaires; 32% (↑) (23%) ont terminé l'enseignement complémentaire ou spécial.
- Le graphique 7.2 indique que parmi les répondants qui ont terminé leurs études primaires, respectivement 89% et 4 % sont entrés en enseignement secondaire et supérieur et l'ont abandonné par la suite. 7% (stable) des sujets ne disposent pas d'un cycle d'enseignement complémentaire achevé.

#### DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Pour ce qui est des 28% (26%) qui détiennent uniquement un diplôme de fin d'études secondaires, il s'agissait pour 14% de l'enseignement secondaire classique, pour 32% du technique, pour 43 % du professionnel et pour 11% de filières polyvalentes ou non spécifiées.
- 16% (↑) (n=309) des répondants étaient **en cours de scolarisation** en 2004.
- **L'âge moyen à la fin ou au moment de l'interruption de la scolarité:** 16 ans et 10 mois (16 ans et 11 mois) (n=274). Ecart type : 2,8.

#### 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 affiche une tendance globale à la baisse se situant actuellement en dessous de 17 ans.

#### MÉTHODOLOGIE

- Les 16% (15%) (↑) 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	2004
2 parents en vie	75	75	78	76	75	76
2 parents décédés	4	7	3	4	5	4
1 des parents décédé	21	18	19	19	20	21
Père décédé	15,2	15,9	15	14,6	17,2	16
Mère décédée	5,8	2,1	4	4,4	2,9	5
<b>N</b>	<b>264</b>	<b>247</b>	<b>212</b>	<b>294</b>	<b>411</b>	<b>357</b>

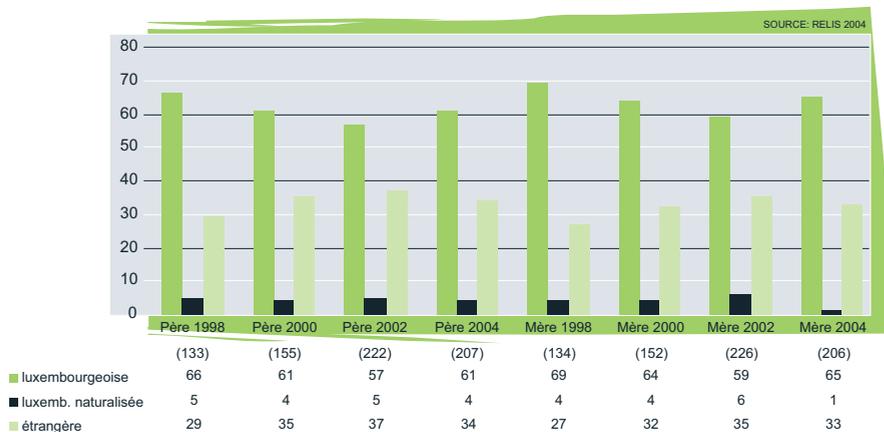
**COMMENTAIRES** • Au moment du recueil des données, 21% des répondants déclaraient qu'un des membres du couple parental était décédé; 4 % des sujets avaient perdu les deux parents.

**TENDANCES** STABLE

**MÉTHODOLOGIE** Les données se rapportent aux parents biologiques du répondant.

### 8.2 NATIONALITE DES PARENTS

Fig 8.2 Nationalité des parents. 1998-2004 (% valide)



**TENDANCES**

- La distribution selon la nationalité des parents témoigne d'une hausse discontinue 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. 1994-2004 (% valide)



**TENDANCES**

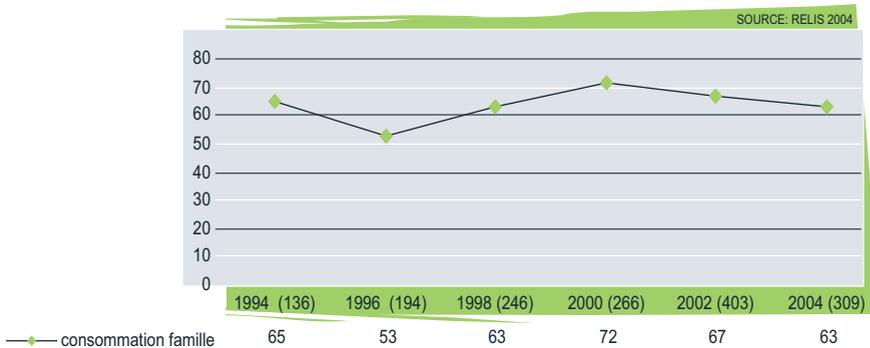
Sur 334 couples parentaux, on note 37% de divorces (augmentation depuis 1997 et actuellement stable) et 10% de séparations. La proportion de parents mariés a évolué en décroissant depuis 1995.

**TERMINOLOGIE**

Les données se réfèrent à l'état civil des parents, actuellement ou avant le décès d'un des deux.

## 8.4 CONSOMMATION DE DROGUES AU SEIN DE LA FAMILLE D'ORIGINE

Fig 8.4 Consommation de drogues au sein de la famille d'origine. 1994-2004



### COMMENTAIRES

Dans 63% des cas, il y a au moins un des membres de la famille d'origine qui consomme ou a consommé régulièrement un ou plusieurs des produits définis ci-après.

### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

- Dans 31% des cas d'abus, il s'agit d'un membre de la fratrie; dans 25 % 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

Stabilité longitudinale

### 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	2004
CHEZ COUPLE PARENTAL	52	59	58	56	58	55
CHEZ PÈRE	4	3	5	2	3	5
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	3
EN COUPLE	10	8	5	5	4	3
CHEZ AMI(E)(S)	5	3	1	1	1	1
EN INSTITUTION	5	2	4	5	5	7
AUTRE	0	0	0	1	0	1
<b>N</b>	<b>255</b>	<b>268</b>	<b>219</b>	<b>285</b>	<b>390</b>	<b>300</b>

#### COMMENTAIRES

Au moment du premier usage illicite de drogues, 78% (77%) 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 12 ans et 8 mois (n:342) ↓

#### TENDANCES

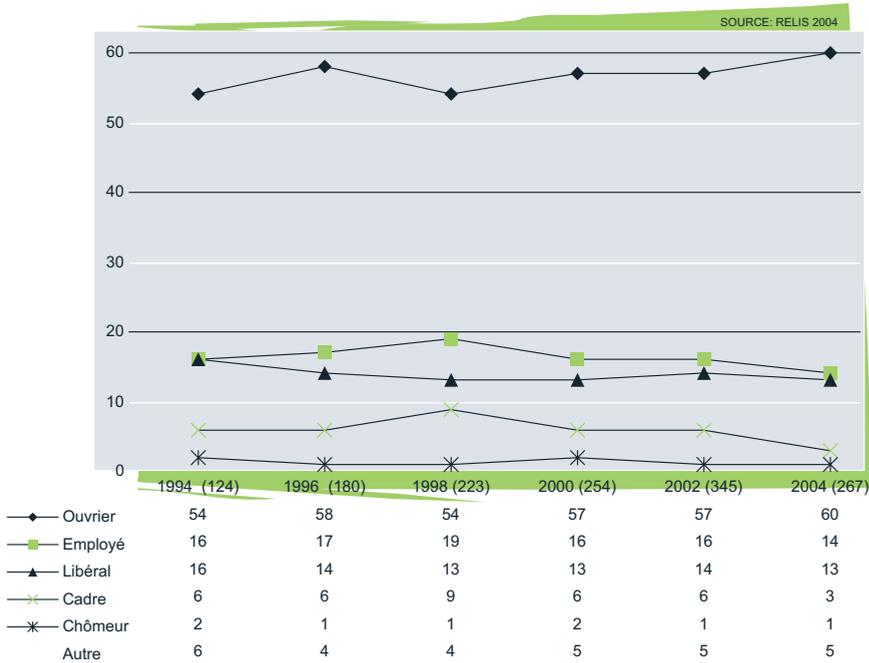
STABLE

### 8.6 OCCUPATION PROFESSIONNELLE DU PERE OU DU TUTEUR

OCCUPATION DU PERE OU DU TUTEUR	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Ouvrier qualifié	34	32	32	35	34	33
Ouvrier non-qualifié	20	26	22	22	23	27
Employé	16	17	19	16	16	14
Libéral	16	14	13	13	14	13
Cadre supérieur	2	4	4	4	3	3
Cadre moyen	4	2	5	2	3	4
Travail au noir	1	0	0	0	0	0
Chômeur	2	1	1	2	1	1
Autre	5	4	4	5	5	5
<b>N</b>	<b>124</b>	<b>180</b>	<b>223</b>	<b>254</b>	<b>345</b>	<b>266</b>

**Fig 8.6**

**Occupation professionnelle du père ou du tuteur. 1994-2004.**  
(% valide)



**COMMENTAIRES**

Dans 60% des cas connus, le père présente un statut d'ouvrier; 14 % sont employés et 13 % exercent des professions libérales.

**TENDANCES**

Légère baisse à long terme du niveau de qualification des parents

**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 (OÙ ?)

**Fig 9.1** Dernier lieu de résidence connu. 1995-2004 (% valide)



#### COMMENTAIRES

71% des usagers déclarent disposer d'un logement stable au moment du recueil 2004, ce qui constitue une proportion double de celle observée en 1995.

#### TENDANCES

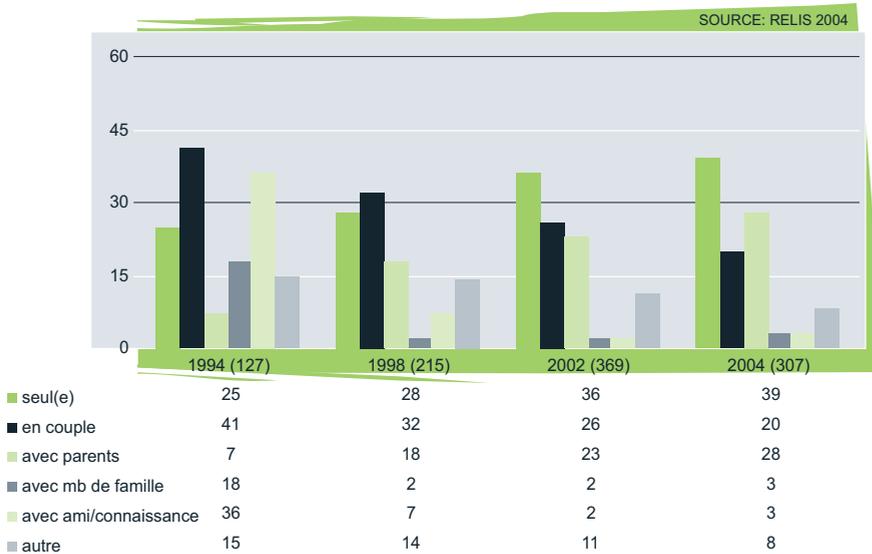
**Amélioration continue de la qualité de la situation résidentielle** depuis 1995 au regard de la proportion de personnes qui disposent d'un logement stable.

#### 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. 1995-2004 (% valide)



### COMMENTAIRES

- 28 % 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 (39%) ou avec leurs parents affiche une tendance globalement croissante.

A préciser que pour les répondants qui vivent avec une personne qui présente également un usage problématique de drogues il s'agit dans 69% 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%
<b>RELIS 2004 (%)</b>	<b>43,3%</b>	<b>34,1%</b>	<b>16,6%</b>	<b>5,9%</b>
% STATEC 2004 (%)	39,1%	33,5%	15,5%	12%
N. STATEC 2004	176.432	151.187	69.823	54.158
% STATEC 2000 (%)	38,5%	34,8%	15,1%	11,6%
N. STATEC 2000	204.183	151.481	65.776	50.726

Tableau 9.3 : Distribution des lieux de résidence principaux selon les circonscriptions électorales .

Fig 9.3 **Situation géographique du dernier lieu de résidence principal 1996-2004. (% 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 4 années alors que celle du nord affiche une hausse.

- Pour les circonscriptions du sud et de l'est, les effectifs observés (RELIS 2004) diffèrent sensiblement des effectifs recensés par le STATEC en 2004 (population totale).

**DONNÉES**

**COMPLEMENTAIRES**

- Distribution selon le nombre d'habitants de la commune d'origine (n=307)
  - < 2.000 habitants : 13% (12%)
  - 2.000 – 10.000 habitants : 32% (31%)
  - 10.000 – 30.000 habitants : 18% (19%)
  - > 30.000 habitants : 35% (33%)
  - autre : 2% (4%)

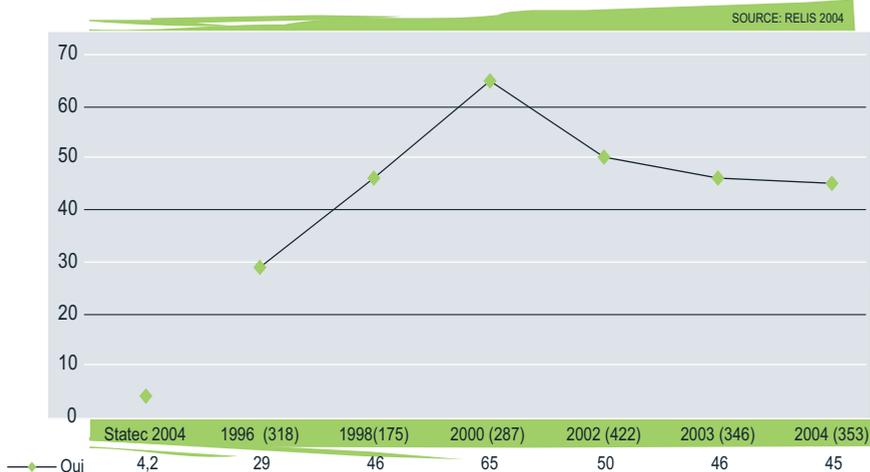
**TENDANCES**

Les cantons du nord affichent la hausse la plus significative.

**10. SITUATION PROFESSIONNELLE**

*10.1 SITUATION DE CHOMAGE*

**Fig 10.1** *Situation de chômage. 1996-2004* (% valide)



**Fig 10.1bis** Inscription auprès de l'administration de l'emploi. 1995-2004  
(% valide)



**COMMENTAIRES**

- Le pourcentage de **chômeurs** parmi les répondants s'est stabilisé depuis 2001 et s'élève en 2004 à 45%.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- 17% (26%) des personnes en situation de chômage affirmaient entreprendre des **démarches afin de trouver une occupation professionnelle**.
- 52% (71%) 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.

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**

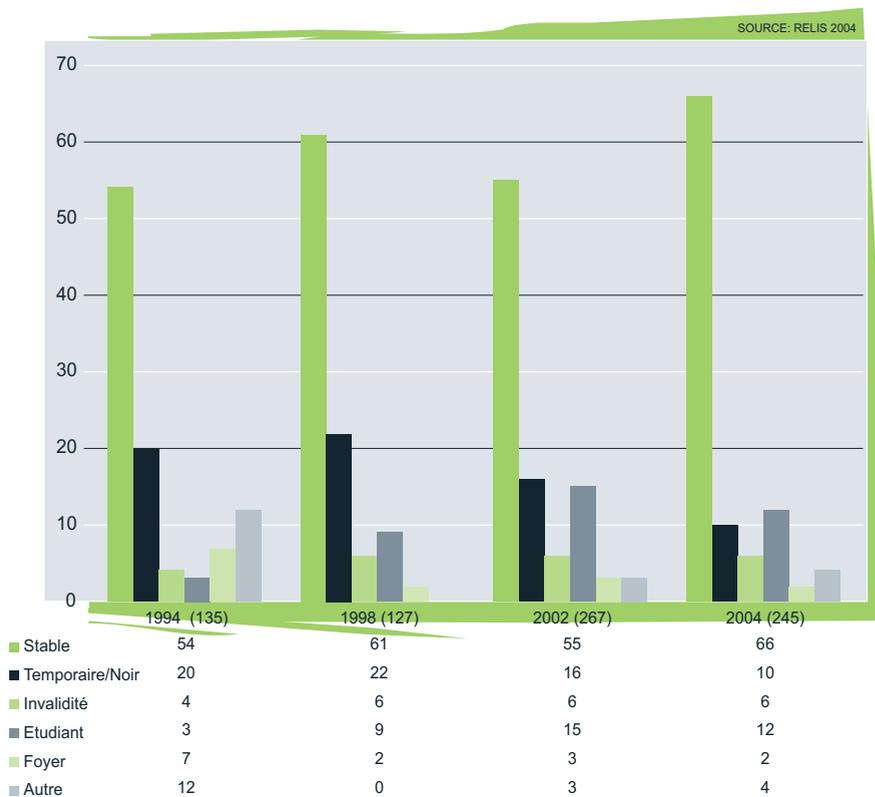
- Stagnation des indicateurs de chômage avec cependant des valeurs beaucoup plus élevées qu'en population générale.

**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. 1994-2004 (% valide)



### COMMENTAIRES

- Parmi les personnes issues de la population active qui disposent d'un emploi rémunéré, 66% (taux le plus élevé depuis 1998) présentent une **situation d'emploi stable**. 10% de ces mêmes personnes ne travaillent qu'occasionnellement, au noir ou bien sous contrat à durée déterminée (tendance décroissante). A relever également que depuis 2002 le **pourcentage d'étudiants** au sein de la population de toxicomanes répertoriés s'était stabilisé.

### TENDANCES

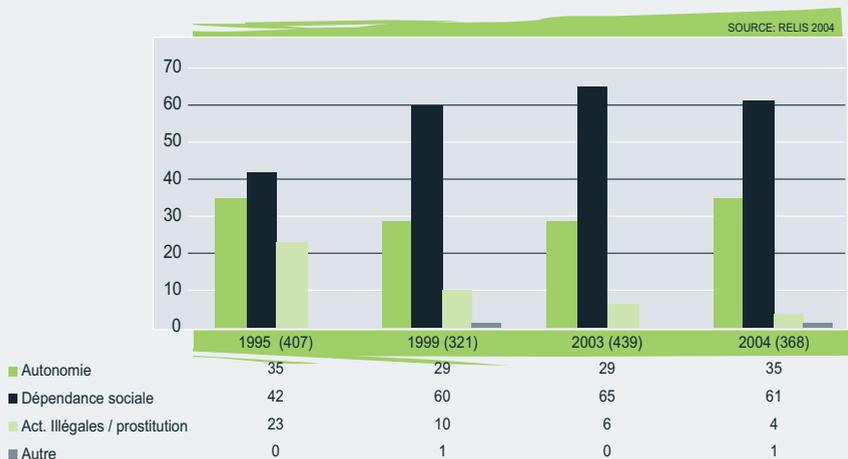
- Tous indicateurs confondus, **la situation d'emploi des répondants n'affiche qu'une faible évolution** au vu des données des cinq années précédentes. Bien que le taux de chômage connaît une certaine stagnation la proportion de personnes qui disposent d'un emploi stable est en hausse.

## 11. SITUATION FINANCIERE

### 11.1 SOURCES DE REVENU (% valide)

SOURCES DE REVENU	PRIMAIRE						SECONDAIRE OCCASIONNEL					
	95	97	99	01	03	04	95	97	99	01	03	04
R.M.G.	15	16	25	33	34	35	1	1	2	2	2	3
RÉSERVES	4	4	0	1	1	2	9	6	4	3	4	6
PARENTS	17	18	21	14	13	10	20	16	14	25	20	23
SALAIRE	31	30	26	27	28	30	6	0	4	2	2	2
AIDE SOCIALE	3	3	2	2	3	4	2	0	3	14	12	11
PENSION	2	0	2	2	1	2	0	0	0	1	1	1
ALLOC. HANDICAP	0	1	1	0	2	1	1	1	0,5	0	1	1
PARTENAIRE	3	2	2	2	3	2	4	8	6,5	9	8	6
DÉLITS (N)	21	11	8	6	3	3	51	63	54	37	36	33
PROSTITUTION	2	2	3	1	0	1	5	4	6	2	9	8
AUCUN	2	12	9	9	11	10	0	0	2	2	1	0
AUTRE	0	1	1	3	1	1	1	1	4	3	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>407</b>	<b>243</b>	<b>321</b>	<b>422</b>	<b>439</b>	<b>368</b>	<b>259</b>	<b>180</b>	<b>183</b>	<b>171</b>	<b>147</b>	<b>111</b>

Fig 11.1 Distribution selon le revenu primaire. 1995-2004 (% valide)



#### COMMENTAIRES

- Les sources de revenu primaire, par ordre d'importance, sont le R.M.G. 35%(↑), le salaire propre 30%(↑) et les contributions financières des parents 10%(↓).
- Du côté des revenus secondaires, on retiendra que 33% des 111 cas connus ont recours à des actes délictueux, 8% à la prostitution et que 23 %(↑) 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. 35% des personnes répertoriées sont elles-mêmes garantes de leur revenu légal (autonomie); 61% des personnes sont financièrement et/ou socialement dépendantes (parents, aides sociales) et 4% ont recours à des activités illégales et/ou à la prostitution.

**TENDANCES**

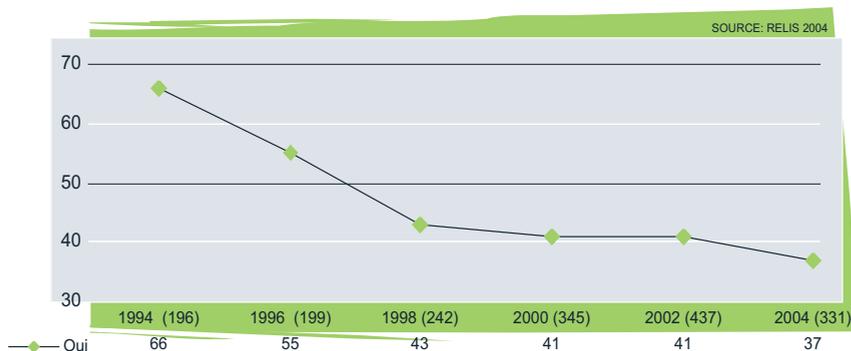
- Les données relatives aux sources de revenus confirment les observations au niveau des situations d'emploi et de chômage:

- on observe une **faible autonomie financière au profit d'une dépendance sociale accrue depuis 1995**. Le RMG constitue la première source de revenu primaire des répondants.

- **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 4% en 2004.

11.2 SITUATION D'ENDETTEMENT

**Fig 11.2** *Situation d'endettement. 1994-2004 (% valide)*



**COMMENTAIRES**

Une proportion importante mais décroissante (37%) 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**

LEGERE TENDANCE A LA BAISSSE

**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. 1995-2004 (% valide)*



**COMMENTAIRES**

Au total 94% 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. 79% des cas connus ont été interpellés ou condamnés à plusieurs reprises, ce qui souligne le caractère hautement récidiviste des actes délictueux.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne qui sépare le moment du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite et le

moment de la première interpellation: 16 ans (n :488)  
(15 ans 7 mois)

- Durée moyenne entre le début de dépendance physique et la première interpellation: 12 ans et 8 mois (n :463) (9 ans et 0 mois)
- Durée moyenne qui sépare le moment du recueil des données et le dernier contact avec les forces de l'ordre: 3 ans et 2 mois (n :925) (2 ans et 10 mois).

**TENDANCES**

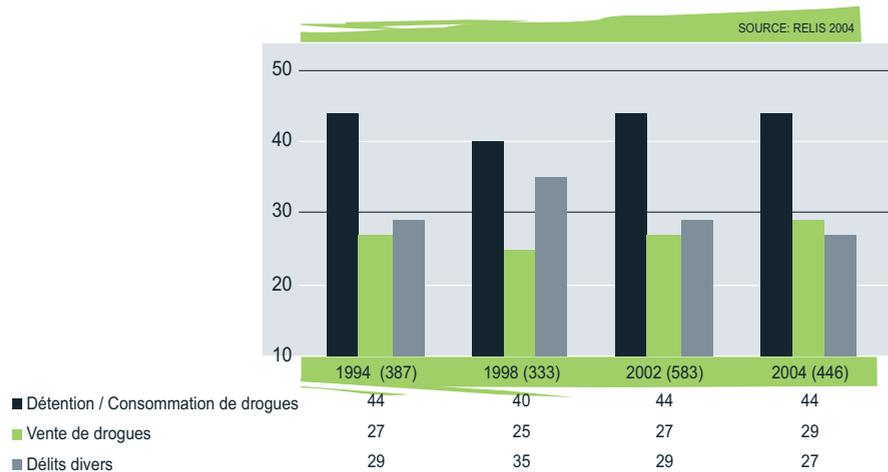
Entre 1995 et 2000 on a observé une augmentation sensible de la fréquence de contact avec les forces de l'ordre. Les années 2001 à 2004 semblent signer une certaine stabilisation à un niveau élevé à cet égard.

**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. 1994-2004 (% valide)**



**COMMENTAIRES**

Les délits commis par les sujets concernent avant tout **la détention et la consommation de produits toxiques illicites (44%)**. La revente ne compte que pour 29% des infractions.

**TENDANCES**

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

**TERMINOLOGIE**

Les pourcentages cités reprennent le **nombre de délits** (2 réponses possibles) commis par les 446 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 925.

12.3 SEJOURS EN PRISON

**Fig 12.3** Fréquence des séjours en prison. 1995-2004 (% valide)



**COMMENTAIRES**

- 71% (↓) des répondants ont déjà purgé des peines de prison. 38% des répondants ont à leur actif un seul séjour en prison et 33% ont purgé plusieurs peines.

**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- 64% (↑) (62%)(n:105) 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. Cette tendance est à surveiller de près car le nombre de nouvelles entrées en prison pour infraction à la loi sur les stupéfiants est en nette régression depuis quelques années.

## 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. 1997-2004 (% valide)



## COMMENTAIRES

22% des répondants ont contracté **l'hépatite B** et 58% **l'hépatite C**. Les cas (2.25%) de **SIDA** regroupent les personnes qui ont effectivement développé la maladie. Au total, 56% (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, le taux

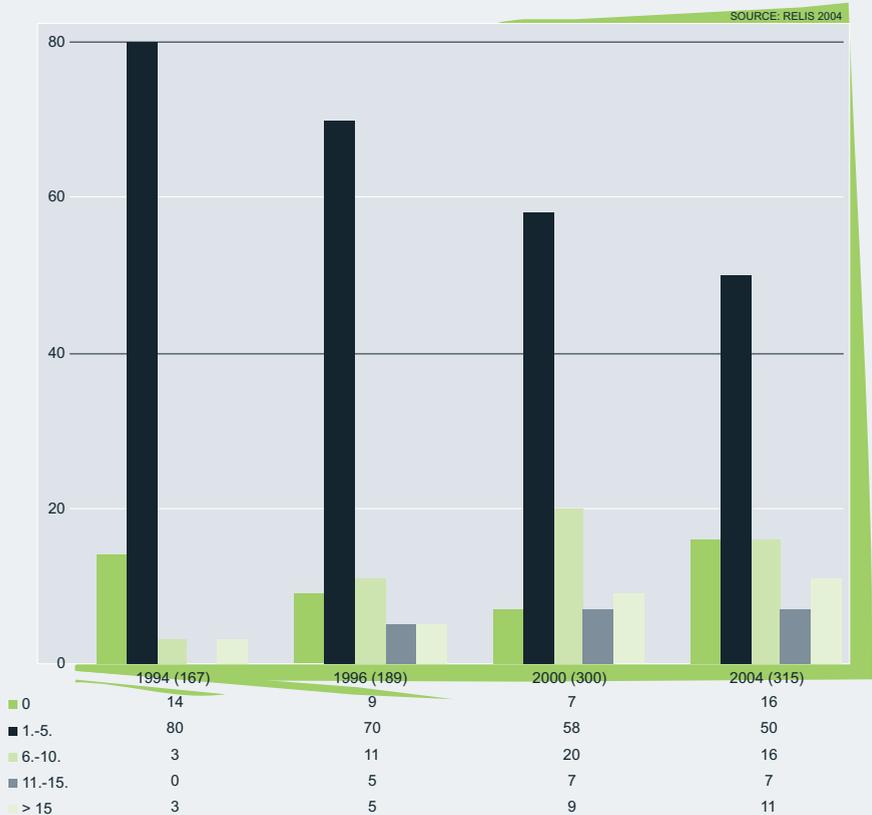
d'infection au VHB a diminué et la prévalence des cas de SIDA est plus au moins stable. Cependant **l'infection au VHC (hépatite C) a finit par s'ajuster sur la moyenne européenne réputé élevée.**

**TERMINOLOGIE**

- Dans le cadre du protocole RELIS 2004, 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. 1994-2004 (% valide)



#### COMMENTAIRES

La grande majorité des toxicomanes recensés par RELIS ont à leur actif au moins une tentative de sevrage physique. La moitié des sujets ont déjà subi 1 à 5 sevrages et 16%, 6 à 10 sevrages au cours de leur carrière d'usagers de drogues.

#### TENDANCES

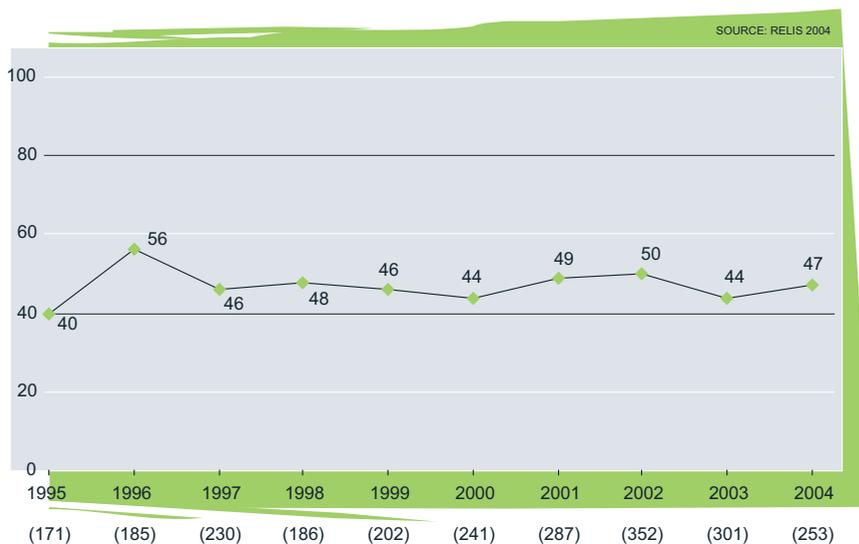
Le taux moyen de sevrages est en hausse depuis 1994. Il s'agit de tenir compte de la diminution de l'âge au début de la consommation, de la durée de la dépendance et de l'accroissement de la moyenne d'âge en général en vue d'expliquer la tendance observée. L'augmentation graduelle du nombre de personnes âgées de plus de 35 ans peut constituer un des facteurs explicatifs de la tendance observée.

#### TERMINOLOGIE

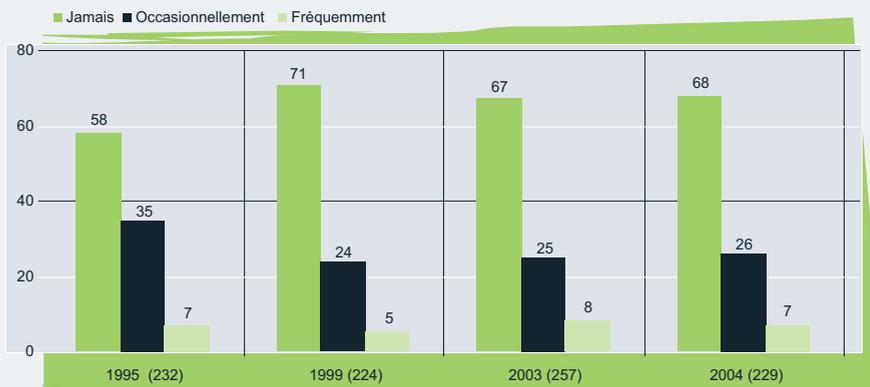
Les données se rapportent aux cures de désintoxication institutionnelles ou aux tentatives de sevrage en privé lors desquelles le sujet a arrêté la consommation de sa drogue préférentielle pendant au moins une semaine.

### 13.3 HYGIENE ET PRECAUTIONS

**Fig 13.3** Utilisation de préservatifs. 1995-2004 (% valide)



**Fig 13.3bis Echange de seringues usées au cours du mois écoulé. 1995-2004 (% valide)**



**COMMENTAIRES**

- Plus de deux consommateurs i.v. sur trois (68%) déclarent ne pas échanger de matériel d'injection usé.

**TENDANCES**

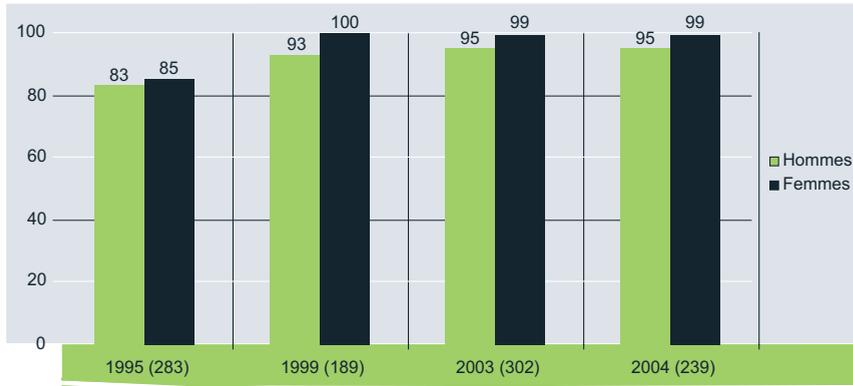
- Le taux d'utilisation de préservatifs affiche une certaine stabilité.
- Avec un écart notamment pour l'année 1998, on retrouve une distribution semblable à celles observées entre 1996 et 2004 en matière d'échange de seringues

**TERMINOLOGIE**

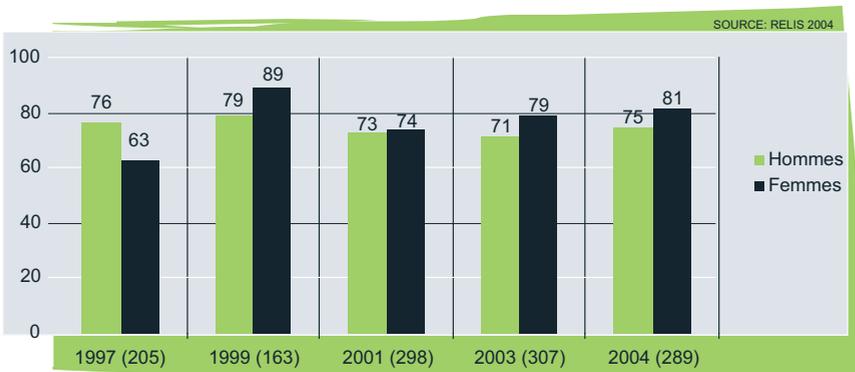
- Utilisation de préservatifs : une réponse affirmative chez les femmes signifie que les dernières demandent en général à leur(s) (nouveaux) partenaire(s) d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels.
- Echange de seringues: partage de matériel d'injection usé avec d'autres consommateurs durant le mois passé.

### 13.4 TEST SIDA (VIH)

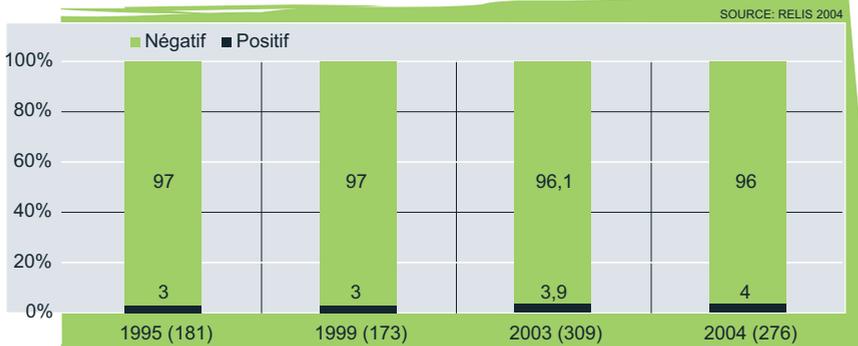
**Fig 13.4 Test HIV au cours de la vie. 1995-2004 (% valide)**



**Fig 13.4bis Test HIV au cours des cinq derniers mois. 1997-2004 (% valide)**



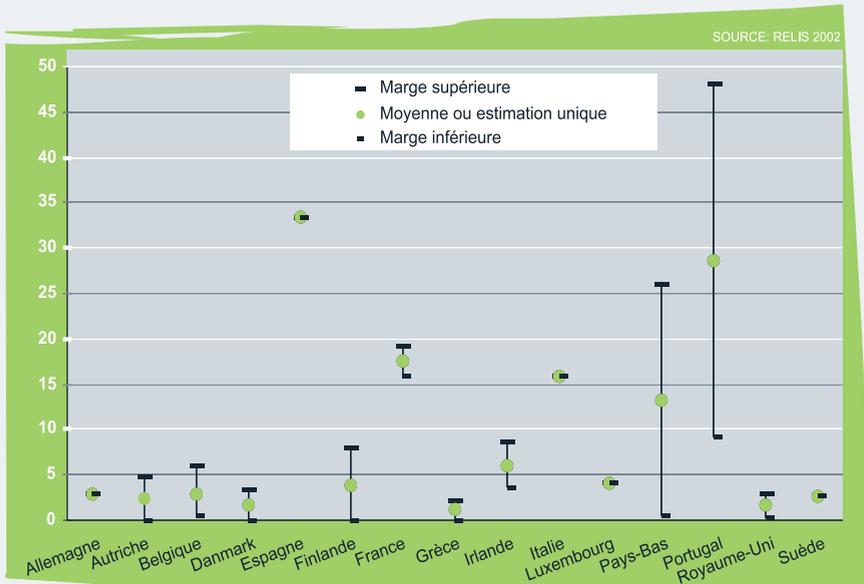
**Fig 13.4ter Résultats du test HIV. 1994-2004 (% valide)**



**Fig 13.4 quater** Maladie du SIDA déclarée. 1995-2004 (% valide)



**Fig 13.4 quinques** 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 desquels 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 (81 % ) est légèrement plus élevée que celle des hommes (75%, ) ; une tendance que l'on observe aussi au niveau des tests HIV au cours de la vie.

## SÉROLOGIE VIH:

- 4% 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 2,25 % 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 des taux maximum observés au sein de l'UE. (Source: OEDT (2004). Rapport annuel sur l'état de la situation du problème de la drogue 2004, Lisbonne).

## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen des personnes qui ont subi un test HIV au moins une fois au cours de leur existence: 33 ans et 3 mois (n : 453)

## TENDANCES

- Test HIV au cours de la vie: fluctuations dans les limites des valeurs des années précédentes.
- Test HIV au cours des cinq derniers mois en augmentation depuis 4 années

Aussi en 2004, 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 concomitant de la prévalence HIV au sein de la population générale.

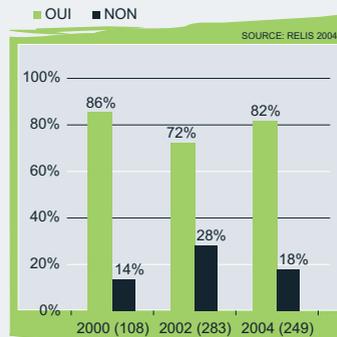
Depuis 1995, le taux de **cas de maladie du sida déclarée** varie entre 1 et 2,5 %, sans afficher de tendance dominante.

### 13.5 TEST HEPATITE C (HCV)

**Fig 13.5 Test HCV au cours de la vie 2000-2004**



**Fig 13.5 bis Test HCV au cours des 5 derniers mois 2000-2004**



**Fig 13.5 ter Statut sérologique HCV 1998-2004 (% valide)**



#### COMMENTAIRES

Tendance stable en 2004 par rapport aux années précédentes 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 une légère hausse de la proportion de répondants testés par rapport aux données de 2002.

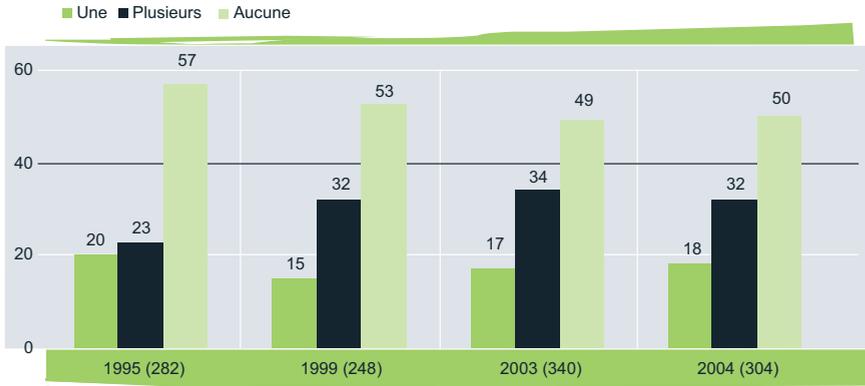
#### TENDANCES

- Stabilisation à un niveau élevé **taux d'infection au HCV** au sein de la population d'UPDs.

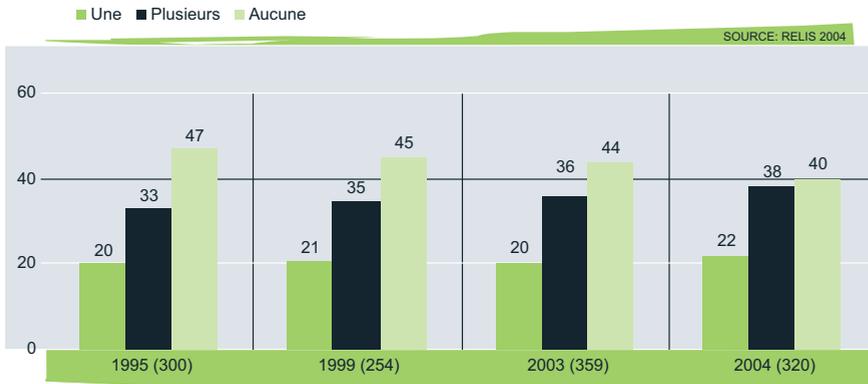
## 14. SANTE MENTALE

### 14.1 COMPORTEMENTS A RISQUE

**Fig 14.1 Tentatives de suicide. 1995-2004** (% valide)



**Fig 14.1bis Surdosages non fatals. 1995-2004** (% valide)



#### COMMENTAIRES

- Tentative(s) de suicide (une et plusieurs): 50%
- Victimes de surdose(s) non fatales: 60% ↗
- Agression(s) envers autrui: 63% stable

#### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

- 24% ↘ 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. 1996-2004 (% valide)

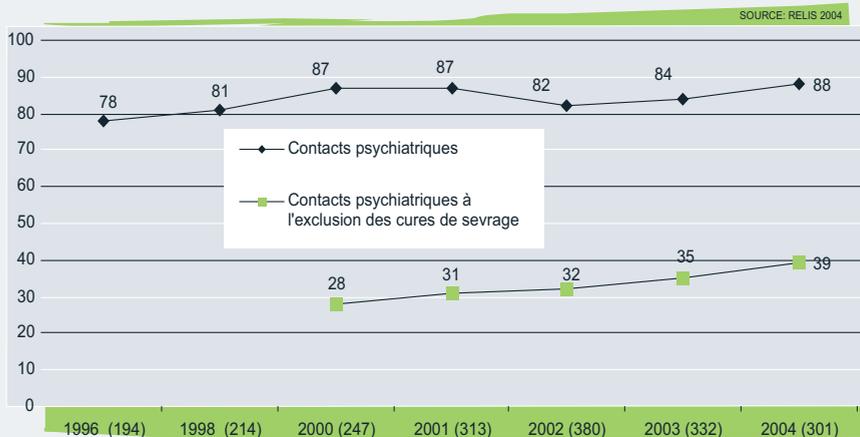
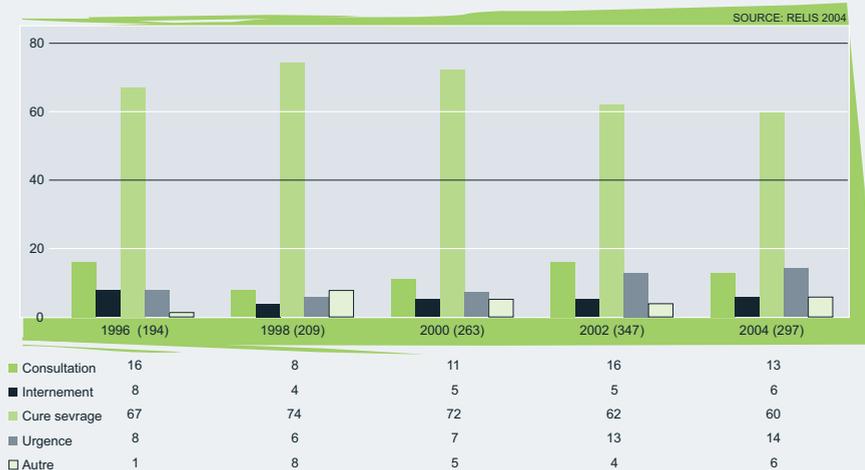


Fig 14.2bis Motifs des contacts psychiatriques. 1996-2004 (% valide)



### COMMENTAIRES

- Pour les personnes qui témoignent d'un passé psychiatrique, il s'agit dans 60% des cas de cures de sevrage en unité psychiatrique et, dans 40% des cas, de problèmes psychopathologiques divers. Exprimé en d'autres termes, 39% (35%) 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

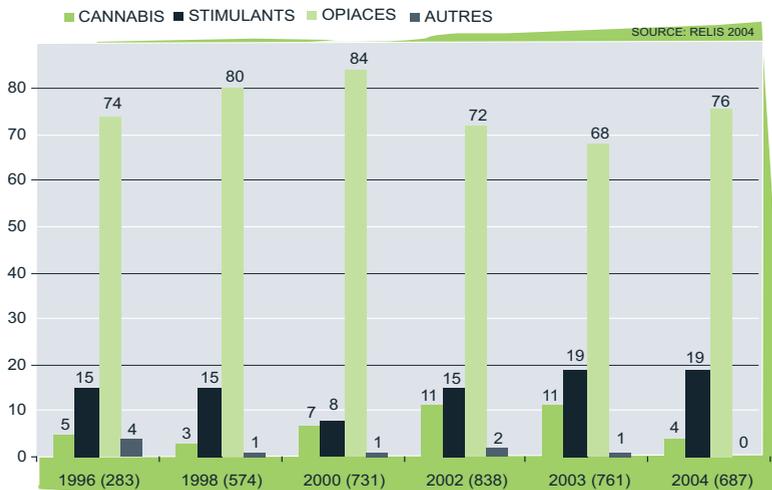
- Les cures de sevrages sont retenues étant donné qu'elles s'effectuent en milieu hospitalier psychiatrique.

## 15. CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

### 15.1 PRODUITS PRÉFÉRENTIELS

PRODUIT PRÉFÉRENTIEL (% VALIDE)	PRÉFÉRENCE 1				PRÉFÉRENCE 2				PRÉFÉRENCE 3						
	96	98	00	02	04	96	98	00	02	04	96	98	00	02	04
ALCOOL			1	1		3	2	3	5	4	10		6	6	10
CANNABIS ET DÉRIVÉS	5	3	7	11	5	16	29	26	28	21	33	41	31	34	38
INHALANTS, SUBSTANCES VOLATILE											1				1
HALLUCINOGENES (LSD,PCP,ETC.)		1				3	4	1	2	9	8	5	3	2	3
HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS	2	1				6	4	9	9		13	12	17	16	20
STIMULANTS SNC						1	1				1				
MDMA (XTC)	2	6	1	3	2	6	7	4	5	4	8	10	6	8	6
AMPHÉTAMINES		2		1	1	3	3	2	1	2	2	6	5	3	1
CRACK (EX. COCAÏNE FREEBASE)						2		1	1	1	1	1	1		
COCAÏNE	5	4	4	8	9	12	18	15	19	20	3	7	7	7	6
COCAÏNE (I.V.)	8	3	3	3	7	24	15	17	12	22	6	7	7	6	5
OPIOIDES/OPIACÉS	2	2	5	4	2										
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONSOM. ILLÉGALE)								3	2	2	1	1	2	3	3
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)		1	1	2	3	3	5	7	4	6	3	4	4	5	5
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	17	36	24	20	23	10	4	5	6	4	5	3	3	2	3
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (I.V.)	58	41	53	46	48	11	7	6	7	7	5	3	5	4	1
AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS							1						2		1
N	283	574	731	838	687	241	397	530	631	526	193	255	360	446	350

Fig 15.1 Produits préférentiels (groupes) (1995-2004) (% valide)



**COMMENTAIRES**

- **Substance et mode d'administration préférentiels:** héroïne par voie intraveineuse (48%). Substance préférentielle indépendamment du mode d'administration : opiacés / opioïdes d'acquisition illicite : 76% (↑)
- **Substances secondaires** dans l'ordre de préférence: cocaïne 43%, cannabis 21%, opiacés 11%, amphétamines/MDMA 6% (total 81%)

**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: 93% (89%).**

**TENDANCES**

- Bien que les **opiacés** continuent à constituer le produit préférentiel (76%) des usagers problématiques répertoriés par le réseau institutionnel, ils affichaient une **tendance à la baisse** depuis plusieurs années qui n'est plus confirmée par les données 2004. La tendance significative à la hausse du mode d'administration d'opiacés par inhalation: 23% (19%), observée en 1998, a été suivie par une décroissance notable à partir de la même année. L'héroïne en mode i.v. (48%) en tant que produit préférentiel affichait une tendance à la baisse jusqu'en 2003 est affiche une augmentation de 5% en 2004.
- Stabilisation à niveau bas de la prévalence de substances de **type ecstasy** (MDMA, etc.) en première (2%) et deuxième préférence (4%) 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** (5%) témoignait d'une tendance générale à la hausse jusqu'en 2003 et a fortement diminué en 2004. 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. (en baisse considérable pour 2004, de 11% à 5%)
- **Prévalence accrue de la consommation problématique de cocaïne** surtout en mode i.v.

- La polytoxicomanie est généralisée.
- 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	2004
<b>ALCOOL</b>	8	12	15	19	19	22	21
<b>CANNABIS ET DÉRIVÉS</b>	83	80	70	68	68	66	69
<b>INHALANTS, SUBST. VOLATILES</b>		2	1	1	1	1	1
<b>HALLUCINOGENES ( LSD, PCP, ETC.)</b>	2	1	1	1	0	0	0
<b>HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS</b>	1	1	1		1	0	0
<b>STIMULANTS SNC</b>						0	0
MDMA (XTC)						0	1
Amphétamines		1		1		1	1
Crack ( ex. cocaïne freebase)						0	0
Cocaïne	1	1			1	1	1
Cocaïne (i.v.)					1	1	1
<b>OPIOIDES/OPIACÉS</b>							
Produits de substitution (cons. illégale)							
Produits de substitution (sous prescrip.)							
Héroïne et autres opiacés	4	1	5	4	4	4	2
Héroïne et autres opiacés (i.v.)	1	1	6	4	3	3	3
<b>AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS</b>			1	1			
<b>N</b>	<b>295</b>	<b>287</b>	<b>284</b>	<b>341</b>	<b>418</b>	<b>338</b>	<b>312</b>

Fig. 15.2 Drogue de premier contact (groupe). 1994-2005 (% valide)



COMMENTAIRES

- **Le premier contact prolongé** avec des produits d'acquisition illicite concerne dans 69% des cas connus le cannabis et ses produits dérivés suivis d'une substance licite à savoir l'alcool (21%) qui affiche une nette progression les dernières 10 années.

- **En termes chronologiques**, 34% des répondants ont fait l'expérience de la consommation d'héroïne (17% i.v. / 17% non-i.v.) suite à leur premier contact avec une/des drogue(s) illicite(s). Un troisième moment de l'évolution de la consommation est marquée pour 26% des répondants par la consommation de cocaïne (14% i.v. / 12% non-i.v.) et 39% par la consommation d'héroïne (27% i.v. / 12% non-i.v.).

- A remarquer que la cocaïne est très rarement citée (2%) en tant que drogue de premier contact. Une majorité de personnes ont déjà consommé au moins 2 à 4 autres substances avant de déboucher sur l'usage de cocaïne. La disponibilité, le prix et la spécificité de la scène de consommation pourraient intervenir en tant que facteurs explicatifs de la situation observée. 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: 12 ans et 8 mois (n=342) (13 ans 3 mois) (2004 – hommes : 12 ans et 2 mois / femmes: 13 ans et 11 mois). (en 2003 15 ans 4m pour femmes)
- Age moyen de la première consommation régulière de cigarettes: 14 ans et 4 mois (n: 278) (14 ans et 6 mois). Les hommes commencent en moyenne plus tard à fumer (14 ans et 7 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 DIFFÉRENTES ÉTAPES DE CONSOMMATION (% valide)

AGE 2004 (2003)	10-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-25	26-33	+33
<b>ALCOOL</b>	432 (41)	37 (31)	20 (18)	6 (6)	2 (0)	3 (2)		
<b>CANNABIS ET DÉRIVÉS</b>	25 (27)	35 (35)	26 (23)	10 (11)	2 (3)	0 (1)	2 (0)	
<b>INHALANTS, SUBST. VOLATILES</b>	66 (57)	17 (14)	17 (14)	0 (14)				
<b>HALLUCINOGENES (LSD, PCP, ETC.)</b>	8 (9)	41 (38)	28 (34)	15 (9)	2 (4)	6 (5)	0 (2)	
<b>HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS</b>	5 (6)	15 (14)	25 (24)	15 (14)	20 (13)	7 (13)	11 (13)	2 (3)
<b>STIMULANTS SNC</b>			33 (0)	0 (50)	33 (50)			33 (0)
MDMA (XTC)	2 (2)	37 (48)	16 (17)	18 (17)	11 (9)	16 (4)	0 (2)	
Amphétamines	7 (11)	7 (8)	45 (38)	21 (27)	10 (14)	3 (5)	7 (3)	
Crack ( ex. cocaïne freebase)		33 (33)	0 (33)	0 (0)	33 (33)	33 (0)	0 (0)	
Cocaïne	2 (3)	7 (13)	19 (20)	22 (17)	22 (22)	12 (13)	13 (10)	3 (1)
Cocaïne (i.v.)	1 (1)	11(13)	18 (14)	22 (23)	18 (14)	14 (14)	14 (18)	2 (1)
<b>OPIOIDES</b>		25 (25)	50 (25)	25 (50)				
PRODUITS DE SUBSTITUTION (CONS. ILLÉGALE)			0 (14)	25 (0)	0 (14)	25 (357)	25 (14)	25 (0)
PRODUITS DE SUBSTITUTION (SOUS PRESCRIP.)	0 (0)			0 (0)	26 (41)	21 (18)	42 (36)	11 (5)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS	6 (7)	7 (13)	22 (20)	22 (20)	16 (20)	11 (11)	12 (6)	4 (3)
HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS (i.v.)	5 (3)	15 (18)	22 (21)	22 (22)	15 (13)	15 (16)	7 (8)	0 (1)
<b>AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS</b>	18 (5)	0 (0)	18 (25)	18 (30)	127 (15)	9 (10)	0 (10)	9 (5)

N =1105

Source: RELIS 2004

Fig. 15.3.1 Ages: première consommation de cannabis. 1995-2004 (% valide)



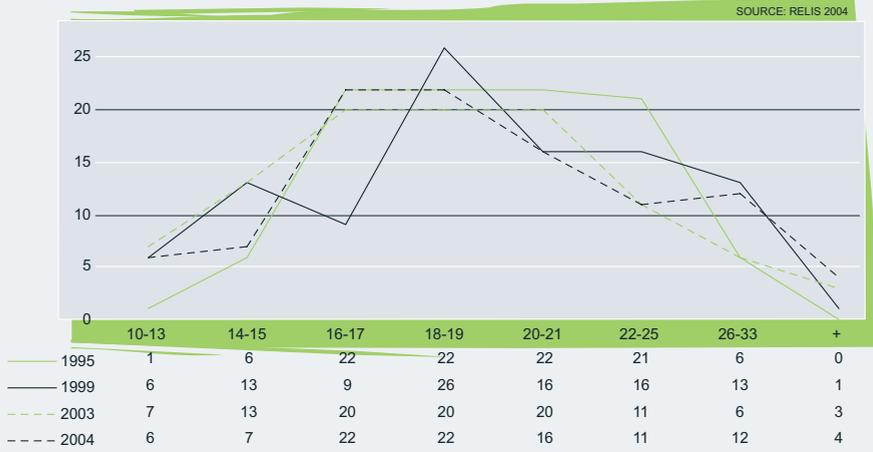
**Fig. 15.3.2** Ages: première consommation de cocaïne non-i.v. 1995-2004 (% valide)



**Fig. 15.3.3** Ages: première consommation de cocaïne i.v. 1995-2004 (% valide)



**Fig. 15.3.4. Ages: première consommation d'héroïne non i.v. 1995-2004**  
(% valide)



**Fig. 15.3.5. Ages: première consommation d'héroïne i.v. 1995-2004**  
(% valide)



## TENDANCES

### DROGUES LRC D'ACQUISITION ILLICITE (CANNABIS)

- 25% (↕ depuis 1995 et stable en 2004) 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 2004 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 (22% ↘).
- ▶ 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 (11%) ayant injecté de la cocaïne pour la première fois à l'âge précoce de 14 à 15 ans (8% en 1995)**. A souligner que 30% (36%) 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 18 à 21 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 (50%) 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. **41% ↓ (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 2004 avec cependant un premier pic plus étiré entre 16 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'utilisateurs actuels qui débutent leur consommation d'héroïne à un âge plus avancé.

Héroïne / autres voies d'administration:

- ▶ en 2004 le pic des premières consommations qui jusqu'à présent se situait toujours entre 18 et 19 ans commence à se stabiliser entre 16 et 19 ans. Comparées aux années 1995, les premières consommations d'héroïne par inhalation ont tendance à avoir lieu de façon plus précoce.

**MÉTHODOLOGIE**

Les produits à base de nicotine n'ont pas été retenus dans le tableau des données.

*15.4 DUREE: CONSOMMATION DE DROGUES LRC / PRISE I.V. D'OPIOIDES ET/OU DE COCAINE*

**Fig. 15.4** *Durée (Drogues illicites - Mode i.v.). 1994-2004 (% 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 7mois (n=252) (7 ans et 10 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: 19 ans et 4 mois pour les hommes et 19 ans et 7 mois pour les femmes (moyenne globale : 19 ans et 5 mois) (↘) (n=257). (en 2003: 20 ans et 3 mois)

**TENDANCES**

Entre 2002 et 2004, 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 (2004)	<12	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	>25
% (N= 342)	8	22	32	20	10	3	2	0	3

**Fig. 15.5 Moyennes d'âge lors du premier contact avec des drogues d'acquisition illicite (années). 1995-2004**



**COMMENTAIRES**

- Concentration des effectifs dans la classe d'âge de 12 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:** 12 ans et 8 mois (n=342) (13 ans 3 mois). Cette même valeur atteint 12 ans et 5mois pour les hommes (n=247) et 13 ans et 11 mois pour les femmes (n=95).

**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 2004, l'âge moyen de la première consommation de drogues illicites a diminué de 3 ans et 5 mois.**

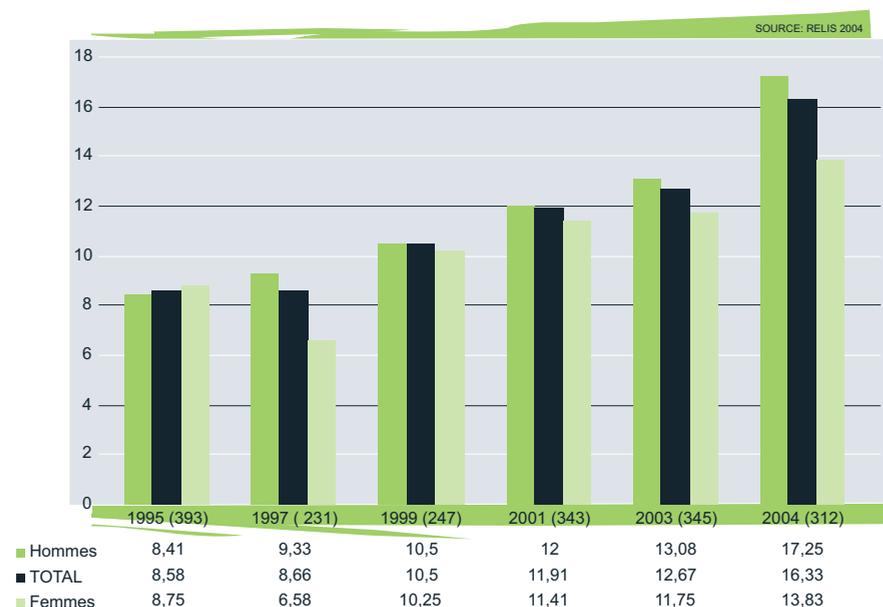
**TERMINOLOGIE**

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

*15.6 DUREE DE LA TOXICO-DEPENDANCE*

<b>DUREE DEPENDANCE (2004) (ANNÉES)</b>	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-5</b>	<b>6-7</b>	<b>8-9</b>	<b>10-11</b>	<b>12-13</b>	<b>14-15</b>	<b>16-17</b>	<b>≥ 18</b>
%	1	4	8	6	11	12	11	12	7	29

**Fig. 15.6** *Durée moyenne de l'état de dépendance physique (années, mois). 1994-2004*



#### DONNÉES

##### COMPLÉMENTAIRES

- **Moyenne d'âge au début de l'état de dépendance:** 16 ans et 6 mois (↓) (n:312) (19 a 5 m).( hommes : 16 ans et 2 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: 4 ans et 0 mois (n:307) ↓ (6 ans et 3 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.

**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.(2004) (ANNEES)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥ 18
% (n=293)	1	5	8	7	9	11	12	7	11	29

**Fig. 15.7** Durée moyenne de la prise en mode i.v.. 1994-2004



**DONNÉES**

**COMPLÉMENTAIRES**

- Durée moyenne de la prise i.v.: 11 ans et 1 mois (9 ans et 6 mois).

**TENDANCES**

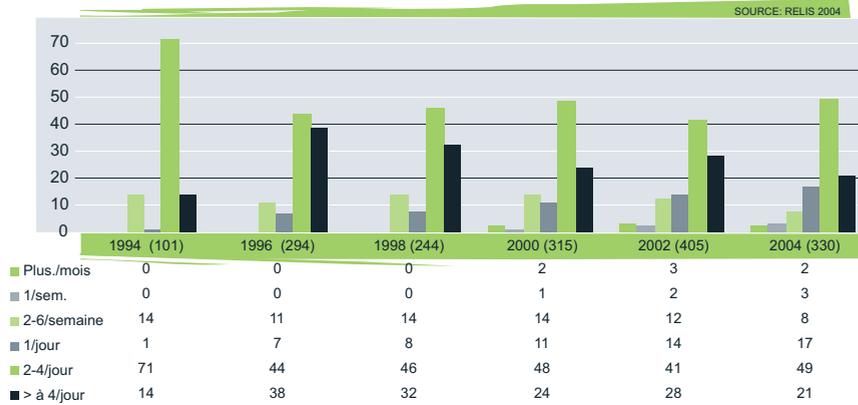
- A l'image de la durée de dépendance, la durée moyenne de prise par voie intraveineuse affiche également une tendance générale à la hausse

**TERMINOLOGIE**

- Prise intraveineuse, toutes drogues injectables confondues.

## 16. FREQUENCE DE CONSOMMATION

**Fig. 16** *Fréquence de consommation du produit préféré.*  
1995-2004 (% valide)



### COMMENTAIRES

- 70% des sujets consomment plusieurs fois par jour leur drogue préférée qui est, dans 73% des cas un produit de la famille des opiacés.

### TENDANCES

- Variable

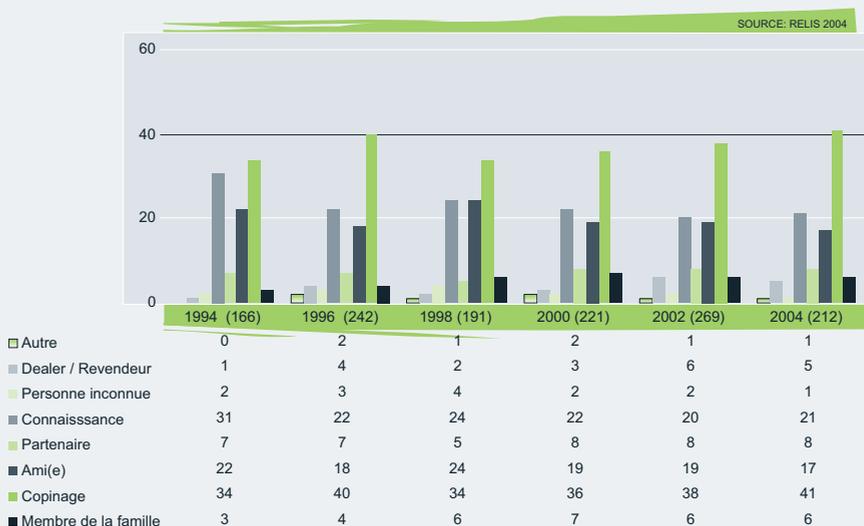
### TERMINOLOGIE

- 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. 1994-2004 (% 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 (17%).
- Le premier contact ne s'effectue que rarement par l'intermédiaire d'un "dealer" (5%). 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

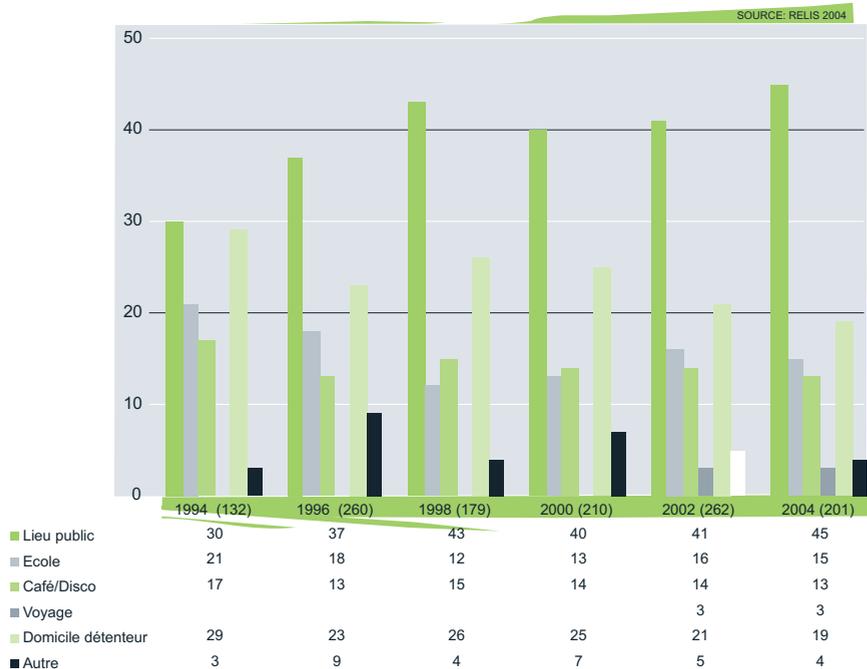
- STABLE

#### 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. 1995-2004. (% valide)



### COMMENTAIRES

- Les lieux publics continuent à présenter (45%) le principal environnement dans lequel a lieu le premier contact avec des drogues illicites. Les enceintes d'écoles comptent pour 15% des premiers contacts.

### TENDANCES

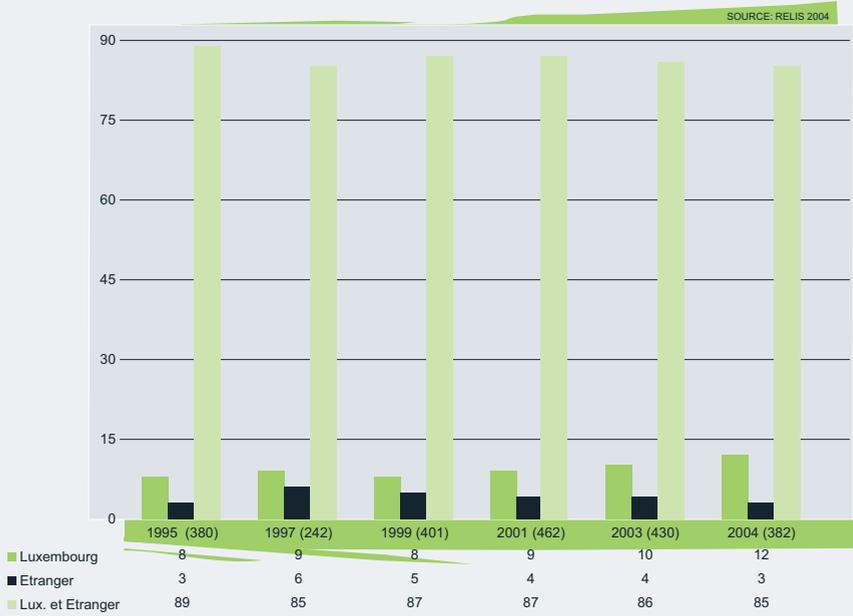
- STABLE

### TERMINOLOGIE

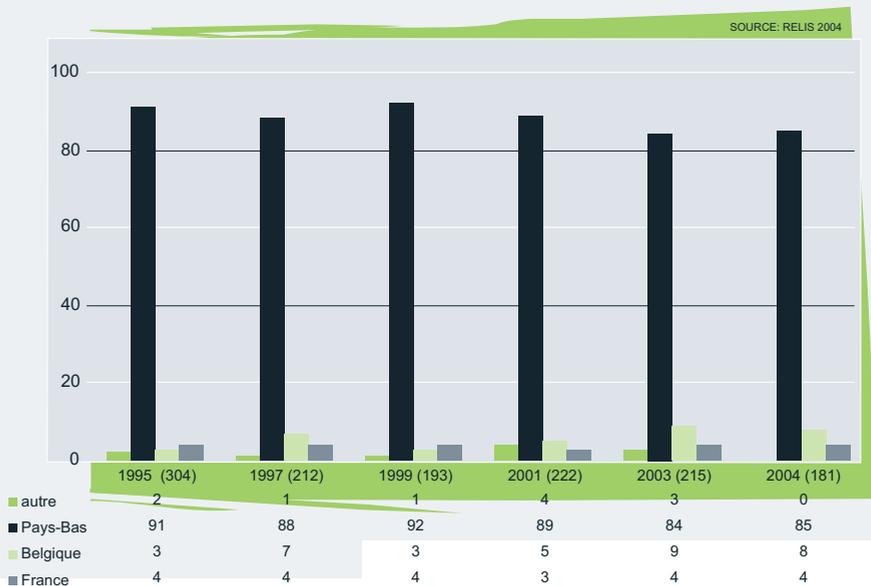
L'item se rapporte aux lieux où les répondants se sont vus proposés, ont acquis ou ont consommé pour la première fois des drogues illicites.

## 18. LIEU D'ACHAT OU D'APPROVISIONNEMENT DES SUBSTANCES ILLICITES

**Fig. 18** Lieu d'approvisionnement des drogues d'acquisition illicite. 1995-2004. (% valide)



**Fig.18 bis** Pays étrangers d'approvisionnement. 1995-2004. (% valide)



#### COMMENTAIRES

- Les personnes qui s'approvisionnent exclusivement au Luxembourg (12%, en hausse) peuvent être considérées prioritairement comme des consommateurs alors que les sujets qui achètent uniquement à l'étranger (3%) 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 (85%).

#### TENDANCES

- On dénombre moins d'utilisateurs qui s'approvisionnent exclusivement à l'étranger et une hausse continue des personnes qui s'approvisionnent exclusivement au G.-D. de Luxembourg ce qui constitue 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. 1995-2004. (% valide)



### COMMENTAIRES

- Conformément aux résultats fournis par d'autres études nationales, une majorité de personnes (35%) 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 (11%). Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que la curiosité peut également contenir certains éléments réactionnels (ennui, manque de stimulations, etc.).

### TENDANCES

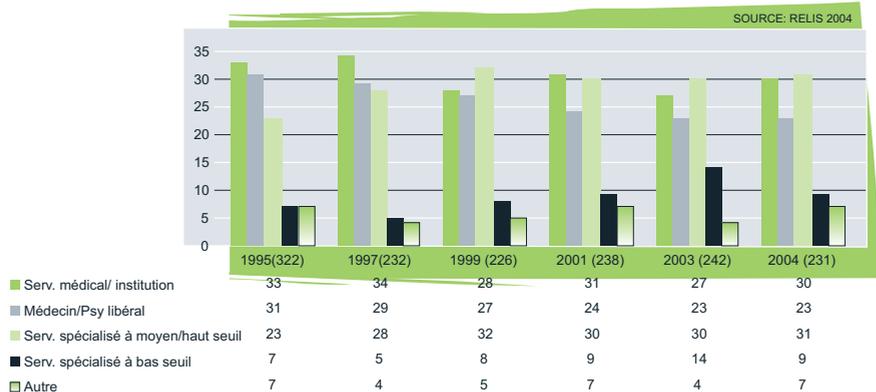
- STABLE

## 20. DEMANDE D'AIDE ET DE TRAITEMENT

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

LIEU / PERSONNE	1995	1997	1999	2001	2003	2004
TRAVAILLEUR DE RUE	5	3	4	4	5	3
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28	26	23	20	19	19
SERVICE D'URGENCES / HÔPITAL/ CHNP / ETC.	33	34	28	31	27	30
SERVICE DE CONSULTATION EXTRAHOSPITALIER	20	20	22	21	21	21
CENTRE THÉRAPEUTIQUE RÉSIDENTIEL	3	2	2	3	2	2
DISPOSITIF D'INTERVENTION MOBILE	2	2	4	5	9	6
CENTRE THÉRAPEUTIQUE POUR ALCOOLIQUES	0	1	0	0	0	0
PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE LIBÉRAL	3	3	4	4	4	4
PSYCHOLOGUE OU AGENT SOCIAL EN PRISON	1	4	3	4	2	2
CENTRE INFORMATION / PRÉVENTION	0	5	8	6	7	8
AUTRE	6	0	2	2	4	4
<b>N</b>	<b>322</b>	<b>232</b>	<b>226</b>	<b>238</b>	<b>242</b>	<b>231</b>

Fig. 20.1 Lieu ou intervenant du premier contact de soins. 1995-2004. (% valide)



#### COMMENTAIRES

- Le graphique 20.1 présente les données regroupées en quatre domaines d'intervention.
- Un pourcentage similaire (31% / 30%) des sujets répertoriés en 2004 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**

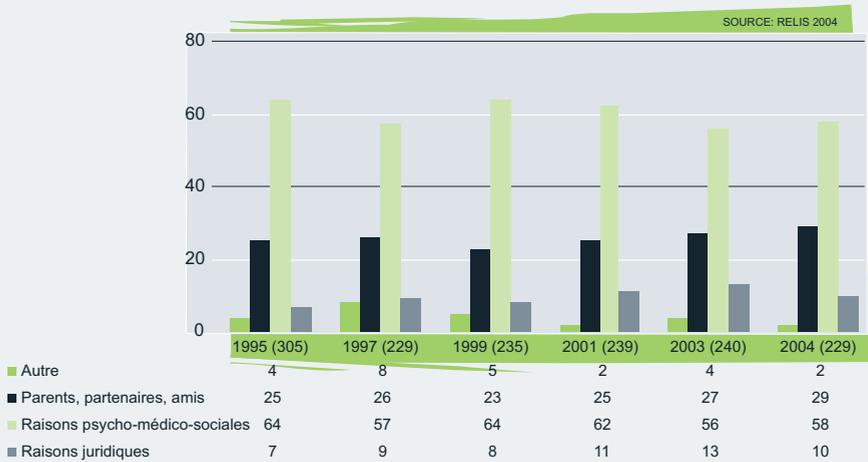
De façon générale, on observe depuis 1995 une tendance qui va dans le sens d'une hausse des premières demandes d'aide adressées aux services spécialisés (40%) au détriment des services psychomédicaux généraux (53%), qui demeurent toutefois en première position en termes de premier recours.

**TERMINOLOGIE**

- L'item se rapporte au moment et au contexte dans lequel le toxicomane consulte pour la première fois une institution de soins ou un intervenant psychomédico-social.

*20.2 MOTIFS ASSOCIES A LA PREMIERE DEMANDE D'AIDE*

**Fig. 20.2** *Motifs associés à la première demande d'aide. 1995-2004.*  
(% valide)



## COMMENTAIRES

- La première demande d'aide s'effectue dans 58% des cas pour des raisons médicales ou psychosociales souvent par initiation personnelle. 49% (45%) des cas rapportent un contexte d'urgence lors du premier recours à un service ou intervenant d'aide.

## DONNÉES

### COMPLÉMENTAIRES

- Age moyen lors de la première consultation ou de la première demande d'aide: 22 ans 1 mois (n=242) (21 a 9 m).
- Age moyen lors des premiers traitements ou prises en charge plus endémiques: 23 ans 0 mois (n=218) (22 a 7 m).
- La moyenne de la durée de dépendance avant le premier traitement endémique tel que défini ci-après équivaut à 6 ans et 6 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 REPODANT

DERNIER TRAITEMENT 2004 (2003)	%
<b>DÉSINTOXICATION À COURT TERME</b>	24 (29)
<b>SIMPLE SUIVI MÉDICAL</b>	2 (2)
<b>TRAITEMENT DE SUBSTITUTION</b>	24 (14)
<b>PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE SANS PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS</b>	3 (4)
<b>PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AVEC PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS</b>	7 (6)
<b>ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE</b>	30 (31)
<b>CONSEILS ET AIDES PONCTUELS</b>	1 (3)
<b>AIGUILLAGE VERS UNE AUTRE INSTITUTION</b>	0 (1)
<b>AUCUN TRAITEMENT</b>	0 (0)
<b>POSTCURE</b>	6 (5)
<b>AIDE À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE</b>	2 (4)
<b>N</b>	<b>446</b>

## TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ANTERIEUR (%)

	2001	2002	2003	2004
<b>NON</b>	20	31	26	28
<b>OUI</b>	80	69	74	72
<b>SUBSTANCES PRESCRITES</b>				
<b>MÉTHADONE LIQUIDE</b>	44	43	44	39
<b>MÉPHÉNON EN COMPRIME</b>	55	53	54	59
<b>AUTRES OPIACÉS</b>	1	2	2	1
<b>AUTRES SUBSTANCES</b>	0	2	0	1

### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

- Le temps écoulé depuis la fin du traitement précédant (n-1) et le traitement actuel (n) est en moyenne de 545 jours (411 jours). Exprimé en d'autres termes, une personne répertoriée consulte en moyenne 0,67 (0,89) fois par an (↓).

- **Première demande de traitement en général**, toutes institutions confondues : 4% (1998 : 4%). Parmi les premiers demandeurs de traitement, on compte 67% d'hommes et 33% de femmes.

- 72% des répondants (n:198) (↓) ont déjà suivi au moins un **traitement de substitution** avant le recensement 2004. Il s'agissait pour 39% des cas d'un traitement dans le cadre du programme méthadone, et pour 61% 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 (4%) est stable pour 2004. Le taux observé est significativement inférieur à celui observé dans la grande majorité des Etats membres de l'UE. Pour ce qui est des traitements de substitution on observe une préférence croissante pour les traitements offerts par le réseau des médecins libéraux.

## 22. NOMBRE DE SEJOURS DANS DES STRUCTURES D'ACCUEIL RESIDENTIELLES

**Fig. 22** Nombre de séjours effectués dans des structures d'accueil résidentielles. 1995-2004



### COMMENTAIRES

- 19% des sujets avaient, au moment du recueil des données, à leur actif, aucun séjour institutionnel (traitement stationnaire) et 26% ont déjà effectué plus de 6 séjours institutionnels au cours de leur carrière de toxicomane. Une majorité de personnes (46%) se situent dans la classe de fréquence de séjours de 1 à 4.

### DONNÉES

#### COMPLÉMENTAIRES

- 87,1% des 955 (927) séjours rapportés furent effectués au G.-D. de Luxembourg et 11,3% à l'étranger (inconnu: 1,6%).

### TENDANCES

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

### 23. LIEU PREFERENTIEL D'APPROVISIONNEMENT DU MATERIEL D'INJECTION

**Fig. 23** Lieu préférentiel d'approvisionnement du matériel d'injection. 1995-2004 (% valide)



#### TENDANCES

- En 2004, les institutions spécialisées (34%) et les pharmacies (35%) constituent les lieux préférés d'approvisionnement de seringues. En 2002 et 2003 les institutions spécialisées avaient relayées les pharmacies en tant que lieu préféré d'approvisionnement du matériel d'injection.
- 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 des établissements hospitaliers.

# Partie IV

Données  
statistiques  
officielles  
de 1985 à 2004

## A. Statistiques annuelles relatives à la production, au trafic et à l'usage illicites de drogues de 1985 à 2004

### 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						
	98	99	00	01	02	03	04	98	99	00	01	02	03	04
<b>S.P.J.</b>	192	343	231	216	282	239	267	224	434	278	321	469	369	336
<b>Gendarmerie</b>	265	782	965	1126	1261	1326	1072	339	916	1200	1272	1605	1753	1268
<b>Police/SREC</b>	243	189						386	283					
<b>Douanes</b>	125	173	144	113	89	95	129	221	306	280	182	143	148	204
<b>Total</b>	<b>825</b>	<b>1.187</b>	<b>1.340</b>	<b>1.455</b>	<b>1.632</b>	<b>1.660</b>	<b>1.468</b>	<b>1.170</b>	<b>1.939</b>	<b>1.758</b>	<b>1.775</b>	<b>2.271</b>	<b>2.270</b>	<b>1.808</b>

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

Années	ARRESTATIONS							SAISIES						
	98	99	00	01	02	03	04	98	99	00	01	02	03	04
S.P.J.	19	27	22	7	14	25	38	124	216	154	155	163	186	185
Gendarmerie	7	15						98	375					
Police	34	32	47	45	44	82	103	171	151	650	684	745	770	719
Douanes	40	34	48	40	19	28	37	140	185	165	121	75	85	168
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>117</b>	<b>92</b>	<b>77</b>	<b>135</b>	<b>178</b>	<b>533</b>	<b>927</b>	<b>969</b>	<b>960</b>	<b>983</b>	<b>1.045</b>	<b>1.072</b>

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

**Fig. A.1.1. Activités de lutte anti-drogues des forces de l'ordre (1996-2004)**



**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 transité 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		2004	
	Q <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N	Q	N
<b>1. OPIACES ET DERIVES</b>												
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	6,255	187
1.6. MÉTHADONE <sup>3</sup>			565 ml	1	5 doses	2	98 ml	2		3		
<b>2. COCA ET DERIVES</b>												
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	4,481	113
<b>3. STIMULANTS DU SNC</b>												
3.1. AMPHÉTAMINES					0,03	9	0,157	9	5,7	7	0,951	4
3.2. MÉTAMPHÉTAMINES												
3.3. MDMA (XTC) <sup>4</sup>					784	25	318	15	1139	26	2232	14
3.4. PRODUITS PHARMACEUT. <sup>4</sup>					91	8	849	30		10	329	6
<b>4. HALLUCINOGENES</b>												
4.1. LSD <sup>5</sup>			2000	1	100	8	21	1	1	2		
4.2. PCP												
4.3. CHAMPIGNONS HALLUC.												
4.4. Mescaline							0,122	5	0,264	11	0,261	4
<b>5. CANNABIS ET DERIVES</b>												
5.1. FEUILLES DE CANNABIS	0,211	29	18,750	46	0,961	75	8,383	311	1,821	495	23,235	433
5.2. RÉSINE DE CANNABIS	15,012	101	13,750	147	11,275	129	1,174	89	0,700	119	0,413	83
5.3. HUILE DE CANNABIS												
5.4. PLANTES DE CANNABIS <sup>1</sup>							133	6	2	2	160	12
<b>NB. PERSONNES IMPLIQUÉES</b>												
<b>SAISIES : HÉROÏNE</b>	<b>33</b>		<b>186</b>		<b>321</b>		<b>354</b>		<b>375</b>		<b>278</b>	
<b>NB. PERSONNES IMPLIQUÉES/TOTAL</b>	<b>242</b>		<b>451</b>		<b>675</b>		<b>1.013</b>		<b>1.227</b>		<b>1.213</b>	

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

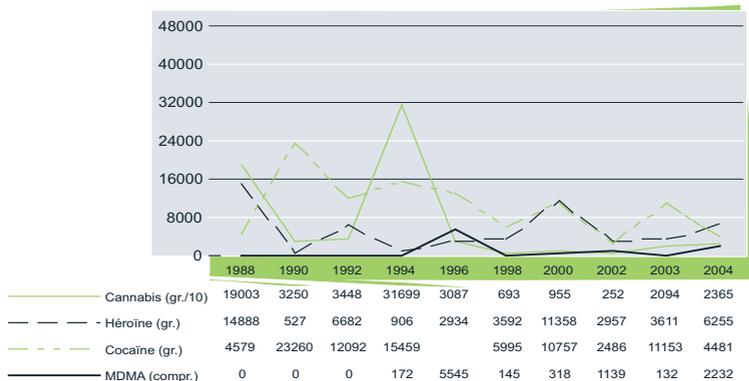
<sup>3</sup>Unité : "doses"

<sup>4</sup>Unité : "comprimés"

<sup>5</sup>Unité : "trips"

<sup>1</sup>Unités

**Fig. A.2.1 Quantités saisies : Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2004)**



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

**Fig. A.2.2 Nombre de saisies: Cannabis, Héroïne, Cocaïne, MDMA (1988-2004)**



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 (1988-2004)



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 jusqu'en 2002 des quantités d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. A partir de 2002 on observe une hausse significative des quantités de drogues saisies, surtout pregnante pour l'héroïne. 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 à partir de 2000 et d'héroïne et de cocaïne à partir de l'année 2003. A titre d'exemple on retiendra qu'entre 1994 et 2004 le nombre de saisies de cannabis est passé de 167 à 516.
- ▶ Le nombre total de personnes impliquées lors d'affaires de saisies affichait 451 personnes en 1990 et 1.808 en 2004. Globalement le nombre de personnes impliquées dans le trafic de drogues affiche une hausse remarquable jusqu'en 2002 et semble avoir atteint un seuil de stabilité depuis lors. A souligner

également que le nombre de personnes interpellées pour trafic sans usage personnel affiche une tendance à la hausse alors que celui des personnes interpellées pour trafic et usage semble diminuer.

- ▶ 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 depuis accuse des fluctuations importantes pour atteindre 2232 comprimés en 2004.

**Fig. A.2.2.2 Distribution selon la nationalité des prévenus impliqués dans le trafic et le commerce de substances illicites (1988-2004) (%)**



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 PRIX	2004 PRIX
<b>CANNABIS</b>									
HASCHISCH	5-6	5-6	5-6	7,4	7,4	9,2	7	8,3	<b>7,3</b>
MARIJUANA		2,5-3	6,2	6,2	6,2	7,1		8,1	<b>7,3</b>
<b>COCAÏNE</b>	100-150	100-150	120-170	90	90	76,5	50	30-85	<b>20-120</b>
<b>HÉROÏNE (BROWN)</b>									
	65-150	65-150	90-150	90	74,4	70	50	40	<b>82</b>
<b>AMPHÉTAMINES</b>									
		15-26	25-30	?	?		25		
<b>ECSTASY</b>									
			9-13	12,4	10,7	9,2	7	10	<b>10</b>
<b>LSD</b>									
	11-13	11-13	11-13	?	?	10	n.a	n.a	<b>10</b>

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants 2004

### Remarques :

Prix : 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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002			2003			2004		
	PUR. (%) MOYEN	MIN.	PUR. (%) MAX.	MOYEN	MIN.	PUR. (%) MAX.	MOYEN	MIN.	PUR. (%) MAX.	MOYEN				
CANNABIS		3,46	3,46	8,03	<b>7,2</b>	0,7	19,3	<b>7,96</b>	0,60	11,45	<b>7,18</b>	0,64	14	<b>6,94</b>
COCAÏNE	60-85	70,66	70,66	60,25	<b>56,09</b>	14,6	90,4	<b>62,99</b>	0,30	91,30	<b>58,50</b>	9,65	94,9	<b>62,37</b>
HÉROÏNE (brown)	17-25	12,17	12,17	17,59	<b>13,62</b>	2,0	22,9	<b>9,97</b>	0,90	47,75	<b>14,43</b>	5	41,55	<b>17,05</b>
AMPHÉTAMINE					<b>30,5</b>	3,5	55,5	<b>15,09</b>	2,40	10,70	<b>6,63</b>	1,25	40,65	<b>9,44</b>
ECSTASY <sup>2</sup> (MDMA)				35,5	<b>67,25</b>	11	120	<b>71,11</b>	43,50	101,60	<b>73,96</b>	22,35	39,50	<b>29,77</b>
(MDEA)				6,8				-				6,25	6,25	<b>6,25</b>
(MDEA)								<b>24,6</b>						
PSYLOCINE								<b>0,15</b>				0,26	0,57	<b>0,41</b>

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.

### A.3.2. Résultats d'analyses toxicologiques sur les pillules et comprimés vendus de façon illicite et saisis (117 protocoles d'analyse)

Substances ou groupes de substances détectés	2004 % positifs (n :117)
MDMA	59,8%
MDEA	0%
MDA	0%
Combinaisons MDMA, MDEA, MDA	17,1%
Amphétamines / métamphétamines	6%
Combinaisons MDMA, MDEA, MDA et amphétamines / métamphétamines	0%
Autres substances psychoactives	4,3%
Autres substances	12,8

SOURCE: Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2004

<sup>2</sup> Ecstasy: dosage en mg/cpr

## 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 - 2004

AGE	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004
0-14	5	5		2	12	12	6	27	21	11	15	41	24
15-19	121	179	173	293	146	205	257	415	413	399	647	602	334
20-24	234	262	461	520	242	456	369	519	497	566	650	557	510
25-29	100	110	232	275	255	256	269	448	354	299	388	375	278
30-34	65	71	58	98	104	167	151	269	208	194	219	254	250
35-39	10	22	21	34	49	98	73	131	113	139	177	162	190
> 40	11	28	30	35	29	33	45	84	108	113	82	174	126
INCONNU	9	11	25	19	53	36	35	46	44	55	40	106	99
<b>TOTAL</b>	<b>555</b>	<b>688</b>	<b>1.000</b>	<b>1.276</b>	<b>890</b>	<b>1.263</b>	<b>1.205</b>	<b>1.939</b>	<b>1.758</b>	<b>1.776</b>	<b>2.218</b>	<b>2.271</b>	<b>1.811</b>
HOMMES	431	574	887	1045	674	1035	1009	1658	1415	1.546	1.905	1.935	1.581
Femmes	122	114	113	213	183	186	174	248	241	215	292	288	181
sexe inconnu	2	0	0	18	33	41	22	33	44	15	21	48	49

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

**Fig. A.4.1. Distribution selon les classes d'âge des prévenus en % (1989 - 2004)**



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

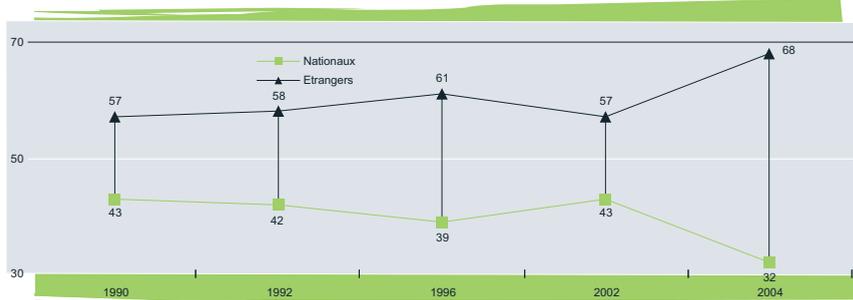
**A.4.2 Prévenus: type de délit croisé par la substance impliquée. (1999-2004)**

SUBSTANCE & DÉLIT	1999			2003			2004		
	N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL	N	MODE I.V.	TOTAL
<b>HÉROÏNE</b>									
USAGE & TRAFIC	329	157		86	40		116	61	
TRAFIC SEUL	75		<b>1.050</b>	92		<b>572</b>	70		<b>469</b>
USAGE SEUL	646	361		394	294		283	161	
<b>COCAÏNE</b>									
USAGE & TRAFIC	85	34		63	13		54	24	
TRAFIC SEUL	31		<b>204</b>	158		<b>350</b>	270		<b>506</b>
USAGE SEUL	88	31		128	36		182	86	
<b>CANNABIS</b>									
USAGE & TRAFIC	326			227			119		
TRAFIC SEUL	43		<b>995</b>	142		<b>1.240</b>	93		<b>836</b>
USAGE SEUL	626			871			624		
<b>AMPHÉTAMINES</b>									
USAGE & TRAFIC	2			20	6		3	2	
TRAFIC SEUL	3		<b>12</b>	5		<b>45</b>	0		<b>8</b>
USAGE SEUL	7			20	0		5	1	
<b>ECSTASY (MDMA, ETC.)</b>									
USAGE & TRAFIC	10			14			4		
TRAFIC SEUL	2		<b>25</b>	23		<b>59</b>	4		<b>18</b>
USAGE SEUL	13			22			10		
<b>LSD</b>									
USAGE & TRAFIC	4			0			1		
TRAFIC SEUL	1		<b>10</b>	0		<b>11</b>	0		<b>7</b>
USAGE SEUL	5						6		
<b>NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'INTERPELLATION CONNUS INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES</b>									
USAGE & TRAFIC				<b>337</b>	<b>53</b>		<b>228</b>	<b>68</b>	
TRAFIC SEUL				<b>485</b>		<b>2.208</b>	<b>502</b>		
USAGE SEUL				<b>1.386</b>	<b>338</b>		<b>1.030</b>	<b>235</b>	
TOTAL					<b>391</b>				<b>1.760</b>
<b>NOMBRE TOTAL DE PRÉVENUS</b>									
			<b>1.939</b>			<b>2.270</b>			<b>1.808</b>

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- 2004)



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

### A.4.4. Distribution des prévenus selon la catégorie socioprofessionnelle (1996-2004)

CATÉGORIE	1996		1998		2000		2002		2004	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>OUVRIERS</b>	323	24	246	21	418	24,2	477	21,5	226	12,5
<b>FONCTIONNAIRES/ EMPLOYÉS</b>	187	14	112	10	47	2,7	61	2,8	51	2,8
<b>INDÉPENDANTS</b>	59	4	17	1	8	0,5	21	0,9	18	0,4
<b>ETUDIANTS</b>	29	2	151	13	262	15,2	342	15,4	212	11,7
<b>SANS PROFESSION</b>	679	50	527	45	898	52,1	916	41,3	1.041	57,5
<b>RENTIERS</b>	7	1	38	3	5	0,3	7	0,4	7	0,4
<b>INCONNU</b>	72	5	38	7	87	5	393	17,7	47	2,6

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

### A.4.5. Répartition selon sexe, nationalité et statut de mineur d'âge (1997-2004)

	NATIONALITÉ LUXEMBOURGEOISE														
	97			99			01			03			04		
	H	F	T	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	449	91	540
N. mineurs d'âge	42	7	49	61	21	82	89	19	108	109	46	155	54	22	76

	NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE														
	97			99			01			03			04		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Total	653	79	714	860	89	949	790	88	878	1081	125	1206	1049	84	1113
N. mineurs d'âge	35	63	9	72	1	54	55	135	15	150	72	10	82		

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

**Remarque** : De 1997 à 2004 le nombre de prévenus dont le sexe est inconnu s'élevait respectivement à 22, 19, 33, 44, 15, 21, 48 et 49

#### A.4.6. Premiers auteurs (1992-2004)

##### A.4.6.1. Répartition selon statuts de premier auteur et de mineur d'âge (1993-2004)

	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2004
<b>PREMIERS AUTEURS</b>	331	498	389	645	621	808	585
Nombre de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	48	92	84	155	100	189	103
% de mineurs d'âge parmi les premiers auteurs	14,5%	18,5%	21,6%	24%	16,1%	23,4%	17,6%
<b>NOMBRE TOTAL DE PREVENUS</b>	890	1.263	1.205	1.939	1.776	2.271	1.808
(toutes catégories confondues)							
% de mineurs d'âge parmi le nombre total de prévenus	5,4%	7,3%	7,0%	8%	9,2%	13,8%	8,7%

Source : Police Judiciaire. Section des Stupéfiants.

##### A.4.6.2. Répartition selon le statut de premier auteur (consommateur et consommateur/revendeur) et substance impliquée ad minima (1993-2004)

#### TYPE DE SUBSTANCE IMPLIQUÉE AD MINIMA

	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2004
HÉROÏNE	91	170	104	157	91	97	103
COCAÏNE	15	46	20	60	47	112	125
AMPHÉTAMINES	0	11	12	14	14	10	2
TYPE " ECSTASY "	3	47	26	6	16	23	8
MÉDICAMENTS D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	1	3	1
PRODUITS DE SUBSTITUTION D'ACQUISITION ILLICITE	0	0	0	0	0	1	0
<b>TOTAL (SUBSTANCES HRC)</b>	<b>109</b>	<b>274</b>	<b>162</b>	<b>237</b>	<b>169</b>	<b>246</b>	<b>239</b>

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

SUBSTANCE	DÉLIT	1995	1997	1999	2001	2003	2004
<b>HÉROÏNE</b>	USAGE & TRAFIC	68	57	48	41	21	32
	TRAFIC/DEAL	21	53	18	8	22	19
	USAGE	24	7	27	8	4	20
	<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>117</b>	<b>93</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>71</b>
<b>COCAÏNE</b>	USAGE & TRAFIC	20	27	21	27	19	21
	TRAFIC/DEAL	7	23	9	9	30	64
	USAGE	10	6	12	4	3	9
	<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>94</b>
<b>CANNABIS</b>	USAGE & TRAFIC	25	18	32	23	52	16
	TRAFIC/DEAL	1	11	8	1	17	20
	USAGE	4	4	3	15	9	14
	<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>78</b>	<b>50</b>
<b>AMPHÉTAMINES</b>	USAGE & TRAFIC		2	1	2	2	0
	TRAFIC/DEAL				0	0	0
	USAGE	2			0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>ECSTASY (MDMA, ETC.)</b>	USAGE & TRAFIC	3	3	3	1	1	1
	TRAFIC/DEAL	1	3		0	0	1
	USAGE	1			0	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>LSD</b>	USAGE & TRAFIC		1	1	0	0	0
	TRAFIC/DEAL				0	0	0
	USAGE				0	0	0
	<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NOMBRE TOTAL DE MOTIFS D'ARRESTATION CONNUS</b>							
<b>INDEPENDAMMENT DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES</b>							
	USAGE & TRAFIC				<b>59</b>	<b>57</b>	<b>48</b>
	TRAFIC/DEAL				<b>13</b>	<b>61</b>	<b>93</b>
	USAGE				<b>20</b>	<b>15</b>	<b>35</b>
	<b>TOTAL</b>				<b>92</b>	<b>133</b>	<b>176</b>
<b>NOMBRE TOTAL D'ARRESTATIONS INDÉPENDAMMENT DU MOTIF</b>							
		<b>128</b>	<b>154</b>	<b>108</b>	<b>92</b>	<b>135</b>	<b>178</b>

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

## B. Données statistiques relatives à la population de toxicomanes en milieu carcéral de 1990 à 2004

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 1990 à 2004.

ANNÉE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04
<b>NOUVELLES ADMISSIONS (TOTAL)</b>						713	685	858	796	859	767	641	794	1.072	1.033
<b>NOUVELLES ADMISSIONS "STUP"</b>	244	277	157	246	288	296	292	309	167	139	161	119	101	137	89
						41,5%	42,6%	36%	21%	16%	21%	18,6%	12,7%	13%	9%

Source : Administration pénitentiaire 2004

**Fig B.1** Détention carcérale pour code "Délict-Stup". 1989-2004



Source : Administration pénitentiaire (CPL), 2004

## C. Cas de décès par surdose au Grand-Duché de Luxembourg (1985-2004)

### C.1 Définition

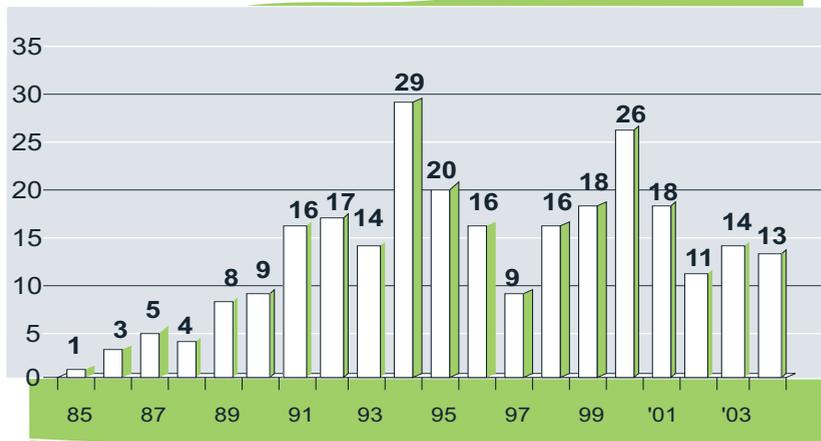
La CIM-10 fait référence à la notion d'"**intoxication aiguë**": ( F1x.O) - G.1: Preuves manifestes concernant l'utilisation récente d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à des doses suffisantes pour entraîner une intoxication. Dans le cadre restreint du présent chapitre l'occurrence d'une 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 (1985-2004)**



Source : Police Judiciaire  
Section des Stupéfiants.

## C.2 Résultats des analyses toxicologiques sur les victimes de surdosage fatal par le LNS (1992-2004)

ANNÉE	AUTOPSIES (N)	DÉCÈS HÉROÏNE*	DÉCÈS AUTRES OPIACÉS*	TOTAL OPIACÉS*	DÉCÈS AUTRES DROGUES*	TOTAL DÉCÈS DUS AUX DROGUES
1992	38	11 dont 4x cocaïne associée	2x DHC	13	-	13
1993	45	11 dont 1x DHC + tilidine assoc. 1x cocaïne associée	3x DHC 2x DPX	16	-	16
1994	49	22 dont 8x DPX assoc. 1x DHC associée 1x DHC + tilidine	1x DHC, 6x DPX dont 1x DHC associée 3x héroïne associée	29	-	29
1995	41	13 dont 3x DPX associée 1x MTD associée	3x DPX dont 1x héroïne associée 1x MTD	17	1x cocaïne	18
1996	40	13 dont 1x cocaïne associée 1x MTD associée		13	-	13
1997	42	8 dont 1x MTD associée	1x tilidine	9	1x cocaïne	10
1998	39	16 dont 2x cocaïne associée 1x MTD associée	1xMTD	17	-	17
1999	61	17 dont 5x cocaïne associée 1x MTD associée 1x tramadol associée	1x buprénorphine 1x morphine	19	Décès traumatiques indirects 1x cocaïne 1x cannabis 1x psilocybine	22
2000	75	14 dont 6x MTD associée 4x cocaïne associée	6x MTD 1x codéine	21	1x solvant 1x butane 2x décès indirects	25
2001	72	17 dont 6x MTD associée 3x cocaïne associée 2x tamadol associée	2x MTD 1x buprénorphine 1x tilidine 1x remifentanil	22	1x bupropion 1x chloral	24
2002	68	12 dont 5x MTD associée 7x cocaïne associée	1x MTD	13	1 traumatisme	14
2003	63	15 dont 5x MTD associée et 4x cocaïne associée	1x MTD	16	1x cocaïne	17
2004	76	9 dont 5x MTD associée et 8x cocaïne associée	3x MTD	12	1x pendaison avec cocaïne associée	13

Source : Laboratoire National de Santé. Division Toxicologie. 2005

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



# Références bibliographiques

**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** (2005). Bilan d'activités 2004, CePT, Luxembourg.

**Comité de surveillance du Sida** (2005). Rapport d'activité 2004, 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/>, 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.

**Dellucci H. (2003).** Etude empirique sur l'évolution des participants au Programme de Substitution en 2000 et 2001. Jugend an Drogenhëllef, Luxembourg.

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

**EIB**, Banque de données européenne sur les instruments d'évaluation <http://eib.emcdda.eu.int/>. Accès le 10/07/02.

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction** (2005), Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2004. 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** (2005). Rapport d'activité 2004, 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 Schülern 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](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** (2005). Rapport d'activité 2004. 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** (2002). Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie, Luxembourg.

**Ministère de la Santé** (2005). Rapport d'activités 2004. 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.** (2005). Rapport annuel de l'Organe de contrôle des stupéfiants, <http://www.incb.org/>.

**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.** (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.** (2000) . Récapitulatif des lois, des règlements grand-ducaux et des conventions des Nations Unies réglementant la détention, l'usage, la production et le commerce de certaines substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Direction de la Santé. Luxembourg.

**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://qed.emcdda.eu.int/>. Accès le 14/04/2002.

**REITOX Virtual Library**, <http://external.emcdda.org/virtlib/index.html>. Accès le 7/03/2002.

**Schlink, 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** (2005), Annuaire Statistique du Luxembourg 2004. ISSN 1019-6471. STATEC. Luxembourg

# 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 2004
- C. Sommaire des substances et préparations psychotropes, stupéfiantes et toxiques et précurseurs placées sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2004
- 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
- I. Coopération internationale : Cadre et instruments de l'Union européenne en matière de drogues - Coopération interrégionale

## Annexe A

### Sommaire comparatif des principaux résultats d'enquêtes en milieu scolaire (1985-2000)

#### ► Enquêtes: catégorie 1

#### REFERENCE

	<b>Matheis J. et al.</b> (1995) 'Schüler an Drogen', IEES, Luxembourg. <b>FR.:</b> Etudiants et Drogues
<b>ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES</b>	1992
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Etude répétée portant respectivement sur des données de 1983 et de 1992
<b>OBJET PRIMAIRE</b>	Etude de prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire
<b>POPULATION ÉTUDIÉE</b>	5 <sup>ème</sup> année d'études des enseignements secondaire et secondaire technique. Total : 3.122 élèves
<b>COUVERTURE</b>	Représentative de la population étudiée au niveau national
<b>ECHANTILLON D'ÉTUDE</b>	Echantillonnage aléatoire : 1.341 cas valides (40%)
<b>TAUX DE RÉPONSE</b>	96%
<b>AGE MOYEN DES RÉPONDANTS</b>	17 ans et 6 mois
<b>INSTRUMENTS D'INVESTIGATION</b>	Questionnaires anonymes auto-administrés en classe (113 items). Participation volontaire
<b>REMARQUES</b>	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

	<b>Dickes P. et al.</b> (1996), La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6 <sup>ème</sup> de l'enseignement secondaire et des 8 <sup>ème</sup> de l'enseignement secondaire technique, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
<b>ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES</b>	1994
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Etude isolée
<b>CONTEXTE</b>	Prévention des drogues. Commandité par le CePT

**POPULATION ÉTUDIÉE**

Classes de 6<sup>ème</sup> de l'enseignement secondaire et classes de 8<sup>ème</sup> de l'enseignement secondaire technique.  
Total : 3,172 élèves

**ECHANTILLON D'ÉTUDE**

650 cas valides

**TAUX DE RÉPONSE**

100%

**COUVERTURE**

Luxembourg Ville. Non représentative de la population étudiée au niveau national

**DISTRIBUTION D'ÂGE**

13 à 16 ans

**INSTRUMENTS D'INVESTIGATION**

Questionnaires anonymes auto-administrés en classe.

**REFERENCE**

Das Wohlbefinden der Jugend – HBSC Studie (2000). Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports / Direction de la Santé. Luxembourg.

**FR.:** Santé et bien être de la jeunesse (HBSC 2000)

**ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES**

1999

**TYPE D'ÉTUDE**

Etude répétée

**CONTEXTE**

Etude internationale menée tous les 4 années sous l'impulsion de l'OMS. Etat de santé de la jeunesse et notamment analyse de la prévalence de l'usage de drogues

**POPULATION ÉTUDIÉE**

1<sup>ère</sup> et 6<sup>ème</sup> 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 :

- partie internationale générale (analyse pseudo-longitudinale)
- partie internationale spécifique (SIDA, toxicomanie, accidents, etc.)
- partie nationale modulable

► Enquêtes: catégorie 2

REFERENCE

**Meisch, P.** (1998). Les drogues de type ecstasy au Grand-Duché de Luxembourg, CePT. Luxembourg.

<b>ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES</b>	1997
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Etude isolée
<b>OBJET PRIMAIRE</b>	Etude de prévalence de l'usage d'ecstasy dans différents milieux de jeunes. Prévention primaire
<b>POPULATION ÉTUDIÉE</b>	Les 2 <sup>ième</sup> et 6 <sup>ième</sup> 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
<b>METHODE D'ECHANTILLONNAGE</b>	exhaustive
<b>ECHANTILLON D'ÉTUDE</b>	666 cas valides
<b>TAUX DE RÉPONSE</b>	100%
<b>COUVERTURE</b>	Non représentative de toutes les classes de 2 <sup>ième</sup> et 6 <sup>ième</sup> au niveau national
<b>DISTRIBUTION D'ÂGE</b>	13 à 22 ans (13-14 : N347; 15-17: N193; 18-22: N118)
<b>INSTRUMENTS D'INVESTIGATION</b>	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.

<b>ANNÉE DE COLLECTE DE DONNÉES</b>	1999
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Etude isolée
<b>OBJET PRIMAIRE</b>	Etude de prévalence de l'usage de cannabis
<b>POPULATION ÉTUDIÉE</b>	Les classes des 2 <sup>ières</sup> et 6 <sup>ières</sup> 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 2004

### 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. HALLUCINOGENÈNES

#### **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 placés sous contrôle national par règlements grand-ducaux entre 1995 et 2004

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

<b>Substance</b>	<b>Date d'inclusion ou de modification</b>
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)

<b>Substance</b>	<b>Date d'inclusion ou de modification</b>
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-Diméthoxy-4-(prophylsulfanyl)phénéthylazane	09/10/96
3,5-Diméthoxy-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)

<b>Substance</b>	<b>Date d'inclusion ou de modification</b>
------------------	--

Variétés de chanvre qui ne sont pas considérées comme stupéfiants:

	08/01/98
Carmagnola	Felina 34
Cs	Ferimon
Delta-Llosa	Fibranova
Delta-405	Fibrimon 24
Epsilon 68	Fibrimon 56
Fedora 19	Futura
Fedrina 74	Santhica 23

DIHYDROETORPHINE (7,8-dihydro-7-alpha-[1 -(R)-hydroxy-1 -méthylbutyl]-6,14-endo-éthanothétrahydrooripavine)

06/12/99

REMIFENTANIL (méthyl ester de l'acide carboxylique 1-(2-méthoxycarbonyléthyl)-4-(phénylpropionylamino)-pipéridine-4)

06/12/99

- ▶ **Règlement grand-ducal du 2 février 1995 relatif à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes - Annexe** (Mém. 1995,581)

**CATEGORIE 1**

Noréphédrine	23/02/2001
--------------	------------

- ▶ **Règlement grand-ducal du 6 février 1997 relatif aux substances visées aux tableaux III et IV de la Convention sur les substances psychotropes, faite à Vienne, le 21 février 1971** (Mém. 1997,585)

ANNEXE:

## Partie A

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
AMOBARBITAL		acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
BUTALBITAL		acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
CATHINE	(+)-norpseudo - éphédrine	(+)-(R)-[(R)-aminoéthyl-1] alcool benzyllique
CYCLOBARBITAL		acide éthyl-5 (cyclohexényl)-5 barbiturique
GLUTETHIMIDE		éthyl-2 phényl-2 glutarimide
PENTOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

## Partie B

Dénominations communes internationales	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
ALLOBARBITAL		acide diallyl-5,5 barbiturique
ALPRAZOLAM		chloro-8 méthyl-1 phényl-6 4H--s-triazolo(4,3--a)benzodiazépine(1,4)
AMINOREX		2-amino-5-phényl-2-oxazoline
BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
BENZFETAMINE	benzphétamine	N-benzyl-N,a--diméthylphénéthylamine
BROMAZEPAM		bromo-7 didhydro-1,3(pyridyl-2)-5 2H-benzodiazépine-1,4 one-2
BROTIZOLAM	butobarbital	acide butyl-5 éthyl-5 barbiturique
CAMAZEPAM		2-bromo-4-(o-chlorophényl)-9-méthyl-6H-thiéno [3,2-f]-s--triazolo [4,3-a] [1,4] diazépine
CHLORDIAZEPOXIDE		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 dihydro-2,3 oxo-2 phényl-5 1H-benzodiazépine-1,4 carboxylique-3

CLOTIAZEPAM		(o-chlorophényl)-5 éthyl-7 dihydro-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-4 ol-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
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-- (phénylcarbamoyle)sydone imine
METHYLPHENOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl-5 barbiturique
METHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4
MIDAZOLAM	chloro-8 (o-fluorophényl)-6 méthyl-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' (pyrrolidiny-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<sup>er</sup>** . 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 desdites 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 <sup>1</sup>	Catalogue des peines avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2001	Catalogue actuel des peines
Art. 3.	Modification des attributions de certains agents de l'administration des douanes et accises		Emprisonnement et/ou amendes	Emprisonnement et/ou amendes
<b>Art. 1. à 2. (n.m.<sup>2</sup>)</b>	Objet de la réglementation Fixation des compétences de contrôle et des modalités de désignation			
<b>Art. 4. à 6. (n.m.)</b>	Conditions et modalités d'examen médical en cas de présomption d'infraction à la loi visée. Sanctions en cas de refus d'examen médical			
<b>Art. 7.</b>	<b>A.1.</b> Usage et détention pour usage personnel <b>A.2.</b> Usage devant mineur(s) ou aux lieux de travail (non prévue expressément avant loi 27/04/2001) <b>A.3.</b> Usage par enseignant et/ou dans établissements scolaires (idem)	A. <sup>3</sup> A. A. A.	3 mois à 3 ans <sup>5</sup> 1.000.- à 100.000.- 5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.- 1 mois à 1 an 10.001.- à 500.000.- 1 an à 5 ans 100.000.- à 10.000.000.-
<b>B.1.</b>	Usage et détention pour usage personnel	B. <sup>4</sup>	3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	10.001.- à 100.000.-
<b>B.2.</b>	Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)	B.	1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	10.001.- à 1.000.000.-
<b>B.3.</b>	Usage devant mineur(s) ou dans établissements scolaires et lieux de travail (non prévue expressément avant loi du 27/04/2001)	B. B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.000.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.- 3 mois à 3 ans 1.000.- à 100.000.-	8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.- 8 jours à 6 mois 10.001.- à 100.000.-
<b>B.4.</b>	Usage avec mineur(s) ou par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées	B. B.	5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.000.000.- 1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-	6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.- 6 mois à 2 ans 20.000.- à 1.000.000.-
<b>B.5.</b>	Usage illicite par médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées dans établissements pénitentiaires, d'enseignement, services sociaux, voisinage immédiat et lieux d'activités éducatives sportives ou sociales	B.	2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.000.000.-	1 an à 5 ans 20.000.- à 5.000.000.-

<sup>1</sup> Substances toxiques, soporifiques ou psychotropes contrôlées au niveau national par règlements grand-ducaux  
<sup>2</sup> n.m.: article, alinéa ou paragraphe non-modifiés par la loi du 17/04/2001  
<sup>3</sup> Substances A.: substances contrôlées au niveau national autres que le chanvre (cannabis)  
<sup>4</sup> Substances B.: chanvre (cannabis) et dérivés  
<sup>5</sup> 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.  
 \* Unité : FLUX

<b>Article 8.</b>	<p><b>1.a.</b> Culture, production, fabrication, extraction, préparation, expédition, importation, exportation, vente, offre ou mise en circulation illicites</p> <p><b>1.b.</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><b>1.c.</b> Usage avec mineur(s)</p> <p><b>1.d.</b> Facilitation de l'usage à autrui (ex. locaux)</p> <p><b>1.e.</b> Action(s) de propagande, de publicité ou de provocation en faveur des substances visées</p> <p><b>1.f.</b> Recours à des ordonnances fausses, fictives ou de complaisance. Délivrance des substances visées en connaissance du caractère frauduleux des ordonnances</p> <p><b>1.g.</b> Prescription ou administration sans nécessité par un médecin de façon à créer, à entretenir ou à aggraver la toxicomanie</p> <p><b>1.h.</b> Usage illicite par un médecin, pharmacien ou autre dépositaire légal des substances visées</p> <p><b>1.i.</b> 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>	<p>A et B.</p> <p>A et B.</p> <p>A et/ou B</p> <p>A et/ou B</p> <p>A et B.</p> <p>A et B.</p> <p>A et B.</p> <p>A et/ou B</p> <p>A et B.</p>	<p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p> <p>5 ans à 10 ans 50.000.- à 50.000.000.- (art.9. avant modification du 17/04/2001) Substance A. et B.</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.- Substance A. et B.</p> <p>1 an à 5 ans 5.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.- 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 50.000.000.- Si substance A. Exception : locaux et moyens agréés par le Ministre de la Santé</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.- Si substance A</p> <p>1 an à 5 ans 20.000.- à 50.000.000.-</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><b>2.</b> Institution d'un programme de traitement de la toxicomanie par substitution</p>	A et B.	2 ans à 5 ans 10.000.- à 50.0000.000.-	<p>2 ans à 5 ans</p> <p>40.000.- à 50.0000.000.-</p> <p>Ne sont pas visés par la disposition sous 1.-g. les médecins admis à prescrire les substances visées sous l'article 7 dans le cadre du programme de traitement de la toxicomanie par substitution, institué par la loi du 27/04/2001 et dont les modalités sont à préciser par règlement grand-ducal.</p>
<b>Art. 8.1 (n.m.)</b>	<p><b>1.</b> 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><b>2.</b> 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><b>3.</b> 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><b>4.</b> les infractions visées aux points 1) à 3) sont également punissables lorsque l'infraction primaire a été commise à l'étranger ou/et lorsque l'auteur est aussi l'auteur ou le complice de l'infraction primaire</p>		<p>1 an à 5 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>	<p>1 an à 5 ans</p> <p>50.000.- à 50.0000.000.-</p>
<b>Art. 9. (n.m.)</b>	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. 50.000.- à 50.0000.000.-	5 ans à 10 ans si substance A. 50.000.- à 50.0000.000.-



	<p>b) si l'usage des substances qui a été fait à la suite des infractions a causé, à autrui soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolu d'un organe, soit une mutilation grave</p>	<p>5 ans à 10 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>5 ans à 10 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p>
<p><b>Art. 10. (n.m.)</b></p>	<p>Infraction visées aux art. 8 et 8.1 si elles constituent des actes de participation à l'activité principale ou accessoire d'une association ou organisation</p>	<p>A et B.</p> <p>15 ans à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p>	<p>15 ans à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p>
<p><b>Art. 10.1</b></p>	<p>Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort</p> <p>Infractions visées sous art. 8 ont causé la mort d'un mineur</p> <p>Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 7 ou 8c et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés</p> <p>Si coupable d'infraction(s) visée(s) aux art. 9 ou 10 alinéa 2 et l'usage des substances a causé des troubles graves pour la santé, a immédiatement appelé au secours des services spécialisés d'aide</p>	<p>A et B.</p> <p>travaux forcés de 15 à 20 ans et amende de 50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>A et B.</p> <p>non prévue</p> <p>A et B.</p> <p>non-prévue</p>	<p>15 à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>15 à 20 ans</p> <p>50.000.- à 50.000.000.-</p> <p>exemption des peines</p> <p>réduction des peines</p>
<p><b>Art. 11. (n.m.)</b></p>	<p>L'association ou l'entente en vue de commettre les délits prévus é l'art. 8a) et b) est punissable de la même peine que l'infraction consommée. Il en est de même de la tentative des crimes ou délits prévus aux art. 8 à 10</p>	<p>A et B.</p>	
<p><b>Art. 12. (n.m.)</b></p>	<p>En cas de récidive dans le délai de cinq ans après une condamnation au chef d'une infraction prévue aux art. 8 à 11., les peines correctionnelles pourront être portées au double (...)</p>	<p>A et B.</p>	

<b>Art. 13</b>			Abrogé par la loi du 11 août 1998	
<b>Art. 14 (n.m.)</b>	<b>Alinéa 2.</b> 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 <b>Alinéa 3.</b> 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 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.
<b>Art. 15.</b>		A et B.	Abrogé par la loi du 7 juillet 1989	
<b>Art. 16 (n.m.)</b>	Infractions visées aux art. 7 à 11	A et B.	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automobile ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans	Interdiction par les tribunaux de conduire un véhicule automobile ou un aéronef pour une durée de 3 mois à 15 ans
<b>Art. 17 (n.m.)</b>	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.-
<b>Art.18-22 (n.m.)</b>	Réglementation des modalités de confiscation Réglementation des modalités de fermetures d'établissements ou lieu quelconque ouvert au public	A et B.		
<b>Art. 23. (n.m.)</b>	<b>Alinéa 1.</b> Coupable(s) d'infraction aux art. 7, 8c) ou 8h) qui avant la découverte des faits d'usage illicite se seront soumises à une cure de désintoxication.	A et B.	Arrêt de l'action publique	Arrêt de l'action publique

<b>(n.m.)</b>	<p><b>Alinéa 2.</b> Procès verbal dressé pour usage illicite d'une des substances visées à l'art. 7.</p> <p><b>Nouvel alinéa 3.</b> 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><b>Nouvel alinéa 4.</b> 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 contre lesquelles un procès verbal a été dressé de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Possibilité du procureur de proposer aux personnes visées de se soumettre volontairement à une cure de désintoxication</p> <p>Action publique non-exercée également pour les infractions aux art. 8a), b)</p>
<b>Art. 24. (n.m.)</b>	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
<b>Art.25. -29</b>	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		
<b>Art. 30. (n.m.)</b>	Création et modalités de fonctionnement d'un service multidisciplinaire au près du Ministère de la Santé Publique	A et B		
<b>Art.30.1</b>	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
<b>Art. 31. (n.m.)</b>	<b>1.a.</b> 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

<b>(n.m.)</b>	<b>1.b.</b> Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), I) et 10 alinéa 1er ayant révélé à l'autorité , avant toutes poursuites judiciaires, l'identité d'auteurs d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), I), 9, 10 et 11 ou si les auteurs ne sont pas connus, l'existence de ces infractions	A et B	Non-prévu	Exemption des peines
<b>(n.m.)</b>	<b>1.c.</b> 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	A et B	Exemption des peines (terminologie diff.)	Exemption des peines
<b>(n.m.)</b>	<b>2.a.</b> Coupables d'infraction(s) aux articles 8a), b), d), e), I) et 10 alinéa 1er ou coupables de participation à l'association ou à l'entente prévue à l'article 11 qui après le commencement des poursuites judiciaires auront révélé à l'autorité l'identité d'auteurs restés inconnus d'infractions aux art. 8a), b), d), f), g), I), 9, 10 et 11	A et B	Réduction des peines	Réduction des peines
<b>(n.m.)</b>	<b>2.b.</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	A et B	Non-prévu	Réduction des peines
<b>Art. 32.</b> <b>(n.m.)</b>	Modalités d'extradition des malfaiteurs étrangers (loi 13 mars 1870)			
<b>Art. 33.</b>	Abrogation de la loi du 28 avril 1922			



## Annexe E

### Abus, usage nocif et dépendance, définitions (CIM10, DSM IV)

#### Abus de substance psychoactive [DSM IV]

**A** - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

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 57 49

e-mail: BIRN@iph.fgov.be

▶ **Ceská republika**

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

Viktor Mravcik

Nabr. Edvarda Benese 4

118 01 Praha 1 - Malá Strana

CZ-Prague

Tel: (420- 29) 61 53 222/391

Fax : (420- 29) 61 53 264 e-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

▶ **Danmark**

**Sundhedsstyrelsen** (National Board of Health)

Else Smith/Kari Grasaasen

Islands Brygge, 67

Postbox 1881

DK-2300 København

Tlf. (45) 72 22 77 60

Fax (45) 72 22 74 11

e-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

▶ **Deutschland**

**DBDD – Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungstelle für Drogen und Drogensucht**

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

▶ **Eesti**

**National Institute for Health Development (NIHD)**

Department of Epidemiology and Biostatistics  
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)

Ave Talu

Hiiu 42, Room 471

EE-11619 Tallinn

Tel: (372) 6593 997

Fax: (372) 6593 998 e-mail: Ave.Talu@tai.ee

---

▶ **España**

**Delagación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)**

Carmen Moya García/ Ana Andrés Ballesteros

C/Recoletos, 22

E-28001 Madrid

Tel. (34) 915 37 27 25/26 86

Fax (34) 915 37 26 95 e-mail: anaab@pnd.mir.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) 141 62 7716

Fax (33) 141 62 77 00

e-mail: Hsinclair@hrb.ie

---

▶ **Greece**

**University of Mental Health Research Institute (UMHRI)**

Manina Terzidou

Soranou Tou Efesiou, 2

P.O. Box 66517

GR- 15 601 Papagou - Athens

Tel. (302-10) 6536 902

Fax (302-10) 6537 273

e-mail: ektepn@ektepn.gr

---

▶ **Ireland**

**Drug Misuse Research Division  
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 88 01 76  
Fax (39-06) 42 08 44 97  
e-mail: not available

---

▶ **National Council on Drugs** -(Cyprus)

**Cyprus National Monitoring Center for Drugs and Drug  
Addiction**

Neoklis Georgiades  
Magnolia Center, Offices 11-12  
32, Strovolos Avenue  
CY - Nicosia 2018  
Tel: (357-22) 44 29 73  
Fax: (357-22) 30 50 22  
e-mail: neoklis@ektepn.org.cy

---

▶ **Latvija**

**The State Addiction Agency  
Ministry of Health**

Ieva Matisone  
Hospitalu iela 55  
LV-1013 Riga  
Tel: (371- 7) 38 80 18  
Fax: (371- 7) 38 80 01  
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-2001 Vilnius  
Tel: (3705-2) 13 81 88  
Fax: (3705-2) 15 90 96  
e-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

---

▶ **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: alain.origer@crp-sante.healthnet.lu

---

▶ **Magyarország**

**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**

**Maltese National Focal Point- Ministry of Family & Social Solidarity**

Anna Girard  
Palazzo Ferreria  
Valletta CMR 02  
MT-Malta  
Tel: (356) 25 90 33 86/78  
e-mail: anna.girard@gov.mt  
Fax: not available

---

▶ **Nederland**

**Trimbos-instituut**

(Netherlands Institute of Mental 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](mailto:ftrautmann@trimbos.nl)

---

▶ **Österreich**

**Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
(Austrian Health Institute – ÖBIG)**

Sabine Haas

Stubenring 6

A-1010 Wien

Tél. (43-1) 515 61 60

Fax (43-1) 513 84 72

e-mail: [haas@oebig.at](mailto:haas@oebig.at)

---

▶ **Polska**

**National Bureau for Drug Prevention - Ministry of Health**

Janusz Sieroslowski

ul. 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](mailto:sierosla@ipin.edu.pl)

---

▶ **Portugal**

**Instituto Português da Droga e da Toxicodependência**

(Portuguese Institute for Drugs and Drug Addictions - IDT)

Maria Moreira/ Nuno Freitas

Av. João Crisóstomo, 14

P-1000 - 179 Lisboa

Tel. (351) 213 10 41 00/ 41

Fax (351) 213 10 41 90

e-mail: [Maria.Moreira@idt.min-saude.pt](mailto:Maria.Moreira@idt.min-saude.pt)

---

▶ **Slovenija**

**Institut za varovanje zdravja Republike Slovenije-  
Institute of Public Health**

Mercedes Lovrecic  
Trubarjeva 2  
SI - 1000 Ljubljana  
Tel: (386-1) 244 14 79  
Fax: (386-1) 244 15 36  
e-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

---

▶ **Slovensko**

**Central Node of the Drug Information System - 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

---

▶ **Suomi/Finland**

**Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus**  
(National Research and Development Centre for Welfare and Health –  
STAKES)

Ari Virtanen  
PO Box 220  
FIN-00531 Helsinki  
Tel. (358-9) 39 67 23 78  
Fax. (358-9) 39 67 24 97  
e-mail: ari.virtanen@stakes.fi

---

▶ **Sverige**

**Statens folkhälsoinstitut** (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, Skipton House

Alan Lodwick

80 London Road

London SE1 6LH

UK

Tel. (44-20) 79 72 51 21

Fax (44-20) 79 72 16 15

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

▶ **European Commission**

**Directorate- General for Justice and Home Affairs – Drugs  
Coordination Unit/ Direction générale de la justice et des  
affaires intérieures – Unité “Coordination de la lutte  
antidrogue”**

Timo Jetsu/ Elsa Maia

Rue de la Loi 200 (Lx – 46 3/186)

B-1049 Bruxelles

Tél. (32-2) 299 57 84

Fax (32-2) 295 32 05

e-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

▶ **Norge (Observer)**

**Statens institutt for rusmiddelforskning**

Knut Brofoss/ Odd Hordvin

PO Box 565 Sentrum

Office: Ovre Slottsgate 2B

NO-0157 Oslo

Tel.: (47-22) 34 04 00

Fax : (47-22) 34 04 01

e-mail: kb@sirus.no , odd@sirus.no

▶ **Bulgarija**

**National Centre for Addictions**

Momtchil Vassilev

117, Pirotska Str.

BG-1303 Sofia

Tel.: (359-2) 83 13 079

Fax: (359-2) 83 21 047

e-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

## **România**

### **National Anti-drug Agency**

Angela Pantea

37, Unirii Bulevard, BL. A4 – Sector 3

RO- Bucharest

Tel.: (40-21) 326 47 87/ 323 30 30 ext. 21706

Fax: (40-21) 326 47 87

e-mail: [angelapantea@yahoo.com](mailto:angelapantea@yahoo.com)

---

## **Türkiye**

### **Turkish International Academy against Drugs and Organised Crime (TADOC)**

Ylhami Hüner

Necatibey Cd. No: 108

TR-Anyttepe/ Ankara

Tel.: (90-312) 412 75 00

Fax: (90-312) 412 75 05

e-mail: [ihuner@tadoc.gov.tr](mailto:ihuner@tadoc.gov.tr)

## 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
<b>Point Focal O.E.D.T</b>	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)
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	

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,
2003/2006	Recherche-action sur la prévalence du HIV et HCV au sein de la population toxicomane	Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants

<b>Programme de travail</b>	1997-2000	Improving the comparability of general population surveys on drug use in the EU	OEDT
<b>O.E.D.T</b>	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
	2002	Launch of the Drugs in focus, a series of policy briefings	OEDT
<b>Consultations</b>	1999-2000	Etude comparative des réglementations nationales relatives aux remboursements des soins de santé dans la prise en charge des toxicomanes	pas applicable
<b>Auteur :</b>			
<b>Laboratoire de Recherche</b>			
<b>CRISIS-ITRS</b>			

<b>CePT</b>		1995 -...	Etude et évaluation d'un concept de prévention dans les communes	Commission européenne - DG V
<b>CePT/ PFN</b>		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
		2004	Manuel MOQUAVO: Motivation and qualification of volunteers in drug addiction prevention	CePT, Commission européenne
<b>Laboratoire National de Santé</b>		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
<b>JDH. et Action Sociale pour Jeunes a.s.b.l.</b>	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

<b>C.T.M</b>	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

<b>I.E.E.S</b>		1985 1992	Etude longitudinale de la consommation de stupéfiants en milieu scolaire	Ministère de l'Education Nationale
----------------	--	--------------	--	------------------------------------

<b>Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants</b>	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
--	--	------------	--	---

<b>Croix Rouge – Aidsberôdung</b>	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**

## GRUPE INTERMINISTÉRIEL "TOXICOMANIE"

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ

#### DIRECTION DE LA SANTÉ (7 DIVISIONS / 6 SERVICES)

(...)

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 (CES)

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

Centre Thérapeutique  
de Manternach  
(CHNP)

Centre hospitalier  
Neuropsychiatrique  
(CHNP) / BU V

POLICE JUDICIAIRE  
Section  
des stupéfiants

## COOPÉRATION NATIONALE

## Annexe I

### 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. Le plan d'action drogue de l'UE 2005-2008 a été adopté en juin 2005 par le Conseil européen de Luxembourg.

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 Etats-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 vingt-cinq États membres de la Commission, sont l'Australie, le Canada, les États-Unis, le Japon et la Norvège. L' ONUDC 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 disposait des programmes Falcone (1998-2002), OISIN (2001-2002) et Grotius (2001-2002), relatifs, respectivement, à la lutte contre le crime organisé, à la coopération policière et douanière et à la coopération judiciaire. Ces programmes sont remplacés par le programme AGIS d'échange, de formation et de coopération policière et judiciaire en matière pénale (2003-2007). AGIS cofinance des projets transnationaux de coopération entre les systèmes judiciaires et les services de répression des Etats membres autour de la lutte contre la criminalité organisée et la protection des intérêts des victimes. 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 est maintenant incluse dans le troisième volet « Déterminants de santé » du nouveau Programme de santé publique (2003-2008). Ce volet aborde les principaux déterminants de la santé en vue de réduire le fléau de la maladie et de promouvoir la santé.

## **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 (ONU DC, 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. Le Conseil Ecofin a adopté en juin 2004 la troisième directive relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme. Cette directive abroge la directive 91/308/CEE déjà modifiée en 2001 et introduit dans la législation européenne quarante recommandations du Groupe d'action financière sur les blanchiments de capitaux (GAFI). 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. Ce plan a permis, entre autres, de cofinancer plus de 30 projets pilotes entre 2000 et 2002. 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 ont été mobilisables pour la lutte contre la drogue. Il s'agissait du programme «Qualité de la vie» et du programme «Croissance compétitive et durable». Actuellement le sixième programme-cadre couvre la période 2002-2006.

## 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. En 2003, la Commission a présenté un programme d'action européen pour la sécurité routière (2003-2010) visant à réduire d'au moins de moitié le nombre des victimes de la route à l'horizon 2010 et a élaboré une charte européenne de sécurité routière.

## 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 (ONUDC)<sup>7</sup>*

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.

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)*

Fondée en 1948, l'OMS est une institution spécialisée des Nations Unies pour la santé et se compose actuellement par 192 Etats membres. 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

<sup>7</sup> 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.

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.

Actuellement, l'OIPC compte 182 pays membres.

#### f) Organisation mondiale des douanes (OMD)

Ancien Conseil de coopération douanière jusqu'en 1994, l'Organisation mondiale des douanes (OMD) compte aujourd'hui 168 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 trente-trois pays, territoires et organisations qui font parties du GAFI, 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 mise 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 le 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. De 1996 à 1998, le Luxembourg assurait la présidence du Groupe de Mondorf. En mars 2005, après deux ans de Présidence assurée par la Rhénanie-Palatinat, les ministres de la Santé se sont réunis à Metz à l'occasion de la passation de la Présidence du Groupe de Mondorf au Département de la

Moselle. Les activités futures du Groupe de Mondorf vont s'articuler prioritairement autour de la lutte contre le tabagisme.

#### d. EURO-AST

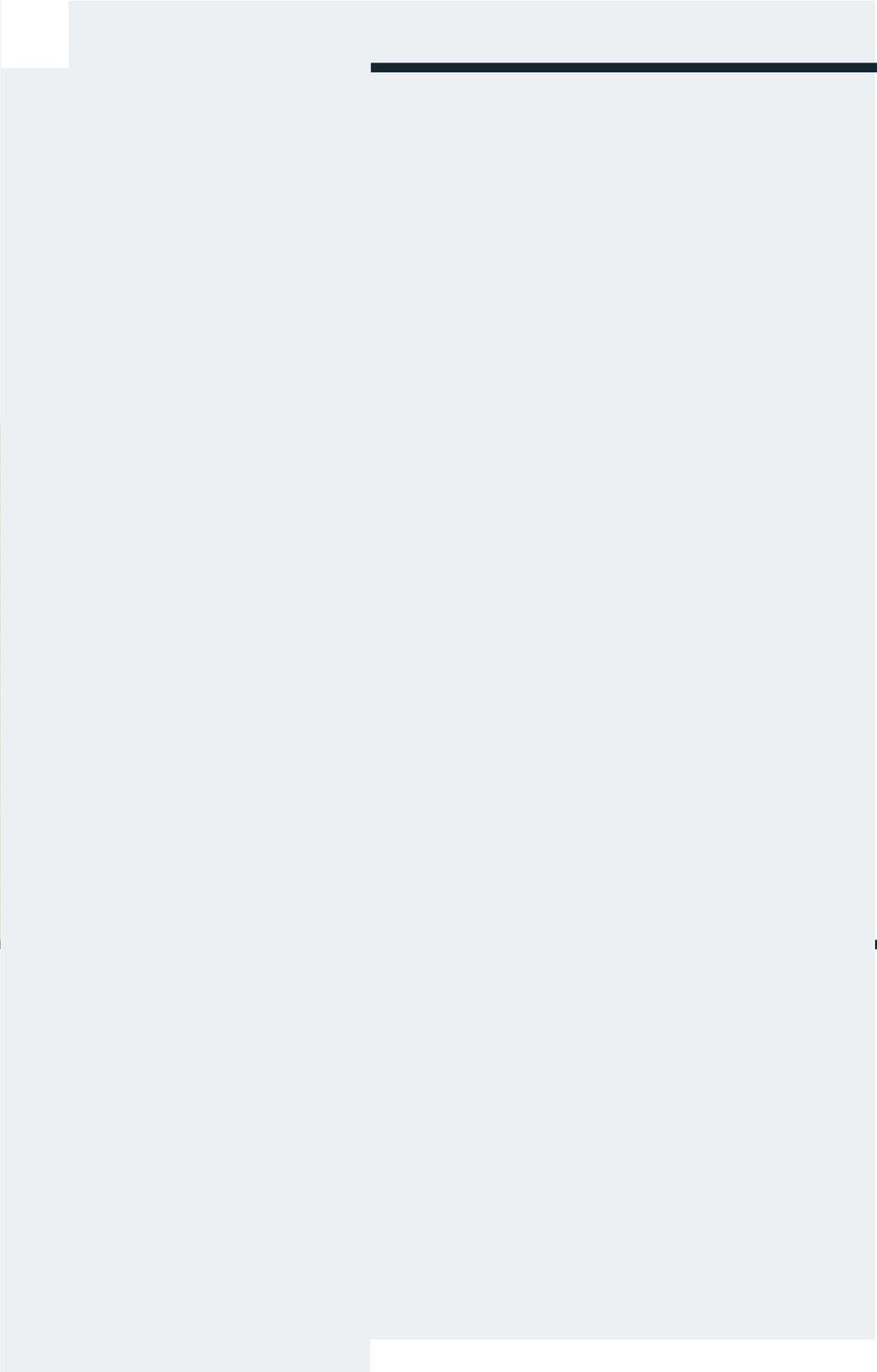
L'association transfrontalière d'aide aux toxicomanes EURO-AST avec siège à Forbach (F) œuvre à l'amélioration de la coopération en Saar-Lor-Lux pour le traitement de la toxicomanie.

#### e. Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants

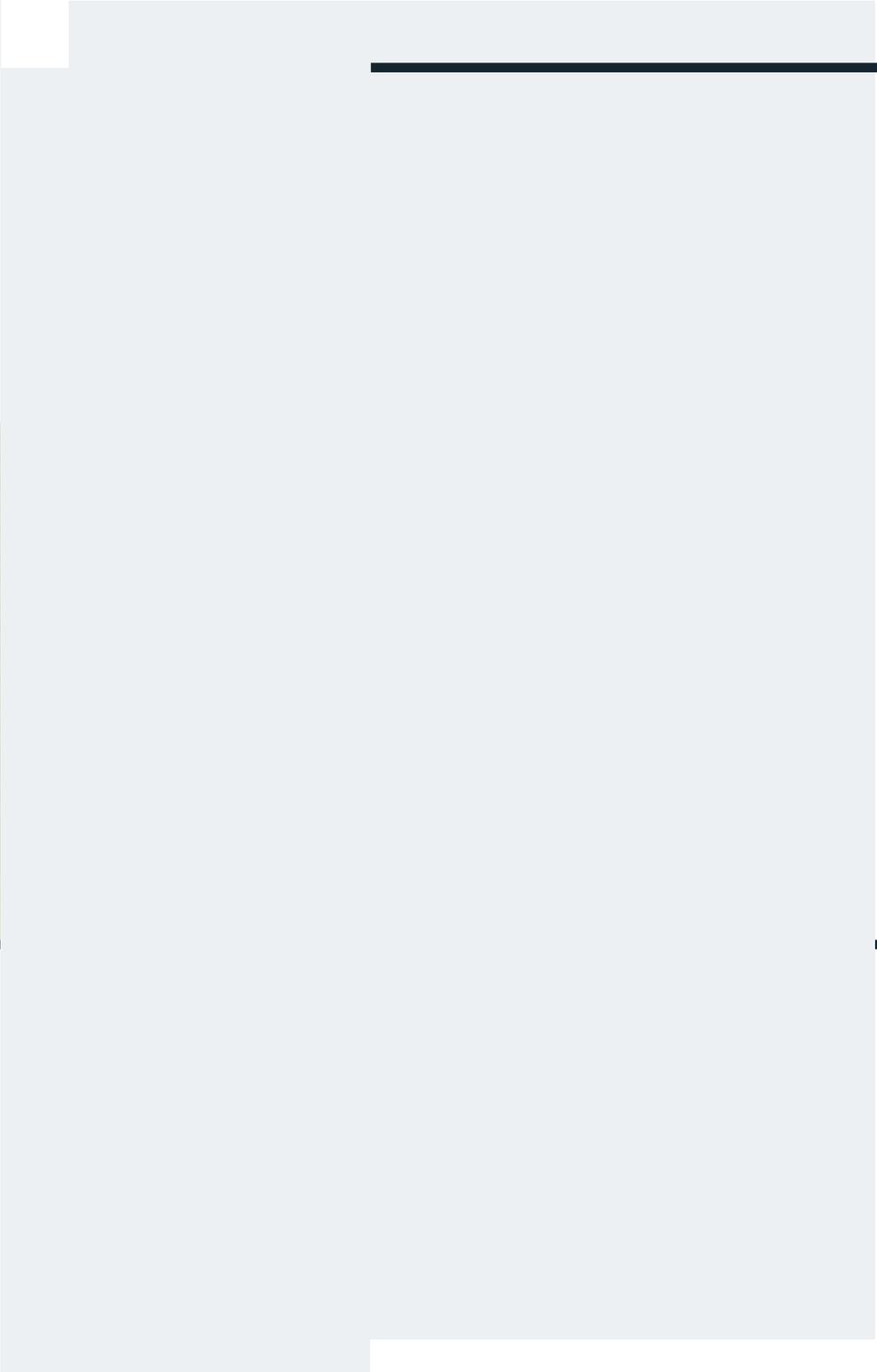
Le Fonds a été institué légalement en 1992, s'inspirant des recommandations de la Convention des Nations Unies de 1988 et fut le premier organe de ce type institué par un Etat membre de l'UE. La présidence du Fonds est assurée par le Ministère des Finances.

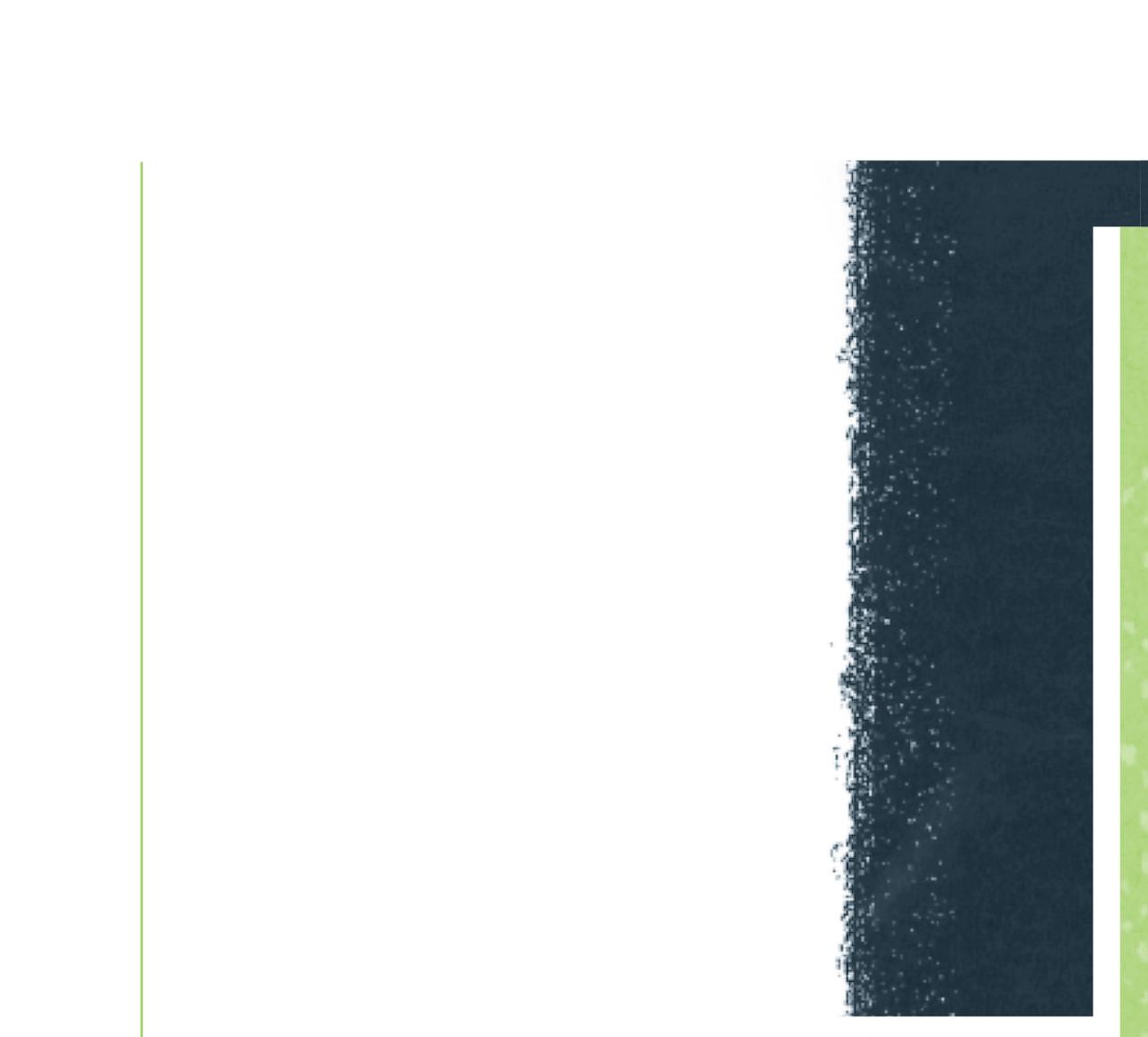
Depuis sa création, le Fonds a donné son accord pour des projets d'un montant total de 15.273.796 (14.096.569) EUR dont à la fin de l'exercice 2004, 15.036.756 (13.611.574) EUR ont été effectivement engagés et 8.574.831 (7.641.188) ont été déboursés. Au 31 décembre 2004, sur le total des engagements, 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.fi.etat.lu/>









**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:

[alain.origer@crp-sante.healthnet.lu](mailto:alain.origer@crp-sante.healthnet.lu)

[pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu](mailto:pascale.straus@crp-sante.healthnet.lu)